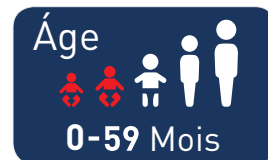




ENFANTS 0-59 MOIS
AMBULATOIRE



MSF PROTOCOLE NUTRITIONNEL 2021

© Andrea Bussotti

Internal Intersectional Document
Deuxième édition

Avec
**NOUVELLE
SECTION**
PEC enfants
0-6 mois



Plateforme et date de validation	DirMed, 30.10.2020
Statut de la publication	Internal
Versions	Version 1
Langue	Français
Contact pour le feedback	GT « Nutrition »
	GRP-MSF-NutritionWorkingGroup@msf.org
Si fichier électronique	https://msfintl.sharepoint.com/:f:/r/sites/msfintlcommunities/nwg/Resources/01.%20Age-specific%20nutrition%20guidance/02.%206-59%20MONTHS/01%20Protocols/ATFC-CNTA%20protocol%206-59m?csf=1&web=1&e=ugafPH

REMERCIEMENTS

On dit qu'il faut un village entier pour élever un enfant. Il en va de même pour parvenir à élaborer un protocole nutritionnel intersection au sein de MSF. Le Groupe de travail « Nutrition » (GTN) tient à remercier les personnes de son « village » qui ont permis la préparation et la rédaction du présent protocole. Tout d'abord, Sebastian Spencer, directeur médical du Centre opérationnel de MSF à Bruxelles et président du Groupe de travail sur la nutrition, pour son soutien continu, un soutien moral mais aussi en termes de ressources. Ensuite, Annick Filot, pour ses superbes graphiques qui donnent vraiment vie aux mots. Nous remercions également le Groupe de travail « Pédiatrie » (notamment Clara Van Gulik), le Groupe de travail « Soins infirmiers », le Groupe de travail « Tuberculose », le Groupe de travail « Vaccination », le Groupe de travail « VIH-sida », le Groupe de travail « Santé mentale et soutien psychosocial », le Groupe de contact « Promotion de la santé », le Groupe de travail « Paludisme » et le Groupe de travail « Laboratoire » pour leur formidable travail de collaboration. Mention spéciale à Myriam Hekens, coordinatrice médicale internationale, véritable mémoire de MSF et bien souvent la voix de la raison.

Le Groupe de travail « Nutrition »

June 2021

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Abréviations.....	5
Guide des icônes.....	7
3.1. Le continuum des soins : soins en milieu hospitalier et soins ambulatoires	11
3.2. Intégration du cnta au niveau communautaire.....	12
3.3. Circuit des patients dans un programme nutritionnel de msf (ambulatoire ou hospitalier)	14
4. Mise en place d'un CNTA.....	15
4.1. Nombre attendu de patients.....	15
4.2. CNTA : choix du site et de la structure	17
4.3. Ressources humaines	17
5. Gestion d'un CNTA	20
5.1. Entrée(s) patients et contrôle de l'afflux.....	22
5.2. Triage (y compris activités nutritionnelles sélectionnées)	24
5.3. Zone(s) d'attente	25
5.4. Poste « dépistage nutritionnel »	27
5.5. Poste « test d'appétit »	41
5.6. Consultation médicale.....	44
5.7. Dépistage du VIH, de la TB et du paludisme	53
5.8. Poste « laboratoire »	65
5.9. Poste « vaccination »	67
5.10. Santé Mentale et soutien psychosocial (SMSP)	68
5.11. Promotion de la santé	72
5.12. Coin « Allaitement »	77
5.13. Procédure de sortie.....	77
5.14. Formation et supervision du personnel.....	82
6. Protocole médical et nutritionnel	84
6.1. Critères d'admission	84
6.2. Catégories d'admission.....	84
6.3. Mouvements de patients	85
6.4. Critères de sortie	88
6.5. Catégories de sortie.....	89
6.6. Prise en charge médicale systématique	91
6.7. Traitement nutritionnel.....	100

6.8. Suivi des progrès du patient dans le CNTA.....	104
7. Protocole médical et nutritionnel : nourrissons de moins de 6 mois (<6m) et leurs mères.....	118
7.1. Un mot sur la terminologie	119
7.2. Critères d'admission des nourrissons < 6m dans un programme de nutrition	119
7.3. Références / mouvements des patients.....	121
7.4. Critères de sortie du CNTA	123
7.5. Prise en charge médicale systématique des nourrissons de 1 à 6m au CNTA	123
7.6. Traitement des problèmes de santé observés au CNTA	127
7.7. Soins nutritionnels au CNTA	127
7.8. Suivi nutritionnel	137
Espacement des soins nutritionnels / visites au CNTA.....	145
7.9. Résumé des activités lors de chaque visite CNTA	148
7.10. Évaluation et traitement maternels au CNTA	150
7.11. Activités de sortie pour le nourrisson	151
8. Suivi et Évaluation (M&E)	152
Annexe 1 – Tableaux rapides pour l'évaluation du gain de poids minimum et optimal entre deux visites au cnta	153
Annexe 2 – Calcul du ptz à partir des tableaux de référence de l'OMS (2006)	154
Annexe 3 – Checklist pour l'anamnèse pédiatrique	157
Annexe 4 – Checklist pour l'examen clinique pédiatrique.....	160
Annexe 5 – Algorithme simplifié pour le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson (OMS).....	162
Annexe 6 – Algorithme de test de l'oms pour le diagnostic du VIH dans les milieux à faible prévalence (< 5 %) (>18 mois)	163
Annexe 7 – Algorithme de test de l'oms pour le diagnostic du VIH dans les contextes à forte prévalence (>5%) (> 18 mois)	164
Annexe 8 – Tableaux rapides pour le calcul de la perte de poids de 5 %.....	165
ANNEXE 9 – Tableaux rapides : calcul des quantités d'atpe (biscuits) pour la phase 2	166
Annexe 10 – Tableaux rapides : calcul des quantités d'atpe (pâte) pour la phase 2.....	167
Annexe 11 - Administration de la vitamine D	169
Annexe 12 - Courbes de croissance du poids pour l'âge de l'oms 0-6 mois – Z score.....	170

ABRÉVIATIONS

ADF	Associations à dose fixe (fait généralement référence aux médicaments contre la tuberculose)
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
AT	Accoucheuse traditionnelle
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CBCG	Colonisation bactérienne chronique de l'intestin grêle
CNTA	Centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire
CNTH	Centre nutritionnel thérapeutique hospitalier
CV	Charge virale
DAC	Distribution alimentaire ciblée
DAG	Distribution alimentaire générale
DPN	Diagnostic précoce des nourrissons
GCP	Guide clinique pédiatrique de MSF (dernière édition)
FU	[visite de] suivi (en anglais : Follow-up [visit])
GTN	Groupe de travail « Nutrition » de MSF
Hb	Hémoglobine
IO	Infection opportuniste (liée au VIH)
IPC	Prévention et lutte contre les infections (en anglais : Infection Prevention and Control)
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MHAM	Responsable des activités de santé mentale (en anglais : Mental Health Activity Manager)
MINSa	Ministère de la santé
MoU	Protocole d'accord (en anglais : Memorandum of understanding)
MSF	Médecins Sans Frontières

NFI	Article non alimentaire (en anglais : Non-food item - NFI)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAZ	Poids-pour-âge z-score
PB	Périmètre brachial
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PCR	Réaction de polymérisation en chaîne (en anglais : Polymerase Chain Reaction)
PEV	Programme élargi de vaccination
PITC	Conseil et test VIH à l'initiative du prestataire (en anglais : Provider Initiated Testing & Counselling)
PLZ	Poids-pour-longueur z-score
PNSC	Programme nutritionnel supplémentaire de couverture (en anglais : Blanket Supplementary Feeding Programme – BSFP)
PS	Promotion de la santé (et s'il s'agit d'une personne : promoteur de (la) santé)
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PTZ	Poids-pour-taille z-score
RH	Ressources humaines
ReSoMal	Solution de réhydratation pour les patients souffrant de malnutrition sévère
SCAM	Sortie contre avis médical
SLM	Substitut du lait maternel
SMSP	Santé mentale et soutien psychosocial
TAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TARV	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TBEP	Tuberculose extra-pulmonaire
TDR	Test de diagnostic rapide
TETU	Triage, évaluation et traitement d'urgence
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH /sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

GUIDE DES ICONES

Tout au long de ce protocole, vous rencontrerez des icônes. Elles sont utilisées pour insister sur certains points. Vous trouverez ci-dessous la signification de chacune d'elles.

	Point de réflexion ou point à examiner/discuter au sein de votre équipe ou avec votre référent nutrition
	Attention ! Veillez à avoir bien compris ces points et à être capable de bien les appliquer dans la pratique. Si vous ne comprenez pas ces points, il y a lieu de demander des explications à votre superviseur ou éventuellement à votre référent nutrition
	Point pouvant faire l'objet de plusieurs options sans que nous ne disposions de preuves suffisantes pour déterminer si l'une d'elle doit être privilégiée
	Trucs et astuces. Des conseils utiles et pratiques issus de notre expérience collective qui visent à faciliter le bon déroulement des procédures et à perturber le moins possible nos patients et les accompagnants
	Section/texte également disponible en format imprimable à télécharger ici sur la page SharePoint du Groupe de travail « Nutrition »

1. COMMENT UTILISER CE PROTOCOLE

Ce protocole couvre les différents aspects du traitement nutritionnel et du traitement médical systématique, ainsi que les aspects organisationnels nécessaires à la prise en charge nutritionnelle en ambulatoire des enfants âgés de 0 à 59 mois (5 ans), à risque nutritionnel (nourrissons de moins de 6 mois) ou souffrant de malnutrition aiguë (enfants 6-59 mois). La majorité du protocole couvre les enfants de 6 à 59 mois avec une section spécifique (Section 7) pour les nourrissons de moins de 6 mois (<6m).

Cette prise en charge est assurée dans un **centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire (CNTA)**, qui peut être un service d'un dispensaire de médecine générale ou un centre de santé indépendant.

Un CNTA ne dispense pas seulement des soins nutritionnels et médicaux (y compris le dépistage de pathologies telles que le VIH et la TB). Il assure également des services de vaccination, de promotion de la santé (PS) et de santé mentale & soutien psychosocial (SMSP). Les enfants souffrant de malnutrition aiguë s'y rendent une fois par semaine (et parfois tous les quinze jours) jusqu'à leur guérison ou à leur transfert vers une autre structure pour une prise en charge plus intensive en milieu hospitalier.

Ce protocole est structuré comme suit :

- **Mise en place d'un CNTA** ([Section 4](#))
- **Gestion d'un CNTA (y compris le circuit des patients)** ([Section 5](#))
- **Traitement nutritionnel et médical (y compris les critères d'admission et de sortie)** ([Section 6](#))

Il doit être utilisé en association avec le *Protocole nutritionnel en milieu hospitalier de MSF – Enfants de 1 à 59 mois (2021)* et le *Guide clinique pédiatrique de MSF* (GCP, dernière édition) qui couvrent la prise en charge de problèmes médicaux spécifiques non abordés dans ce protocole. Le *Manuel de procédures de soins infirmiers de MSF* devra également être consulté avec ce protocole. Pour vous aider, nous indiquerons dans ce document à quel moment consulter ces ressources.



Les Annexes de ce protocole et certaines sections utiles sont également disponibles en version imprimable sur la page SharePoint du Groupe de travail « Nutrition », [ici](#). Elles peuvent être imprimées en grand format et utilisées sous forme d'affiches murales si cela vous semble utile et nécessaire.

Le présent protocole fait partie d'une boîte à outils plus générale sur la nutrition, qui rassemble plusieurs autres protocoles, outils, supports de formation et autres recommandations (pour différents groupes d'âge et de population). Il remplacera le Guide « Nutrition » de 2014. Cette boîte à outils sur la nutrition est accessible via la bibliothèque électronique de votre section, via votre référent nutrition ou via la page SharePoint du Groupe de travail « Nutrition » (GTN) de MSF: [ici](#)¹

Des facteurs liés au contexte influenceront toujours la manière dont ce protocole sera mis en œuvre. Les différentes sections, missions et projets de MSF pourront également décider d'utiliser ce protocole de manière différente. En parcourant ce protocole, vous verrez en outre qu'un CNTA doit pouvoir dispenser de nombreux soins. Il ne vous sera peut-être pas possible de les assurer dès le premier jour. Veillez toutefois à ne pas vous mettre la pression et attentez-vous plutôt à inclure un maximum de soins, de

¹ Une adresse électronique MSF est aujourd'hui requise pour accéder à ce site. Si vous n'en avez pas, contactez votre référent nutrition pour y avoir accès.

manière systématique et avec réalisme. Vos référents nutrition seront toujours à votre disposition pour en discuter avec vous et vous conseiller, dans la mesure du possible.

N'hésitez pas à contacter le référent nutrition de votre section pour lui faire part de vos remarques et de votre feedback sur ce protocole – nous nous réjouissons toujours de connaître votre avis et de recueillir votre expérience car cela nous permet de continuer à développer et à améliorer les outils et les ressources que nous mettons à la disposition de nos collègues travaillant sur le terrain.

2. À QUI S'ADRESSE CE PROTOCOLE ?

Lecture obligatoire : pour l'ensemble du personnel clinique (personnel infirmier, médecins, cliniciens, agents de santé communautaire, assistants en nutrition, etc.) directement associé à l'évaluation et au traitement des enfants souffrant de malnutrition dans les projets de MSF.

Lecture conseillée : pour le personnel associé à la collecte de données et au suivi-surveillance d'un programme nutritionnel, les superviseurs cliniques, les coordinateurs médicaux, et tous ceux et celles qui souhaitent savoir comment MSF prend en charge les enfants souffrant de malnutrition !

3. MODELE DE PRESTATION DE SOINS

Le traitement nutritionnel ambulatoire des enfants souffrant de malnutrition aiguë doit toujours être fondé sur une **approche intégrée de la santé de l'enfant**, qui prend en compte leur bien-être physique, psychologique et social. En outre, des aspects tels que leur statut vaccinal, la santé environnementale au domicile et la santé mentale de la principale personne en charge doivent également être considérés comme faisant partie intégrante du programme de soins.

Chez MSF, les soins nutritionnels aux enfants souffrant de malnutrition aiguë sont dispensés selon le modèle de l'approche de **prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)**, une approche reconnue à l'échelon international. Ses quatre grands piliers sont les suivants :

- **Dépistage à l'échelon communautaire** : identification des enfants souffrant de malnutrition aiguë dans les postes de santé et/ou par les agents de santé communautaire (ASC) (ou par des membres de la famille, par ex. l'approche PB-Famille)².
- **Traitement ambulatoire** : pour les enfants répondant aux critères de la malnutrition aiguë sévère (MAS) lorsque l'appétit est conservé et en l'absence de complications médicales graves. Chaque semaine ou tous les quinze jours, le patient se rend dans un centre ambulatoire (centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire³ - CNTA) pour un suivi médical, des activités de psycho-stimulation et de promotion de la santé, et pour y recevoir un traitement nutritionnel à base d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).
- **Traitement en milieu hospitalier** : les enfants souffrant de MAM ou de MAS, associée à une anorexie et/ou des complications médicales graves sont pris en charge dans des centres nutritionnels thérapeutiques hospitaliers⁴ (CNTH – généralement un service hospitalier dédié/ un centre hospitalier) – environ 10 à 15 % des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère doivent recevoir des soins en milieu hospitalier.
- **Traitement de la MAM, en l'absence de complications** : la prise en charge se fera dans le cadre d'un programme nutritionnel supplémentaire (PNS) ou service similaire. Le traitement dispensé variera en fonction des protocoles nationaux. Certains projets utilisent parfois une « approche simplifiée », les CNTA prenant dans ce cas aussi bien la MAM que la MAS.⁵

² Certaines initiatives essaient d'associer les ASC au traitement de la malnutrition aiguë. Demandez à votre référent nutrition des ressources adaptées à votre section.

³ Terme utilisé par MSF. Au niveau international, on parle le plus souvent de Programme thérapeutique ambulatoire (PTA)

⁴ CNTH est un terme utilisé par MSF. Au niveau international, on parle généralement de Centre de stabilisation (en anglais : Stabilisation Centre, (SC)

⁵ <https://www.who.int/nutrition/events/2019-consultation-simplified-treatment-childwasting-26to27march/en/>



Disponible [ici](#) pour impression

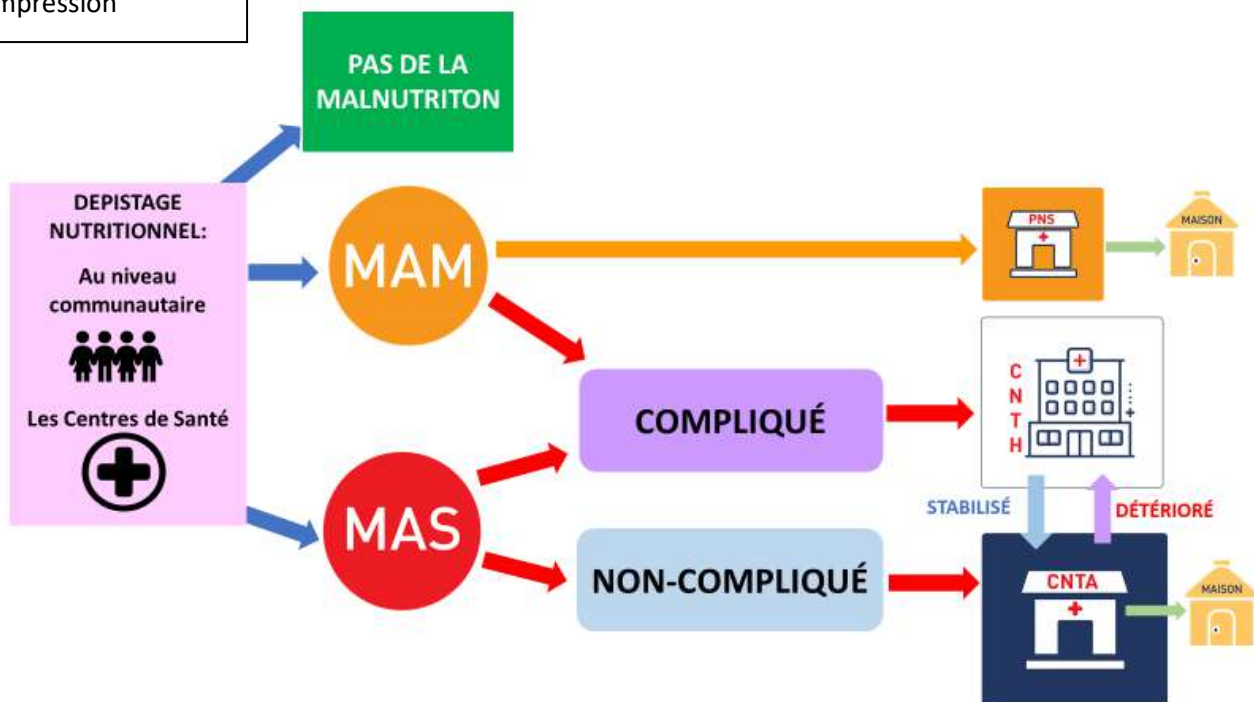


ILLUSTRATION 1: MODÈLE PCMA – PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE ET MODÈRE : COMPOSANTES



Les différentes sections/missions/projets de MSF peuvent décider à eux seuls des **critères d'admission des patients** (par exemple, uniquement les enfants souffrant de MAS, ou les enfants souffrant de MAS et MAM, les enfants de moins de 5 ans ou de plus de 5 ans, etc.). Cette décision doit être prise par la mission, le département des opérations au siège et les référents médicaux concernés, à commencer par le référent nutrition

Dans certains pays, ce choix peut aussi être dicté par les protocoles nationaux. Dans tous les cas, il y a lieu de suivre l'approche intégrée de santé de l'enfant.

3.1. LE CONTINUUM DES SOINS : SOINS EN MILIEU HOSPITALIER ET SOINS AMBULATOIRES

Il est essentiel de bien comprendre que les enfants doivent avoir accès à des soins **hospitaliers et ambulatoires** de qualité. C'est ce que doit garantir ce modèle de prestation de soins :

- ✓ **Les soins ambulatoires** ont permis de soigner des millions d'enfants à proximité de leur domicile et de leur éviter ainsi une hospitalisation, avec tous les risques et le stress que cette situation implique.
- ✓ **Les soins en milieu hospitalier** s'imposent lorsque l'état des enfants souffrant de malnutrition nécessite une hospitalisation. Ils reçoivent un traitement (le mieux) adapté (possible) à leurs besoins physiologiques particuliers pendant la durée strictement nécessaire et sont ensuite (ré-)orientés vers des soins ambulatoires. Un enfant quitte le programme des soins nutritionnels en milieu hospitalier (CNTH) lorsqu'il est stabilisé. Il ne peut être considéré « guéri » ou « rétabli » que lorsque la phase de traitement nutritionnel en ambulatoire (dans un CNTA de MSF ou dans un Centre de Santé du MINSA) est terminée.

Enfin, il convient de souligner que MSF dispense aujourd’hui des soins nutritionnels aux enfants souffrant de malnutrition aiguë au sein de **structures opérationnelles** plus **complexes** que ce n’était le cas il y a quelques années.

Nous pouvons, par exemple, gérer un CNTH tandis qu’une autre organisation gère le programme thérapeutique ambulatoire (PTA) – l’équivalent du CNTA de MSF –, ou le contraire. En outre, certains CNTA peuvent aussi être gérés en collaboration avec le MINSA. Dans ce cas, le personnel doit recevoir des instructions claires afin de savoir s’il doit suivre les recommandations du présent protocole ou celles du MINSA (les approches pouvant être similaires ou différentes). Il y a donc lieu d’accorder une attention particulière à l’approche de surveillance et de suivi de nos patients ainsi qu’à la qualité des soins dispensés et des services offerts à leur accompagnant.

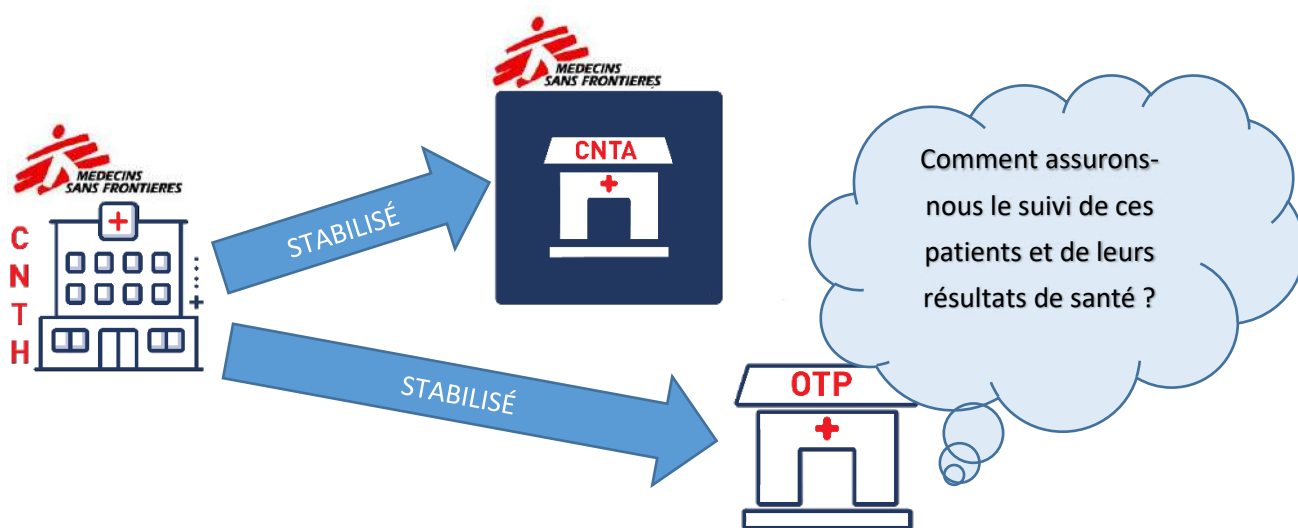


FIGURE 2 : DIFFÉRENTS TRAJETS D'ORIENTATION DES PATIENTS À LA SORTIE D'UN CNTH DE MSF

3.2. *INTEGRATION DU CNTA AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE*

Comme nous l’avons expliqué ci-dessus, le modèle PCMA repose sur une communication efficace et régulière entre la communauté (jusqu’au niveau du village et des ménages), le centre de santé ambulatoire (c’est-à-dire le CNTA) et la structure de soins hospitaliers (c’est-à-dire le CNTH).

Une prise en charge efficace de la malnutrition aiguë repose sur un bon équilibre entre soins ambulatoires, soins hospitaliers et participation communautaire ainsi que sur une collaboration de qualité entre ces différents niveaux. La participation communautaire est une composante essentielle de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition aiguë. Elle permet également d’étendre la couverture des services MSF.

L’intégration de votre CNTA au niveau de la communauté est essentielle pour :

- Assurer des activités régulières de **dépistage nutritionnel** afin d’identifier les enfants/adultes souffrant de malnutrition et de les référer pour traitement vers un CNTA, un CNTH ou dans un PNS
- Sensibiliser les personnes en charge et les familles à la **malnutrition** et mieux leur faire comprendre ce qu’est la malnutrition pour qu’ils puissent en reconnaître les signes et consulter
- Sensibiliser la communauté aux **services offerts par MSF**, en apaisant les craintes et en luttant contre les idées erronées sur le travail de MSF

- Pouvoir retrouver les **patients absents et en défaut (perdus de vue)** et assurer leur suivi (et peut-être améliorer les chances qu'ils reviennent au CNTA en faisant intervenir les membres de la communauté ou l'ASC dont les explications sont probablement plus compréhensibles pour ces patients).



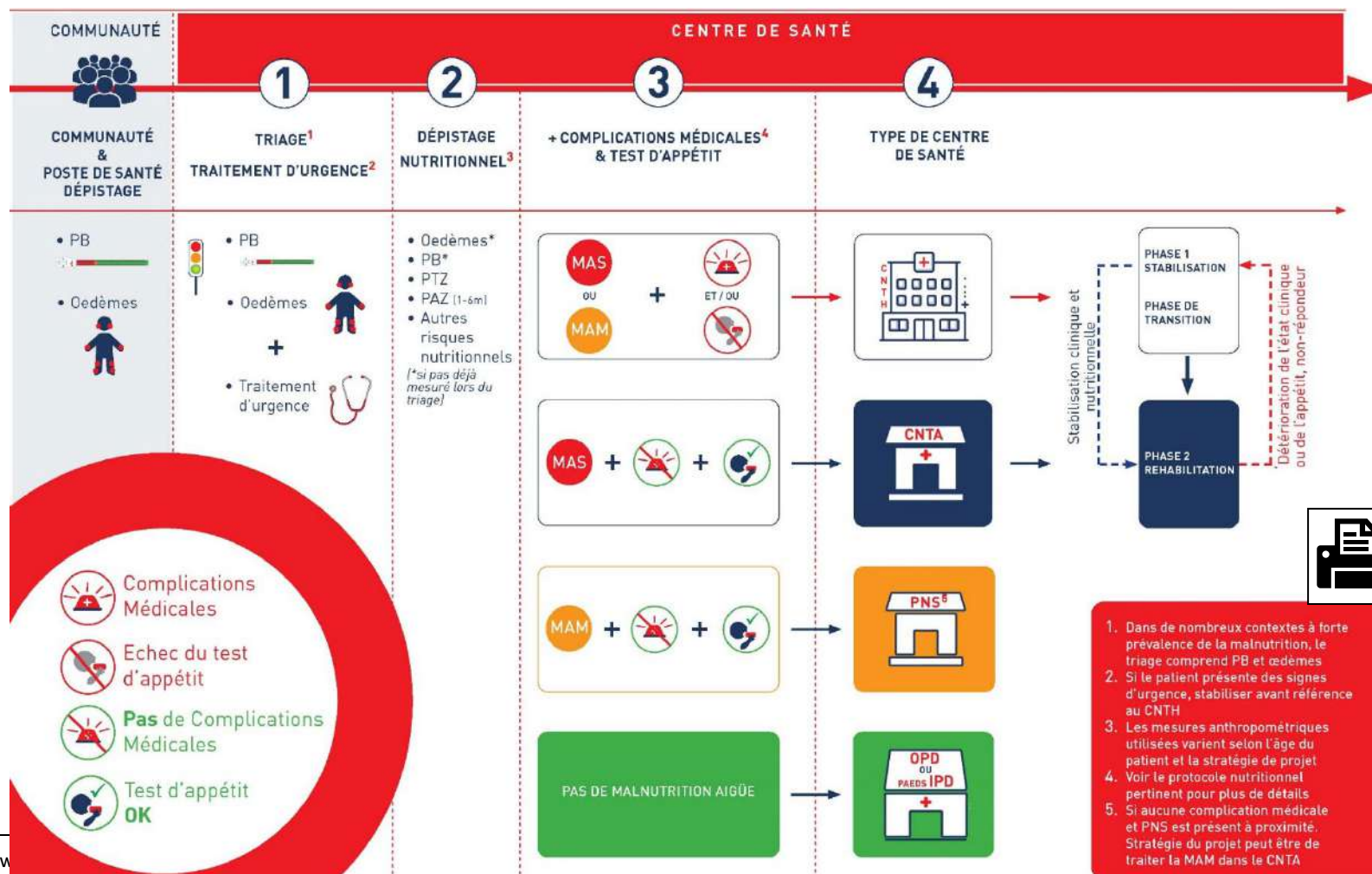
Plusieurs approches permettent d'établir et de maintenir des liens avec votre communauté. Certaines pourront être efficaces dans tel contexte et inefficaces dans d'autres – consultez votre équipe de promotion de la santé et d'autres membres du personnel qui pourront vous aider à identifier les approches susceptibles de fonctionner dans votre projet.

Quelques exemples :

- Planifier des visites régulières des membres du CNTA (par exemple des PS) qui pourront participer à des événements communautaires ou se rendre dans les villages pour nouer des relations durables, constructives et cordiales, même si l'idée n'est pas forcément de discuter d'une question ou d'un problème spécifique.
- Fournir aux ASC ou à d'autres acteurs clés de la communauté des téléphones portables – en prévoyant un crédit d'appel (pour autant qu'il y ait une couverture réseau) – afin qu'ils puissent contacter le CNTA en cas d'inquiétude. Le personnel du CNTA pourra ainsi aussi contacter une personne de référence s'il souhaite retrouver un membre de la communauté (par ex. un patient absent ou perdu de vue).
- Inviter des membres ou des réseaux spécifiques de la communauté à visiter le CNTA (y compris quelqu'un pour assurer leur transport, le cas échéant) pour leur faire découvrir les services que nous assurons et recueillir leurs idées ou avis sur la façon dont nous pourrions améliorer nos services.
- Utiliser les médias, notamment la radio, pour communiquer avec la communauté et la sensibiliser à la malnutrition et aux services offerts par MSF dans la région.

3.3. CIRCUIT DES PATIENTS DANS UN PROGRAMME NUTRITIONNEL DE MSF (AMBULATOIRE OU HOSPITALIER)

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, certains projets peuvent décider d'inclure la MAM dans leurs critères d'admission dans le CNTA tandis que d'autres décideront d'utiliser, pour l'admission, différentes mesures anthropométriques, par exemple uniquement le PB (plus une évaluation de l'œdème) ou d'autres approches simplifiées⁶. Ces critères anthropométriques sont particulièrement pertinents dans les contextes d'urgence ; nous y reviendrons plus tard. Le flux des patients représenté dans le schéma ci-dessous concerne le protocole standard. Chaque composante fera l'objet d'explications détaillées dans les sections qui suivent.



Disponible [ici](#) pour impression

1. Dans de nombreux contextes à forte prévalence de la malnutrition, le triage comprend PB et œdèmes
2. Si le patient présente des signes d'urgence, stabiliser avant référence au CNTH
3. Les mesures anthropométriques utilisées varient selon l'âge du patient et la stratégie de projet
4. Voir le protocole nutritionnel pertinent pour plus de détails
5. Si aucune complication médicale et PNS est présent à proximité. Stratégie du projet peut être de traiter la MAM dans le CNTA



4. MISE EN PLACE D'UN CNTA

Avant le lancement d'un programme nutritionnel (activités communautaires et/ou ouverture d'un CNTA et/ou d'un CNTH), il faut absolument que le ministère de la santé (MINSA) et/ou les autorités locales de la santé aient été consultés. Un accord sera souvent signé (par ex. un protocole d'accord, MoU). Il faut également veiller à consulter les organisations partenaires de la région, comme les ONG locales, nationales et internationales, et autres groupes de la société civile.

L'on recherchera aussi un soutien auprès d'acteurs clés de la communauté (autorités locales, leaders communautaires et membres des communautés touchées) afin d'identifier/de définir les objectifs du programme, les groupes cibles, les procédures de sélection ainsi que le fonctionnement global du programme. Cette participation communautaire est essentielle pour promouvoir le programme, identifier les personnes souffrant de malnutrition et inciter les personnes en charge à suivre le programme avec l'enfant. Les membres de la communauté peuvent aussi vous aider à identifier les éventuels obstacles qui devront être levés.

4.1. NOMBRE ATTENDU DE PATIENTS

Pour planifier les besoins en ressources humaines et en matériel/équipements, prévoir les stocks nécessaires d'aliments thérapeutiques et définir le nombre de sites, il est important de bien estimer le nombre attendu de patients. Pour ce faire, l'équipe doit commencer par définir la **zone d'intervention et sa population**.

Le nombre attendu de patients pourra ensuite être estimé sur la base de la **prévalence de la malnutrition** au sein de cette population. Cette prévalence doit être calculée à l'aide des données de la dernière enquête nutritionnelle ou de l'évaluation nutritionnelle rapide (RNA en anglais) la plus récente. La **couverture** visée du programme et l'incidence prévisible dépendent de l'évolution attendue de la situation alimentaire et nutritionnelle (établie à partir des données de surveillance).

Pour connaître le **nombre d'enfants au sein de la population** de la zone cible, l'on se référera à la répartition par groupe d'âge, aux recensements ou à de précédentes enquêtes au niveau national. A défaut, des estimations courantes peuvent aussi être utilisées : les enfants de moins de 5 ans représentent par exemple environ 20 % de la population⁷.

Calcul du nombre attendu d'enfants souffrant de malnutrition pour un programme nutritionnel :

$$\text{Total attendu d'enfants} = \text{Population} \times \text{Prévalence} \times K \times \text{couverture visée}$$

Où :

- La **Population** est le nombre total d'enfants de moins de 5 ans.
- La **Prévalence** est le pourcentage d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) au sein de la communauté. La prévalence peut être estimée sur la base d'une enquête nutritionnelle ou d'une évaluation nutritionnelle rapide (ENR).

⁷ Myatt, M. How do we estimate case load for SAM and / or MAM in children 6 – 59 months in a given time period? CMAM Forum, FAQ 2a: June 2012. REMARQUE : Certaines sections de MSF ont mis au point un outil de dénombrement – consultez à ce sujet vos opérations/référent nutrition.



- **K** est un facteur de correction qui tient compte des nouveaux cas sur une période donnée. $K = 1 + (\text{nombre de mois du programme}/7,5)$. Pour un programme d'une durée d'un an, $K = 2.6^8$.
- La **Couverture visée** est le pourcentage de cas de MAS que le programme envisage de prendre en charge compte tenu de sa capacité et du contexte. La couverture visée doit être de 90 % en milieu fermé (par exemple dans les camps de déplacés), de 70 % en zone urbaine et de 50 % dans les zones rurales⁹.



EXEMPLE : CALCUL DU NOMBRE DE CAS POUR UN PROJET DE CNTA POUR ENFANTS <5 ans D'UNE DURÉE DE 9 MOIS

Prenons une population rurale de 900 000 habitants. Comme nous ne disposons d'aucunes données de recensement récentes, nous nous basons sur l'estimation suivante : 20 % de la population est âgée de moins de 5 ans, et parmi eux, 2 % souffrent de MAS (données issues d'une enquête nutritionnelle récente). La couverture doit être d'au moins 50 % (zone rurale) et la durée prévue du projet est de 9 mois. Conformément à la décision opérationnelle, le projet ne prendra en charge que les enfants souffrant de MAS. Le nombre attendu de patients se calcule comme suit :

- 20 % de 900 000 habitants = 180 000 enfants <5 ans
- 2 % des 180 000 enfants souffrent de MAS = 3 600 enfants <5 ans sont atteints de MAS
- Nombre total attendu d'enfants admis dans le programme nutritionnel sur une période de 9 mois : $3\,600 \times (1 + 9/7,5) = 7\,920$
- Si l'on cible un taux de couverture de 50 %, le centre devrait accueillir 3 960 enfants ($7\,920/2 = 3\,960$) sur une période de 9 mois.
- Chaque mois, **440** enfants en moyenne seront pris en charge ($3\,960/9 = 440$).
- Environ 10 % nécessiteront des soins en milieu hospitalier, ce qui donne **396** ($440 - 44$) enfants pris en charge chaque mois dans le CNTA.
- Si votre CNTA est ouvert 5 jours par semaine, vous devriez vous attendre à accueillir environ 20 enfants par jour. Il s'agit là d'un calcul très approximatif, ce nombre pourrait être nettement supérieur ou inférieur au cours d'une journée donnée.

