

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION
PRONANUT



FICHES TECHNIQUES
PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA
MALNUTRITION AIGUE

Juin 2013



FICHES TECHNIQUES

PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUE

Juin 2013

ELABORE PAR LE
PROGRAMME NATIONAL
DE NUTRITION
« PRONANUT »

AVEC L'APPUI DE



GOVERNEMENT
CONGOLAIS

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
CHAPITRE I: APERCU SUR LA PCIMA	4
CHAPITRE II: MISE EN ŒUVRE DE LA PCIMA.....	6
Fiche technique II.1 : Recommandations sur l'approche de mise en œuvre de la PCIMA... 6	
Fiche technique II.2.: Les rôles et préalables de chaque niveau	7
CHAPITRE III : LA PRISE DES MESURES ANTHROPOMETRIQUES	11
Fiche technique III.1. : Prise de poids	11
Fiche technique III.2.: Prise de la taille.....	13
Fiche technique III.3.: Prise du périmètre brachial.....	15
Fiche technique III.4 : Recherche des œdèmes	16
CHAPITRE IV: ORGANISATION DES ACTIVITES DE LA PCIMA AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	23
Fiche technique IV.1 : Sensibilisation.....	23
Fiche technique IV.2 : Dépistage et référence des cas	24
Fiche technique IV.3 : Suivi des cas à domicile.....	25
Fiche technique IV.4: Education pour la santé	26
CHAPITRE V : ORGANISATION DES ACTIVITES DE PCIMA DANS LE CENTRE DE SANTE (UNS, UNTA,)	27
Fiche technique V.1. : L'orientation des cas suivant les critères d'admission	27
Fiche technique V.2. : La prise en charge de la PCIMA en UNS.....	29
Fiche technique V.3. : La prise en charge de la PCIMA en UNTA	37
CHAPITRE VI : ORGANISATION DES ACTIVITES DE PCIMA AU CSR/HGR	49
FICHES TECHNIQUES	49
CHAPITRE VII : SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES PCIMA.....	68
FICHES TECHNIQUES	68
Fiche technique VII.1. : Suivi et évaluation des activités de PCIMA	68

CHAPITRE I: APERCU SUR LA PCIMA

Fiche technique I.1 : Principes de la PCIMA

Le nouveau protocole de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguës' appuie sur les principes de base suivants :

- Implication de la communauté dans la sensibilisation, la prévention, le dépistage précoce, la référence et le suivi des cas de malnutrition;
- Décentralisation des points de contacts entre les patients et les structures de santé, facilitant la prise en charge et son suivi afin d'améliorer la couverture ;
- Utilisation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi qui permet le traitement en ambulatoire ;
- Intégration de la PCIMA dans le paquet d'activités de routine des structures de soins.

COMPOSANTES DE LA PCIMA

Les différentes composantes de PCIMA sont :

Composante Communautaire:

Elle a pour but de promouvoir l'appropriation et la participation active de la communauté aux activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition.

Composante Centre de santé.

Elle commence par le dépistage passif, le triage et l'orientation des cas et comprend deux unités nutritionnelles de prise en charge :

L'Unité Nutritionnelle Supplémentaire(UNS) pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë modérée et le suivi systématique des déchargés de l'UNTA.

L'Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire(UNTA) pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales et avec appétit.

Composante Hôpital/Centre de Santé de Référence

Incluant une unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive(UNTI) qui assure la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales et/ou manque d'appétit ainsi que les nourrissons de 0 à 6 mois présentant un problème nutritionnel.

Liens entre les différentes composantes de la PCIMA

Voir Fiche technique n°8

Groupes cibles prioritaires de la PCIMA

Ce protocole national concerne toutes les personnes affectées par la malnutrition aiguë. Néanmoins, les groupes prioritaires pour la prise en charge intégrée sont :

- Enfants de moins de 5 ans ;
- Femmes enceintes et allaitantes ;
- Personnes vivant avec le VIH et tuberculeux.

INTEGRATION DE LA PCIMA DANS LE SYSTEME DE SANTE

Cette intégration doit pouvoir se faire à tous les niveaux de la chaîne de mise en œuvre des activités, incluant :

- La reconnaissance de la malnutrition aiguë comme n'étant pas une maladie à part mais comme une maladie aussi importante que les autres dont souffrent les enfants et les adultes.
- La planification d'activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë dans le paquet d'activités des Zones de Santé, des divisions provinciales de la Santé
- La mise en œuvre et la coordination de la PCIMA par les structures de santé au même titre que les autres programmes.
- L'utilisation de la PCIMA comme porte d'entrée pour d'autres activités de santé (ex. vaccination, Prévention/ traitement du paludisme, VIH/SIDA, TBC, eau, hygiène et assainissement, supplémentation de masse...).
- Des systèmes d'approvisionnement et de rapportage de la PCIMA qui s'intègrent dans les systèmes recommandés pour les autres programmes du MSP.
- La mise en œuvre intégrée de la PCIMA parmi les différentes stratégies du Programme National de Nutrition: AEN/ ANJE, lutte contre les carences en micronutriments, suivi de la croissance.

CHAPITRE II: MISE EN ŒUVRE DE LA PCIMA

Fiche technique II.1 : Recommandations sur l'approche de mise en œuvre de la PCIMA

- Intégration de la PCIMA dans la PMA et PCA à tous les niveaux du système sanitaire et définition du rôle de chaque structure;
- Mise en œuvre globale de toutes les composantes et unités de prise en charge (le paquet PCIMA:UNS, UNTA et UNTI) de façon coordonnée et synergique afin d'assurer le continuum des soins, lié à des stratégies préventives de la malnutrition (ANJE / AEN) ;
- Mise en œuvre progressive dans toutes les DPS, , zones de santé et aires de santé du pays (couverture progressive);
- Participation communautaire
- Incitation au travail en équipe à tous les échelons du système de santé
- Collaboration intra et intersectorielle.

Fiche technique II.2.: Les rôles et préalables de chaque niveau

Pour mettre en œuvre de façon harmonieuse la PCIMA, il est nécessaire que les rôles de chaque niveau du système de santé soient clairement établis.

1. Niveau central

Rôles

Dans la mise en œuvre du protocole, les rôles attendus du niveau central sont :

- Concevoir les directives, élaborer les documents normatifs, vulgariser les stratégies de lutte contre les principaux problèmes nutritionnels;
- Accompagner les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) dans l'organisation des formations, du suivi, de la supervision et de l'évaluation des interventions;
- Mobiliser les ressources auprès du gouvernement et des partenaires;
- Définir et rendre opérationnel le circuit d'approvisionnement et de distribution des intrants ;
- Créer le cadre de concertation et de coordination
- Elaborer et diffuser le protocole de la prise en charge de la malnutrition aiguë et les outils de formation;
- Former une équipe de formateurs nationaux et provinciaux;
- Elaborer un plan de mise à l'échelle des activités de PCIMA ;
- Mettre en place un système de gestion de l'information sur la PCIMA et assurer son fonctionnement;
- Faire un plaidoyer pour considérer les malnutris comme indigents ;
- Faire un plaidoyer auprès du PNLP, PNLT, PNLIS pour adapter leurs protocoles avec celui de la prise en charge de la malnutrition aiguë ;

Préalables

- Modules de formation PCIMA validés
- Formateurs formés
- Disponibilités des fonds pour la formation

2. Niveau intermédiaire

Rôles

- Assurer le suivi de la mise en œuvre de la PCIMA dans les zones de santé ;
- Inciter les ZS à réfléchir sur des modalités de motivation des RECO lors de

Conseil d'Administration;

- Assurer la concertation et la coordination des activités PCIMA;
- Assurer la formation et la supervision dans les zones de santé;
- Elaborer un plan de mise à l'échelle des activités de PCIMA et d'autres stratégies de nutrition (AEN et ANJE);
- Assurer le fonctionnement optimal du système de gestion de l'information;
- Accompagner les ZS dans l'organisation des formations, du suivi, de la supervision et de l'évaluation des interventions;
- Assurer les formations de recyclage des prestataires des ZS.

Préalables

- Cadres provinciaux formés ;
- Disponibilité des ressources financières, matérielles et intrants ;
- Circuit d'approvisionnement en intrants défini et renforcé.

3. Niveau périphérique

3.1. Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS)

Rôles :

- Planifier les activités de PCIMA et tenir compte des activités du PNLS et du PNLT pendant la phase de programmation;
- Former les prestataires et les RECO ;
- Approvisionner les structures en intrants ;
- Assurer la coordination des activités de PCIMA ;
- Assurer la coordination des actions des partenaires et profiter des interventions d'urgence pour le renforcement global des capacités de la ZS ;
- Superviser les activités;
- Assurer la gestion de l'information ;
- Veiller à ce que les HGR et les CSR assurent la prise en charge globale des patients admis dans ces structures même quand ils ne sont pas pris en charge en hospitalisation;
- Définir les modalités de motivation des RECO ;
- Renforcer le dialogue communautaire à travers des structures communautaires existantes (OAC, CLN, COSA, ...).

Préalables

- Equipe Cadre de Zone de Santé formée
- Ressources et potentialités disponibles.
- Circuit d'approvisionnement en intrants opérationnel.

3.2. Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et Centres de Santé

Rôles :

- Exécuter les activités de nutrition dans les unités ou services de nutrition au sein des centres de santé et des hôpitaux (dépistage passif, triage, orientation et traitement médical et nutritionnel, le suivi et l'évaluation, la collecte des données et le rapportage) ;
- Assurer les actions de prévention des problèmes nutritionnels et mener des actions de sensibilisation dans la communauté ;
- Assurer la gestion adéquate et des conditions de stockage appropriées pour les produits thérapeutiques et alimentaires nécessaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë ;
- Pour les HGR/CSR: assurer la prise en charge ambulatoire pour les patients qui n'ont pas accès à des structures CS avec UNTA;
- Encadrer les RECO (et autres agents communautaires) sur leur rôle attendu dans la PCIMA.

Préalables

- Plan d'intégration de PCIMA dans les structures des soins de la ZS disponible ;
- Personnel formé et disponible ;
- Médicaments et autres intrants pour la prise en charge disponibles ;
- Matériels anthropométriques disponibles ;
- Eau potable et savons disponibles ;
- Protocole de prise en charge et outils de collecte des données disponibles ;
- Système de référence et contre référence efficace.

3.3. Niveau communautaire

Rôles :

- Sensibiliser la communauté
- Dépister activement et référer des cas vers les structures appropriées
- Effectuer le suivi des cas présentant des difficultés (absent/abandon, non-réponse au traitement,...) à travers des visites à domicile (VAD)
- Remplir et transmettre les rapports d'activités communautaires aux centres de santé

Préalables

- Implication de la communauté dans les activités de PCIMA ;
- RECO formés, actifs et bien organisés ;
- Organisations à base communautaire formées ;
- Ruban MUAC et outils de collecte des données;
- Supports de sensibilisation disponibles ;
- Système d'orientation efficace.

