Module Huit

LE SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

## VUE D’ENSEMBLE DU MODULE

Le présent module introduit les participants aux principes fondamentaux du suivi, des rapports et de la supervision pour la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), avec plus d’attention pour la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë (PEC MAS ambulatoire).

Le module décrit comment les enfants individuels sont suivis dans la PCMA et comment l’information et les données de ce suivi sont recueillies pour la PCMA dans son entier. Le but et la fonction des visites de soutien et de supervision sont également indiqués et discutés.

Nous avons déjà parlé de l’importance de suivre les enfants entre la PEC MAS ambulatoire et la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë (PEC MAS hospitalière), en utilisant la fiche de référence et en remplissant les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Le présent module rassemble toute cette information dans le cadre d’un simple système de suivi.

Ce module comprend des exercices pratiques qui donneront aux participants l’occasion de s’exercer à compiler les données et les informations. Il comprend également une visite d’une demi-journée sur le terrain comme pratique dans un site de PEC MAS ambulatoire où les participants pourront observer les diverses procédures d’inscription, de suivi, de compte rendu et de supervision.

Le suivi et les rapports pour la PCMA combinent l’information sur la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière. Les indicateurs de la performance se basent sur ces statistiques combinées. Le système de suivi de chaque site de PEC MAS ambulatoire et de chaque site de PEC MAS hospitalière doit être uniforme et standardisé afin éviter de compter deux fois les enfants.

**Remarque :** Ce module ne traite pas du suivi et des rapports du système d’approvisionnement (gestion et transport de l’équipement, du matériel, des médicaments et de l’aliment thérapeutique) ni des ressources humaines.

SUIVI ET RAPPORTS POUR LA PCMA : SALLE DE CLASSE

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs d’apprentissage** | **Documents à distribuer et exercices** |
| 1. Décrire les principes d’un système de suivi et rapports pour la PCMA |  |
| 1. Décrire comment l’enfant est suivi individuellement dans la PCMA | * Document 8.1 Suivi individuel du traitement de l’enfant dans le cadre de la PCMA * Document 8.2 Système de numérotation à l’inscription à la PCMA * Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA * Document 8.4 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA * Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA * Document 8.6 Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire |
| 1. Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district de la PCMA; interpréter les résultats | * Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA * Document 8.4 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA * Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA * Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA * Document 8.8 Rapport mensuel du site de la PCMA * Document 8.9 Rapport mensuel de la PCMA du district * Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire * Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire |
| 1. Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA | * Document 1.2 Terminologie pour la PCMA * Document 8.10 Indicateurs de la PCMA * Document 8.11 Principes de la couverture * Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire |
| 1. Evaluer et chercher à éliminer les barrières à l’accès et la fréquentation de la PCMA | * Document 8.12 Evaluer les barrières à l’accès et la fréquentation de la PCMA * Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire |
| 1. Expliquer le but du soutien et de la supervision | * Document 8.13 Soutien et supervision pour la PCMA * Document 8.14 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire * Document 8.15 Grille de soutien et de supervision de l’extension communautaire * Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et un site PEC MAS hospitalière |
| 1. Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA | * Document 8.16 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA |
| Synthèse et évaluation du module | * Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (en Excel 2003) Créer une base de données de la PCMA (en Excel 2003) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | MatÉriel  * Documents à distribuer * Calculatrices * Grandes feuilles * Feutres, papier-cache * Copies des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire * *Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual* * Rapport sur *l’atelier international de l’intégration de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë* (Washington, D.C., 28-30 avril 2008)   + Copies de **Document 1.2 Terminologie pour la PCMA**, **Document 8.4 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA** et **Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA**  PrÉparation À l’avance  * Organisation de la pièce * Créer des fiches de jeux de rôle pour l’Exercice de groupe B : Jeu de rôle sur la réunion communautaire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | DurÉe du module : Quatre heures en salle de classe, pratique sur le terrain d’une demi-journÉe Remarque : Suivant les besoins du public, les formateurs pourront omettre certains objectifs d’apprentissage et certaines activités et en approfondir d’autres. La durée du module est une estimation du temps qu’il faut pour achever tous les objectifs et activités d’apprentissage. |

Objectif d’apprentissage 1 :

Décrire les principes d’un système de suivi et rapports pour la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Revoyez le **Document 4.1 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA** et le **Document 4.17 Critères et catégories de sortie pour la PCMA.** Notez que ces documents seront utilisés comme référence tout au long du module. Prière de se reporter aux Modules 4-6 pour un examen supplémentaire des critères d’admission et de sortie (fin de traitement) si c’est nécessaire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Principes du système de suivi et rapports pour la PCMA.Demandez aux participants de réfléchir aux aspects ci-après et de répondre aux questions suivantes :   1. Quels sont les aspects clés du suivi et des rapports de la PCMA ?   Comblez les lacunes de la discussion avec l’information suivante :  Un suivi efficace de la PCMA demande les éléments suivants :   * Suivi individuel de l’enfant * Suivi et compte rendu de l’efficacité de la PCMA dans son ensemble * Supervision et soutien des agents de santé  1. Pourquoi faisons-nous un suivi de la PCMA ?   Comblez les lacunes dans la discussion en apportant l’information suivante :  Le suivi aide à identifier ce qui fonctionne bien (forces), ce qui ne marche pas bien et où résident les faiblesses. Munis de cette information, nous pourrons corriger les faiblesses et combler les lacunes.   * + Dans la PCMA, l’enfant est suivi au niveau individuel pour s’assurer que tous les enfants sont traités adéquatement et efficacement, afin de pouvoir améliorer continuellement les soins que reçoivent ces enfants.   + Le personnel de santé est supervisé et soutenu pour permettre de maintenir et de renforcer continuellement ses compétences et pour s’assurer que les enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS) reçoivent des soins efficaces.  1. Quelles sont les caractéristiques d’un système national d’information sanitaire (SNIS) efficace?   Comblez les lacunes dans la discussion avec l’information suivante :  Un SNIS doit être simple pour éviter un surcroit de travail aux agents de santé, bien qu’il faille par ailleurs disposer d’une quantité suffisante d’informations utiles pour garantir l’efficacité de la PCMA et permettre aux responsables des soins de santé de prendre les décisions et de procéder aux ajustements. Un SNIS doit compléter et non reproduire les systèmes existants. En effet, il se peut qu’un SNIS faisant le compte rendu des cas de MAS existe déjà et/ou que le Ministère de la Santé (MS) ou l’UNICEF demandent des rapports sur la malnutrition aiguë.   1. Qui devrait être responsable du suivi et des rapports pour la PCMA ? Qui devrait superviser la PCMA dans votre district ?   Comblez les lacunes avec l’information suivante :  Ceci sera différent d’un district à l’autre. Mais il est important pour chaque aspect du suivi de déterminer à l’avance qui sera spécifiquement responsable de collecter et de documenter les données servant à établir les rapports. |

Objectif d’apprentissage 2 :

Décrire comment l’enfant est suivi individuellement dans la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Prenez connaissance du **Document 8.1 Suivi individuel de l’enfant dans la PEC MAS ambulatoire**, Document 8.2 Système de numérotation à l’inscription proposé pour la PCMA, Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA et Document 8.4 Système de classement pour les fiches **individuelles** de suivi de la PEC MAS ambulatoire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Réponse suscitée : Informations et outils pour le suivi individuel.Demandez aux participants quels sont les outils qu’ils ont rencontrés dans leur formation qui pourraient aider à suivre les enfants dans la PCMA. Comment chacun de ces outils peut-il aider ? Comblez les lacunes avec les outils décrits ci-après:   * Un numéro d’inscription unique de l’enfant * Fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire: Les antécédents médicaux de chaque enfant, l’examen physique, l’anthropométrie, l’appétit, le traitement médical et la récupération nutritionnelle sont surveillés sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Les progrès au niveau du traitement individuel sont notés en fonction des signes cliniques, des indications de la mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant et de l’anthropométrie (périmètre brachial [PB] et le poids et la taille). * La fiche de rations de l’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) : la quantité de l’ATPE par séance est calculée en fonction du poids de l’enfant et elle est notée sur une fiche de rations de l’ATPE ainsi que la fréquence des séances. * Fiche de référence : Ces formulaires, qui utilisent le numéro d’inscription unique de l’enfant, sont utilisés pour orienter l’enfant de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et vice versa.   Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.1 Suivi individuel du traitement de l’enfant dans le cadre de la PCMA**.Demandez aux participants si d’autres informations sont nécessaires pour suivre un enfant admis à la PCMA. Demandez qui est responsable du suivi. Demandez-leur de trouver les réponses dans le **Document 8.1.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif: Numéros d’inscription. Indiquez aux participants que les enfants admis dans la PCMA sont suivis dans le cadre de la PEC MAS ambulatoire et lorsqu’ils sont référés vers d’autres soins. Ainsi, on peut vérifier que les procédures d’admission, de sortie et de traitement sont suivies et documentées correctement car cela permet aux agents de santé de suivre les cas des enfants quand c’est nécessaire.  Les enfants avec MAS sont inscrits au moment de l’admission à la PCMA sur le site où ils se présentent en premier et ils reçoivent un numéro d’inscription unique. Ce numéro est noté sur leur fiche individuelle de suivi ou carte de santé (ou dans le registre d’inscription si un tel registre est utilisé). Ce numéro est utilisé pour suivre l’enfant lorsqu’il ou elle est inscrit à la PCMA. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Numéros d’inscription.Reproduisez sur une grande feuille le système de numérotation du Document 8.2 Système de numérotation à l’inscription à la PCMA, tableau 1. Expliquez que le système de numérotation pour la PCMA (Exemple 1) comporte trois parties: nom ou code de la structure sanitaire, numéro individuel de l’enfant et un code représentant le type de service où l’enfant a reçu en premier le traitement. Comparez avec le système de numérotation pour le Malawi (Exemple 2). Demandez aux participants si leur pays utilise un système de numérotation du SNIS ou un autre système de numérotation pour d’autres interventions. Voyez avec eux dans quelle mesure ce système est différent du système de numérotation standard pour la PCMA. Discutez des points en gras dans le Document 8.2 et répondez aux questions. Faites remarquer que les systèmes de numérotation peuvent changer d’un pays à l’autre, et que par conséquent, il est indispensable de consulter les directives nationales. Faites remarquer également que, lors de la mise en place de la PCMA, son système de numérotation doit être compatible avec le système de numérotation pour l’inscription qui est déjà en place. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Classer les enfants dans les catégories d’entrée et sortie (fin de traitement).Expliquez aux participants que les enfants dans la PCMA sont suivis alors qu’ils transitent d’un soin à un autre pour éviter de les compter deux fois. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA, Partie A** pour de plus amples informations. Cette information et la suite du **Document 8.3** seront couvertes dans l’**Objectif d’apprentissage 3 : Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district ; interpréter les résultats**   * Classification à l’entrée : A l’entrée dans le traitement, l’enfant avec MAS est classé comme nouvelle admission âgée de 6 à 59 mois (il est facultatif de spécifier le critère d’amission noté), comme une nouvelle « autre »   admission (nourrissons < 6 mois, enfants ≥ 5 ans, adolescents, adultes) ou comme un ancien cas (lorsqu’il est référé de la PEC MAS hospitalière ou de la PEC MAS ambulatoire ou lorsqu’il ou elle revient après un abandon). Une rechute est classée comme une nouvelle admission, et sera indiquée en tant que telle sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire.     Demandez aux participants quels sont les outils qu’ils ont rencontrés dans leur formation qui pourraient les aider à déterminer la catégorie dans laquelle entre chaque enfant et comment on peut le/la suivre (à savoir, les critères d’admission à la PCMA, les catégories d’entrée à la PCMA, les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire). Indiquez aux participants qu’ils vont prendre connaissance sous peu d’autres outils facilitant la classification et le suivi : ranger les fiches individuelles de suivi dans des classeurs et remplir les fiches de pointage et les rapports mensuels du site.   * Classification à la sortie : à la sortie de la PEC MAS ambulatoire, chaque enfant est classé dans l’une des catégories suivantes : guéris (fin de traitement), décédés, abandons ou non récupérés. Ce classement est également indiqué sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire et sur la fiche de pointage. Demandez à nouveau aux participants quels sont les outils qu’ils ont rencontrés dans leur formation qui peuvent les aider à déterminer dans quelle catégorie se range chaque enfant et comment on peut les suivre (à savoir, critères de sortie (fin de traitement) de la PCMA, catégories de sortie de la PCMA, fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire, classeurs, fiches de pointage). Les références vers la PEC MAS hospitalière ou la PEC MAS ambulatoire sont une catégorie de sortie séparée.   Remarque: Les enfants qui sont référés entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière ont quitté le site mais n’ont PAS quitté la PCMA. Leur statut est celui de « référé ». Les enfants qui ne récupèrent pas sont référés vers d’autres soins pour un examen médical d’investigation supplémentaire dès que leur état est diagnostiqué et ils sortent de la PCMA comme non récupérés uniquement s’ils ne répondent pas aux critères de sortie (fin de traitement) après quatre mois de traitement. Les enfants référés vers la PEC MAS ambulatoire venant de la PEC MAM car leur état s’est aggravé sont considérés comme de nouvelles admissions. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Examen : Fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire.Distribuez des copies des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire aux participants. Voyez où est marquée chaque information concernant l’enfant : l’anthropométrie, les antécédents médicaux, l’examen physique, le test d’appétit, le traitement médical et la récupération nutritionnelle. Voyez également le verso de chaque fiche où devrait figurer l’information sur les références et les sorties (enfants qui sont guéris, enfants qui sont décédés, les abandons ou ceux qui n’ont pas récupéré). Rappelez aux participants que le personnel de santé et les superviseurs devraient revoir régulièrement les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour vérifier que les protocoles actuels sont suivis. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Classer les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire.Expliquez aux participants qu’il est important d’avoir un système de classement clair et accessible pour classer les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire afin de suivre aisément les cas actifs (en cours de traitement) et les sorties ainsi que pour permettre une référence rapide. Les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire devraient être organisées dans des classeurs ou fichiers qui restent dans la structure sanitaire et qui sont accessibles à tout moment. Les cas actifs et les sorties devront être classés séparément dans deux classeurs ou des chemises avec des intercalaires. Le classeur des cas actifs comprend les fiches de tous les enfants recevant actuellement des soins sur le site considéré. Les fiches dans le classeur ou la chemise des sorties sont organisées en fonction du type de sortie. Le personnel doit passer en revue chaque semaine les chemises ou fichiers. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pratique : Classer les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire.Dessinez un tableau avec deux colonnes sur la grande fiche. Marquez le titre de la première colonne comme « cas actifs » et la seconde colonne comme « sorties ». En plénière, demandez aux participants de mettre dans l’une ou l’autre colonne les classifications suivantes:   * Enfants actuellement en traitement en PEC MAS ambulatoire (cas actifs) * Guéris (fin de traitement) * Décédés * Non récupérés – ceux qui sortent de la PCMA après quatre mois de traitement sans atteindre les critères de fin de traitement (après examen médical) * Absents – ceux qui ne sont pas venus à une ou deux visites de suivi dans la PEC MAS ambulatoire (cas actifs) * Abandons – ceux qui ne sont pas venus à trois visites de suivi consécutives * Référés - ceux qui sont référés de la PEC MAS ambulatoire ou PEC MAS hospitalière (qui ont quitté temporairement le site, mais non pas la PCMA) ou qui ont été orientés vers un examen médical (cas actifs)   Remarque : Indiquez aux participants que lorsque l’enfant revient après un abandon ou une référence, la même fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire est utilisée.  Distribuez des copies du **Document 8.4 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA**, **Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA** et demandez aux participants de se reporter au Document 8.4 Système de classement pour les fiches **individuelles** de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour référence. Discutez des cas actifs ou des catégories de sortie si les questions se présentent. |

Objectif d’apprentissage 3 :

Remplir les fiches de pointage et les rapports mensuels du site et du district de la PCMA; interpréter les résultats

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR :Revoyez le **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA** et prenez connaissance du  **Document 8.5 Fiche de pointage de la PCMA**, **Document 8.6 Rapport mensuel du site de la PCMA**, **Document 8.7 Rapport mensuel de la PCMA du district**, **Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire**et**Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Collecte des données de routine.Les informations sont notées sur les **fiches de pointage** dans chaque site après le jour d’activité PCMA. Les fiches de pointage sont compilées sur les **rapports mensuels du site. Les rapports mensuels du district** combinent l’information de tous les rapports mensuels des sites dans le district. Les rapports mensuels des districts étayent le **rapport mensuel régional et ensuite le rapport mensuel national.** Le système de rapport pour la PCMA peut être une compilation des rapports mensuels sur papier ou une base de données électroniques (tableur Excel). Indiquez aux participants qu’il est très important que les sites PEC MAS hospitalière et MAS ambulatoire utilisent des rapports mensuels standardisés pour qu’on puisse les compiler et suivre exactement l’efficacité globale de la PCMA.  Remarque : à la fin de chaque séance de PEC MAS ambulatoire, on utilise les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire pour les nouvelles admissions et les nouvelles sorties dans le but de remplir la fiche de pointage pour chaque jour d’activité PCMA. **Les nouvelles admissions** sont notées en fonction de leur catégorie d’entrée (par critère d’admission et groupe d’âge ou par groupe d’âge seulement). **Les nouvelles sorties** sont notées en fonction de la catégorie de sortie (guéris, décédés, abandons, non récupérés). Les références de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire seront notées comme ‘référés’ de la PEC MAS hospitalière. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Données quantitatives de la fiche de pointage.Demandez aux participants s’ils ont déjà utilisé des fiches de pointage dans leur travail et, dans l’affirmative, ce qu’ils voulaient suivre avec cette fiche. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA** et demandez-leur d’examiner comment sont traitées les données quantitatives qui s’y trouvent. Toujours en se reportant à la fiche, demandez aux participants à quelles catégories suivantes appartiennent les enfants :   * Un enfant de moins de 5 ans qui est référé de la PEC MAM à la PEC MAS ambulatoire car son état a empiré   (Réponse : classé pour l’admission comme ‘nouveau cas - 6-59 mois’)   * Un abandon qui était sorti et qui ne répondait pas encore aux critères de sortie mais qui est revenu dans un petit délai de temps (moins de 2 mois par exemple, voir directives nationales) à la PEC MAS ambulatoire  (Réponse : classé pour l’admission comme ‘ancien cas’ de la PEC MAS ambulatoire/hospitalière ou abandon revenant) * Un enfant qui revient à la PEC MAS ambulatoire venant de la PEC MAS hospitalière ou vice versa  (Réponse : classé pour l’admission  comme ‘ancien cas’) * Un enfant qui est envoyé d’un site PEC MAS ambulatoire (A) à un autre site PEC MAS ambulatoire (B) pour continuer son traitement (par exemple pour raison de déménagement) (Réponse : à la PEC MAS ambulatoire (A) sur la fiche de pointage il est classé comme sorti ‘référé’ vers la PEC MAS ambulatoire, et au nouveau site PEC MAS ambulatoire (B) sur la fiche de pointage il est classée pour l’admission comme ‘ancien cas’) * Un enfant qui est admis à la PEC MAS hospitalière après avoir été à la PEC MAS ambulatoire parce qu’il ne répondait pas au traitement  (Réponse : classés pour l’admission comme ‘ancien cas’) * Un enfant avec MAS et complication médicale qui se présente directement à la PEC MAS hospitalière  (Réponse : classés comme ‘nouvelle admission 6-59 mois’ sur la fiche de pointage du site PEC MAS hospitalière) * Un enfant avec MAS et complication médicale qui se présente d’abord au site PEC MAS ambulatoire, est admis après avoir été inscrit et commence le traitement. Ensuite il est référé vers la PEC MAS hospitalière (Réponse : à la PEC MAS ambulatoire il est classé comme ‘nouvelle admission 6-59 mois’ ET sorti ‘référé’, et à la PEC MAS hospitalière il est classé comme admission ‘ancien cas’. L’enfant a été admis comme un nouveau cas avec MAS au site PEC MAS ambulatoire dont il est ensuite sorti, donc classé deux fois, une fois comme admission nouveau cas et une fois comme sorti référé, ce qui évite de le compter deux fois, puis il est admis comme ancien cas à la PEC MAS parce que son nouvel épisode de MAS a été compté en PEC MAS ambulatoire.)   Demandez aux participants s’ils peuvent réfléchir à d’autres données quantitatives qui pourraient être utiles de manière à les marquer sur ces fiches.  Demandez-leur où ils pourraient trouver cette information (fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire). Voici des réponses possibles :   * Le genre des nouvelles admissions * Types d’admission * Gain de poids moyen quotidien des guéris (par groupes d’émaciations et d’œdèmes bilatéraux) * Durée de séjour en moyenne des guéris (par groupes d’émaciations et d’œdèmes bilatéraux) * Réadmissions après la sortie ou rechute |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pratique : Remplir la fiche de pointage du site.Demandez aux participants de se reporter à l’**Exercice** 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire. Demandez-leur de marquer le nombre total des admissions et des sorties par semaine ainsi que le nombre d’enfants inscrits dans la PCMA à la fin de chaque semaine et au début de chaque semaine suivante. Alors qu’ils effectuent cette tâche, vérifiez leurs réponses avec les clés des réponses. A la fin, vérifiez les réponses en demandant aux participants de donner les résultats totaux. Répondez aux questions. |

Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

## Fiche de pointage de la PCMA – PEC MAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE** | Centre de santé de Kawale | | | |  |
| **DISTRICT** |  | | | |  |
| **SITE PEC MAS** | Ambulatoire | | Hospitalière | |  |
| **Semaine** | **Semaine**  **5** | **Semaine**  **6** | **Semaine**  **7** | **Semaine**  **8** | **TOTAL** |
| **Date** | 01/02/08 | 08/02/08 | 15/02/08 | 22/02/08 |  |
| **Nombre total au début de la semaine (A)** | 50 | 56 | 62 | 54 |  |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a) | 5 | 3 | 2 | 3 | 13 |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation  (B1b) | 7 | 15 | 1 | 6 | 29 |
| Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2) | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Anciens cas : Référés ou abandons revenants (C) | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| **Nombre des admissions totales (D=B+C)** | 14 | 19 | 3 | 11 | **47** |
| Guéris Enfants 6-59 mois (E1) | 3 | 8 | ­­­10 | 9 | 30 |
| Décédés Enfants 6-59 mois (E2) | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Abandons Enfants 6-59 mois (E3) | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4) | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F) | 1 | 3 | 1 | 2 | 7 |
| **Nombre total de sorties (E)** | 7 | 10 | 10 | 11 | **38** |
| **Nombre total de départs (G=E + F)** | 8 | 13 | 11 | 13 | **45** |
| **Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)** | 56 | 62 | 54 | 52 |  |

Remarque : si le nombre de personnes dans autres groupes d’âge avec MAS est élevé, il est recommandé de rapporter séparément par groupe d’âge