Contactez votre référent nutrition si vous avez besoin d'aide pour effectuer ces calculs et pour savoir si des facteurs spécifiques au contexte doivent être pris en compte.

Après quelques mois d'activité, ces chiffres pourront être revus sur la base du nombre réel d'admissions. Veillez toutefois à ne pas perdre de vue l'évolution prévisible de la situation alimentaire et nutritionnelle, par exemple la « période de soudure » (ou « saison de la faim »). Pour les programmes à long terme, les tendances peuvent être estimées sur la base des tendances des années précédentes pour la même période, en prenant pour hypothèse que les chiffres de population restent stables et que la population ne soit pas itinérante.

⁸ Ce facteur de correction peut être modifié au niveau du pays par le Nutrition Cluster. Vérifiez donc auprès de celui-ci quel est le facteur de correction à appliquer avant de commencer vos calculs. Il peut y avoir également des facteurs de correction spécifiques à un pays pour la MAM.

⁹ *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, quatrième édition, Genève, Suisse, 2018. www.spherestandards.org/handbook



Des calculs spécifiques applicables aux programmes nutritionnels prenant en charge la MAM et la MAS seront bientôt disponibles sur la [page SharePoint du GTN](#)

4.2. CNTA : CHOIX DU SITE ET DE LA STRUCTURE

Le choix du moment où un CNTA sera construit – ou un bâtiment existant réhabilité – et de sa structure doit se faire en concertation et avec le soutien du personnel nutritionnel, médical, logistique et watsan et référents concernés, et sur la base du nombre attendu de patients (voir les calculs ci-dessus).

Pour en savoir plus sur la structure physique d'un CNTA et les aspects watsan à prendre en compte, veuillez consulter le *Guide Génie sanitaire en contextes précaires de MSF* (dernière édition).

Le choix de l'**emplacement** du CNTA dépendra du contexte du projet, mais il conviendra de tenir compte des considérations suivantes :

Un CNTA :

- Doit disposer d'une autorisation d'utilisation du terrain (quel qu'en soit le propriétaire) avant que les travaux de construction puissent commencer.
- Doit se situer à une distance raisonnable d'un CNTH de MSF ou d'un autre service d'hospitalisation pouvant prendre en charge des enfants qui souffrent de malnutrition et présentent des complications médicales, c'est-à-dire à maximum une ou deux heures de route. Il faut toutefois en discuter au niveau du projet et tenir compte de l'état des routes pendant la saison sèche et la saison des pluies.
- Peut-être être intégré dans un centre de santé ou un CNTH, ou être une structure indépendante. Si l'on s'attend à ce que le CNTA doive prendre en charge un nombre important de patients, l'on privilégiera souvent des structures simples, construites à proximité du centre de santé prenant en charge les autres pathologies, afin d'éviter de l'engorger.
- Doit être géographiquement bien situé pour les patients, c'est-à-dire à maximum 2 heures de marche. Dans la mesure du possible, les CNTA seront situés autour d'un CNTH.
- Doit être construit dans une zone sûre – Des craintes quant à la sécurité (sur la route et dans le centre) se traduiront par une faible couverture et un nombre peu élevé d'admissions.
- Doit être situé à proximité d'une source fiable d'eau potable vu les importantes quantités d'eau nécessaires (5 litres par patient/jour, pour en savoir plus consultez [ici](#) les ressources du Groupe de travail « watsan »).
- Doit être situé dans une zone facilement accessible – l'on évitera les zones inondables ou les collines exposées au vent.
- Doit être accepté par la communauté car les habitants risquent d'être perturbés par l'arrivée de patients en concurrence pour les ressources, telles que l'eau.
- Doit tenir compte de la population cible et de ses moyens d'existence – déplacés, réfugiés, populations itinérantes (éleveurs-nomades par exemple). Le site sera donc choisi de façon à servir au mieux ces groupes.

4.3. RESSOURCES HUMAINES

La qualité des soins dispensés dans un CNTA dépend dans une très large mesure des ressources humaines (affectation du personnel, formation, soutien et encadrement).

Les effectifs nécessaires dépendront d'une combinaison de facteurs :



- Nombre attendu de patients
- État clinique attendu des patients à leur arrivée – en cas de grave crise alimentaire, dans une zone de conflit, etc., il faudra sans doute s’attendre à devoir accueillir un plus grand nombre d’enfants dans un état grave, et donc prévoir du personnel expérimenté pour trier et stabiliser les patients avant de les transférer dans une autre structure.
- Superficie, accessibilité et sécurité de la zone géographique
- Heures d’ouverture et nombre de jours d’ouverture/semaine du CNTA
- Phase du projet (il faudra par exemple davantage de personnel expérimenté dans la phase de démarrage d’un projet)
- Niveau de formation et effectifs qualifiés et compétents au niveau local
- Législation du travail (réglementation nationale sur la durée hebdomadaire du temps de travail et sur les congés légaux)
- Partenariat avec le MINSA ou d’autres organisations

Le Tableau 1 fournit des recommandations quant au type et au nombre de profils/postes requis (en fonction du nombre de patients/jour)

TABEAU 1: EXEMPLE DE PROFILS ET EFFECTIFS NECESSAIRES DANS UN CNTA

PROFILS/POSTE	EFFECTIFS POUR UN CNTA AVEC 100 PATIENTS/JOUR
Superviseur	1
Infirmier triage	2
Chargé.e des mesures anthropométriques	2
Responsable de l’enregistrement	1-2 (selon les heures de ouverture et la charge de travail)
Médecin (si faisable)*	1 (pour les patients avec complications)
Clinicien** (pour les consultations médicales)	3-4
Éducateur/promoteur de santé	2
Travailleur en santé mentale et soutien psychosocial	2
Pharmacien/dispensateur	2
Technicien de laboratoire (tests de diagnostic)	1
Magasinier	1
Agent de nettoyage/agent eau & hygiène & assainissement	2
Garde (en fonction du contexte de sécurité au niveau local)	1 par entrée
Vaccinateur	1 (personnel MSF ou du MINSA)
Agents de santé communautaire	1 binôme/10 000 habitants

*Idéalement, il devrait toujours y avoir un médecin dans le CNTA. Si ce n’est pas possible, prenez les dispositions suivantes :



- Un médecin/des médecins (de préférence un médecin de MSF) devra/devront **être toujours contactable(s)** (y compris, si nécessaire, en-dehors des heures d'ouverture du CNTA) pour apporter un soutien à la prise en charge des cas compliqués et des patients pouvant être traités en ambulatoire avec l'assistance d'un médecin (plutôt que d'être réorientés pour une prise en charge hospitalière)
- Un **trajet d'orientation** clairement défini doit avoir été mis en place pour les cas compliqués nécessitant une évaluation approfondie par un médecin
- Si un médecin peut être présent à **jours fixes** dans le CNTA, essayez que les **cas les plus compliqués** (patients séropositifs ou TB) puissent venir ces jours-là.
- Si le CNTA est rattaché à un CNTH, dans la même structure ou même ailleurs, essayez qu'il puisse y avoir un **médecin CNTH désigné** qui sera le point focal de coordination (par téléphone ou en personne) pour la prise en charge des cas compliqués et l'organisation des transferts. Il ne doit pas forcément s'agir du même médecin chaque jour, pour autant que ce point focal puisse être contacté toujours de la même façon. Par exemple, vous pouvez ainsi envisager de fournir au point focal CNTH un téléphone, avec crédit d'appel.

**Il peut s'agir d'un médecin, d'un responsable clinique, d'un responsable de santé communautaire, d'un infirmier (en pratique avancée) ou d'un agent de santé communautaire (ASC – si l'ASC est autorisé à prescrire des antibiotiques dans ce contexte et qu'il a été formé pour effectuer des examens pédiatriques). Référez-vous au cadre ci-dessous pour en savoir plus sur la méthode à utiliser pour calculer le nombre de cliniciens nécessaires.



CALCUL DU NOMBRE DE CLINIENS NÉCESSAIRES POUR LES CONSULTATIONS MÉDICALES

Prenons un CNTA qui voit 100 patients par jour, avec une durée de consultation moyenne de 15 minutes (parfois plus, par ex. dans le cas d'une visite d'admission). Ce CNTA est ouvert de 8 h-16 h. Le nombre de cliniciens nécessaires se calcule comme suit :

100 patients x 15 minutes = « durée de contact » de 1 500 minutes ou 25 heures/jour.

Si nous disposons de **3 cliniciens**, chacun devra travailler 8,3 heures par jour pour que tous les patients puissent être examinés. On arrive alors à un nombre d'heures supérieur aux heures d'ouverture, et qui ne tient pas compte des pauses ou d'une durée de consultation plus longue pour certains patients.

Si nous avons **4 cliniciens**, chacun devra travailler 6,25 heures par jour pour que tous les patients puissent être vus, ce qui permet des pauses et laisse une marge pour les patients nécessitant une consultation plus longue. La présence de 4 cliniciens permet aussi une certaine flexibilité – en cas d'absence pour maladie d'un clinicien – ce qui n'est pas le cas s'il n'y a que 3 cliniciens.

Le nombre de cliniciens qu'un projet peut recruter dépendra dans les faits du contexte et du budget. Il convient toutefois de prendre dûment en compte les considérations ci-dessus qui témoignent de notre souhait de dispenser des soins de qualité dans nos CNTA et de traiter



5. GESTION D'UN CNTA

Dans cette section, nous passerons d'abord en revue le circuit des patients et les différents postes/zones d'un CNTA.

Les sous-sections suivantes vous feront découvrir chacun de ces postes, en passant en revue les aspects auxquels vous aller devoir réfléchir concernant la structure (aménagement physique) du CNTA et en détaillant les activités et procédures à réaliser tout au long du circuit des patients.



L'aménagement physique et l'organisation de ces postes varieront d'un projet à l'autre, en fonction de l'espace disponible et d'autres facteurs liés au contexte.

Avant toute chose, il y a lieu de se poser ces deux questions clés :

1. **LE CIRCUIT DES PATIENTS EST-IL SÛR ?** -> Les enfants les plus mal en point sont-ils examinés en priorité, la visibilité des enfants dont l'état risque de se détériorer est-elle assurée, le personnel clinique est-il en mesure (connaissances, compétences et matériel/équipement) de dispenser les meilleurs soins possibles, de respecter les normes IPC et d'assurer la confidentialité des patients, etc. ?
2. **L'ACCOMPAGNANT PEUT-IL SUIVRE FACILEMENT CE CIRCUIT ?** -> du personnel est-il disponible pour orienter les accompagnants tout au long de ce processus complexe, une signalétique claire est-elle prévue pour les personnes qui ne savent pas lire, la zone est-elle accueillante et la moins stressante possible, etc. ?

Principaux postes d'un CNTA :

- ❖ Entrée et contrôle de l'afflux
- ❖ Triage
- ❖ Recherche des signes d'urgence, stabilisation et traitement d'urgence (salle des urgences ou salle d'observation)
- ❖ Zone(s) d'attente
- ❖ Dépistage nutritionnel
- ❖ Test d'appétit
- ❖ Enregistrement au CNTA
- ❖ Consultation médicale + prescription nutritionnelle
- ❖ [Laboratoire] (endroit variable dans le circuit des patients)
- ❖ Vaccination
- ❖ Santé mentale et soutien psychosocial (SMSP)*
- ❖ Promotion de la santé (PS)**
- ❖ Coin allaitement
- ❖ Point de collecte des médicaments
- ❖ Point de collecte des ATPE
- ❖ Sortie

En fonction de la charge de travail dans le CNTA, le dépistage nutritionnel se fera avant ou après l'entrée dans la zone d'attente principale

À venir chercher habituellement à la pharmacie/au dispensaire, mais des points de collecte distincts peuvent être prévus.

**Dans certains CNTA, il peut y avoir un poste spécialement dédié aux services SMSP offerts aux patients/accompagnants référés par le personnel en charge de la consultation médicale ou par des PS qui estiment qu'un patient/accompagnant a besoin de ces services. Il s'agit là du scénario idéal car le plus souvent, ce soutien est prévu dans le circuit des patients (voir Section [5.10](#))*



**** Il peut y avoir un poste spécialement dédié à la PS. Les activités de PS peuvent aussi être réalisées tout au long du circuit, par ex. dans la zone d'attente, de la pharmacie, etc. (voir Section 5.11).**

Autres activités abordées dans le protocole, mais qui ne sont pas nécessairement réalisées dans un poste spécifique :

- Suivi des progrès du patient (y compris le dossier médical du patient)
- Procédure de sortie
- Suivi et évaluation du service

Dans l'illustration 4 ci-dessous, les postes du CNTA sont représentés sous la forme d'un diagramme.

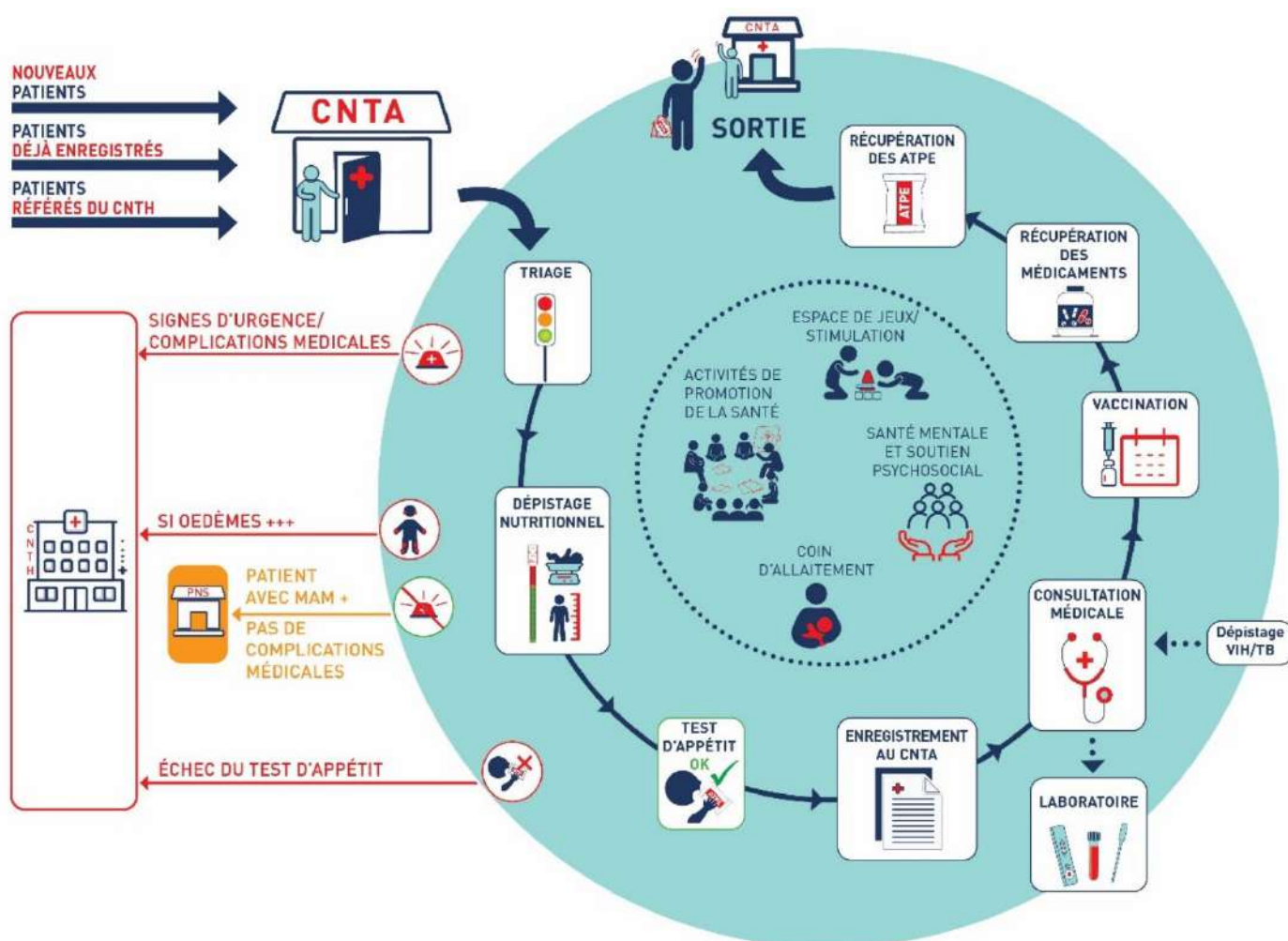
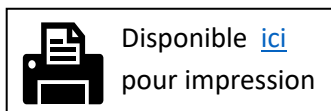


ILLUSTRATION 4: CIRCUIT DU PATIENT DANS LE CNTA



5.1. ENTREE(S) PATIENTS ET CONTROLE DE L'AFFLUX

L'aménagement physique de cette zone, ainsi que le nombre de gardes et de responsables du contrôle des foules nécessaires dépendront du nombre attendu de patients, des considérations de sécurité et d'autres éventuels facteurs géographiques ou physiques (par ex. les besoins seront différents s'il s'agit d'un centre situé dans une rue animée, dans un camp ou dans une zone rurale). Cet aménagement sera décidé par le **Coordinateur de projet/de terrain** et le **responsable/chef de l'équipe médicale**.

Certains éléments devront toutefois être toujours présents :

PORTE D'ENTRÉE

- Signalétique indiquant clairement qu'il s'agit d'un centre dans lequel travaille MSF (soit seule, soit avec une autre organisation/avec le MINSA) et description claire des activités (textes et pictogrammes, voir icône ci-dessous à titre d'exemple)
- Signalétique indiquant clairement que le port d'armes est interdit dans le centre



ILLUSTRATION 5: AUTOCOLLANT MSF ET SIGNALETIQUE INDICANT L'INTERDICTION DU PORT D'ARMES DANS LE CENTRE DE SANTE

- **Attitude accueillante et ouverture d'esprit** des membres du personnel qui sont les premiers en contact avec les habitants. Leur appartenance au personnel MSF sera clairement signalée (par ex. veste ou T-shirt MSF, fiche d'identification)
- Présence de personnel formé à reconnaître les **signes de gravité** qui s'assurera que l'enfant bénéficie de soins médicaux urgents
- Si un nombre important de patients est attendu, il est recommandé de prévoir du personnel supplémentaire pour **surveiller les patients qui font la file** et la zone d'attente et aussi garder un œil sur les enfants qui présentent des signes de gravité ou dont l'état est en train de se détériorer, afin qu'ils puissent bénéficier de soins médicaux urgents.
- Présence de personnel capable d'**expliquer** clairement **quels sont les services offerts dans le CNTA** et quels sont les patients cibles (cela n'a pas de sens qu'un adulte venant pour un problème de santé général soit pris en charge dans un centre nutritionnel pour enfants). Si le centre s'attend à recevoir un nombre important de patients, il est recommandé de prévoir des PS. Ceux-ci resteront dans la zone

d'attente pour délivrer des messages de PS, en particulier sur les services offerts dans le centre, afin que les accompagnants sachent à quoi s'attendre une fois dans le centre.

- Si nécessaire, l'on s'assurera de délimiter clairement la **zone d'attente, à l'ombre ou à l'abri**, (en cas d'afflux important, certains accompagnants et patients devront sans doute attendre ici un certain temps). N'oubliez pas de mettre à leur disposition de **l'eau potable**.
- Un espace/poste pour **l'hygiène de mains**, juste avant l'entrée dans le centre.



ILLUSTRATION 6 : ACCOMPAGNANTS FAISANT LA FILE DANS LA ZONE D'ATTENTE DU CNTA DU CAMP DE YIDA, AU SOUDAN DU SUD ©MACKENZIE KNOWLES-COURSIN

PORTE DE SORTIE

- Il faut absolument veiller à ce que **personne n'entre** indûment **par la porte de sortie** et y poster du personnel qui s'assurera, avec bienveillance, que les accompagnants/patients quittent bien le centre après avoir bénéficié de tous les services nécessaires et avoir reçu leurs prescriptions.
- Il doit y avoir du personnel sachant à qui s'adresser si les **accompagnants posent des questions**, même lors de cette dernière étape du circuit des patients. C'est en effet souvent à ce moment que les accompagnants se souviennent qu'ils ont oublié de demander quelque chose ou qu'ils se rendent compte qu'ils n'ont pas compris l'un ou l'autre conseil ou point de la prescription.
- Il doit y avoir du personnel pour veiller, de manière appropriée (inutile que chaque accompagnant soit fouillé) que personne n'emporte du matériel ou équipement appartenant au centre, sauf autorisation.
- Une zone pour **l'hygiène des mains**, juste avant la sortie du centre.



5.2. TRIAGE (Y COMPRIS ACTIVITÉS NUTRITIONNELLES SÉLECTIONNÉES)

Un enfant doit être trié dès son arrivée dans un centre de santé, sur la base du système de triage utilisé dans le projet – par exemple le système Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU), l'échelle de triage sud-africaine (SATS) ou tout autre système de triage utilisé dans le pays. L'on recherchera ici les signes de gravité et l'on s'assurera que les enfants les plus mal en point reçoivent immédiatement les soins appropriés (voir le GCP pour en savoir plus). Il faudra par ailleurs peut-être prévoir du personnel pour procéder au triage dans la file d'attente à l'extérieur du centre en cas d'afflux important de patients



Dans les contextes où la malnutrition est endémique, **la mesure du PB et l'évaluation de l'œdème** doivent être réalisées lors du triage. Celles-ci détermineront en effet non seulement la catégorie dans laquelle le patient sera classé à l'issue du triage (les enfants souffrant de MAS étant automatiquement classés dans la catégorie « jaune ») mais aussi la prise en charge initiale de différents problèmes, comme le choc ou la déshydratation (consultez ici aussi le GCP pour la prise en charge de ces problèmes chez les enfants souffrant de MAS)

Cette procédure vise uniquement à **classer/trier** les patients en fonction de leurs besoins médicaux immédiats. Toutefois, en fonction de la structure de votre projet, cette procédure peut aussi permettre au personnel d'évaluer si le patient présente des complications médicales de nature à justifier une admission dans un CNTH (voir [Illustration 24](#) pour la liste des complications). L'enfant pourra ainsi être rapidement référé au CNTH, avec une lettre (détaillée) de demande de prise en charge. En cas de transfert vers un CNTH, MSF pourra assurer le transport du patient sauf si une raison spécifique l'en empêche.

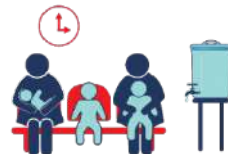
Si le CNTH est situé sur un autre site, il faudra alors prévoir au sein du CNTA un espace pour **stabiliser les patients** et **instaurer** rapidement un **traitement d'urgence** avant leur transfert.



Dans le système Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU) de l'OMS, et dans la plupart des systèmes de triage nationaux, les enfants souffrant de MAS sont automatiquement placés dans la catégorie **jaune**.

Les enfants placés dans les catégories **jaune et rouge** sont presque toujours renvoyés vers un **CNTH**. Toutefois, un enfant placé dans la catégorie **verte** pourrait présenter une complication médicale nécessitant son **transfert** vers le CNTH. Mieux vaut dans ce cas que ces complications soient identifiées le plus rapidement possible (et donc sans attendre la consultation médicale)

Cela pourrait être le cas d'un enfant cliniquement stable et répondant aux critères de la catégorie « vert » mais présentant des signes oculaires d'une carence en vitamine A, ou d'un enfant présentant des lésions cutanées étendues évocatrices du kwashiorkor, dont la gravité ne sera évaluée que lors de la consultation médicale, une fois l'enfant déshabillé.



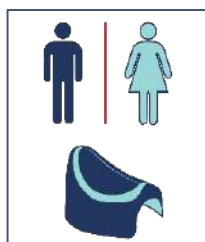
5.3. ZONE(S) D'ATTENTE

Une série de zones d'attente seront aménagées tout au long du circuit des patients. La configuration dépendra de la structure physique de votre centre et d'autres ressources disponibles.

Il faudra toutefois toujours tenir compte des aspects suivants :

- La zone doit être **propre et équipée d'emplacements pour s'asseoir** – il peut s'agir de bancs, de chaises ou de nattes disposées à même le sol
- Tout le monde doit pouvoir attendre **à l'ombre et à l'abri**, et dans un endroit **bien ventilé**. Dans les climats froids, la zone d'attente devra être chauffée.
- Il doit y avoir de l'**eau potable** et de l'**EAU SUCRÉE*** pour les enfants souffrant de malnutrition
- Il doit y avoir des points d'eau pour l'**hygiène des mains** des accompagnants et des patients
- Des **latrines/toilettes**, bien indiquées (panneaux écrits et pictogrammes), doivent être facilement accessibles depuis cette zone. Consultez [ici](#) les ressources du Groupe de travail « watsan » à ce sujet.
- Dans la mesure du possible, veillez à rendre la zone la plus accueillante et la plus colorée possible, en peignant les murs/clôtures, ou en accrochant des affiches (privilégiez ici les messages d'éducation à la santé et de promotion de la santé), des mobiles ou des banderoles.
- N'oubliez pas d'utiliser **toutes les icônes « CNTA » disponibles [ici](#) pour signaler clairement les équipements essentiels, par exemple:**

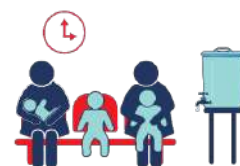
Latrines/toilettes



Point d'eau potable



ILLUSTRATION 7: ACCOMPAGNANTS DANS UNE SALLE D'ATTENTE DU CNTA DE BERBARATI, REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE ©YANN LIBESSART



*PRÉPARATION DE L'EAU SUCRÉE

QUANTITÉ D'EAU	QUANTITÉ DE SUCRE
100 ml	10 g ou 2 cuillères à café rases
200 ml (l'équivalent d'une tasse)	20 g ou 4 cuillères à café rases
500 ml	50 g ou 10 cuillères à café rases
1 litre	100 g ou 20 cuillères à café rases



Une idée pour la décoration de zones d'attente a bien fonctionné dans de nombreux centres : « le mur d'empreintes de main des enfants guéris ». Les enfants qui sortent guéris du centre sont invités à recouvrir leurs mains de peinture (avec l'aide du personnel) et à apposer ensuite leurs mains sur le mur pour y laisser leurs empreintes. C'est là une façon de fêter la réussite du traitement et d'encourager les accompagnants pendant leur attente, puisqu'ils peuvent ainsi se rendre compte du nombre d'enfants qui ont guéri grâce aux services de MSF. Ce panneau peut être complété par une explication écrite (dans la langue locale). L'on prévoira aussi des explications orales pour les accompagnants qui ne savent pas lire.

La première zone d'attente (la zone d'attente principale) est généralement la plus grande zone où les gens attendent le plus longtemps. Cette période d'attente est donc propice pour organiser des activités de promotion de la santé (voir Section [5.11.2](#)) et permettre aux accompagnants de poser des questions ou d'avoir des réponses à leurs inquiétudes initiales.

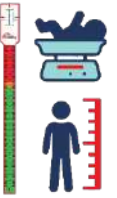
CARTE DU CNTA



Une carte ou un diagramme du circuit des patients dans le CNTA, placée dans la zone d'attente (principale) initiale peut se révéler très utile pour aider les patients à visualiser les différents postes. Le personnel, par exemple les PS, peut l'utiliser comme base pour expliquer le déroulement des activités à chaque poste du circuit des patients. N'oubliez pas que les illustrations sont bien plus parlantes que les mots (surtout pour ceux qui ne savent pas lire). Utilisez donc les illustrations du fichier « Printable tools for ATFC » sur la page SharePoint du GTN [ici](#), imprimez-les et affichez-les sur un grand tableau pour créer la carte de votre CNTA.



N'oubliez pas qu'il doit toujours avoir de l'ombre, de quoi s'abriter et de quoi s'asseoir à chaque poste où les patients doivent attendre (par ex. consultation médicale).



5.4. POSTE « DÉPISTAGE NUTRITIONNEL »

5.4.1. Le dépistage nutritionnel : pour qui ?

- Pour tous les patients entrant dans un CNTA.

Quand un patient a été trié (une procédure qui devrait déjà inclure la mesure du PB et l'évaluation de l'œdème) et que l'on estime que les mesures anthropométriques peuvent être effectuées en toute sécurité, les mesures suivantes seront réalisées (en fonction des critères anthropométriques utilisés pour l'admission) :

- ✓ Évaluation de l'œdème nutritionnel (+, ++, +++)*
- ✓ Périmètre brachial (PB) (mm or cm) *
- ✓ Poids (kg)
- ✓ Taille (cm)
- ✓ Calcul du poids-pour-taille z-score (PTZ/PLZ)
- ✓ {Calcul du gain pondéral pour les visites de suivi}
- ✓ Autres complications nutritionnelles

*si cette mesure n'a pas été réalisée lors du triage



Lors de chaque **VISITE DE SUIVI**, à la fin des activités de dépistage nutritionnel, il **FAUDRA** demander à l'accompagnant si l'enfant **manque d'appétit**. Dans ce cas, l'enfant sera soumis à un test d'appétit (voir [Section 5.5.1](#))

(Tous les enfants seront soumis à un test d'appétit à l'ADMISSION)

Le Tableau 2 résume ces mesures anthropométriques et leurs valeurs seuils. Les sections suivantes expliquent de manière plus détaillée comment procéder.

TABEAU 2: TABLEAU RECAPITULATIF DES MESURES ANTHROPOMETRIQUES ET DE LEURS VALEURS SEUILS POUR LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

Enfants de 6 à 59 mois			
ÉTAT NUTRITIONNEL	MESURE ANTHROPOMÉTRIQUE		
	PTZ/PLZ	PB	Œdème
Normal	≥ -2	≥ 125 mm (≥ 12,5 cm)	0
Malnutrition aiguë modérée	≥ -3 et < -2	≥ 115 mm et < 125 mm (≥ 11,5 cm et < 12,5 cm)	0
Malnutrition aiguë sévère	< -3	< 115 mm (< 11,5 cm)	+, ++ ou +++
RAPPEL !			
• Utilisez toujours les critères les plus stricts pour le classement dans l'une des catégories. Ainsi, un patient classé « MAM » sur la base du PTZ mais « MAS » sur la base de son PB devra être classé « MAS ». • Un patient présentant un œdème, quel que soit sa gravité, est automatiquement classé dans la catégorie « MAS ». there is any grade of oedema present, the patient is automatically SAM.			



5.4.2. Où réaliser le dépistage nutritionnel ?

Cela dépendra de la structure de votre projet, notamment des ressources humaines et de l'espace physique disponibles. Dans l'idéal, ce dépistage sera réalisé le plus près possible de la poste de triage, et de préférence dans cette poste.



CONSEILS POUR UNE GESTION EFFICACE D'UN POSTE DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL

- Assurez-vous qu'il y ait suffisamment de place entre chaque poste de mesure pour que deux personnes au moins puissent effectuer les mesures et aider la personne en charge de la mesure.
- Assurez-vous qu'il y a toujours suffisamment de personnel. Il faut au moins deux personnes pour peser et mesurer l'enfant
- Tâchez de rendre cette zone la plus agréable possible. Vous pouvez par exemple accrocher des mobiles ou des illustrations pour distraire les enfants car cette procédure peut être stressante pour les jeunes patients.
- Assurez-vous que cette zone soit toujours bien propre et bien rangée pour que les accompagnants se rendent compte que MSF assure un service professionnel.
- Prévoyez des mouchoirs en papier, des serviettes et des produits de nettoyage à proximité (voir [ici](#) les recommandations du Guide IPC) pour nettoyer le matériel entre deux patients ou si l'enfant urine ou défèque sur le matériel ou sur un membre du personnel.

5.4.3. Comment réaliser le dépistage nutritionnel ?

Évaluation de l'œdème



Disponible [ici](#) pour impression

Anamnèse :

- L'œdème d'origine nutritionnelle est toujours **bilatéral** : il touche les deux pieds, les deux jambes, les deux mains, etc. et il **COMMENCE** toujours **au niveau des pieds**, pour remonter progressivement.
- Si l'accompagnant fait état d'un œdème non-bilatéral et/ou ayant commencé ailleurs qu'au niveau des pieds, d'autres causes devront être recherchées, comme une affection rénale, une anémie sévère, certaines infections, une morsure de serpent, etc.
- Une bandelette urinaire permet de détecter une protéinurie. Elle peut donc s'avérer utile en cas de doute quant à la cause de l'œdème (NON indiqué chez les enfants présentant clairement un œdème d'origine nutritionnelle).

Examen :

- L'œdème est évalué **sur le dessus du pied ou sur la face antérieure (intérieure) du tibia**.
- Exercez une pression modérée, des deux côtés, pendant 3 secondes (image 1 de l'illustration ci-dessous) (*le temps qu'il faut pour dire cent vingt et un, 122, 123*) et relâchez ensuite la pression.
- L'enfant présente un œdème si l'empreinte du pouce reste visible sous la forme de dépression. C'est le « signe du godet » (image 2 dans l'illustration ci-dessous).

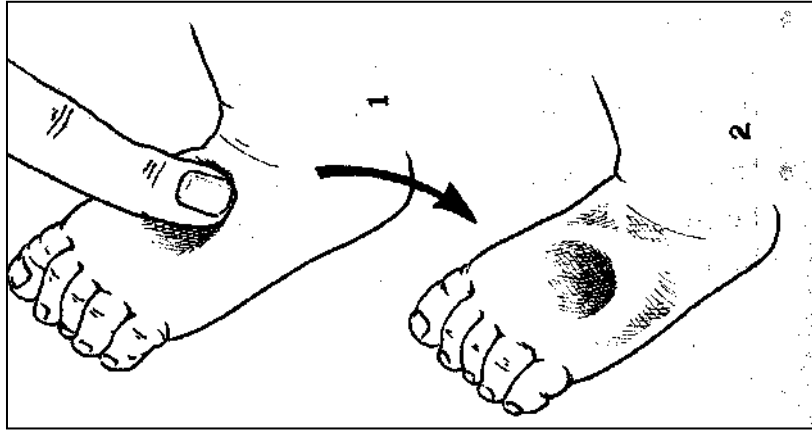
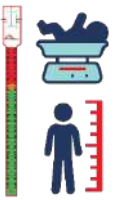


ILLUSTRATION 9 : EVALUATION DE L'ŒDÈME NUTRITIONNEL. SOURCE : EVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS EN BAS ÂGE : PESER ET MESURER L'ENFANT : NATIONS UNIES, 1986



ILLUSTRATION 10 : EVALUATION DE L'ŒDÈME NUTRITIONNEL. © MSF OCBA, 2016

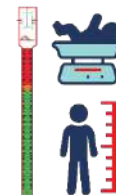
CLASSEMENT DE L'ŒDÈME :

- +** œdème bilatéral au niveau des pieds
- ++** œdème bilatéral des pieds et des membres inférieurs
- +++** œdème bilatéral des pieds, des membres inférieurs, et à tout autre endroit du corps, y compris le visage et les mains



RAPPEL !

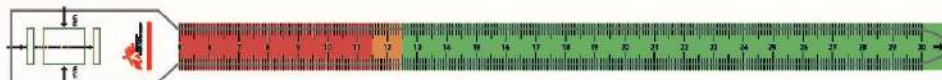
Œdème + ou ++ (sans complication médicale et test de l'appétit réussi) → **CNTA**
 Œdème +++ → **CNTH** (avec ou sans autre signes cliniques)



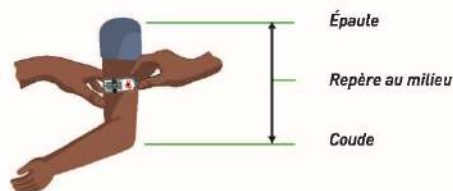
Périmètre brachial (PB)

Le PB est utilisé pour dépister la malnutrition aiguë à l'échelon communautaire et dans les centres de santé.

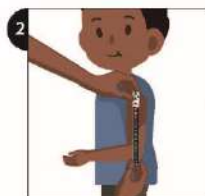
- On mesure le PB chez les enfants de 6 mois à 5 ans, chez les adultes à partir de 20 ans et chez les femmes enceintes et allaitantes.
- Réaliser la procédure avec calme, gentillesse et délicatesse.
- On mesure le PB sur le bras gauche et à découvert (*déshabillé*).
- Si possible l'enfant doit se tenir droit et de côté par rapport au mesureur.



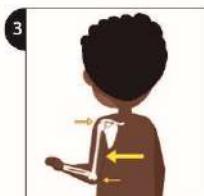
1. IDENTIFIER LE REPÈRE ADÉQUAT



- Former un angle de 90°C avec le bras.



- Placer le bracelet le long du bras.



- Trouver le point médian (*milieu*) entre l'épaule et le coude.



- Indiquer le repère avec un stylo.

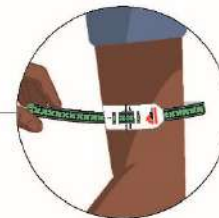
2. POSITIONNER LE BRACELET

- Laisser le bras gauche pendre le long du corps de manière relâchée.
- Positionner la fenêtre du bracelet (*grande ouverture*) sur le point médian.
- Enrouler le bracelet autour du point médian.
- Glisser l'extrémité du bracelet dans les 2 ouvertures étroites uniquement.
- Tirer le bracelet jusqu'à ce qu'il soit bien fixé autour du bras.