CHAPITRE III : LA PRISE DES MESURES ANTHROPOMETRIQUES

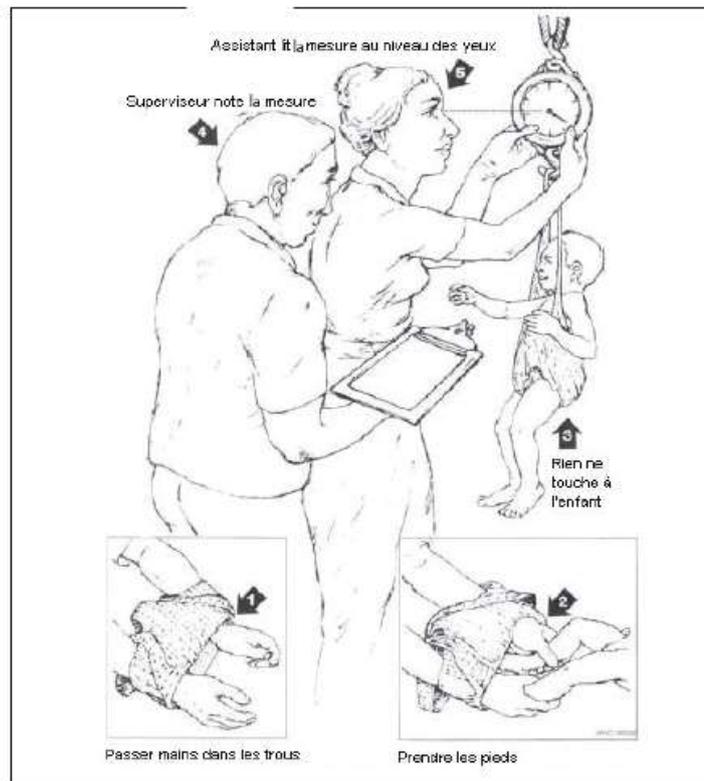
Fiche technique III.1. : Prise de poids

Précaution de la prise de poids :

Avec balance Salter

- Vérifier la fonctionnalité de la balance
- S'assurer que la balance est placée à la hauteur des yeux du lecteur de la mesure
- S'assurer que l'aiguille de la balance se trouve au point zéro avec la culotte
- Enlever les vêtements et les chaussures de l'enfant avant de le peser
- Faire porter la culotte
- Accrocher l'enfant sur la balance
- Lire le poids
- Transcrire le poids sur la fiche

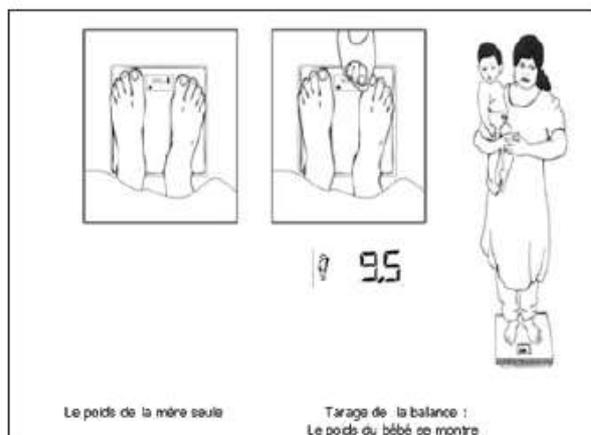
La prise du poids avec la balance Salter



Avec balance électronique

- Vérifier la fonctionnalité de la balance
- Prendre le poids de la mère
- Remettre la balance à zéro pendant que la mère reste sur dessus
- Donner l'enfant à sa mère
- Lire le poids de l'enfant transporté par sa mère

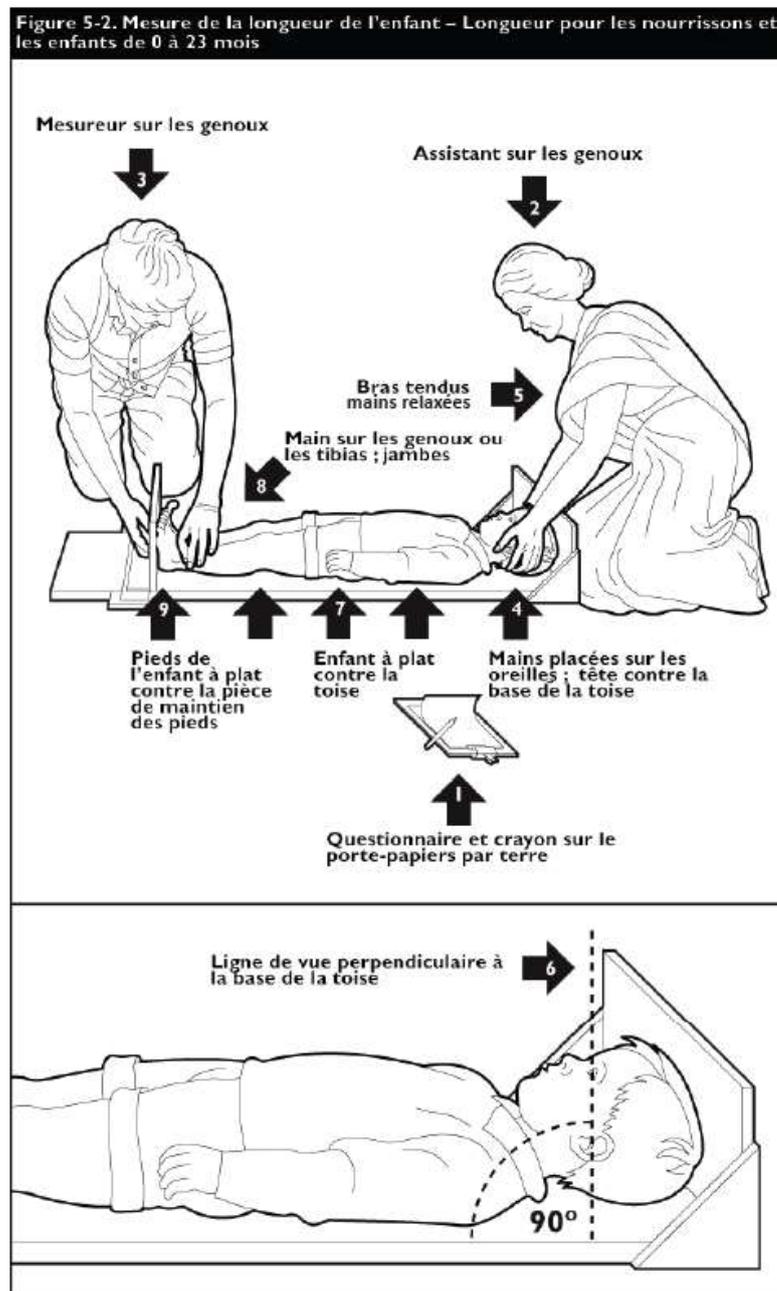
La prise du poids avec la balance UNISCALE



Fiche technique III.2.: Prise de la taille

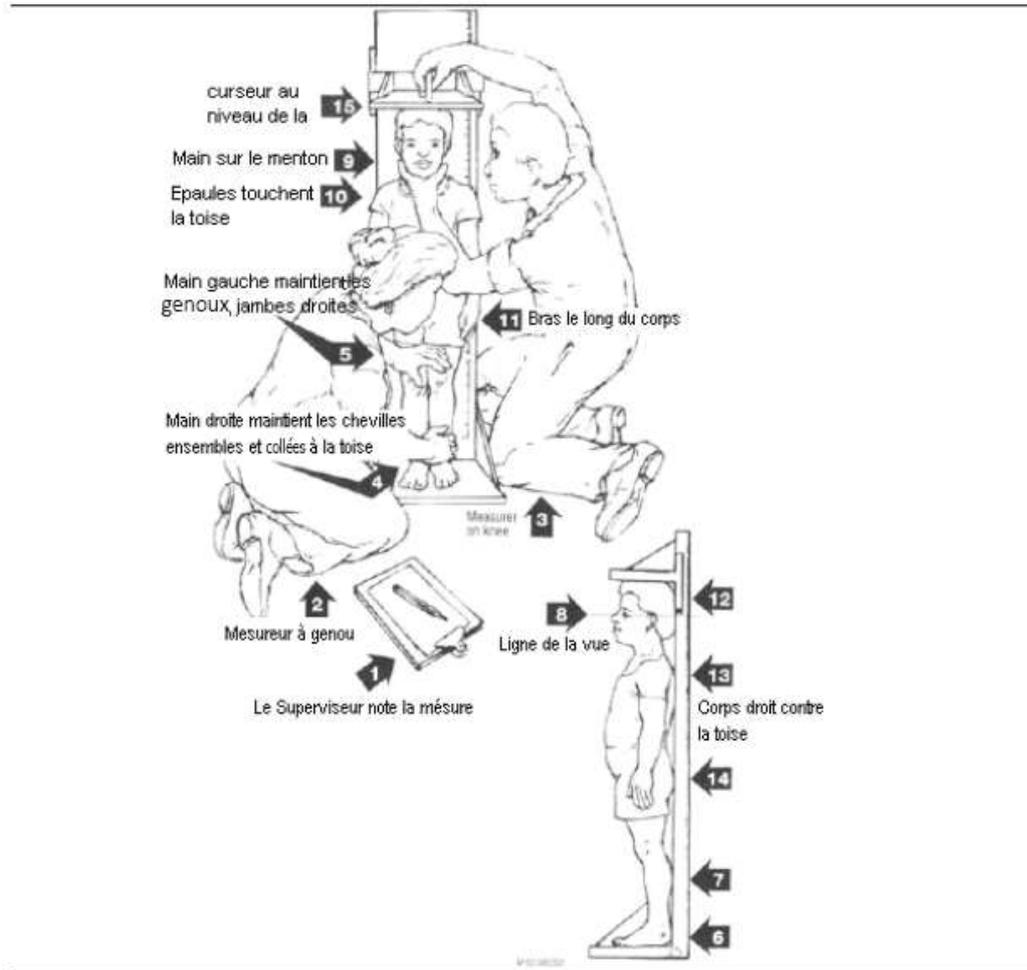
- Prendre la taille à deux : 1 mesureur et 1 assistant
- Mesurer la taille des enfants de moins de 87 cm en position couchée
- Mesurer la taille des enfants de plus de 87 cm en position debout.
- Tenir compte des précautions d'usage (respecter les 5 repères anatomiques).

La prise de la taille pour les enfants de moins de 87cm (enfant couché)



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

La prise de la taille pour les enfants de 87cm ou plus (enfant debout)



Fiche technique III.3.: Prise du périmètre brachial

- Le périmètre brachial se mesure au bras gauche, à mi-hauteur entre l'épaule et le coude
- Le bras doit être décontracté.
- On utilise un mètre ruban spécial (MUAC) que l'on place autour du bras
- La mesure est relevée avec une précision de 0,1mm près
- La mesure de PB se mesure chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes.

La mesure du périmètre brachial



Fiche technique III.4 : Recherche des œdèmes

La présence d'œdèmes est un signe de gravité de la malnutrition.

Les œdèmes sont évalués sur les deux pieds et/ou la face antérieure des deux jambes. On exerce une pression de 3 secondes et on relâche la pression.

On parle d'œdèmes nutritionnels lorsqu'après pression d'environ 3 secondes, il s'en suit une persistance d'une empreinte de pouce appelée signe de godet.

Codification : (+) sur les deux pieds, (++) sur deux pieds et deux jambes (tibia), et (+++) sur la surface et les paupières (parfois membres supérieurs)

Fiche Technique 7 : La vérification des œdèmes

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

Table Poids-Taille Enfants Unisexe (OMS 2006)