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Rapport mensuel du site PCMA par structure sanitaire.Expliquez aux participants que le rapport du site est rempli mensuellement en utilisant la fiche de pointage de la PCMA. Y sont notés les indicateurs de performance pour la proportion des enfants qui quittent le traitement comme guéris, décédés, abandons ou non récupérés, outre les nombres compilés du total des admissions, du total des sorties et du total en traitement.  Remarque : Expliquez aux participants que le système de rapport mensuel repose sur des « semaines épidémiologiques » qui sont décidées au niveau national. Chaque mois a un nombre prédéfini de semaines (janvier : semaines 1-5 , février : semaines 6-9, mars : semaines 10-13). C’est important car le nombre de semaines varie en fonction du mois (4 ou 5 semaines) d’où le risque d’erreurs de calculs dans les rapports.  Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA** et demandez-leur de lire l’information pour préparer l’exercice suivant. Répondez brièvement aux questions. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pratique : Remplir le rapport mensuel du site. Expliquez aux participants qu’ils vont saisir à présent l’information de la fiche de pointage sur le rapport du site dans **Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire**. Demandez-leur de former des paires. Répondez aux questions. Pendant qu’ils travaillent, circulez parmi eux pour vérifier leurs réponses à l’exercice ci-après. |

Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire (avec réponses)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Site** | Centre de santé de Kawale | | |  | | | | **Partenaire d’exécution** | |  | | | | | | | |
| **Communauté** |  | | |  | | | | **Fait Par** | |  | | | | | | | |
| **District** |  | | | **Mois / Année** | | | | | | 1-28 Février, 2008 | | | | | | | |
| **Etat/Région** |  | | | **Type de Prise en Charge** | | | | | | *PEC MAS hospitalière PEC MAS ambulatoire* | | | | | | | |
| **ATPE distribué** |  | | | **Population Cible Estimée**  **Enfants 6-59 mois** | | | | | | *(WFH <-3 Z-Score)* | | | *(PB <115 Mm)* | | | (Œdèmes) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL AU DÉBUT DU MOIS  (A) | NOUVEAUX CAS (B) | | ANCIENS CAS (C)  **Référés, revenus** | ADMISSIONS TOTALES  (D)  (B+C=D) | | SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS\*\*  (E) | | | | | | | | RÉFÉRÉS (F) | TOTAL  DÉPARTS  (G)    (E+F=G) | | TOTAL FIN DU MOIS (H)    (A+D-G=H) |
| **Enfants**  **6-59 M**  (B1) | **Autres**  **(< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescent, adultes)**  (B2) | **Guéris** (E1) | | | **Décédés** (E2) | | **Abandons** (E3) | **Non Récupérés** (E4) | |
| 50 | 42 | 1 | 4 | 47 | | 30 | | | 1 | | 4 | 3 | | 38 |  | | 45 |
|  |  |  |  | **Enfants 6-59 Mois** | | **78.9%**  **E1/E\*100** | | | **2.6%**  **E2/E\*100** | | **10.5%**  **E3/E\*100** | **7.9%**  **E4/E\*100** | |  |  | |  |
|  |  |  | **CIBLES**  **Normes Sphère** | | | >75% | | | - | | <15% |  | |  |  | |  |
| *E1: Sorti Guéri = Atteint les critères de sortie*  *E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement*  *E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers*  *E4: Sorti Non- Guéri = N’as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GENRE NOUVELLES ADMISSION enfants 6-59 mois Mâle** | | | | |  | |
| **Femelle** | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pratique : Remplir la fiche de pointage à partir des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire. Expliquez aux participants qu’ils vont s’exercer à compiler l’information pour la fiche de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire, et le rapport mensuel du site à partir de la fiche de pointage. Demandez aux participants de se reporter à l’**Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage pour la PCMA.** Demandez-leur de travailler en paires et de lire les instructions. Répondez aux questions et pendant qu’ils remplissent le formulaire pour le compte hebdomadaire et la fiche de rapport du site, circulez entre les groupes pour voir comment ils s’y prennent.  Vérifiez les réponses par rapport aux clés des réponses ci-après et répondez aux questions des participants. Indiquez aux participants que ces fiches peuvent prendre maintes formes et qu’il est essentiel de coordonner avec les systèmes de compte rendu utilisés dans le pays et dans le district dans lequel ils travaillent. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire (clés des réponses)   |  | | --- | | **Première semaine**  Vérifiez que la section “total au début de la semaine” est 0 pour la première semaine. Les participants ajouteront les trois cas (information figurant sur les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire) dans la rangée Yirba. Dans la section sur les admissions, les cas de la PEC MAS ambulatoire 1,2 et 3 devraient être ajoutés dans la case « Nouveaux cas 6-59 mois ».  La fiche de pointage pour la première semaine est remplie comme suit : trois admissions PB, trois nouvelles admissions au total. Pas de sortie pour la première semaine.  **Deuxième semaine**  Dans semaine 2, la case “total dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine » est mise à jour avec l’information de la première semaine (trois cas). Dans la section des admissions, le cas 4 de la PEC MAS ambulatoire devrait être ajouté à la case des œdèmes bilatéraux et à la section « référé vers la PEC MAS hospitalière  » sous « sortie » car l’enfant a des œdèmes bilatéraux +++ et il a besoin de la PEC MAS hospitalière. L’enfant est entré et sorti du site de Yirba et, à présent, il est hospitalisé. Le cas 5 de la PEC MAS ambulatoire devra être ajouté à la case de la nouvelle admission « poids pour PB ou rapport P/T.  La fiche de pointage pour la deuxième semaine est remplie comme suit : trois cas dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine, une admission pour œdèmes bilatéraux, une nouvelle admission rapport P/T, une sortie comme référence vers la PEC MAS hospitalière, deux admissions au total, une sortie comme référence et quatre au total dans la PEC MAS ambulatoire à la fin de la semaine.  **Troisième semaine**  Sur la fiche de pointage pour la troisième semaine, le total dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine est de quatre. Dans la section des admissions, le cas 6 de la PEC MAS ambulatoire devrait être ajouté dans la case des œdèmes bilatéraux. Ce cas n’a pas besoin de PEC MAS hospitalière car l’enfant a des œdèmes bilatéraux ++ qui peuvent être traités dans la PEC MAS ambulatoire. Il y a également une admission PB (pas de fiche disponible).  La fiche de pointage pour la troisième semaine est remplie comme suit : quatre au total dans la PEC MAS ambulatoire au début de la semaine, une admission pour œdèmes bilatéraux, une admission pour le PB, deux admissions au total, pas de sortie, pas de sortie au total, total de six dans la PEC MAS ambulatoire à la fin de la semaine.  **Quatrième semaine**  Au début de la quatrième semaine, le total dans la PEC MAS ambulatoire devrait être six. Le cas des œdèmes bilatéraux degré +++ qui a été référé à la PEC MAS hospitalière retourne à la PEC MAS ambulatoire cette semaine et devrait être ajouté à l’admission comme un ancien cas dans la case «PEC MAS ambulatoire/hospitalière”.  La fiche de pointage est remplie pour la quatrième semaine comme suit: Quatre nouvelles admissions: trois cas de PB et un cas rapport P/T. Le total dans la PEC MAS ambulatoire est de 11. | |

## Fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire de Yirba (avec réponses)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE** | Yirba Health Centre | | | |  |
| **DISTRICT** | Boricha | | | |  |
| **SITE PEC MAS** | Ambulatoire | | Hospitalière | |  |
| **Semaine** | **Semaine**  **1** | **Semaine**  **2** | **Semaine**  **3** | **Semaine**  **4** | **TOTAL** |
| **Date** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total au début de la semaine (A)** | 0 | 3 | 4 | 6 | 0 |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a) |  | 1 | 1 |  |  |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation  (B1b) | 3 |  | 1 | 3 |  |
| Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2) |  | 1 |  | 1 |  |
| Anciens cas : Référés ou abandons revenants (C) |  |  |  | 1 | 1 |
| **Nombre des admissions totales (D=B+C)** | 3 | 2 | 2 | 5 | **12** |
| Guéris Enfants 6-59 mois (E1) |  |  |  |  |  |
| Décédés Enfants 6-59 mois (E2) |  |  |  |  |  |
| Abandons Enfants 6-59 mois (E3) |  |  |  |  |  |
| Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4) |  |  |  |  |  |
| Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F) |  | 1 |  |  | 1 |
| **Nombre total de sorties (E)** | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| **Nombre total de départs (G=E + F)** | 0 | 1 | 0 | 0 | **1** |
| **Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)** | 3 | 4 | 6 | 11 | **11** |

**Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire (avec réponses)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Site** | Yirba | | |  | | | | **Partenaire d’exécution** | |  | | | | | | | |
| **Communauté** |  | | |  | | | | **Fait Par** | | *MS Autre:* | | | | | | | |
| **District** |  | | | **Mois / Année** | | | | | | 1-28 Février, 2008 | | | | | | | |
| **Etat/Région** |  | | | **Type de Prise en Charge** | | | | | | *PEC MAS hospitalière PEC MAS ambulatoire* | | | | | | | |
| **ATPE distribué** |  | | | **Population Cible Estimée**  **Enfants 6-59 mois** | | | | | | *(WFH <-3 Z-Score)* | | | *(PB <115 Mm)* | | | (Œdèmes) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL AU DÉBUT DU MOIS  (A) | NOUVEAUX CAS (B) | | ANCIENS CAS (C)  **Référés,**  **revenus** | ADMISSIONS TOTALES  (D)  (B+C=D) | | SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS\*\*  (E) | | | | | | | | RÉFÉRÉS (F) | TOTAL  DÉPARTS (G)    (E+F=G) | | TOTAL FIN DU MOIS (H)    (A+D-G=H) |
| **Enfants**  **6-59 M**  (B1) | **Autres**  **(< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescent, adultes)**  (B2) | **Guéris** (E1) | | | **Décédés** (E2) | | **Abandons** (E3) | **Non Récupérés** (E4) | |
| 0 | 9 | 2 | 1 | 12 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 1 |
|  |  |  |  | **Enfants 6-59 Mois** | | **%**  **E1/E\*100** | | | **%**  **E2/E\*100** | | **%**  **E3/E\*100** | **%**  **E4/E\*100** | |  |  | |  |
|  |  |  | **CIBLES**  **Normes Sphère** | | | >75% | | | - | | <15% |  | |  |  | |  |
| *E1: Sorti Guéri = Attient les critères de sortie s*  *E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement*  *E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers*  *E4: Sorti Non- Guéri = N’as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GENRE NOUVELLES ADMISSION enfants 6-59 mois Mâle** | | | | |  | |
| **Femelle** | | | | |  | |

Objectif d’apprentissage 4 :

Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR :Reprenez le **Document 1.2 Terminologie pour la PCMA** et revoyez l’**Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire**.Prenez connaissance du **Document 8.8 Indicateurs de la PCMA** et du **Document 8.9 Principes de la couverture**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Travail par deux et discussions en groupes : Suivi de la performance de la PCMA.Expliquez aux participants que les fiches de pointage et le rapport mensuel du site avec les indicateurs récapitulés sur la performance sont des outils importants pour suivre les tendances sur un site donné. Ils donnent un aperçu de la performance et des tendances (si on compare avec les rapports d’auparavant) et soulèvent certaines questions qui auront besoin d’un examen ou d’un soutien.  Mettez les participants par deux et demandez-leur de se reporter à l’**Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire.** Demandez aux participants de calculer les pourcentages de chaque catégorie de sortie. Expliquez que l’analyse des rapports mensuels du site dégage une information sur la performance de la PCMA pour la structure sanitaire en particulier et pour le district dans son ensemble. Les indicateurs de performance mettent à jour les domaines où un examen supplémentaire ou un soutien supplémentaire s’avère nécessaire. Ils peuvent montrer par exemple qu’il existe des taux d’abandon très élevés. Une fois au courant, on pourra trouver divers moyens de traiter le problème et de renforcer la PCMA.  Demandez aux paires de tirer les conclusions des données et discutez en plénière.  Indiquez aux participants que les normes Sphère ne s’appliquent pas toujours ou ne sont pas toujours réalistes pour la PCMA dans le cadre de soins de santé de routine. Par ailleurs, s’il n’existe pas d’autres moyens de comparaison, les normes Sphère peuvent être utilisées comme seuils de détermination de la performance et de la qualité des soins. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Brainstorming : Indicateurs pour la PCMA.Demandez aux participants, travaillant toujours en paires, de prendre cinq minutes pour faire une liste des indicateurs de performance et de l’effet (résultat) dans la PCMA. Rappelez aux participants le travail qu’ils ont fait pour formuler des cadres logiques dans le **Module Sept.** Demandez à une paire de partager certains de ces indicateurs et demandez aux autres groupes de donner des informations supplémentaires. Marquez les réponses sur la grande fiche. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Lecture et revue : Indicateurs de la PCMA.Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.8 Indicateurs de la PCMA** et demandez-leur de le lire en silence. Lorsqu’ils ont terminé, demandez-leur s’ils ont des modifications à proposer pour les indicateurs identifiés ci-dessus. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Efficacité ou performance de la PCMA.Demandez aux participants s’ils pensent que la PCMA est efficace. Demandez-leur si on peut juger qu’elle est efficace si seule la moitié des enfants qui ont besoin d’un traitement y ont effectivement accès. (Performance de la PCMA plus couverture déterminent l’efficacité du programme). |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Couverture.Expliquez aux participants qu’il est important de déterminer le niveau de couverture pour voir si la PCMA atteint effectivement les enfants qui ont besoin d’un traitement. La couverture est l’un des indicateurs les plus importants montrant dans quelle mesure la PCMA répond aux besoins. En effet, la PCMA peut être de très bonne qualité, avec très peu de décès, de faibles taux d’abandon et des taux élevés de récupération. Mais si la PCMA n’atteint que 30% des enfants nécessitant un traitement, elle ne pourra pas être jugée réussi. Le but est d’arriver à une bonne qualité et à une bonne couverture.  Demandez aux participants de lire le **Document 8.9 Principes de la couverture.** En observant de près le graphique de la **Figure 1**, notez la corrélation directe entre le taux de couverture, le taux de guérison et le besoin satisfait. Rappelez aux participants qu’ils peuvent utiliser le **Document 8.9** comme référence dans leur propre travail.  La couverture est exprimée en tant que pourcentage. S’il y a 100 enfants avec malnutrition aiguë vivant dans la région desservie et si 70 d’entre eux sont pris en charge par la PCMA, alors la couverture est de 70%.  Demandez aux participants de se reporter au **Document 1.2 Terminologie de la PCMA** et de lire la définition du “ratio de couverture.” Demandez-leur s’ils ont des questions. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Enquêtes sur la couverture.Expliquez que la couverture est généralement déterminée par une enquête de couverture. Une méthodologie d’enquête appelée échantillonnage systématique central (CSAS) est utilisée dans la PCMA. Pour de plus amples informations sur la méthodologie CSAS, demandez aux participants de se reporter à *Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.* D’autres méthodes d’échantillonnage sont en train d’être mises au point et sont discutées dans le rapport de l’*atelier international de 2008 sur l’intégration de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë* <http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/ENN_CMAM2008.pdf>;demandez aux participants de se reporter à ce document pour de plus amples informations,  Les enquêtes de couverture peuvent révéler pourquoi les enfants ne viennent pas à la PCMA, pourquoi certains enfants risquent d’être exclus et quelles sont les éventuelles barrières qui entravent l’accès et la fréquentation. Par ailleurs, les enquêtes de couverture sont chères et demandent un personnel spécialement formé. Il faut des mécanismes simples pour juger les niveaux de couverture lorsque les enquêtes de couverture ne sont ni pratiques ni faisables et à cet effet, des méthodes simplifiées pour estimer la couverture sont en train d’être mises au point et essayées.  Des méthodes simples voire rudimentaires existent pour estimer la couverture en fonction du nombre d’enfants avec MAS attendus. D’autres méthodes utilisent le rapport entre le nombre d’enfants dépistés avec des méthodes de dépistage quasi exhaustives et le nombre d’enfants admis. Ce ne sont pas les indicateurs idéals mais ils n’en fournissent pas moins une certaine information utile lorsque l’enquête sur la couverture n’est pas possible.  Demandez aux participants de se reporter au **Document 1.2** et de lire la définition de la «couverture». Demandez-leur s’ils ont des questions. |

Objectif d’apprentissage 5 :