- Ajuster la tension du bracelet sur le bras

- Ajuster en évitant un bracelet trop lâche



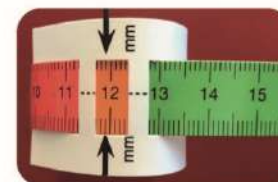
- Ajuster en évitant un bracelet trop serré



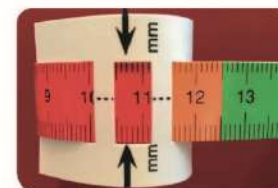
Un bracelet bien ajusté est en contact avec la peau tout autour du bras sans exercer de pression.

3. LIRE LA MESURE DU PB

Lire le chiffre à l'intérieur de la fenêtre entre les 2 flèches



la lecture est de 119 mm

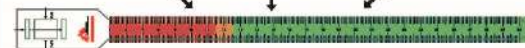


La lecture est de 107 mm

Un chiffre sur une grande graduation représente un centimètre (cm)

Il y a une graduation de taille moyenne tous les 5 mm (0,5cm)

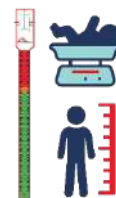
Une petite graduation représente un millimètre (mm)



- Le PB PEUT se lire en centimètre (cm) ou en millimètre (mm)
- Le PB DOIT se lire avec une précision de 1 mm
- Ex: 119 mm ou 11,9 cm
- 107 mm ou 10,7 cm
- Documenter le résultat



Disponible [ici](#) pour impression



TABEAU 3: VALEURS SEUILS DU PB POUR LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS¹⁰

Couleur	en mm	Signification
Vert	≥125 mm (≥12,5 cm)	Pas de malnutrition aiguë
Orange	≥115 mm et < 125 mm (≥11,5 cm et < 12,5 cm)	Malnutrition aiguë modérée (MAM)
Rouge	< 115 mm (<11,5 cm)	Malnutrition aiguë sévère (MAS)

Pesée

Pour les tout-petits (moins de 5 kg), il est recommandé d'utiliser un pèse-bébé électronique, d'une capacité de 0 à 16 kg environ et d'une précision de 10/20 g. Pour les enfants pesant 5 kg ou plus, l'on utilisera de préférence une balance électronique mère-enfant, ou, s'il n'y a pas de balance électronique disponible, une balance de type Salter / à suspension d'une capacité de 25 kg et d'une précision de 100 g.

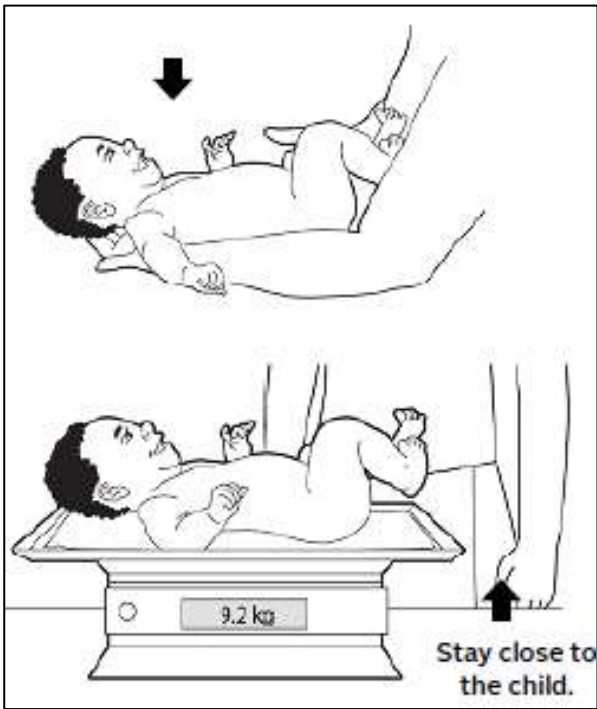
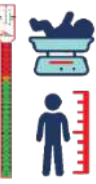
PESÉE AVEC UN PÈSE-BÉBÉ ÉLECTRONIQUE

Instructions¹¹ :

1. Veillez à ce que le pèse-bébé soit posé sur une surface bien plane. Utilisez des blocs ou des panneaux si nécessaire.
2. Allumez la balance en appuyant sur la touche START (ou suivez les instructions pour le modèle utilisé). **Attendez que 0,000 s'affiche**
3. Déposez doucement le **nourrisson nu**, sur son dos, au centre du plateau de la balance. Faites-vous aider par l'assistant qualifié ou l'accompagnant, qui essaiera de calmer et de **sécuriser** le nourrisson s'il se met à pleurer ou à bouger. Restez près du nourrisson et surveillez-le pour vous assurer qu'il ne roule pas sur le côté ou ne tombe pas de la balance.
4. Lisez le poids de l'enfant à haute voix quand le **nourrisson est immobile** et que l'affichage numérique s'est stabilisé. L'assistant qualifié doit noter clairement – et/ou reporter sur un graphique – le poids de l'enfant, à **10 g près** (par exemple 4,33 kg, et non 4,3 kg) sur la fiche ad hoc du dossier du patient. Si aucun assistant qualifié n'est disponible, vous noterez vous-même la mesure ou la reporterez sur le graphique
5. Vérifiez que le poids noté ou reporté sur le graphique soit exact et lisible.
6. Nettoyez et désinfectez le plateau de la balance.

¹⁰ Critères standard de l'UNICEF/OMS. Les critères peuvent varier en fonction du protocole national et d'un projet à l'autre.

¹¹ Adapté de FANTA, Module 6 : Guide anthropométrique, mai 2018



POUR DES MESURES PRÉCISES, N'OUBLIEZ PAS :

- ✓ De placer la balance sur une surface dure et plane
- ✓ De retirer les chaussures et tous les vêtements, à l'exception du linge et des sous-vêtements (propres/secs)
- ✓ D'attendre que l'enfant soit immobile pour lire et enregistrer son poids. Restez toujours près de l'enfant
- ✓ De lire, enregistrer ou reporter soigneusement le poids sur le graphique
- ✓ De nettoyer parfaitement la balance entre chaque patient

ILLUSTRATION 3: UTILISATION D'UN PESE-BEBE ELECTRONIQUE. SOURCE : FANTA MODULE 6 GUIDE ANTHROPOMETRIQUE, MAI 2018

UTILISATION D'UNE BALANCE ÉLECTRONIQUE MÈRE-ENFANT

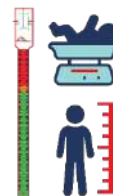


Pour peser un enfant, on utilisera de préférence une balance électronique mère-enfant (qui est à présent un article standard du catalogue MSF, code EANTSCAL4--). Elle est en effet **plus précise** que la balance de type Salter, **plus facile et plus rapide à utiliser** pour le personnel, et rend la pesée **moins contraignante et pénible** pour l'enfant et son accompagnant.

Instructions¹² :

1. Veillez à ce que la balance soit posée sur une surface plane. Utilisez si nécessaire des blocs ou des panneaux
2. Commencez par **mettre la balance à zéro**. La méthode utilisée pour mettre la balance à zéro dépend du type de balance. Certaines balances peuvent être mises à zéro en couvrant l'écran d'affichage solaire pendant 1 seconde. Lorsque l'écran indique 0,0 et que l'image d'une mère et d'un bébé apparaît, la balance est prête à être utilisée. Pour d'autres modèles, on demandera à quelqu'un de monter doucement sur la balance pour l'activer.
3. Demandez à l'**accompagnant de monter sur la balance**, bien au centre et de ne pas bouger. Attendez que son poids s'affiche et reste fixe sur l'écran d'affichage. S'il n'y a personne avec l'enfant, un assistant qualifié ou un autre adulte montera sur la balance.
4. **Mettez la balance à zéro** lorsque l'adulte est sur la balance, en utilisant la méthode de tarage pour le modèle.

¹² Adapté de FANTA Module 6 Guide anthropométrique, mai 2018



5. Placez l'enfant dans les bras de l'adulte (**l'enfant doit être nu**) et demandez à ce dernier de ne pas bouger. L'adulte doit aussi essayer de calmer l'enfant et de l'empêcher de bouger.
6. Le **poids de l'enfant** s'affiche sur l'écran de la balance.
7. Lisez le poids de l'enfant à haute voix. L'assistant qualifié doit noter clairement– et/ou reporter sur un graphique – le poids de l'enfant, avec une précision de 0,1 kg, sur la fiche ad hoc du dossier du patient. Si aucun assistant qualifié n'est disponible, vous noterez vous-même la mesure ou la reporterez sur le graphique.
8. Vérifiez que le poids noté ou reporté sur le graphique soit exact et lisible.

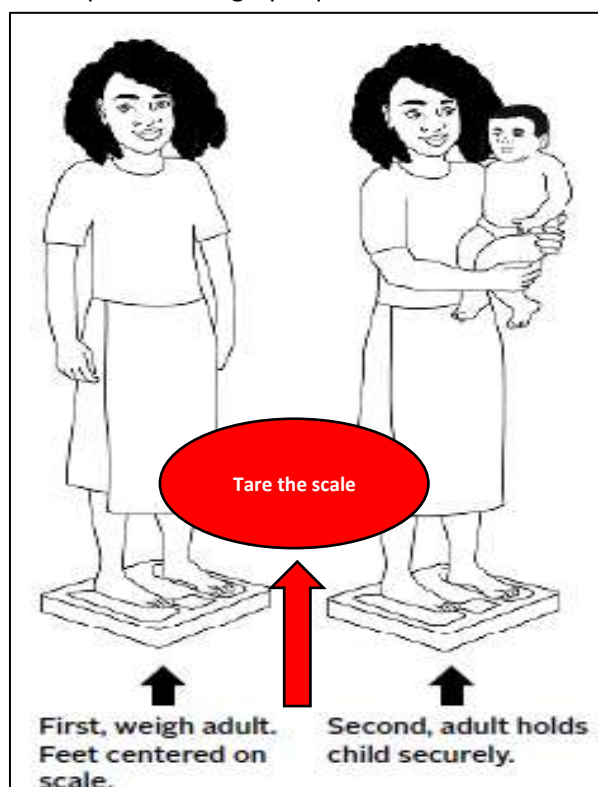


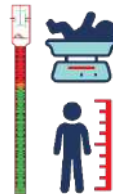
ILLUSTRATION 12 : UTILISATION D'UNE BALANCE ELECTRONIQUE MERE-ENFANT :
SOURCE: FANTA MODULE 6 GUIDE ANTHROPOMETRIQUE 2018



ILLUSTRATION 4: UTILISATION D'UNE BALANCE ÉLECTRONIQUE MÈRE-ENFANT PENDANT UNE
ENQUÊTE NUTRITIONNELLE AU BURKINA FASO © HERMANN LANNOU, 2014



L'enfant ne doit pas être tenu par le même adulte à chaque visite puisque c'est le poids de l'enfant qui est mesuré.

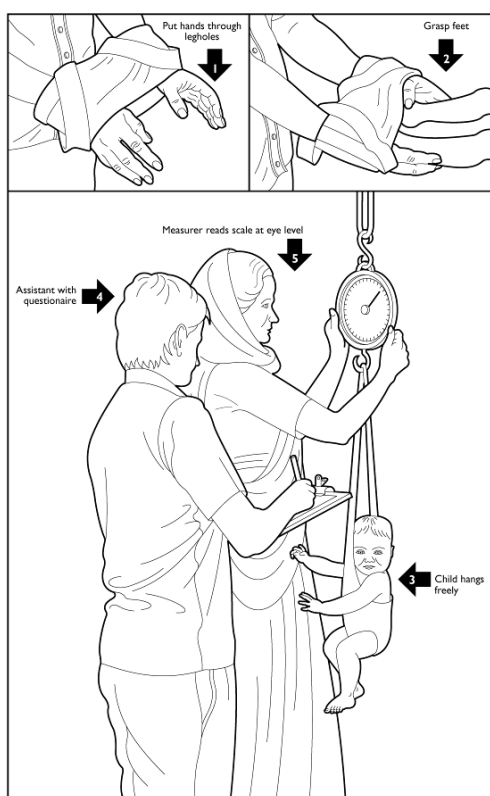


PESÉE AVEC UNE BALANCE À SUSPENSION/DE TYPE SALTER

Cette balance ne doit être utilisée que s'il n'y a ni balance électronique mère-enfant ni pèse-bébé électronique

Instructions :

1. Avant chaque pesée, la balance doit être **mise à zéro** avec une culotte ou un bac de pesée vide. La **précision** de la balance sera vérifiée régulièrement à l'aide d'un poids standard.
2. Les **vêtements de l'enfant sont retirés** et l'enfant est placé dans la culotte ou le bac de pesée, qui est ensuite suspendu librement au crochet. Assurez-vous que quelqu'un soit toujours tout près de l'enfant pour **éviter qu'il ne tombe** du bac ou de la culotte de pesée.
3. Lorsque l'enfant est stable, le poids apparaît avec une précision à **100 g près**, le cadran de la **balance étant à hauteur des yeux**.
4. Si l'**enfant bouge** et que la flèche ne se stabilise pas, prenez le temps nécessaire pour calmer l'enfant, avec le concours de l'accompagnant. Si l'enfant continue malgré tout de bouger, son poids pourra être estimé sur base de la valeur au centre de la plage d'oscillation.
5. Lisez le poids de l'enfant à haute voix. L'assistant qualifié doit clairement noter – et/ou reporter sur un graphique – le poids de l'enfant, avec une précision de 0,1 kg, sur la fiche ad hoc du dossier du patient. Si aucun assistant qualifié n'est disponible, vous noterez vous-même la mesure ou la reporterez sur le graphique.
6. Vérifiez que le poids noté ou reporté sur le graphique soit exact et lisible.

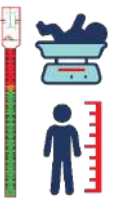


Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, United Nations, 1986.



Essayez d'effectuer toutes ces mesures anthropométriques le plus rapidement possible pour éviter que l'enfant ne prenne froid et ne tombe en hypothermie. Tenez compte aussi des sensibilités culturelles. Dans certaines cultures, mieux vaut éviter de laisser trop longtemps un enfant nu en présence d'étrangers.

ILLUSTRATION 5 : UTILISATION D'UNE BALANCE A SUSPENSION. SOURCE : ONU 1986



Mesure de la taille

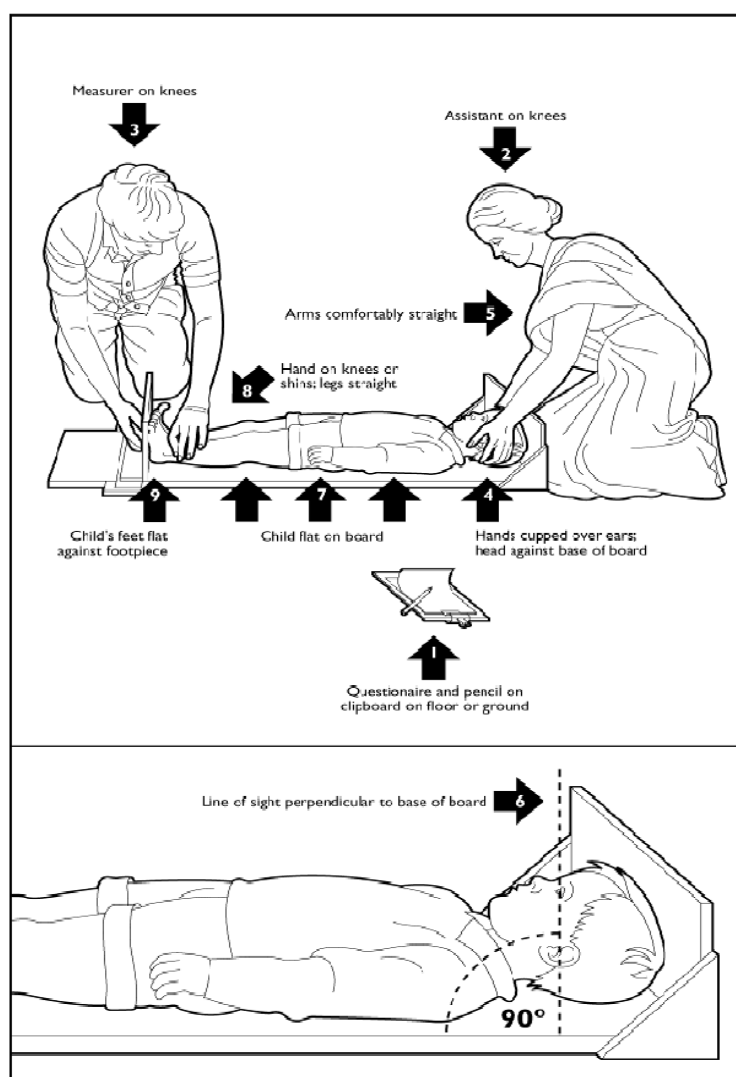
Pour les enfants de moins de 2 ans (si l'âge n'est pas connu, taille inférieure à 87 cm) :

1. Placez la toise horizontale sur le sol (sur une surface bien plane) ou sur une table, et allongez-y l'enfant au milieu, en décubitus dorsal.
2. Un assistant doit maintenir le côté de la tête de l'enfant et le positionner jusqu'à ce que sa tête touche « la tête de la toise » (l'extrémité fixe de la toise). Il est recommandé que l'accompagnant se place entre la personne qui mesure l'enfant et l'assistant pour rester en contact visuel avec le petit et le réconforter, tout en appuyant légèrement sur son thorax, son abdomen et ses hanches pour qu'il reste bien à plat sur la toise.
3. Le mesureur doit positionner et tenir les genoux ou les chevilles de l'enfant sur une ligne droite et ramener le « pied de la toise » (la partie mobile) à angle droit contre les pieds de l'enfant.
4. Le mesureur doit lire à haute voix la taille avec une précision de 0,1 cm. L'assistant qualifié doit noter clairement– et/ou reporter sur le graphique– la taille de l'enfant, avec une précision de 0,1 cm, sur la fiche ad hoc du dossier du patient. Si aucun assistant qualifié n'est disponible, vous noterez vous-même la mesure ou la reporterez sur le graphique.
5. Vérifiez que la taille notée ou reportée sur le graphique soit exacte et lisible.



Dans de nombreuses cultures, la pratique consistant à mesurer un enfant en position couchée est associée à la mort (mesure prise pour les dimensions du cercueil). D'où l'importance des séances d'éducation pour préparer les accompagnants à cette procédure. many cultures, the practice of

ILLUSTRATION 6: MESURE DE LA TAILLE A L'AIDE D'UNE TOISE - ENFANT <2 ANS. ©SYLVAIN CHERKAOUI 2017

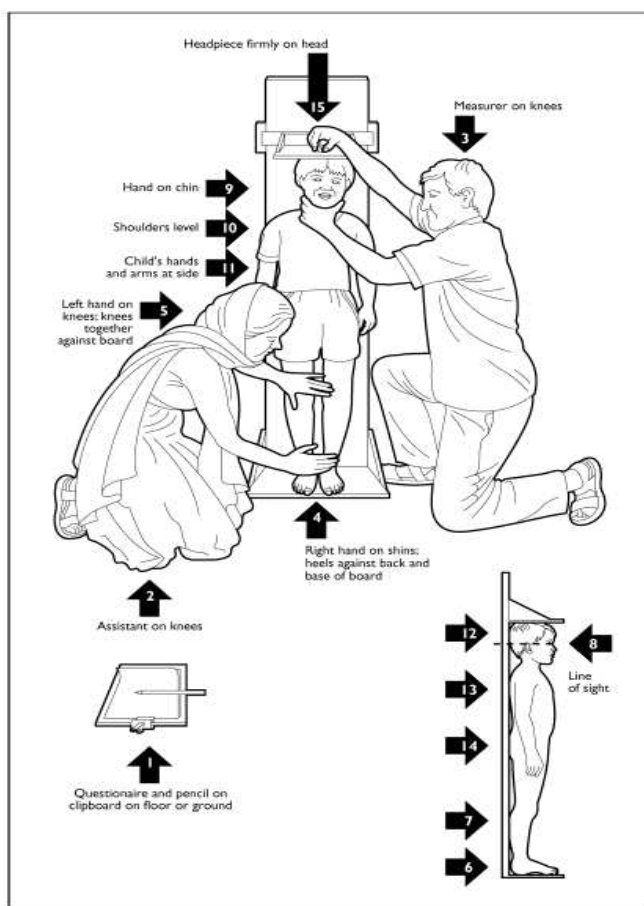
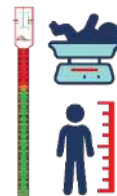


Source: How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children, United Nations, 1986.

ILLUSTRATION 7: COMMENT MESURER LA TAILLE D'UN ENFANT EN POSITION COUCHEE. SOURCE : NATIONS UNIES 1986

Pour les enfants de plus de 2 ans (si l'âge n'est pas connu, taille supérieure à 87 cm) :

1. Placez la toise à la **verticale**.
2. **Retirez les chaussures de l'enfant** et placez-le au milieu de la toise.
3. Un assistant doit appuyer et maintenir les **chevilles et les genoux de l'enfant contre la toise**, en s'assurant que sa tête, ses épaules, ses fesses, ses genoux et ses talons touchent la toise et restent bien droit.
4. La personne qui effectue la mesure doit placer la tête à **angle droit par rapport au curseur**.
5. Le mesureur doit lire la taille à haute voix, avec une précision de **0,1 cm**. L'assistant qualifié doit noter clairement – et/ou reporter sur un graphique – la taille de l'enfant, avec une précision de 0,1 cm, sur la fiche ad hoc du dossier du patient. Si aucun assistant qualifié n'est disponible, vous noterez vous-même la mesure ou la reporterez sur le graphique.
6. Vérifiez que la taille notée ou reportée sur le graphique soit exacte et lisible



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

ILLUSTRATION 8: COMMENT MESURER LA TAILLE EN POSITION DEBOUT. SOURCE : NATIONS UNIES, 1986



REMARQUE : En position allongée, un individu mesure en moyenne 0,7 cm de plus qu'en position debout.

Si un enfant **de moins de 2 ans** ne veut pas rester couché pour être mesuré, mesurez-le debout et **ajoutez 0,7 cm**.

Si un enfant de **2 ans ou plus** ne tient pas debout, mesurez-le en position couchée et **soustrayez 0,7 cm**.

Il est important de respecter cette règle afin de pouvoir comparer les tailles avec celles du tableau de référence de l'OMS de 2006

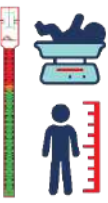
Calcul du poids-pour-taille z-score (PTZ)

Il s'agit de la mesure la plus souvent utilisée dans les centres de santé pour dépister la malnutrition aiguë, car la mesure du poids et de la taille n'est pas toujours pratique ou facile à réaliser au niveau communautaire ou chez les enfants très malades, pour qui la mesure du PB représente la mesure de choix.

L'utilisation du PTZ permet de situer l'enfant par rapport aux normes de croissance de l'OMS (2006) et de déterminer ainsi son degré de malnutrition.

TABEAU 4: CATEGORIES PTZ POUR LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

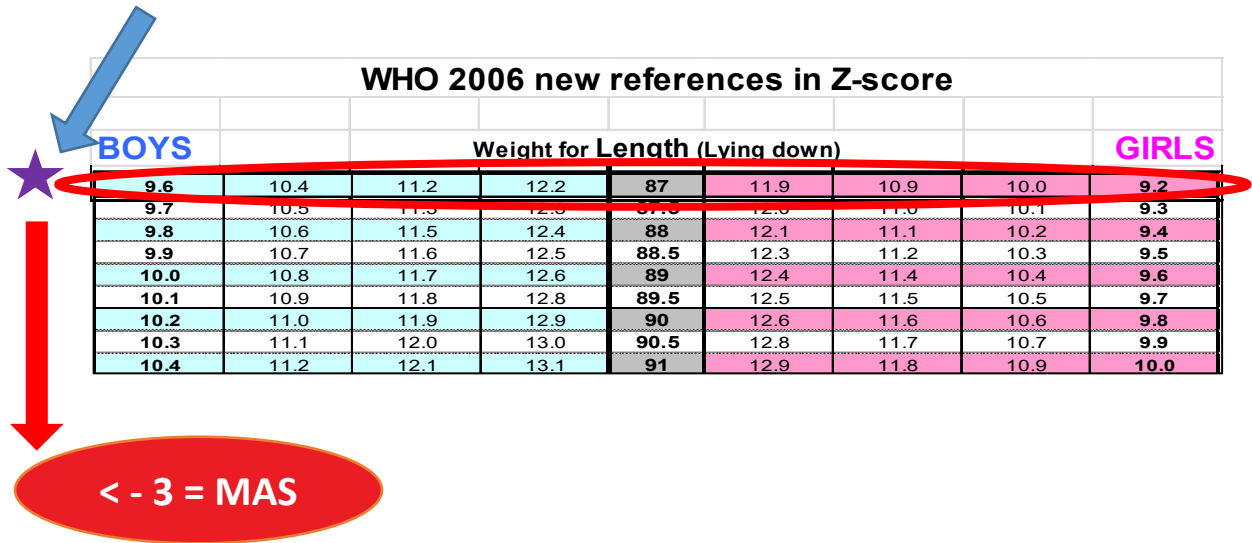
PTZ	Signification
≥ -2	Pas de malnutrition aiguë
≥ -3 et < -2	Malnutrition aiguë modérée (MAM)
< -3	Malnutrition aiguë sévère (MAS)



INSTRUCTIONS (A L'AIDE DE L'EXEMPLE DE TRAVAIL CI-DESSOUS):

1. Prenez la taille de l'enfant et regardez à gauche du tableau s'il s'agit d'un garçon ou à droite s'il s'agit d'une fille
2. Repérez la catégorie de z-score pour le poids que vous avez mesuré.
3. Dans l'exemple ci-dessous, vous pouvez voir qu'un garçon qui mesure 87 cm et pèse 9,4 kg figure en-dessous de 9,6 kg (étoile violette), la valeur seuil pour la catégorie -3. Cet enfant a donc un z-score inférieur à -3 (< -3) et est donc classé « MAS »

**Garçon mesurant 87cm
et pesant: 9,4kg**



Les tableaux complets sont disponibles en version imprimable sur la page SharePoint du GTN ainsi qu'à l'[Annexe 2](#)



Le PTZ doit être calculé à l'admission sur la base de la **taille à l'admission**.

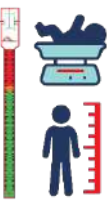
Ne recalculiez pas en permanence ce PTZ si l'enfant reste suffisamment longtemps dans le programme pour qu'il ait le temps de grandir (habituellement plus de 4 semaines). Vous ne feriez que « modifier les règles du jeu », et l'enfant n'atteindra donc jamais son objectif de poids.

Veuillez noter MSF a créé le tableau ci-dessus (et ceux de l'[Annexe 2](#)) pour que les filles et les garçons soient représentés sur un même tableau. Il existe également des tableaux simplifiés de l'OMS, distincts pour les garçons et les filles. Ces tableaux sont disponibles [ici](#) sur le SharePoint du GTN. Utilisez les tableaux qui vous semblent les plus pratiques.

Évaluation des autres complications nutritionnelles

Cette évaluation concerne le plus souvent les nourrissons de moins de 6 mois ayant un PTZ ou un poids-pour-âge z-score (PAZ) normal, mais elle peut également concerner des enfants de plus de 6 mois avec un PTZ et un PB normaux, bien qu'il s'agisse spécifiquement de complications en rapport avec la nutrition/l'alimentation et non de complications en pédiatrie générale.

Il s'agit des complications suivantes :



- Anomalies morphologiques empêchant l'alimentation (par ex. « bec de lièvre »)
- Anomalie de tonus, de posture ou de mouvement influençant la prise d'aliments/boissons
- Toux et larmolement pendant l'alimentation (signes de « fausse route »)
- Refus de s'alimenter (d'origine physiologique ou psychologique)

Comme expliqué ci-dessous à la [Section 5.6.3](#) sur l'examen physique, le présent protocole n'aborde pas toutes les complications devant faire l'objet d'un examen clinique¹³ ; pour en savoir plus à ce sujet, nous vous invitons à consulter le GCP.

Ce qu'il faut absolument retenir, c'est que l'admission d'enfants dans un programme nutritionnel ne doit pas uniquement se baser sur les mesures anthropométriques. Si une évaluation montre que l'enfant souffre d'un problème nutritionnel/alimentaire et que nous pourrions aider le patient et sa famille en admettant l'enfant dans un CNTA (voire un CNTH), il faudra tout mettre en œuvre pour que cette admission se fasse.

Il se peut aussi qu'après quelques semaines/mois de traitement dans le CNTA (ou le CNTH), l'état de l'enfant ne s'améliore pas (c'est notamment le cas des enfants atteints d'une grave malformation congénitale l'empêchant de s'alimenter correctement). Dans ce cas, il y a lieu d'expliquer avec tact à l'accompagnant que nos services ont des limites et de voir si d'autres services/structures de santé/organisations ne pourraient pas prendre le relais.

¹³ Veuillez noter que le Groupe de travail « Nutrition » s'efforce actuellement de mettre à disposition davantage de ressources sur l'évaluation et la prise en charge d'enfants porteurs d'un handicap pouvant avoir un impact sur leur état nutritionnel – Consultez régulièrement notre page SharePoint.



DÉPISTAGE NUTRITIONNEL – CHECKLIST POUR LES VISITES

Le type de dépistage nutritionnel réalisé à chaque visite dépendra des critères d'admission utilisés (par ex. projet utilisant exclusivement le PB ou projet utilisant et le PTZ et le PB)

Projet utilisant le PTZ et le PB :

- Évaluation de l'**œdème** : à chaque visite
- **Poids** : chaque visite
- **PB** : chaque visite
- **Taille** : toutes les quatre semaines (ne pas recalculer le PTZ ou le poids cible à chaque fois)
- Évaluation d'autres **complications nutritionnelles** : chaque visite et/ou en fonction des indications cliniques
- Se renseigner auprès de l'accompagnant sur les éventuels problèmes d'**appétit** de l'enfant : chaque visite

Projet utilisant exclusivement le PB :

- Évaluation de l'**œdème** : à chaque visite
- **PB** : chaque visite
- Évaluation d'autres **complications nutritionnelles** : chaque visite et/ou en fonction des indications cliniques
- Se renseigner auprès de l'accompagnant sur les éventuels problèmes d'**appétit** de l'enfant : chaque visite
- [Poids : chaque visite – certains projets utilisant uniquement le PB comme critère d'admission peuvent continuer à surveiller le poids à chaque visite]

REMARQUE : Les projets utilisant exclusivement le PB pour l'admission pourront aussi avoir besoin de connaître le poids de départ de l'enfant pour calculer la posologie du traitement médical systématique et d'autres traitements éventuellement prescrits.



Disponible [ici](#) pour impression



5.5. POSTE « TEST D'APPETIT »

Un bon appétit et la capacité de manger des ATPE comptent parmi les critères internationalement reconnus pour décider si un patient doit recevoir des soins ambulatoires ou en milieu hospitalier. Nous testons donc l'appétit d'un enfant souffrant de malnutrition aiguë en le regardant manger des ATPE à son arrivée dans un centre de santé (et lors d'autres visites si son état clinique l'exige). Il s'agit toutefois d'une question complexe et plusieurs aspects doivent ici être pris en compte.



Si un enfant présente une complication médicale suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation, le test d'appétit **ne doit pas** être réalisé. Dans ce cas, ce test peut représenter une perte de temps et être une source de stress supplémentaire tant pour le patient que pour l'accompagnant.

Le test d'appétit doit en revanche être réalisé chez les enfants **ne présentant aucune complication médicale**, s'il est nécessaire de déterminer s'ils ont besoin d'un traitement et de soins hospitaliers ou ambulatoires.

Un enfant présentant un **manque d'appétit constant** est susceptible de souffrir d'une infection grave et/ou d'un trouble métabolique. Il devra donc être hospitalisé. En outre, d'un point de vue pratique, un enfant qui ne peut pas ou ne veut pas manger un ATPE a peu de chances d'en manger à la maison et le traitement ambulatoire a donc peu de chances de porter ses fruits.

Il est très important d'effectuer le test d'appétit correctement et en faisant preuve de beaucoup de patience. Même si ce test est correctement réalisé, un échec ne reflètera pas toujours fidèlement « l'état » de l'appétit de l'enfant. Le test peut en effet échouer pour diverses raisons.

Par exemple :

- L'enfant vient peut-être de manger/boire et n'a donc pas forcément à nouveau faim (sensation de satiété)
- L'enfant peut être perturbé ou stressé par cet environnement inconnu, d'où un refus de manger (l'accompagnant peut également être stressé par ce nouvel environnement et communiquer son stress à l'enfant)
- Réaction comportementale, normale pour l'âge de l'enfant, caractérisée par le refus d'obéir aux instructions/de faire plaisir à personne qui l'accompagne (surtout si c'est un de ses parents)
- L'ATPE est un aliment nouveau pour l'enfant. Celui-ci n'est peut-être pas prêt à en manger pendant son court séjour au centre (mais il l'accepterait peut-être dans son environnement habituel où il aura plus de temps pour accepter cette nouveauté).



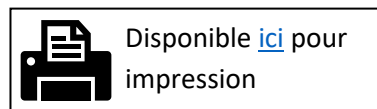
5.5.1. Le test d'appétit : pour qui ? ¹⁴

- À chaque **nouvelle** admission ou première visite pour les patients **venant d'un CNTH**¹⁵
- Dans le cadre du suivi des patients dont le **poids stagne** (pas de gain de poids depuis la dernière visite)
- Dans le cadre du suivi des patients **ayant perdu du poids** depuis la dernière visite (les patients ayant perdu > 5 % de leur poids doivent être envoyés directement dans un CNTH)
- Pour le suivi des patients lorsque leur **accompagnant fait état d'un problème d'appétit** ou de refus des ATPE à la maison (**REMARQUE : IL Y A LIEU DE POSER LA QUESTION À L'ACCOMPAGNANT LORS DU DÉPISTAGE NUTRITIONNEL, APRES LA PRISE DES MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES**)
- Ou pour tout patient, lorsque le clinicien en charge de la consultation s'inquiète au sujet de l'appétit/de l'état de santé de l'enfant (l'enfant doit alors refaire le test d'appétit)

5.5.2. Où réaliser le test d'appétit ?

- Le test d'appétit doit être effectué avec soin et patience, dans un endroit **calme**, et de préférence dans une zone séparée des autres postes ou des zones d'attente.
- Lors du test d'appétit, tous les accompagnants et les patients doivent être installés à **l'ombre, dans un endroit abrité**
- De **l'eau potable** doit être mise à disposition, ainsi que des tasses, si nécessaire (qui sont lavées régulièrement)
- La poste doit être équipée d'une zone pour **l'hygiène des mains**
- Il peut être utile d'expliquer le test d'appétit à l'aide de **photos** ou **d'affiches**, avec des photos ou du texte dans la langue locale.
- Le personnel doit avoir été bien formé pour réaliser le test d'appétit et être toujours prêt à encourager et à soutenir l'accompagnant et le patient
- Il faut prévoir au moins 1 personne pour 10-15 binômes accompagnant/enfant pour surveiller le test et apporter de l'aide et des encouragements.

5.5.3. Déroulement du test d'appétit :



- Expliquez à l'accompagnant l'**objectif** de ce test
- Demandez-lui de **se laver les mains**, ainsi que les mains et le visage de l'enfant. Il devra aussi éliminer toute saleté ou poussière visible sur le sachet d'ATPE.
- Assurez-vous que l'accompagnant soit **assis bien confortablement**, et que l'enfant soit bien installé sur ses genoux. L'enfant doit être en position assise – qu'il puisse rester assis seul ou qu'il doive être soutenu par l'accompagnant pour rester dans cette position. *N'oubliez pas qu'en position couchée, il y a un risque de fausse route/d'aspiration (de l'ATPE ou de l'eau).*

¹⁴ Certains protocoles plus anciens de MSF prévoyaient un test d'appétit pour tous les patients, à chaque visite. Ce n'est plus le cas car nous disposons à présent de nouvelles données montrant les limites du test d'appétit (Zangenberg, M et al « Critical evaluation of the appetite test for children with severe acute malnutrition » (2019) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tmi.13360>) En outre, les acteurs de la communauté internationale de la nutrition tendent aujourd'hui à privilégier l'efficacité des visites dans les CNTA et donc à abandonner ce test qui prend du temps, pour les patients et pour les accompagnants. Les différentes sections et projets de MSF pourront toutefois décider librement de suivre ou non cette recommandation. Cette décision sera prise par le département des opérations et les conseillers médicaux concernés.

¹⁵ Patients se présentant pour la première fois dans ce CNTA ou sortis de ce CNTA il y a plus de deux mois.