A utiliser pour garçons et filles													
Taille couchée	Poids Kg – Z-score						Taille couchée	Poids Kg – Z-score					
	Très sévère	Sévère MAS	Modérée MAM	Sortie PCIMA	Poids Médian			Très sévère	Sévère MAS	Modérée MAM	Sortie PCIMA	Poids Médian	
cm	-4.0	-3	-2	-1.5	-1	0	cm	-4.0	-3	-2	-1.5	-1	0
Utiliser la taille couchée pour les moins de 87 cm													
45	1.73	1.88	2.04	2.13	2.23	2.44	66	5.5	5.9	6.4	6.7	6.9	7.5
45.5	1.79	1.94	2.11	2.21	2.31	2.52	66.5	5.6	6	6.5	6.8	7	7.6
46	1.85	2.01	2.18	2.28	2.38	2.61	67	5.7	6.1	6.6	6.9	7.1	7.7
46.5	1.91	2.07	2.26	2.36	2.46	2.69	67.5	5.8	6.2	6.7	7	7.2	7.9
47	1.97	2.14	2.33	2.43	2.54	2.78	68	5.8	6.3	6.8	7.1	7.3	8
47.5	2.04	2.21	2.40	2.51	2.62	2.86	68.5	5.9	6.4	6.9	7.2	7.5	8.1
48	2.10	2.28	2.48	2.58	2.70	2.95	69	6.0	6.5	7	7.3	7.6	8.2
48.5	2.17	2.35	2.55	2.66	2.78	3.04	69.5	6.1	6.6	7.1	7.4	7.7	8.3
49	2.23	2.42	2.63	2.75	2.87	3.13	70	6.2	6.6	7.2	7.5	7.8	8.4
49.5	2.31	2.50	2.71	2.83	2.96	3.23	70.5	6.3	6.7	7.3	7.6	7.9	8.5
50	2.38	2.58	2.80	2.92	3.05	3.33	71	6.3	6.8	7.4	7.7	8	8.6
50.5	2.46	2.66	2.89	3.01	3.14	3.43	71.5	6.4	6.9	7.5	7.8	8.1	8.8
51	2.54	2.75	2.98	3.11	3.24	3.54	72	6.5	7	7.6	7.9	8.2	8.9
51.5	2.62	2.83	3.08	3.21	3.34	3.65	72.5	6.6	7.1	7.6	8	8.3	9
52	2.70	2.93	3.17	3.31	3.45	3.76	73	6.6	7.2	7.7	8	8.4	9.1
52.5	2.79	3.02	3.28	3.41	3.56	3.88	73.5	6.7	7.2	7.8	8.1	8.5	9.2
53	2.88	3.12	3.38	3.53	3.68	4.01	74	6.8	7.3	7.9	8.2	8.6	9.3
53.5	2.98	3.22	3.49	3.64	3.80	4.14	74.5	6.9	7.4	8	8.3	8.7	9.4
54	3.08	3.33	3.61	3.76	3.92	4.27	75	6.9	7.5	8.1	8.4	8.8	9.5
54.5	3.18	3.55	3.85	4.01	4.18	4.55	75.5	7.0	7.6	8.2	8.5	8.8	9.6
55	3.29	3.67	3.97	4.14	4.31	4.69	76	7.1	7.6	8.3	8.6	8.9	9.7
55.5	3.39	3.78	4.10	4.26	4.44	4.83	76.5	7.2	7.7	8.3	8.7	9	9.8
56	3.50	3.90	4.22	4.40	4.58	4.98	77	7.2	7.8	8.4	8.8	9.1	9.9
56.5	3.61	4.02	4.35	4.53	4.71	5.13	77.5	7.3	7.9	8.5	8.8	9.2	10
57	3.7	4	4.3	4.5	4.7	5.1	78	7.4	7.9	8.6	8.9	9.3	10.1
57.5	3.8	4.1	4.5	4.7	4.9	5.3	78.5	7.4	8	8.7	9	9.4	10.2
58	3.9	4.3	4.6	4.8	5	5.4	79	7.5	8.1	8.7	9.1	9.5	10.3
58.5	4.0	4.4	4.7	4.9	5.1	5.6	79.5	7.6	8.2	8.8	9.2	9.5	10.4
59	4.2	4.5	4.8	5	5.3	5.7	80	7.6	8.2	8.9	9.2	9.6	10.4
59.5	4.3	4.6	5	5.2	5.4	5.9	80.5	7.7	8.3	9	9.3	9.7	10.5
60	4.4	4.7	5.1	5.3	5.5	6	81	7.8	8.4	9.1	9.4	9.8	10.6
60.5	4.5	4.8	5.2	5.4	5.6	6.1	81.5	7.8	8.5	9.1	9.5	9.9	10.7
61	4.6	4.9	5.3	5.5	5.8	6.3	82	7.9	8.5	9.2	9.6	10	10.8
61.5	4.7	5	5.4	5.7	5.9	6.4	82.5	8.0	8.6	9.3	9.7	10.1	10.9
62	4.8	5.1	5.6	5.8	6	6.5	83	8.1	8.7	9.4	9.8	10.2	11
62.5	4.9	5.2	5.7	5.9	6.1	6.7	83.5	8.2	8.8	9.5	9.9	10.3	11.2
63	5.0	5.3	5.8	6	6.2	6.8	84	8.3	8.9	9.6	10	10.4	11.3
63.5	5.1	5.4	5.9	6.1	6.4	6.9	84.5	8.3	9	9.7	10.1	10.5	11.4
64	5.1	5.5	6	6.2	6.5	7	85	8.4	9.1	9.8	10.2	10.6	11.5
64.5	5.2	5.6	6.1	6.3	6.6	7.1	85.5	8.5	9.2	9.9	10.3	10.7	11.6
65	5.3	5.7	6.2	6.4	6.7	7.3	86	8.6	9.3	10	10.4	10.8	11.7
65.5	5.4	5.8	6.3	6.5	6.8	7.4	86.5	8.7	9.4	10.1	10.5	11	11.9

A utiliser pour garçons et filles													
Taille debout	Poids Kg – Z-score						Taille debout	Poids Kg – Z-score					
	Très sévère	Sévère MAS	Modérée MAM	Sortie PCIMA	Poids Médian			Très sévère	Sévère MAS	Modérée MAM	Sortie PCIMA	Poids Médian	
cm	-4.0	-3	-2	-1.5	-1	0	cm	-4.0	-3	-2	-1.5	-1	0
Utiliser la taille debout pour 87 cm et plus													
87	9.0	9.6	10.4	10.8	11.2	12.2	104	12.0	13	14	14.6	15.2	16.5
87.5	9.0	9.7	10.5	10.9	11.3	12.3	104.5	12.1	13.1	14.2	14.7	15.4	16.7
88	9.1	9.8	10.6	11	11.5	12.4	105	12.2	13.2	14.3	14.9	15.5	16.8
88.5	9.2	9.9	10.7	11.1	11.6	12.5	105.5	12.3	13.3	14.4	15	15.6	17
89	9.3	10	10.8	11.2	11.7	12.6	106	12.4	13.4	14.5	15.1	15.8	17.2
89.5	9.4	10.1	10.9	11.3	11.8	12.8	106.5	12.5	13.5	14.7	15.3	15.9	17.3
90	9.5	10.2	11	11.5	11.9	12.9	107	12.6	13.7	14.8	15.4	16.1	17.5
90.5	9.6	10.3	11.1	11.6	12	13	107.5	12.7	13.8	14.9	15.6	16.2	17.7
91	9.7	10.4	11.2	11.7	12.1	13.1	108	12.8	13.9	15.1	15.7	16.4	17.8
91.5	9.8	10.5	11.3	11.8	12.2	13.2	108.5	13.0	14	15.2	15.8	16.5	18
92	9.9	10.6	11.4	11.9	12.3	13.4	109	13.1	14.1	15.3	16	16.7	18.2
92.5	9.9	10.7	11.5	12	12.4	13.5	109.5	13.2	14.3	15.5	16.1	16.8	18.3
93	10.0	10.8	11.6	12.1	12.6	13.6	110	13.3	14.4	15.6	16.3	17	18.5
93.5	10.1	10.9	11.7	12.2	12.7	13.7	110.5	13.4	14.5	15.8	16.4	17.1	18.7
94	10.2	11	11.8	12.3	12.8	13.8	111	13.5	14.6	15.9	16.6	17.3	18.9
94.5	10.3	11.1	11.9	12.4	12.9	13.9	111.5	13.6	14.8	16	16.7	17.5	19.1
95	10.4	11.1	12	12.5	13	14.1	112	13.7	14.9	16.2	16.9	17.6	19.2
95.5	10.4	11.2	12.1	12.6	13.1	14.2	112.5	13.9	15	16.3	17	17.8	19.4
96	10.5	11.3	12.2	12.7	13.2	14.3	113	14.0	15.2	16.5	17.2	18	19.6
96.5	10.6	11.4	12.3	12.8	13.3	14.4	113.5	14.1	15.3	16.6	17.4	18.1	19.8
97	10.7	11.5	12.4	12.9	13.4	14.6	114	14.2	15.4	16.8	17.5	18.3	20
97.5	10.8	11.6	12.5	13	13.6	14.7	114.5	14.3	15.6	16.9	17.7	18.5	20.2
98	10.9	11.7	12.6	13.1	13.7	14.8	115	14.5	15.7	17.1	17.8	18.6	20.4
98.5	11.0	11.8	12.8	13.3	13.8	14.9	115.5	14.6	15.8	17.2	18	18.8	20.6
99	11.1	11.9	12.9	13.4	13.9	15.1	116	14.7	16	17.4	18.2	19	20.8
99.5	11.2	12	13	13.5	14	15.2	116.5	14.8	16.1	17.5	18.3	19.2	21
100	11.2	12.1	13.1	13.6	14.2	15.4	117	15.0	16.2	17.7	18.5	19.3	21.2
100.5	11.3	12.2	13.2	13.7	14.3	15.5	117.5	15.1	16.4	17.9	18.7	19.5	21.4
101	11.4	12.3	13.3	13.9	14.4	15.6	118	15.2	16.5	18	18.8	19.7	21.6
101.5	11.5	12.4	13.4	14	14.5	15.8	118.5	15.3	16.7	18.2	19	19.9	21.8
102	11.6	12.5	13.6	14.1	14.7	15.9	119	15.4	16.8	18.3	19.1	20	22
102.5	11.7	12.6	13.7	14.2	14.8	16.1	119.5	15.6	16.9	18.5	19.3	20.2	22.2
103	11.8	12.8	13.8	14.4	14.9	16.2	120	15.7	17.1	18.6	19.5	20.4	22.4
103.5	11.9	12.9	13.9	14.5	15.1	16.4							

Table Poids - Taille Adolescents UNISEXE (NCHS)

Taille (cm)	100% Médiane	85%	80%	70%
120.5	22.1	18.8	17.7	15.5
121	22.3	19	17.8	15.6
121.5	22.5	19.1	18	15.8
122	22.7	19.3	18.2	15.9
122.5	23	19.5	18.4	16.1
123	23.2	19.7	18.6	16.2
123.5	23.5	19.9	18.8	16.4
124	23.7	20.1	19	16.6
124.5	24	20.4	19.2	16.8
125	24.2	20.6	19.4	16.9
125.5	24.5	20.8	19.6	17.1
126	24.7	21	19.8	17.3
126.5	25	21.2	20	17.5
127	25.3	21.5	20.2	17.7
127.5	25.5	21.7	20.4	17.9
128	25.8	21.9	20.7	18.1
128.5	26.1	22.2	20.9	18.3
129	26.4	22.4	21.1	18.5
129.5	26.7	22.7	21.3	18.7
130	27	22.9	21.6	18.9
130.5	27.3	23.2	21.8	19.1
131	27.6	23.4	22.1	19.3
131.5	27.9	23.7	22.3	19.5
132	28.2	24	22.5	19.7
132.5	28.5	24.2	22.8	19.9
133	28.8	24.5	23	20.2
133.5	29.1	24.7	23.3	20.4
134	29.4	25	23.5	20.6
134.5	29.7	25.3	23.8	20.8
135	30.1	25.6	24.1	21.1
135.5	30.4	25.8	24.3	21.3
136	30.7	26.1	24.6	21.5
136.5	31	26.4	24.8	21.7
137	31.4	26.7	25.1	22
137.5	31.7	27	25.4	22.2
138	32.1	27.2	25.6	22.4
138.5	32.4	27.5	25.9	22.7
139	32.7	27.8	26.2	22.9
139.5	33.1	28.1	26.4	23.1
140	33.4	28.4	26.7	23.4
140.5	33.7	28.7	27	23.6
141	34.1	29	27.3	23.9
141.5	34.4	29.2	27.5	24.1
142	34.8	29.5	27.8	24.3
142.5	35.1	29.8	28.1	24.6
143	35.4	30.1	28.3	24.8
143.5	35.8	30.4	28.6	25
144	36.1	30.7	28.9	25.3
144.5	36.5	31	29.2	25.5
145	36.8	31.3	29.4	25.8
145.5	37.1	31.6	29.7	26

Taille (cm)	100% Median	85%	80%	70%
146	37.5	31.9	30	26.2
146.5	37.8	32.2	30.3	26.5
147	38.2	32.4	30.5	26.7
147.5	38.5	32.7	30.8	27
148	38.9	33	31.1	27.2
148.5	39.2	33.3	31.4	27.4
149	39.5	33.6	31.6	27.7
149.5	39.9	33.9	31.9	27.9
150	40.3	34.2	32.2	28.2
150.5	40.6	34.5	32.5	28.4
151	41	34.8	32.8	28.7
151.5	41.3	35.1	33.1	28.9
152	41.7	35.4	33.4	29.2
152.5	42.1	35.8	33.7	29.4
153	42.4	36.1	34	29.7
153.5	42.8	36.4	34.3	30
154	43.2	36.7	34.6	30.2
154.5	43.6	37.1	34.9	30.5
155	44	37.4	35.2	30.8
155.5	44.2	37.6	35.4	30.9
156	44.6	37.9	35.7	31.2
156.5	45	38.2	36	31.5
157	45.4	38.6	36.3	31.8
157.5	45.8	38.9	36.7	32.1
158	46.2	39.3	37	32.4
158.5	46.6	39.6	37.3	32.7
159	47.1	40	37.7	33
159.5	47.5	40.4	38	33.3
160	48	40.8	38.4	33.6
160.5	48.4	41.1	38.7	33.9
161	48.8	41.5	39.1	34.2
161.5	49.3	41.9	39.4	34.5
162	49.8	42.3	39.8	34.8
162.5	50.2	42.7	40.2	35.1
163	50.7	43.1	40.5	35.5
163.5	51.1	43.5	40.9	35.8
164	51.6	43.9	41.3	36.1
164.5	52.1	44.3	41.7	36.5
165	52.6	44.7	42.1	36.8
165.5	53.1	45.1	42.5	37.2
166	53.6	45.6	42.9	37.5
166.5	54.1	46	43.3	37.9
167	54.6	46.4	43.7	38.2
167.5	55.1	46.9	44.1	38.6
168	55.6	47.3	44.5	38.9
168.5	56.2	47.7	44.9	39.3
169	56.7	48.2	45.4	39.7
169.5	57.3	48.7	45.8	40.1
170	57.8	49.2	46.3	40.5
170.5	58.4	49.6	46.7	40.9
171	59	50.1	47.2	41.3

