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](http://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 |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 :    1. Évaluer la situation nutritionnelle    2. Cartographier les systèmes de santé et de nutrition    3. Evaluer la capacité de la PCMA au niveau du district et des structures sanitaires    4. 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.   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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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](http://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](http://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 distric**t 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 . |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. Dansles 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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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   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 |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 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 |
| 1. 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]](#footnote-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]](#footnote-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 |
| 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]](#footnote-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 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]](#footnote-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 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
   1. Capacité des planificateurs et responsables de la santé
   2. 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   + Zones CHPS   + Bénévoles de la santé   + 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   + Plan d’action du MS pour traiter la sous-nutrition   + Document de stratégie du GHS * Partenaires du développement sont intéressés et engagés * Structures communautaires:   + Assemblées de district/structures de gouvernement peuvent être engagées   + 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   + Disponibilité   + Coût des aliments thérapeutiques : F75, F100, ATPE   + Durabilité * Barrières   + Résistance pour consulter les soins de santé et aux longs séjours hospitaliers   + Acceptabilité de l’ATPE * Conditions sous-jacentes   + Insécurité alimentaire et pauvreté   + 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]](#footnote-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)** |

## 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

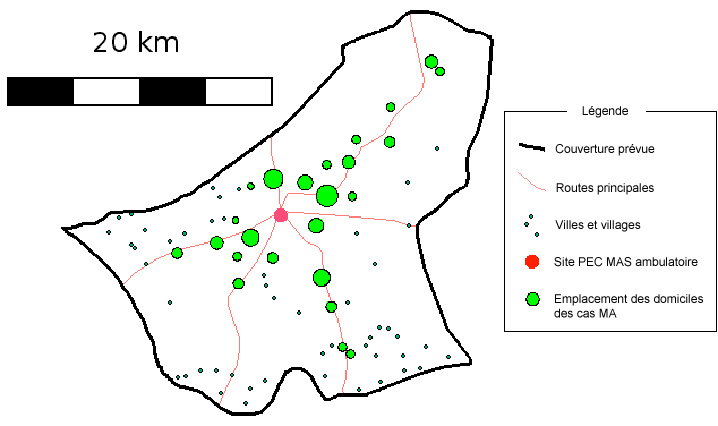
* Enquêtes de population : taille et structure de la population d’enfants de 6 à 59 mois, différences géographiques, prévalence de maladie (diarrhée, rougeole, paludisme, infections respiratoires aiguës), flambée de maladies, pratiques en matière de soins et d’alimentation, prestations des soins de santé, 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

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 hospitalière** | **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 communaut**  **aire 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 Échéant.

## 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** | **Lacunes** | **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 ?  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 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? |  |  |  |  |  |  |
| **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** | **Lacunes** | **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 Échéant.)

| **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 |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **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[[6]](#footnote-6)).
* 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.

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** [[7]](#footnote-7)

• 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.

## 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Convoquer la réunion de planification du CC/GT |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Rédiger le plan stratégique de la PCMA |  |  | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Formuler les directives nationales et processus de revue de la PCMA |  | X | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Organiser un atelier national d’orientation et stratégie et formuler l’avant-projet des directives nationales |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Revoir les directives nationales intérimaires de la PCMA et diffuser |  |  |  | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Organiser des réunions de coordination du CC/GT |  | X |  |  |  | X |  | X |  | X |  | X |  |
| 1. Organiser le 2e atelier national d’évaluation de la performance, du partage des leçons apprises et avaliser les directives nationales |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Revoir les directives nationales finales de la PCMA, imprimer et diffuser |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mettre en place la base de données et le répertoire de la PCMA |  |  |  |  | X | X | X | X | X | X | X | X |  |
| 1. Plaidoyer pour un financement de soutien pour la PCMA |  | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |  |
| 1. 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 |  |
| 1. Formuler un plan pour étendre à plus grande échelle les activités de la PCMA dans les districts prioritaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X | X |  |
| 1. Faciliter l’intégration de la PCMA aux politiques et plans de santé |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X | X |  |
| 1. 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** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 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 |  |
| 1. Réaliser un atelier de planification |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Dispenser une formation continue pour le démarrage de la PCMA |  |  |  |  |  | X | X |  | X |  | X |  |  |
| 1. Apporter une formation continue pour assurer la qualité des soins (encadrement, recyclage, stages, visites d’apprentissage) |  |  |  |  |  |  |  | X | X | X | X | X |  |
| 1. 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 |  |
| 1. Recommander (plaidoyer) l’intégration de la PCMA dans les descriptions des tâches |  |  |  |  |  |  | X | X | X | X | X | X |  |
| 1. Mettre sur pied/faciliter les systèmes de partage de l’information et de documentation |  |  |  |  | X | X | X | X | X | X | X | X |  |
| 1. Recommander (plaidoyer) et faciliter la recherche en matière de la PCMA |  |  |  |  | X | X | X | X | X | X | X | X |  |
| 1. Etendre à plus grande échelle : Réaliser des ateliers de formation et de planification dans les districts prioritaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Améliorer l’accès à la PCMA | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Evaluer la capacité et les besoins sur les sites d’apprentissage |  | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mettre en place les soins sur les sites d’apprentissage |  |  |  |  | X | X |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Evaluer la capacité et les besoins dans les districts prioritaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mettre en place la PCMA dans les districts prioritaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Faciliter l’accès aux fournitures de la PCMA | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Identifier le système d’approvisionnement pour l’équipement et les fournitures de la PCMA | X | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Identifier le système de gestion de l’approvisionnement pour l’équipement et les fournitures de la PCMA | X | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Faciliter l’accès aux fournitures de la PCMA sur les sites d’apprentissage |  |  | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Faciliter l’accès aux fournitures de la PCMA dans les districts prioritaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Faciliter la production locale de l’ATPE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renforcer la qualité de la PCMA** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Mettre au point des systèmes et outils de soutien et de supervision |  |  | X | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mettre au point et imprimer des outils pour le suivi individuel |  |  | X | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mettre au point des systèmes et outils pour le suivi et les rapports de la PCMA |  |  | X | X | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Evaluer le système national de surveillance de la nutrition et intégrer la PCMA au système national d’information sanitaire |  |  |  |  |  |  | X | X |  |  |  |  |  |
| 1. Réaliser un bilan communautaire | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 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 |  |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |  |
| 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](http://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. |

1. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006, Service statistique du Ghana, février 2007. [↑](#footnote-ref-1)
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**.** [↑](#footnote-ref-2)
3. Un responsable de santé communautaire est un infirmier/infirmière ou une sage-femme qui a reçu une formation supplémentaire. [↑](#footnote-ref-3)
4. Weanimix est composé de quatre mesures de céréales (maїs, mil, riz ou sorgho) et d’une légumineuse (arachide ou haricot). [↑](#footnote-ref-4)
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.) [↑](#footnote-ref-5)
6. 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.) [↑](#footnote-ref-6)
7. 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. [↑](#footnote-ref-7)