Évaluer et chercher à éliminer les barrières à l’accès et à la fréquentation

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMATEUR :** Prenez connaissance du Document 8.10 Evaluer les barrières à l’accès et à la fréquentation et de l’Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Barrières à l’accès et à la fréquentation.Demandez aux participants quelles pourraient être les raisons possibles, à leur avis, d’une couverture insuffisante. Discutez des barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA et rappelez aux participants le travail qu’ils ont fait dans le bilan communautaire du Module trois. Revoyez si nécessaire.  Demandez aux participants de lire le **Document 8.10 Evaluer les barrières à l’accès et à la fréquentation;** et répondez aux questions. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Jeu de rôles : Engager la communauté.Présentez l’exercice aux participants en lisant à voix haute l’introduction suivante :  Le rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire de la structure sanitaire 22 (district de Wambala) indique un taux d’abandon élevé (20%) et un taux de décès élevé (12%). Le personnel de santé sur le site PEC MAS ambulatoire est très préoccupé par ces chiffres. Il sait également qu’un grand nombre de mères ou accompagnant(e)s des enfants référés vers la PEC MAS à l’hôpital de district refusent de s’y rendre et, à leur avis, la cause des taux élevés d’abandon et de décès est directement liée à ce refus. L’infirmière demande à l’agent de santé communautaire (ASC) d’organiser une discussion communautaire pour déterminer ce qui passe et trouver une solution à ce problème.  Demandez neuf volontaires et distribuez les rôles suivants : infirmière ou infirmier de la PEC MAS ambulatoire, un ASC, un bénévole participant à l’extension communautaire pour la PCMA, deux mères, un père, une grand-mère avec des petits enfants traités dans la PEC MAS ambulatoire, un dirigeant traditionnel et un guérisseur. L’**Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire** (ci-après) décrit ces rôles. Donnez à chaque volontaire une fiche décrivant son rôle (préparée à l’avance) et demandez-leur de commencer la « réunion communautaire. » Dites-leur également que les rôles peuvent être adaptés et qu’ils peuvent aussi improviser.  Au bout de 20 minutes, demandez aux participants comment ils vont utiliser ce qu’ils ont appris de la réunion communautaire pour faire des changements aux soins de la PCMA. Demandez-leur de se reporter à l’**Exercice 8.3 Clés des réponses** à la fin de cet objectif d’apprentissage pour guider la discussion. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exercice 8.3 Jeux de rôles sur la réunion communautaire **Infirmier ou infirmière de la PEC MAS ambulatoire :** Vous êtes une infirmière ou un infirmier qui dispense de la PEC MAS ambulatoire et vous demandez aux ASC de trouver les raisons à l’origine des taux élevés d’abandon et de décès. Vous revoyez également les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire et les rapports mensuels pour trouver les causes de cette performance insuffisante.  **ASC :** Vous remarquez que les gens dans votre communauté refusent de se rendre à l’hôpital pour plusieurs raisons. Ils n’aiment pas l’hôpital, ils craignent de devoir payer pour les soins, ils n’ont pas de moyens de transport et ne peuvent pas couvrir les frais ou encore ils ne veulent pas laisser seuls leurs autres enfants. Leur refus de se rendre à l’hôpital est la raison pour laquelle plusieurs enfants sont décédés.  **Bénévole communautaire :** Vous êtes un bénévole très actif. Nombreux sont les enfants qui abandonnent car cette partie du district est la plus éloignée du site PEC MAS ambulatoire. Vous pensez qu’il faut un site PEC MAS ambulatoire qui soit plus proche de votre village ou, une autre solution pourrait être que les gens de chez vous puissent se rendre au site existant toutes les deux semaines au lieu de chaque semaine. Vu qu’il n’existe pas d’autres structures sanitaires dans votre aire, vous vous demandez s’il ne serait pas possible que l’infirmière ou l’infirmier utilise la moto du centre de santé pour venir faire les consultations et apporter l’ATPE directement chez vous. Il existe d’autres problèmes au niveau des références utilisant les œdèmes bilatéraux ou le bracelet PB. Parfois vous envoyez un enfant au site PEC MAS ambulatoire parce qu’il a des œdèmes bilatéraux ou parce que le bracelet PB est sur le rouge mais l’infirmière prend une autre décision et renvoie l’enfant et la mère à la maison. A votre avis, les bénévoles ont besoin de plus de formation pour éviter ces différences/écarts de dépistage et vous pensez que si un bénévole réfère une mère et son enfant vers la PCMA, l’enfant devrait être admis.  **Mère 1 :** Vous savez qu’il y a des enfants malnutris de votre voisinage qui se sont rétablis à la PCMA. Votre fils a les pieds et mains gonflés. Vous l’avez amené au centre de santé et vous avez reçu la pâte d’arachide et les médicaments. Vous partagez la pâte d’arachide avec vos autres six enfants car c’est la saison de soudure et il n’y a pas grand-chose à manger à la maison. Votre fils malade a mangé du maïs et aussi de la pâte d’arachide mais, le maïs n’est pas très bon car il est stocké depuis trop longtemps. Après trois semaines, votre fils est devenu très enflé de partout et quand vous vous êtes rendue à la PEC MAS ambulatoire, l’infirmière vous a dit d’aller à l’hôpital avec votre enfant car il est très malade. L’hôpital est très loin et tous ceux que vous connaissez qui y sont allés sont morts. L’hôpital coûte cher et vous n’avez pas de moyen de transport. Vous voulez que votre fils récupère à la PEC MAS ambulatoire mais pas à l’hôpital et vous ne comprenez pas pourquoi l’infirmière insiste pour l’hospitaliser. La semaine dernière, vous n’avez pas amené votre fils au site PEC MAS ambulatoire car vous ne vouliez pas qu’elle vous dise à nouveau qu’il vous faut aller à l’hôpital. L’état de votre enfant a empiré.  **Mère 2 :** Vous avez été référée vers la PCMA par le bénévole communautaire. Il a mesuré le bras de votre fille avec un mètre et il a pressé son pouce sur ses pieds. Il a dit que son pied était gonflé et que vous deviez aller avec elle au site PEC MAS ambulatoire. Une fois arrivée là-bas, l’infirmière a pris encore une fois les mesures et a observé à nouveau ses pieds. Elle vous a dit qu’il n’y avait pas lieu de s’inquiéter et que votre fille n’avait pas besoin d’être admise à la PCMA. Cela vous a mis en colère et vous avez dit à qui veut bien l’entendre que ce n’est vraiment pas la peine de se rendre dans ce type de soins. Vous connaissez toutes les mères de votre village.  **Père :** Vos jumeaux se trouvent tous les deux dans la PEC MAS ambulatoire. Seulement l’un est malade, l’autre va bien mais tous les deux reçoivent l’aliment spécial. Celui qui est malade a pris les médicaments donnés et il va mieux maintenant. Vous vivez loin du site PEC MAS ambulatoire et votre femme doit porter les deux bébés sur son dos quand elle s’y rend. Cela fait trois semaines qu’elle n’est pas allée au site à cause de la distance. Un bénévole communautaire est venu vous rendre visite et vous a dit qu’il était très important que votre femme revienne au centre avec les enfants. Votre femme y est allée la semaine d’après et votre enfant malnutri continue à bien se remettre. Vous connaissez d’autres gens dans votre environnement qui ne se rendent pas à ce site chaque semaine car c’est trop loin. Un enfant dans votre village est mort car il est tombé soudainement très malade et sa famille n’a pas pu l’amener à temps au centre de santé. Vous vous demandez s’il ne serait pas possible d’y aller toutes les deux semaines au lieu de chaque semaine. Vous êtes très satisfait par les soins et vous avez dit à tous les hommes de votre village d’envoyer leurs épouses et leurs enfants sur le site PEC MAS ambulatoire si le bénévole les a mesurés et vous conseillez d’y aller pour faire traiter les enfants identifiés comme malnutris.  **Grand-mère :** Votre fille est décédée et vous avez ses quatre enfants à votre charge, dont un bébé de quatre mois. Le bébé est très malade et maigre. Vous avez essayé de lui donner du lait de vache dilué avec de l’eau mais son état s’aggrave. Il est de plus en plus malade. Vous avez emmené le bébé au centre de santé et l’infirmière vous a dit que le bébé était déshydraté et trop maigre et qu’il avait besoin de soins spéciaux à l’hôpital. Vous ne pouvez pas aller à l’hôpital et vous ne pouvez pas non plus y rester car qui s’occupera des autres enfants à la maison ? Vous êtes trop vieille pour marcher aussi loin. Deux jours plus tard, le bébé meurt.  **Aîné communautaire :** Vous aimez bien la PCMA. Vous vous rappelez les temps difficiles il y a trois ans lorsqu’ils sont venus et qu’ils ont installé des tentes et que tous les enfants gonflés et maigres devaient s’y rendre. Un grand nombre n’y est pas allé et beaucoup d’entre eux sont morts. A présent, les mères ou les accompagnant(e)s des enfants amènent leurs enfants au site PEC MAS ambulatoire du centre de santé le plus proche et obtiennent le traitement nécessaire. Tout est bon maintenant. Vous avez écouté ce que d’autres vous ont dit à propos des difficultés pour se rendre à l’hôpital pour la prise en charge des cas les plus graves. Et vous proposez donc que le comité de gestion de santé mette en place un fonds pour aider à organiser et payer les moyens de transport pour que les mères et les enfants qui en ont besoin puissent se rendre à l’hôpital.  **Guérisseur :** Au début, la PCMA ne vous disait rien de bon et vous vous demandiez ce que pouvait bien être cette étrange pâte d’arachides. Généralement, les mères et les pères viennent d’abord vous voir avec les enfants et ils ne se rendent au centre de santé qu’en dernier recours. Vous avez votre propre traitement pour les enfants maigres et gonflés. Toutefois, vous avez vu combien les enfants récupéraient bien lorsqu’ils vont au centre de santé pour la PCMA. L’ASC a pris le temps de vous expliquer comment fonctionne la PCMA et les bénévoles communautaires vous ont montré du respect. L’ASC vous a donné un bracelet PB et vous a expliqué comment mesurer le périmètre brachial et comment identifier les œdèmes bilatéraux qui sont d’origine nutritionnelle. Il vous a demandé d’aider à envoyer les enfants maigres ou gonflés à la PCMA. Vous êtes d’accord avec l’aîné communautaire. Vous pensez que le comité de gestion de santé du village -dans lequel vous jouez un rôle important- devrait discuter de ce fonds de transport. Effectivement, c’est important de créer un tel fonds. Vous pensez également que les gens qui habitent loin ne devraient avoir à se rendre au site PEC MAS ambulatoire que toutes les deux semaines et que les bénévoles devraient les envoyer au centre de santé en cas de problème entre les séances. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exercice 8.3 Clés des réponses Changements possibles dans les services de soins d’après des discussions en groupe avec les membres communautaires :  **Communications**   * Faire plus d’efforts pour expliquer que l’admission à la PCMA ne veut pas forcément dire que la mère et l’enfant vont être référés vers l’hôpital -car dans cette communauté c’est ce que les gens craignent le plus et ainsi que le coût. Ne pas oublier de préciser que la PEC MAS ambulatoire est gratuite et est disponible pour les enfants malnutris et que seulement les enfants très malades ont besoin d’être hospitalisés. * Vérifier que les bénévoles qui font les recherches de cas font bien attention à expliquer qu’une fois l’état médical de l’enfant évalué sur le site PEC MAS ambulatoire, il devrait peut-être être référé vers la PEC MAS hospitalière si son état s’aggrave. La plupart des enfants seront traités dans la PEC MAS ambulatoire. * Répétez encore une fois que l’ATPE ne doit pas être partagé. Un enfant qui mange tout l’ATPE prend du poids et risque moins de tomber malade et de devoir aller à l’hôpital.   **Procédures**   * Pour réduire le nombre de références refusées, aligner la référence et l’admission sur les critères d’admission basés sur le PB, si ce n’est pas déjà fait. * Dans le court terme, permettez aux gens qui viennent des villages éloignés de venir deux fois par mois aux séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire et donnez-leur deux semaines de rations de l’ATPE. * Ensuite envisagez d’ouvrir plus de sites PEC MAS ambulatoire auxquels tout le monde peut avoir accès. * Donnez à nouveau aux bénévoles une formation sur les contrôles des œdèmes bilatéraux et la mesure du PB pour vérifier l’exactitude et la pertinence des références. Songez également à introduire une fiche de référence mentionnant qui est le bénévole qui a référé l’enfant pour mieux connaître la source des références inappropriées. * Mettre en place des procédures de visite de suivi à domicile pour les cas à risque pour s’assurer que les enfants qui ne viennent pas à une séance de suivi au site PEC MAS reçoivent une visite de suivi à domicile et pour encourager les familles à revenir à la PCMA. * Permettre à l’infirmière de la PEC MAS ambulatoire de garder les enfants avec complications médicales mais avec appétit à la PEC MAS ambulatoire si, après avoir expliqué clairement les risques à la mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant, celle-ci refuse encore de se rendre à l’hôpital. * Utiliser les comités de gestion de santé villageois pour établir un contact avec des guérisseurs pour discuter de la PCMA avec eux, écouter ce qu’ils ont à dire, ce qui les préoccupe et les encourager à suivre une formation pour apprendre quels sont les cas de MAS qu’il faut référer. * Encourager les comités de gestion de santé villageois à suivre la recommandation et à mettre en place un fonds pour couvrir les coûts liés aux références entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière (frais de transport). Utiliser l’**exercice 8.3** comme exemple d’une résolution de problèmes au niveau local, dans le cadre de discussions avec d’autres sites et villages. |

Objectif d’apprentissage 6 :

Expliquer le but du soutien et de la supervision

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR :Prenez connaissance du **Document 8.11 Soutien et supervision pour la PCMA**, **Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire**, **Document 8.13 Grille de soutien et de supervision de l’extension communautaire** et Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et un site PEC MAS hospitalière. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Définir les responsabilités du soutien et de la supervision.Formez des groupes de travail de cinq participants. Demandez aux groupes de :   1. Définir les termes “soutien’ et ‘supervision” 2. Indiquer les responsabilités d’un superviseur (ou d’une équipe de supervision) 3. Déterminer qui devrait être responsable pour la supervision de la PCMA dans leurs districts 4. Décrire comment sont faites généralement les visites de supervision dans leurs districts et comment la PCMA entre dans leur système de supervision de routine   Demandez à un groupe de partager ses réponses en plénière. Les autres groupes apportent uniquement l’information complémentaire. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.11 Soutien et supervision pour la PCMA** et dites-leur de le lire en silence et de discuter dans leur groupe du type d’information supplémentaire qu’ils ajouteraient à la discussion précédente. Discutez de cette information en plénière. Faites remarquer que le soutien et la supervision ne se limitent pas à l’évaluation de la performance mais que c’est également une bonne occasion d’encadrer et d’apporter un soutien technique au personnel. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Grille de soutien et de supervision.En plénière, demandez aux participants quelle serait l’information, à leur avis, qui devrait figurer sur une grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire. Rappelez-leur, sujet par sujet de réfléchir aux différentes procédures : composition du personnel, admission, soins thérapeutiques médicaux et nutritionnels, suivi des absents et abandons, contrôle des stocks et procédure de sortie. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire** et au **Document 8.13 Grille de soutien et de supervision de l’extension communautaire**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Analyse des rapports de site consolidés.Les participants se trouvent toujours dans les mêmes groupes de travail. Distribuez-leur l’**Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et d’un site PEC MAS hospitalière** et demandez-les de discuter des rapports dans leur groupe de travail. En utilisant les rapports mensuels du site et les rapports mensuels consolidés, demandez aux participants de réfléchir aux conclusions auxquelles ils peuvent arriver à propos du site, de la performance et de la couverture et aux informations de suivi dont ils auront besoin pour prendre les décisions appropriées. Vous pouvez leur suggérer de comparer le nombre de cas, les critères d’admission, les modes d’admission et de référence et les raisons et taux de sortie d’un site à l’autre.Vous pouvez leur donner un exemple de l’exercice **8.4 Clés de discussion,** ci-après. Suivez le travail de chaque groupe, en animant la discussion si nécessaire, en leur présentant d’autres conclusions pour déterminer les aspects ou questions qu’il faut traiter. Lorsque les groupes ont eu le temps de discuter, demandez à un groupe de partager en plénière sa conclusion et d’indiquer l’information supplémentaire qui est nécessaire. Demandez à un autre groupe de présenter une conclusion supplémentaire, etc.  Indiquez aux participants que les taux de sortie spécifique à la PEC MAS hospitalière ne sont pas calculés. Les enfants dont l’état s’améliore sont référés vers la PEC MAS ambulatoire pour continuer le traitement. Ces taux de sortie spécifiques n’indiqueraient pas un problème au niveau de la qualité des soins car ils n’incluent QUE les enfants avec MAS qui ont des complications médicales. C’est une des raisons pour lesquelles il faut évaluer la qualité de la PCMA dans son entier, en combinant l’information aussi bien de la PEC MAS hospitalière que de la PEC MAS ambulatoire, telle qu’elle est présentée dans le rapport mensuel consolidé. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et d’un site PEC MAS hospitalière (clés de discussion)   |  |  | | --- | --- | | **Conclusions tirées des rapports** | **Questions à poser ou exemples des explications possibles** | | 1. Le site B a plus de patients que les autres centres. | 1. Est-ce normal ? Est-ce qu’il couvre une région avec un grand nombre d’habitants ou une zone très vaste ?  Quelles sont les distances à parcourir pour se rendre au site ? Ce site est-il gérable ? Est-ce qu’un second site pourrait être ouvert avec les ressources existantes ? | | 2. Au site C plus de la moitié des admissions sont pour des œdèmes bilatéraux. | 2. Est-ce normal? Est-ce que les autres centres négligent ce diagnostic ? Ou au contraire, ce site fait-il un diagnostic excessif des œdèmes bilatéraux ?  Ce centre se situe-t-il dans une région où l’économie alimentaire est différente ? La même observation a-t-elle été faite lors des mois précédents ou par d’autres enquêtes ? | | 3. Sur les 246 nouvelles admissions, 227 ont été admis directement dans la PEC MAS ambulatoire (92,3%) et 19 dans la PEC MAS hospitalière (7,7%). | 3. Cela pourrait être un indicateur de l’efficacité du “dépistage précoce” et partant de la qualité de la mobilisation communautaire. Cela pourrait également indiquer que les enfants dont l’état est grave sont cachés à la maison et ne sont pas atteints. | | 4. Le site A ne réfère pas les patients vers la PEC MAS hospitalière. | 4. Cela pourrait signifier qu’aucun cas ne nécessite un transfert, bien qu’il faille le vérifier par voie de supervision. | | 5. Les taux de décès et non guéris dans le site A sont très élevés pour de la PEC MAS ambulatoire. | 5. Cela soulève des questions quant à la qualité de l’évaluation des cas dans ce site et à l’application des protocoles de traitement et d’action. | | 6. Le taux d’abandon au site B est très élevé et demande qu’on en détermine les raisons. | 6. Peut-être que les mères ou les accompagnant(e)s des enfants ne reviennent pas car elles jugent que le temps d’attente est trop long ou que les distances à parcourir sont trop longues. Une visite au site s’avère nécessaire pour en déterminer les raisons. | | 7. Le taux des guéris au site C est bon mais le taux des non guéris soulève des questions. | 7. Est-ce que c’est relié au nombre de cas avec des œdèmes bilatéraux, noté ci-dessus ? Peut-on enquêter sur cette situation ? | | 8. Dans l’ensemble, 211 enfants ont quitté la PEC MAS ambulatoire pendant ce mois, 200 parce qu’ils avaient terminé le traitement. Par contre, 11 ont été référés à nouveau vers la PEC MAS hospitalière, ce qui veut dire que l’état de 5,5% des enfants traités en PEC MAS ambulatoire s’est aggravé. | 8. Pourquoi l’état des enfants s’aggrave-t-il dans la PEC MAS ambulatoire ? Suit-on les protocoles concernant les médicaments et l’ATPE ? Quels sont les messages d’éducation sanitaire et nutritionnelle communiqués aux mères ? Existe-t-il d’autres problèmes de santé sous-jacents qu’il faudrait traiter ? | | 9. 17 enfants ont été référés de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire, et pourtant les sites PEC MAS ambulatoire n’ont admis que 14 enfants venant de la PEC MAS hospitalière. A noter que 11 patients ont été référés de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et que 11 admissions ont été enregistrées dans le rapport du site PEC MAS hospitalière comme étant référées de la part du site PEC MAS ambulatoire. | 9. La différence entre les références venant de la PEC MAS hospitalière et les admissions à la PEC MAS ambulatoire pourrait être due à des problèmes dans le système d’inscription ou au fait que certains enfants référés ne se sont pas rendus au site PEC MAS ambulatoire. Cette observation demande que soit faite une supervision plus étroite du système d’inscription et de référence (par exemple, de l’utilisation des fiches de référence, des moyens de transport disponibles et des explications données à la mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant au moment de la référence). A noter que les enfants qui ont été référés ont quitté le site où ils ont étés traités et celui où ils ont été référés mais ils n’ont pas quitté la PCMA.  Le nombre compilé de cas en traitement dans le district est de 209, comptant 9 cas en moins que la somme dans le rapport individuel. Cette différence est due aux référés qui manquent et/ou sont en transit entre deux sites. |   Remarque : Les taux de sortie ne sont pas calculés pour la PEC MAS hospitalière. Les enfants dont l’état s’améliore sont orientés vers la PEC MAS ambulatoire où ils continueront leur traitement jusqu’à leur guérison. |

Objectif d’apprentissage 7 :

Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR :Prenez connaissance du **Document 8.14 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Discutez du rapport minimal qu’il faut préparer pour la PCMA et préparez l’ébauche.Formez des groupes de travail de cinq participants. Demandez aux groupes de :   1. Discutez des besoins et utilisations d’un rapport minimal de la PCMA :   -Qui a besoin de ce rapport et qui l’utilise et à quelles fins ?  - Qu’est-ce qu’on rapporte ?  -Qui prépare le rapport ?   1. Préparez l’ébauche d’un rapport pour la PCMA et discutez des outils de suivi existants et comment ils apportent l’information nécessaire pour établir le rapport   Demandez à un groupe de partager son travail en plénière et aux autres groupes d’ajouter uniquement l’information complémentaire. Demandez aux participants de se reporter au **Document 8.14 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA** et de lire en silence puis de discuter dans leurs groupes de l’information qu’ils devraient ajouter à leur ébauche. |

## ACTIVITÉ FACULTATIVE

|  |  |
| --- | --- |
|  | Formation externe : Créer et utiliser une base de données électronique.Au niveau du district, coordonnez une séance de formation spéciale sur la manière de mettre en place un système de suivi de la PCMA en utilisant une base de données électronique sous Excel. Si c’est possible, vérifiez qu’il existe suffisamment d’ordinateurs pour que les participants puissent travailler en paires. Lisez la **Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)** et demandez aux participants de revoir cette référence avant l’activité. Apportez des copies des fiches de pointage, des rapports mensuels des sites et des listes des noms des sites PEC MAS ambulatoire et PEC MAS hospitalière (avec noms et situations des structures sanitaires) ; Distribuez aux participants. En utilisant la **Référence supplémentaire 8.1,** expliquez étape par étape le contenu et le fonctionnement du logiciel. |

SynthÈse et Évaluation du module

|  |  |
| --- | --- |
|  | Méthode proposée : Revoir les objectifs d’apprentissage et remplir la fiche d’évaluation.  Revoir les objectifs d’apprentissage du module.  Dans ce module, vous avez :   * Décrit les principes du suivi et du compte rendu de la PCMA * Décrit comment l’enfant pris individuellement est suivi dans la PCMA * Remplit les formulaires du compte hebdomadaire et les fiches de site et de district et interprété les résultats * Mesuré et discuté la performance et la couverture de la PCMA * Contrôlé les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA et trouvé des solutions pour les supprimer * Expliqué le but du soutien et de la supervision de la PCMA * Préparé le rapport minimal de synthèse de la PCMA   Demandez s’ils ont des questions ou du feedback à propos de ce module.  Posez les questions de revue suivantes:   * Comment les enfants pris individuellement sont-ils suivis dans la PCMA ? * Quelle est l’information recueillie sur les formulaires du compte hebdomadaire et les rapports de district ? * Quels sont les indicateurs utilisés pour déterminer la performance de la PCMA ? * Quels sont les rôles et les responsabilités des superviseurs dans la PEC MAS ambulatoire ? * Discutez et clarifiez. * Rappelez aux participants qu’ils auront l’occasion d’observer les procédures et d’en discuter avec le personnel lors de la visite sur le terrain. * Demandez aux participants de remplir la fiche d’évaluation du module. |

LE SUIVI ET LES RAPPORTS DE LA PCMA: PRATIQUE SUR LE TERRAIN de la PEC MAS AMBULATOIRE

## VUE D’ENSEMBLE

* Un maximum de cinq participants se rendra à chaque site de PEC MAS ambulatoire un jour donné. Coordonnez avec autant de sites que possibles pour garder à un maximum de cinq le nombre de participants.
* Cette visite devrait être faite lors des derniers jours de la formation, après avoir observé et pratiqué les activités de la PEC MAS ambulatoire dans un site. Les participants doivent être au courant de tous les aspects liés à la PEC MAS ambulatoire.
* La grille de soutien et de supervision est longue et elle peut être répartie en plusieurs sections, permettant ainsi aux participants de « superviser » les différentes activités pendant la PEC MAS ambulatoire.
* Quelqu’un qui parle la langue locale travaillera en paires avec les participants.

| **Objectifs d’apprentissage** | **Documents à apporter pour la pratique de la PEC MAS ambulatoire** |
| --- | --- |
| 1. Observer et aider l’équipe de la PEC MAS ambulatoire à remplir les fiches de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire | * + Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA   + Document 8.8 Indicateurs de la PCMA   + Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire |
| 1. Revoir une fiche de pointage et les rapports mensuels du site du mois précédent et discuter avec le personnel de l’utilisation et de l’interprétation des données |
| 1. Revoir le système pour noter la distribution et les niveaux de stock de l’ATPE |

## PrÉparation pour la pratique SUR LE TERRAIN de la PEC MAS ambulatoire

* Revoyez et discutez des procédures et les étapes que les participants réaliseront sur les sites PEC MAS ambulatoire :
* Observer et aider l’équipe de la PEC MAS ambulatoire à remplir la fiche de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
* Calculer le nombre d’enfants inscrit à la PCMA et vérifier ce chiffre en consultant les fiches de suivi
* Revoir une fiche de pointage remplie et le rapport mensuel du site du mois précédent, et discuter de ce qu’ils vous apprennent à propos de la qualité de la PCMA (taux de guérisons, d’abandons, de décès, quelque chose de surprenant ?)
* Apportez des copies du **Document 8.12 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire** dans le cas où le site n’en a pas pour que les participants puissent les remplir.