INDICE DE MASSE CORPORELLE (ADULTES) (=P/T2, Taille en mètre et Poids en Kg)

Taille (cm)	IMC					
	18.5	18	17.5	17	16.5	16
140	36.3	35.3	34.3	33.3	32.3	31.4
141	36.8	35.8	34.8	33.8	32.8	31.8
142	37.3	36.3	35.3	34.3	33.3	32.3
143	37.8	36.8	35.8	34.8	33.7	32.7
144	38.4	37.3	36.3	35.3	34.2	33.2
145	38.9	37.8	36.8	35.7	34.7	33.6
146	39.4	38.4	37.3	36.2	35.2	34.1
147	40.0	38.9	37.8	36.7	35.7	34.6
148	40.5	39.4	38.3	37.2	36.1	35.0
149	41.1	40.0	38.9	37.7	36.6	35.5
150	41.6	40.5	39.4	38.3	37.1	36.0
151	42.2	41.0	39.9	38.8	37.6	36.5
152	42.7	41.6	40.4	39.3	38.1	37.0
153	43.3	42.1	41.0	39.8	38.6	37.5
154	43.9	42.7	41.5	40.3	39.1	37.9
155	44.4	43.2	42.0	40.8	39.6	38.4
156	45.0	43.8	42.6	41.4	40.2	38.9
157	45.6	44.4	43.1	41.9	40.7	39.4
158	46.2	44.9	43.7	42.4	41.2	39.9
159	46.8	45.5	44.2	43.0	41.7	40.4
160	47.4	46.1	44.8	43.5	42.2	41.0
161	48.0	46.7	45.4	44.1	42.8	41.5
162	48.6	47.2	45.9	44.6	43.3	42.0
163	49.2	47.8	46.5	45.2	43.8	42.5
164	49.8	48.4	47.1	45.7	44.4	43.0

INDICE DE MASSE CORPORELLE (ADULTES) (=P/T2, Taille en mètre et Poids en Kg)

Taille (cm)	IMC					
	18.5	18	17.5	17	16.5	16
165	50.4	49.0	47.6	46.3	44.9	43.6
166	51.0	49.6	48.2	46.8	45.5	44.1
167	51.6	50.2	48.8	47.4	46.0	44.6
168	52.2	50.8	49.4	48.0	46.6	45.2
169	52.8	51.4	50.0	48.6	47.1	45.7
170	53.5	52.0	50.6	49.1	47.7	46.2
171	54.1	52.6	51.2	49.7	48.2	46.8
172	54.7	53.3	51.8	50.3	48.8	47.3
173	55.4	53.9	52.4	50.9	49.4	47.9
174	56.0	54.5	53.0	51.5	50.0	48.4
175	56.7	55.1	53.6	52.1	50.5	49.0
176	57.3	55.8	54.2	52.7	51.1	49.6
177	58.0	56.4	54.8	53.3	51.7	50.1
178	58.6	57.0	55.4	53.9	52.3	50.7
179	59.3	57.7	56.1	54.5	52.9	51.3
180	59.9	58.3	56.7	55.1	53.5	51.8
181	60.6	59.0	57.3	55.7	54.1	52.4
182	61.3	59.6	58.0	56.3	54.7	53.0
183	62.0	60.3	58.6	56.9	55.3	53.6
184	62.6	60.9	59.2	57.6	55.9	54.2
185	63.3	61.6	59.9	58.2	56.5	54.8
186	64.0	62.3	60.5	58.8	57.1	55.4
187	64.7	62.9	61.2	59.4	57.7	56.0
188	65.4	63.6	61.9	60.1	58.3	56.6
189	66.1	64.3	62.5	60.7	58.9	57.2
190	66.8	65.0	63.2	61.4	59.6	57.8

Interprétation :

IMC	INTERPRETATION
< 16.0	Maigreur sévère
16.0 - 16.9	Maigreur modérée
17.0 - 18.4	Maigreur marginale
18.5 - 24.9	Normal

Source : WHO (1995) Physical status : the use and interpretation of anthropometry, Report of a WHO expert committee, WHO

CHAPITRE IV: ORGANISATION DES ACTIVITES DE LA PCIMA AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Fiche technique IV.1 : Sensibilisation

Définition

Sensibilisation : consiste à faire comprendre à la population que la malnutrition aiguë est une maladie comme toutes les autres et qu'il existe un traitement efficace et gratuit mais qui requiert la participation communautaire. Elle permet aussi d'informer les membres des communautés sur les signes, les causes, les conséquences de la malnutrition et le rôle que la communauté doit jouer dans la PCIMA. La sensibilisation communautaire doit être une activité continue et non ponctuelle.

Fiche technique IV.2 : Dépistage et référence des cas

Définition

Dépistage et référence des cas : consiste à la recherche et à l'identification des cas de malnutrition aiguë dans la communauté et à leur référence vers les structures de santé. Pour arriver à couvrir toute l'aire de santé, l'équipe du centre de santé avec les RECO doit programmer et organiser la recherche des cas lors des activités de routine par la stratégie avancée et lors des pesés communautaires.

Lors du dépistage actif, l'identification des cas de malnutrition aiguë doit se faire grâce à la mesure du PB et à la recherche des œdèmes nutritionnels.

Fiche technique IV.3 : Suivi des cas à domicile

Les visites à domicile consistent à suivre l'état des patients présentant des problèmes et à fournir des conseils appropriés. Il permet d'établir la collaboration entre les familles des patients, les agents de santé et les relais communautaires. Le prestataire doit donner des informations spécifiques aux agents communautaires qui doivent localiser les patients et établir un calendrier des visites à communiquer au chef de localité (chef du village).

Dans le ménage, l'agent communautaire doit discuter avec la famille, investiguer les causes des problèmes détectés par l'agent de santé en surveillant la prise de l'ATPE et la prise des médicaments prescrits, en évaluant les problèmes sociaux dans les ménages, etc. Il doit également mener des actions avec une séance d'éducation sur les actions préventives de la malnutrition selon le cas (exemple: allaitement maternel, alimentation de complément, sécurité alimentaire, hygiène, ...)

Fiche technique IV.4: Education pour la santé

Les agents communautaires transmettent à la population des messages en rapport avec le traitement à domicile et la promotion des pratiques clés, entre autres :

- Utilisation de l'ATPE à la maison ;
- Signes d'alerte qui doivent amener la mère à la consultation au centre de santé (fièvre, diarrhée, etc.) ;
- Signes de la malnutrition et des maladies associées ;
- Lavage des mains, hygiène corporelle et hygiène des aliments ;
- Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant.

CHAPITRE V : ORGANISATION DES ACTIVITES DE PCIMA DANS LE CENTRE DE SANTE (UNS, UNTA,)

Fiche technique V.1. : L'orientation des cas suivant les critères d'admission Orientation des patients

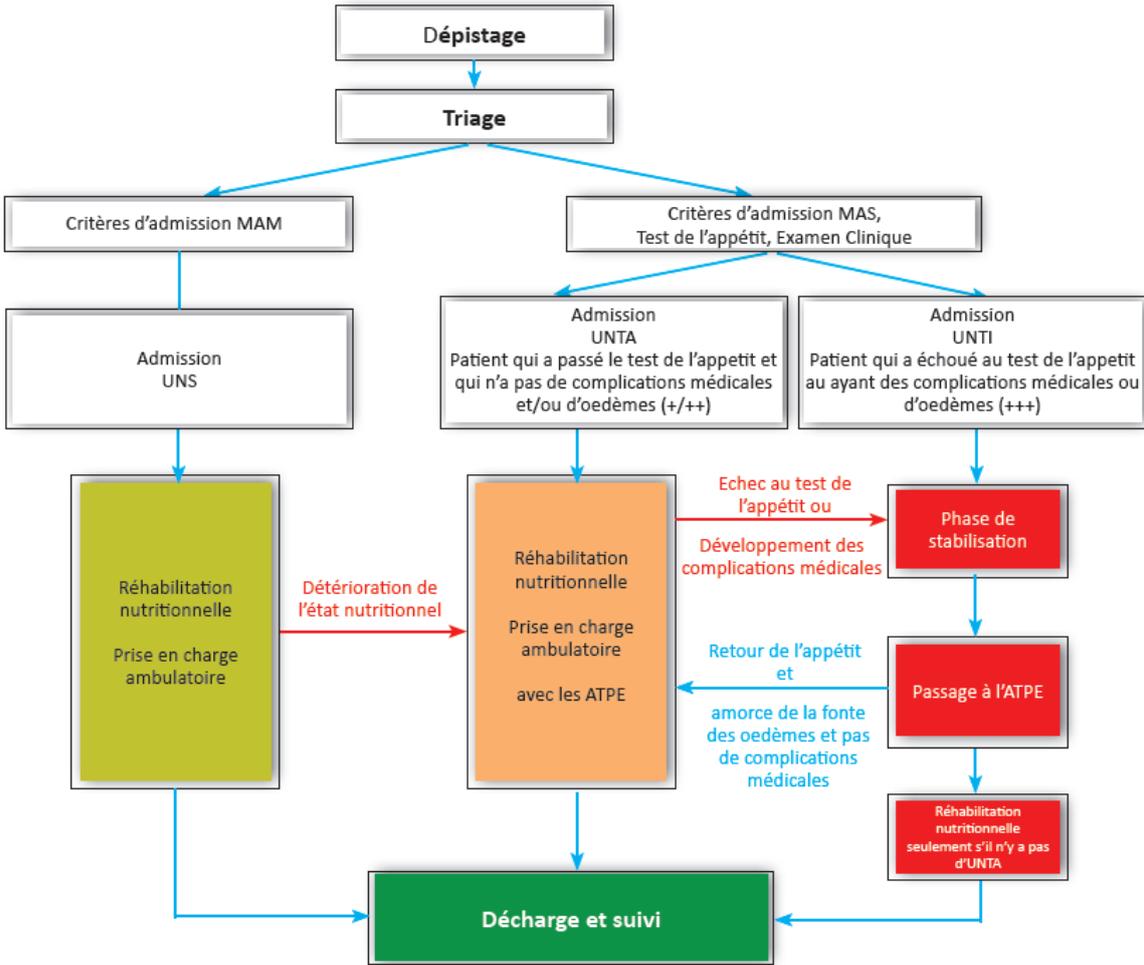


Figure 6 : Schéma des procédures de dépistage, triage et orientation des cas de malnutrition aiguë

L'évaluation du test d'appétit

Pour que le test de l'appétit soit considéré BON, le patient doit pouvoir consommer une quantité minimum d'ATPE en fonction de son poids qui lui permettra de couvrir ses besoins énergétiques de base (si le patient mange cette quantité minimum, il ne perdra pas de poids). Ces quantités se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Quantité d'ATPE minimum à consommer pour réussir le test de l'appétit

Classe de Poids	Pâte en sachet (poids total du sachet 92g) Pour considérer le test de l'appétit positif (APPETIT BON), le patient doit, au moins, consommer les quantités suivantes:
Moins de 4 kg	Au moins 1/8 d'un sachet
4 – 6.9	Au moins 1/4 d'un sachet
7 – 9.9	Au moins 1/3 d'un sachet
10 – 14.9	Au moins la moitié d'un sachet
15 – 29	Au moins ¾ d'un sachet
Plus de 30kg	Plus d'un sachet

Fiche technique V.2. : La prise en charge de la PCIMA en UNS

Fiche Technique 13 : Critères et catégories d'admission en UNS

AGE	CRITERES D'ADMISSION
6 A 59 MOIS	P/T \geq -3 ET et $<$ -2 ET
	PB \geq 115 mm et $<$ 125 mm
FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES	PB $<$ 210 mm au 2ème et 3ème trimestre de grossesse
	PB $<$ 210mm avec un nourrisson de moins de 6 mois
SUIVI UNTA/UNTI	Enfant sorti d'un UNTA ou UNTI avec P/T $>$ -2 ET

Les PVVIH et les patients TBC reçoivent aussi une ration supplémentaire quand leur IMC est inférieur à 18.