- Appuyez sur /malaxez le sachet avant de l'ouvrir pour **ramollir l'ATPE et le répartir uniformément** dans le sachet. *Remarque : Vous pouvez confier cette tâche à l'enfant pour qu'il s'habitue au produit et qu'il considère ce test comme un jeu. Il sera alors plus à l'aise.*
- L'ATPE doit être soit prélevé directement au sachet, soit en mettant une petite quantité sur le doigt de l'accompagnant (la première méthode doit être privilégiée de façon à réduire le risque de contamination). L'accompagnant doit lui proposer l'ATPE calmement et sans forcer, et l'encourager régulièrement à manger, de manière verbale et non-verbale.
- Si l'enfant refuse de manger, accordez-lui une petite pause. L'accompagnant continuera à l'encourager calmement à manger, en prenant le temps nécessaire.
- Pour les enfants de moins de 1 an et si l'ATPE est un biscuit (par exemple un BP100), vous pouvez lui préparer une bouillie en y ajoutant un peu d'eau chaude potable (ne pas faire bouillir le mélange pour préserver les micronutriments !).
- Le test doit durer environ une demi-heure (certains enfants auront besoin de plus de temps ; beaucoup seront plus rapides). **Il ne faut jamais forcer l'enfant à manger l'ATPE.**
- L'enfant doit recevoir à boire pendant le test d'appétit (au moins 1 ml d'eau par kcal ingérée) et il faut inciter l'accompagnant à lui en proposer (souvenez-vous que dans bien des cas, il a déjà marché longtemps/fait un long voyage pour arriver jusqu'au centre, il n'a souvent pas pu boire de l'eau pendant le trajet, il fait chaud, l'ATPE (pâte ou biscuit) est épais et impossible à manger si l'enfant ne boit pas suffisamment d'eau)

Le Tableau 5 ci-dessous présente un schéma posologique simplifié pour les quantités d'ATPE en fonction du poids de l'enfant.

TABEAU 4: QUANTITÉS MINIMALES D'ATPE POUR LE TEST D'APPÉTIT EN FONCTION DU POIDS DE L'ENFANT

Poids de l'enfant (kg)	QUANTITÉS MINIMALES D'ATPE		Quantité d'eau à boire (ml)
	ATPE – pâte (sachet de 92 g = 500 kcal)	ATPE – biscuit (barre de 57 g = 300 kcal)	
< 6	¼ sachet	½ barre	150 ml
6,0 – 11,9	½ sachet	1 barre	250 ml
12,0 – 15,0	¾ sachet	1 barre ½	400 ml
> 15	1 sachet	2 barres	500 ml

5.5.4. Résultat du test d'appétit

- Le test d'appétit est considéré comme **réussi** si l'enfant mange au moins la quantité indiquée dans le tableau ci-dessus.
- Il y a **échec** du test d'appétit si l'enfant mange une quantité inférieure à celle indiquée dans le tableau ci-dessus. À titre indicatif, un test peut être considéré comme non réussi si l'enfant n'a pas consommé la quantité requise d'ATPE en une heure, mais l'évaluation doit se faire au cas par cas. L'enfant doit alors être **transféré** à l'hôpital ou au centre nutritionnel hospitalier pour une nouvelle évaluation. Au terme de celle-ci, il sera probablement admis au CNTH.



Le test d'appétit est également l'occasion idéale d'observer les interactions entre l'accompagnant et l'enfant et de détecter d'éventuels problèmes psychosociaux. Dans ce cas, vous pourriez les aiguiller vers des services de soutien en santé mentale, dans le CNTA ou dans une autre structure de santé/un centre communautaire.



5.6. CONSULTATION MEDICALE

Il est essentiel de souligner l'importance de cette consultation – un CNTA n'est pas un centre de distribution d'ATPE. C'est un centre qui dispense des soins pédiatriques.

La consultation médicale est une consultation pédiatrique au cours de laquelle on procède à l'examen clinique du patient. On évalue aussi ses mesures anthropométriques ainsi que sa progression vers l'atteinte des objectifs de poids ou de PC (selon qu'il s'agisse d'un projet PTZ et PB ou exclusivement PB).

Cette consultation offre également une excellente occasion de demander à l'accompagnant s'il a des questions ou des inquiétudes à propos du traitement médical ou nutritionnel de l'enfant ou toute autre question sur sa santé. Dans de nombreux contextes et cultures, les accompagnants n'osent pas toujours poser ces questions : c'est donc au personnel clinique qui assure cette consultation de créer une atmosphère favorable et de demander patiemment à l'accompagnant s'il a des questions ou des inquiétudes.



UNE CONSULTATION PÉDIATRIQUE NE DOIT PAS FORCÉMENT ÊTRE ASSURÉE PAR UN PÉDIATRE.

Dans la majorité des CNTA où MSF travaille, ces consultations sont le plus souvent assurées par des infirmiers, des responsables cliniques ou même des agents de santé communautaire. Si la consultation n'est pas assurée par un pédiatre, il faudra veiller à former cette personne et lui fournir les ressources et le matériel nécessaires pour qu'elle puisse réaliser de manière fiable une consultation générale et centrée sur le patient.

Ces personnes doivent toujours avoir accès à tous les guides, protocoles et algorithmes MSF utiles (le Guide clinique pédiatrique sera généralement le plus utile) et pouvoir utiliser des outils électroniques tels que **MSF eCARE-Ped** (<https://msfintl.sharepoint.com/sites/OCG/MED/MSFeCARE/MSFeCARE-Ped>).

En outre, une supervision technique étroite par un clinicien plus expérimenté devra toujours pouvoir être assurée sur le site et il faudra également proposer des **formations nouvelles ou de remise à niveau** à intervalles réguliers. Vous trouverez toutes les formations disponibles dans le domaine de la nutrition sur Tembo (<https://tembo.msf.org/>) ainsi que sur la page SharePoint du GTN, [ici](#).

5.6.1. La consultation médicale : pour qui ?

- Tous les patients qui se présentent au CNTA (nouvelles admissions et patients en suivi)

5.6.2. Où la consultation médicale doit-elle avoir lieu ?

- La consultation médicale doit se dérouler dans une locale **bien ventilée**, aménagée pour être **accueillante** et ne pas être impressionnante pour le patient et l'accompagnant. N'hésitez donc pas à

décorer les murs avec quelques photos ou dessins humoristiques (une simple copie imprimée d'un dessin, protégée dans une pochette en plastique et collée sur une tente fera déjà l'affaire !)

- Il doit y avoir une zone pour l'**hygiène des mains**
- Essayez d'aménager la poste de façon à garantir au maximum l'**intimité des patients**. Des écrans et des structures temporaires peuvent être utilisés en l'absence de structures permanentes.
- Le personnel clinique en charge de la consultation doit avoir accès à tous les **équipements, matériels et ressources de référence** dont il peut avoir besoin.
- La poste doit être suffisamment **spacieuse** et correctement **équipée** (par ex. une table d'examen) pour permettre un examen physique approfondi.
- Les accompagnants et les patients devront souvent attendre leur tour. Assurez-vous donc que la zone d'attente réponde aux critères minima décrits à la [Section 5.3](#).



5.6.3. Déroulement de la consultation médicale :

Le déroulement de l'anamnèse et de la consultation médicale est expliqué de manière détaillée dans le Guide clinique pédiatrique (GCP)

Vous pouvez aussi utiliser les **checklists** des [Annexes 3 et 4](#), également disponibles en ligne, [ici](#).

Une **consultation médicale d'admission** peut prendre **15-20** minutes (minimum), le temps nécessaire pour faire une anamnèse complète (déroulement de la naissance, antécédents nutritionnels et familiaux, etc.). Il faudra parfois prévoir davantage de temps afin d'expliquer aux nouveaux patients et à leur accompagnant le fonctionnement du CNTA, et notamment le déroulement de la consultation médicale.

Une **consultation médicale de suivi** dans un CNTA durera entre **10-15** minutes (minimum)¹⁶.

Nous allons à présent passer en revue ci-dessous une série d'aspects de l'anamnèse et de l'examen pédiatrique auxquels il convient d'être attentif, **en plus de ceux expliqués dans le GCP**, chez un enfant souffrant de malnutrition. Ces aspects sont particulièrement importants lors de la **visite d'admission**, même si vous pourriez être amené à poser à nouveau les mêmes questions lors des visites de suivi si l'état clinique du patient l'exige.

¹⁶ Soeteman et al « Improving patient experience in a pediatric ambulatory clinic: a mixed method appraisal of service delivery » *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2015;8 147–156. Irving G, et al. « International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries » *BMJ Open* 2017;7:e017902. DOI :10.1136/bmjopen-2017-017902



Anamnèse



COMPRÉHENSION DE LA MALNUTRITION PAR L'ACCOMPAGNANT

Il est essentiel de bien comprendre la façon dont **la malnutrition est perçue dans votre contexte**. Discutez avec le responsable PS et de l'engagement communautaire de votre projet pour découvrir comment en savoir plus à ce sujet (évaluation au niveau communautaire, entretiens avec le personnel national, etc.)

Il est très important d'écouter **comment** l'accompagnant décrit ce qu'il considère être le problème de santé dont souffre l'enfant. Même si vous faites appel à un interprète, veillez à ce qu'il traduise le plus fidèlement possible (avec les « mots exacts ») ce que dit l'accompagnant.

De nombreux accompagnants ne font pas le lien entre l'état de l'enfant et la malnutrition aiguë. Pour ces personnes, s'entendre dire que l'enfant souffre de malnutrition peut être **difficile à comprendre ou à accepter**

De nombreuses **croyances traditionnelles** sont associées à la malnutrition. Il est donc important d'essayer de rechercher, d'analyser et de comprendre les croyances spécifiques à votre contexte d'intervention.

Il faut ensuite s'efforcer d'aider les accompagnants, en faisant preuve de respect à leur égard, à comprendre les **causes physiologiques** des signes et des symptômes de l'enfant, en utilisant des termes qu'ils sont en mesure de comprendre et en se gardant de mépriser leurs croyances.

Il ne faut pas non plus oublier que les accompagnants ressentent souvent de la **honte** lorsqu'on leur explique que l'enfant souffre de malnutrition aiguë. Il faut donc être attentif à cet aspect et bien faire comprendre que c'est rarement « de sa faute » et que vous êtes là pour l'aider à soigner son enfant avec lui.

Anamnèse nutritionnelle

Toute consultation pédiatrique doit inclure une anamnèse nutritionnelle de base. L'anamnèse doit être plus approfondie dans le cas d'un enfant souffrant de malnutrition car elle peut réellement contribuer à clarifier certains des facteurs à l'origine du problème. Cela permet aussi de mieux personnaliser les services d'éducation à la santé et de promotion de la santé, ainsi que les séances de soutien en santé mentale offerts à l'enfant et à son accompagnant.

Vous trouverez ci-dessous une checklist. Toutefois, en fonction du contexte (par exemple contexte d'urgence ou contexte stable), de l'enfant et de l'accompagnant, d'autres questions pourront également être importantes. Il faudra alors les poser)¹⁷

État nutritionnel actuel

- L'accompagnant pense-t-il que l'enfant est malnutri ? (utilisez la terminologie locale)
- Quand l'enfant a-t-il commencé à perdre du poids ? (jours/semaines/mois ou utilisation des événements du calendrier local)
- L'accompagnant a-t-il une explication à cette perte pondérale ?

¹⁷ Des ressources supplémentaires sur l'anamnèse nutritionnelle et l'évaluation seront bientôt publiées sur la page SharePoint du GTN. Consultez donc régulièrement [ce lien](#)



- En cas d'œdème, quand celui-ci est-il apparu ? (jours/semaines/mois ou utilisation des événements du calendrier local + terminologie locale). Où l'œdème est-il apparu ? (Vérification de l'origine nutritionnelle)
- Selon l'accompagnant, à quoi l'œdème est-il dû ?
- L'appétit de l'enfant s'est-il récemment modifié ? Depuis quand ? Demandez depuis combien de jours/semaines/mois ou utilisez les événements du calendrier local + terminologie locale. L'enfant a-t-il encore un peu d'appétit ?
- Quand a-t-il pris mangé/bu pour la dernière fois ? Qu'a-t-il bu/mangé ? (La réponse pourrait faciliter le diagnostic d'une hypoglycémie, bien que la glycémie devrait déjà avoir été contrôlée lors de l'évaluation initiale au SU)

Régime alimentaire habituel et habitudes de repas

- Combien d'enfants dans la famille ? Rang de naissance du patient ? D'autres enfants de la famille souffrent-ils de malnutrition ? (pour le savoir, vous pouvez demander si d'autres enfants sont pris en charge dans le CNTA ou dans un autre PTA)
- Quel est le régime alimentaire habituel de l'enfant ? Demandez de décrire les repas d'une journée type (en-dehors des fêtes ou des événements spéciaux)
- L'enfant reçoit-il régulièrement des substituts de lait maternel (SLM) ? (Par exemple, du lait maternisé)
- Combien d'enfants se partagent-ils le même bol/la même assiette d'aliments lors des repas ?
- Y a-t-il des aliments que l'enfant n'est pas autorisé à manger ? (En raison des précédents conseils médicaux ou en raison de croyances alimentaires)
- L'enfant a-t-il habituellement des difficultés pour manger et boire ? Renverse-t-il souvent la nourriture, tousse-t-il, pleure-t-il, refuse-t-il des aliments ? (Recherchez un handicap/une malformation congénitale pouvant entraîner des difficultés d'alimentation)
- Sur une journée type, la mère/l'accompagnant a-t-il la possibilité de manger les aliments et les quantités de nourriture souhaités ? Dans la négative, pourquoi ? (Il s'agit d'une question de base permettant d'évaluer la sécurité alimentaire dans le foyer. Ce point est d'autant plus important si la mère allaite)



Les réponses à ces questions ne doivent pas seulement être consignées, elles doivent déboucher sur des actions. Elles peuvent par exemple être utiles pour expliquer le traitement nutritionnel à l'accompagnant ou pour dispenser des conseils pertinents et adaptés à **cet accompagnant et ce patient**, dans le cadre des efforts de promotion et d'éducation à la santé et du *counseling*.

Allaitement et sevrage

Les questions présentées ici seront posées en fonction de l'âge de l'enfant. Rappelons que l'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et ensuite – jusqu'à 2 ans et plus – l'alimentation mixte (aliments solides complétés par le lait maternel).



L'allaitement maternel est parfois un sujet sensible : veuillez-donc à poser vos questions de manière bienveillante, en vous gardant de tout jugement. Plusieurs raisons peuvent faire qu'une mère soit/ait été dans l'impossibilité d'allaiter. Il faut éviter qu'elle se sente coupable face à des choix ou des circonstances sur lesquels elle n'a aucun contrôle.



- **L'enfant a-t-il été nourri au sein ?**

OUI	ACTIONS
○ L'enfant a-t-il reçu autre chose que du lait maternel à la naissance ou ensuite ? (Par ex. du thé, de l'eau sucrée, du lait d'animal, etc. (Essayez de savoir si c'était au cours des 6 premiers mois ?) Si oui, qu'a-t-il reçu ?	○ Si l'enfant est âgé de 6-24 mois et qu'il a reçu d'autres boissons et aliments, essayez de dissuader l'accompagnant de lui donner des boissons non adaptées, comme de l'eau sucrée. ○ Si l'enfant a reçu du lait et que l'accompagnant souhaite continuer à lui en donner, donnez-lui des conseils d'hygiène pour la préparation du lait maternisé. ○ Si l'enfant <12 mois, expliquez bien que s'il continue à recevoir du lait d'animal, celui-ci doit être bouilli et refroidi avant sa consommation. ○ Profitez de l'occasion pour rappeler à l'accompagnant l'importance de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Un conseil utile pour de futures grossesses et un message utile à faire passer au sein de la communauté.
○ L'enfant est-il toujours nourri au sein ? Combien de tétées par jour environ ?	○ Si oui, profitez-en pour discuter d'un horaire pour les rations d'ATPE et les tétées, afin de garantir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à au moins 2 ans.
○ L'allaitement a-t-il posé/pose-t-il problème, du fait de la mère ou du nourrisson ?	○ Si l'allaitement pose problème, expliquez à la maman comment améliorer les choses ou aiguillez-la vers un service spécialisé.

NON	ACTIONS
○ Quels SLM l'enfant a-t-il reçu ? (Ne pas oublier de demander s'il s'agit de lait animal ou de lait maternisé, etc.)	○ Si l'enfant a reçu/reçoit du lait maternisé, vérifiez si l'accompagnant le prépare bien conformément aux instructions ○ Si l'enfant <12 mois, expliquez bien que s'il continue à recevoir du lait d'animal, celui-ci doit être bouilli et refroidi avant sa consommation.
○ Le cas échéant, demandez pourquoi l'enfant n'a pas été nourri au sein.	○ Vous pourrez ainsi vous faire une idée des pratiques nutritionnelles et de soins à la maison et identifier les autres membres influents du ménage (par ex. belle-mère, mari, etc.) pouvant également



- À quel âge l'enfant a-t-il été sevré¹⁸? (S'il a été sevré avant 6 mois, essayez de savoir pourquoi)
- Quels aliments ont été utilisés pendant la période de sevrage et y a-t-il eu des problèmes d'alimentation à ce moment ?

Examen physique

Cet aspect est traité de manière détaillée dans le GCP, veuillez les consulter.

Vous pouvez également utiliser la **checklist** disponible à l'[Annexe 4](#), qui est également disponible en ligne, [ici](#).

Nous allons passer ci-dessous en revue une série d'aspects de l'examen clinique pédiatrique auxquels il convient d'être attentif – en plus des conseils figurant dans le GCP – chez un enfant souffrant de malnutrition.

Évaluation de l'œdème nutritionnel

Voir la [Section 5.4.3](#) ci-dessus. L'œdème devra avoir été évalué lors du dépistage nutritionnel mais il doit également être réévalué lors de la consultation médicale.

Évaluation de la déshydratation

Il est difficile d'évaluer l'état d'hydratation des patients souffrant de MAS. **De nombreux signes typiques de déshydratation ne sont pas fiables :**

- Le test du pli cutané n'est souvent pas fiable car en cas de marasme, la peau de l'enfant est flasque et « ridée », et les plis cutanés persistants sont principalement dus à la fonte de la graisse sous-cutanée.
- La turgescence cutanée peut sembler normale chez un enfant atteint de kwashiorkor, même s'il est hypovolémique.
- De nombreux patients atteints de marasme ont les yeux enfoncés, un signe qui fait partie du tableau clinique de cette forme de malnutrition. Il ne constitue dès lors pas un signe fiable de déshydratation comme c'est le cas chez les enfants qui ne souffrent pas de malnutrition.

Vu les difficultés que pose le diagnostic d'une déshydratation, l'on se basera davantage sur l'**anamnèse du patient** que sur l'examen clinique

Le diagnostic sera établi sur la base suivante :

Anamnèse et entretien avec l'accompagnant :

- **Perte** récente de **liquides** - diarrhée, **≥ 3 selles liquides/aqueuses**, ou vomissements. Une diarrhée chronique ou qui dure plusieurs semaines ne suffit pas à poser le diagnostic de déshydratation en l'absence de signes aigus de déshydratation.
- **Changements récents** dans l'apparence des yeux – par exemple des yeux semblant plus enfoncés que quelques heures plus tôt/que la veille.
- **Diurèse** - même si l'enfant porte encore des couches/langes, une personne qui s'en est occupée tout le temps de lui au cours des derniers jours remarquera immédiatement si le volume des urines a diminué.

¹⁸ Arrêt de l'allaitement maternel exclusif et introduction d'autres aliments, complétés ou non par du lait maternel.

Demandez également si les urines sont plus foncées, s'il y a du sang dans les urines, si elles ont changé d'odeur, etc.



Examen clinique

- **La perte de poids** peut servir d'indicateur, lorsque le poids était connu avant l'apparition de la diarrhée.
- **La soif, l'irritabilité et l'agitation** peuvent être des signes/symptômes de déshydratation.

La dernière édition du GCP ABORDE LA QUESTION DU TRAITEMENT DE LA DÉSHYDRATATION CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE MAS



Concrètement, partez du principe que tous les enfants souffrant de MAS et ayant des selles liquides/aqueuses sont atteints de déshydratation à des degrés divers. Procédez à votre évaluation de manière méthodique. La clé d'une bonne prise en charge est de **réévaluer** régulièrement de l'état d'hydratation de l'enfant et de **surveiller étroitement** le traitement.

Recherche de malformations congénitales et autres handicaps à l'origine de difficultés d'alimentation

Le présent protocole n'entend pas décrire de manière exhaustive l'examen clinique pour le diagnostic de ces malformations.¹⁹ Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le GCP. Nous ne mentionnerons ici que quelques-unes des anomalies qui doivent motiver des examens plus approfondis.

Par exemple :

- Observez-vous un syndrome ou une malformation évidente, notamment une trisomie ?
- L'enfant semble-t-il excessivement raide ou peu tonique (« flasque ») à l'examen – tant au niveau central que périphérique ?
- Présente-il un bec de lièvre ou d'autres anomalies au niveau de la bouche ?
- L'enfant présente-il un développement normal compte tenu de son âge ? (S'asseoir, saisir des objets, ramper, etc. – pour plus de détails à ce propos, consultez le GCP).
- L'accompagnant a-t-il remarqué que l'enfant tousse excessivement, renverse les aliments ou s'étouffe quand il essaie de manger ?
- L'enfant a-t-il mal/manifeste-il des signes de douleur en mangeant (signes verbaux et non-verbaux) ?

L'**infirmité motrice cérébrale** et les **cardiopathies congénitales** sont d'autres causes fréquentes de malnutrition. Ce n'est pas une raison pour ne pas admettre les enfants qui en sont atteints dans un programme nutritionnel. Il faut toutefois aider l'équipe et les accompagnants à comprendre que sans traitement, ces pathologies sont souvent associées à un échec du traitement nutritionnel. Dans l'idéal, Ces enfants doivent être stabilisés d'un point de vue nutritionnel et médical avant d'être orientés, si possible, vers une prise en charge ou un soutien adapté.

¹⁹ Veuillez noter que le Groupe de travail « Nutrition » s'efforce actuellement de fournir davantage de ressources pour l'évaluation et la prise en charge des handicaps susceptibles d'affecter l'état nutritionnel de l'enfant – restez informés en consultant notre page SharePoint

Évaluation de la santé bucco-dentaire

L'évaluation de la santé bucco-dentaire est un élément clé de toute consultation pédiatrique. Elle s'avère particulièrement importante en cas de malnutrition car les pathologies bucco-dentaires peuvent constituer un obstacle majeur au traitement nutritionnel et passer inaperçues si elles ne sont pas spécifiquement recherchées lors de l'examen.



Liste de base des pathologies à rechercher :

- Muguet (voir le GCP pour le traitement)
- Caries dentaires qui peuvent être douloureuses et entraîner un refus de s'alimenter (enfant à référer pour traitement dentaire)
- Gingivite simple (voir protocole CNTH pour le traitement)
 - Hémorragies spontanées
 - Rougeur et douleur au niveau des gencives et de la bouche
 - Œdème local
 - Hypersalivation
- Gingivite ulcéro-nécrotique (voir le protocole CNTH pour le traitement)
 - Halitose
 - Ulcération gingivale
 - Tuméfaction avec gonflement/œdème du visage
 - Nécrose sèche
 - Perte tissulaire

Certains des signes et symptômes ci-dessus peuvent être évocateurs d'un noma, une pathologie spécifiquement associée à la malnutrition. Cette pathologie doit absolument être diagnostiquée rapidement et l'on recherchera donc des signes de noma chez tout enfant malnutri qui souffre d'une gingivite simple. Pour en savoir plus sur le noma, consultez le protocole CNTH



CHECKLIST POUR LA CONSULTATION MÉDICALE À CHAQUE VISITE :

Une série minimum d'activités doivent être réalisées en consultation médicale, et ce lors de chaque visite (liste non-exhaustive) :

- **Accueillez** l'accompagnant et le patient, mettez-les à l'aise et expliquez-leur comment cette consultation va se dérouler, en veillant à maintenir un bon contact visuel et à parler clairement et de manière compréhensible (éviter le jargon médical et les acronymes !) Vérifiez l'**identité du patient** et contrôlez son bracelet (s'il en a un)
- Relisez ce qui a été noté sur la fiche lors du triage/dépistage
- Reprenez les **signes vitaux** déjà évalués lors du triage/dépistage, en recherchant en particulier la présence de fièvre, de tachypnée (/bradypnée), de tachycardie(/bradycardie) et la saturation en oxygène (le cas échéant)
- Passez en revue les **examens** déjà effectués (par ex. dépistage du paludisme)
- Examinez les **mesures anthropométriques** et l'évaluation de l'**œdème** pour voir s'il y a une amélioration, un statu quo ou une détérioration par rapport aux précédentes visites (s'il s'agit d'une visite de suivi)
- Posez des « **questions ouvertes** » pour savoir si la maman s'inquiète pour la santé de son enfant, par exemple « Comment va votre enfant depuis la dernière fois ? » « Comment va votre enfant aujourd'hui ? »
- Réalisez l'**anamnèse pédiatrique** et l'**examen physique** conformément aux recommandations du GCP
RAPPEL : Assurez-vous d'avoir toujours bien demandé si le patient a présenté récemment les signes et symptômes suivants : fièvre, toux, dyspnée, convulsions, diarrhée ou vomissements.
- Discutez avec l'accompagnant du **poids/PB** de l'enfant
 - S'il a **pris du poids** : félicitez le patient et l'accompagnant et encouragez-les à continuer ainsi
 - Si le poids/le PB est **inchangé** : suivez les instructions à la Section 6.8.3.
 - S'il a **perdu du poids/si son PB a diminué** : suivez les instructions à la Section 6.8.3.
- En fonction des résultats de votre anamnèse et de l'examen physique, prescrivez des **examens** appropriés (si c'est possible dans votre projet), comme le dosage de l'hémoglobine (Hb) (en cas de signes et de symptômes d'anémie), un test de dépistage du paludisme (systématiquement réalisé à l'admission ou en cas de signes et de symptômes de paludisme lors de la consultation de suivi), etc.
- Veillez à avoir bien établi et documenté le **diagnostic différentiel** à la lumière des problèmes mis en évidence par l'anamnèse ou l'examen physique. Si vous avez la possibilité d'investiguer davantage pour établir un diagnostic final, faites-le et documentez ce **diagnostic final**.
RAPPEL : si vous n'êtes pas sûr de votre diagnostic, parlez-en toujours avec votre équipe ou consultez un confrère plus expérimenté.
- Si vous estimez que le patient doit être **pris en charge dans un CNTH** ou être hospitalisé pour une autre raison (chirurgie, isolement, etc.), informez le(s) membre(s) du personnel en charge de l'organisation des transferts et écrivez une lettre détaillée de demande de prise en charge
- Si vous estimez que le patient peut continuer à être traité en ambulatoire, prescrivez le **traitement approprié** (voir GCP) et calculez les quantités d'**ATPE** nécessaires d'ici la prochaine visite (voir Section 6.7.3)
- Vérifiez que le patient a bien bénéficié de tous les aspects de la **prise en charge médicale systématique**, notamment le **dépistage du VIH et de la TB** (voir Sections 5.7.1 et 5.7.2) et un traitement **vermifuge** (voir Section 6.6.5)
- Vérifiez si le patient est éligible à de nouvelles **vaccinations** depuis sa dernière visite et dans ce cas, expliquez à l'accompagnant où il peut aller faire vacciner l'enfant en lui rappelant l'importance de la vaccination.
- Demandez à l'accompagnant et à l'enfant s'ils ont d'**autres questions**, et s'ils n'en ont pas, expliquez-leur où ils doivent se rendre à présent.



5.7. DEPISTAGE DU VIH, DE LA TB ET DU PALUDISME

Ces activités de dépistage peuvent être réalisées pendant la consultation médicale ou dans d'autre(s) postes (il peut y avoir une poste dédiée au conseil pré-test VIH et une autre pour le test de dépistage proprement dit). Tout dépend des activités de dépistage, du nombre de patients, des RH et de l'espace physique disponibles.

5.7.1. Dépistage et test du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)²⁰

Introduction

Dans de nombreux contextes d'intervention de MSF, l'infection au VIH est fréquemment associée à la malnutrition. En l'absence de traitement, le pronostic est très mauvais. La malnutrition peut en outre être l'une des premières manifestations cliniques d'une infection au VIH chez l'enfant.

Dépistage et sérologie VIH



Tous les enfants admis dans un programme nutritionnel doivent faire l'objet d'examens visant à exclure une infection au VIH, si possible à l'admission ou peu de temps après.

Le projet doit également mettre en place un système d'orientation vers un programme national ou une autre organisation/ONG qui pourra soigner les enfants et leurs familles ou sinon, être en mesure d'offrir un traitement aux mères et aux enfants séropositifs

Dans les contextes où la faible prévalence du VIH (<1%) au sein de la population cible du projet peut être considérée comme un critère de non-dépistage systématique et où le dépistage et l'orientation/les soins des patients séropositifs se heurtent à d'importantes contraintes opérationnelles au sein d'un CNTA, nous recommandons de discuter avec votre référent VIH et votre référent nutrition de la meilleure approche et stratégie à mettre en œuvre dans le cadre de votre projet.

Chez les enfants de moins de 18 mois (<18 mois), l'exposition au VIH doit être confirmée en soumettant d'abord la mère au test de dépistage. Dans cette catégorie d'âge, un test – positif – de diagnostic rapide par détection des anticorps (TDR VIH) **ne confirme pas l'infection par le VIH**, mais **indique une exposition au VIH in utero** (transmission maternelle d'anticorps).

En outre, un TDR négatif à cet âge ne permet pas d'exclure définitivement une *exposition* ; c'est par exemple le cas si la contamination survient en fin de grossesse ou après l'accouchement. Dans ce cas, la mère peut ne pas avoir transmis ses anticorps au fœtus/bébé. **Par conséquent, chez les enfants de moins de 18 mois, l'exposition au VIH doit être recherchée en soumettant la mère à un TDR**. Lorsqu'il est impossible de tester la mère, on peut envisager de pratiquer ce test chez l'enfant, en gardant toutefois toujours à l'esprit qu'un test négatif n'exclut pas forcément une exposition au VIH.

Les enfants de moins de 18 mois dont l'exposition au VIH est confirmée (TDR positif de la mère) doivent être soumis à un test virologique par détection des acides nucléiques (test d'amplification des acides

²⁰ Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de travail « VIH » de MSF



nucléiques – TAN²¹), qui permettra de mettre en avant une éventuelle infection au VIH. Cela peut se faire avec la technologie GeneXpert si votre laboratoire en est déjà équipé

En résumé :

- Tous les enfants **<18 mois** doivent faire l'objet d'une évaluation de leur statut d'exposition au VIH par le biais d'un test de dépistage rapide des anticorps (TDR) **chez la mère**.
- Les enfants <18 mois exposés au VIH doivent faire l'objet d'un test de dépistage du VIH par PCR/TAN permettant d'établir une éventuelle infection par le VIH.
- Un deuxième test de confirmation PCR/TAN doit être effectué après tout résultat positif (ce deuxième test ne devant toutefois pas retarder l'instauration du TARV).
- Un test de détection d'anticorps anti-VIH dans le sang (TDR) sera effectué chez tous les enfants de plus de 18 mois. En cas de doute quant à l'interprétation des résultats du test, veuillez consulter votre référent VIH et votre référent laboratoire.

Consultez l'[Annexe 5](#) pour l'algorithme de test pour ce groupe d'âge.

Il convient de souligner que dans certains contextes, la décision peut être prise de simplifier les procédures de dépistage, notamment lorsque l'accompagnant ne connaît pas l'âge précis de l'enfant. Il pourrait ainsi être décidé, par facilité, de « soumettre d'abord la mère à un TDR si l'enfant a moins de 2 ans » (au lieu de réaliser ce test chez les moins de 18 mois). Il y a toutefois lieu de rappeler ici que dans ce cas, il est très important d'exclure d'autres causes d'infection par le VIH que la transmission mère-enfant, telles qu'un viol ou une transfusion sanguine non sécurisée, et de tenir compte du fait que les enfants sont souvent accompagnés par une autre personne que leur mère. Vous pouvez discuter de ces options avec le référent VIH de votre section.

Conseil pré-et post-test

Le conseil pré-test et le test de dépistage du VIH chez la mère/l'enfant doivent avoir lieu dès l'admission de l'enfant dans le CTNA afin d'éviter tout retard dans l'instauration du traitement contre le VIH en cas de test positif.

Il est recommandé d'assurer les services de conseil **pré-test** lors d'une **séance de conseil collective** (avec possibilité et temps pour les questions), le conseil **post-test** devant quant à lui toujours être assuré **individuellement**.

Il est également recommandé de **former le personnel infirmier/les assistants en nutrition/les cliniciens** travaillant au sein du CNTA pour qu'ils puissent assurer eux aussi ce *counselling*. L'objectif est d'éviter que le manque de conseillers VIH spécialisés ne retarde la réalisation des tests. Le *counselling* initial qui insiste sur l'importance du dépistage du VIH doit également être assuré par le clinicien/infirmier en nutrition dans le cadre des conseils et des soins nutritionnels.

Les procédures de dépistage et de *counselling* VIH seront fonction des éléments suivants :

- l'**âge** de l'enfant
- le **statut VIH** de la mère
- l'éventuelle participation aux activités de *counselling* dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME)/diagnostic précoce des nourrissons (DPN)

²¹ Polymerase Chain Reaction, PCR test en anglais

- Bébé nourri au sein ou non

POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 18 MOIS : DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LA MÈRE



DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 18 MOIS : LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH DOIT ÊTRE EFFECTUÉ CHEZ LA MÈRE

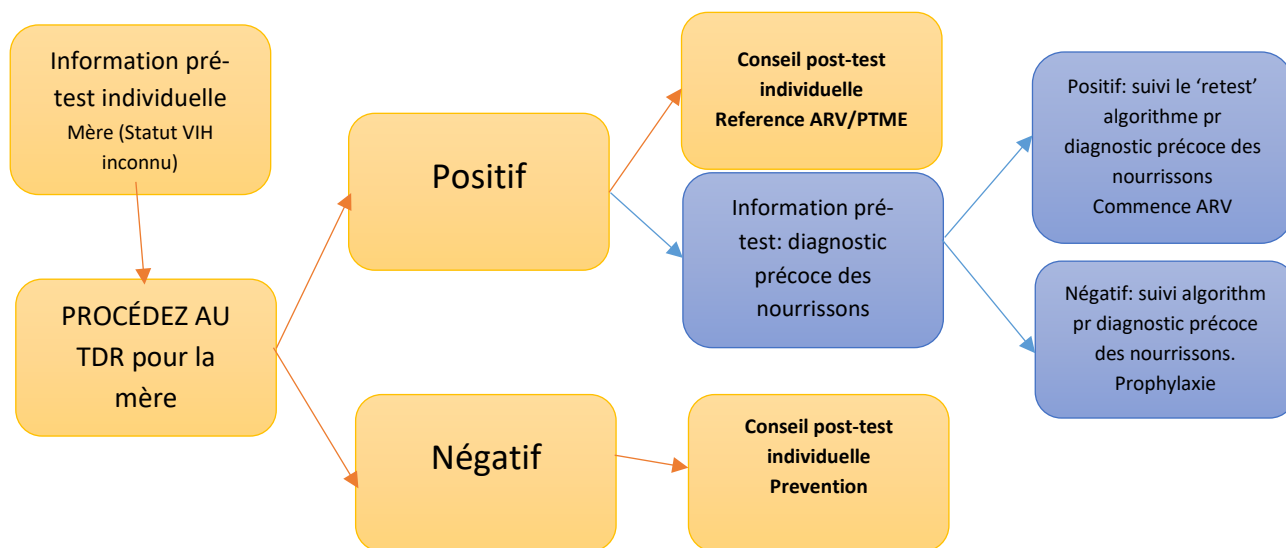


ILLUSTRATION 18: ALGORITHME DE TEST DU VIH POUR LES ENFANTS < 18 MOIS

Information pré-test individuelle :

- Respectez les principes de confidentialité et de consentement au test
- Assurez-vous que la personne qui sera testée soit bien la mère de l'enfant (et non une autre personne en charge, une tante, etc.)
- Déterminez si le statut VIH de la mère est déjà connu et si elle suit ou non un traitement si elle est séropositive
 - Une mère séropositive doit être référée au médecin/à la sage-femme (pour une exploration plus approfondie de l'aspect PTME, la détermination de la charge virale (CV), une discussion sur les pratiques d'allaitement, etc.). Dans ce cas, l'enfant sera également soumis à un test PCR ou à un TDR en fonction de son âge exact et il sera mis fin à l'allaitement maternel
 - Si la mère ne connaît pas son statut VIH, proposez-lui le TDR en suivant la procédure ci-dessous.