Objectif d’apprentissage 1 de la pratique sur le terrain :

Observer et aider l’équipe de la PEC MAS ambulatoire à remplir les fiches de pointage à partir des fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Activité pratique sur le site: Aider le personnel du site à remplir les fiches de pointage.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Activités facultative, si le temps le permet : revoir un échantillon des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire**   * Revoyez des échantillons de fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire et notez les profils des enfants dans le service:   **-** Est-ce que la plupart des cas sont admis pour des œdèmes bilatéraux ou un faible PB ?  - Quels sont les âges des enfants dans la PCMA ?  - Beaucoup d’entre eux sont-ils des abandons qui reviennent ou des rechutes ?  - Un grand nombre d’enfants vient-il de la PEC MAS hospitalière ?  - Un grand nombre d’enfants est-il référé vers la PEC MAS hospitalière ?  - Un grand nombre d’enfants a-t-il besoin de visites de suivi à domicile ?  - Comment sont notées les visites de suivi à domicile sur la fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire ? |

Objectif d’apprentissage 2 de la pratique sur le terrain :

Revoir une fiche de pointage et les rapports mensuels du site du mois précédent et discuter l’utilisation et l’interprétation des données

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Revue pratique sur le site: Revoir les fiches de pointage et discuter des sorties et des abandons avec les agents de sante**   * Avec le personnel du site PEC MAS ambulatoire, revoyez la fiche de pointage et le rapport mensuel du site du mois précédent. * Discutez des cas de sortie (fins de traitement) : guéris, décédés, abandons, non récupérés. * Discutez avec le personnel de la structure sanitaire :   **-** Quelle est la réponse de la PCMA aux taux guère satisfaisants de guérison, de décès et d’abandon ?  - Quelle est la procédure pour notifier les visites de suivi à domicile pour les enfants à risque?  - Quel est le système ou quelle est la procédure pour revoir/examiner les cas des enfants qui sont décédés le mois en question ?  - Quels sont les problèmes ou les obstacles au niveau des références et du suivi des individus entre les sites? |

Objectif d’apprentissage 3 de la pratique sur le terrain :

Revoir le système pour noter la distribution et les niveaux de stock de l’ATPE (et quand/comment s’approvisionner)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Revue pratique sur le site: Revoir avec le personnel le système de compte rendu de l’ATPE distribué, en stock et commandé**   * Avec le personnel, revoyez l’ATPE : distribution, état du stock et achat ou approvisionnement. * Passez en revue la grille de soutien et de supervision en petits groupes. * Remplissez les différentes parties de la grille de soutien et de supervision en fonction des activités observées en ce qui concerne la gestion des fournitures sur le site de la PEC MAS ambulatoire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Session de feedback après la pratique sur le terrain**  Après une pratique sur le terrain, réalisez une séance de feedback donnant aux participants l’occasion de :   * Donner du feedback sur les points forts observés dans chaque structure sanitaire * Demander des clarifications aux animateurs * Identifier les principales lacunes demandant plus de pratique ou de temps d’observation ou de pratique supplémentaire en salle de classe pour les formulaires, les calculs, etc. * Discuter de la manière dont on peut encadrer le personnel pour améliorer la performance |

Module Huit

LES DOCUMENTS POUR LE SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs d’apprentissage** | **Documents à distribuer et exercices** |
| 1. Décrire les principes d’un système de suivi et rapports pour la PCMA |  |
| 1. Décrire comment l’enfant est suivi individuellement dans la PCMA | * Document 8.1 Suivi individuel du traitement de l’enfant dans le cadre de la PCMA * Document 8.2 Système de numérotation à l’inscription à la PCMA * Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA * Document 8.4 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA * Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA * Document 8.6 Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire |
| 1. Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district de la PCMA; interpréter les résultats | * Document 8.3 Système de suivi et rapports pour la PCMA * Document 8.4 Critères d’admission et catégories d’entrée pour la PCMA * Document 8.5 Critères de fin de traitement et catégories de sortie pour la PCMA * Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA * Document 8.8 Rapport mensuel du site de la PCMA * Document 8.9 Rapport mensuel de la PCMA du district * Exercice 8.1 (a) Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire * Exercice 8.2 Remplir la fiche de pointage du site PEC MAS ambulatoire |
| 1. Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA | * Document 1.2 Terminologie pour la PCMA * Document 8.10 Indicateurs de la PCMA * Document 8.11 Principes de la couverture * Exercice 8.1 (b) Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire |
| 1. Evaluer et chercher à éliminer les barrières à l’accès et la fréquentation de la PCMA | * Document 8.12 Evaluer les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA * Exercice 8.3 Jeu de rôle sur la réunion communautaire |
| 1. Expliquer le but du soutien et de la supervision | * Document 8.13 Soutien et supervision pour la PCMA * Document 8.14 Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire * Document 8.15 Grille de soutien et de supervision de l’extension communautaire * Exercice 8.4 Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et d’un site PEC MAS hospitalière |
| 1. Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA | * Document 8.16 Directives pour les rapports minimaux de la PCMA |
| Synthèse et évaluation du module | * Référence supplémentaire 8.1 Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003) |

DOCUMENT 8.1

Suivi individuel du traitement de l’enfant dans le cadre de la PCMA

* **Le traitement individuel des enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS) est suivi sur une fiche de suivi**. Chaque enfant avec MAS qui est admis à la PAC MAS hospitalière ou la PEC MAS ambulatoire aura une fiche de suivi.
* **Le numéro unique d’inscription de l’enfant est noté sur les fiches de suivi, les fiches de référence, les fiches de rations et autres rapports.** Cela servira de numéro identifiant l’enfant tout le temps où il/elle sera en traitement dans le cadre de la PCMA.
* **La fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire reste dans les dossiers sur le site.** Généralement, il n’est pas nécessaire de garder un registre d’inscription.
* **La mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant reçoit une fiche de rations de l’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) qui montre l’évolution et les progrès de l’enfant et la quantité de l’ATPE reçue lors de chaque séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire.** La fiche contient des informations clés sur l’enfant ainsi qu’une information de base sur ses progrès. Y figurent également son nom, son âge, le nom de la personne qui s’en occupe (mère, père ou grand-mère), le lieu d’origine, le nom de l’agent d’extension, la date d’admission, les dates des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire. A l’admission, à la sortie ou à chaque visite de suivi de la PEC MAS ambulatoire, on note le périmètre brachial [PB], le poids, la taille et la ration reçue. à la sortie, la fiche de ration est remise à la structure sanitaire et sera attachée à la fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire.
* **Les enfants sont suivis alors qu’ils sont référés vers la PEC MAS hospitalière, la PEC MAS ambulatoire ou la PEC MAM, afin de vérifier que les procédures d’admission, de sortie et de traitement sont suivies correctement et que l’information nécessaire est bien notée.** Pour cela, on vérifie que les fiches de suivi en PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoire et les fiches de référence sont remplies correctement et qu’elles comportent toujours le numéro d’inscription unique de l’enfant.
* **La fiche de référence permet de suivre les enfants qui passent de la PEC MAS ambulatoire à la PEC MAS hospitalière.** Sur cette fiche de référence, devront figurer le traitement et les médicaments donnés avec la justification afin d’éviter de donner deux fois le même médicament à l’enfant.

DOCUMENT 8.2

Système de numérotation à l’inscription à la PCMA

* Chaque enfant reçoit un numéro d’inscription lorsqu’il ou elle est admis pour la première fois à la PCMA. Chaque numéro d’inscription a trois parties : le nom ou le code de la structure sanitaire, le numéro individuel de l’enfant et le code du service de la PCMA où l’enfant a commencé son traitement : la PEC MAS ambulatoire, PEC MAS hospitalière ou la PEC MAM. La plupart des enfants sont admis dans la PEC MAS ambulatoire, car ce sont les services les plus décentralisés et qui représentent le point d’entrée le plus accessible et le plus courant pour le traitement.
* Le code pour chaque site doit être déterminé dès que les soins commencent sur ce site. Il est unique pour ce site et doit être utilisé régulièrement par tout le personnel pour éviter toute confusion quant au type de site où l’enfant reçoit les soins. Le code du site devrait avoir trois ou quatre lettres et devrait être compris aisément.
* Dans certains pays, il existe un système de numérotation standard qui fait partie du système national d’information sanitaire (SNIS). Le système de numérotation pour la PCMA peut être adapté pour en tenir compte. Non seulement il est possible d’adapter le système de numérotation du SNIS mais il faut également vérifier que le site où chaque enfant est entré à la PCMA et le premier centre où il a reçu des soins sont inclus. Il faudra également suivre les directives nationales pour la PCMA si celles-ci existent déjà.

**Tableau 1 Système de numérotation à l’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| **Exemple 1**  **Système de numérotation standard en trois parties NVL/OO1/AMB**  **NVL**: Le code du site ou de la structure sanitaire  **001**: Numéro assigné individuellement à l’enfant (les numéros se suivent en séquence)  **AMB** : PEC MAS ambulatoire où l’enfant a commencé son traitement | **Exemple 2**  **Système de numérotation SNIS du Malawi**  **77/88/999/MMAA/PTA**  **77**:Le code en 2 chiffres pour le district  **88**:Le code en 2 chiffres pour la structure sanitaire  **999**:Numéro individuel de l’enfant  **MMAA**: Mois et années d’admission  **PTA** : Programme thérapeutique ambulatoire où l’enfant a commencé son traitement |

* Il est indispensable si on veut suivre efficacement l’enfant dans la communauté que toutes documentations adoptent le même système de numérotation: le registre d’inscription (s’ils sont utilisés), le fiche de suivi et la fiche de référence. Les autres numéros pertinents, par exemple ceux donnés dans d’autres structures sanitaires ou à l’hôpital, dans les services de conseils et dépistage volontaire du VIH ou de traitement antirétroviral pourraient également être notés sur les fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire.

* Le numéro d’inscription doit figurer sur la fiche de référence. L’enfant garde le même numéro lorsqu’il revient.
* Les abandons revenants á la PCMA (dans un certain court délai) utilisent le même numéro qu’ils avaient puisqu’ils souffrent toujours du même épisode de sous-nutrition. Pour leur traitement, on continue à utiliser la même fiche de suivi.
* Les réadmissions (les enfants qui répondent à nouveau aux critères d’admission, qui rechutent, après avoir terminé le traitement comme guéri (fin de traitement) reçoivent un nouveau numéro et une nouvelle fiche car ils souffrent d’un nouvel épisode de sous-nutrition et ont besoin à nouveau d’un traitement complet.

DOCUMENT 8.3

Système de suivi et des rapports pour la PCMA

**Les données quantitatives sont collectées de manière routinière sur la fiche de pointage qui est rempli à la fin de chaque séance de la PCMA et sont ensuite récapitulées sur le rapport mensuel du site.**

Ces informations sont utilisées pour suivre les résultats et la performance de la PCMA. Les responsables au niveau du district sanitaire et les agent de santés de la structure sanitaire utilisent ces informations pour déterminer si la population cible est couverte et s’il existe des domaines devant être examinés ou renforcés ou encore lorsqu’ils veulent suivre les effets des changements qui ont été faits (à savoir, de nouveaux sites ont été ouverts, un plus grand nombre de bénévoles ont été recrutés et une plus grande quantité de fournitures est à présent accessible).

## Informations figurant sur la fiche de pointage

(Voir également **Document 8.7 Fiche de pointage de la PCMA** et **Document 8.6 Rapport mensuel du site de la PCMA.**)

Les données régulières des soins qui sont compilées lors de chaque séance de PCMA portent sur les éléments suivants :

* Nombre **Total** d’enfants suivant un traitement au **Début de la semaine**.
* Nombre des **Admissions Totales** par catégorie d’entrée, soit :  
  + - **Nouveaux Cas Enfants 6-59 mois**
    - **Nouveaux Cas Autres** : nourrissons < 6 mois, enfants > 5 ans, adolescents, adultes
    - **Anciens Cas :** Référés qui reviennent de la PEC MAS hospitalière ou d’un autre site PEC MAS ambulatoire ou abandons qui reviennent (qui n’ont pas récupéré et qui reviennent pour continuer le traitement dans un délai limité)(2 mois ?)
    - **Facultatif :** Les nouvelles admissions peuvent être classées par genre ou critère d’admission (œdèmes bilatéraux, périmètre brachial [PB], rapport poids-taille [P/T]) aidant à distinguer les différences dans le type de sous-nutrition dans les différentes régions (par exemple, les cas d’œdèmes bilatéraux peuvent être plus élevés dans certaines régions que dans d’autres ou le nombre de ces cas peut augmenter lors de certaines saisons)
* Nombre de **Sorties Totales** par catégorie de sortie :
  + - **Guéris** (fin de traitement): Enfants qui répondent aux critères de sortie de traitement
    - **Décédés** : Enfants qui meurent alors qu’ils suivent le traitement
    - **Abandons** : Enfants qui quittent la PCMA avant de répondre aux critères de sortie, enfants absents pendant 3 séances consécutives
    - **Non récupérés** : Enfants qui ne répondent pas aux traitements et qui n’ont pas atteints les critères de fin de traitement après un certain délai de traitement (quatre mois ?) (une fois l’examen médical fait)
* Autres catégories de sortie :
  + - **Références :** Enfants qui ont quitté (temporairement) le site car ils ont été référés vers d’autres soins de la PCMA ou vers des soins tertiaires pour un bilan médical.

Remarque: Etant donné que la PCMA doit suivre les enfants en évitant de les compter deux fois, les enfants qui sont référés entre la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière ne sont pas considérés comme sortis du traitement : ils sont en position de référence. Ils restent en traitement de la PCMA. Par contre, les enfants qui n’ont pas récupéré –qui ont déjà été référés pour un bilan médical- quittent la PCMA s’ils ne répondent toujours pas au traitement après quatre mois.

* D’autres données quantitatives (facultatives) peuvent être recueillies pour suivre l’efficacité du traitement : gain de poids moyen quotidien, durée de séjour en moyenne des enfants guéris et taux de réadmission. Ces indices peuvent être calculés pour tous les enfants qui sont sortis de la PCMA en étant guéris (fin de traitement) ou sur un échantillon aléatoire des enfants guéris. Le gain de poids moyen quotidien et la durée de séjour en moyenne pour les guéris (fin de traitement) du kwashiorkor ou du marasme devraient être calculés séparément.
* **Le gain de poids moyen quotidien pour un guéri** de la PEC MAS ambulatoire devrait être supérieur à 4 g/kg/jour
* **La durée de séjour en moyenne pour un guéri** de la PEC MAS ambulatoire devrait être inférieure à 60 jours
* **Les réadmissions après la sortie en fin de traitement (ou rechute)**: Peut-être faudra-t-il des interventions au niveau des foyers pour éviter des taux élevés de réadmission; des taux élevés pourraient également signifier que les enfants ont quitté le traitement trop tôt. (Le taux de réadmission égale le nombre de réadmissions par le total de nouvelles admissions)

## Informations du rapport mensuel du site PCMA

(Voir également **Document 8.6 Rapport mensuel du site PCMA et Document 8.5. Fiche de pointage de la PCMA**.)

* L’information de la fiche de pointage est compilée dans le rapport mensuel du site PCMA, et les taux d’ enfants guéris (fin de traitement), décédés, abandons et non récupérés sont indiqués comme proportions des sorties totales. Le rapport mensuel du site est envoyé chaque mois à l’équipe de gestion sanitaire du district.
  + Les semaines épidémiologiques peuvent être utilisées pour définir les mois de notification (semaines 1-4 = janvier; semaines 5-8 = février).
  + Le rapport mensuel du site PCMA relègue l’information dans les rapports mensuels de la PCMA combinée aux niveaux du district, régional ou national.

## Informations du rapport mensuel de la PCMA combinée

(Voir également **Document 8.7 Rapport mensuel de la PCMA du district**.)

* Les rapports de tous les sites PCMA du district sont compilés dans le rapport mensuel de la PCMA combinée du district et les taux des enfants guéris (fin de traitement), décédés, abandons et non récupérés sont indiqués comme proportions des sorties totales. Les catégories “anciens cas” et “référés” sont omises car ces enfants n’ont pas quitté la PCMA.
* Les rapports mensuels compilés peuvent être utilisées aux niveaux régional et national et la représentation des données peut être ajustée à toutes fins pratiques (par exemple, par années, par période, ou par région)

## Autres informations

* L’information qualitative est également recueillie auprès des communautés et des bénéficiaires de la PCMApour connaître les opinions à propos des soins et pour aider les gestionnaires à mieux comprendre les problèmes possibles tels que des taux élevés d’abandon ou une faible couverture.
* Autres informations à recueillir auprès de la mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant et/ou de la communauté :   
  + **Cause et lieu du décès :** En notant cette information sur la fiche de suivi de la PEC MAS ambulatoire de l’enfant, cela peut aider à identifier les problèmes au niveau du traitement et de l’utilisation du protocole d’action et à déterminer si une formation et supervision s’avèrent nécessaires.
  + **Raisons expliquant les « abandons » et les cas « non récupérés » :** Celles-ci peuvent comprendre la prévalence élevée de la tuberculose et/ou du VIH, le partage de l’aliment au sein du ménage ou le manque d’hygiène ou d’approvisionnement, indiquant le besoin de se relier davantage à d’autres soins et services.
* Supervision et extension communautaire: Voir **Document 8.10 Contrôler les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA** et **Module 3 : Extension communautaire.**
* **Couverture**: Voir **Document 8.9 Principes de la couverture.**

## Utiliser les rapports mensuels du site PCMA pour déterminer la performance des soins

* Le rapport mensuel du site PCMA est préparé chaque mois (utilisant les quatre ou cinq semaines épidémiologiques complètes pour le mois, déterminées au préalable au niveau national) et devra être revu par le personnel de la structure sanitaire ou de l’équipe de gestion sanitaire du district lors des réunions mensuelles ou trimestrielles.
* Le superviseur ou l’équipe de supervision du district sera chargé de revoir les rapports mensuels des sites PCMA.
* La performance de la PCMA (proportions d’enfants guéris, décédés, abandons et non récupérées) peut être comparée aux indicateurs clés des normes Sphère[[1]](#footnote-1).Les normes Sphère ne s’appliquent pas toujours au système de soins de santé dans un cadre de développement. Mais vu qu’il n’existe pas actuellement d’autres normes acceptées internationalement pour la PCMA dans les contextes de non urgence, les normes Sphère restent notre système de mesure.
* Les rapports mensuels peuvent être utiles pour traiter toute nouvelle question qui se présente. Information certes utile pour organiser des réunions avec la communauté et déterminer les raisons à l’origine de tel ou tel problème, par exemple des taux élevés d’abandon ou les raisons pour lesquelles les mères ou les accompagnant(e)s n’amènent pas leurs enfants à la PEC MAS ambulatoire. Des discussions de groupe pourront être organisées pour traiter ces problèmes.
* Les données peuvent être compilées en utilisant un tableau électronique. Référence supplémentaire 8.1 **Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)** décrit comment utiliser les tableurs Excel pour créer une base de données pour le suivi du programme.

## Compiler et analyser les rapports mensuels de la PCMA pour préparer un rapport de la PCMA au niveau national

* Les rapports de tous les sites PCMA du district sont compilées dans le rapport mensuel de la PCMA combinée du district et ensuite sont compiles au niveau régional ou national.
* Les sites individuels de la PCMA envoient leurs fiches de pointage et/ou rapport mensuel du site au niveau district. Un point focal de l’équipe de gestion sanitaire du district est chargé de les compiler dans un rapport mensuel de la PCMA combinée du district.
* Le district envoie ses rapports compilés au ministère de la santé (MS) au niveau régional ou national.
* Des systèmes devraient être mis en place dès le début pour renforcer la capacité de notification des sites PCMA et du MS au niveau district pour s’assurer qu’ils suivent les directives nationales et utilise un modèle de rapport standardisé pour que ces rapports soient faits régulièrement et exactement. Les rapports et le feedback seront intégrés au système national d’information sanitaire (SNIS) si possible. Si c’est nécessaire, le SNIS sera adapté de sorte à inclure les indicateurs de la PCMA.
* Les rapports permettront de relever les problèmes et les lacunes et de déterminer si des progrès sont faits et qu’on se trouve sur la bonne voie en vue d’atteindre les objectifs.

DOCUMENT 8.4

Système de classement pour les fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire

* Toutes les fiches individuelles de suivi (qu’elles soient passées ou actives) sont gardées dans des dossiers qui doivent être accessibles en permanence dans les structures sanitaires. Cela facilite en effet le suivi des enfants, le contrôle des réadmissions, et la vérification de la qualité des fiches remplies et les rapports.
* Il faudrait deux systèmes de classements : l’un pour les cas actifs, avec une section séparée pour les références et l’autre pour les sorties, avec des sections séparées pour guéris, décédés, abandons et non récupérés

**Tableau 1. Système d’archivage**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dossier 1 : Cas actifs** | **Dossier 2: Sorties** |
| **Sections:**  **Enfants avec MAS en traitement actuellement**  Remarque: Marquez la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire des enfants qui ne répondent pas bien au traitement et qui ont besoin de visites de suivi à domicile et des enfants qui ne sont pas revenus (les enfants absents pendant une ou deux séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire)  **Section séparée :**  Références qui attendent de revenir: les enfants qui ont été référés vers la PEC MAS hospitalière ou les soins tertiaires pour un bilan médical | **Sections:**  **Guéris**: Les enfants répondant aux critères de sortie quittent donc la PEC MAS  **Décédés** : Les enfants qui sont morts alors qu’ils se trouvaient en traitement  **Abandons** : Les enfants absents à trois séances consécutives  **Non récupérés** : Les enfants qui n’ont pas répondu au traitement et qui après quatre mois malgré référence pour bilan médical n’ont pas atteint les critères de sortie  **Remarque:** Vérifiez ce dossier pour déterminer les réadmissions après abandon car il faudrait utiliser la même fiche individuelle de suivi que la PEC MAS ambulatoire. |

* **Références vers la PEC MAS hospitalière** : Le dossier “références attendant de revenir” doit être vérifié régulièrement. L’enfant à risque recevra une visite de suivi à domicile de la part d’un agent d’extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) s’il/elle ne revient pas à la PEC MAS ambulatoire dans les deux semaines qui suivent sa sortie de la PEC MAS hospitalière. Si l’enfant meurt dans la PEC MAS hospitalière, on marquera « décédé » sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire.
* **Abandons (absents pendant trois séances consécutives)** : Il faudrait se rendre au domicile des enfants qui ne sont pas revenus et encourager leur mère ou l’accompagnant(e) à revenir à la PCMA. L’agent d’extension devra également déterminer la raison pour laquelle l’enfant n’est pas revenu, la signaler à l’agent de santé et la noter sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire de l’enfant. Il faudra chercher à remédier à cette situation et traiter la cause de l’abandon.
* **Décédés** : Les symptômes et le diagnostic de l’enfant décédé sont notés sur la fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire si possible, afin de déterminer le problème au niveau du traitement ou du protocole d’action.
* **Non réponses au traitement :** Les enfants qui ne répondent pas bien au traitement ont besoin d’une visite de suivi à domicile (Voir **Document 4.13** **Protocole d’Action de la PEC MAS ambulatoire**). Lorsque les enfants ne répondent pas au traitement et que le protocole d’action indique qu’une visite à domicile s’avère nécessaire (par exemple si l’enfant perd du poids), l’agent d’extension devra indiquer à l’agent de santé toutes les raisons possibles pour lesquelles l’enfant ne récupère pas. L’agent de santé doit noter cette information sur la fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire de l’enfant et utiliser cette information pour décider s’il faut référer l’enfant vers la PEC MAS hospitalière ou faire un bilan médical supplémentaire. Il est très important d’avoir de bonnes filières de communication entre les agents de santé de la PEC MAS ambulatoire et de la PEC MAS hospitalière pour que les visites de suivi à domicile soient faites quand c’est nécessaire et que les enfants à risque soient suivis dans la communauté, surtout lorsque les agents d’extension ne peuvent pas assister à la séance de la PEC MAS ambulatoire.
* **Non-récupérés**: Les enfants qui après tous les efforts faits pour trouver les causes de non réponse au traitement PCMA n’arrivent pas à atteindre la guérison dans les 4 mois.