Fiche Technique 14 : Protocole médical systématique en UNS

Médicament	Quand	A qui	Combien de temps	Dosage
Vitamine A	A l'admission	Tous les patients si pas reçu dans les 4 derniers mois	Dose unique	Patient 6-11 mois : 100.000UI
				Patients ≥ 12 mois : 200.000UI
ACT	A l'admission	Patients avec test positif ou signe clinique	Selon protocole national PNLP	Selon protocole national PNLP
Mebendazole	A l'admission	Patient ≥ 12 mois si pas reçu a la dernière campagne de déparasitage	1 comp de 500mg en dose unique Ou 1 comp de 100mg 2 fois par jour pendant 3 jours	
Vaccination	A l'admission	Tous les patients qui n'ont pas leur vaccination à jour	Selon PEV	Selon PEV

Fiche Technique 15 : Ration supplémentaire à base de MMS+ en UNS

	Ration journalière (gr/j/p)			Total	
	MMS +	Huile	Sucre	Poids (par jour en gr)	Energie (Kcal)
Enfants 6 à 59 mois	200	20	20	240	1051
Femmes enceintes ou allaitantes (FEFA)	250	25`	20	295	1301

L'utilisation de farines non enrichies avec des micronutriments n'est pas adaptée pour le traitement des malnutris aigus modérés. Seulement les farines recommandées par le PAM ou autre agence spécialisée, comme le MMS+ doivent être utilisées en UNS

Fiche Technique 16 : Préparation premix à base de MMS+ en UNS

PREPARATION DU PREMIX POUR RATION ENFANT

Produit	Quantité par enfant par jour (en gr)	Quantité par enfant et par semaine	Quantité par enfant pour deux semaines
MMS+ (en gr)	200	1400	2800
Huile (en gr)	20	140	280
Sucre (en gr)	20	140	280
TOTAL	240	1680	3360

1 sac MMS+ = 25kg

MMS+ (en kg)	Huile (en kg)	Sucre (en kg)	TOTAL	Nombre de rations a deux semaines
25	2,5	2 ½	30	9
50	5	5	60	18
75	7,5	7,5	90	27
100	10	10	120	36
125	12,5	12,5	150	45
150	15	15	180	54
175	17,5	17,5	210	63
200	20	20	240	71

Produit	Quantité par patient adulte par jour (en gr)	Quantité par patient adulte et par semaine	Quantité par patient adulte pour deux semaines
MMS+ (en gr)	250	1750	3500
Huile (en gr)	25	175	350
Sucre (en gr)	20	140	280
TOTAL	295	2065	4130

1 sac MMS+ =
25kg

MMS+ (en kg)	Huile (en kg)	Sucre (en kg)	TOTAL	Nombre de rations a deux semaines
25	2,5	2	29	7
50	4	4	59	14
75	7,5	6	88	21
100	10	8	118	29
125	12,5	10	147	36
150	15	12	177	43
175	17,5	14	206	50
200	20	16	236	57

Fiche Technique 17 : Le Registre UNS

NUMERO UNIQUE	DATE	NOM DU PATIENT	AGE	SEXE	ADRESSE COMPLETE	INFORMATION A L'ADMISSION					1	2	
						PB	POIDS	TAILLE	POIDS / TAILLE (ou IMC)	POIDS CIBLE			CATEGORIE ADMISSION
												Date	Date
												POIDS	POIDS
												PB	PB
												Date	Date
												POIDS	POIDS
												PB	PB

3	4	5	6	7	8	9	10	INFORMATION A LA SORTIE					
								DATE	PB	POIDS	POIDS / TAILLE (ou	CATEGORIE DE SORTIE	OBSERVATIONS
Date													
POIDS													
PB													
Date													
POIDS													
PB													

Fiche Technique 19 : Critères et catégories de sortie des UNS

AGE	CRITERES D'ADMISSION	CRITERES DE SORTIE
6 A 59 MOIS	P/T \geq -3 ET et $<$ -2 ET	P/T \geq -1,5 ET (table unisexe OMS ₂₀₀₆)
	PB \geq 115 mm et $<$ 125 mm	PB \geq 125 mm
FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES	PB $<$ 210 mm au 2ème et 3ème trimestre de grossesse PB $<$ 210mm avec un nourrisson de moins de 6 mois	PB $>$ 230 mm avant l'accouchement PB $>$ 230mm avant que l'enfant n'ait atteint 6 mois
SUIVI UNTA/UNTI	Enfant sorti d'un UNTA ou UNTI avec P/T $>$ -2 ET	Enfant suivi pendant 3 mois

CATEGORIES		DEFINITION
SORTIES DÉFINITIVES	Guéris	Patient qui atteint les critères de sorti du tableau ci-dessus
	Décès	Décédé pendant séjour en UNS
	Abandons confirmés	Patient absent pendant deux visites consécutives (déclaré abandon à la troisième) recherché par les RECO et confirmé comme ayant abandonné
	Abandons non-confirmés	Absent pendant trois visites consécutives (déclaré abandon à la troisième) mais son mode de sortie réel (abandon ou décès) n'ayant pas été confirmé
	Référence vers UNTA / UNTI	Patient qui pendant son traitement UNS remplit les critères d'admission en UNTA ou UNTI et est référé vers une de ces structures
	Référence médicale	Patient qui pendant son traitement en UNS présente une maladie qui nécessite des soins médicaux spécifiques et est transféré à une structure médicale supérieure, qui va également le prendre en charge d'un point de vue nutritionnel
	Non-répondant	Patient qui n'atteint pas les critères de sortie guéri après trois mois en traitement en UNS. Il sera seulement déclaré non-répondant quand toutes les causes potentielles d'échec au traitement ont été explorées
AUTRES SORTIES	Référence vers une autre UNS	Patient pris en charge à l'UNS et qui est transféré vers une autre UNS

Fiche technique V.3. : La prise en charge de la PCIMA en UNTA

Fiche Technique 20 : Critères et catégories d'admission en UNTA

AGE	CRITERES D'ADMISSION
6 MOIS A 12 ANS	P/T <-3 ET (table unisexe WHO ₂₀₀₆) ou PB <115 mm (6-59mois) ou Présence d'œdèmes bilatéraux (+ ou ++)
12 A 18 ANS	P/T <70% NCHS ou Présence d'œdèmes bilatéraux (+ ou ++)
ADULTES	PB < 180 mm avec perte de poids récente ou IMC < 16 avec perte de poids récente ou Présence d'œdèmes bilatéraux

CATEGORIES		DEFINITION
NOUVELLES ADMISSIONS	Admissions marasme (P/T ou PB ou IMC)	Patient qui remplit les critères d'admission mentionnés dans le tableau ci-dessus
	Admissions Kwashiorkor	
	Rechutes	Patient ayant été traité en UNTA ou UNTI et sorti guéri et qui est réadmis dans le programme pour un nouvel épisode de MAS, quelque soit le temps écoulé entre sa dernière guérison et son nouvel épisode de MAS OU patient qui a abandonné le programme depuis plus de 2 mois et qui revient avec des critères de MAS.
AUTRES ADMISSIONS	Contre-référence d'UNTI	Patient que pendant son séjour en UNTI présente les critères de contre –référence en UNTA
	Référence d'une autre UNTA	Patient qui était pris en charge dans une autre UNTA et qui est référé dans cette UNTA
	Réadmission après abandon	Patient ayant abandonné et qui revient à la prise en charge quand la période après l'abandon n'a pas dépassée deux mois

Fiche Technique 21 : Protocole médical systématique en UNTA

MEDICAMENT	QUAND	A QUI	COMBIEN DE TEMPS	DOSAGE		
Amoxicilline	A l'admission	Tous les patients	7 jours	50-100 mg/kg/jour en 2 prises (dosage selon présentation du produit en bas)		
ACT	A l'admission	Patients avec test positif ou signe clinique	Selon protocole national PNLP	Selon protocole national PNLP		
Mebendazole	A la 2ème semaine	Patient \geq 12 mois si pas reçu a la dernière campagne de déparasitage	1 comp de 500mg en dose unique <i>Ou</i> 1 comp de 100mg 2 fois par jour pendant 3 jours			
Vitamine A	A la 4ème semaine	Tous les patients si pas reçue dans les 4 derniers mois	Dose unique	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Patient 6-11 mois : 100.000UI</td> </tr> <tr> <td>Patients \geq 12 mois : 200.000UI</td> </tr> </table>	Patient 6-11 mois : 100.000UI	Patients \geq 12 mois : 200.000UI
Patient 6-11 mois : 100.000UI						
Patients \geq 12 mois : 200.000UI						
VAR	A la 4ème semaine	Tous les patients qui n'ont pas de carte de vaccination ou qui n'ont pas été vaccinés	Dose unique	Selon PEV		
Autres vaccins	A partir de la 4ème semaine ou à la sortie	Tous les patients qui n'ont pas leur vaccination à jour	Selon PEV	Selon PEV		

Fiche Technique 22 : Dosage de l'Amoxicilline (50-100mg/kg/jour)

CLASSE DE POIDS (EN KG)	AMOXICILLIN (50 – 100 MG/KG/JOUR)				
	DOSAGE – 2 PRISES PAR JOUR				
	MG / JOUR	SIROP 125MG/5ML	SIROP 250MG/5ML	CAP/TAB 250MG	CAP/TAB 500MG
<5kg	250mg	1 cuillère * 2	½ cuillère * 2	½ cap.*2	Ne pas utiliser
5 – 10kg	500mg	2 cuillères * 2	1 cuillère * 2	1 cap * 2	Ne pas utiliser
10 – 20kg	1000mg	Ne pas utiliser	2 cuillères * 2	2 cap * 2	1 cap * 2
20 – 35kg	1500mg	Ne pas utiliser	Ne pas utiliser	3 cap * 2	1 ½ cap * 2
> 35kg	2000mg	Ne pas utiliser	Ne pas utiliser	4 cap * 2	2 cap * 2

Avant prescrire et administrer un sirop, regarder bien l'étiquète sur le produit et faire attention au dosage et aux recommandations de dilution du fabricant.

Fiche Technique 23 Les différents types d'aliments thérapeutiques utilisés en UNTA et UNTI

Laits thérapeutiques

LES LAITS THÉRAPEUTIQUES SONT DES MÉDICAMENTS.

Ils sont **UNIQUEMENT** destinés à des personnes souffrant de malnutrition sévère aigue et doivent être **UNIQUEMENT** utilisés en milieu hospitalier ou UNTI

ON NE DONNE PAS LES SACHETS DE LAIT THÉRAPEUTIQUE EN POWDRE AUX MÈRES.

La dilution est **IMPORTANTE** et doit se faire **CORRECTEMENT**.

Lait F 75 : lait thérapeutique qui apporte 75 kcal pour 100 ml de lait. On dilue le contenu d'un sachet de F75 (soit 410g de poudre de lait) dans 2 litres d'eau bouillie tiède. Ce lait doit être utilisé pendant les premiers jours de traitement de la malnutrition sévère avec complications en UNTI. Il n'est pas destiné à faire prendre du poids mais plutôt à stabiliser le patient et à maintenir les fonctions vitales. A utiliser uniquement en UNTI.

Lait F100 : Lait thérapeutique qui apporte 100 Kcal pour 100 ml de lait. On dilue le contenu d'un sachet (soit 456g de poudre de lait) dans 2 litres d'eau bouillie tiède.

Si disponibles, privilégier l'utilisation de sachets de F75 et F100 à petites quantités : la quantité totale de poudre de lait du sachet sera à diluer en 500ml d'eau bouillie tiède

Aliments Thérapeutiques prêt à l'emploi (ATPE)

Il existe deux types d'ATPE : sous forme de pâte ou comme biscuit compacte. Les deux formes ont une valeur nutritionnelle similaire que le lait F100 et doivent seulement être utilisées avec des patients malnutris sévères quand il n'y a pas de complications médicales et ils ont un bon appétit. En tant que produits qui ne contiennent pas d'eau ils sont indiqués pour l'utilisation en dehors des structures sanitaires et se trouvent à la base de la prise en charge ambulatoire. Du à leur densité, il est conseillé de boire beaucoup d'eau lors de leur utilisation.

Ces produits sont de médicaments-aliments enrichis en vitamines et sels minéraux, spécifiquement pour le traitement de la malnutrition sévère sans complications et avec appétit.

Les ATPE sous forme de pâte sont normalement préparés à base de pâte d'arachide. Des qu'il existent différentes présentations (sachets, pots...) à volume varié du même produit générique, les rations individuelles devront s'adapter à la quantité prescrite en grammes à partir des besoins énergétiques du patient : 170kcal/kg/jour en UNTA ; 130kcal/kg/jour après la phase de stabilisation en UNTI. La présentation la plus courante est le **PlumpyNut®** en sachets de 92gr

Les ATPE sous forme de biscuits compacts en barres (le **BP-100®** est la présentation la plus courante) doivent être donnés avec caution aux enfants les plus petits. Si la mère le donne sous forme de bouillie elle doit respecter les normes basiques d'hygiène pour sa préparation, administration et conservation.