Information pré-test pour la mère (sur le TDR qu'on va lui faire) :

- Expliquez-lui pourquoi nous proposons un test VIH dans le CNTA (la procédure est de tester toutes les mères des enfants admis dans un CNTA ; quels sont les avantages de connaître son statut VIH – pour elle et pour son enfant.
- Expliquez ce qu'est le VIH, comment il se transmet et se prévient, **en insistant sur le fait qu'il existe un traitement contre le VIH**
- Expliquez le déroulement du test
- Expliquez que son enfant sera également testé si elle est séropositive
- Expliquez que le test est réalisé sur une base individuelle, que le résultat est communiqué individuellement et que **l'équipe soignante en assurera la confidentialité**



- Expliquez-lui qu'elle peut refuser ce test maintenant mais qu'elle pourra toujours faire le test lors d'une prochaine consultation
 - Recommandez le dépistage du partenaire, mais ne l'imposez pas
- ➔ **PROCÉDEZ AU TEST APRÈS AVOIR OBTENU LE CONSENTEMENT DE LA MÈRE**

Conseil post-test individuel des mères séronégatives :

- Communiquez le résultat de manière neutre
- Expliquez la signification d'un test VIH négatif, discutez des moyens de prévention du VIH et recommandez de ne refaire le test qu'en cas d'exposition récente
- Évaluez les risques d'une exposition récente et expliquez pourquoi un autre test pourrait être nécessaire
- Recommandez le dépistage du partenaire, mais ne l'imposez pas
- Donnez à la mère des préservatifs si elle en demande

Conseil post-test individuel des mères séropositives :

- ➔ Après confirmation du diagnostic (suivez les algorithmes des [Annexes 5, 6 et 7](#) ou respectez les lignes directrices nationales)
- Communiquez le résultat de manière neutre
 - Expliquez le résultat positif du test et proposez un soutien psychologique. Il est essentiel d'envoyer un message d'espoir et d'aider la femme à comprendre qu'elle n'est pas seule
 - Évaluez le soutien sur lequel la femme peut compter et voyez si/comment elle pourrait révéler son statut aux personnes en qui elle a confiance
 - Expliquez-lui brièvement qu'elle va être orientée vers une autre structure pour y recevoir un traitement antirétroviral dans l'intérêt de sa propre santé
 - Recommandez le dépistage du partenaire et des autres membres de la famille, mais ne l'imposez pas
 - **EXPLIQUEZ-lui de manière plus détaillée la procédure de test pour l'enfant (informations pré-test d'enfant) :**
 - Expliquez-lui que son enfant sera également testé pour l'infection au VIH. Expliquez-lui le déroulement spécifique du test PCR
 - Énumérez les avantages du dépistage du VIH pour l'enfant, expliquez-lui qu'il existe des traitements
 - Soyez ouvert, prenez le temps de discuter de ses éventuelles craintes à propos du test de dépistage de son enfant.

Conseil post-test en cas d'enfant positif au VIH :

- Communiquez le résultat du test et expliquez-lui ce qu'implique un résultat positif chez un enfant
- Expliquez que le test doit être confirmé mais que son enfant sera mis immédiatement sous TARV
- Prévoyez tout le temps qu'il faudra pour que la mère puisse assimiler toutes les informations relatives à son statut et à celui de son enfant
- Demandez-lui si elle compte évoquer/révéler le statut de l'enfant à des personnes en qui elle a confiance
- **L'ÉQUIPE DE TERRAIN DÉCIDERÀ SI LE TRAITEMENT D'ENFANT SERA DISPENSÉ SUR PLACE OU SI L'ENFANT SERA ORIENTÉ VERS UNE AUTRE STRUCTURE DE SANTÉ**

Conseil post-test en cas de résultat négatif au test de dépistage du VIH chez l'enfant :

- Communiquez le résultat du test de manière neutre et avec des mots simples

- Discutez de l'éventualité de procéder à un nouveau test (en fonction de l'âge d'enfant et des protocoles de DPN)
- Expliquez les mesures prophylactiques pour l'enfant (en fonction des pratiques d'allaitement passées/actuelles ou du temps écoulé depuis le sevrage et conformément aux protocoles PTME)
- **L'ÉQUIPE DE TERRAIN DÉCIDERA SI LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE SERA DISPENSÉ SUR PLACE OU NON (SELON LES PROTOCOLES NATIONAUX)**



DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES ENFANTS DE PLUS DE 18 MOIS

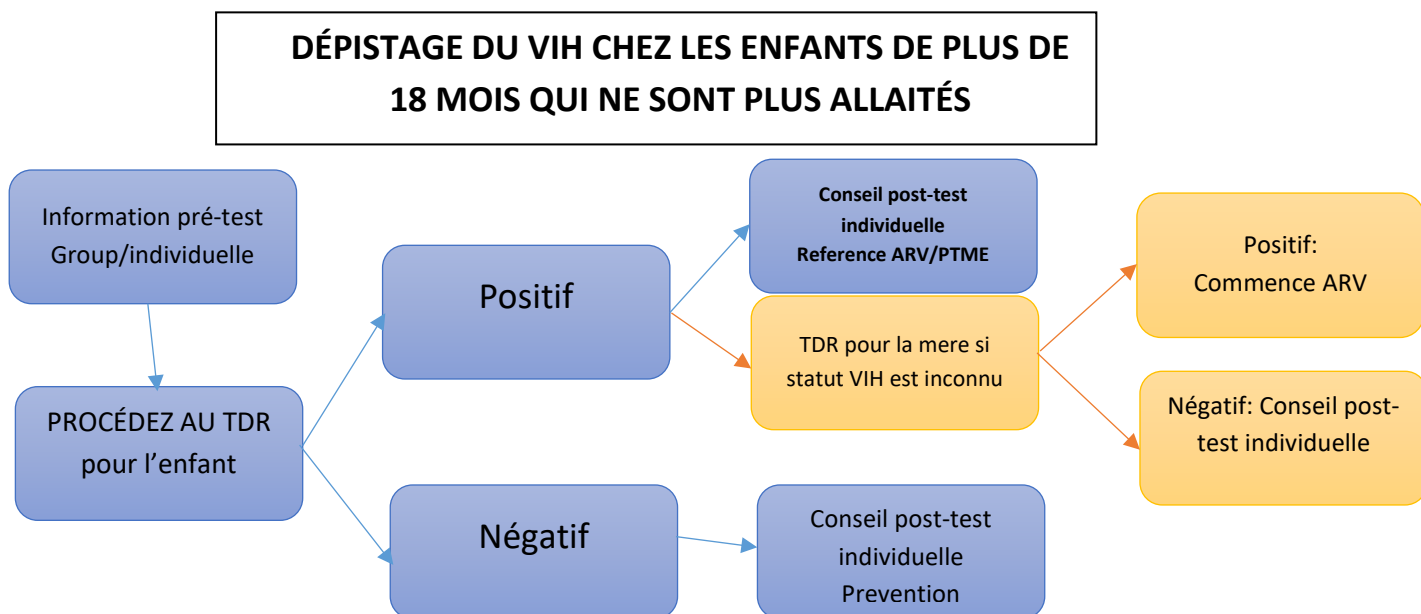


ILLUSTRATION 19: ALGORITHME DE TEST DU VIH POUR LES ENFANTS >18 MOIS

N.B. : Souvenez-vous que si l'enfant est encore nourri au sein, il est recommandé de commencer par dépister la mère et si possible, de dépister l'enfant par PCR.

Information pré-test relative aux enfants > 18 mois :

- Expliquez à la mère/l'accompagnant les raisons pour lesquelles nous proposons un test de dépistage du VIH dans le CNTA (dépistage/test pour tous les enfants admis dans le CNTA et les avantages du test)
- Expliquez ce qu'est le VIH, comment il se transmet et comment éviter sa transmission, et insistez sur le fait qu'il existe un traitement contre le VIH
- Expliquez le déroulement de la procédure de test chez l'enfant (TDR dans ce cas)
- Expliquez brièvement que la mère d'un enfant séropositif doit également subir un test de dépistage du VIH et suivre un traitement le cas échéant
- Expliquez que le test est réalisé sur une base individuelle, que le résultat est communiqué individuellement et que **l'équipe soignante assurera la confidentialité du test et des résultats**.
- Expliquez à la mère/l'accompagnant qu'elle/il peut refuser le test, mais informez-la/le des risques pour la santé de ne pas connaître le statut de l'enfant. En cas de refus, expliquez que ce test est réalisé dans l'intérêt supérieur de l'enfant ; prenez le temps de fournir ces explications en prenant en compte de la culture locale.

➔ **PROCÉDEZ AU TEST (TDR) APRÈS AVOIR OBTENU LE CONSENTEMENT de la mère/du tuteur légal**

Séance individuelle post-test en cas de résultat négatif au VIH :

- Communiquez le résultat de manière neutre
- Expliquez ce qu'implique un test VIH négatif

- Prévoyez du temps pour que la personne puisse poser des questions ou faire part de ses craintes



Conseil individuel post-test en cas de résultat positif au VIH :

- Communiquez le résultat du test et expliquez la signification d'un résultat positif pour l'enfant. Insistez sur le fait qu'il existe un traitement contre le VIH
- Aidez la mère/l'accompagnant à affronter ses émotions
- Expliquez qu'il sera nécessaire de confirmer le statut VIH de l'enfant en procédant à un nouveau test mais aussi d'instaurer le TARV le plus rapidement possible
- Prévoyez tout le temps nécessaire pour que la mère puisse assimiler toutes les informations, poser des questions et faire part de ses éventuelles inquiétudes concernant la santé de son enfant
- Demandez-lui si elle va évoquer/révéler le statut de l'enfant à d'autres personnes en qui elle a confiance ; discutez des implications des résultats pour la famille
- **L'ÉQUIPE SUR LE TERRAIN DÉCIDERÀ SI L'ENFANT SERA TRAITÉ SUR PLACE OU SERA RÉFÉRÉ AILLEURS**
- Expliquez la procédure de réorientation de l'enfant pour le TARV

Algorithmes de dépistage du VIH - TDR (> 18 mois)

Voir les [Annexes 6](#) et [7](#) pour des exemples d'algorithmes de dépistage du VIH s'alignant sur les recommandations internationales de l'OMS à utiliser dans des contextes où la prévalence du VIH est respectivement inférieure à 5 % et supérieure à 5 %. Il peut toutefois y avoir des différences d'une section à l'autre entre les algorithmes utilisés. Pour un complément d'information et des conseils, veuillez contacter votre référent VIH et votre référent laboratoire.

Traitement du VIH

Quel que soit le lieu où le dépistage est effectué, il est essentiel de s'assurer que le projet soit en mesure de dispenser un TARV aux mères et aux enfants séropositifs et/ou qu'il existe un trajet d'orientation vers un programme national ou d'autres organisations/ONG en mesure d'offrir un traitement aux enfants en bas âge et à leur famille.

Le TARV doit être instauré le plus tôt possible, quelle que soit la phase du traitement nutritionnel

Pour les recommandations relatives au traitement ARV, aux formulations et à la posologie ainsi que pour les soins cliniques TB/VIH, consultez le *Guide de VIH/TB de MSF*²².

Un traitement prophylactique au cotrimoxazole (CTX) doit être instauré chez les enfants séropositifs ou exposés au VIH, dès qu'ils sont âgés de 4 à 6 semaines. Un traitement sera également instauré en cas d'infection opportuniste (IO)

Lorsqu'il n'est pas possible de procéder immédiatement à un test PCR chez les enfants <18 mois manifestement exposés au VIH *in utero*, un diagnostic clinique présomptif pourra être établi et le traitement antirétroviral être instauré sans plus tarder. Il faudra ensuite faire le nécessaire pour que ce diagnostic clinique soit confirmé par PCR (avec GeneXpert ou par l'envoi de prélèvements de sang séché à un laboratoire de référence). Ces situations doivent être examinées de manière plus détaillée avec votre référent VIH.

²² <https://msfintl.sharepoint.com/:f:/r/sites/msfintlcommunities/AWG/Resources/03%20-%20Guidelines?csf=1&web=1&e=2bglig>



Le dépistage du VIH et le TARV doivent être proposés dans les contextes concernés, même lorsque la continuité des soins ne peut être assurée. Des efforts doivent être consentis pour faire pression et plaider en faveur de l'accès au TARV dans ces contextes. Dans l'intervalle, MSF doit proposer un TARV aux patients qui en ont besoin.

5.7.2. Dépistage de la tuberculose (TB)²³

Introduction

La tuberculose est une cause importante de mortalité chez les enfants souffrant de malnutrition. Selon les estimations, 7 à 26 % des enfants²⁴ admis dans les programmes nutritionnels seraient atteints de tuberculose. La confirmation en laboratoire peut se heurter aux limites des tests diagnostiques actuels et au problème du prélèvement des échantillons. Il faut toutefois savoir qu'en l'absence de traitement, la pathologie progresse plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte.



Les tests de dépistage de la tuberculose en laboratoire sont particulièrement peu fiables/performants chez les jeunes enfants et les personnes dont l'immunité est affaiblie (par exemple, en cas de VIH, de MAS ou de diabète de type 1), précisément les groupes chez qui le traitement doit être instauré le plus rapidement possible.

Par conséquent, dans la majorité des contextes d'intervention de MSF, il faut absolument que le traitement de la tuberculose chez les enfants admis dans un programme nutritionnel soit basé sur le diagnostic clinique. Cela permet de sauver des vies

Dépistage de la tuberculose dans les programmes MSF



Tous les enfants doivent être soumis à un dépistage de la tuberculose, à leur admission dans les programmes nutritionnels mais aussi à intervalles réguliers pendant le traitement nutritionnel en cas de forte suspicion de TB.

Gardez toujours ce diagnostic à l'esprit et faites, refaites et refaites encore les tests - Pensez à la tuberculose ! Et osez la traiter !

Étant donné que les enfants développent plus rapidement la tuberculose que les adultes lorsqu'ils ont été en contact avec une personne infectée, les **contacts familiaux et communautaires** constituent un facteur de risque très important chez les enfants²⁵. Les jeunes enfants, en particulier, ont toutefois probablement moins de contacts sociaux, de sorte qu'un interrogatoire attentif des accompagnants peut souvent fournir de précieuses informations sur la présence de tuberculose ou d'une toux durable au sein du ménage. Ces informations pourront être recueillies lors de l'évaluation initiale de tous les enfants souffrant de malnutrition aiguë. Un autre facteur de risque important favorisant le développement de la TB est

²³ Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de travail « TB » de MSF

²⁴ Chisti, M.J et al (2013) Pulmonary Tuberculosis in Severely-malnourished or HIV-infected Children with Pneumonia: A Review. [J Health Popul Nutr](#). 2013 Sep; 31(3): 308–313.

²⁵ Martinez, L. et al Paediatric tuberculosis transmission outside the household: challenging historical paradigms to inform future public health strategies. *Lancet Respir Med* 2019; 7 : 544-52



l'infection au VIH. Assurez-vous que les tests de dépistage du VIH aient bien été réalisés également (voir Section 5.7.1)



Vous constaterez sans doute que les accompagnants n'évoquent pas d'emblée des antécédents de contact, mais que le fait de les faire **interroger plusieurs fois** lors d'une série de visites, par différents membres du personnel (en particulier ceux avec qui ils ont établi une relation de **confiance**) peut mener à la découverte d'antécédents de contact.

Cela peut être dû au fait qu'ils n'ont pas connaissance d'un contact, ou qu'ils ont peur/hésitent à admettre que leur enfant a été en contact avec une personne potentiellement atteinte de tuberculose.

L'accès aux outils diagnostiques, à GeneXpert (recommandé par l'OMS) et à la radiographie pulmonaire ²⁶ est important, mais dans les contextes de MSF, la plupart des cas seront diagnostiqués sur la base des signes et des symptômes cliniques et des antécédents de contact.

Les enfants, en particulier ceux qui souffrent de malnutrition, peuvent ne pas présenter les symptômes et les signes typiques de la tuberculose pulmonaire (par ex. la fièvre). Il convient donc de rester très attentif et de suspecter fortement la tuberculose chez tous les enfants admis dans les programmes nutritionnels. Par définition, les enfants admis dans les programmes nutritionnels avec une perte de poids présentent un signe clinique de tuberculose.

Dans la majorité de nos contextes, la tuberculose ne pourra pas être confirmée par des tests en laboratoire. Il est donc vivement recommandé d'instaurer le traitement sur la seule base du diagnostic clinique – la tuberculose peut être traitée mais elle est souvent mortelle en l'absence de traitement.

Comment dépister la tuberculose ?

1. Demandez à tous les enfants et à leur famille quels ont été leurs **contacts au cours des 12 derniers mois** : toute personne atteinte de tuberculose ou suspectée d'en être atteinte (par exemple, toux persistante ou autres signes de tuberculose) vivant dans le même foyer ou en contact étroit et régulier avec l'enfant (famille, voisins, autres personnes s'occupant de l'enfant) ou encore décès récent en présence de symptômes évocateurs de la tuberculose.
 2. **Symptômes** : Antécédents de toux ? Depuis combien de temps ? De la fièvre ? Depuis combien de temps ? Des symptômes évocateurs d'une méningite ? D'autres symptômes tels qu'une hypertrophie des ganglions lymphatiques, des douleurs dans le dos ou des difficultés à la marche ? Bien que tous les enfants souffrant de malnutrition manquent d'énergie et n'ont pas envie de jouer, ces symptômes peuvent être antérieurs à la malnutrition. Le moment d'apparition de ces symptômes est donc très important.
 3. **Recherchez** : présence d'adénopathies cervicales, avec ou sans fistule (adénite tuberculeuse), déformation angulaire de la colonne vertébrale (Mal de Pott), tuméfaction non douloureuse des articulations (arthrite tuberculeuse), distension abdominale avec ascite (tuberculose abdominale), etc.
- GARDEZ À L'ESPRIT QUE LES ENFANTS SOUFFRANT DE MALNUTRITION NE PRÉSENTENT PAS TOUJOURS CES SIGNES ET SYMPTÔMES CLASSIQUES**

²⁶La radiographie pulmonaire peut être un outil utile malgré le risqué de faux négatifs. Les projets ayant accès à la technologie GeneXpert discuteront du protocole à mettre en place avec les référents TB et nutrition

4. Utilisez l'**algorithme de diagnostic clinique** présenté ci-dessous :



Visite d'admission

Evaluation clinique initiale

Malnutrition sévère **et pas de symptômes supplémentaires** de tuberculose ni de **contact** avec la tuberculose lors du dépistage

Malnutrition sévère **et** un des symptômes suivants :

- Toux > 2 semaines, ou
- Fièvre ^a > 1 semaine, ou
- Suspicion de TB extra pulmonaire^b

Effectuer une évaluation complète ET commencer le traitement sans attendre

Cliniquement sévère **et associé à:**

- Antécédents de contact avec la TB, ou
- Exposition au VIH ou positive

Référer à CNTH pour une évaluation complète **et** commencer le traitement antituberculeux sans délai

Refaire le dépistage à la prochaine visite de suivi

Evaluation complète^c

TB non suspectée

Traitement nutritionnel + Antibiotiques^d ou autre traitement en fonction des signes cliniques

TB suspectée

COMMENCER LE TRAITEMENT TB

Chaque visite de suivi

Evaluer la réponse clinique aux antibiotiques et au traitement nutritionnel, **ainsi que la persistance des signes cliniques suggérant une TB**

TB non suspectée

Continuer le traitement nutritionnel et rechercher d'autres causes de symptômes / incapacité à répondre au traitement nutritionnel

TB suspectée

COMMENCER LE TRAITEMENT TB



REMARQUES :

- a) Température > 38°C
- b) Par ex. adénopathies, bosse (déformation angulaire de la colonne vertébrale), signes neurologiques de tuberculose méningée qui nécessiterait une PL et si ce n'est pas possible, instauration immédiate d'un traitement contre la TB étant donné que cette pathologie peut être fatale
- c) L'évaluation complète inclut :
 - 1) Évaluation clinique
 - 2) Évaluation de la croissance
 - 3) Radiographie (thorax et colonne vertébrale)
 - 4) Test bactériologique (prélèvement d'expectoration, lavage gastrique, ponction ganglionnaire, échantillon de selles) : test Xpert MTB/RIF, culture, TB LAM si enfant séropositif
 - 5) Test de dépistage du VIH s'il n'a pas encore été réalisé.

Remarque : dans la plupart des projets MSF, la priorité doit être donnée à 1) et 2). Le non-accès à 3) et 4), ou des résultats indéterminés pour 3) et 4) ne doivent pas retarder l'instauration du traitement si 1) et 2) évoquent clairement une TB
- d) Consultez le Guide clinique pédiatrique pour savoir quels antibiotiques administrer en fonction du diagnostic. Les fluoroquinolones doivent être évitées, sauf si la TB a pu être exclue avec certitude et qu'il n'existe pas d'autre option thérapeutique.
- e) Il convient de se rappeler qu'une réponse clinique à l'administration d'antibiotiques à large spectre n'exclut pas la TB et ne constitue pas un outil de diagnostic fiable. Poursuivez le suivi pour surveiller l'apparition éventuelle de symptômes.

Dans certains contextes, le MINSA peut poser comme critère d'admission dans un programme national de traitement de la tuberculose l'établissement d'un score pédiatrique TB (par exemple Crofton ou Keith Edward). Il arrive bien sûr que nous les utilisions pour répondre aux exigences du MINSA mais soulignons ici que MSF n'encourage pas l'utilisation de ces scores, car à eux seuls, ils tendent à retarder le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Traitement de la tuberculose



Lorsque le diagnostic clinique ou les tests de laboratoire ont mis en évidence une tuberculose, il n'y a aucune raison de différer le traitement chez un enfant souffrant de malnutrition.

Pour des informations sur le dosage en fonction du poids, les associations à dose fixe (ADF) et le suivi recommandé, veuillez consulter le *Guide TB de MSF* (dernière édition)²⁷. Lorsqu'un traitement de qualité peut être dispensé dans le cadre d'un programme national, la réorientation de l'enfant vers un service de soins, avec des plans de suivi, peut être envisagé. Toutefois, lorsqu'un traitement de qualité ou une réorientation ne peut être garantie, **le traitement de la tuberculose doit être proposé dans le cadre du programme nutritionnel de MSF.**

Un soutien supplémentaire pour la prise en charge clinique des enfants atteints de tuberculose peut être demandé aux référents TB de chaque section.

²⁷ <https://msfintl.sharepoint.com/:f:/r/sites/msfintlcommunities/TBWG/Resources/03%20-%20Guidelines?csf=1&web=1&e=4NQU3M>



5.7.3. Dépistage du paludisme

Voir [Section 6.6.3](#)

5.7.4. Autres examens

Ils comprendront des tests de laboratoire, des « point-of-care tests » (comme les bandelettes urinaires) et des examens radiologiques, qui seront effectués en fonction du diagnostic clinique, de l'accès du projet à ces tests et de sa capacité à en interpréter les résultats. Si vous souhaitez dépister une affection (par exemple, la drépanocytose), consultez le GCP pour savoir comment procéder et la traiter, le cas échéant.



5.8. POSTE « LABORATOIRE »²⁸

La structure et le fonctionnement de ce poste dépendront de la configuration de votre projet, notamment de vos RH et de leurs capacités, ainsi que de l'espace physique disponible et de la facilité d'accès au matériel et aux produits de laboratoire. Il faudra également tenir compte des pathologies spécifiques (pouvant être dépistées par des tests de laboratoire) dans votre contexte.

5.8.1. Les tests de laboratoire : pour qui ?

- À leur admission, **tous** les patients doivent être soumis à un test de dépistage du **paludisme** (selon la façon dont votre circuit des patients est organisé, les nouveaux patients pourront être directement dirigés vers le poste « laboratoire » pour ce test après le dépistage nutritionnel, ou alors après le test d'appétit, ou à n'importe quel moment avant la consultation médicale).
- Les patients faisant l'objet d'un suivi, qui ont été envoyés par le clinicien de la consultation médicale, sur la base d'une **indication clinique spécifique**

5.8.2. Où les tests de dépistage sont-ils effectués ?

Dans les CNTA de MSF, le poste « laboratoire » peut être installé dans une tente – le personnel effectuant dans ce cas uniquement les TDR du paludisme – ou dans une structure permanente – un laboratoire parfaitement équipé. C'est souvent le cas lorsque le CNTA se trouve dans la même structure de santé qu'un CNTH ou qu'une autre structure de santé secondaire.

Dans certains cas, les patients pourront être envoyés dans un laboratoire externe pour les tests, mais ceux-ci devront alors être prescrits par un médecin. Il faudra alors aussi pouvoir déterminer comment les résultats influenceront le plan de prise en charge du patient et pouvoir le mettre en œuvre.

- Consultez le Chapitre 1 du **Manuel « Laboratoire » de MSF**, disponible [ici](#), pour en savoir plus sur la **structure générale et la gestion** d'un laboratoire dans un contexte d'intervention de MSF (même si d'autres chapitres peuvent également s'avérer utiles).
- Cliquez [ici](#) pour des ressources supplémentaires sur les **packages de diagnostic** en fonction des niveaux de soins. N'hésitez pas à consulter vos référents laboratoire et nutrition, ainsi que votre cellule/bureau opérationnel pour savoir quels sont les packages qui peuvent être utilisés dans votre CNTA.



N'étant pas « standard », l'aménagement du laboratoire et les exemples présentés dans le Manuel « Laboratoire » devront être adaptés en fonction des besoins du projet et du matériel/des équipements disponibles.

Consultez toujours votre référent laboratoire et votre cellule/bureau opérationnel avant d'aménager et d'organiser le poste « Laboratoire » et pour toute question quant à sa gestion quotidienne et sa maintenance.

5.8.3. Comment réaliser les tests de laboratoire ?

- Consultez toujours votre référent laboratoire pour vous informer des **Procédures Opératoire standardisée** (standard operating procedures, SOP, en anglais) les plus récentes pour les tests de laboratoire, étant donné que la dernière version du Manuel « Laboratoire » peut avoir été mise à jour depuis.

²⁸ Cette section a été rédigée en collaboration avec les Groupes de travail « Laboratoire » et « Paludisme » de MSF.



- Consultez le GCP et les ressources du Groupe de contact « Paludisme » ([ici](#)) pour la réalisation des **TDR du paludisme**



CONSEILS POUR LA RÉALISATION DES TDR DU PALUDISME

- Vous devez pouvoir consulter les SOPs pour le type de test spécifique disponible – celles-ci se trouvent généralement dans la boîte de TDR (mais consultez toujours votre référent laboratoire en cas de doute). Une bonne idée pourrait être de les plastifier, pour les mettre ensuite sur la table ou les coller sur le mur, à côté du poste où les TDR sont réalisés
- La table doit être suffisamment grande pour y déposer tous les TDR – en les espaçant suffisamment – jusqu’au moment de la lecture des résultats
- La table doit être posée sur une surface bien plane ; placez-la sur des blocs si nécessaire
- Assurez-vous que l’endroit soit suffisamment éclairé pour bien voir les lignes de test moins visibles et de faible intensité.
- Assurez-vous qu’il y ait suffisamment de minuteurs pour bien respecter les temps de lecture.
- Si plusieurs tests sont effectués plus ou moins au même moment, l’heure de lecture des résultats ainsi que le nom du patient seront notés sur la cassette de test.



5.9. POSTE « VACCINATION »²⁹



Chaque contact avec un patient, ses frères et sœurs et les accompagnants est une occasion de **mettre à jour un calendrier vaccinal**. En plus de la vaccination contre la rougeole, tous les enfants admis dans un programme nutritionnel doivent faire l'objet d'une évaluation afin de déterminer s'ils sont éligibles à d'autres **vaccins du PEV** avant leur sortie.

5.9.1. La vaccination : pour qui ?

- Pour tous les enfants éligibles – voir [Section 6.6.2](#)

5.9.2. Où les patients se font-ils vacciner ?

Tout dépendra de la structure de votre projet, notamment de vos RH et de l'espace physique disponible, ainsi que des directives du MINSA sur la vaccination et le PEV.

Plusieurs possibilités :

- 1) Poste « vaccination » intégré(e) dans le circuit des patients du CNTA géré par MSF
- 2) Poste « vaccination » intégré(e) dans le circuit des patients du CNTA géré par le MINSA ou une autre organisation
- 3) Orientation des patients vers la structure de santé la plus proche (de leur domicile ou du CNTA, s'ils s'y rendent directement après leur sortie du centre)³⁰, munis d'une note indiquant clairement les vaccins à administrer.

Il y a lieu de privilégier dans la mesure du possible les deux premières options, de façon à maximiser les chances que le patient se fasse vacciner et de limiter le risque qu'il ne puisse pas être vacciné dans le service vers lequel vous l'avez orienté, pour telle ou telle raison (du fait de l'accompagnant/du patient ou liée au centre de santé).

5.9.3. Comment vacciner les patients ?

Pour en savoir plus sur la façon d'organiser votre poste « vaccination », nous vous invitons à consulter le document de référence de l'OMS : **Vaccination pratique**, à l'adresse [ici](#).

Examinez en outre la possibilité de mettre au point un « algorithme d'éligibilité » pour votre calendrier national de vaccination avec votre référent vaccination.

²⁹ Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de travail « Vaccination » de MSF.

³⁰ Il y a lieu de cartographier de manière détaillée votre zone d'intervention lors de l'installation de votre CNTA ainsi qu'à intervalles réguliers afin de disposer toujours des informations les plus récentes sur les sites/structures où les enfants peuvent se faire vacciner. Gardez un œil sur les éventuelles ruptures de stock afin d'éviter qu'un patient ne s'y rende pour rien.



5.10. SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSP)³¹

Vous trouverez dans cette section une série de conseils et principes de base. Pour des informations plus détaillées, consultez le *Guide « Santé mentale et soutien psychosocial »* de MSF (dernière édition)³².

5.10.1. Les services SMSP : pour qui ?

- Pour **tous** les enfants admis dans le CNTA et leurs accompagnants. Le niveau de soins sera fonction du patient. Il faut toutefois savoir que les services SMSP **font partie intégrante du traitement nutritionnel** et qu'ils doivent donc pouvoir être assurés dans tous les CNTA.



Un lien fort entre la mère et son enfant (ou entre l'accompagnant et l'enfant), entretenu et favorisé par des activités de stimulation psychosociale, est essentiel au bon développement de l'enfant. Il faut savoir que **ce lien s'exprime de différentes façons selon les cultures**. Nous ne devons donc pas considérer comme négatives des interactions qui ne nous sont pas familières et qui ne correspondent pas à notre expérience ou notre culture.

Il faudra veiller à offrir un soutien supplémentaire aux accompagnants qui souffrent de problèmes psychosociaux ou de santé mentale afin de les aider à prendre soin de leur(s) enfant(s).

Chez les accompagnants d'un enfant souffrant de malnutrition, les problèmes psychosociaux peuvent se manifester de différentes façons :

- Désintérêt pour l'enfant ou même réaction de rejet, absence de contact visuel, absence de contacts physiques
- Désir de s'en aller et de ne pas passer du temps avec l'enfant
- Plaintes répétées concernant l'enfant : comportement, santé, etc.
- Isolement : la personne recherche souvent la solitude, se coupe des autres
- Tristesse et pleurs
- Réactions anxieuses ou agressivité envers l'enfant

On peut observer des taux élevés de dépression chez les accompagnants d'enfants souffrant de malnutrition, une situation qui se répercute sur les interactions avec l'enfant et sur le développement de celui-ci. D'où l'importance de dépister ces états dépressifs et de les prendre en charge.

5.10.2. Où assurer les services SMSP ?

Tout dépendra de la structure de votre projet, notamment de vos RH et de l'espace physique disponible.

Comme les services SMSP font partie intégrante de tout programme nutritionnel, MSF devra pouvoir proposer, « en standard » un **ensemble minimal d'activités SMPS**, et, si le projet le permet, un **ensemble complet d'activités SMPS**. Si ce programme complet ne peut être proposé dans le CNTA, essayez de voir si une autre organisation de la région est en mesure d'assurer ces services plus spécifiques.

Dans l'idéal, il faudrait prévoir et aménager une **aire de jeux** où la plupart des activités de stimulation psychosociale pourront être organisées. Si ce n'est pas possible, l'on essaiera au minimum de mettre à la

³¹ Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de travail « Santé mentale » de MSF

³² <https://msfintl.sharepoint.com/:f/r/sites/msfintlcommunities/MHIWG/Resources/03%20-%20Guidelines?csf=1&web=1&e=UeTaYt>



disposition des patients/accompagnants un espace privé et accueillant pour parler de leurs problèmes, exprimer leur désarroi dans un espace bienveillant, ou simplement profiter d'un petit moment de calme avec une personne de confiance.



ILLUSTRATION 9: AIRE DE JEUX DANS LE PROGRAMME NUTRITIONNEL MSF DE MADOUA, NIGER © SARAH PIERRE

S'il n'est pas possible de dédier une poste aux activités SMSP, il faudra mettre en place une équipe mobile formée à la SMSP qui ira soutenir ces activités dans le CNTA et aidera à identifier les accompagnants et/ou enfants qui ont besoin d'une assistance spécifique.

Certaines activités de groupe peuvent être organisées dans les **zones d'attente**, par exemple des séances d'information sur l'importance de la stimulation psychosociale et certaines activités ludiques.

5.10.3. Comment organiser des activités SMSP ?

Lorsque des problèmes ou des troubles de santé mentale sont identifiés (enfants et/ou accompagnants), il y a lieu de demander à la mission/section de mettre en place un soutien en santé mentale.

Le personnel formé au counselling en santé mentale est le mieux qualifié pour faire face à ces situations. Ces conseillers doivent prendre le temps d'écouter les mères/accompagnants pour comprendre leur situation et les problèmes qu'elles/ils rencontrent, et trouver avec elles/eux comment résoudre au mieux les problèmes identifiés.

Les personnes présentant des symptômes sévères devront pouvoir bénéficier de soins en santé mentale spécialisés, dispensés par MSF ou un autre acteur (elles seront donc réorientées).

Il existe toute une série d'outils pour évaluer différents aspects de la santé mentale. Vous trouverez quelques-uns des plus utiles dans le *Manuel d'intégration des pratiques de soins et de la santé mentale au sein des programmes nutritionnels* d'Action Contre La Faim (ACF), accessible [via ce lien](#) (par exemple la Grille d'observation des interactions entre la mère et l'enfant, page 70). Pour l'évaluation des états dépressifs chez l'adulte, nous recommandons l'utilisation du questionnaire sur la santé du patient « PHQ9 », disponible [ici](#). N'hésitez pas à examiner ces outils et d'autres ressources avec votre référent en santé mentale

Ensemble minimal d'activités SMSP dans un CNTA

Il est recommandé de faire appel à un responsable des activités de santé mentale (MHAM) pendant les trois mois suivant le lancement d'un projet afin de mettre en place des activités SMSP intégrées. À l'issue

de cette période initiale, un superviseur permanent assurera en continu la formation et la supervision dans ce domaine.



TABEAU 5: ENSEMBLE MINIMAL D'ACTIVITES SMSP POUR LES ENFANTS ET LES ACCOMPAGNANTS

POUR TOUS LES SERVICES DE PÉDIATRIE	CNTA
- Assurez-vous de disposer de l'espace minimum nécessaire (zones adaptées aux enfants pour les activités de stimulation, zones de repos pour les accompagnants, etc.) - Sensibilisez et formez le personnel aux principes et aux activités SMSP dans le contexte d'un traitement nutritionnel - Assurez une communication adéquate entre le personnel soignant et les patients/enfants et les accompagnants - Organisez une formation aux premiers secours psychologiques (PSP) - Communiquez, en tenant compte des sensibilités culturelles, des messages psycho-éducatifs aux accompagnants sur les principes du traitement, sur la façon d'améliorer les interactions avec l'enfant et sur les conséquences d'un manque de stimulation. - Il faut aussi pouvoir reconnaître les manifestations les plus fréquentes de problèmes de SM (chez l'enfant et l'accompagnant) et identifier les personnes qui nécessitent une prise en charge spécialisée.	- Prévoyez à chaque visite des activités de stimulation psychosociale qui favorisent les interactions entre l'accompagnant et l'enfant (stimulation psychomotrice, jeux enfant-accompagnant avec des jouets qu'ils ont fabriqués eux-mêmes, stimulation sensorielle, stimulation émotionnelle) - Identification et prise en charge (PSP et orientation vers des soins SM plus spécifiques) des accompagnants présentant des problèmes de psychosociaux ou de santé mentale (isolement social, personne en charge encore adolescente, absence de soutien familial) - Évaluation des interactions et de la relation accompagnant-enfant : à observer et à évaluer pendant le test d'appétit et à d'autres moments du circuit des patients (en suivant la grille d'observation d'ACF, voir ci-dessus) + conseils pour stimuler l'enfant et favoriser les interactions - Mobilisation des ressources communautaires (famille élargie, voisins, leaders) pour aider la famille si nécessaire

Source : *Guide « Santé mentale & Soutien psychosocial » de MSF (2021).*

Ensemble complet d'activités SMSP dans un CNTA

Les activités énumérées dans cette liste s'ajoutent aux activités minimales de base

TABEAU 6: ENSEMBLE COMPLET D'ACTIVITES SMSP

POUR TOUS LES SERVICES DE PÉDIATRIE	CNTA
- Réunions pluridisciplinaires régulières - Groupes de soutien pour les accompagnants (réunions autour d'une tasse de thé, groupes d'allaitement, etc.) : ce sont des moments idéaux pour discuter des difficultés de la maternité et des stratégies d'adaptation, et pour se soutenir mutuellement - Séances individuelles et de groupe de counselling (et suivi) pour les accompagnants souffrant de problèmes de santé mentale courants - Identification des accompagnants atteints	- Activités de stimulation psychosociale (en groupe) qui favorisent les interactions entre l'accompagnant et l'enfant (stimulation psychomotrice, jeux enfant-accompagnant avec des jouets qu'ils ont fabriqués eux-mêmes, stimulation sensorielle, stimulation émotionnelle), à chaque visite. - À ajouter à l'ensemble complet : - Discussions de groupe et séances psychoéducatives sur les pratiques de soins afin d'améliorer ces pratiques et de permettre l'échange de bonnes pratiques entre accompagnants - Séances individuelles de stimulation psychosociale (accompagnant-enfant)



de graves problèmes de santé mentale (dépression modérée à sévère, psychose) pour les référer à l'équipe médicale.