DOCUMENT 8.5

Fiche de pointage de la PCMA

## Fiche de pointage de la PCMA – PEC MAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE** |  | | | |  |
| **DISTRICT** |  | | | |  |
| **SITE PEC MAS** | Ambulatoire | | Hospitalière | |  |
| **Semaine** |  |  |  |  | **TOTAL** |
| **Date** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total au début de la semaine (A)** |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a) |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation  (B1b) |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2) |  |  |  |  |  |
| Anciens cas : Référés ou abandons revenus (C) |  |  |  |  |  |
| **Nombre des admissions totales (D=B+C)** |  |  |  |  |  |
| Guéris Enfants 6-59 mois (E1) |  |  |  |  |  |
| Décédés Enfants 6-59 mois (E2) |  |  |  |  |  |
| Abandons Enfants 6-59 mois (E3) |  |  |  |  |  |
| Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4) |  |  |  |  |  |
| Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F) |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de sorties (E)** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de départs (G=E + F)** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)** |  |  |  |  |  |

Remarque : si le nombre de personnes dans les autres groupes d’âge avec MAS est élevé, il est recommandé de rapporter séparément par groupe d’âge

## Fiche de pointage de la PCMA – PEC MAM pour les ENFANTS 6-59 mois avec MAM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE** |  | | | |  |
| **DISTRICT** |  | | | |  |
| **SITE PEC MAM**  **ENFANTS 6-59 mois** | Ambulatoire | | Hospitalière | |  |
| **Semaine** |  |  |  |  | **TOTAL** |
| **Date** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total au début de la semaine (A)** |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas (B) |  |  |  |  |  |
| Anciens cas PEC MAS et cas MAM revenus (C) |  |  |  |  |  |
| **Nombre des admissions totales [D=B+C]** |  |  |  |  |  |
| Guéris de B(E1) |  |  |  |  |  |
| Décédés de B (E2) |  |  |  |  |  |
| Abandons de B (E3) |  |  |  |  |  |
| Non récupérés de B (E4) |  |  |  |  |  |
| Référés vers la PEC MAS (F1) |  |  |  |  |  |
| Ancien cas PEC MAS sortant (F2) |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de sorties de B (E)** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de départs (G=E + F1 + F2)** |  |  |  |  |  |
| **(Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)** |  |  |  |  |  |

## Femmes enceintes et allaitantes (avec nourrisson de < 6 mois) avec MAM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE** |  | | | |  |
| **DISTRICT** |  | | | |  |
| **SITE PEC MAM**  **Femmes enceintes et allaitantes** | Ambulatoire | | Hospitalière | |  |
| **Semaine** |  |  |  |  | **TOTAL** |
| **Date** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total au début de la semaine (A)** |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas (B) |  |  |  |  |  |
| Anciens cas MAM revenus (C) |  |  |  |  |  |
| **Nombre des admissions totales [D=B+C]** |  |  |  |  |  |
| Guéris (E1) |  |  |  |  |  |
| Décédés (E2) |  |  |  |  |  |
| Abandons (E3) |  |  |  |  |  |
| Sorties bébés nés (E4) |  |  |  |  |  |
| Sorties nourrissons 6 mois (E5) |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de sorties (E)** |  |  |  |  |  |
| Référés (F) |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de départs (G=E + F)** |  |  |  |  |  |
| **(Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)** |  |  |  |  |  |

DOCUMENT 8.6

Rapport mensuel du site PEC MAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Site** |  | | |  | | | | **Partenaire d’exécution** | |  | | | | | | | |
| **Communauté** |  | | |  | | | | **Fait Par** | | *MS Autre:* | | | | | | | |
| **District** |  | | | **Mois / Année** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Etat/Région** |  | | | **Type de Prise en Charge** | | | | | | *PEC MAS hospitalière PEC MAS ambulatoire* | | | | | | | |
| **ATPE distribué** |  | | | **Population Cible Estimée**  **Enfants 6-59 mois** | | | | | | *(WFH <-3 Z-Score)* | | | *(PB <115 Mm)* | | | (Œdèmes) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL AU DÉBUT DU MOIS  (A) | NOUVEAUX CAS (B) | | ANCIENS CAS (C)  **Référés,**  **revenus** | ADMISSIONS TOTALES  (D)  (B+C=D) | | SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS\*\*  (E) | | | | | | | | RÉFÉRÉS (F) | TOTAL  DÉPARTS (G)    (E+F=G) | | TOTAL FIN DU MOIS (H)    (A+D-G=H) |
| **Enfants**  **6-59 M**  (B1) | **Autres**  **(< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescent, adultes)**  (B2) | **Guéris** (E1) | | | **Décédés** (E2) | | **Abandons** (E3) | **Non Récupérés** (E4) | |
|  |  |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | **Enfants 6-59 Mois** | | **%**  **E1/E\*100** | | | **%**  **E2/E\*100** | | **%**  **E3/E\*100** | **%**  **E4/E\*100** | |  |  | |  |
|  |  |  | **CIBLES**  **Normes Sphère** | | | >75% | | | - | | <15% |  | |  |  | |  |
| *E1: Sorti Guéri = Attient les critères de sortie s*  *E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement*  *E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers*  *E4: Sorti Non- Guéri = N’as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GENRE NOUVELLES ADMISSIONS enfants 6-59 mois Mâle** | | | | |  | |
| **Femelle** | | | | |  | |

\*Population ciblée estimée en dessous de 5 ans = 20%, utilisant les données du Recensement 2008; Population ciblée estimée en dessous de 5 ans avec MAS, exprimé en chiffres (P/T <-3 z score ou PB <115 mm, et œdèmes bilatéraux), basé sure les données des enquêtes les plus récentes ou sur des données d’admission.

\*\* Remplir dans un rapport séparé pour d’autres tranches d’âge s’il y a un nombre important de cas des autres tranches d’âge admis dans la prise en charge.

## Rapport mensuel du site PEC MAM pour enfants 6-59 mois

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Site** |  |  | **Partenaire d’exécution** |  |
| **Région** |  |  | **Période** |  |
| **District** |  |  | **Capacité** |  |
| **AMF distribué** | En Tonnes |  | **Population cible** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TOTAL AU DEBUT DU MOIS (A) | NOUVEAUX CAS  (B)  (selon critères d’admission) | ANCIEN CAS  (C)  Anciens cas PEC MAS  Cas référés  Cas revenus | ADMISSIONS TOTALES  (D)  (D=B+C) | SORTIES (DE B)  (E) | | | | REFERES  (F1) | Ancien cas PEC Mas sortant  (F2) | TOTAL  DÉPARTS  (G= E+F) | TOTAL FIN DU MOIS  (H=A+D-G) |
| GUÉRIS  (de B) (E1) | DÉCÉDÉS  (de B) (E2) | ABANDONS  (de B) (E3) | NON-récupérés  (de B)  (E4) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | E1/E\*100  % | E2/E\*100  % | E3/E\*100  % | E4/E\*100  % |
|  |  |  | (Normes Sphère) | >75% | <3% | <15% |  |

DOCUMENT 8.7

Rapport mensuel de la PCMA combinée pour le district

## Rapport mensuel de la PCMA combinÉe - **PEC MAS** (ambulatoire + hospitaliÈre)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pays/**  **État/district** | | | |  |  |  | **Partenaire(s) d’exécution** |  |  |  |
|  | |  |  | **Nombre de sites de PEC MAS ambulatoire** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Nombre de sites de PEC MAS hospitalière** |  | **Période du rapport** | |  |  |  |
|  |  |  |  | **Capacité maximale estimée** |  |  |  |  |  |  |
| **Population cible estimée**  **Enfants 6-59 mois** | | | | |  |  |  |  |  |  |
| **Couverture estimée** | | | | |  |  |  |  |  |  |
| **Consommation de l’ATPE (kg)** | | | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Total au début de la période  **(A)** | NOUVEAUX CAS | | ADMISSIONS TOTALES  **(B)** | SORTIES | | | | SORTIES  **(E)** | TOTAL FIN DU MOIS  **(H=A+B-E)** |
| Enfants  6-59 mois (selon critères d’admission)  **(B1)** | Autres  nourrissons  <6 mois, enfants ≥ 5 ans, adolescent adultes  **(B2)** | GUÉRIS  **(E1)** | DÉCÉDÉS **(E2)** | ABANDONS **(E3)** | Non-Récupérés  **(E4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **E/E1\*100**  **%** | **E/E2\*100**  **%** | **E/E3\*100**  **%** | **E/E4\*100**  **%** |
|  |  |  | **CIBLE**  **(Normes Sphère)** | **>75%** | **<10%** | **<15%** |  |  |  |

## Rapport mensuel de la PCMA combinÉe - **PEC MAM** Pour Enfants 6-59 mois

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Site** |  |  | **Partenaire d’exécution** |  |
| **Région** |  |  | **Période** |  |
| **District** |  |  | **Capacité** |  |
| **AMF distribué** | En Tonnes |  | **Population cible** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Total au début du mois  **(A)** | Nouveaux cas  **(B)**  (selon critères d’admission) | ADMISSIONS TOTALES  **(D)**  (D=B+C) | SORTIES | | | | SORTIES  **(E)** | TOTAL FIN DU MOIS  **(H)**  (H=A+D-G) | |
| GUÉRIS  (FIN DE TRAITEMENT) **(E1)** | DÉCÉDÉS  **(E2)** | ABANDONS **(E3)** | NON-récupérés  **(E4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | **E1/E\*100**  **%** | **E2/E\*100**  **%** | **E3/E\*100**  **%** | **E4/E\*100**  **%** |
|  |  | **(Normes Sphère)** | **>75%** | **<3%** | **<15%** |  |  | |  |  |

DOCUMENT 8.8

Indicateurs de la PCMA

Il existe deux ensembles fondamentaux d’indicateurs : **indicateurs de performance** et **indicateurs d’effet**.

**1. Indicateurs de performance** (ou indicateurs du résultat) mesurent si les soins de la PCMA ont atteint leurs objectifs et les résultats escomptés, qui sont mesurés en pourcentages.

* Ces indicateurs nous montrent combien d’enfants avec MAS (et la proportion en pourcentage) inscrits à la PCMA quittent le traitement comme guéris (fin de traitement), décédés, abandons ou non récupérés. Les indicateurs pour la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire du district ou au niveau national seront combinés pour évaluer la performance générale de la PCMA. Les résultats peuvent être comparés aux normes minimales internationales pour les programmes d’alimentation thérapeutique dans les contextes d’urgence, fixées par le Projet Sphère (Normes Sphère). Ces normes ne s’appliquent pas forcément aux contextes d’urgence encore qu’il faille les éprouver à cet égard :

**PEC MAS combinée**  Normes Sphère :

Taux de guérison > 75%

Taux de décès < 10%

Taux d’abandon < 15%

Taux de non récupération Pas d’indication normes Sphère

Taux de couverture >50 % en zone rural

>70% en zone urbain

>90% en situation de camps

**PEC MAM** Normes Sphère :

Taux de guérison > 75%

Taux de décès < 3%

Taux d’abandon < 15%

Taux de non récupération Pas d’indication normes Sphère

Taux de couverture >50 % en zone rural

>70% en zone urbain

>90% en situation de camps

* + Il est important, en plus, de déterminer si la PCMA est en bonne voie pour atteindre ses objectifs du point de vue de **l’accès et de la fréquentation (la couverture).** La meilleure manière de s’en assurer est de faire une enquête de couverture, basée de la population.

De simples méthodes pour déterminer la couverture sans faire une enquête onéreuse de la couverture sont à l’étude. Des méthodes plus simples, comme la comparaison entre les admissions effectives et le nombre de cas prévus (en fonction de la prévalence et de l’incidence estimées) sont utilisées pour estimer la couverture à des fins de suivi, dans le laps de temps entre les enquêtes sur la population. Un dépistage attentif dans des communautés choisies à cette fin peut également dégager une information utile sur la couverture.

* + - Les indicateurs facultatifs du **gain de poids moyen quotidien (GPM)** et **de la durée de séjour en moyenne (DSM) des enfants guéris**  peuvent être calculés pour tous les enfants ou pour un échantillon aléatoire des enfants (nouveaux cas uniquement) qui sont guéris (fin de traitement). Les indicateurs sont calculés séparément pour les cas de marasme et de kwashiorkor.

**Remarque** : Le GPM et la DSM pour la PEC MAS ambulatoire ne représentent pas **une information essentielle** bien qu’ils apportent une information utile sur l’efficacité du traitement.

* Le **GPM des enfants guéris** dans la PEC MAS ambulatoire doit dépasser en principe 4 g/kg/jour. Un faible GPM peut être signe d’autres problèmes comme un taux d’absence élevé, un taux d’ abandon élevé, un traitement inefficace, le partage de l’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) et/ou la non observance du protocole de traitement.

**Pour calculer le GPM,** déterminez d’abord le gain de poids de chaque enfant guéri (fin de traitement) qui se trouve dans l’échantillon : le gain de poids quotidien (g/kg/jour) est le poids à la sortie (grammes- g) moins le poids minimal (g), divisé par le poids minimal (kg) x nombre de jours entre le poids minimal et le jour de la sortie de traitement (jours). Le GPM est la somme des gains de poids (g/kg/jour) dans l’échantillon divisé par le nombre d’enfants guéris (le nombre de fiches individuelles de suivi dans l’échantillon) par catégorie (marasme ou kwashiorkor).

* La **DSM des enfants guéris** dans la PEC MAS ambulatoire ne doit pas dépasser en principe les 60 jours. Une longue durée de séjour peut être le résultat de divers facteurs : proportion élevée d’enfants qui ne récupèrent pas, absences fréquentes, abandon, partage de l’ATPE et/ou maladies non traitées. Une brève durée de séjour pourrait indiquer une sortie précoce du traitement, explication que viendrait étayer un taux élevé de rechute. La durée de séjour minimale dans la PCMA, si le périmètre brachial est le critère d’admission, est de deux mois.

**La DSM** est calculée en additionnant les temps de séjour pour tous les enfants guéris (fin de traitement) dans l’échantillon et en divisant le total par le nombre d’enfants guéris (le nombre de fiches individuelles de suivi dans l’échantillon).

**2. Les indicateurs d’effet** (**résultat)** mesurent si la PCMA a obtenu les effets et réalisé les activités nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs. Ils sont mesurés en nombres (ou pourcentages) et devraient se rapporter spécifiquement aux activités/effets fixés.

Exemples d’indicateurs d’effet :

* Nombre de structures sanitaires dispensant des sites PCMA (sites PEC MAS hospitalière, PEC MAS ambulatoire, et PEC MAM)
* Nombre d’enfants avec MAS admis (nouveaux cas) à la PCMA pour MAS/MAM par période donnée
* Nombre d’enfants avec MAS en traitement à la PCMA pour MAS/MAM
* Nombre ou pourcentage des agents de santé formés et actifs au niveau de la PCMA pour la MAS/MAM
* Nombre ou pourcentage d’agents de santé communautaire (ASC) formés et actifs au niveau de l’extension communautaire
* Nombre ou pourcentage de bénévoles formés et actifs au niveau de l’extension communautaire.

Les indicateurs supplémentaires dépendront du but de la PCMA et des besoins en matière de suivi. Par exemple :

* + - Nombre d’enfants référés par des bénévoles et admis à la PEC MAS ambulatoire
    - Pourcentage de communautés dans la zone cible qui se trouvent à une journée de marche aller-retour des sites PCMA
    - Pourcentage des structures sanitaires dans la zone cible qui fournissent la PCMA
* Pour examiner les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA par le biais de réunions régulières avec les bénévoles et les parties prenantes de la communauté des indicateurs pourraient inclure :
* Nombre et pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec MAS identifiés dans la communauté et référés vers la PCMA
* Nombre d’enfants de moins de 5 ans avec MAS référés vers la PCMA et admis
* Nombre de réunions entre les coordinateurs et les agents d’extension communautaires d’une part et la communauté (dirigeants influents de la communauté) d’autre part, sur une période donnée.

### Tableau 1. Récapitulatif des indicateurs de la performance de la PCMA

|  |
| --- |
| * Nombre total des nouvelles admissions |
| * Nombre total des sorties\* |
| * Nombre total des enfants avec MAS/MAM en traitement |
| * Information sur les nouvelles admissions 6-59 mois :   a. Proportion des enfants avec MAS admis sur la base de présence d’œdèmes bilatéraux, ou l’émaciations grave avec un petit périmètre brachial (PB) ou un faible rapport P/T, et des enfants avec MAM admis sur la base de l’émaciation modérée avec un petit périmètre brachial (PB) ou un faible rapport P/T  b. Proportion des enfants avec MAS/MAM admis par genre |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Seuils*** | ***Normes Sphère***  ***(2004-2010)*** |
| **Taux de Guérison en PEC MAS/PEC MAM**  Proportion des enfants guéris sur le total des sorties\* | > 75% |
| **Taux de Décès en PEC MAS**  Proportion des enfants qui sont décédés pendant qu’ils se trouvaient en traitement, sur le total des sorties\* | < 10% |
| **Taux de Décès en PEC MAM**  Proportion des enfants qui sont décédés pendant qu’ils se trouvaient en traitement, sur le total des sorties\* | < 3% |
| **Taux d’Abandon en PEC MAS/PEC MAM**  Proportion des enfants absents pendant trois séances consécutives, sur le total des sorties\* | < 15% |
| **Taux de Non Récupération en PEC MAS/PEC MAM**  Proportion des enfants qui ont été référés pour bilan médical et qui finissent le traitement non récupérés après quatre mois de soins, sur le total des sorties\* | / |
| **Taux de Couverture en PEC MAS/PEC MAM**  Proportion des enfants avec MAS qui se trouvent en traitement sur le nombre total d’enfants avec MAS dans la communauté | 50% (rural)  70% (urbain)  90% (camps) |
| **Gain de poids moyen quotidien (GPM) en PEC MAS**  (calculé à partir d’un échantillon d’enfants guéris par catégorie [kwashiorkor ou marasme])  = somme des gains de poids dans un échantillon divisé par le nombre d’enfants guéris ou fiches individuelles de suivi dans l’échantillon | >8g\* |
| **Durée de séjour en moyenne (DSM) en PEC MAS**  (calculée à partir d’un échantillon d’enfants guéris par catégorie [kwashiorkor ou marasme])  = somme des durées de séjour dans un échantillon divisé par le nombre d’enfants guéris ou fiches individuelles de suivi dans l’échantillon | < 60 jours\* |

\* Les sorties totales regroupent les catégories suivantes : guéris, décédés, abandons et non- récupérés

### Tableau 2. Récapitulatif des indicateurs de l’effet

|  |
| --- |
| * Nombre des sites PEC MAS ambulatoire opérationnels |
| * Nombre des sites PEC MAS hospitalière opérationnels |
| * Nombre des sites PEC MAM opérationnels |
| * Nombre d’agents de santé formés en matière de PCMA (plus distribution des agents formés par genre) |
| * Nombre de références en fonction du protocole d’action |
| * Nombre d’ASC formés en matière d’extension communautaire (plus distribution par genre) |
| * Nombre de bénévoles formés en matière d’extension communautaire (plus distribution par genre) |
| * Nombre de communautés mobilisées |

DOCUMENT 8.9

Principes de la couverture

* La PCMA se donne pour priorité d’apporter le traitement disponible au plus grand nombre possible d’enfants avec MAS et MAM au sein de la population touchée. Aussi, est-il important d’évaluer la couverture, la proportion des enfants nécessitant une assistance et qui reçoivent effectivement des soins dans le cadre de la PCMA.
* Généralement, la couverture est exprimée en tant que pourcentage. Par exemple, s’il existe 100 enfants avec MAS dans l’aire de la PCMA et si 70 d’entre eux se trouvent à la PCMA, alors la couverture est de 70%.
* La couverture est l’un des indicateurs les plus importants montrant dans quelle mesure la PCMA **répond au besoin**. La PCMA avec un taux élevé de couverture et un faible taux de guérison répond peut-être mieux au besoin que celui disposant d’un faible taux de couverture et d’un taux élevé de guérison.

“Besoin satisfait” est le produit du taux de couverture par le taux de guérison. En effet, si la PCMA a un taux de couverture de 70% et un taux de guérison de 90%, alors le « besoin satisfait » en tant que pourcentage peut être calculé de la manière suivante : **70 x 90/100= 63%**, indiquant que la PCMA répond à 63% du besoin.

* Les services de PCMA de haute qualité ont les deux : des taux élevés de couverture et des taux élevés de guérison.
* La couverture de la PCMA est cartographiée et estimée à l’aide d’une enquête de couverture, basée sur la population. Une méthode d’échantillonnage utilisée couramment est celle de l’échantillonnage systématique central (CSAS), qui concerne la manière dont les communautés sont choisies pour constituer l’échantillonnage. De nouvelles techniques utilisant moins de ressources sont en train d’être mises au point pour évaluer l’accès et la fréquentation (la couverture).

DOCUMENT 8.10

Contrôler les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA

Sachant combien les enquêtes de couverture sont rares et onéreuses, il devient important de contrôler régulièrement les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA en suivant les données régulières recueillies.

* **Barrière particulièrement préoccupante : Le point de départ du suivi routinier devrait être** l’information réunie lors du bilan communautaire (voir **Module 3 : Extension communautaire**), qui révèle souvent des barrières contextuelles particulières. Par exemple, si le bilan communautaire a montré que certaines communautés ou certains groupes ethniques sont marginalisés, il faudra scruter les données sur le nombre d’inscriptions au sein de ces groupes. Si le bilan a montré que les traitements traditionnels ou les guérisseurs exercent une grande influence et, si de plus, il existe des frictions entre les dirigeants influents de la communauté et les agents de santé, il faudra regarder de près les rapports mensuels et trimestriels venant de ces communautés.

* **Barrières courantes :** Outre les questions mises en relief par le bilan communautaire, le suivi de routine peut dégager des informations supplémentaires sur les barrières entravant l’accès, par exemple :
  + Comparer les taux d’admission pour différents sites de PEC MAS ambulatoire en cherchant à déterminer si les chiffres reflètent la taille des populations ou des zones desservies
  + Prêter attention aux structures sanitaires ou communautés où les taux d’admission chutent soudainement, car cela pourrait indiquer qu’une visite de supervision s’avère nécessaire pour expliquer plus clairement au personnel les procédures d’admission afin de corriger les conceptions erronées sur l’éligibilité dans la communauté ou pour corriger tout autre problèmes à l’origine de la baisse des admissions
  + Suivre le nombre des enfants absents ou des abandons dans les sites PEC MAS ambulatoire car cela pourrait être la manifestation de divers problèmes locaux : interruption dans la chaîne d’approvisionnement, barrières saisonnières à l’accès et la fréquentation ou soins de mauvaise qualité ou encore manque d’instruction de la part du personnel des sites PEC MAS ambulatoire
  + Passer au crible les rapports pour vérifier que l’extension communautaire est effective dans la communauté
* **Actions correctrices :** Le suivi doit être relié à des actions qui visent à corriger le problème. Celles-ci sont déployées dans le cadre des visites régulières de supervision, lorsque les équipes de gestion sanitaires du district ou les superviseurs de la PCMA rencontrent ou encadrent les agents de santé de la structure sanitaire (voir **Objectif d’apprentissage 6**). Il est toujours important lorsqu’on cherche les solutions à ces problèmes de faire un tour d’horizon et de demander l’avis des dirigeants influents de la communauté, des personnes qui utilisent la PCMA et de celles qui ne l’utilisent pas.
* **Suivi local** : Les agents de santé doivent pouvoir faire leur propre suivi. A cet effet, ils peuvent diviser leur aire en parcelles et utiliser les données sur le nombre d’inscriptions pour vérifier si l’extension est effectivement réalisée et si des admissions viennent effectivement des différentes parties de la communauté dont elles étaient supposées venir. La recherche de solutions à des problèmes soulevés par le suivi régulier est faite souvent dans le cadre d’une rencontre entre les membres de la communauté et les agents d’extension.