Conservation des produits thérapeutiques

- Dans un endroit sec ou dans la pharmacie du centre
- Gardez séparément des vivres
- À température inférieure de 30° C
- Protéger de la lumière directe du soleil
- Ne pas mettre directement sur le sol, idéalement utiliser des palettes ou des surfaces élevées d'au moins 10 cm. du sol
- Ne pas les appuyer contre les murs
- Garder l'emballage original et refermer les cartons après distributions

Le plus important est que les ATPE doivent être gardés dans un endroit propre, sécurisé et auquel seulement le personnel sanitaire a accès.

Fiche Technique 24 : Ration d'ATPE en UNTA (170 kcals/kg/jour)

CLASSE DE POIDS (KG)	ATPE SACHETS (92G)		ATPE BARRES	
	SACHETS PAR JOUR	SACHETS PAR SEMAINE	BARRES PAR JOUR	BARRES PAR SEMAINE
3.5 - 4.9	1 ½	10	2 ½	17 ½
5.0 – 6.9	2	13	4	28
7.0 – 9.9	3	20	5	35
10.0 - 14.9	4	27	7	49
15.0 – 19.9	5	34	9	63
20.0 – 29.9	6	41	10	70
30.0 - 39.9	7	48	12	84
40 - 60	8	55	14	98

N.B. La quantité d'ATPE remise ne tient pas compte du sachet utilisé pour la réévaluation du test d'appétit.

CLASSE DE POIDS (KG)	ATPE PATE	
	GRAMMES PAR JOUR	GRAMMES PAR SEMAINE
3.5 - 4.9	130	900
5.0 – 6.9	200	1400
7.0 – 9.9	260	1800
10.0 - 14.9	400	2800
15.0 – 19.9	450	3200
20.0 – 29.9	500	3500
30.0 - 39.9	650	4500
40 - 60	700	5000

Fiche Technique 25 : Le suivi en UNTA

ACTIVITE	FREQUENCE
Test de l'appétit	Chaque semaine
Pesée et évolution pondérale	Chaque semaine
Périmètre brachial	Chaque semaine
Recherche présence et degré d'œdèmes	Chaque semaine
Taille	A l'admission
Température corporelle	Chaque semaine
Examen clinique approfondi	Chaque semaine
Visite à domicile	Selon le cas (en cas de non réponse)
Vaccination	Compléter calendrier vaccinal si nécessaire
Éducation nutritionnelle	Chaque semaine
Évaluation de la consommation de l'ATPE	Chaque semaine

Critères de référence de l'UNTA à l'UNTI

PARAMETRE	RESULTAT DE L'ÉVALUATION HEBDOMADAIRE EN UNTA
Évolution du poids ou des œdèmes	Perte de poids pendant trois semaines consécutives Poids stagnant pendant trois semaines consécutives Apparition des œdèmes quand P-T < -3 ET (Kwashiorkor – Marasme) les cas admis avec œdèmes : si la fonte des œdèmes n'a pas commencé à la deuxième semaine
État clinique	Fièvre > 39°C ou hypothermie < 35°C Déshydratation sévère Vomissements répétés ou sans cesse Problème respiratoire grave (critères PCIME) : > 50 respirations/minute enfant entre 2 et 12 mois > 40 respirations/minute enfant entre 1 et 5 ans > 30 respirations/minute enfants plus âgés de 5 ans Enfoncement thoracique Très pale avec difficulté respiratoire (signes d'anémie) Paludisme avec signes de gravité Abscesses ou lésions cutanées étendues nécessitant un traitement en IM ou IV Très faible, apathique, inconscient Convulsions ou malaises
Appétit	Test de l'appétit négatif

Critères pour les visites à domicile des patients en UNTA

Paramètre	Résultat de l'évaluation hebdomadaire en UNTA
Général	Les contre référés de l'UNTI à la première semaine Les absences au rendez-vous (des la première) Le refus de la référence en UNTI
Évolution du poids	Perte de plus de 5% du poids corporel (pour les patients sans œdèmes) Perte de poids pendant deux visites consécutives (pour les patients sans œdèmes) Poids stagnant pendant deux semaines consécutives (pour les patients sans œdèmes)
État clinique	Fièvre entre 37,9 et 39°C Déshydratation modérée Pâleur Irritations cutanées légères non associées à l'œdème (ex gale, petits abcès...) Somnolent ou passif
Appétit	Mange moins de ¾ de la ration journalière d'ATPE prescrite

FICHE de SUIVI en UNTA																	
Nom du patient										N° Unique du patient	/ UNTA /						
Semaine	ADM.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Date																	
Anthropométrie																	
Poids (kg)																	
Perte de poids (Oui/Non) *																	
Poids cible à la sortie																	
PB (en mm)																	
Edème (0) (+) (++) (+++)																	
(*) Voir critères pour renforcer l'appui avec visite à domicile et critères de référence en UNTI																	
Histoire																	
Diarrhée (#jours)																	
Vomissements (#jours)																	
Fèvre (#jours)																	
Toux (#jours)																	
Examen physique																	
Température (°C)																	
Fréquence respiratoire (#/min)																	
Déshydratation (Oui/Non)																	
Conjonctives (Pâles/ Normales)																	
Infections cutanées (Oui/Non)																	
Test paludisme (+) ou (-)																	
Test de l'appétit Bon / Moyen / Refus																	
ATPE (nombre unités rendues)																	
ATPE (nombre unités données)																	
Nom de l'examineur																	
Absent, Référence UNTI ou VAD **																	
Catégorie de sortie **																	
(***) A = absent D = défaut ou abandon (2 absences consécutives, abandon à la troisième) T = référence à UNTI X = décès G = guéri VAD = visite domiciliaire NR = non-répondant																	
Autres actions prises (préciser date)																	
Relais Communautaire assigné																	

Fiche Technique 28 : Critères et catégories de sortie des UNTA

AGE	CRITERES D'ADMISSION	CRITERES DE SORTIE
6 MOIS A 12 ANS	P/T < -3 ET (WHO)	P/T ≥ -2 ET si présence d'UNS P/T ≥ -1,5 ET si absence d'UNS
	PB < 115 mm (6-59 mois)	PB ≥ 125 mm
	Présence d'œdèmes bilatéraux	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 14 jours
12 A 18 ANS	P/T < 70% NCHS	P/T ≥ 85% NCHS
	Présence d'œdèmes bilatéraux	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 14 jours
ADULTES	PB < 180 mm avec perte de poids récente	PB ≥ 185 mm
	IMC < 16 avec perte de poids récente	IMC ≥ 18
	Présence d'œdèmes bilatéraux	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 14 jours

CATEGORIES		DEFINITION
SORTIES DEFINITIVES (DECHARGES)	Guéris	Patients qui ont atteint les critères de sortie mentionnés dans le tableau ci-dessus.
	Décès	Décédé pendant séjour en UNTA ou lors du transfert de l'UNTA vers l'UNTI
	Abandons confirmés	Patient absent pendant deux semaines consécutives (déclaré abandon à la troisième) recherché par les RECO et confirmé comme ayant abandonné
	Abandons non-confirmés	Patient absent pendant deux semaines consécutives (déclaré abandon à la troisième) mais son mode de sortie réel (abandon ou décès) n'ayant pas été confirmé
	Non-répondant	Patient qui n'atteint pas les critères de sortie guéri après trois mois en traitement en UNTA. Il sera seulement déclaré non-répondant quand toutes les causes potentielles d'échec au traitement ont été explorées
AUTRES SORTIES	Référence en UNTI	Patient qui remplit les critères de référence en UNTI alors qu'il est encore sous traitement à l'UNTA et est transféré
	Référence vers une autre UNTA	Patient pris en charge à l'UNTA et qui est transféré vers une autre UNTA

CHAPITRE VI : ORGANISATION DES ACTIVITES DE PCIMA AU CSR/HGR

FICHES TECHNIQUES

Fiche Technique 33 : Critères et catégories d'admission en UNTI

AGE	CRITERES D'ADMISSION
6 MOIS A 12 ANS	<p>COMPLICATIONS MEDICALES (*) OU MANQUE D'APPETIT et</p> <ul style="list-style-type: none"> • PT <-3 ET (table unisexe OMS₂₀₀₆) ou • PB <115 mm (6-59 mois) ou • Présence d'œdèmes bilatéraux (+) ou (++) <p>PRESENCE D'ŒDEMES BILATERAUX (+++) PRESENCE D'ŒDEMES BILATERAUX (+) ou (++) ET PT <-3ET ou PB < 115CM</p>
12 A 18 ANS	<p>COMPLICATIONS MEDICALES (*) OU MANQUE D'APPETIT et</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/T <70% NCHS ou • Présence d'œdèmes bilatéraux (+) ou (++) <p>PRESENCE D'ŒDEMES BILATERAUX (+++) PRESENCE D'ŒDEMES BILATERAUX (+) ou (++) ET P/T<70% NCHS</p>
ADULTES	<p>COMPLICATIONS MEDICALES (*) OU MANQUE D'APPETIT et</p> <ul style="list-style-type: none"> • PB < 180 mm avec perte de poids récente ou • IMC < 16 avec perte de poids récente ou • Présence d'œdèmes bilatéraux

CATEGORIES		DEFINITION
NOUVELLES ADMISSIONS	Admissions marasme (P/T ou PB ou IMC)	Patient qui remplit les critères d'admission mentionnés dans le tableau ci-dessus
	Admissions Kwashiorkor	
	Rechutes	Patient ayant été traité en UNTA ou UNTI et guéri et qui revient avec critères d'admission dans les deux mois qui suivent sa sortie
AUTRES ADMISSIONS	Référence d'UNTA	Patient que pendant son traitement UNTA remplit les critères de référence en UNTI
	Réadmission après abandon	Patient ayant abandonné et qui revient à la prise en charge quand la période après l'abandon n'a pas dépassée deux mois

Fiche Technique 34 : Protocole médical systématique en UNTI

Médicament	Quand	Pour qui	Combien de temps	Dosage
Amoxicilline	A l'admission	Tous les patients	7 jours	50-100mg/kg/jour en 2 prises
ACT (Co artem)	A l'admission	Patients avec test positif ou signe clinique	Selon protocole national PNLP (*)	Selon protocole national PNLP
Mebendazole	A la décharge (référence UNTA)	Patient \geq 12 mois si pas reçu à la dernière campagne de déparasitage	1 comp de 500mg en dose unique Ou 1 comp de 100mg 2 fois par jour pendant 3 jours	
VAR	A l'admission (et à la 4ème semaine UNTA). S'il y a la preuve de vaccination (VAR), donnez seulement à la 4eme semaine.	Tous les patients qui n'ont pas de carte de vaccination ou qui n'ont pas été vaccinés	Dose unique	Selon PEV

(*) Pour les patients avec paludisme compliqué et sans diarrhée, donner des doses élevées d'artémisine ou artésunate en suppositoire. Si le suppositoire est rejeté dans les 2 heures qui suivent l'administration, redonner une dose ;

Pour les patients avec paludisme compliqué et diarrhée ou lorsque les suppositoires ne sont pas disponibles, donner de l'artésunate ou arthémeter par voie IM.