- Contrôle du bien-être psychologique des accompagnants
- Dépistage de la dépression chez les accompagnants (outil PHQ-9 ci-dessus).
- Identification des enfants dont l'état nécessite des soins de santé mentale spécifiques en vue de les référer à l'équipe SMSP. Soins en SM (counselling, soutien psychologique) pour les accompagnants ou enfants qui en ont besoin
- Réorientation pour prise en charge si nécessaire

Guide « Santé mentale & Soutien psychosocial » de MSF (2021).



5.11. PROMOTION DE LA SANTÉ³³

Tout comme les services SMSP, la promotion de la santé (PS), et notamment l'éducation à la santé, est un aspect essentiel et doit faire partie intégrante de l'offre de services de tout CNTA et, d'une manière générale, de tout programme nutritionnel.



L'organisation de ces activités et les approches utilisées diffèrent légèrement d'une section MSF à l'autre. Nous vous invitons donc à consulter les ressources de promotion de la santé et d'éducation à la santé de votre section (pour les outils et messages spécifiques) et/ou à vous faire conseiller par votre référent nutrition et votre référent promotion de la santé.

5.11.1. Les services de promotion de la santé : pour qui ?

- Pour tout accompagnant + enfant bénéficiant des services du CNTA (visite d'admission, visites de suivi et à la sortie).
- Dans la mesure du possible, il est souhaitable de proposer également ces services à d'autres membres de la famille du patient (notamment le père).



Il est essentiel d'**analyser de manière approfondie votre contexte** pour mieux comprendre les normes, perceptions et pratiques culturelles, sociales et religieuses en rapport avec l'alimentation et la malnutrition dans la zone d'intervention de votre projet.

Une telle analyse vous aidera à concevoir des **messages** et des séances d'éducation **efficaces et mieux ciblés**, adaptés à la majorité des accompagnants et des jeunes patients.

Il faut ensuite que l'équipe/les équipes ayant procédé à cette première analyse du contexte organise(nt) des séances de formation et d'éducation pour l'ensemble du personnel du CNTA. Celles-ci sont particulièrement utiles pour les membres du personnel originaires d'une autre région ou même d'un

5.11.2. Où organiser les activités PS ?

Tout dépendra de la structure de votre projet – en particulier du circuit des patients, de l'espace physique disponible et de vos RH. Il faudra surtout veiller à proposer ce soutien PS dans chaque poste du circuit et associer tous les membres du personnel aux séances individuelles et de groupe. Des activités de promotion de la santé devront toutefois aussi être toujours proposées dans certaines postes « stratégiques » :

Poste PS dédiée

Si vous en avez la possibilité, nous vous recommandons de réserver un espace spécialement dédié aux activités PS. Celui-ci devra être accueillant, décoré de couleurs vives et doté de tout le matériel et de tout le personnel nécessaires.

Une série d'activités et projets spécifiques pourront avoir lieu dans cet espace dédié :

- **Séances PS de groupe** sur des thèmes spécifiques (même des « sujets sensibles » comme la planification familiale ou les violences sexuelles, si possible)

³³ Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de contact « Promotion de la santé » de MSF.



- **Séances individuelles de counselling PS** – pour les accompagnants ayant besoin d’une attention supplémentaire et/ou de conseils plus personnalisés. Ces séances peuvent être organisées soit à la demande des accompagnants, soit à la demande du personnel des zones d’attente, du poste « test d’appétit » ou de tout autre poste du circuit des patients.
- **Projets d’art & artisanat/activités récréatives** – activités de couture : fabrication de pochettes pour y glisser les fiches patient CNTA/cartes de vaccination, de sacs pour la conservation des ATPE, d’instruments de musique simples et de jouets, etc.
- **Séances de musique et de chant** – jouer de la musique avec les instruments faits-main ou simplement chanter
- Projection de **vidéos de promotion de la santé** sur une télévision/un écran d’ordinateur

S’il n’est pas possible de réserver une poste spécifique à ces activités PS, faites preuve de créativité et essayez de trouver un endroit où les organiser, en veillant toujours à protéger la vie privée et la sécurité de l’accompagnant et du patient. Le développement de **réseaux d’entraide entre pairs** peut être particulièrement utile, notamment si ces activités peuvent être proposées au sein de la communauté s’il n’existe aucun espace dédié à la PS dans le CNTA.

Zones d’attente

- Les patients et les accompagnants passent souvent beaucoup de temps à attendre à chaque poste du circuit des patients. Ces moments peuvent donc être judicieusement mis à profit pour leur proposer des activités ou les distraire pour tromper leur attente.
- Lorsqu’il n’y a pas assez de temps pour y organiser des séances individuelles ou de groupe, il sera sans doute toujours possible de communiquer des messages clés de PS ou de proposer des chants ou des jeux sur des thèmes de PS. C’est aussi un bon moment pour permettre aux accompagnants de poser des questions sur le CNTA.
- Des messages spécifiques doivent être communiqués dans les différentes zones. Dans la première zone d’attente (zone principale), ces messages pourront porter sur MSF, sur les services que nous offrons et sur le déroulement de la visite dans le CNTA. Il peut aussi être très judicieux d’expliquer déjà :
 - Ce qu’est la malnutrition, comment nous la dépistons (expliquez les mesures qui seront prises)
 - Ce qui se passera si l’enfant est admis dans le CNTA ou s’il n’est pas admis
 - Ce à quoi ils doivent s’attendre aux différents postes du CNTA, en « balisant » oralement le circuit (ou en utilisant la carte/diagramme du circuit des patients)
 - La relation famille-enfant, le développement de l’enfant, le comportement alimentaire, les soins de santé à domicile : prévention des maladies, utilisation des services de santé, pratiques d’hygiène et préparation des repas.

RAPPEL! Ne noyez pas les accompagnants et les patients d’informations. Prenez votre temps et faites une pause avant de passer à un nouveau message.

- S’il y a une zone d’attente devant d’autres postes – consultation médicale, dispensaire, etc. –, n’hésitez pas à communiquer des messages spécifiques à l’endroit où ils attendent. N’oubliez jamais de demander aux accompagnants s’ils ont des questions (comme ils n’oseront sans doute pas les poser à voix haute devant tout le monde, circulez parmi eux pour leur demander s’ils ont des questions).



ILLUSTRATION 10: DES PS DIFFUSENT DES MESSAGES DE PROMOTION DE LA SANTE DANS UNE ZONE D'ATTENTE DU CNTA, MAIDUGURI, NIGERIA. ©YUNA CHO



ILLUSTRATION 11: SEANCE DE PS DANS UNE ZONE D'ATTENTE DU CNTA, CAMEROUN. ©LOUISE ANNAUD

Poste « test d'appétit »

La poste du test d'appétit peut être un lieu propice aux activités de PS :

- Les accompagnants et les enfants y restent entre 30 et 60 minutes, ce qui laisse normalement suffisamment de temps pour une discussion utile
- Même s'il a déjà reçu des explications sur le test d'appétit, l'accompagnant peut ne pas avoir parfaitement compris ce qu'il doit faire et pourquoi. Il peut donc être judicieux de prévoir à ce moment un PS pour renforcer ces messages.
- Le test d'appétit peut être un moment stressant pour l'accompagnant. La présence d'un PS peut donc être rassurante.



ASPECTS IMPORTANTS À PRENDRE EN COMPTE POUR L'ORGANISATION D'ACTIVITÉS DE PS DANS LA ZONE DU TEST D'APPÉTIT

Pendant le test d'appétit, l'accompagnant doit absolument rester bien concentré pour donner correctement l'ATPE à l'enfant et ne pas oublier de le faire boire. Il ne doit pas être distrait par une discussion avec un PS car cela pourrait avoir un impact négatif sur le déroulement du test.

S'il n'est pas suffisamment concentré, l'accompagnant risque d'avoir des gestes dangereux : forcer l'enfant à manger, donner de trop grandes quantités, etc. L'enfant pourrait ainsi s'étouffer, avaler de travers ou être encore plus nerveux dans un moment déjà stressant.

Si l'un de ces incidents se produit, arrêtez immédiatement l'activité de PS (ne serait-ce que temporairement) et aidez l'accompagnant/les accompagnants à se re-concentrer pour effectuer correctement le test d'appétit.

Consultation médicale

La promotion de la santé et l'éducation à la santé est l'affaire de tous les membres du personnel du CNTA, et plus encore lors de la consultation médicale, qui se déroule en privé avec l'accompagnant et l'enfant. L'évaluation médicale peut être utilement complétée par une discussion sur des aspects clés de promotion de la santé et prévoir un moment où l'accompagnant peut poser des questions sur la santé de l'enfant et de la famille.

Sortie du patient

Ici aussi, les activités de promotion de santé et les approches dépendront des ressources humaines et physiques disponibles.

Installez si possible un petit « **poste de promotion de la santé** » juste à côté de la sortie des patients pour y communiquer des messages ou fournir des conseils ponctuels. Cela peut également se faire à un endroit vers lequel d'autres membres du personnel orienteront les patients et les accompagnants avant leur sortie du CNTA.

Cet espace peut être utilisé de différentes façons :

- **Pour les patients qui reviendront au CNTA :**
 - Assurez-vous que les accompagnants aient bien compris les conseils médicaux qu'ils ont reçus et surtout, qu'ils savent comment administrer le traitement médical ou nutritionnel.
 - L'on peut ici leur fournir des explications supplémentaires, même si ce rôle n'est pas celui des PS. L'idée est qu'ils utilisent ces interactions avec les accompagnants pour aider leurs collègues à mieux expliquer les traitements.
- **Pour les patients guéris (déchargé du CNTA) :**
 - Vérifiez que les accompagnants aient bien compris pourquoi le patient est déchargé et quelles seront les (éventuelles) prochaines étapes.
 - Revérifiez que les signes d'alerte leur ont bien été expliqués et rappelez qu'il faut absolument consulter/revenir au centre si l'enfant présente l'un de ces signes (un poster illustrant ces signes d'alerte peut être utile)



- Profitez de ce moment pour dire au revoir à l'accompagnant afin qu'il n'ait pas l'impression qu'on les a « chassés » du centre. Insistez sur le fait que c'est une bonne nouvelle : l'enfant est suffisamment rétabli et n'a plus besoin d'une prise en charge nutritionnelle.
- Insistez sur quelques bonnes habitudes alimentaires (à adapter au contexte culturel)
- **C'est aussi le dernier endroit où l'accompagnant pourra poser une question** qu'il a toujours voulu poser pendant la visite sans en avoir l'occasion car il fallait se dépêcher d'aller d'un poste à l'autre ... (nous pouvons espérer que cela soit superflu dans un centre où tous les postes sont dotés de personnel qualifié !)

5.11.3. Comment mettre en œuvre des activités de PS ?

Consultez les ressources « PS et éducation à la santé » de votre section pour des outils et messages spécifiques.

Consultez la [Section 5.13.3](#) pour les messages PS spécifiques à communiquer à la sortie du patient.



5.12. COIN « ALLAITEMENT »

L'allaitement maternel sauve des vies et présente de multiples avantages pour la santé des enfants et des mères. Il doit donc être considéré comme faisant partie intégrante de tout traitement nutritionnel (voire médical !).

Il faut donc absolument aménager un coin « allaitement » pour les patients de moins de 6 mois et leur mère (ces patients devant être nourris exclusivement au sein, si c'est possible). L'OMS et MSF recommandent toutefois la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans au moins, dans le cadre d'une alimentation mixte appropriée. Toute mère ayant besoin d'une aide à l'allaitement doit pouvoir en bénéficier dans le CNTA.

Idéalement, ce coin « Allaitement » du CNTA devra être exclusivement réservé à l'allaitement. Cet espace devra être accessible à tout moment et aménagé de façon à faciliter l'allaitement. Il doit également être accessible aux mères qui souhaitent simplement pouvoir allaiter au calme.

Consultez [ici](#) la page SharePoint du GTN pour en savoir plus sur la façon d'aménager cet espace et le soutien à l'allaitement.



5.13. PROCÉDURE DE SORTIE

Consultez la [Section 6.5](#) pour les **critères de sortie** d'un CNTA

5.13.1. Checklist pour la sortie :

Votre projet aura probablement élaboré sa propre checklist, adaptée à son contexte, mais cette liste inclura au minimum les éléments suivants :

- Le patient doit avoir reçu une **fiche de sortie**, dont la partie « prise en charge médicale » a été complétée par un **clinicien** ayant vu au moins une fois le patient (dans les grands CNTA, les patients sont souvent examinés par un clinicien différent à chaque visite). Un exemplaire sera remis à l'accompagnant et l'autre sera conservé au CNTA, dans le dossier du patient.
- Assurez-vous que l'accompagnant se soit bien procuré tous les **médicaments** nécessaires pour la poursuite du traitement à domicile et qu'il ait bien compris comment et quand les administrer.
- Assurez-vous que l'accompagnant ait bien reçu les messages d'**éducation à la santé** et les recommandations nécessaires (en particulier sur les signes d'alerte et les bonnes pratiques pour l'ANJE) et qu'il les ait bien comprises.
- Vérifiez que les **vaccinations** soient bien à jour. Si ce n'est pas le cas, expliquez clairement où et quand aller faire les prochains vaccins et remettez une lettre de prescription vaccinale ainsi qu'une carte de vaccination MSF s'ils n'en ont pas encore.
- Revérifiez que le patient a bien eu un test de dépistage du **VIH** et de la **TB** ; s'il est sous traitement, assurez-vous que le suivi thérapeutique a bien été planifié.
- Veillez à ce que le patient ait bien reçu les **articles non alimentaires** (par ex. moustiquaire, savon etc.) faisant partie de la trousse de sortie de votre projet.
- Évaluez la **santé physique et mentale de l'accompagnant** (avec l'aide du personnel SMSP si nécessaire) pour vous assurer que l'accompagnant se sente prêt à rentrer à la maison avec l'enfant et qu'il pourra bien en prendre soin. Envisagez aussi, le cas échéant, de discuter avec la mère ou de l'orienter vers des **services de planning familial ou d'autres services de santé des femmes**.



5.13.2. Ration de sortie pour les patients/la famille du patient

Dans des contextes spécifiques, et en fonction des choix opérationnels, une **dernière prescription d'ATPE (« ration de sortie »)** pourra être remise, en expliquant clairement à l'accompagnant que l'enfant satisfait aux critères cliniques de sortie (décharge) mais qu'il doit continuer à prendre des ATPE pour prévenir une rechute à court terme. Cette ration finale peut favoriser psychologiquement la transition pour la famille, en évitant qu'elle ne se sente « abandonnée » à la fin du traitement et en maintenant une partie de la relation thérapeutique avec le CNTA.

En outre – ou en lieu et place de ces ATPE – l'accompagnant recevra à la sortie une **ration de nourriture locale** pour la famille :

- Pour chaque patient, une ration apportant **entre 500-1000 kcal/jour/membre de la famille** (en moyenne 6 personnes par famille) pour une période de **2-4 semaines**.
- La composition de cette ration sera spécifique à chaque pays, le calcul tenant compte de la taille moyenne des ménages et d'autres facteurs pouvant influencer le nombre de calories et le type d'aliments.

Il s'agit là d'une forme de **distribution alimentaire ciblée (DAC)**³⁴ dont le but est de prévenir une rechute du patient après sa sortie et d'améliorer la situation nutritionnelle du ménage. Consultez votre référent nutrition pour en savoir plus sur la composition de ces rations supplémentaires ou la DAC.

5.13.3. Promotion de la santé/éducation à la santé à la sortie du patient

Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans les **ressources « Promotion de la santé & éducation à la santé »** de votre section. Il y a lieu d'inclure, au minimum, les messages suivants :

Pour tous les patients :

- Si l'enfant présente l'un des signes d'alerte suivants³⁵, il doit être immédiatement ramené dans un centre de santé :
 - Incapacité à boire ou à téter
 - Difficultés respiratoires
 - Enfant qui vomit tout ce qu'il mange/boit
 - Convulsions
 - Enfant léthargique ou inconscient

La réapparition ou l'aggravation de l'œdème n'est pas techniquement un signe de danger, mais il faut conseiller à l'accompagnant de revenir dès que possible au centre pour faire examiner l'enfant.

- Si l'enfant a de la diarrhée, **NE PAS ARRÊTER de le nourrir**. Il doit recevoir PLUS à manger et PLUS souvent et aussi PLUS d'eau (potable !). L'enfant doit aussi être allaité le plus souvent possible pendant cette période.
- En ce qui concerne l'hygiène générale, l'hygiène des mains et l'hygiène alimentaire, les conseils seront les suivants :
 - Lavez-vous les mains et celles de votre enfant après tout passage aux toilettes et après avoir touché des vêtements ou des langes (couches) souillés
 - Lavez les mains et le visage de l'enfant avec de l'eau et du savon avant chaque repas
 - Veillez à protéger et à couvrir les aliments.

³⁴ Targeted Food Distribution, TFD, en anglais

³⁵ OMS (2014) Recueil des tableaux – Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.



- Insistez à nouveau sur l'importance d'un régime alimentaire équilibré à la maison, comme déjà expliqué lors des séances de promotion de la santé au CNTA – assurez-vous que cette demande est réaliste compte tenu de l'accès alimentaire et insistez sur l'importance des aliments locaux.
- Si vous avez identifié lors de la visite au CNTA des croyances/pratiques alimentaires ou médicales susceptibles de nuire à la santé de l'enfant, parlez-en avec tact à l'accompagnant et essayez d'éviter que ces pratiques ne se répètent à la maison.
- Si le patient doit être orienté vers/admis dans un programme ambulatoire pour la prise en charge d'une autre pathologie (par ex. VIH ou TB), revérifiez que l'accompagnant ait bien noté le prochain rendez-vous, qu'il sache où aller et qu'il suive bien les autres conseils qui lui seront donnés.

Pour les patients guéris :

- Félicitez l'accompagnant et dites-lui que comme l'enfant a atteint le poids/le PB visé, il ne souffre plus de malnutrition aiguë et qu'il est cliniquement en suffisamment bonne santé pour ne plus devoir revenir au CNTA.
- Insistez bien sur le fait qu'enfant et accompagnant seront toujours les bienvenus au CNTA pour un examen en cas d'inquiétude au sujet de l'état nutritionnel de l'enfant (y compris pour des problèmes d'allaitement)

Pour les patients « disqualifiés » :

CETTE SITUATION EST RARE, VOICI NÉANMOINS LES MESSAGES À COMMUNIQUER DANS CE CAS

- Si le patient a été « disqualifié » car il a été placé par erreur dans la catégorie « patient souffrant de malnutrition » à l'admission, présentez à l'accompagnant vos excuses en insistant sur le fait que c'est une bonne nouvelle puisque l'enfant ne souffre pas de malnutrition au point de devoir être admis dans le CNTA.
- Si le patient est « disqualifié » en raison d'un comportement inapproprié (par ex. patient revenant plusieurs fois au centre avec un accompagnant différent), il faudra expliquer pourquoi il ne peut pas être admis, mais sans émettre de jugement. L'on insistera sur le fait que le centre doit réserver ses ressources à la prise en charge de tous les patients de la zone qui souffrent de malnutrition et que chaque enfant ne peut recevoir que les ATPE qui lui sont spécifiquement prescrits – ni plus ni moins.

Pour les patients réorientés vers un CNTH :

- Expliquez calmement et avec tact que l'état clinique de l'enfant s'est détérioré (diminution importante du poids/PB ou survenue d'une complication médicale) et qu'il doit donc être admis dans un CNTH (hôpital) où le personnel pourra dispenser un traitement médical et nutritionnel plus adapté (probablement du lait dans un premier temps) afin que son état s'améliore et qu'il puisse revenir dans le CNTA pour y bénéficier d'une prise en charge ambulatoire.
- Insistez sur l'importance de cette admission dans un CNTH et si l'accompagnant refuse, essayez de comprendre quelles sont ses raisons et de voir quelles sont les solutions que vous pourriez proposer pour être sûr que le jeune patient soit bien conduit au CNTH.
- Expliquez que MSF s'occupera de son transfert au CNTH (*cela dépendra bien sûr du projet et du contexte mais ce transfert par MSF est vivement recommandé pour assurer la continuité des soins*) et assurez-vous de bien lui donner la lettre de prise en charge et tout ce dont ils peuvent avoir besoin pendant le transfert, comme de l'eau sucrée et de quoi manger.

Pour les patients (souffrant encore de malnutrition aiguë) orientés vers un autre service ou centre de santé



- Assurez-vous qu'ils comprennent bien pourquoi cette décision a été prise et qu'ils se rendent compte que le traitement nutritionnel n'est pas terminé et qu'il se poursuivra ailleurs (dans certains projets, l'on pourra décider de fournir les rations d'ATPE nécessaires pour la durée de la prise en charge dans une autre structure). Expliquez aussi qu'ensuite, l'enfant pourra soit devoir revenir au CNTA pour la poursuite du traitement nutritionnel, soit être autorisé à rentrer à la maison s'il ne souffre plus de malnutrition à la sortie de ce service/centre de santé.

Pour les patients qui sortent contre avis médical – patients en défaut :

SITUATION RARE : LORS D'UNE DISCUSSION, L'ACCOMPAGNANT VOUS EXPLIQUE QU'IL NE REVIENDRA PAS AVEC LE PATIENT (MAIS IL NE PRÉVIENDRA GÉNÉRALEMENT PAS!). SI CELA SE PRODUIT :

- Essayez de comprendre pourquoi l'accompagnant ne veut pas revenir au CNTA pour la prochaine visite prévue.
- Assurez-vous que l'accompagnant comprenne bien que l'enfant quitte le centre contre l'avis de l'équipe médicale et que cette sortie comporte des risques (cette discussion peut avoir lieu en présence de l'équipe médicale qui fournira les informations techniques).
- Essayez d'arriver à un compromis, en fonction des raisons invoquées pour ne pas revenir au CNTA.
- Essayez que l'accompagnant accepte qu'un PS ou un agent de santé/ASC se rende à domicile pour examiner le patient et rediscuter du retour du patient au CNTA.

Pour les patients ne répondant pas au traitement :

CETTE SITUATION DOIT RESTER TRÈS RARE CAR TOUS LES EFFORTS SONT FAITS POUR COMPRENDRE LES RAISONS DE L'ÉCHEC DU TRAITEMENT ET Y REMÉDIER

- Expliquez qu'après 12 semaines de traitement dans le cadre du programme, et malgré tous les examens possibles réalisés et le soutien offert par le CNTA, l'enfant n'arrive pas à prendre du poids/atteindre le PB nécessaire pour être autorisé à sortir et que nous n'arrivons pas à comprendre pourquoi.
- Rappelez les signes d'alerte et insistez sur la nécessité de revenir au centre/de consulter si ces signes sont observés.
- Si l'équipe pense que la non-réponse au traitement est due au fait que les ATPE sont partagés avec d'autres membres de la famille, essayez une dernière fois de vérifier cette hypothèse et de voir ce que vous pouvez faire pour que l'enfant reçoive bien ses rations à la maison.

5.13.4. Kits d'hygiène

Un kit d'hygiène permettant l'accès à l'eau potable et une bonne l'hygiène domestique peut être fourni dans des contextes spécifiques et en fonction des choix opérationnels. La remise du kit doit toujours être accompagnée d'une séance d'information par un PS qui expliquera l'utilité du kit ainsi que l'importance de l'hygiène domestique. Cette personne expliquera aussi comment l'utiliser.

Le kit doit être adapté au contexte local et peut être acheté sur place ou commandé à l'étranger. Il doit comprendre au moins :

- 250 g de savon/personne/mois pour chaque membre de la famille jusqu'à la sortie du programme de nutrition
- Des produits pour le traitement de l'eau sur le lieu de consommation pour assurer à chaque foyer suffisamment d'eau potable (pour boire et préparer les repas) – soit 20 litres/personne/jour. Il pourra s'agir de pastilles de chlore (Aquatab), de sachets pour le traitement de l'eau par coagulation-floculation (PuR) et/ou de filtres à eau domestiques. Le choix dépendra du contexte local et se fera, idéalement, en concertation avec votre référent santé environnementale/watsan.

- Un seau d'une capacité de 20 l avec un couvercle et un robinet (station de lavage des mains)
- Un jerrican rigide de 20 l muni d'un bouchon pour le stockage de l'eau en toute sécurité
- Un dépliant en langue locale et/ou des dessins expliquant comment utiliser le kit
- Éventuellement : 2 tasses avec anse (à suspendre), une pour tremper l'ATPE et l'autre pour boire.



ILLUSTRATION : DISTRIBUTION DE KITS D'HYGIENE PAR « ACTION CONTRE LA FAIM » (ACF) DANS LA PROVINCE DE TAPPA, BURKINA FASO

5.14. FORMATION ET SUPERVISION DU PERSONNEL

5.14.1. Supervision

Avant l'ouverture d'un CNTA, et ensuite, à intervalles réguliers, le personnel devra bénéficier d'une formation approfondie afin d'être en mesure de dispenser des soins de qualité centrés sur le patient.



LE PROGRAMME DE FORMATION NUTRITIONNELLE DE MSF



Une série complète de ressources (validée par le Groupe de travail « Nutrition ») destinées aux formations en face-à-face est disponible sur la plateforme Tembo de MSF – <https://tembo.msf.org/> – ainsi que sur la page SharePoint du GTN, dans la section « Ressources », à l'adresse :

<https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/nwg>

Ce programme est subdivisé en modules pour que vous puissiez faire votre choix en fonction de vos besoins (vous serez sans doute amené à les utiliser tous durant le cycle de vie du projet). Il comprend aussi un guide du facilitateur pour les sessions et tout le matériel à imprimer pour organiser des séances d'apprentissage interactives (et qui sait, ludiques !)

Ce n'est pas parce que le personnel a reçu une formation qu'il comprendra parfaitement tout ce qui a été abordé et qu'il pourra mettre ces enseignements en pratique au quotidien. Il faut donc absolument prévoir une supervision (voir ci-dessous) et de nombreuses séances de remise à niveau !

5.14.2. Supervision

Toutes les activités mises en œuvre dans les centres et tous les membres du personnel – depuis les médecins jusqu'aux ASC – doivent faire l'objet d'une supervision régulière, à l'aide de checklists (utilisez par exemple les checklists « anamnèse clinique » et « examen clinique » des [Annexes 3 et 4](#) pour vérifier si le personnel clinique réalise correctement ces activités), d'indicateurs de suivi et d'évaluation (voir [Section 7](#)), d'outils de gestion des stocks d'aliments (voir [ici](#) pour les outils d'assurance qualité des aliments), d'entretiens d'évaluation du personnel et de formations sur le terrain.

Supervision du personnel

Objectifs :

- Offrir au personnel du CNTA un soutien direct en fonction de ses besoins
- Améliorer les performances professionnelles
- Identifier les approches qui fonctionnent et celles qui ne sont pas efficaces
- Identifier les problèmes et les difficultés rencontrés par les patients, les accompagnants et le personnel
- Identifier les besoins de formation (nouvelles formations et remises à niveau)
- Identifier les activités qui doivent être réorganisées

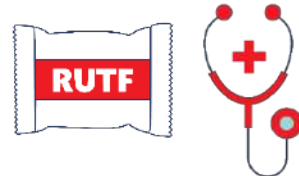
Le personnel doit être informé des objectifs et des résultats des activités de supervision. Une bonne idée est ici d'associer le personnel à la préparation des checklists des tâches et de supervision. Pour chaque poste/service, il faudra créer une checklist décrivant la totalité des responsabilités et des tâches qui incombent au personnel sur la base des profils de poste. La checklist facilitera l'évaluation globale des performances professionnelles du personnel.

Les résultats des activités de supervision seront analysés avec tous les membres concernés du personnel. Chaque membre du personnel recevra aussi un feedback régulier sur ses performances professionnelles.

Chaque trimestre, les performances du CNTA au cours du trimestre précédent seront présentées au personnel, au moyen des indicateurs de suivi (voir [Section 7](#)). L'objectif est de stimuler la réflexion et la discussion sur les points à améliorer et de mettre en avant les succès.

Supervision des soins dispensés aux patients

- Une supervision régulière visant à s'assurer du **respect des protocoles thérapeutiques nutritionnels et médicaux** est essentielle pour le suivi des soins dispensés aux patients.
- Il faudra contrôler régulièrement l'exactitude des **données/informations** consignées sur chacune des fiches-patient et s'assurer qu'elles soient bien complètes.
- Il est tout aussi important d'évaluer **ce que pense les patients des soins dispensés** dans le centre, en demandant aux accompagnants et aux patients ce qui leur plaît ou leur déplaît dans les soins. Les accompagnants doivent pouvoir évoquer facilement leurs problèmes (médicaux) avec le personnel. Ces discussions nous permettent en effet d'adapter nos activités et d'améliorer ainsi le respect du traitement. Organiser des entretiens avec les accompagnants à la sortie des patients peut être un bon moyen de collecter ce genre d'information.
- Il est extrêmement important de **maintenir une communication de qualité entre le personnel et les accompagnants**. Le personnel doit pouvoir fournir des informations claires et précises sur le traitement médical, la préparation des rations et l'alimentation et pouvoir identifier tout facteur, lié au contexte, susceptible de faire obstacle au traitement et à la participation au programme ou d'entraîner l'abandon du traitement.



6. PROTOCOLE MÉDICAL ET NUTRITIONNEL

Les sections qui suivent abordent tous les aspects du traitement médical et nutritionnel administré dans un CNTA, ainsi que le suivi. Nous commencerons par détailler les critères d'admission et de sortie.

6.1. CRITÈRES D'ADMISSION

- ✓ **Oedèmes nutritionnels + ou ++ (+++ référer au CNTH)**
et/ou
- ✓ **PB <115 mm (11,5 cm)**
et/ou
- ✓ **PTZ < -3**

PLUS

- ✓ **Pas de complications médicales**
ET
- ✓ **Appétit intact/bon**

Pour les projets choisissant d'admettre également des patients **MAM** dans le CNTA :

- ✓ **PB <125 mm (12,5 cm) et ≥115 mm (11,5 cm)**
et/ou
- ✓ **PTZ < -2 et ≥ -3**

PLUS

- ✓ **Pas de complications médicales**
ET
- ✓ **Appétit intact/bon**

6.2. CATÉGORIES D'ADMISSION

Les catégories d'admission peuvent varier d'une section MSF à l'autre, en fonction du système de suivi et d'évaluation mais aussi du système utilisé par le MINSA.

Les catégories d'admission sont généralement les suivantes :

- Nouvelle admission
- Patient référé par un CNTH (patient hospitalisé)
- Réadmission : après abandon
- Réadmission : après une première sortie (guéris) du CNTA
- Rechute (après guérison)

Vérifiez auprès de votre section MSF les catégories d'admission et leurs définitions, utilisées pour le système de suivi et d'évaluation.



REMARQUE SPÉCIFIQUE SUR LES ENFANTS RÉFÉRÉS PAR UN CNTH (SOINS EN MILIEU HOSPITALIER)

La période entre la sortie d'un CNTH (soins nutritionnels en milieu hospitalier) et l'admission dans un CNTA (prise en charge nutritionnelle ambulatoire) peut être une période à risque pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë. Rappelons en effet que ces enfants ne sont pas encore guéris, ils sont juste stabilisés. Ils doivent donc être revus en ambulatoire **au plus tard UNE SEMAINE après leur sortie** du CNTH.

Le tracing de ces patients est souvent complexe, en particulier si MSF ne gère pas à la fois les services hospitaliers et les services ambulatoires. Dans ce cas, faites le maximum pour rester en contact avec les centres nutritionnels hospitaliers de la zone d'intervention du projet (MSF et non-MSF) de façon à connaître le nom des enfants qui devront être pris en charge dans votre CNTA et la date prévue.

Si ces enfants ne se présentent pas à la date prévue, activez vos réseaux communautaires/de proximité (voir [Sections 3.2](#) et [6.8.7](#)) pour assurer leur suivi et avoir la garantie qu'ils poursuivront bien leur traitement.

Lorsque les services hospitaliers et ambulatoires sont assurés sur le même site/dans le même centre de santé, ces références sont généralement plus faciles. Tout devra être mis en œuvre pour offrir un « programme unique ». Lorsque ces services sont assurés sur des sites différents, il faudra veiller à être encore plus efficace et bien réfléchir à la façon dont vous allez assurer le partage des informations et une communication transparente et régulière.

6.3. MOUVEMENTS DE PATIENTS

Dans le passé, les mouvements de patients entre les CNTA et les CNTH étaient appelés « mouvements internes ». Ce terme a été abandonné car il arrive souvent dans les projets MSF que ces deux services ne soient pas forcément présents ou qu'ils ne soient pas gérés par MSF. Une autre organisation ou le MINSA, par exemple, peut en effet gérer une de ces structures. C'est la raison pour laquelle nous parlons désormais de **référence** entre ces services.

Il peut y avoir d'autres mouvements de patients également (par exemple, d'un service non nutritionnel ou d'autres structures sanitaires), et la terminologie utilisée peut varier d'un projet ou d'une section à l'autre, mais les principes de soins restent, eux, identiques.

6.3.1. RÉFÉRENCE D'UN CNTA à un CNTH

Dans ce cas, la santé du patient s'est **détériorée** au point de nécessiter une prise en charge en milieu hospitalier.

Critères pour le référence d'un CNTA vers un CNTH :

- Complication médicale d'apparition récente (voire Illustration 24 ci-dessus)
- Anorexie d'apparition récente (signalée par l'accompagnant et mise en évidence par le test d'appétit)
- Perte pondérale depuis la dernière visite au CNTA (pour les patients non atteints de kwashiorkor) **supérieure à 5 % (>5 %)**³⁶ (voir tableaux rapides de l'[Annexe 8](#))

³⁶ En cas de perte de poids inférieure à 5 %, des examens devront d'abord être réalisés dans le CNTA, voir Section 6.8.3

- Réapparition ou aggravation/augmentation de l'œdème
- Absence de réponse au traitement nutritionnel dispensé dans le CNTA (voir cadre ci-dessous)



POURQUOI CE CRITÈRE D'UNE PERTE DE POIDS DE 5 % ?

Même s'il n'existe actuellement aucune recommandation spécifique de l'OMS ou d'autres instances normatives quant à la perte de poids exacte imposant le référence immédiat d'un patient d'un programme ambulatoire vers une prise en charge en milieu hospitalier et que les données à ce sujet sont peu nombreuses, les Groupes de travail « Pédiatrie » et « Nutrition » de MSF ont examiné cette question en profondeur (avec des experts externes) et ont décidé de formuler des recommandations précises pour nos projets.

Ce seuil a été choisi sur la base des données disponibles (essentiellement concernant des enfants ne souffrant pas de malnutrition) et de notre expérience clinique collective. Il est par ailleurs utilisé dans une série de protocoles nationaux (par ex. en RDC).

Même si cette perte pondérale de 5 % était due à la déshydratation (provoquée par des diarrhées et/ou des vomissements), un état de déshydratation modérée imposerait déjà à lui seul l'admission de l'enfant dans un CNTH (voir les critères d'admission dans un CNTH).

Les membres de l'équipe clinique examineront toujours ensemble ces cas (que nous espérons rares) et chercheront un soutien auprès des référents nutrition ou pédiatrie de la section et/ou feront appel à la télémedecine, si nécessaire.



QU'ENTEND-ON PAR ÉCHEC DU TRAITEMENT NUTRITIONNEL DANS UN CNTA ?

PATIENTS ATTEINTS DE MARASME (OU DE KWASHIORKOR, APRÈS DISPARITION DE L'OEDÈME)

Dans un CNTA, on parle de non-réponse au traitement nutritionnel principalement en cas de faible gain de poids (< 5 g/kg/jour), d'absence de gain pondéral (statu quo pondéral) ou de perte de poids, et ce malgré un traitement nutritionnel et médical approprié.

- Si la perte de poids depuis la dernière visite est **supérieure à 5 % (>5 %)**, l'enfant doit être directement **référé vers un CNTH** pour une investigation plus poussée.
- En de perte de poids <5 %, d'absence de gain de poids (statu quo pondéral) ou de faible gain de poids (< 5 g/kg/jour) depuis la dernière visite, **les actions suivantes seront prises immédiatement** (Voir également [Section 6.8.3](#) sur le suivi du patient)
 - **Examen médical** complet (anamnèse complète et examen physique approfondi + dépistage du VIH et de la TB)
 - Séance d'**entretien avec le promoteur de santé (PS)** dans le CNTA
 - **Visite à domicile** par le PS/l'ASC (après une première visite mettant en évidence une absence de gain de poids ou un faible gain de poids) afin d'évaluer les éventuels problèmes sociaux ou de santé environnementale au sein du ménage, comme le partage des rations d'ATPE
 - **Évaluation psychosociale/de santé mentale** de l'accompagnant si l'équipe pense que le problème se situe à ce niveau
 - Il faut demander à l'accompagnant de **revenir rapidement avec l'enfant**, avant le prochain rendez-vous prévu, par ex. dans les 2-3 jours (*mieux vaut ne pas la prochaine visite hebdomadaire ou toutes les deux semaines*)

À NE PAS OUBLIER NON PLUS :

 - Examiner les **aspects organisationnels du CNTA** susceptibles de contribuer à cette absence d'amélioration (par ex. qualité de la consultation médicale, exactitude des mesures anthropométriques, etc.)