DOCUMENT 8.11

Soutien et supervision pour la PCMA

* **Soutien et supervision** veut dire un apport continu de soutien et de motivation dans le but d’améliorer la performance. Tel est l’objectif général d’un superviseur ou d’une équipe de supervision.
* C’est lors des étapes de planification qu’est confiée la responsabilité de superviser les soins de la PCMA. Les superviseurs sont responsables de vérifier que la PCMA fonctionne à un niveau de qualité souhaité.
* Des visites de soutien et de supervision pourraient être faites par l’équipe de gestion de santé du district ou l’équivalent, éventuellement dans le cadre d’une visite de supervision intégrée lorsque les superviseurs vérifient également le bon fonctionnement d’autres services.
* Les superviseurs vérifient que les fiches individuelles de suivi sont remplies correctement et entièrement. Lors de ces visites, on vérifie également les fiches individuelles de suivi des enfants qui sont sortis, surtout des enfants décédés, les abandons ou les non récupérés. Le superviseur doit s’assurer que les admissions et les sorties de la PCMA se font selon les critères établis et que les protocoles de traitement sont exécutés correctement. Le superviseur doit aussi vérifier que le protocole d’action de la PEC MAS ambulatoire est suivi exactement de sorte que les cas à risque soient référés et contrôlés comme préconisé.
* Les superviseurs devraient travailler en étroite collaboration avec les agents de santé et les agents d’extension (agents de santé communautaire [ASC], bénévoles) sur le site PEC MAS ambulatoire pour détecter et régler ainsi tout problème au niveau des soins, des visites de suivi à domicile ou de la prise en charge des cas individuels.
* Les superviseurs peuvent utiliser **une grille de vérification.** Celle-ci est adaptée au contexte et conforme aux protocoles nationaux et au système national d’information sanitaire (SNIS).
* Les superviseurs, les agents de santé et les agents d’extension communautaire doivent se rencontrer régulièrement pour discuter des problèmes ou questions concernant la PCMA. Les réunions auront pour ordre du jour :
* Problèmes au niveau de la gestion de la PCMA : le nombre de cas est-il gérable au vu du personnel disponible, toute augmentation ou diminution prévue dans le nombre de cas à cause de la saison ou de l’arrivée soudaine d’un groupe important et un plan en cas d’imprévus pour gérer les changements ou relever tout autre défi.
* Autres questions/problèmes liés au personnel
* Facteurs qui peuvent se répercuter sur l’accès et la fréquentation de la PCMA ou qui demandent un ajustement des horaires/jours des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire (lorsque s’approche la saison des moissons par exemple)
* Problèmes/questions liés à l’approvisionnement de fournitures et à la planification
* Revue des décès dans la PCMA pour faire ressortir tout problème concernant le suivi du traitement, l’utilisation du protocole d’action de la PEC AMS ambulatoire, le protocole de traitement et pour déterminer les éventuels changements auxquels il faudrait procéder dans les traitements.
* Revue des abandons
* Revue des enfants qui ne répondent pas au traitement (enfants qui ne prennent pas de poids ou enfants qui perdent du poids) et qui doivent être référés pour un bilan médical.
* Revue des enfants non récupérés (ceux qui ne répondent pas aux critères de sortie après quatre mois de traitement [après un bilan médical])
* Revue des références pour vérifier un suivi efficace dans le cadre de la PCMA
* Tous les problèmes au sein de la communauté pouvant se répercuter sur l’accès et la fréquentation (la couverture)
* Revue des systèmes de suivi et de compte rendu
* Revue des fiches de pointage et rapports mensuels des sites
* Utile aussi de garder dans les dossiers les rapports de supervision pour suivre les progrès que font les divers sites PCMA dans le temps.

Tableau 1. Responsabilité du superviseur (Exemple de PEC MAS ambulatoire dans une structure sanitaire)

|  |  |
| --- | --- |
| **Observation du traitement et revue des fiches individuelles** **de suivi** | **Suivi et rapport** |
| * La fiche individuelle de suivi de la PEC MAS ambulatoire, la fiche de rations de l’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) et le carnet de santé sont remplis. * L’évolution de l’enfant est suivie de près et les progrès sont notés sur sa fiche individuelle de suivi tout du long du traitement. * L’admission et la sortie se fait en fonction du protocole et sont notées sur la fiche individuelle de suivi. * Les bilans médicaux (anamnèse et examen physique) sont réalisés et notés sur la fiche individuelle de suivi. * Les médicaments (de routine et supplémentaires) sont donnés et notés sur la fiche individuelle de suivi. * Les tests d’appétit sont réalisés et notés sur la fiche individuelle de suivi * Les maladies indiquées par les mères ou les accompagnant(e) de l’enfant sont notées sur la fiche individuelle de suivi. * Toute détérioration dans l’état de l’enfant est dépistée, traitée en fonction du protocole d’action et notée sur sa fiche individuelle de suivi. * Les abandons et absents sont notés sur les fiches individuelles de suivi et suivis avec une visite à domicile dans la communauté. * Les références sont notées sur les fiches individuelles de suivi et leurs mouvements sont suivis. * Les décès sont notés et les symptômes ainsi que la cause du décès font l’objet d’enquêtes et sont notés sur les fiches individuelles de suivi. | * Le système du numéro unique est utilisé. * Les fiches de référence sont remplies. * Les fiches de pointage sont remplies, compilées et archivées. * Les rapports mensuels des sites sont préparés à partir des fiches de pointage et envoyés à temps à l’organisme concerné au niveau du district |
| **Approvisionnement et planification** |
| * Les fournitures de la PCMA sont suffisantes et stockées dans les bonnes conditions. * Les demandes d’approvisionnement en ATPE et lait thérapeutiques sont faites auprès du service concerné. * Les médicaments de routine sont en quantité suffisante. * Les demandes d’approvisionnement en fournitures médicales sont faites auprès de l’organisme concerné. * Les fiches de stock pour les fournitures de la PCMA sont remplies. |

## Conseils pour les superviseurs

* Des visites de supervision sont faites pour aider les agents de santé à améliorer leur performance. Ces visites s’inscrivent dans le cadre de la stratégie de renforcement des capacités et de la motivation du personnel.
* La meilleure manière de déterminer si un agent de santé fait bien son travail est de l’observer alors qu’il réalise ses tâches professionnelles. Cette observation doit être suivie par une discussion de ce qui a été observé et une étude des données recueillies et notées par le superviseur sur les formulaires de suivi (grille de supervision).
* Les visites de supervision sont le meilleur moment pour mettre à jour les domaines dans lesquels les agents de santé peuvent améliorer leur travail avant la prochaine visite de supervision.
* On doit féliciter les gens pour ce qu’ils ont bien fait car cela les motive à continuer à faire un bon travail.
* Si l’agent de santé doit améliorer sa performance ou tel geste médical, le superviseur commence par lui montrer comment il faut l’exécuter correctement. Ensuite il lui demande de répéter ce geste pendant qu’il l’observe.
* Si l’agent de santé doit améliorer plusieurs domaines avant la prochaine visite de supervision, le superviseur lui demande de se concentrer d’abord sur le domaine qui fera le plus de différence dans son travail s’il l’améliore. Le superviseur se tournera vers les domaines moins importants une fois que l’agent de santé maîtrise le domaine prioritaire.

## Grille de vÉrification guidant la visite de soutien et de supervision

Lors de cette visite de supervision organisée à l’avance, le superviseur ou le moniteur :

* Demande poliment s’il peut accompagner les agents de santé lors de leurs activités
* Observe la performance professionnelle des agents de santé
* Reste à l’écart pendant les activités et n’interfère pas. Il ne donne un feedback que lorsque les agents de santé ont fini leur travail.
* Discute de la performance professionnelle des agents de santé en privé.
* Donne du feedback aux agents de santé.
* Félicite les agents de santé pour ce qu’ils ont bien fait, les motivant ainsi à continuer sur cette bonne voie.
* Aide les agents de santé à relever les domaines où ils doivent améliorer leur performance.
* Montre aux agents de santé ce qui fonctionne bien, d’après son expérience, et lui donne la chance d’essayer alors qu’il l’observe
* Joue le rôle du tuteur
* Fixe une visite de supervision de suivi

DOCUMENT 8.12

Grille de soutien et de supervision de la PEC MAS ambulatoire (exemple)

**Etablissement de santé :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Total observé | Total correct | Observa-  tion directe sur le site | Qualité  1 – Fait correctement  2 – Fait mais doit améliorer  3 – Pas fait/incorrect | | | **Commen-taires** |
| Nombre des agents de santé (personnel) et bénévoles présents |  |  |  |  |  |  | *Personnel de santé:*  *Bénévoles:* |
| Personnel salue chaleureusement les mères ou les accompagnant(e)s de l’enfant |  |  |  |  |  |  |  |
| Les numéros d’inscription sont assignés correctement | Total des nouvelles admissions le mois passé\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Numéros d’inscription marqués sur tous les documents |  |  |  |  |  |  |  |
| Degré des œdèmes bilatéraux mesuré correctement | Total des contrôles des œdèmes bilatéraux observés\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Périmètre brachial (PB) mesuré correctement | Total des contrôles du PB observés\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Poids mesuré correctement | Total des pesées observées\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Taille mesurée correctement | Total des mesures observées\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Classification rapport P/T faite correctement | Total P/T contrôlés\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Admission en fonction du critère correct | Total des fiches de suivi vérifiées\_\_\_ |  |  |  |  |  | (Contrôle ponctuel) |
| Anamnèse notée correctement | Total des anamnèses observées\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Examen physique fait et noté correctement | Total des fiches de suivi vérifiées\_\_\_ | Total avec examen complet\_\_\_\_ |  |  |  |  | (Vérifier fiches) |
| Test de l’appétit fait avec l’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE), au moment de l’admission et lors des séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire |  |  |  |  |  |  | Comment et qui a fait le test ? |
| Médicaments de routine donnés et notés exactement | Total des fiches de suivi vérifiées\_\_\_ | Total avec médicament corrects\_\_ |  |  |  |  |  |
| Quantité de l’ATPE nécessaire est calculée correctement | Total des fiches de suivi et de rations vérifiées\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Education appropriée donnée aux mères ou accompagnant(e)s des enfants |  |  |  |  |  |  | Notez thème et forme : |
| Médicaments donnés en fonction du protocole et notés correctement | Total des fiches de suivi vérifiées\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Les fiches de rations de l’ATPE remplies correctement | Total des fiches de suivi vérifiées \_\_\_\_ |  |  |  |  |  | (Contrôle ponctuel) |
| Ceux qui répondent lentement sont identifiés selon les critères pour visites de suivi à domicile et sont communiqués aux agents d’extension | Total des cas à risque ayant besoin d’une visite de suivi à domicile le mois passé\_\_\_ | Total |  |  |  |  |  |
| Visites prioritaires de suivi à domicile discutées avec les agents d’extension communautaires, liste avec les noms/fiches marquées |  |  |  |  |  |  |  |
| Sortie de traitement selon le protocole | Total des fiches de suivi vérifiées \_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
| Nombre correct d’absents/abandons identifiés pour les visites de suivi à domicile | Nombre total des absents/abandons en fonction des fiches de suivi | Total avec résultat noté\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Fiches de pointage, rapports mensuels et fiches de stock remplies correctement | Total semaines revues\_\_\_\_ |  |  |  |  |  | (Contrôle ponctuel) |

DOCUMENT 8.13

Grille de soutien et de supervision de l’extension communautaire (Exemple)

|  |  |
| --- | --- |
| **Question/problème** | ***Pourquoi ?*** |
| **Coordination de l’extension** | |
| Quelqu’un dans la structure sanitaire est-il responsable de gérer/coordonner les activités d’extension communautaire ? | *L’extension n’est pas délimitée aussi clairement et n’a pas l’aspect plus prestigieux du travail clinique et il faut parfois rappeler aux responsables d’une structure de santé et au personnel médical que l’extension fait également partie de la PCMA.* |
| Est-ce que le travail de l’agent d’extension a été défini clairement, dans sa gamme de responsabilités et niveau d’effort ? | *Les agents d’extension sont parfois recrutés avant que le volume de travail ne soit défini.* |
| Est-ce que les agents d’extension se rencontrent périodiquement (une fois par mois, une fois par trimestre) avec le responsable des activités d’extension communautaire? | *Des réunions de supervision aideront à motiver les agents d’extension, surtout s’ils ne sont pas rémunérés.* |
| En général, est-ce que les agents d’extension pensent qu’ils reçoivent l’information et le soutien dont ils ont besoin du coordinateur de l’extension ? | *Les réunions de supervision doivent être l’occasion d’une communication allant dans les deux sens, elles ne servent pas simplement à donner des instructions.* |
| Est-ce que le coordinateur de l’extension communautaire semble bien connaître les données de base de la PCMA (admissions, cas à risque)? | *Le coordinateur de l’extension devrait interpréter ces données pour ajuster les méthodes et priorités de l’extension.* |
| Est-ce que le coordinateur de l’extension communautaire dispose d’un mécanisme lui permettant de discuter des problèmes ou questions au niveau des dirigeants influents de la communauté ? Utilise-t-il ce mécanisme ou moyen de communication ? | *Impossible de régler tous les problèmes par la seule discussion entre le coordinateur de l’extension et les agents d’extension. Des problèmes comme les abandons et les barrières à l’accès et la fréquentation de la PCMA demanderont qu’on engage également les dirigeants influents de la communauté, les mères ou les accompagnant(e)s des enfants et autres parties concernées.* |
| **Dépistage** | |
| Quels sont les types de dépistage qui sont utilisés au niveau local ? Ceux-ci, sont-ils bien adaptés ? | *La PCMA devra peut-être changer de méthodes de dépistage pour mieux s’adapter au changement des niveaux de malnutrition aiguë sévère (MAS) ou des niveaux de sensibilisation communautaire.* |
| Dans quelle mesure les agents d’extension sont-ils actifs pour le dépistage? Ce niveau est-il suffisant et adapté à la prévalence de la MAS ? | *Un dépistage actif ne devrait pas être fréquent au point de déranger les gens mais il ne doit pas non plus être abandonné pendant trop longtemps. Lorsque la prévalence de la MAS est élevée et que la sensibilisation à la MAS est encore faible, des dépistages mensuels sont probablement indiqués.* |
| **Visites de suivi à domicile** | |
| La responsabilité des visites de suivi à domicile est-elle clairement désignée et acceptée dans toutes les parties de l’aire couverte par la structure sanitaire ? | *Le suivi risque d’être interrompu si on ne nomme pas à l’avance un responsable de ces visites à domicile dans tel endroit donné.* |
| Est-ce que les enfants absents ou abandons sont suivis à leur domicile ? | *Même si les responsabilités sont déterminées clairement, le suivi n’est pas toujours donné. Il faut en comprendre les raisons et changer la situation.* |
| Que pensent les agents d’extension et les membres communautaires de la valeur de ces visites ? | *Les agents d’extension qui font ces visites à domicile auront parfois besoin d’une formation supplémentaire sur les bonnes manières de conseiller et de négocier avec les familles.* |

DOCUMENT 8.14

Directives pour les rapports de la PCMA

## Rapports mensuels du site PCMA ou de la PCMA combinée au niveau du district

Le rapport mensuel (par site, district ou à l’échelle nationale) présente l’information quantitative sur la performance de la PCMA (indicateurs clés de la performance). Il dégage l’information de base pour suivre l’efficacité de la PCMA.

Rapport sur la performance de la PCMA

Le rapport mensuel, trimestriel ou annuel présente des informations quantitatives et qualitatives clés. Il fait une analyse complète de l’information dans plusieurs domaines essentiels. Le rapport devrait comprendre :

Général

* Auteur du rapport
* Date et période du rapport
* Aire sanitaire (Zone géographique) couverte et sa population
* Nom des structures sanitaires avec sites PEC MAS ambulatoire et/ou PEC MAS hospitalière
* Date de démarrage de la PCMA

**Indicateurs de la performance et de l’effet (résultat) pour la PCMA aux sites PEC MAS hospitalière et PEC MAS ambulatoire et PEC MAM, par période envisagée :**

* Nombre des nouvelles admissions
* Nombre des sorties
* Nombre de bénéficiaires en traitement
* Nombre et pourcentage de guéris
* Nombre et pourcentage de décédés
* Nombre et pourcentage d’abandons
* Nombre et pourcentage de non récupérés
* Nombre de références vers la PEC MAS hospitalière
* Nombre admis par référence de l’agent d’extension communautaire
* Nombre de sites
* Nombre de nouveaux sites ajoutés
* Nombre des agents de santé formés (responsables des établissements, cliniciens, agents de santé communautaire [ASC]) et bénévoles

**Graphiques**

* Graphique avec tendances des indicateurs clés de la performance et de l’effet (voir exemple ci-après):
  + Barres (colonnes sous Excel) avec nouvelles admissions, sorties, bénéficiaires en traitement
  + Courbe pour les taux de guérissons, de décès, d’abandons et de non récupération
* Graphique pour la durée de séjour mensuelle moyenne (DSM) et le gain de poids moyen quotidien (GPM) par catégorie de critères d’admission
* Graphique à secteurs avec distribution des critères d’admission
* Graphique à secteurs avec distribution des catégories de sortie (voir figure de l’exemple ci-dessous)

**Dossiers des décès** : Date, sexe, âge, cause indiquée du décès, DSM dans la PCMA

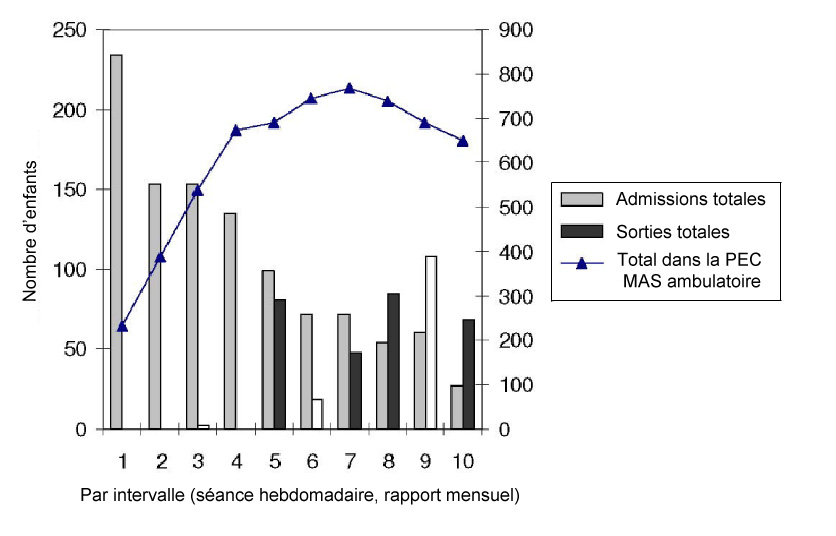
**Dossiers des abandons** : Date, sexe, âge, raison notée/soupçonnée de l’abandon, DSM dans la PCMA

**Interprétation des progrès en général**

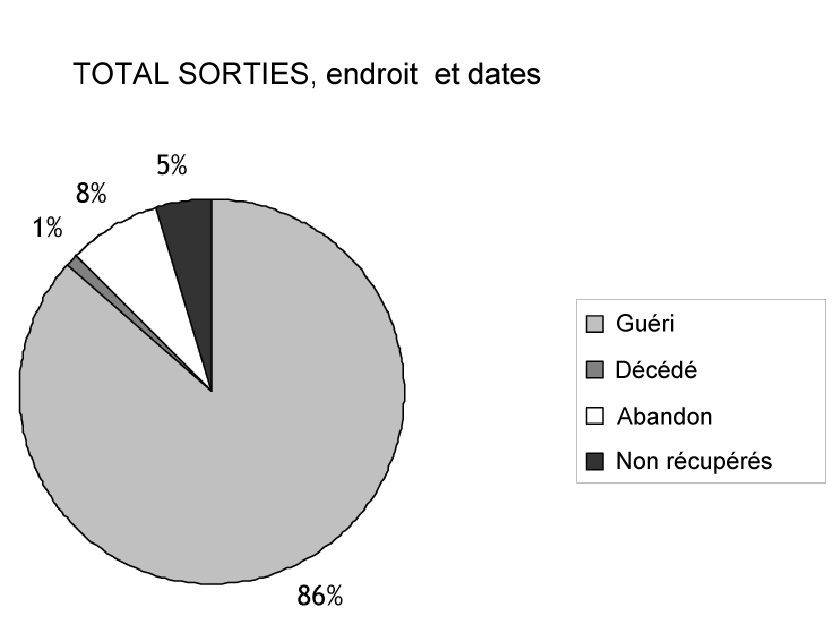
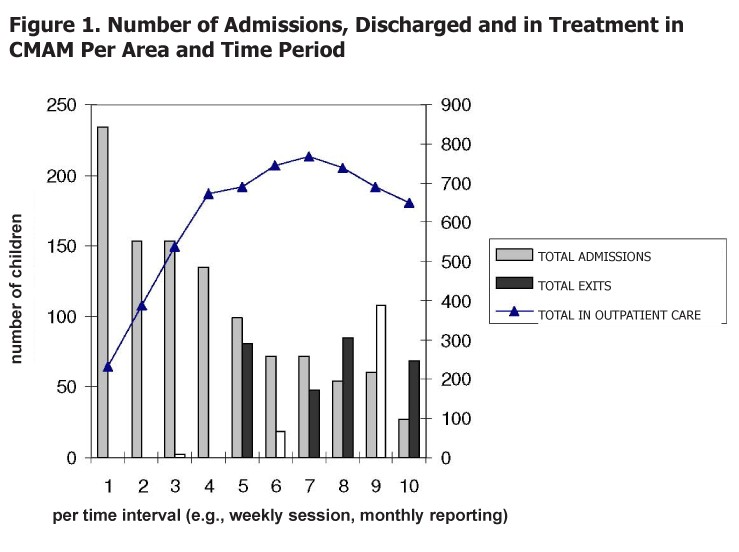
* Interpréter les résultats de la performance et de la couverture et toute information qualitative qui a été obtenue des réunions communautaires, des groupes de discussion etc. et ensuite trianguler l’information.
* Discuter des obstacles, des opportunités et des leçons retenues ainsi que des réussites.