Fiche Technique 35 : Table avec Gain de Poids 3% pour le traitement de la déshydratation

initial	gain	final
4.0	0.1	4.1
4.1	0.1	4.2
4.2	0.1	4.3
4.3	0.1	4.4
4.4	0.1	4.5
4.5	0.1	4.6
4.6	0.1	4.7
4.7	0.1	4.8
4.8	0.1	4.9
4.9	0.1	5.0
5.0	0.2	5.2
5.1	0.2	5.3
5.2	0.2	5.4
5.3	0.2	5.5
5.4	0.2	5.6
5.5	0.2	5.7
5.6	0.2	5.8
5.7	0.2	5.9
5.8	0.2	6.0
5.9	0.2	6.1
6.0	0.2	6.2

initial	gain	final
6.1	0.2	6.3
6.2	0.2	6.4
6.3	0.2	6.5
6.4	0.2	6.6
6.5	0.2	6.7
6.6	0.2	6.8
6.7	0.2	6.9
6.8	0.2	7.0
6.9	0.2	7.1
7.0	0.2	7.2
7.1	0.2	7.3
7.2	0.2	7.4
7.3	0.2	7.5
7.4	0.2	7.6
7.5	0.2	7.7
7.6	0.2	7.8
7.7	0.2	7.9
7.8	0.2	8.0
7.9	0.2	8.1
8.0	0.2	8.2

initial	gain	final
8.1	0.2	8.3
8.2	0.2	8.4
8.3	0.2	8.5
8.4	0.3	8.7
8.5	0.3	8.8
8.6	0.3	8.9
8.7	0.3	9.0
8.8	0.3	9.1
8.9	0.3	9.2
9.0	0.3	9.3
9.1	0.3	9.4
9.2	0.3	9.5
9.3	0.3	9.6
9.4	0.3	9.7
9.5	0.3	9.8
9.6	0.3	9.9
9.7	0.3	10.0
9.8	0.3	10.1
9.9	0.3	10.2
10.0	0.3	10.3

initial	gain	final
10.1	0.3	10.4
10.2	0.3	10.5
10.3	0.3	10.6
10.4	0.3	10.7
10.5	0.3	10.8
10.6	0.3	10.9
10.7	0.3	11.0
10.8	0.3	11.1
10.9	0.3	11.2
11.0	0.3	11.3
11.1	0.3	11.4
11.2	0.3	11.5
11.3	0.3	11.6
11.4	0.3	11.7
11.5	0.3	11.8
11.6	0.3	11.9
11.7	0.4	12.1
11.8	0.4	12.2
11.9	0.4	12.3
12.0	0.4	12.4

**Fiche Technique 36 : Quantité de F75 à donner par repas
(100kcal/kg/jour)**

CLASSE DE POIDS (KG)	6 REPAS PAR JOUR ML POUR CHAQUE REPAS	8 REPAS PAR JOUR ML POUR CHAQUE REPAS
3.5 – 3.9	80	65
4.0 – 4.4	85	70
4.5 – 4.9	95	80
5.0 – 5.4	110	90
5.5 – 5.9	120	100
6 – 6.9	140	110
7 – 7.9	160	125
8 – 8.9	180	140
9 – 9.9	190	155
10 – 10.9	200	170
11 – 11.9	230	190
12 – 12.9	250	205
13 – 13.9	275	230
14 – 14.9	290	250
15 – 19.9	300	260
20 – 24.9	320	290
25 – 29.9	350	300
30 – 39.9	370	320
40 – 60	400	350

Fiche Technique 37 : Ration d'ATPE en UNTI (130 kcals/kg/jour)

CLASSE DE POIDS	ATPE PATE SACHETS	ATPE BARRE BARRES
3.5 - 3.9	1.00	1.5
4 - 4.9	1.25	2.0
5 - 5.9	1.50	2.5
6 - 6.9	1.75	3.0
7 - 7.9	2.00	3.5
8 - 8.9	2.00	3.5
9 - 9.9	2.50	4.0
10 - 11.9	3.00	4.5
12 - 14.9	3.50	6.0
15 - 24.9	4.00	7.0
25 - 39	5.00	8.0
40 - 60	6.00	10.0

CLASSE DE POIDS	PATE EN GRAMMES
3.5 - 3.9	100
4 - 4.9	110
5 - 5.9	130
6 - 6.9	150
7 - 7.9	180
8 - 8.9	200
9 - 9.9	220
10 - 11.9	250
12 - 14.9	300
15 - 24.9	370
25 - 39	450
40 - 60	500

Fiche Technique 38 : Le suivi en UNTI

Activités	Fréquence
Pesée	Chaque jour
Évolution pondérale	Chaque jour
Recherche présence et degré d'œdèmes	Chaque jour
Examen clinique approfondi	Chaque jour
Température corporelle	Deux fois par jour
Prise du lait thérapeutique	Toutes les quatre heures (6 repas par jour)
Périmètre brachial	A l'admission, a la sortie (et une fois par semaine si séjour plus long)
Taille	A l'admission
Traitement médical systématique	Selon protocole
Vaccination	Compléter calendrier vaccinal si nécessaire
Test de l'appétit	Quand les complications médicales ont été maîtrisées et l'appétit récupéré (préparation retour en UNTA)
Prise de l'ATPE	Chaque jour jusqu'à la sortie (retour en UNTA)

Critères de sortie d'UNTI (déchargés)

AGE	CRITERES D'ADMISSION PRESENCE DE COMPLICATIONS MEDICALES et/OU SANS APPETIT et	CRITERES DE SORTIE : ABSENCE DE COMPLICATIONS MEDICALES et BON APPETIT et
6 MOIS A 12 ANS	P/T <-3 ET	P/T ≥ -2 ET si présence d'UNS P/T ≥ -1,5 ET si absence d'UNS
	PB<115 mm	PB ≥ 125 mm
	Présence d'œdèmes bilatéraux (+++)	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours
	Présence d'œdèmes bilatéraux (+ ou ++) et PB<115 mm ou P/T<-3 ET	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours et PB ≥ 125 mm ou P/T >-2 ET si présence d'UNS ou P/T ≥ -1,5 ET si absence d'UNS
12 A 18 ANS	P/T <70% NCHS	P/T ≥ 85% NCHS
	Présence d'œdèmes bilatéraux (+++)	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours
	Présence d'œdèmes bilatéraux et P/T<70% NCHS	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours et P/T ≥ 85% NCHS
ADULTES	PB < 180 mm avec perte de poids récente	PB ≥ 185 mm
	IMC < 16 avec perte de poids récente	IMC ≥ 18
	Présence d'œdèmes bilatéraux	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours

CATEGORIES		DEFINITION
SORTIES DÉFINITIVES (DÉCHARGÉS)	Guéris	Patients qui ont atteint les critères de sortie mentionnés dans le tableau ci-dessus.
	Décès	Décédé pendant séjour en UNTI
	Abandons confirmés	Patient absent pendant trois jours consécutifs (déclaré abandon à la troisième) recherché par les RECO et confirmé comme ayant abandonné
	Abandons non-confirmés	Absent pendant trois jours consécutifs (déclaré abandon à la troisième) mais son mode de sortie réel (abandon ou décès) n'ayant pas été confirmé
	Non-répondant	Patient qui n'atteint pas les critères de sortie guéri après 30 jours en UNTI. Il sera seulement déclaré non-répondant quand toutes les causes potentielles d'échec au traitement ont été explorées
	Transfert médical	Patient qui pendant son traitement en UNTI présente une maladie qui nécessite des soins médicaux spécifiques et est transféré à une structure médicale supérieure, en dehors des critères nutritionnels
AUTRES SORTIES	Contre-référence en UNTA	Patient qui a atteint les critères de contre-référence en UNTA et qui va poursuivre sa réhabilitation nutritionnelle en UNTA

Fiche Technique 42 : Critères d'admission pour les nourrissons en UNTI

Critères d'admission en UNTI pour les nourrissons allaités

MOINS DE 6 MOIS OU PLUS DE 6 MOIS AVEC Pds<3,5 KG	<ul style="list-style-type: none">• Nourrisson trop faible pour téter (en dehors de tout critère anthropométrique) ou <ul style="list-style-type: none">• P/T <-3 ET ou <ul style="list-style-type: none">• Présence d'œdèmes bilatéraux
---	---

Critères d'admission en UNTI pour les nourrissons pas allaités

AGE	CRITERES D'ADMISSION
MOINS DE 6 MOIS OU PLUS DE 6 MOIS AVEC Pds<3,5 KG	P/T <-3 ET Présence d'œdèmes bilatéraux

Fiche Technique 43 : La Technique de Supplémentation pas Succion (TSS)

La technique de supplémentation par succion (TSS) :

- Mettre l'enfant au sein toutes les 3 heures;
- Entre 30 minutes et une heure après la tétée, compléter avec du lait thérapeutique en utilisant la technique de supplémentation par succion (TSS)
- La supplémentation est donnée par une sonde naso-gastrique (SNG n°06 ou 08).
- La tasse contenant le F100 dilué est placée à environ 10 cm plus bas que le sein.
- L'un des bouts de la sonde est collé au mamelon avec du sparadrap et l'autre bout est plongé dans la tasse.
- Lorsque l'enfant tète le sein, il tète aussi la SNG. Le lait de la tasse est donc aspiré par l'enfant.
- Cela peut prendre 1 à 2 jours pour que l'enfant et la mère s'habituent. Le personnel doit encourager la mère et lui donner confiance.



Au début, la tasse doit être placée à environ 5 à 10cm sous le téton pour que le lait n'arrive pas trop vite dans la bouche du nourrisson. Augmenter la distance à environ 30 cm au fur et à mesure que l'enfant reprend de la force. La meilleure personne pour montrer la technique à d'autres mères est une mère qui a elle-même utilisé avec succès cette technique. La mère doit être relaxée et observée les bonnes techniques d'allaitement. La sonde naso-gastrique doit être lavée et changée chaque jour.

Quantité de F100 dilué (ou F75) par repas pour les enfants sous TSS

CLASSE DE POIDS (KG)	ML PAR REPAS (POUR 8 REPAS/JOUR)
	F100 dilué ou F75
>=1.2 kg	25 ml par repas
1.3 to 1.5 kg	30
1.6 – 1.7	35
1.8 – 2.1	40
2.2 - 2.4	45
2.5 - 2.7	50
2.8 – 2.9	55
3.0 - 3.4	60
3.5 – 3.9	65
4.0 – 4.4	70

Fiche Technique 44 : Quantité de F75 à donner aux nourrissons pas allaités par repas (100kcal/kg/jour)

Quantité de lait thérapeutique pendant la première phase du traitement

Classe de poids (kg)	ml de F100 dilué (marasmes) ou F75 (kwashiorkor) par repas pour la phase aiguë (8 repas/jour)
=< 1.5	30 ml par repas
1.6 - 1.8	35
1.9 – 2.1	40
2.2 - 2.4	45
2.5 - 2.7	50
2.8 – 2.9	55
3.0 – 3.4	60
3.5 – 3.9	65
4.0 – 4.4	70

Quantité de lait thérapeutique (F100 dilué) pour les nourrissons pas allaités pendant la deuxième phase du traitement

Classe de poids (kg)	ml de F100 dilué par repas pour la phase de réhabilitation nutritionnelle (6 à 8 repas/jour)
≤ 1.5	60 ml
1.6 - 1.8	70
1.9 - 2.1	80
2.2 - 2.4	90
2.5 - 2.7	100
2.8 - 2.9	110
3.0 - 3.4	120
3.5 - 3.9	130
4.0 - 4.4	140

Fiche Technique 45 : Protocole médical systématique pour les nourrissons en UNTI

Nom du médicament	Quand le donner	Age/Poids	Dosage	Prescription
Vitamine A	Dose unique à l'admission (si pas d'œdèmes)	< 6 mois	50 000 IU	
Amoxicilline	A l'admission	Tous les nourrissons à partir de 2kg	60 mg/Kg/j en 2 prises	Donner le traitement pendant 7 jours

Fiche Technique 46 : Critères de sortie pour les nourrissons en UNTI

Critères de sortie d'UNTI pour les nourrissons allaités

AGE	CRITERES D'ADMISSION	CRITERES DE SORTIE
MOINS DE 6 MOIS OU PLUS DE 6 MOIS AVEC PDS<3,5 KG	Nourrisson trop faible pour téter (en dehors de tout critère anthropométrique) ou P/T <-3 ET	Prend du poids uniquement en étant allaité après avoir utilisé la méthode de TSS Pas de problème médical La mère a reçu des suppléments de vitamines et minéraux
	Présence d'œdèmes bilatéraux	Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours

Critères de sortie d'UNTI pour les nourrissons pas allaités

AGE	CRITERES D'ADMISSION	CRITERES DE SORTIE
MOINS DE 6 MOIS OU PLUS DE 6 MOIS AVEC PDS<3,5 KG	P/T <-3 ET Présence d'œdèmes bilatéraux	Quand ils atteignent un P/T \geq -1,5 ET ils peuvent être mis sous lait infantile si ça n'a pas été fait au cours de la prise en charge Absence d'œdèmes bilatéraux pendant 10 jours

Fiche Technique 48 : Calcul des principaux indicateurs de suivi des activités de la PCIMA

Indicateurs de routine

Ils sont calculés mensuellement pour les enfants 6-59 mois sortis définitivement de la prise en charge. Dans les UNS, ils sont seulement calculés pour les enfants 6-59 mois admis par MAM : les enfants admis en « Suivi UNTA / UNTI » ne doivent pas être inclus dans ce calcul.

- Taux de guérison : pourcentage de guéris sur le total de sorties (déchargés)
- Taux de décès : pourcentage de décès sur le total de sorties (déchargés)
- Taux d'abandon : pourcentage d'abandons sur le total de sorties (déchargés)

Tableau 1 Rappel des indicateurs de routine pour les activités de la PCIMA

Indicateur	Objectif		
	UNTA	UNTI	UNS
Taux de guérison	> 75%		> 80%
Taux de décès	< 5%		< 3%
Taux d'abandon	< 15%		< 15%

Indicateurs à calculer pendant les supervisions

Ces indicateurs doivent être calculés à partir des données qui se trouvent dans les Fiches de Suivi Individuel (UNTA / UNTI) et les registres (UNS, UNTA et UNTI).