- Si cette perte de poids (<5 % ou >5 %), cette absence de gain de poids (statu quo pondéral) ou ce faible gain de poids (< 5 g/kg/jour) se confirme à la visite suivante (qu'elle ait lieu dans les trois jours ou une semaine plus tard), **le patient doit être directement référé vers un CNTH**

PATIENTS ATTEINTS DE KWASHIORKOR

Dans un CNTA, la non-réponse au traitement en ambulatoire dans le CNTA se traduit essentiellement par l'absence de réduction de l'œdème malgré la prise en charge médicale et nutritionnelle appropriée des comorbidités (susceptibles d'exacerber l'œdème)

- En l'absence de diminution de l'œdème depuis la dernière visite chez des patients au degré d'œdème + ou ++, **les actions énumérées ci-dessous seront prises immédiatement** (Voir aussi la [Section 6.8.3](#) sur le suivi des patients)
- Si l'œdème n'a pas diminué à la visite suivante (qu'elle ait lieu dans les trois jours ou une semaine plus tard), **le patient doit être directement référé vers un CNTH**
- Si une **réapparition** ou une **aggravation** de l'œdème (de + à ++ OU de ++ à +++) est observée lors d'une visite, **le patient doit être directement référé vers un CNTH**



Un patient peut être réorienté vers un CNTH **pour y bénéficier d'une prise en charge complète en milieu hospitalier** ou pour une **brève période** (2-3 jours), le temps de procéder à un examen clinique plus approfondi, d'observer la prise des repas et d'évaluer la relation entre l'accompagnant et l'enfant.

L'équipe clinique du CNTH évaluera à leur admission ces patients « ne répondant pas au traitement » afin de déterminer s'ils peuvent directement passer à la phase 2 (c'est-à-dire poursuite du traitement nutritionnel ambulatoire) ou s'ils doivent suivre toutes les phases du traitement nutritionnel prévues dans le CNTH.

Si l'évaluation clinique, l'observation des repas et l'évaluation de la relation entre l'accompagnant et l'enfant ne mettent en évidence aucun problème, la non-réponse au traitement pourrait être liée à un problème social dans la famille, par exemple le partage des rations d'ATPE ou des tensions/conflits. L'évaluation de **PS** et de **SMSP** au moment de l'admission dans le CNTH est essentielle pour la préparation d'un plan d'action thérapeutique et d'un plan de suivi appropriés.

6.4. CRITÈRES DE SORTIE

S'il existe dans votre zone d'intervention un PNS disposant de stocks garantis d'aliments supplémentaires, un patient qui satisfait aux critères « MAM » du CNTA [PTZ ≥ -3 et ≤ -2 , PB > 115 mm ($> 11,5$ cm) et 125 mm ($\leq 12,5$ cm)] pourra y être orienté pour y poursuivre son traitement jusqu'à son rétablissement.

En l'absence de PNS (fiable), le patient poursuivra son traitement dans un CNTA jusqu'à ce qu'il soit rétabli.

Un patient est généralement autorisé à **sortir** un programme nutritionnel lorsque les critères suivants sont remplis :

- ✓ **Pas d'œdème** depuis/pendant 2 semaines (minimum)
- ✓ **PB ≥ 125 mm (12,5 cm)** depuis/pendant 2 semaines (minimum) **et/ou***(voir boîte ci-dessous)
- ✓ **PTZ ≥ -2** , depuis/pendant 2 semaines (minimum)
- ✓ **Stabilisation des complications médicales**, ce qui signifie que l'enfant est cliniquement en bonne santé ou qu'il est suffisamment rétabli pour poursuivre le traitement médical complémentaire (celui-ci devant pouvoir être dispensé en ambulatoire, par ex. traitement de la tuberculose (TB), traitement du VIH, changement des pansements, etc.).
- ✓ **Vaccination à jour**



***Un patient ne peut être autorisé à sortir qu'en cas de retour à la normale de toutes ses mesures/indices anthropométriques, c'est-à-dire : PTZ $\geq$ -2 et PB $\geq$ 125mm**

TOUTEFOIS ! L'on admet que dans certains cas, des patients pris en charge sur la base des critères PB et PTZ peuvent présenter, après un traitement prolongé, des valeurs normales pour un des deux critères seulement.

Leur PTZ peut par exemple être à nouveau dans la norme alors que leur PB a atteint un plateau ne dépassant pas 120 mm (12,0 cm), p.ex. Ces patients doivent être évalués par l'équipe clinique. Si celle-ci estime que la sortie est indiquée et qu'elle ne comporte pas de risque, ces patients peuvent être autorisés à quitter le programme nutritionnel.

Cette situation devra toujours être clairement documentée dans le dossier du patient. Il est par ailleurs recommandé de planifier aussi une **visite de suivi** 2 à 4 semaines plus tard, pour s'assurer que l'enfant continue à prendre du poids et que son état clinique reste bon.

Ces patients peuvent être classés dans la catégorie de sortie comme « **guéris** » puisqu'elle correspond le mieux à leur état clinique et nutritionnel.

Il est important de souligner que ces critères de sortie sont les critères **standard de l'OMS**³⁷, mais qu'ils peuvent différer d'un projet à l'autre en fonction du contexte et des protocoles nationaux. Consultez toujours vos opérations et votre référent nutrition lorsque les critères d'admission et de sortie utilisés dans un projet diffèrent des critères standard ci-dessus (MSF).

6.5. CATÉGORIES DE SORTIE

Les catégories de sortie peuvent également différer d'une section à l'autre en fonction du système de suivi et d'évaluation que vous utilisez mais aussi du système du MINSA. Les catégories de sortie sont généralement les suivantes :

- Guéri
- Disqualifié du service
- Référence vers le CNTH (détérioration)
- Abandon
- Non-répondant
- Décédé ³⁸

L'illustration ci-dessous présente un résumé des critères d'admission et de sortie :

³⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506328>

³⁸ Certaines sections n'utilisent plus la catégorie « décédé » pour les CNTA. Toutefois, si le taux de patients en défaut est élevé (par ex. >15 %), il y a lieu d'ajouter des sous-catégories, parmi lesquelles « patients décédés » (et aussi « perdus pour le suivi » et « sur décision du bénéficiaire »)



CRITÈRES D'ADMISSION & DE SORTIE d'un CNTA POUR LES ENFANTS MALNUTRIS



ADMISSION DIRECTE DANS LE CNTA



PB

MAS: <115 mm



ET / OU

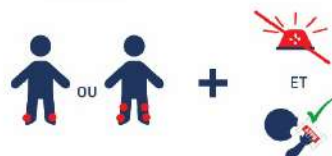
PTZ

MAS: <-3



ET / OU

**OEDÈMES
BILATÉRAUX
+ OU ++**



REMARQUE: pour les projets choisissant d'admettre également des patients MAM dans le CNTA

PB

MAM:
≥ 115mm et <125mm



ET / OU

PTZ

MAM:
≥ -3 et <-2

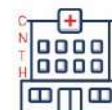


- Choc
- Anémie sévère (<4g/dl ou 4-6g/dl avec signes de décompensation)
- Convulsions
- Hypoglycémie persistante
- Pneumonie avec ou sans signes de gravité
- Paludisme avec des signes de gravité
- Autres infections graves (méningite, septicémie, infection de la peau/des tissus mous)
- Diarrhée avec déshydratation modérée, sévère ou dysenterie

- Léthargie, altération de la conscience, enfant inconscient
- Vomissements incoercibles
- Autres pathologies nécessitant un examen ou un traitement supplémentaire (Tuberculose, VIH, fièvre d'origine inconnue)
- Infection/lésions cutanées sévères (y compris les graves lésions cutanées du kwashiorkor)
- Pathologies oculaires liées à une carence en vitamine A
- Malformations congénitales entraînant des difficultés d'alimentation
- Problèmes sociaux/familiaux faisant obstacle au traitement ambulatoire

¹ si l'âge n'est pas connu, utiliser la taille : 67 cm - 110 cm (= MSF et WHO standard, vérifier les protocoles nationaux pour les limites de taille.)

RÉFÉRENCE D'UN CNTH



Les patients peuvent être référés d'un CNTH vers un CNTA quand :

- État clinique satisfaisant
- Reprise de l'appétit (mange facilement l'ATPE en phase de transition ou en phase 2 en milieu hospitalier)
- Réduction significative des œdèmes ou absence d'œdème
- Complications médicales sous contrôle (disparition des symptômes), le patient ne nécessite pas de traitement intraveineux (IV) ou intramusculaire (IM) ou de traitement continu ; il peut donc être pris en charge en ambulatoire (par exemple : traitement du VIH ou de la tuberculose)
- Vaccinations à jour (ou remise du document pour l'orientation vers une autre structure pour la mise à jour de ses vaccins)
- L'accompagnant estime être prêt pour cette sortie et le contexte familial est aussi favorable que possible.

REMARQUE: Les patients sont réorientés du CNTH vers le CNTA sur base de **critères cliniques** et non de critères anthropométriques

CRITÈRES DE SORTIE



- Pas d'œdème depuis/pendant 2 semaines (minimum)
- **PB ≥ 125 mm (12,5 cm)** depuis/pendant 2 semaines (minimum)

et/ou

- **PTZ ≥ -2** depuis/pendant 2 semaines (minimum)
- Vaccination à jour
- Stabilisation des complications médicales



Disponible [ici](#) pour impression

Nutrition Working Group - Mars 2021 - Graphic Design : A. Filot



6.6. PRISE EN CHARGE MEDICALE SYSTEMATIQUE

Tous les patients admis dans un CNTA doivent faire l'objet d'une prise en charge médicale systématique, conformément aux recommandations de l'OMS.

MALADIE	DEPISTAGE/ TRAITEMENT	VISITES						
		1	2	3	4	5	6	Sortie du CNTA
INFECTIONS BACTÉRIENNES	Antibiotique à large spectre ¹ 5-7 jours ²	X						
ROUGEOLE ET AUTRES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION ³	Vaccination	• Vérifiez la carte de vaccination à l'admission et évaluez à quels vaccins l'enfant est éligible. • Vaccinations à administrer à l'admission pour toute série de vaccination éligible • Tout vaccin qui ne peut pas être administré au CNTA doit être indiqué sur la fiche de sortie du CNTA						
PALUDISME	TDR si transmission endémique ou saisonnière	X	X	X	X	X	X	X
	Traiter si TDR + 3 jours	X	X	X	X	X	X	X
CARENCE EN VITAMINE A	Dépistage des signes de carence	X	X	X	X	X	X	X
	Traiter si signes de carence (dose élevée) Donner la 1ère dose et référer au CNTH	X						
	Traiter si la raison est cliniquement justifiée (faible dose, 5000IU ⁴ /jour)	X						
VERS INTESTINAUX	Albendazole (Mébendazole)	Pour les enfants > 1 an à l'admission (si non donné dans le CNTH) ou avant la sortie si une contre-indication à l'admission. Ne pas donner aux enfants < 1 an ou à ceux qui ont reçu de l'albendazole au cours des 3 derniers mois dans le cadre d'une campagne de masse / traitement individuel.						
DÉPISTAGE TB	Algorithmes TB (score TB) ⁵	X		X ⁶		X		X
DÉPISTAGE VIH	Counselling et test	X						

¹ Le plus souvent, l'amoxicilline, sauf indication clinique spécifique pour un antibiotique spécifique.

² Cela sera dicté par l'état du patient et sa réponse au traitement ainsi que selon le protocole national.

³ Voir le calendrier de vaccination MSF.

⁴ 5000IU bientôt disponible dans le catalogue MSF.

⁵ Score TB uniquement si requis par le programme national, sinon suivre l'algorithme clinique MSF.

⁶ Vous devrez peut-être effectuer un nouveau dépistage lors de plusieurs visites différentes si la suspicion clinique persiste.

X = SYSTÉMATIQUE

X = Indication clinique



Vous trouverez [ici](#) les outils de détermination de la dose pour tous les traitements repris dans les sous-sections ci-dessous.

6.6.1. Antibiotiques

À l'heure actuelle, l'OMS recommande toujours d'administrer systématiquement des antibiotiques à tous les enfants souffrant de MAS, compliquée ou non-compliquée.³⁹ Les dosages ci-dessous s'appliquent aux ADMISSIONS DIRECTES AU CNTA – les patients venant d'un CNTH auront déjà reçu des antibiotiques et ne devront plus en recevoir, sauf en présence d'une indication clinique précise.

➔ **Amoxicilline – per os, 50 mg/kg deux fois par jour pendant 5 jours : D1 à D5** (sauf si le protocole national impose 7 jours de traitement)

TABEAU 7: TABLEAU POSOLOGIQUE RAPIDE POUR LES COMPRIMÉS D'AMOXICILLINE - PATIENTS MAS

Amoxicilline, comprimés 250 mg (DISPERSIBLE)		
Poids (kg)	Dose en mg, deux fois par jour	Comprimés, deux fois par jour
2	100	½
3	150	½
4	200	1
5	250	1
6	300	1
7	350	1 ½
8	400	1 ½
9	450	2
10	500	2
11	550	2
12	600	2 ½
13	650	2 ½
14	700	3
15	750	3

REMARQUES :

- Dans la plupart des services ambulatoires de MSF, la préférence va aux comprimés dispersibles. Vous pouvez **diviser un comprimé dispersible** à l'aide d'un coupe-comprimés (code catalogue de MSF : EDDCTACU1) pour obtenir la dose correcte. Donnez ces comprimés divisés à l'accompagnant et expliquez-lui qu'il doit les dissoudre dans 5-10 ml d'eau (conseillez-lui d'utiliser une petite cuiller ou donnez-lui un petit récipient en plastique sur lequel la quantité sera indiquée/marquée) et administrer tout le liquide de la cuiller/tasse/récipient deux fois par jour à l'enfant.
- S'il n'y a pas de comprimés dispersibles, utilisez des comprimés normaux et le coupe-comprimés pour obtenir la dose correcte et donnez-les à l'accompagnant. Montrez à l'accompagnant comment écraser le(s) comprimé(s) dans un mortier avec un pilon, s'il en a, ou avec l'ustensile habituellement utilisé

³⁹ Ligne directrice de l'OMS (2013) : Mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant. Genève.



pour broyer les céréales ou les épices (en lui expliquant qu'il faudra bien le nettoyer pour qu'il n'y ait pas d'épices dans le médicament). Dites-lui de mélanger ensuite la poudre le mieux possible dans 5-10 ml d'eau (conseillez-lui d'utiliser une petite cuiller ou donnez-lui un petit récipient en plastique sur lequel la quantité sera indiquée/marquée). Tout le liquide de la cuiller/tasse/récipient devra être administré deux fois par jour à l'enfant.



L'administration systématique d'antibiotiques était au départ motivée par le fait les enfants souffrant de MAS présentent souvent des **signes et symptômes infracliniques d'infection bactérienne**, qui pourraient ne pas être diagnostiqués et traités.

En outre, les antibiotiques à large spectre peuvent avoir un rôle bénéfique dans le traitement de la **colonisation bactérienne chronique de l'intestin grêle (CBCG)**, une affection fréquente chez les enfants souffrant de MAS pouvant être à l'origine d'un syndrome de malabsorption et d'autres processus pathologiques tels qu'une translocation bactérienne – le passage des bactéries intestinales dans la circulation sanguine.

Les données actuelles ne permettent pas d'aller à l'encontre des recommandations de l'OMS*. En ce qui concerne les patients admis dans les CNTA, une complication médicale bien identifiée peut toutefois dicter l'utilisation d'un antibiotique spécifique, autre que l'amoxicilline, pendant une période spécifique (sur la base des recommandations du GCP). Dans l'idéal, l'antibiotique utilisé doit dépendre des besoins cliniques et tenir compte des schémas de résistance locaux, mais dans de nombreux contextes d'intervention de MSF, les analyses microbiologiques nécessaires sont rarement disponibles.

Toute décision de s'écarter des recommandations de l'OMS doit être prise au niveau du projet, en association avec l'équipe de coordination et les référents médicaux.

*Williams, C and Berkley, J (2018) Guidelines for the treatment of severe acute malnutrition: a systematic review of the evidence for antimicrobial therapy. Paediatrics and International Child Health, VOL 38, NO. S1, S32–S49



6.6.2. Vaccination⁴⁰

Le cas échéant, vérifiez TOUJOURS quels sont les vaccins qui ont déjà été administrés dans le CNTH.



Chaque contact avec un patient, ses frères et sœurs et l'accompagnant offre une occasion de mettre à jour un **programme de vaccination**. En plus de la vaccination contre la rougeole, tous les enfants admis dans un programme nutritionnel doivent faire l'objet d'une évaluation afin de déterminer s'ils peuvent recevoir d'autres **vaccins du PEV** avant leur sortie.

Rougeole

La rougeole est une pathologie extrêmement grave chez l'enfant, surtout chez les enfants atteints de MAS. Cette maladie affaiblit le système immunitaire jusqu'à plusieurs années après l'infection et aggrave la

⁴⁰ Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de travail « Vaccination » de MSF.



carence en vitamine A⁴¹. En outre, la rougeole s'accompagne souvent d'une perte de poids rapide et importante. Les complications graves de la rougeole, telles que la pneumonie, sont par ailleurs fréquentes chez ces patients. **La vaccination contre la rougeole est donc une priorité dans les programmes nutritionnels.**

Groupe d'âge cible :

- **À partir de 6 mois** : administrez systématiquement le vaccin anti-rougeole à tous les enfants, sauf si l'état vaccinal – 2 doses (reçues à 9 mois ou après, et avec un intervalle minimum de 4 semaines entre les doses) – est documenté par écrit.
- Les enfants vaccinés entre **6 et < 9 mois** doivent recevoir un rappel à partir de 9 mois. Un intervalle de 4 semaines sera respecté avec la dose précédente.
- La dose administrée entre 6 et > 9 mois sera enregistrée comme étant la **dose 0**. La première dose administrée à 9 mois ou plus tard sera la **dose 1**. La dose suivante sera la **dose 2**.

Autres vaccins

Au minimum, tous les autres vaccins du **programme national de vaccination** seront administrés aux enfants dans le cadre des programmes nutritionnels de MSF.

Groupe d'âge cible :

- Suivre le schéma de vaccination national (souvent limité aux enfants < 12 mois, mais pas toujours)
- Une vaccination de rattrapage pour les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans est vivement recommandée. À l'exception du vaccin contre les rotavirus, tous les vaccins du PEV peuvent être administrés en toute sécurité jusqu'à 5 ans.

Où et quand

Le **statut vaccinal de l'enfant doit être contrôlé à l'admission** et la vaccination complétée dès que possible, conformément au calendrier national.

Soit, pour les CNTA, les programmes nutritionnels supplémentaires de couverture (PNSC), les PNS, les programmes nutritionnels supplémentaires ciblés (PNSC) :

- **Au moment de l'admission**
- **À chaque visite** : lorsque l'intervalle de temps depuis l'administration de la dernière dose **est supérieur à 4 semaines**
- **À la sortie**

Dans certains projets, le MINSA peut organiser la vaccination des bénéficiaires du programme nutritionnel. Si celle-ci n'est pas assurée par le MINSA, c'est à MSF de se procurer et d'administrer les vaccins aux enfants et à leurs accompagnants.

⁴¹ (2019) L'infection par le virus de la rougeole diminue les taux d'anticorps préexistants qui protègent l'organisme contre d'autres pathogènes, *Science* 366, 599-606



Au moment de la sortie d'un enfant d'un programme nutritionnel, l'accompagnant doit être **informé de toutes les séries de vaccins incomplètes** et de la nécessité de mettre à jour le schéma de vaccination de l'enfant.

Il doit aussi recevoir un **carnet de vaccination** (du MINSA ou de MSF), dûment complété, et se faire expliquer quels sont les vaccins qui doivent encore être administrés, à quel moment et où.

La vaccination de suivi peut se faire dans le cadre du programme nutritionnel (sur rendez-vous) ou dans les structures du MINSA.



Contre-indications à la vaccination

En cas de pathologie fébrile aiguë grave, reportez la vaccination jusqu'à la guérison. Une infection bénigne ne constitue toutefois pas une contre-indication à la vaccination.

En cas d'épidémie de fièvre jaune ou de rougeole

- Si des cas de rougeole ou de fièvre jaune ont été identifiés lors d'une visite au CNTA, et qu'il existe un risque de transmission de la maladie à d'autres enfants, vaccinez tous les enfants éligibles du CNTA contre la rougeole ou la fièvre jaune, quels que soient leur statut VIH (enfant séropositif ou non), leur niveau d'immunosuppression (analyse risque-bénéfice) et leur état clinique (patient stable ou instable).
- En cas d'épidémie de rougeole ou de fièvre jaune dans la communauté, il est recommandé de vacciner tous les enfants éligibles dès l'âge de 6 mois (rougeole) ou de 9 mois (fièvre jaune), quels que soient leur statut VIH (enfant séropositif ou non) et leur niveau d'immunosuppression (analyse risque-bénéfice), pour autant qu'ils soient cliniquement stables.

Cas spécifiques des enfants chez qui une infection par le VIH est suspectée ou confirmée

- **Tous les vaccins non vivants** (DPT-Hib-HepB, PCV, MenA conjugué, IPV) peuvent être administrés en toute sécurité dans le CNTA aux enfants séropositifs.
- L'administration du **BCG** (dès la naissance), du vaccin contre la **rougeole** (≥ 6 mois) et du vaccin contre la **fièvre jaune** (≥ 9 mois) est recommandée pour tous les enfants séropositifs **qui ne présentent pas de signes d'immunosuppression sévère** (sur la base de leur taux de CD4 et de leur charge virale, selon l'âge). S'il n'est pas possible de réaliser des tests en laboratoire, administrez ces vaccins à tous les enfants sous TARV depuis au moins 3 mois (si traitement bien respecté !). En cas d'épidémie de rougeole ou de fièvre jaune, reportez-vous au paragraphe ci-dessus.
- Chez les patients séropositifs, le schéma vaccinal complet pour la rougeole est le suivant : 1 dose entre 6 et < 9 mois (= dose 0), en présence ou non d'une épidémie, 1 dose à partir de 9 mois (= dose 1) et une dose pendant la deuxième année de vie (= dose 2).
- Les enfants ayant été vaccinés contre la rougeole avant d'être mis sous TARV doivent recevoir une **dose supplémentaire** s'ils ne présentent plus de signes d'immunosuppression sévère (sur la base de leur taux de CD4 et de leur charge virale, selon l'âge). S'il n'est pas possible de réaliser des tests en laboratoire, cette dose supplémentaire sera administrée aux enfants âgés de 6–12 mois après instauration du TARV lorsqu'il n'y a pas de signes d'immunosuppression sévère.
- Tous les autres vaccins vivants atténués (**vaccin oral contre la polio et vaccin contre les rotavirus**) peuvent être administrés en toute sécurité dans le CNTA aux enfants séropositifs.



Schéma vaccinal - CNTA

Vaccin			Age min. 1ère dose	Age max.	Nombre de doses primo-vaccination	Intervalle min entre 2 doses	VIH (-) ou non suspecté cliniquement	VIH (+) ou suspecté cliniquement	Considérations spécifiques
Vaccins vivants atténués	Polio oral	VPO 0	Naissance	4 sem avant VPO1	1	N/A	Oui		Postposer l'administration en cas de diarrhée ou vomissement, ou répéter la dose lorsque les conditions cliniques se sont améliorées
		VPO 0	6 sem	N/A	3	4 sem			
	BCG	BCG	Naissance	N/A	1	N/A	Oui	*	
	FJ	Fièvre jaune	9 mois	N/A	1	N/A	Oui	*	Si le pays ou la région sont à risque de fièvre jaune
	Rougeole	Vaccin incluant la rougeole (MCV) 0	6 mois	9 mois	1	N/A	Oui	*	L'enfant sera toujours éligible pour MCV1 et MCV2
		Vaccin incluant la rougeole (MCV)	9 mois	N/A	2	4 sem			
	Rotavirus	Rotavirus (Rotarix)	6 sem	24 mois	2	4 sem	Oui		Postposer l'administration en cas de diarrhée ou vomissement
		Rotavirus (RotaTeq)	6 sem		3	4 sem			
Autres vaccins	HepB	Hépatite B dose de naissance (HBV) 0	Naissance	Jusque Penta 1	1	N/A	Oui		
	IPV	Polio injectable (VPI)	14 sem	N/A	1	N/A	Oui	A donner en même temps que VPO3 ou à n'importe quel moment si l'enfant a plus de 3	
	Penta	DTC-Hib-HepB	6 sem	6 ans	3	4 sem	Oui	Si l'enfant a plus de 12 mois lors de la 1ère dose, administrer 3 doses avec un intervalle de 2 mois entre les doses 1&2 et 6 mois entre les doses 2&3	
	PCV (10 ou 13)	6 sem - 11 mois à la 1ère dose	6 sem	N/A	3	4 sem	Oui		
		12 - 23 mois à la 1ère dose	12 mois	N/A	2	8 sem			
		24 - 59 mois à la 1ère dose	24 mois	N/A	2	8 sem			
	MenA	Méningocoque A conjugué (5mcg; dose enfant)	9 mois	18 mois	1	N/A	Oui	Si le pays est à risque d'épidémies de méningite	

* Se référer à la section ci-dessus pour information détaillée sur la vaccination des enfants suspects ou confirmés d'infection au VIH



6.6.3. Paludisme⁴²

Visite d'admission :

- Dans les régions endémiques, les patients doivent être **dépistés lors de leur visite d'admission** au CNTA – au moyen d'un test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, et ce quels que soient leurs symptômes cliniques (il faut donc aussi dépister les patients a-fébriles).⁴³ En cas de résultat positif, le traitement se fera conformément aux recommandations du GCP.

→ *L'idée est de pouvoir identifier les enfants atteints de paludisme mais a-fébriles en raison de l'affaiblissement de leurs défenses immunitaires et d'une réponse inflammatoire secondaire à la malnutrition. En outre, des enfants plus âgés a-fébriles peuvent être porteurs du parasite du paludisme. Dans ce cas, la densité parasitaire reste peu élevée en raison de l'acquisition d'une semi-immunité. Elle peut toutefois être suffisante pour affecter la santé de l'enfant, et favoriser par exemple l'apparition d'une **anémie***

Visites de suivi :

- Un TDR du paludisme sera réalisé en cas de **fièvre**.
→ *Un TDR peut rester positif plusieurs semaines après élimination du parasite de l'organisme ; cela dépendra du type de test et de la parasitémie. Il faut donc faire preuve de prudence lors de l'interprétation des résultats du TDR chez un patient traité récemment contre le paludisme.*
- En cas de fièvre, il est justifié de procéder au dépistage **deux semaines au moins après la fin d'un précédent traitement complet par thérapie combinée à l'artémisinine**. C'est en effet à ce moment-là, au plus tôt, qu'une réinfection peut devenir symptomatique. L'examen attentif du patient reste essentiel puisque le TDR peut également donner lieu à des faux positifs (voir ci-dessus).
- Le dépistage systématique de tous les enfants, à chaque visite de suivi, est incompatible avec une utilisation efficace des ressources et du temps dont disposent le personnel du CNTA et les patients/accompagnants. Ce dépistage systématique n'est pas non plus toujours indiqué sur le plan clinique, vu le manque de fiabilité du TDR après une infection récente.

Les recommandations ci-dessus ne sont pas forcément utiles pour tous les contextes. Il y a donc lieu d'examiner votre stratégie de dépistage du paludisme avec vos opérations ainsi qu'avec votre référent nutrition et votre référent paludisme.



Dans les régions endémiques, tous les patients devraient recevoir à leur **visite d'admission** une **moustiquaire imprégnée** afin de limiter le risque d'infection (ou de réinfection). Cette distribution sera accompagnée de messages efficaces de **PS** sur l'utilisation des moustiquaires, leurs avantages, etc.

⁴² Cette section a été rédigée en collaboration avec le Groupe de travail « Paludisme » de MSF

⁴³ Politique « Paludisme » de MSF, novembre 2017



Traitement (selon le GCP) :

Poids (kg)	ARTESUNATE/AMODIAQUINE (AS-AQ) Compr	Jour 1	Jour 2	Jour 3
4.5 à < 9 kg	25mg AS/67.5 mg AQ base	1	1	1
9 à < 18 kg	50mg AS/135 mg AQ base	1	1	1
18 à < 36 kg	100mg AS/270 mg AQ base	1	1	1

6.6.4. Vitamine A

De nombreux enfants atteints de MAS présentent une carence en vitamine A, mais celle-ci n'est pas facilement détectable au stade infraclinique. La vitamine A est importante pour le maintien, non seulement de l'acuité visuelle, mais également des défenses de l'organisme contre les infections vu son rôle dans l'intégrité et à la régénération de l'épithélium. Chez les patients souffrant de malnutrition sévère, la supplémentation en vitamine A est essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité⁴⁴.

Les recommandations actuelles de l'OMS pourraient être modifiées dans les prochaines années, mais pour l'instant, la prise en charge recommandée est la suivante :

1. **Recherche systématique de signes de xérophtalmie.** Cet examen doit être réalisé très attentivement (avec un bon éclairage) lors de l'admission et répété à chaque visite du patient dans le CNTA. Il sera effectué par un personnel soignant expérimenté dans l'évaluation de ce type de pathologie.
2. **Supplémentation en vitamine A en fonction des indications cliniques (ci-dessous)**

Une supplémentation en vitamine A est indiquée dans les cas suivants :

- Signes de carence en vitamine A/xérophtalmie (doses élevées)
- Rougeole récente (doses élevées)
- Diarrhée grave ou shigellose

TOUS LES PATIENTS PRÉSENTANT DES SIGNES DE CARENCE EN VITAMINE A/ XÉROPTHALMIE NÉCESSITANT L'ADMINISTRATION DE DOSES ÉLEVÉES DE VITAMINE A DOIVENT ÊTRE TRANSFÉRÉS DANS UN CNTH

TABEAU 8: SCHEMA POSOLOGIQUE POUR L'ADMINISTRATION DE VITAMINE A EN FONCTION DU POIDS

POIDS (kg)	CAPSULE DE VITAMINE A - 200 000 UI	FRÉQUENCE
< 6kg	2 gouttes (50 000 UI)	1 x jour à J1, J2, J8
6 - 8 kg	4 gouttes (100 000 UI)	1 x jour à J1, J2, J8
> 8 kg	1 capsule (200 000 UI)	1 x jour à J1, J2, J8

⁴⁴ Imdad A et al, (2017) Vitamin a supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age. *Cochrane database syst rev.* 2017 mar 11;3:cd008524. Doi: 10.1002/14651858.cd008524.pub3.



6.6.5. Vers intestinaux

On retrouve souvent des parasitoses chez les enfants souffrant de malnutrition. Il y a donc lieu d'administrer systématiquement de l'albendazole à tous les enfants ≥ 1 an⁴⁵ à leur admission dans le CNTA (s'il n'a pas été administré dans le CNTH ou en cas de contre-indication clinique)

TABEAU 9: SCHEMA POSOLOGIQUE POUR L'ADMINISTRATION D'ALBENDAZOLE EN FONCTION DU POIDS

POIDS (kg)	ALBENDAZOLE 400mg en COMPRIMÉS	FRÉQUENCE
< 8kg	$\frac{1}{2}$	Dose unique à l'admission
> 8 kg	1	Dose unique à l'admission



Chez les patients venant d'un CNTH, vérifiez s'ils ont déjà reçu de l'albendazole. Si oui, ne PAS en réadministrer

⁴⁵ Un enfant âgé de 8 à 12 mois atteint d'une helminthiase VISIBLE peut être traité avec de l'albendazole.

6.7. TRAITEMENT NUTRITIONNEL

Le traitement nutritionnel ambulatoire vise à favoriser un gain pondéral rapide et un rattrapage de la croissance chez les enfants souffrant de malnutrition. Si l'enfant vient d'un CNTH, on parlera également de « phase de réhabilitation » – la phase qui suit la stabilisation en milieu hospitalier.



Il est important souligner que pour les enfants de 6 à 24 mois, nous voulons avant tout encourager et promouvoir au maximum **l'allaitement maternel**. Lors de chaque visite au CNTA, il faut donc bien rappeler l'importance de l'allaitement, en complément des rations d'ATPE, et ce à chaque visite dans le CNTA.

6.7.1. Le traitement nutritionnel : pour qui ?

- Tous les patients de 6-59 mois souffrant de MAS admis dans le CNTA
- Tous les patients de 6-59 souffrant de MAM si le projet admet également cette catégorie de patients. Le traitement nutritionnel sera différent. Dans cette section, nous n'aborderons que le traitement de la MAS.



TRAITEMENT NUTRITIONNEL POUR LES PATIENTS ORIENTÉS PAR LE CNTH :

Enfant souffrant toujours de MAS → suivre le protocole et respecter les quantités ci-dessous (pour la MAS) jusqu'au rétablissement

MAM (pas de prise en charge possible dans un PNS) → suivre le protocole et respecter les quantités ci-dessous (pour la MAS) jusqu'au rétablissement du patient

6.7.2. Où prescrire le traitement nutritionnel :

- Ce traitement doit être prescrit pendant la **consultation médicale** du personnel clinique en charge du patient



Disponible [ici](#) pour impression

6.7.3. Administration du traitement nutritionnel :

TABLEAU 10: POSOLOGIE SIMPLIFIEE – ATPE – POUR LES PATIENTS MAS EN PHASE 2/PRIS EN CHARGE EN AMBULATOIRE

POIDS CATÉGORIE	PÂTE d'ATPE sachets/JOUR	PÂTE d'ATPE sachets/SEMAINE
< 5 kg	1	7
5 – 9.9 kg	2	14
10 – 12.9 kg	3	21
> 13 kg	4	28

- Besoins énergétiques : 150-200 Kcal/ kg de poids par jour

- Dans la plupart des CNTAs MSF, il peut être difficile de fractionner les ATPE avec une grande précision. Il est donc recommandé d'utiliser les tableaux rapides – qui indiquent les rations par fourchettes de poids – plutôt que de calculer les rations en fonction du poids de chaque enfant ; voir les [Annexes 9 et 10](#). Veuillez noter que ces rations ont été calculées pour apporter 170kcal/kg/jour (quantité médiane pour la fourchette 150-200kcal/kg/jour) et assurer les apports recommandés en protéines, soit (en moyenne) 4g/kg/jour
- Le tableau ci-dessus ainsi que le premier tableau des [Annexes 9 et 10](#) sont des **tableaux simplifiés** utilisant des fourchettes de poids plus larges. Ils sont principalement destinés à la prise en charge ambulatoire.
- Le deuxième tableau de l'Annexe 9 est un **tableau plus détaillé** basé sur des fourchettes de poids plus restreintes. Les quantités d'ATPE (pâte) sont donc plus précises. Ce tableau doit être utilisé pour les patients en phase 2 du traitement nutritionnel dans un CNTH (rare) où le personnel est suffisamment expérimenté et formé pour fractionner en toute sécurité les sachets. Ce tableau peut également être utilisé dans les CNTA lorsque l'évaluation a montré que le personnel est suffisamment expérimenté et que l'accompagnant peut comprendre les explications.
- **Les 150-200kcal/kg/jour doivent dans un premier temps être apportées exclusivement par les ATPE (qui sont bien plus riches en nutriments que la majorité des plats familiaux). On y ajoutera des parts du repas familial dès que l'enfant commencera à aller mieux et à réclamer davantage à manger. Il faut toutefois toujours bien s'assurer que les ATPE soient consommés en premier lieu.**
- Si vous gérez un programme ayant pour seul critère d'admission le PB et que l'enfant n'est pas pesé à chaque visite, contactez votre référent nutrition pour en savoir plus sur les rations d'ATPE en fonction du PB.

6.7.4. Conseils pour les « repas » ATPE et explications à fournir à l'accompagnant



Il y a lieu de fournir à l'accompagnant (et au patient s'il est suffisamment grand pour comprendre) les explications suivantes, au minimum lors de la visite d'admission. Cela vaut toutefois la peine d'y revenir lors d'autres visites ou de s'assurer à chaque visite qu'il ait bien tout retenu et compris

RAPPEL : *Veuillez à utiliser un langage simple et compréhensible pour expliquer les notions ci-dessous et envisagez d'utiliser des mots de la langue locale pour des produits tels que les ATPE.*

LES ATPE : QU'EST-CE QUE C'EST ? POUR QUI ?