## Exemples de graphiques

**Graphique 1.** Nombre d’admissions, de sorties et traitements en PCMA par région et période de temps



**Graphique 2. Catégories de sortie de la PCMA par région et période de temps**



EXERCICE 8.1 (a)

Fiche de pointage pour la PEC MAS ambulatoire

## Fiche de pointage de la PCMA – PEC MAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE** |  | | | |  |
| **DISTRICT** |  | | | |  |
| **SITE PEC MAS** | Ambulatoire | | Hospitalière | |  |
| **Semaine** |  |  |  |  | **TOTAL** |
| **Date** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total au début de la semaine (A)** |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec œdèmes bilatéraux (B1a) |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas Enfants 6-59 m avec émaciation  (B1b) |  |  |  |  |  |
| Nouveaux cas Autres : nourrissons, enfants ≥5 ans, adolescents, adultes (B2) |  |  |  |  |  |
| Anciens cas : Référés ou abandons revenus (C) |  |  |  |  |  |
| **Nombre des admissions totales (D=B+C)** |  |  |  |  |  |
| Guéris Enfants 6-59 mois (E1) |  |  |  |  |  |
| Décédés Enfants 6-59 mois (E2) |  |  |  |  |  |
| Abandons Enfants 6-59 mois (E3) |  |  |  |  |  |
| Non récupérés Enfants 6-59 mois (E4) |  |  |  |  |  |
| Référés vers la PEC MAS hospitalière ou ambulatoire (F) |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de sorties (E)** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de départs (G=E + F)** |  |  |  |  |  |
| **Nombre total fin de la semaine (H=A+D-G)** |  |  |  |  |  |

Remarque : si le nombre de personnes dans les autres groupes d’âge avec MAS est élevé, il est recommandé de rapporter séparément par groupe d’âge

EXERCICE 8.1 (b)

Rapport mensuel du site PEC MAS ambulatoire

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Site** |  | | |  | | | | **Partenaire d’exécution** | |  | | | | | | | |
| **Communauté** |  | | |  | | | | **Fait Par** | | *MS Autre:* | | | | | | | |
| **District** |  | | | **Mois / Année** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Etat/Région** |  | | | **Type de Prise en Charge** | | | | | | *PEC MAS hospitalière PEC MAS ambulatoire* | | | | | | | |
| **ATPE distribué** |  | | | **Population Cible Estimée**  **Enfants 6-59 mois** | | | | | | *(WFH <-3 Z-Score)* | | | *(PB <115 Mm)* | | | (œdèmes) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL AU DÉBUT DU MOIS  (A) | NOUVEAUX CAS (B) | | ANCIENS CAS (C)  **Référés,**  **Revenus** | ADMISSIONS TOTALES  (D)  (B+C=D) | | | SORTIES FIN DE TRAITEMENT ENFANTS 6-59 MOIS\*\*  (E) | | | | | | | RÉFÉRÉS (F) | TOTAL  DÉPARTS (G)    (E+F=G) | | TOTAL FIN DU MOIS (H)    (A+D-G=H) |
| **Enfants**  **6-59 M**  (B1) | **Autres**  **(< 6 mois, enfants > 5 ans, adolescents, adultes)**  (B2) | **Guéris** (E1) | | **Décédés** (E2) | | **Abandons** (E3) | **Non Récupérés** (E4) | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | **Enfants 6-59 Mois** | | | **%**  **E1/E\*100** | | **%**  **E2/E\*100** | | **%**  **E3/E\*100** | **%**  **E4/E\*100** | |  |  | |  |
|  |  |  | **CIBLES**  **Normes Sphère** | | | | >75% | | - | | <15% |  | |  |  | |  |
| *E1: Sorti Guéri = Atteint les critères de sortie s*  *E2: Sorti Décédé = Décédé en traitement*  *E3: Sorti Abandon = Absent pendant 3 visites consécutives en soins ambulatoires/2 jours en soins hospitaliers*  *E4: Sorti Non- Guéri = N’as pas atteint les critères de sortie après quatre mois dans les soins ambulatoires/après deux mois dans les soins hospitaliers.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GENRE NOUVELLES ADMISSIONS enfants 6-59 mois Mâle** | | | | |  |
| **Femelle** | | | | |  |

EXERCICE 8.2

Remplir la fiche de pointage et le rapport mensuel du site

L’organisation est supposée être un site de soins ambulatoire dans le centre de santé Yirba du district de Boricha/Southern Nations, Nationalities and People's Region (SNNPR) en Ethiopie. Six fiches individuelles de suivi de la PEC MAS ambulatoire sont remplies dans les deux premières semaines d’admission au site PEC MAS ambulatoire de Yirba.

## Document À distribuer

* Les fiches individuelles de suivi PEC MAS ambulatoire pour six enfants du site de Yirba
* La fiche de pointage de la PEC MAS ambulatoire de Yirba
* Rapport mensuel de Yirba

## Instructions

Passez en revue les fiches individuellesde suivi de la PEC MAS ambulatoire et le texte ci-dessous et remplissez la fiche pour le compte de chaque semaine.

Mode d’admission au site PEC MAS ambulatoire de Yirba :

* Première semaine : Trois enfants avec un PB < 115 mm ont été admis à la PCMA. Les fiches individuelles de suivi PEC MAS ambulatoire pour les trois enfants sont jointes.
* Deuxième semaine : Deux enfants ont été admis, l’un avec des œdèmes bilatéraux degré +++ et l’autre avec un rapport P/T < -3 z-score. Les fiches individuelles de suivi PEC MAS ambulatoire pour les deux sont jointes.
* Troisième semaine : Deux enfants ont été admis, l’un avec des œdèmes bilatéraux, degré ++ et l’autre avec un PB < 115 mm. Une fiche individuelle de suivi en PEC MAS ambulatoire pour l’enfant avec des œdèmes bilatéraux est jointe. L’autre fiche n’est pas disponible.
* Quatrième semaine : Cinq enfants qui n’ont pas de fiche individuelle de suivi PEC MAS ambulatoire ont été admis : trois avec un PB < 115 mm, un avec un rapport P/T< -3 z-score de la médiane et l’autre venant de la PEC MAS hospitalière.

## PremiÈre semaine : Fiche de suivi PEC MAS ambulatoire

## Cas 1 DÉtails de l’admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | | **Neway Mefin** | | | | | | | | | | | | **Numéro d’inscription** | | | | | | | YRB / 001 **/ OUTP** | | | | | |
| **Age (mois)** | | 24 m | | | **Sexe** | | | M F |  | | | | | **Date d’admission** | | | | | | | 04/10/2007 | | | | | |
| **Communauté, District** | | Boricha, Yirba | | | | | | | | | | | | **Temps pour se rendre au site** | | | | | | | 1 heure | | | | | |
| **Détails familiaux** | |  | | | | | | | | | | | | **Père vivant** | | | Oui Non | | | | **Mère vivante** | | | | Oui Non | |
| **Nom de la mère ou de l’accompagnant(e)** | |  | | | | | | | **Nombre total dans le ménage** | | | | | | | | **5** | | | | **Jumeau/elle** | | | | Oui Non | |
| **Admission (entourez)** | | **Auto référence** | | | **Référence d’extension communautaire** | | | | **Référence PEC MAS hospitalière** | | | | | | | | **Réadmission (rechute)** | | | | | | | | Oui Non | |
| **ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PB (mm)** | | 107 | **Poids (kg)** | | | | | 6.2 | **Taille (cm)** | | | | | 62 | | **P/T z-score** | | | | | 95 | | | | | |
| **Critères d’admission** | | Œdèmes bilatéraux | PB  < 115 mm | | | | | P/T < - 3  z-score | Autre, a spécifier | | | | | | | **poids cible (kg) base sur 15% de gain de poids (sans œdème)** | | | | | | | | |  | |
| **ANTÉCÉDENTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | | Oui | Non | | | | **# Selles/Jour** 1-3 4-5 >5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissements** | | Oui | Non | | | |  | | |  | |  | | | | **Urine** | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Toux** | | Oui | Non | | | |  | | |  | | **Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Appétit** | | Bon | Peu | | | | Pas | | |  | |  | | | **Allaitement maternel** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Test d’appétit** | | Réussi | | Echoué | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Fréquence respiratoire *(# min)*** | | <30 | | 30 – 39 | | | 40 - 49 | | | 50-59 | 60 + | | | | **Tirage intercostal** | | | | | | | Oui | | | Non | |
| **Température** | | 38.20C | |  | | |  | | |  |  | | | | **Conjonctives** | | | | | | | Normales | | | Pâles | |
| **Yeux** | | Normaux | | Enfoncés | | | Écoulement | | | Conjonctivite/  cornée | **Déshydratation** | | | | | | | | | Aucune | | Modérée | | | Grave | |
| **Oreilles** | | Normaux | | Écoulement | | |  | | |  | **Bouche** | | | | | | | | | Normale | | Plaies | | | Candidose | |
| **Ganglions lymphatiques élargis** | | Aucun | | Cou | | | Aisselles | | | Aine | **Mains et pieds** | | | | | | | | | | | Normaux | | | Froids | |
| **Changements de la peau** | | Aucun | | Gale | | | Pèle | | | Ulcères / Abcès | | | | | | | | **Infirmités** | | | | Oui | | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICAMENT DE ROUTINE À L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSION: Amoxycilline** | | Posologie: | | | | Date: 4/10/2007 | | | |  | | | **Test diagnostic du paludisme** | | | | | | Positif Négatif | | | Date: | | | | |
| **Deuxième semaine:Antihelminthique** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Symptômes du paludisme** | | | | | | Oui Non | | | | | | | |
| **Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Traitement du paludisme** | | | | | | Médicament /Posologie: | | | Date: | | | | |
| **Vitamine A** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Schéma de vaccination complét** | | | | | | Oui Non | | |  | | | |  |
| **AUTRE MÉDICAMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Médicament*** | ***Date*** | | | ***Posologie*** | | | | | | ***Médicament*** | | | | | | | | ***Date*** | | | | ***Posologie*** | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

## PremiÈre semaine : Fiche de suivi PEC MAS ambulatoire

## Cas 2 DÉtails de l’admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | | Yohannes Solomon | | | | | | | | | | | | **Numéro d’inscription** | | | | | | | YRB /002**/**OUTP | | | | | |
| **Age (mois)** | | 16 | | | **Sexe** | | | M F |  | | | | | **Date d’admission** | | | | | | | 04/10/2007 | | | | | |
| **Communauté, District** | | Boricha, Yirba | | | | | | | | | | | | **Temps pour se rendre au site** | | | | | | | 2.5 heures | | | | | |
| **Détails familiaux** | |  | | | | | | | | | | | | **Père vivant** | | | Oui Non | | | | **Mère vivante** | | | | Oui Non | |
| **Nom de la mère ou de l’accompagnant(e)** | |  | | | | | | | **Nombre total dans le ménage** | | | | | | | | **6** | | | | **Jumeau/elle** | | | | Oui Non | |
| **Admission (entourez)** | | **Auto référence** | | | **Référence d’extension communautaire** | | | | **Référence PEC MAS hospitalière** | | | | | | | | **Réadmission (rechute)** | | | | | | | | Oui Non | |
| **ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PB (mm)** | | **102** | **Poids (kg)** | | | | | **7.5** | **Taille (cm)** | | | | | **68** | | **P/T z-score** | | | | | **95** | | | | | |
| **Critères d’admission** | | Œdèmes bilatéraux | PB  < 115 mm | | | | | P/T < - 3  z-score | Autre, a spécifier | | | | | | | **Poids cible (kg) base sur 15% de gain de poids (sans œdème)** | | | | | | | | |  | |
| **ANTÉCÉDENTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | | Oui | Non | | | | **# Selles/Jour** 1-3 4-5 >5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissements** | | Oui | Non | | | |  | | |  | |  | | | | **Urine** | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Toux** | | Oui | Non | | | |  | | |  | | **Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Appétit** | | Bon | Peu | | | | Pas | | |  | |  | | | **Allaitement maternel** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Test d’appétit** | | Réussi | | Echoué | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Fréquence respiratoire *(# min)*** | | <30 | | 30 – 39 | | | 40 - 49 | | | 50-59 | 60 + | | | | **Tirage intercostal** | | | | | | | Oui | | | Non | |
| **Température** | | 37.6 | |  | | |  | | |  |  | | | | **Conjonctives** | | | | | | | Normales | | | Pâles | |
| **Yeux** | | Normaux | | Enfoncés | | | Écoulement | | | Conjonctivite/  cornée | **Déshydratation** | | | | | | | | | Aucune | | Modérée | | | Grave | |
| **Oreilles** | | Normaux | | Écoulement | | |  | | |  | **Bouche** | | | | | | | | | Normale | | Plaies | | | Candidose | |
| **Ganglions lymphatiques élargis** | | Aucun | | Cou | | | Aisselles | | | Aine | **Mains et pieds** | | | | | | | | | | | Normaux | | | Froids | |
| **Changements de la peau** | | Aucun | | Gale | | | Pèle | | | Ulcères / Abcès | | | | | | | | **Infirmités** | | | | Oui | | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICAMENT DE ROUTINE À L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSION: Amoxycilline** | | Posologie: | | | | Date:  4/10/2007 | | | |  | | | **Test diagnostic du paludisme** | | | | | | Positif Négatif | | | Date: | | | | |
| **Deuxième semaine:Antihelminthique** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Symptômes du paludisme** | | | | | | Oui Non | | | | | | | |
| **Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Traitement du paludisme** | | | | | | Médicament /Posologie: | | | Date: | | | | |
| **Vitamine A** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Schéma de vaccination complété** | | | | | | Oui Non | | |  | | | |  |
| **AUTRE MÉDICAMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Médicament*** | ***Date*** | | | ***Posologie*** | | | | | | ***Médicament*** | | | | | | | | ***Date*** | | | | ***Posologie*** | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

## PremiÈre semaine : Fiche de suivi PEC MAS ambulatoire

## Cas 3 DÉtails de l’admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | | Abaynesh Mengistu | | | | | | | | | | | | **Numéro d’inscription** | | | | | | | YRB/ 003 **/**OUTP | | | | | |
| **Age (mois)** | | 18 | | | **Sexe** | | | M F |  | | | | | **Date d’admission** | | | | | | | 4/10/2007 | | | | | |
| **Communauté, District** | | **Boricha, Yirba** | | | | | | | | | | | | **Temps pour se rendre au site** | | | | | | | 3 heures | | | | | |
| **Détails familiaux** | |  | | | | | | | | | | | | **Père vivant** | | | Oui Non | | | | **Mère vivante** | | | | Oui Non | |
| **Nom de la mère ou de l’accompagnant(e)** | |  | | | | | | | **Nombre total dans le ménage** | | | | | | | | **5** | | | | **Jumeau/elle** | | | | Oui Non | |
| **Admission (entourez)** | | **Auto référence** | | | **Référence d’extension communautaire** | | | | **Référence PEC MAS hospitalière** | | | | | | | | **Réadmission (rechute)** | | | | | | | | Oui Non | |
| **ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PB (mm)** | | **98** | **Poids (kg)** | | | | | **7.5** | **Taille (cm)** | | | | | **72** | | **P/T z-score** | | | | | **83** | | | | | |
| **Critères d’admission** | | Œdèmes bilatéraux | PB  < 115 mm | | | | | P/T < - 3  z-score | Autre, a spécifier | | | | | | | **Poids cible (kg) base sur 15% de gain de poids (sans œdème)** | | | | | | | | |  | |
| **ANTÉCÉDENTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | | Oui | Non | | | | **# Selles/Jour** 1-3 4-5 >5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissements** | | Oui | Non | | | |  | | |  | |  | | | | **Urine** | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Toux** | | Oui | Non | | | |  | | |  | | **Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Appétit** | | Bon | Peu | | | | Pas | | |  | |  | | | **Allaitement maternel** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Test d’appétit** | | Réussi | | Echoué | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Fréquence respiratoire *(# min)*** | | <30 | | 30 – 39 | | | 40 - 49 | | | 50-59 | 60 + | | | | **Tirage intercostal** | | | | | | | Oui | | | Non | |
| **Température** | | 37.2 | |  | | |  | | |  |  | | | | **Conjonctives** | | | | | | | Normales | | | Pâles | |
| **Yeux** | | Normaux | | Enfoncés | | | Écoulement | | | Conjonctivite/  cornée | **Déshydratation** | | | | | | | | | Aucune | | Modérée | | | Grave | |
| **Oreilles** | | Normaux | | Écoulement | | |  | | |  | **Bouche** | | | | | | | | | Normale | | Plaies | | | Candidose | |
| **Ganglions lymphatiques élargis** | | Aucun | | Cou | | | Aisselles | | | Aine | **Mains et pieds** | | | | | | | | | | | Normaux | | | Froids | |
| **Changements de la peau** | | Aucun | | Gale | | | Pèle | | | Ulcères / Abcès | | | | | | | | **Infirmités** | | | | Oui | | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICAMENT DE ROUTINE À L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSION: Amoxycilline** | | Posologie: | | | | Date: 4/10/2007 | | | |  | | | **Test diagnostic du paludisme** | | | | | | Positif Négatif | | | Date: | | | | |
| **Deuxième semaine:Antihelminthique** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Symptômes du paludisme** | | | | | | Oui Non | | | | | | | |
| **Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Traitement du paludisme** | | | | | | Médicament /Posologie: | | | Date: | | | | |
| **Vitamine A** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Schéma de vaccination complété** | | | | | | Oui Non | | |  | | | |  |
| **AUTRE MÉDICAMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Médicament*** | ***Date*** | | | ***Posologie*** | | | | | | ***Médicament*** | | | | | | | | ***Date*** | | | | ***Posologie*** | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

## DEUXIÈME semaine : Fiche de suivi PEC MAS ambulatoire

## Cas 4 DÉtails de l’admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | | Meskerem Tena | | | | | | | | | | | | **Numéro d’inscription** | | | | | | | YRB/ 004 **/**OUTP | | | | | |
| **Age (mois)** | | 23 | | | **Sexe** | | | M F |  | | | | | **Date d’admission** | | | | | | | 04/17/2007 | | | | | |
| **Communauté, District** | | Boricha, Yirba | | | | | | | | | | | | **Temps pour se rendre au site** | | | | | | | 3.5 heures | | | | | |
| **Détails familiaux** | |  | | | | | | | | | | | | **Père vivant** | | | Oui Non | | | | **Mère vivante** | | | | Oui Non | |
| **Nom de la mère ou de l’accompagnant(e)** | |  | | | | | | | **Nombre total dans le ménage** | | | | | | | | **6** | | | | **Jumeau/elle** | | | | Oui Non | |
| **Admission (entourez)** | | **Auto référence** | | | **Référence d’extension communautaire** | | | | **Référence PEC MAS hospitalière** | | | | | | | | **Réadmission (rechute)** | | | | | | | | Oui Non | |
| **ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PB (mm)** | | **114** | **Poids (kg)** | | | | | **8.4** | **Taille (cm)** | | | | | **78.2** | | **P/T z-score** | | | | | **80.7** | | | | | |
| **Critères d’admission** | | Œdèmes bilatéraux | PB  < 115 mm | | | | | P/T < - 3  z-score | Autre, a spécifier | | | | | | | **Poids cible (kg) basé sur 15% du gain de poids (sans œdème)** | | | | | | | | |  | |
| **ANTÉCÉDENTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | | Oui | Non | | | | **# Selles/Jour** 1-3 4-5 >5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissements** | | Oui | Non | | | |  | | |  | |  | | | | **Urine** | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Toux** | | Oui | Non | | | |  | | |  | | **Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Appétit** | | Bon | Peu | | | | Pas | | |  | |  | | | **Allaitement maternel** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Test d’appétit** | | Réussi | | Echoué | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Fréquence respiratoire *(# min)*** | | <30 | | 30 – 39 | | | 40 - 49 | | | 50-59 | 60 + | | | | **Tirage intercostal** | | | | | | | Oui | | | Non | |
| **Température** | | 37.8 | |  | | |  | | |  |  | | | | **Conjonctives** | | | | | | | Normales | | | Pâles | |
| **Yeux** | | Normaux | | Enfoncés | | | Écoulement | | | Conjonctivite/  cornée | **Déshydratation** | | | | | | | | | Aucune | | Modérée | | | Grave | |
| **Oreilles** | | Normaux | | Écoulement | | |  | | |  | **Bouche** | | | | | | | | | Normale | | Plaies | | | Candidose | |
| **Ganglions lymphatiques élargis** | | Aucun | | Cou | | | Aisselles | | | Aine | **Mains et pieds** | | | | | | | | | | | Normaux | | | Froids | |
| **Changements de la peau** | | Aucun | | Gale | | | Pèle | | | Ulcères / Abcès | | | | | | | | **Infirmités** | | | | Oui | | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICAMENT DE ROUTINE À L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSION: Amoxycilline** | | Posologie: | | | | Date: 4/10/2004 | | | |  | | | **Test diagnostic du paludisme** | | | | | | Positif Négatif | | | Date: | | | | |
| **Deuxième semaine:Antihelminthique** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Symptômes du paludisme** | | | | | | Oui Non | | | | | | | |
| **Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Traitement du paludisme** | | | | | | Médicament /Posologie: | | | Date: | | | | |
| **Vitamine A** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Schéma de vaccination complété** | | | | | | Oui Non | | |  | | | |  |
| **AUTRE MÉDICAMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Médicament*** | ***Date*** | | | ***Posologie*** | | | | | | ***Médicament*** | | | | | | | | ***Date*** | | | | ***Posologie*** | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

## DEUXIÈME semaine : Fiche de suivi PEC MAS ambulatoire

## Cas 5 DÉtails de l’admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | | Taye Menberu | | | | | | | | | | | | **Numéro d’inscription** | | | | | | | YRB / 005 **/**OUTP | | | | | |
| **Age (mois)** | | 14 | | | **Sexe** | | | M F |  | | | | | **Date d’admission** | | | | | | | 04/17/2007 | | | | | |
| **Communauté, District** | | **Boricha, Yirba** | | | | | | | | | | | | **Temps pour se rendre au site** | | | | | | | 1.5 heures | | | | | |
| **Détails familiaux** | |  | | | | | | | | | | | | **Père vivant** | | | Oui Non | | | | **Mère vivante** | | | | Oui Non | |
| **Nom de la mère ou de l’accompagnant(e)** | |  | | | | | | | **Nombre total dans le ménage** | | | | | | | | **3** | | | | **Jumeau/elle** | | | | Oui Non | |
| **Admission (entourez)** | | **Auto référence** | | | **Référence d’extension communautaire** | | | | **Référence PEC MAS hospitalière** | | | | | | | | **Réadmission (rechute)** | | | | | | | | Oui Non | |
| **ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PB (mm)** | | **110** | **Poids (kg)** | | | | | **5.2** | **Taille (cm)** | | | | | **37.3** | | **P/T z-score** | | | | | **66.6** | | | | | |
| **Critères d’admission** | | Œdèmes bilatéraux | PB  < 115 mm | | | | | P/T < - 3  z-score | Autre, a spécifier | | | | | | | **Poids cible (kg) base sur 15% du gain de poids (sans œdème)** | | | | | | | | |  | |
| **ANTÉCÉDENTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | | Oui | Non | | | | **# Selles/Jour** 1-3 4-5 >5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissements** | | Oui | Non | | | |  | | |  | |  | | | | **Urine** | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Toux** | | Oui | Non | | | |  | | |  | | **Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Appétit** | | Bon | Peu | | | | Pas | | |  | |  | | | **Allaitement maternel** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Test d’appétit** | | Réussi | | Echoué | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Fréquence respiratoire *(# min)*** | | <30 | | 30 – 39 | | | 40 - 49 | | | 50-59 | 60 + | | | | **Tirage intercostal** | | | | | | | Oui | | | Non | |
| **Température** | | 37.8 | |  | | |  | | |  |  | | | | **Conjonctives** | | | | | | | Normales | | | Pâles | |
| **Yeux** | | Normaux | | Enfoncés | | | Écoulement | | | Conjonctivite/  cornée | **Déshydratation** | | | | | | | | | Aucune | | Modérée | | | Grave | |
| **Oreilles** | | Normaux | | Écoulement | | |  | | |  | **Bouche** | | | | | | | | | Normale | | Plaies | | | Candidose | |
| **Ganglions lymphatiques élargis** | | Aucun | | Cou | | | Aisselles | | | Aine | **Mains et pieds** | | | | | | | | | | | Normaux | | | Froids | |
| **Changements de la peau** | | Aucun | | Gale | | | Pèle | | | Ulcères / Abcès | | | | | | | | **Infirmités** | | | | Oui | | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICAMENT DE ROUTINE À L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSION: Amoxycilline** | | Posologie: | | | | Date: 4/17/2010 | | | |  | | | **Test diagnostic du paludisme** | | | | | | Positif Négatif | | | Date: | | | | |
| **Deuxième semaine:Antihelminthique** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Symptômes du paludisme** | | | | | | Oui Non | | | | | | | |
| **Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Traitement du paludisme** | | | | | | Médicament /Posologie: | | | Date: | | | | |
| **Vitamine A** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Schéma de vaccination complété** | | | | | | Oui Non | | |  | | | |  |
| **AUTRE MÉDICAMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Médicament*** | ***Date*** | | | ***Posologie*** | | | | | | ***Médicament*** | | | | | | | | ***Date*** | | | | ***Posologie*** | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