Aucun indicateur ne doit être analysé tout seul :

Gain de poids moyen :

Le « gain de poids » doit être calculé seulement pour les enfants de 6-59 mois sortis guéris d'UNTA ou UNTI. Il s'exprime comme « gr / kg / jour ». Le « gain de poids moyen » se calcule sur la totalité des enfants sorties guéris ou sur un échantillon (de 30) au hasard quand le nombre de sorties est très élevé.

Calcul du gain de poids individuel

$$P2 \text{ en gr} - P1 \text{ en gr} / (P1 \text{ en kg} - T)$$

P1 = Poids à l'admission ou le jour de la fonte totale des œdèmes

P2 = Poids à la sortie

T = Nombre de jours totaux de traitement (*)

(*) Pour les cas référés et/ou contre-référés on prendra en compte dans le calcul la période totale du séjour (UNTA + UNTI)

Exemple de calcul de gain de poids : enfant admis en UNTA avec poids 5400gr et est déchargé guéri à 8400gr, avec un séjour total de 56 jours (8 semaines)

$$8400 - 5400 / (5,4 * 56) = 9,9 \text{ gr/kg/jour}$$

Moyenne de séjour :

Il doit être calculé que pour les enfants 6-59 mois sortis guéris d'UNTA ou UNTI. La « moyenne de séjour » se calcule sur la totalité des enfants sortis guéris ou sur un échantillon (de 30) au hasard quand le nombre de sorties est très élevé. Pour les cas référés et/ou contre-référés on tiendra compte dans le calcul de la période total du séjour (UNTA + UNTI)

Taux de non-répondants :

Pourcentage de cas de non-réponse au traitement parmi le total des sorties (déchargés)

Taux de référence en UNTI (pour les UNTA) :

Pourcentage de cas référés en hospitalisation parmi le total des admissions en UNTA

Causes de décès:

Les causes les plus fréquentes de décès parmi les patients de la PCIMA. On les évalue à travers des VAD des RECO pendant la recherche des absents

Causes d'abandon :

Les causes les plus fréquentes d'abandons parmi les patients de la PCIMA. On les évalue à travers des VAD des RECO pendant la recherche des absents

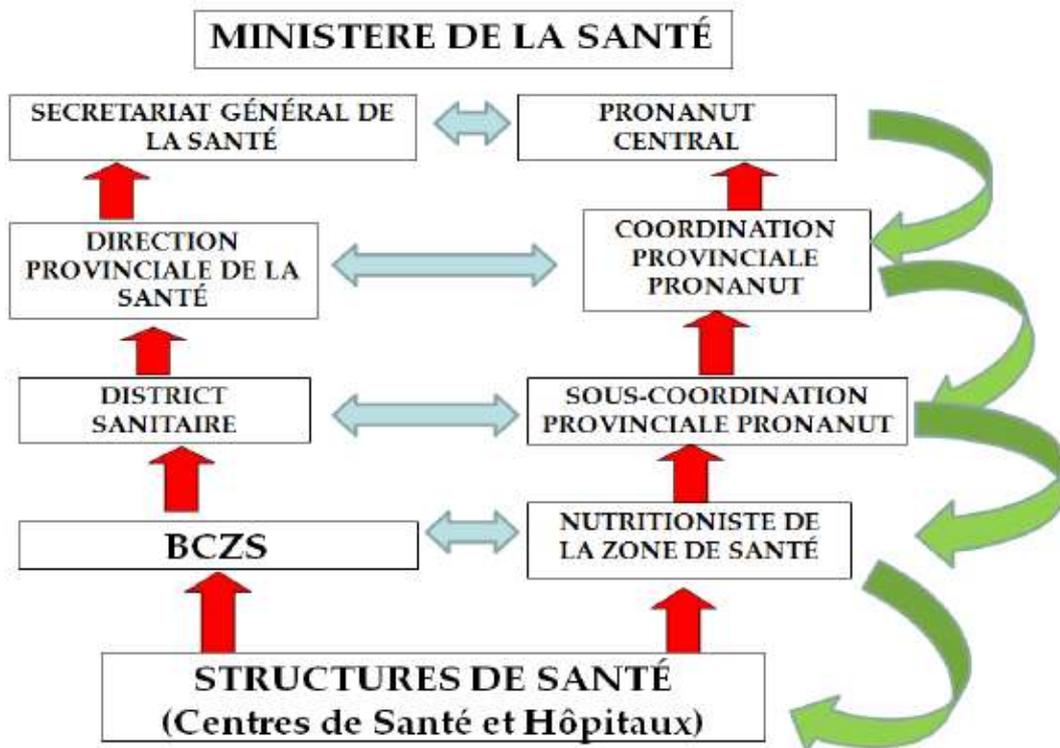
CHAPITRE VII : SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES PCIMA
FICHES TECHNIQUES

Fiche technique VII.1. : Suivi et évaluation des activités de PCIMA
Exercices sur les cas de figure (Feuilles d'exercice n°7)

FICHE de SUIVI en UNTA

Nom du patient										N° Unique du patient	/ UNTA /						
	ADM.	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11	12	13	14	15	16
Semaine																	
Date																	
Anthropométrie																	
Poids (kg)																	
Perte de poids (Oui/Non) *																	
Poids cible a la sortie																	
PB (en mm)																	
Œdème (0) (+) (++) (+++)																	
(*) Voir critères pour renforcer l'appui avec visite a domicile et critères de référence en UNTI																	
Histoire																	
Diarrhée (# jours)																	
Vomissements (# jours)																	
Fiebre (# jours)																	
Toux (# jours)																	
Examen physique																	
Température (°C)																	
Fréquence respiratoire (#/min)																	
Déshydratation (Oui/Non)																	
Conjonctives (Pales/ Normales)																	
Infections cutanées (Oui/Non)																	
Test paludisme (+) ou (-)																	
Test de l'appétit Bon / Moyen / Refus																	
ATPE (nbre unités rendues)																	
ATPE (nbre unités donnés)																	
Nom de l'examineur																	
Absent, Reference UNTI ou VAD **																	
Categorie de sortie **																	
(***) A = absent D = defaulter ou abandon (2 absences consécutives, abandon a la troisième) T = référence a UNTI X = décès G = guéri VAD = visite domiciliaire NR = non-répondant																	
Autres actions prises (préciser date)																	
Relais Communautaire assigné																	

Fiche Technique 29 : Schéma du circuit du rapportage en PCIMA



Fiche Technique 31 : Rapport mensuel UNS

RAPPORT MENSUEL UNS



CODE DU CENTRE DE SANTE	
NOM DU CENTRE DE SANTE	
ZONE DE SANTE	
DISTRICT SANITAIRES	
PROVINCE	

PATERNALES DU MSP POUR LA PCMA	
Rapport PRÉPARÉ PAR	
MOIS / ANNÉE	
DATE de soumission du rapport	

Groupe cible	Total au début du mois	Nouvelles Admissions		Autres Entrées			TOTAL ADMISSIONS UNS	Décharges						Autres Sorties	TOTAL DÉCHARGES	Total Fin de Mois
		PT entre < 2 et ≥ 14000 ou RAC < 10 ou PEntre < 115 et ≥ 125mm ou PE < 110mm	RECROUTE	SUIVI LINTA / UNIT	RE-ADMISSION après Abandon	DIFFÉRENCE d'une autre UNS		GUÉRIS	DÉCÈS	ABANDONS CONFIRMÉS	ABANDONS NON CONFIRMÉS	NON RÉPONDANT	DIFFÉRENCE vers LINTA / UNIT			
0-23 mois																
24-59 mois																
Femmes enceintes / Femmes allaitantes																
Autres (adultes)																
TOTAL																

	Forme	En stock	Entrées	Sorties	Balance
MMS+					
VitE					
Sucré					
ACT					
VIA	1000000				
	1000000				
Mebendazole					

POUR TOUTES LES ADMISSIONS			POUR LES ADMISSIONS AUTRES (ADULTES)			
TOTAL ADMISSIONS	FEMMES	HOMMES	TOTAL AUTRES	PVH	PME	TK

- Nouvelles admissions** = Patient admis dans le programme pour le traitement de la MMH. Elles sont répertoriées dans 2 différents colonnes: Hémine ou Nechua
- Suivi LINTA / UNIT** = Patient sortant guéri d'UNITA / UNIT et qui est pris en charge en UNS pendant au moins 3 mois. Il n'est pas considéré comme une nouvelle admission en UNS
- Admissions après abandon** = Patient ayant abandonné le traitement MMH et étant réadmis en UNS dans une période de moins de 2 mois. Si le patient ayant abandonné, revient après 3 mois, il sera alors enregistré comme une nouvelle admission.
- Différence d'une autre UNS** = Patient qui était admis dans une autre UNS
- Guéris** = Patient qui a atteint les critères de sortie (décharge)
- Décès** = Patient étant décédé lorsqu'il était pris en charge en UNS. Le décès doit être confirmé par une visite à domicile des RECO
- Abandon confirmé** = Patient absent pendant deux visites successives et confirmé après la troisième absence par une VAD des RECO
- Abandon non confirmé** = Patient absent pendant deux visites successives et qui a le traitement son type de réel (vrai abandon ou décès) n'est pas confirmé
- Non-répondant** = Patient n'ayant pas atteint les critères de sortie guéri après 3 mois de traitement
- Différence en LINTA / UNIT** = Patient suivi au UNS qui présente les critères d'admission en LINTA / UNIT et il est transféré
- Différence médicale** = Patient suivi au UNS qui doit être transféré à une structure médicale supérieure en dehors de sa condition nutritionnelle
- Différence vers une autre UNS** = Patient qui est transféré à une autre UNS

Fiche Technique 32 : Rapport mensuel UNTA

RAPPORT MENSUEL UNTA									
	CODE du CENTRE DE SANTEE				PATERNAIRES DU MSP POUR LA PCMA				
	NOM du CENTRE DE SANTEE				Rapport PREPARE PAR				
	ZONE DE SANTEE				MOS / ANNEE				
	DISTRICT SANITAIRE				DATE de soumission du rapport				
	PROVINCE								

Classe d'Age	Total au début du mois	Nouvelles Admissions			Autres Entrées			TOTAL ADMISSIONS UNTA	Déchargés					Autres Sorties		TOTAL DECHARGES	Total Fin du Mois
		PT < -3 z-score ou IMC < 18 ou PB < 115mm ou PB < 180mm	GEDEMA	RECHUTE	CONTRE-REFERENCE d'UNTI	RE-ADMISSION après Abandon	REFERENCE d'une autre UNTA		GUERIS	DECES	ABANDONS CONFIRMES	ABANDONS NON CONFIRMES	NON REpondANT	REFERENCE en UNTI	REFERENCE vers une autre UNTA		
6-23 mois																	
24-59 mois																	
5 - 18 ans																	
Adultes																	
TOTAL																	

% % % % % %

ATPE	Forme	En stock	Entrées	Sorties	Balance
Sachets					
Amoxicilline	Strip 120mg/1ml Tab 200mg				
ACT					
Vit A	100 000UI 100 000UI				
Mebendazole					

POUR TOUTES LES ADMISSIONS		
TOTAL ADMISSIONS	FEMMES	HOMMES
%		

Nouvelles admissions = Patient admis dans le programme pour le traitement de la MAS et qui n'a pas été admis avant en UNTI. Elles sont répertoriées dans 3 différents colonnes: Mersame, Kwashiorkor ou Rechute

Contre-référence d'UNTI = Patient ayant été admis en UNTI et qui passe en UNTA pour terminer sa récupération nutritionnelle

Réadmission après abandon = Patient ayant abandonné le traitement MAS et étant réadmis en UNTA dans une période de moins de 2 mois.

Si le patient ayant abandonné, revient après 2 mois, il sera alors enregistré comme une nouvelle admission.

Référence d'une autre UNTA = Patient qui était admis dans une autre UNTA

Guéris = Patient qui a atteint les critères de sortie (déchargé)

Décès = Patient être décédé lorsqu'il était pris en charge en UNTA. Le décès doit être confirmé par une visite à domicile des RECO

Abandon confirmé = Patient absent pendant deux visites successives et confirmé après la troisième absence par une VAD des RECO

Abandon non confirmé = Patient absent pendant deux visites successives et qui à la troisième son type de sortie réelle (vrai abandon ou décès) n'est pas confirmé

Non-respondant = Patient n'ayant pas atteint les critères de sortie guéri après 3 mois de traitement

Référence en UNTI = Patient suivi au UNTA et qui présente les critères de référence en UNTI et il est transféré

Référence vers une autre UNTA = Patient qui est transféré à une autre UNTA