## TROISIÈMe semaine : Fiche de suivi PEC MAS ambulatoire

## Cas 6 DÉtails de l’admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | | Lemlem Bezabih | | | | | | | | | | | | **Numéro d’inscription** | | | | | | | YRB/ 006 **/**OUTP | | | | | |
| **Age (mois)** | | 18 | | | **Sexe** | | | M F |  | | | | | **Date d’admission** | | | | | | | 4/21/2007 | | | | | |
| **Communauté, District** | | Boricha, Yirba | | | | | | | | | | | | **Temps pour se rendre au site** | | | | | | | 3 heures | | | | | |
| **Détails familiaux** | |  | | | | | | | | | | | | **Père vivant** | | | Oui Non | | | | **Mère vivante** | | | | Oui Non | |
| **Nom de la mère ou de l’accompagnant(e)** | |  | | | | | | | **Nombre total dans le ménage** | | | | | | | | **4** | | | | **Jumeau/elle** | | | | Oui Non | |
| **Admission (entourez)** | | **Auto référence** | | | **Référence d’extension communautaire** | | | | **Référence PEC MAS hospitalière** | | | | | | | | **Réadmission (rechute)** | | | | | | | | Oui Non | |
| **ANTHROPOMÉTRIE AU MOMENT DE L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PB (mm)** | | **113** | **Poids (kg)** | | | | | **7.5** | **Taille (cm)** | | | | | **72** | | **P/T z-score** | | | | | **83** | | | | | |
| **Critères d’admission** | | Œdèmes bilatéraux | PB  < 115 mm | | | | | P/T < - 3  z-score | Autre, a spécifier | | | | | | | **Poids cible (kg) basé sur 15% du gain de poids (sans œdème)** | | | | | | | | |  | |
| **ANTÉCÉDENTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diarrhée** | | Oui | Non | | | | **# Selles/Jour** 1-3 4-5 >5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vomissements** | | Oui | Non | | | |  | | |  | |  | | | | **Urine** | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Toux** | | Oui | Non | | | |  | | |  | | **Si œdèmes bilatéraux, depuis combien de temps?** | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Appétit** | | Bon | Peu | | | | Pas | | |  | |  | | | **Allaitement maternel** | | | | | | | | Oui | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMEN PHYSIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Test d’appétit** | | Réussi | | Echoué | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Fréquence respiratoire *(# min)*** | | <30 | | 30 – 39 | | | 40 - 49 | | | 50-59 | 60 + | | | | **Tirage intercostal** | | | | | | | Oui | | | Non | |
| **Température** | | 38 | |  | | |  | | |  |  | | | | **Conjonctives** | | | | | | | Normales | | | Pâles | |
| **Yeux** | | Normaux | | Enfoncés | | | Écoulement | | | Conjonctivite/  cornée | **Déshydratation** | | | | | | | | | Aucune | | Modérée | | | Grave | |
| **Oreilles** | | Normaux | | Écoulement | | |  | | |  | **Bouche** | | | | | | | | | Normale | | Plaies | | | Candidose | |
| **Ganglions lymphatiques élargis** | | Aucun | | Cou | | | Aisselles | | | Aine | **Mains et pieds** | | | | | | | | | | | Normaux | | | Froids | |
| **Changements de la peau** | | Aucun | | Gale | | | Pèle | | | Ulcères / Abcès | | | | | | | | **Infirmités** | | | | Oui | | | Non | |
| **Information supplémentaire** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MÉDICAMENT DE ROUTINE À L’ADMISSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSION: Amoxycilline** | | Posologie: | | | | Date:  04/17/2010 | | | |  | | | **Test diagnostic du paludisme** | | | | | | Positif Négatif | | | Date: | | | | |
| **Deuxième semaine:Antihelminthique** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Symptômes du paludisme** | | | | | | Oui Non | | | | | | | |
| **Quatrième semaine: Vaccinations contre la rougeole** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Traitement du paludisme** | | | | | | Médicament /Posologie: | | | Date: | | | | |
| **Vitamine A** | | Oui | | | | Non | | | |  | | | **Schéma de vaccination complété** | | | | | | Oui Non | | |  | | | |  |
| **AUTRE MÉDICAMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Médicament*** | ***Date*** | | | ***Posologie*** | | | | | | ***Médicament*** | | | | | | | | ***Date*** | | | | ***Posologie*** | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

EXERCICE 8.4

Analyse des rapports mensuels des trois sites PEC MAS ambulatoire et d’un site PEC MAS hospitalière

## Site PEC MAS ambulatoire A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Total début du mois (A)** | **Nouveaux cas**  **(B)** | | | **Anciens cas (C)** | **ADMISSIONS TOTALES (D)**  **(B+C=D)** | **Sorties**  **(E)** | | | | **R**É**F**É**R**É**S**  **(F)** | **DÉ**  **PARTS**  **(G)** | **Total fin du mois**  **(H)** |
| 6-59m  **(B1)** | Autres  **(B2)** | | GUÉRIS (E1) | DÉCÉDÉS (E2) | ABANDONS (E3) | NON RÉCUPÉRÉS  (E4) |
| **50** | **48** | **0** | | **4+1** | **49** | **30** | **3** | **6** | **9** |  |  |  |
| **Information supplémen-taire :** | Emacié, 41  Œdèmes bilatéraux  7 | | |  |  | **62.5%** | **6.3%** | **12.5%** | **18.8%** |  |  |  |
|  |  | |  |  | **Normes Sphère** | **>75%** | **<10%** | **<15%** |  |  |  |  |
| Site PEC MAS ambulatoire B | | | | | | | | | | | | |
| **Total début du mois (A)** | **Nouveaux cas**  **(B)** | | | **Anciens cas (C)** | **ADMISSIONS TOTALES (D)**  **(B+C=D)** | **Sorties**  **(E)** | | | | **R**É**F**É**R**É**S**  **(F)** | **DÉ**  **PARTS**  **(G)** | **Total fin du mois**  **(H)** |
| 6-59m  **(B1)** | Autres  **(B2)** | | GUÉRIS (E1) | DÉCÉDÉS (E2) | ABANDONS (E3) | NON RECUPERES  (E4) |
| **140** | **120** | **0** | | **7+7** | **134** | **79** | **1** | **15** | **7** |  |  |  |
| **Information supplémen-taire :** | Emaciés 90  Œdèmes bilatéraux 30 | | |  |  | **77.5%** | **0.9%** | **14.7%** | **6.8%** |  |  |  |
|  |  | |  |  | **CIBLE**  **Normes Sphère** | **>75%** | **<10%** | **<15%** |  |  |  |  |
| Site PEC MAS ambulatoire C | | | | | | | | | | | | |
| **Total début du mois (A)** | **Nouveaux cas**  **(B)** | | | **Anciens cas (C)** | **ADMISSIONS TOTALES (D)**  **(B+C=D)** | **Sorties**  **(E)** | | | | **R**É**F**É**R**É**S**  **(F)** | **DÉ**  **PARTS**  **(G)** | **Total fin du mois**  **(H)** |
| 6-59m  **(B1)** | | Autres  **(B2)** | GUÉRIS (E1) | DÉCÉDÉS (E2) | ABANDONS (E3) | NON RECUPERES  (E4) |
| **40** | **59** | | **0** | **3+4** | **66** | **40** | **0** | **4** | **6** |  |  |  |
| **Information supplémen-taire :** | Emaciés 27  Œdèmes bilatéraux 32 | | |  |  | **80.0%** | **0%** | **8.0%** | **12.0%** |  |  |  |
|  |  | |  |  | **Normes Sphère** | **>75%** | **<10%** | **<15%** |  |  |  |  |
| Site PEC MAS hospitalière D | | | | | | | | | | | | |
| **Total début du mois (A)** | **Nouveaux cas**  **(B)** | | | **Anciens cas (C)** | **ADMISSIONS TOTALES (D)**  **(B+C=D)** | **Sorties**  **(E)** | | | | **R**É**F**É**R**É**S**  **(F)** | **DÉ**  **PARTS**  **(G)** | **Total fin du mois**  **(H)** |
| 6-59m  **(B1)** | | Autres  **(B2)** | GUÉRIS (E1) | DÉCÉDÉS (E2) | ABANDONS (E3) | NON RECUPERES  (E4) |
| **18** | **19** | | **0** | **11+0** | **30** | **0** | **1** | **2** | **1** | **??** |  |  |
| **Information supplémen-taire :** | Emaciés 14  Œdèmes bilatéraux 5 | | |  |  | **--- %** | **--- %** | **---- %** | **---- %** |  |  |  |
|  |  | |  |  | **Normes Sphère** | **>75%** | **<10%** | **<15%** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapport mensuel PCMA du district (PEC MAS combinÉe) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total début du mois (A)** | **Nouveaux cas**  **(B)** | | **ADMISSIONS TOTALES**  **(D)** | | **Sorties**  **(E)** | | | | | **SORTIES**  **(E)** | | | **Total fin du mois**  **(H)**  **(H=A+D-E)** | | | |
| 6-59m  **(B1)** | Autre  **(B2)** | GUÉRIS (E1) | DÉCÉDÉS (E2) | | ABANDONS (E3) | NON RÉCUPÉRÉS  (E4) |
| **248** | **246** | **0** | **246** | | **149** | **5** | | **27** | **23** | **204** | | | **290** | | | |
|  |  |  |  |  | **73.0%** | **2.5%** | **13.2%** | | **11.3%** |  | | | |  | |  |
|  |  |  |  | **Normes Sphère** | **>75%** | **<10%** | **<15%** | |  | |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Analyse des rapports de trois sites PEC MAS ambulatoire et D’un site PEC MAS hospitalière | |
| **Conclusions tirées des rapports** | **Questions à poser ou exemples des explications possibles** |
| 1. Le site B a plus de patients que les autres centres. | 1. Est-ce normal? Est-ce qu’il couvre une région avec un grand nombre d’habitants ou une zone très vaste ? Quelles sont les distances à parcourir pour se rendre au site ? Ce site est-il gérable ? Est-ce qu’un second site pourrait être ouvert avec les ressources existantes ? |
| 2. Au site C plus de la moitié des admissions sont pour des œdèmes bilatéraux. | 2. Est-ce normal? Est-ce que les autres centres négligent ce diagnostic ? Ou au contraire, ce site fait-il un diagnostic excessif des œdèmes bilatéraux ? Ce centre se situe-t-il dans une région où l’économie alimentaire est différente ? La même observation a-t-elle été faite lors des mois précédents ou par d’autres enquêtes ? |
| 3. Sur les 246 nouvelles admissions, 227 ont été admises directement dans la PEC MAS ambulatoire (92,3%) et 19 dans la PEC MAS hospitalière (7,7%). | 3. Cela pourrait être un indicateur de l’efficacité du “dépistage précoce” et partant de la qualité de la mobilisation communautaire. Cela pourrait également indiquer que les enfants dont l’état est grave sont cachés à la maison et ne sont pas atteints. |
| 4. Le site A ne réfère pas les patients vers la PEC MAS hospitalière. | 4. Cela pourrait signifier qu’aucun cas ne nécessite un transfert, bien qu’il faille le vérifier par voie de supervision. |
| 5. Les taux de décès et non guéris dans le site A sont très élevés pour de la PEC MAS ambulatoire. | 5. Cela soulève des questions quant à la qualité de l’évaluation des cas dans ce site et à l’application des protocoles de traitement et d’action. |
| 6. Le taux d’abandon au site B est très élevé et demande qu’on en détermine les raisons. | 6. Peut-être que les mères ou les accompagnant(e)s des enfants ne reviennent pas car elles jugent que le temps d’attente est trop long ou que les distances à parcourir sont trop longues. Une visite au site s’avère nécessaire pour en déterminer les raisons. |
| 7. Le taux des guéris au site C est bon mais le taux des non guéris soulève des questions. | 7. Est-ce que c’est relié au nombre de cas avec des œdèmes bilatéraux, noté ci-dessus ? Peut-on enquêter cette situation ? |
| 8. Dans l’ensemble, 211 enfants ont quitté la PEC MAS ambulatoire pendant ce mois, 200 parce qu’ils avaient terminé le traitement. Par contre, 11 ont été référés à nouveau vers la PEC MAS hospitalière, ce qui veut dire que l’état de 5,5% des enfants traités en PEC MAS ambulatoire s’est aggravé. | 8. Pourquoi l’état des enfants s’aggrave dans la PEC MAS ambulatoire ? Suit-on les protocoles concernant les médicaments et l’ATPE ? Quels sont les messages d’éducation sanitaire et nutritionnelle communiqués aux mères ? Existe-t-il d’autres problèmes de santé sous-jacents qu’il faudrait traiter ? |
| 9. 17 enfants ont été référés de la PEC MAS hospitalière vers la PEC MAS ambulatoire, et pourtant les sites PEC MAS ambulatoire n’ont admis que 14 enfants venant de la PEC MAS hospitalière. A noter que 11 patients ont été référés de la PEC MAS ambulatoire vers la PEC MAS hospitalière et que 11 admissions ont été enregistrées dans le rapport du site PEC MAS hospitalière comme étant référées de la part du site PEC MAS ambulatoire. | 9. La différence entre les références venant de la PEC MAS hospitalière et les admissions à la PEC MAS ambulatoire pourrait être due à des problèmes dans le système d’inscription ou au fait que certains enfants référés ne se sont pas rendus au site PEC MAS ambulatoire. Cette observation demande que soit faite une supervision plus étroite du système d’inscription et de référence (par exemple, de l’utilisation des fiches de référence, des moyens de transport existants et des explications données à la mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant au moment de la référence). A noter que les enfants qui ont été référés ont quitté le site ou bien ils ont étés traités là où ils ont été référés mais ils n’ont pas quitté la PCMA.  Le nombre compilé de cas en traitement dans le district est de 209, comptant 9 cas de moins que la somme dans le rapport individuel. Cette différence est due aux référés qui manquent et/ou sont en transit entre deux sites. |

Remarque : Les taux de sortie ne sont pas calculés dans la PEC MAS hospitalière. Les enfants dont l’état s’améliore sont orientés vers la PEC MAS ambulatoire où ils continueront leur traitement jusqu’à leur guérison.

RÉFÉRENCE SUPPLÉMENTAIRE 8.1

Créer une base de données de la PCMA (sous Excel 2003)

*Source : Adapte du Manuel CTC, pages 207-211*

Les instructions suivantes peuvent être utilisées pour compiler une base de données sous Excel 2003, pour les sites PCMA (PEC MAS et PEC MAM) par district, région ou au niveau national.

## ÉTAPE 1. CrÉer une fiche pour la saisie des donnÉes (voir Fiche de pointage et rapport mensuel)

**1.1. Créer les colonnes**

• Créer un tableur dans Excel avec quatre colonnes intitulées : ‘Semaine de séance’, ‘Site’ et ‘Mois’.

• Créer des colonnes correspondant aux critères d’admission et de sortie de votre fiche de compte et de votre fiche de rapport.

• Vérifier que chaque titre de colonne est inscrit dans sa propre case.

• Créer des colonnes intitulées:

Total fin de la dernière séance (ou Total fin de la semaine ou du mois)

Nouveaux cas 6-59 mois

Nouveaux cas autres

Anciens cas

Total admissions

Guéris

Décédés

Abandons

Non récupérés

Total sorties

Référés

Total départs

Total en traitement (ou total au début de la semaine/du mois)

**1.2. Créer des lignes**

• Marquer les noms des sites (noms de la structure sanitaire avec de la PEC MAS ambulatoire ou des sites de PEC MAS hospitalière) du district dans des lignes descendant dans le tableur pour le cycle 1. (Laisser de l’espace pour ajouter des sites supplémentaires au fur et à mesure que la PCMA s’agrandit.)

• Marquer **1** dans la cellule du numéro de chaque cycle.

• Sur la première ligne correspondant au cycle 2, marquez une formule de la première case **+1**.

• Ne pas marquer les noms des sites pour le cycle 2. Marquez une formule de la cellule appropriée dans le cycle 1.

• Tracer un trait en gras sous le premier cycle.

**1.3. Saisir les formules**

• Mettre les formules pour :

* + Total fin de la dernière séance (pour le cycle 1, il n’y a pas de formule. Mettre 0 dans les cellules. Pour les cycles ultérieurs, utiliser Total en traitement du cycle précédent).
  + Total admissions = Nouveaux cas 6-59 mois + Nouveaux cas autres + Anciens cas
* Total sorties = guéris + décès + abandons + non récupérés
* Total départs = guéris + décès + abandons + non récupérés + référés
* Total en traitement = Total fin de la dernière séance + Total admissions – Total départs

• Pour toutes les formules, cliquer et copier les formules au bas du tableur pour remplir autant de cycles hebdomadaires que nécessaire. (Nous recommandons de se limiter aux données d’une année dans une seule base de données)

• A présent, les données peuvent être saisies par cycle en utilisant les fiche de pointage (une base de données facultative au niveau national pourra utiliser les cycles mensuels sur la base des rapports mensuels au niveau district)

## ÉTAPE 2. CrÉer le rapport des donnÉes

• De la feuille des saisies sous ‘Données’ du menu du haut, choisir « Rapport tableau croisé dynamique »‘(Pivot Table Report’).

• Cliquer sur ‘liste ou base de données Microsoft Excel’.

• Mettre en évidence le tableur entier

• Cliquer sur ‘Suivant’ pour aller à la construction du tableau croisé dynamique (Pivot Table).

• Dans ‘Plage’, faire glisser Site et Mois.

• Dans ‘Colonne faire glisser Semaine.

• Dans ‘Données’, faire glisser les variables suivantes dans l’ordre suivant : Nouveaux cas 6-59 mois, Nouveaux cas autres, Anciens cas, Total admissions, Guéris, Décédés, Abandons, Non récupérés , Total sorties, Référés, Total départs, Total en traitement.

• Cliquer deux fois sur toutes les variables dans la fiche de données de la construction du tableau croisé dynamique (Pivot Table). Puis:

- Changer le titre en supprimant Nombre. Ne pas déplacer le titre trop à gauche car cela déclenche l’alarme du tableau (Pivot Table).

- Changer de Nombre à Somme.

- Cliquer Nombre – cliquer à nouveau Nombre – Utiliser le séparateur de millièmes. Changer la virgule à 0.

- Cliquer Suivant – cliquer sur nouvelle fiche – re-nommer ‘Rapport’.

• Enlever numéro dans la colonne total ‘Total en traitement’ (le chiffre n’est pas pertinent pour les données de la PCMA).

• Une fois les données ajoutées à la fiche des saisies, le rapport peut être mis à jour. Mettre le curseur dans le rapport, cliquer droit et choisir (‘refresh data) mettre à jour les données’.

• Les données peuvent être vues par cycle pour toute la PCMA PEC MAS si nécessaire, pour les sites individuels ou un mois donné.

Pour des directives supplémentaires sur la construction et utilisation des tableaux croisés dynamiques (tables pivot) voir: http://office.microsoft.com/en-us/assistance/HA010346321033.aspx

## ÉTAPE 3. CrÉer les graphiques

Créer des graphiques ou diagrammes avec les tendances au niveau de l’admission et de la sortie

• Pour créer le graphique à histogrammes, cliquer sur l’icone des graphiques.

• Dans « Type personnalisé », choisir « Courbe-histogramme ».

• Dans « séries », cliquer sur « ajouter ».

• Cliquer sur la barre   « Nom » et marquer ‘Total Admissions’.

• Cliquer sur  « Valeurs » et mettre en évidence la ligne ‘Total Admissions’ dans le rapport (laisser de côté le total général).

• Cliquer sur ‘category x labels’ et mettre en évidence la ligne des cycles de distribution.

• Cliquer à nouveau sur « Ajouter »

• Cliquer sur la barre   « Nom » et écrire dans « Total sorties ».

• Cliquer sur « valeurs »et mettre en évidence la ligne « Total sorties » dans le rapport (laisser de côté le total général).

• Cliquer à nouveau sur Ajouter.

• Cliquer sur la barre « Nom » et mettre en évidence la rangée ‘Total en traitement’ dans le rapport.

• Cliquer sur ‘ « Suivant », cliquer sur « titre du graphique » et ajouter le titre général et les titres pour les axes.

• Mettre une nouvelle fiche – renommer les graphiques.

**Créer un diagramme à secteurs montrant la répartition des catégories de fin de traitement**

• Cliquer sur l’icone graphique.

• Cliquer sur le graphique à secteurs.

• Dans ‘Series’, cliquer sur Ajouter.

• Cliquer ‘Values’ et mettre en évidence les données dans ‘Grand Total’ pour les variables de sortie (guéris, décédés, abandons, non récupérés). Ne pas inclure les Référés ou Total des départs.

• Cliquer sur ‘Catégorie labels’ et mettre en évidence les titres des sorties (guéris, décédés, abandons, non récupérés).

• Cliquer sur Suivant, cliquer sur Titre du graphique et marquer le titre.

• Cliquer sur Data label/Données et cocher pourcentage.

Voir les figures dans le **Document 8.14 Directives concernant les rapports de la PCMA Directives sur les rapports de la PCMA** pour voir un exemple du graphique et diagramme à secteurs.

**Remarque:** Quand vous commencez à saisir les données dans la base de données, les colonnes correspondant aux cycles où aucune donnée n’a été saisie peuvent être cachées. Cela permet de voir plus facilement le rapport et les graphiques. Voir de bonnes explications à <http://lecompagnon.info/excel/tableaucroise.htm>

1. Le manuel Sphere 2004: http://www.sphereproject.org/component/option,com\_docman/task,cat\_view/gid,70/Itemid,203 [↑](#footnote-ref-1)