- L'ATPE est un aliment thérapeutique spécial utilisé dans le traitement de la malnutrition aigue
- L'ATPE est exclusivement réservé aux enfants souffrant de malnutrition. Ceux-ci doivent recevoir la TOTALITÉ des sachets prescrits pour se rétablir.
- Ne donner les ATPE à personne d'autre que l'enfant souffrant de malnutrition pour qui ils ont été prescrits.

COMMENT PROCÉDER ?

- Avant tout repas, **lavez-vous les mains**, ainsi que les mains et le visage de votre enfant. Il faut aussi éliminer toute saleté ou poussière visible sur le sachet d'ATPE.
- Votre enfant acceptera sans doute plus volontiers l'ATPE si vous le fractionnez en **petits repas** répartis tout au long de la journée que s'il doit tout manger en une seule fois.

- Donnez toujours beaucoup d'**eau** à votre enfant pendant le repas, car l'ATPE peut être difficile à manger sans eau. Si l'enfant se met à refuser l'ATPE, essayez de lui donner un peu d'eau. Il aura peut-être envie de recommencer à manger.
- Pressez/malaxez le sachet avant de l'ouvrir pour **ramollir** l'ATPE et le **répartir uniformément** dans le sachet – vous pouvez confier cette tâche à l'enfant, pour faire du repas un jeu.
- Déchirez le coin du sachet en suivant les pointillés. Pressez pour faire sortir un peu d'ATPE de façon à ce que l'enfant le **prélève directement au sachet**. S'il refuse, essayez de le faire manger en mettant une petite quantité **sur votre doigt propre** ou celui de l'enfant.
- Si votre enfant est encore nourri au sein, poursuivez l'allaitement maternel et donnez-lui le sein de préférence avant l'ATPE. Le lait maternel est une excellente source de nutriments pour l'enfant mais passé 6 mois, il aura besoin d'une alimentation plus diversifiée. Dans un premier temps, il s'agira de l'ATPE. Il pourra ensuite manger le repas familial s'il a encore faim, après l'ATPE et après la tétée.

COMMENT CONSERVER L'ATPE ?

- Si votre enfant ne termine pas en une seule fois tout le sachet, conservez-le dans un **réipient hermétique** pour limiter le risque de contamination (par la saleté ou d'autres substances nuisibles).
- Une fois le sachet ouvert, l'ATPE doit être **consommé dans les 24 heures** (1 jour)

Les informations et explications ci-dessus peuvent être données lors de la consultation médicale. Si ce n'est pas possible (par ex. s'il y a beaucoup de patients), elles devront être données à un autre moment. Cette tâche sera alors confiée à un autre membre du personnel (PS, personnel du dispensaire, aide-infirmiers, etc.).



CHECKLIST POUR LE TRAITEMENT NUTRITIONNEL (À CHACUNE DES VISITES)

Il y a lieu de suivre la procédure suivante à chaque visite (liste non-exhaustive !) :

À la consultation médicale :

- Analysez le poids/le PB et donnez les recommandations appropriées, selon que l'état de l'enfant s'est amélioré, que ces mesures n'ont pas évolué ou que le poids/le PB s'est détérioré (voir [Section 6.8](#))
- Prescrivez les rations d'ATPE en fonction du poids du jour (en utilisant soit le tableau simplifié, soit le tableau détaillé – voir [Annexes 9 et 10](#))
- Demandez à l'accompagnant s'il a des questions ou des inquiétudes au sujet du traitement nutritionnel

Informations sur les ATPE :

- Elles peuvent être données pendant la consultation médicale ou ailleurs, à un autre moment, selon la structure de votre projet.
- Assurez-vous de bien communiquer toutes les informations de la [Section 6.7.4](#) ou vérifiez si l'accompagnant les a comprises/retenues depuis la dernière visite.
- Demandez à l'accompagnant s'il a d'autres questions au sujet du traitement nutritionnel

Au dispensaire/à la pharmacie :

- Vérifiez que la prescription soit bien établie au nom du patient, inscrit sur sa fiche d'identité
- Remettez les quantités d'ATPE prescrites au patient (quantités exactes, ni plus ni moins)
- En fonction de la structure de votre projet, le personnel du dispensaire/de la pharmacie pourra aussi fournir des informations et recommandations à l'accompagnant sur les ATPE. Le personnel doit toujours avoir reçu toutes les informations sur les ATPE, afin de pouvoir notamment expliquer comment les prendre/les conserver (en cas de questions de l'accompagnant à ce poste)
- Notez sur la fiche du patient les quantités d'ATPE reçues.
- Notez pour les archives du dispensaire/de la pharmacie les quantités données (en fonction du système de stocks utilisé).



Disponible [ici](#) pour impression



6.8. SUIVI DES PROGRÈS DU PATIENT DANS LE CNTA

6.8.1. Le suivi des progrès : pour qui ?

- Pour tous les patients admis dans le CNTA

6.8.2. Où évaluons-nous les progrès d'un patient ?

Cette évaluation se fera essentiellement lors de la **consultation médicale**, sur la base des mesures anthropométriques effectuées et des résultats d'éventuels examens (par ex. test de dépistage du paludisme, test VIH, etc.). Elle se fondera aussi sur un examen clinique complet ainsi que sur les informations recueillies lors des éventuelles visites à domicile (de l'équipe PS ou des ASC). La croissance du patient ainsi que d'autres indicateurs de santé pourront ainsi être évalués de manière approfondie lors de chaque visite.

Le personnel SMSP de la **poste SMSP** évaluera quant à lui les progrès du traitement et du soutien offert au patient/à l'accompagnant pour les problèmes de santé mentale identifiés. Leurs conclusions et recommandations seront communiquées à l'équipe clinique qui a vu le patient lors de la consultation médicale afin qu'un plan de soins intégrés puisse être mis en place et proposé.

6.8.3. Comment suivons-nous les progrès du patient ?

Pour évaluer les progrès du patient, nous nous basons sur deux indicateurs clés : l'évaluation des mesures anthropométriques, y compris l'œdème, et les conclusions de l'examen clinique (anamnèse, examen + investigations pertinentes).

L'état clinique et l'état nutritionnel d'un patient étant étroitement liés, ils seront abordés ensemble dans cette section. Nous commencerons toutefois par examiner certains aspects spécifiques du suivi des progrès anthropométriques :

Calcul du poids cible

Étant donné que nous considérons un patient comme étant « guéri » lorsqu'il atteint un poids correspondant à un PTZ de ≥ -2 , il faudra rechercher dans les tableaux PTZ de MSF ou de l'OMS la ligne correspondant à la taille du patient et voir le poids indiqué en regard du PTZ de ≥ -2 . C'est le poids cible ou objectif de poids.

Calcul du gain pondéral

Le suivi du gain de poids fait partie intégrante du suivi des progrès d'un patient admis dans un programme nutritionnel.

Un patient atteint de marasme peut avoir pris du poids depuis sa dernière visite mais ce gain pondéral est-il suffisant et, plus précisément, supérieur ($>$) à 5 g/kg/jour ?

(REMARQUE : Chez les enfants souffrant de kwashiorkor, nous voulons d'abord observer une perte de poids liée à la disparition de l'œdème. Ce n'est qu'ensuite qu'il prendra du poids (augmentation de sa masse maigre et de sa masse grasse)

RAPPEL :

- <5 g/kg/jour = faible gain de poids
- 5-10 g/kg/jour = gain de poids modéré



- $>10 \text{ g/kg/jour}$ = bon gain de poids

Si vous constatez à l'une des visites de suivi qu'un patient n'a pas pris suffisamment de poids, il faudra immédiatement prendre des mesures.

Comment calculer le gain de poids :

Dans cet exemple, nous expliquons comment calculer le gain de poids d'un patient sur une période de 7 jours. La même méthode de calcul peut être utilisée pour toute autre période :

- **Poids du patient aujourd'hui moins poids du patient 7 jours plus tôt divisé par 7, ce qui donne le gain de poids moyen par jour (g/jour).** →
- **En divisant ensuite ce chiffre par le poids moyen de l'enfant en kg (pendant cette période), on obtient le gain de poids en g/kg/jour**

Dans la mesure du possible, ce calcul sera effectué pour chaque patient, à chacune de ses visites. Si ce type de calcul ne vous semble pas possible compte tenu des RH de votre projet ou de facteurs liés au contexte, contactez votre référent nutrition pour examiner d'autres options ou voir comment former le personnel à effectuer ce calcul.

Le cadre ci-dessous illustre ce calcul à l'aide d'un exemple.



EXEMPLE DE CALCUL DU GAIN DE POIDS DU PATIENT X :

- Le patient X pèse aujourd'hui **8,3 kg**. Lors de la dernière visite, il y a une semaine, il pesait **7,9 kg**.
- $8,3 - 7,9 = 0,4 \text{ kg}$ = gain de 400 g sur 7 jours.
- $400 \text{ g} / 7 = 57,1 \text{ g}$ par jour
- Poids moyen (sur ces 7 jours) : $7,9 + 8,3 = 16,2 / 2 = 8,1 \text{ kg}$
- Et donc : $57,1 \text{ g} / 8,1 \text{ kg} = 7 \text{ g/kg/jour}$

Le patient X affiche un gain de poids modéré. Aucune autre mesure ne devrait donc être prise à ce stade, sauf en présence d'un problème médical ou si l'accompagnant fait état d'un problème concernant la prise d'ATPE à domicile. Un **suivi étroit** reste toutefois nécessaire, **une fois par semaine**.

Pour calculer si un patient a gagné suffisamment de poids, l'on peut aussi utiliser les tableaux de l'[Annexe 1](#). Consultez les instructions ci-dessous pour l'utilisation de ces tableaux à l'aide de l'exemple ci-dessus pour le patient X. Le gain pondéral minimum attendu est de 5 g/kg/jour , le gain pondéral optimal attendu étant de 10 g/kg/jour



POIDS DERNIÈRE VISITE (RONDE AU PLUS PROCHE 0,5 kg) (kg)	GAIN DE POIDS MINIMUM ATTENDU (g)	GAIN DE POIDS OPTIMAL ATTENDU (g)
4.0	140	280
4.5	158	315
5.0	175	350
5.5	193	385
6.0	210	420
6.5	228	455
7.0	245	490
7.5	263	525
8.0	280	560
8.5	298	595

Le patient X pesait 7,9 kg la semaine dernière. Nous pouvons utiliser les gains de poids (minimum/optimal) de la rangée « 8 kg » (arrondi au 0,5 kg/500 g) le plus proche

Le patient X pèse 8,3kg cette semaine, soit un gain pondéral de 0,4 kg/400 g, supérieur au gain pondéral moyen attendu (280 g).

Ce gain de poids étant inférieur au gain de poids optimal attendu (560 g), le patient devra continuer à faire l'objet d'une surveillance étroite.



Résultats cliniques et nutritionnels à chaque visite au CNTA avec les actions à mettre en œuvre

Les évaluations – anamnèse, examen physique et prise des mesures anthropométriques – peuvent déboucher sur trois types de résultats. Le Tableau 13 les résume, en présentant à chaque fois les actions à mettre en œuvre.

TABEAU 11: ÉTAT CLINIQUE ET NUTRITIONNEL POSSIBLE A CHAQUE VISITE DE SUIVI DANS UN CNTA AVEC LES MESURES/ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE

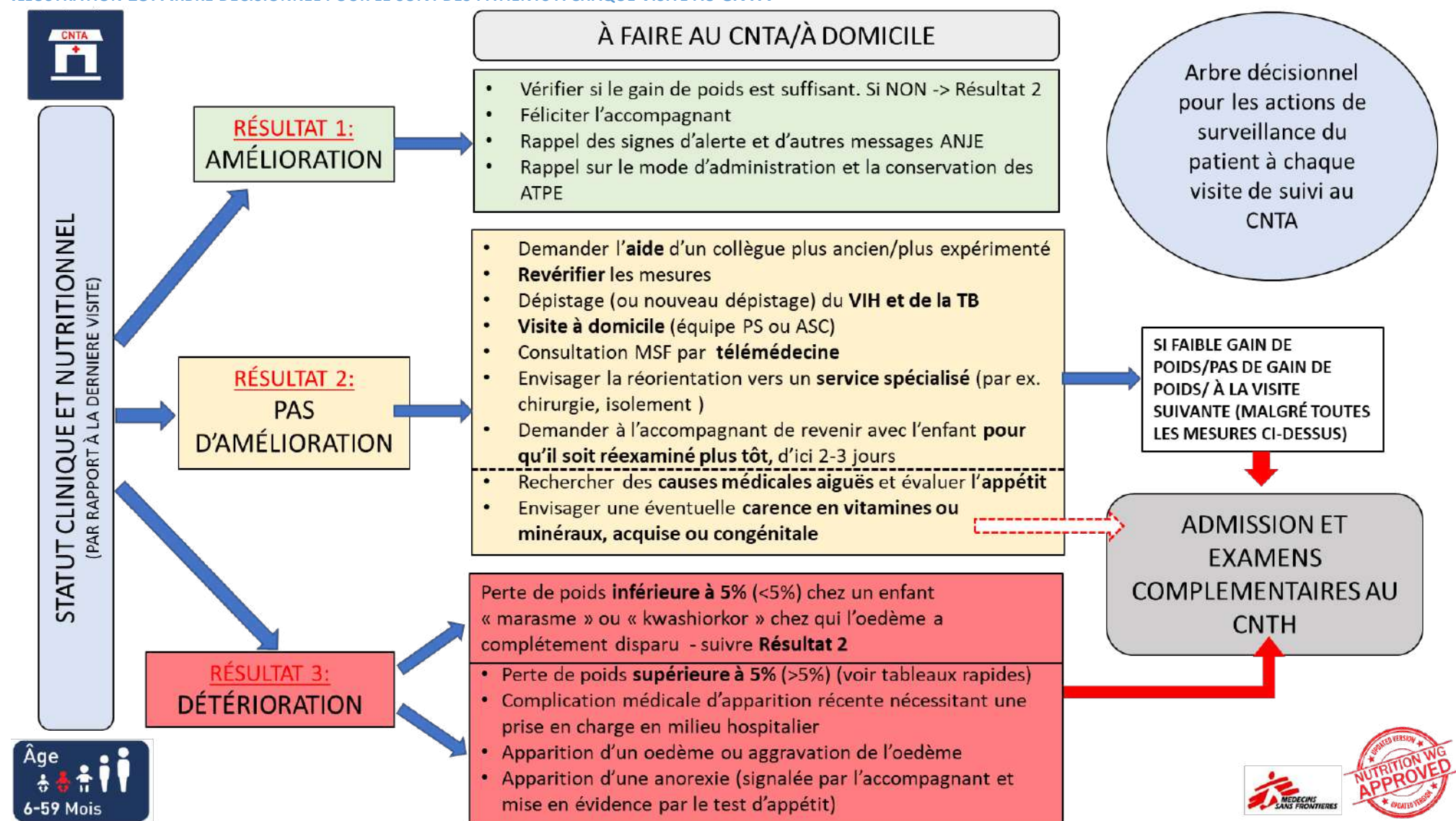
RÉSULTATS	ÉTAT CLINIQUE ET NUTRITIONNEL (COMPARÉ À LA DERNIÈRE VISITE)	MESURES
RÉSULTAT 1	AMÉLIORATION : - Augmentation du poids/du PB et - Résolution/atténuation des problèmes médicaux depuis la dernière visite	- Revérifiez qu'il ne s'agit pas d'un simple gain de poids, mais bien d'un gain de poids suffisant (voir ci-dessus). Si le gain pondéral n'est pas suffisant, passez au Résultat 2 Félicitez l'accompagnant et encouragez-le, ainsi que l'enfant, à continuer sur cette voie - Rappelez à l'accompagnant les signes d'alerte et que faire en cas d'apparition d'un de ces signes. - Rappelez une fois encore les bonnes pratiques à suivre pour donner l'ATPE à l'enfant ainsi que la façon de le conserver. N'oubliez pas les autres encouragements/conseils pour une alimentation saine (selon les capacités et les ressources de chaque accompagnant) RAPPEL ! Continuez d'évaluer de manière approfondie l'état clinique et le poids/PB à chaque visite ! Ce n'est pas parce que l'enfant allait bien à la dernière visite qu'il en sera de même à chaque visite !
RÉSULTAT 2	PAS D'AMÉLIORATION : - Faible gain pondéral/faible amélioration du PB - Statu quo du poids/BP et/ou - PAS d'amélioration clinique depuis la dernière visite	Avant toute chose, discutez toujours du cas avec un confrère plus expérimenté/plus ancien ou avec le médecin présent ou « assigné » à votre CNTA pour la prise en charge des cas compliqués – ne luttiez jamais seul ! - Vérifiez éventuellement que les mesures ont été prises correctement lors de cette visite. Assurez-vous qu'elles soient bien exactes (à faire en particulier si l'état du patient s'est amélioré jusqu'à présent et que l'accompagnant confirme qu'il mange bien tous les ATPE prescrits). Faites-le avec tact, par égard envers vos collègues en charge de ces mesures ! Recherchez un/des problèmes médicaux aigus. Si l'enfant a souffert de diarrhée ou de vomissements depuis la dernière visite, l'absence de gain de poids est peut-être due à une déshydratation et/ou une diminution de l'appétit (revérifiez que l'enfant va mieux et qu'il ne doit pas être transféré dans un CNTH pour ce problème) - Assurez-vous que l'enfant a fait l'objet d'un dépistage du VIH et d'un (nouveau) dépistage de la TB (et refaire une fois encore les tests !) Réorientez le patient vers le CNTH s'il remplit les critères d'admission (voir Section 6.4.1) - Organisez une visite à domicile (équipe PS ou ASC) afin d'évaluer dans quelle mesure l'environnement familial et domestique (y compris la santé environnementale) pourrait expliquer l'absence



		d'amélioration et essayez ensuite de proposer des solutions réalistes pour régler les problèmes éventuels identifiés. • Recherchez éventuellement une carence en vitamines ou en minéraux, acquise ou congénitale, qui, pour l'une ou l'autre raison ne peut être corrigée par les ATPE (un transfert vers le CNTH sera probablement nécessaire dans ce cas) • Envisagez de recourir aux services de télémédecine de MSF pour vous faire aider • Voyez si l'enfant doit être pris en charge dans un service spécialisé pour y subir des examens complémentaires (par ex. chirurgie, isolement, etc.) et dans ce cas, examinez si cela peut se faire dans votre contexte et comment. • Voyez avec l'accompagnant s'il peut revenir faire examiner l'enfant plus tôt que prévu, dans les 2-3 jours (plutôt que d'attendre la prochaine visite, dans 7-14 jours) • Si vous estimez que l'enfant souffre d'un problème de santé pour lequel un traitement ou un soutien spécifique ne peut vraisemblablement pas être offert vu les limites de MSF dans ce contexte particulier ou faute de référer possible vers d'autres organisations/services (par ex. un handicap qui pourrait nécessiter des services de réadaptation intensive ou une cardiopathie congénitale exigeant une intervention chirurgicale), voyez avec votre équipe comment offrir des services de conseil adaptés à l'accompagnant et expliquez-lui ce qu'il peut attendre des différentes options thérapeutiques. Vous pourriez aussi référer ces cas au CNTH si vous estimez que le personnel de ce centre est sans doute mieux à même d'en discuter avec l'accompagnant/le patient. SI LE GAIN DE POIDS RESTE FAIBLE/SI LE POIDS NE S'AMÉLIORE PAS À LA VISITE SUIVANTE (MALGRÉ TOUTES LES MESURES PRISES) -> REFERER LE PATIENT VERS LE CNTH POUR DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (voir Section 6.4.1 sur les références du CNTA vers le CNTH)
RÉSULTAT 3	DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ • Diminution du poids/PB • Apparition/aggravation des problèmes médicaux • Apparition/aggravation des problèmes d'appétit • Apparition/aggravation de l'œdème	• Si la perte de poids est inférieure à 5 % (< 5%) chez un patient souffrant de marasme ou de kwashiorkor, et chez qui l'œdème a complètement disparu – procédez comme pour le Résultat 2 • Si la perte de poids est supérieure à 5 % (> 5 %) (voir tableaux rapides de l'Annexe 8) chez un patient souffrant de marasme ou de kwashiorkor, et chez qui l'œdème a complètement disparu, revérifiez les mesures et si elles sont toujours identiques -> référer le patient vers le CNTH • En cas de nouvelle complication médicale nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier -> référer le patient vers le CNTH • En cas d'apparition ou d'aggravation de l'œdème -> référer le patient vers le CNTH • En cas d'apparition d'une anorexie (signalée par l'accompagnant et mise en évidence par le test d'appétit) -> référer le patient vers le CNTH

L'illustration 25 ci-dessous résume les résultats possibles du suivi de l'état clinique et nutritionnel et les actions à mettre en œuvre, comme dans le Tableau 13.

ILLUSTRATION 13: ARBRE DECISIONNEL POUR LE SUIVI DES PATIENTS A CHAQUE VISITE AU CNTA





QUE DIRE À L'ACCOMPAGNANT LORSQUE L'ÉTAT CLINIQUE ET NUTRITIONNEL DU PATIENT NE S'EST PAS AMÉLIORÉ OU S'EST DÉGRADÉ ?

- Expliquez que l'état de santé du patient est stationnaire/s'est détérioré alors que nous devrions observer une amélioration à chaque visite et que nous allons donc devoir en **comprendre les raisons**.
- Demandez à l'accompagnant s'il a une idée de la raison pour laquelle l'enfant n'a pas pris de poids (renseignez-vous sur ce qu'il pense et sur ses inquiétudes, en posant, de manière respectueuse, des questions ouvertes). Demandez-lui en particulier ce qu'il pense du traitement nutritionnel prescrit et si cela aide l'enfant selon lui (ou pas).
- Demandez-lui de manière plus directe (mais toujours avec bienveillance !) si l'enfant mange bien toutes les rations d'ATPE qui lui ont été prescrites et dans le cas contraire, pourquoi ce n'est pas le cas selon lui (vous pourrez peut-être apporter une solution ...).

Si nécessaire, renseignez-vous aussi sur les aspects suivants :

- Appétit de l'enfant (bon, mauvais, modification récente)
- L'enfant semble-t-il apprécier (signes verbaux et non-verbaux) l'ATPE, notamment comparé aux autres aliments qu'il reçoit chez lui ?
- L'enfant mange-t-il autre chose à la maison ? Est-ce possible dans ce cas qu'il soit rassasié, raison pour laquelle il n'a pas envie de manger l'ATPE ?
- Si l'ATPE est partagé avec d'autres personnes (posez la question avec tact, pour éviter de culpabiliser l'accompagnant si c'est le cas) ?
- Est-ce qu'une personne du ménage pense que l'enfant ne doit/ne peut pas manger l'ATPE (une grand-mère, une tante, un oncle...) et qu'elle déconseille dès lors à l'accompagnant d'en donner à l'enfant ?
- Essayez de voir si vous ne pouvez pas lui donner des conseils pour remédier aux situations/problèmes identifiés ci-dessus (par ex. conseiller d'essayer de donner l'ATPE avant le repas familial et expliquer pourquoi il faut procéder ainsi, demander si le membre de la famille qui interdit à l'accompagnant de donner des ATPE ne pourrait pas venir au CNTA pour que vous ou le PS puissiez discuter de ses craintes et lui expliquer les objectifs du traitement nutritionnel.)

Si les problèmes vous semblent trop complexes pour être abordés pendant la temps dévolu à la consultation médicale, envisagez de faire intervenir le personnel SMSP ou PS du CNTA et/ou de planifier une visite à domicile. Ces visites constituent en effet souvent l'approche la plus efficace face à ces problèmes et en cas de non-amélioration de l'état d'un patient.



Si le **partage des ATPE** est manifestement le problème n°1 à l'origine de la non-amélioration de l'état du patient, et que c'est la conséquence de l'insécurité alimentaire dans le ménage, vous pourriez envisager de distribuer à ces familles une « **ration de protection** ».

Cette ration apporte 500-1000 kcal/jour/membre du ménage (en fonction de la disponibilité alimentaire et de l'accès à la nourriture) – si possible en produits alimentaires locaux, pour une moyenne de 6 personnes/famille. Elle doit couvrir les besoins pour une période de 2-4 semaines.

Les spécificités de cette ration seront **calculées pour chaque pays**, compte tenu de la taille moyenne des familles et d'autres facteurs susceptibles d'influencer le nombre de calories et le type d'aliments.

Insistez également sur l'importance de faire examiner au CNTA d'autres enfants du ménage susceptibles de souffrir de malnutrition afin qu'ils puissent être mesurés et pris en charge si nécessaire.

Discutez-en avec votre cellule opérationnelle/bureau et votre référent nutrition.



Les conseils et/ou solutions proposés aux accompagnants, en fonction des réponses aux questions ci-dessus, devront être adaptés (du mieux que vous pouvez) au(x) problème(s) spécifique(s) de l'accompagnant. N'oubliez toutefois pas que vous pouvez toujours utiliser les conseils et les astuces « ATPE » de la [Section 6.7.4](#). N'hésitez pas non plus à discuter de ces cas avec vos collègues (personnel médical et non-médical) qui peuvent avoir l'expérience nécessaire ou d'autres idées pour aider ce patient et son accompagnant.

6.8.4. L'importance du dossier-patient pour le suivi des progrès

Un dossier-patient clair et bien à jour est essentiel dans un CNTA et ce pour plusieurs raisons (liste non-exhaustive) :

- Pour pouvoir suivre les progrès cliniques et nutritionnels du patient et donner ainsi des conseils appropriés à chaque visite.
- Il est possible qu'un patient soit examiné à chaque visite par une personne différente (notamment à la consultation médicale). Dans ce cas, un dossier bien clair permet à chaque membre du personnel de suivre les précédents événements/épisodes du parcours du patient et le raisonnement clinique à la base des conseils et des traitements administrés (demandez-vous toujours les informations que vous aimeriez pouvoir y trouver lors de la prochaine visite du patient, notamment s'il s'agit d'un cas complexe !)
- Si un patient doit être orienté vers un autre service/centre de santé, la remise d'une copie de son dossier facilitera considérablement la prise en charge dans cette structure.
- « Tout ce qui ne figure pas dans le dossier n'a pas été fait » : nous ne pouvons pas nous fier uniquement à notre mémoire pour suivre avec précision l'évolution de l'état de santé d'un patient et

son traitement – tout doit être consigné par écrit. C’est également très important d’un point de vue médico-légal.

Le catalogue MSF propose une fiche-patient CNTA ⁴⁶, mais votre section peut très bien utiliser son propre modèle de fiche. Il est recommandé d’utiliser exclusivement la fiche de votre section et de ne jamais laisser les membres du personnel du projet changer de modèle à tout bout de champ, car cela risque d’entraîner une certaine confusion.



Quelle que soit la fiche-patient utilisée, une série de données essentielles devront toujours y être consignées :

- ✓ **Coordonnées du patient** – Il faut s’assurer qu’elles soient les plus complètes possibles car elles serviront à contacter les patients absents/en défaut (voir [Section 6.8.7](#)) et seront utilisées pour la suivi et l’évaluation (M&E) du service.
- ✓ **Données d’admission** – catégorie d’admission, critères, source etc. Il s’agit là de données essentielles pour alimenter facilement votre système de suivi et d’évaluation « M&E » afin qu’il soit toujours clair et parfaitement à jour.
- ✓ **Dépistage du paludisme, du VIH et de la TB** – ces données doivent être documentées clairement mais en tenant toujours compte du contexte culturel. Peut-être faudra-t-il utiliser un code – par exemple RVS – pour le VIH ? (à décider en concertation avec votre équipe).
- ✓ **Mesures anthropométriques** – le suivi de l’évolution de ces mesures est l’un des principaux aspects de la surveillance globale de l’évolution clinique du patient. Ces mesures DOIVENT donc être consignées de façon claire et lisible. Reporter sur un graphique les valeurs du poids/PB permet de mieux visualiser l’évolution et les changements (progrès, mesures stables, détérioration) de l’état clinique. Un graphique est donc souvent plus facile à interpréter qu’un tableau avec une liste de valeurs pour une série de dates
- ✓ **Évaluation clinique** – même si cette partie est structurée (cases à cocher, texte libre), il doit y avoir SUFFISAMMENT de place pour permettre au clinicien de décrire l’anamnèse complète, l’examen physique, le diagnostic et le plan de suivi sur la fiche, à chaque visite.
- ✓ **Statut vaccinal** – même si cette information doit être notée sur la carte de vaccination du patient, il est important de noter également le statut vaccinal du patient sur sa fiche CNTA afin qu’il soit toujours bien visible (et incite le praticien à vérifier si le patient est désormais éligible à de nouveaux vaccins) et que cette information puisse être facilement encodée dans le système M&E
- ✓ **Données de sortie** – catégorie de sortie, destination, etc. Ces données sont extrêmement importantes pour le suivi et l’évaluation et dans le cas où un patient doit être recherché pour un examen ou le suivi clinique.

⁴⁶Code du catalogue MSF : [SMSTCARNA2E](#)



Si vous n'avez plus assez de place pour compléter la fiche-patient, ajoutez-y si possible une feuille pour continuer vos notes (la fiche devant être complétée à chaque visite). Évitez de refaire une nouvelle fiche CNTA lorsque vous n'avez plus de place pour écrire pendant la consultation médicale.

Toutes les mesures anthropométriques doivent en effet être consignées dans le même tableau et reportées sur le même graphique, sauf s'il n'y a plus assez de cases « visites » (si le patient reste dans le programme plus longtemps). Vous pourrez dans ce cas commencer une nouvelle fiche-patient

6.8.5. Quels sont les autres facteurs pouvant expliquer une non-réponse au traitement nutritionnel ?

Tout membre du personnel associé à la mise en œuvre d'un programme nutritionnel doit pouvoir faire preuve d'auto-critique. Lorsque l'état d'un patient n'évolue pas ou se dégrade, les superviseurs, surtout, doivent être en mesure de rechercher d'autres causes que celles liées exclusivement au patient/à l'accompagnant et rechercher toujours des causes plus générales.

Causes liées au fonctionnement du CNTA

- Personnel pas assez formé ou pas assez qualifié pour administrer toujours le traitement optimal et assurer les meilleurs conseils (peut inclure une prise en compte insuffisante du patient et de l'accompagnant, un accueil froid ou glacial, une attitude pleine de préjugés ou la formulation de reproches à l'accompagnant au sujet de la santé de l'enfant)
- Lors de l'évaluation clinique initiale ou des autres évaluations, le personnel ne s'est pas rendu compte que pour l'une ou l'autre raison, l'état de l'enfant nécessitait une prise en charge en milieu hospitalier plutôt qu'une prise en charge en ambulatoire.
- Équipement/matériel inadéquat pour les mesures anthropométriques
- Évaluation incorrecte de l'appétit lors de la visite d'admission ou des visites de suivi (ou test de l'appétit non réalisé)
- Respect insuffisant des protocoles thérapeutiques par le personnel
- Conseils inappropriés aux accompagnants
- ATPE en rupture de stock
- Médicaments (pour le traitement systématique ou autre) en rupture de stock
- Intervalle trop long entre deux visites (si elles ont lieu tous les quinze jours, demandez à l'accompagnant s'il peut venir chaque semaine avec l'enfant).
- Les accompagnants doivent rester trop longtemps au CNTA en raison d'une organisation peu efficace, ce qui les dissuade de revenir pour d'autres visites ou de rester jusqu'à la fin de la visite.
- Le CNTA peut souffrir d'une mauvaise réputation dans la région pour toute une série de raisons. Demandez au personnel et aux acteurs clés de la communauté de se renseigner et d'essayer d'y remédier.



Causes liées à la situation socioéconomique familiale :

- Partage des ATPE avec d'autres membres du ménage, par ex. insécurité alimentaire à l'origine du partage des rations avec d'autres membres de la famille ; absence de revenus ou revenus insuffisants incitant les familles à revendre les ATPE.
- Pratiques alimentaires ou de soins inadaptées ou laissant à désirer, en raison du manque de ressources de l'accompagnant (ressources financières, temps disponible pour s'occuper de l'enfant), d'une méconnaissance des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), ou de problèmes spécifiques de l'accompagnant, comme un problème de santé mentale ou une maladie.
- Exposition à un environnement néfaste pour la santé : non-respect des pratiques d'hygiène (lavage des mains), problèmes d'assainissement.

6.8.6. Et que pouvons-nous faire lorsqu'un patient ne répond pas au traitement ?

Toute solution ou conseil proposé à un patient et à son accompagnant pour améliorer les chances de réponse au traitement et de poursuite du programme nutritionnel jusqu'à la guérison doit être adapté aux problèmes qu'ils vous ont signalés (dans la mesure du possible). Il faut aussi essayer d'avoir une bonne vue d'ensemble des nombreux problèmes rencontrés au quotidien par la famille du patient et d'en tenir compte lorsque vous envisagez d'éventuelles mesures/solutions.

Impliquez toujours une équipe pluridisciplinaire dans ces efforts. Les accompagnants se sentent en général plus à l'aise avec des membres du personnel non-médical, comme les PS. Ils se confieront donc davantage à eux et suivront sans doute mieux leurs conseils.



VISITES À DOMICILE

Les visites à domicile font partie intégrante du modèle de soins PCMA et peuvent se révéler très efficaces pour aider les patients et les accompagnants à respecter le schéma de visites au CNTA et à suivre le traitement prescrit.

Les PS (ou autres membres du personnel affectés aux visites à domicile) peuvent en effet prendre plus de temps, dans un environnement familial (pour l'accompagnant) et non médicalisé, pour discuter des problèmes, voir s'il est possible de répondre aux préoccupations de l'accompagnant/de la famille et proposer des solutions pour remédier aux problèmes identifiés.

Ces visites permettent également aux PS d'évaluer de manière informelle (et subtile !) l'environnement domestique (environnement physique et relations entre les membres de la famille) et de voir si un des aspects observés pourrait faire obstacle au respect du traitement nutritionnel et médical et donc à la réponse au traitement.

Ils peuvent dans ce cas essayer de proposer des suggestions et des conseils, sur place, ou revenir une autre fois, après avoir discuté avec l'équipe du CNTA de leurs observations afin de planifier d'autres interventions ou de nouvelles visites à domicile.



En cas de non-réponse au traitement, il est **ESSENTIEL** de rechercher des **causes liées au fonctionnement du CNTA** car vous **pouvez** les contrôler et essayer d'apporter les améliorations nécessaires.

Améliorations et interventions possibles

- Planifiez, à intervalles réguliers, une observation et une supervision de tous les postes du CNTA (notamment les postes « mesures anthropométriques » et « test d'appétit » pour vous assurer que les bons protocoles thérapeutiques soient utilisés, que les bonnes informations soient communiquées aux accompagnants, etc.
- Assurez-vous que tous les membres du personnel du CNTA (notamment le personnel clinique !) disposent des compétences requises pour communiquer de manière ad hoc avec les accompagnants/patients, selon une approche centrée sur le patient, et en particulier qu'ils veillent à ce que les accompagnants/patients se sentent bien accueillis, respectés, et considérés.
- Nouvelles formations/remises à niveau pour le personnel, en mettant l'accent sur les questions/aspects qui semblent poser problème aux accompagnants ou sur ce qui pose des difficultés au personnel. Ces formations doivent être organisées régulièrement. Il y a lieu aussi de mettre en place un programme de formation annuel, en collaboration avec le personnel et avec le soutien des unités apprentissage et développement de la coordination ou du siège.
- Amélioration de l'environnement physique, par ex. plus grande intimité pour les patients/accompagnants lors de la consultation médicale, salles d'attente plus confortables.

- Gestion efficace de la chaîne d’approvisionnement, en collaboration avec les supply centres de MSF ou avec des fournisseurs locaux agréés par MSF pour éviter les ruptures de stocks d’ATPE ou de médicaments.
- Évaluation de l’accès au centre, comment l’améliorer (pour autant que cela soit possible dans la pratique et financièrement). Réexamen de la fréquence des visites pour mieux servir la population-cible de patients.

6.8.7. Qu’en est-il des patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous ?

Comme pour tous les services où le traitement nécessite des visites régulières, il est essentiel de s'assurer que les patients et leurs accompagnants puissent et souhaitent se rendre au CNTA.



Un patient qui ne se présente pas à un rendez-vous ou à une visite est qualifié d’**absent** (à ne pas confondre avec la catégorie « patient en défaut » ! Voir ci-dessous). Cette absence doit déclencher une procédure de suivi et de contact permettant de comprendre pourquoi ces patients ne se sont pas présentés à la visite et de faire en sorte qu’ils reviennent au CNTA le plus rapidement possible.

Cette tâche est le plus souvent assurée par l’équipe PS. Chaque section de MSF (et même chaque projet) peut organiser cette procédure/ce système comme elle le souhaite, et l’adaptera au contexte (utilisation courante ou non du GSM dans la zone, etc.). Consultez les ressources PS de votre section ou demandez conseil à votre référent nutrition ou promotion de la santé.

Des **visites à domicile** doivent être effectuées dès la première absence d’un patient à un rendez-vous et en cas de 2^e absence également. Si ce n’est pas possible, essayez au moins de planifier des visites à domicile pour certains groupes de patients, par exemple les patients particulièrement vulnérables en raison de leur isolement social, les patients séropositifs, etc. Plus vite vous (re)prenez contact avec un patient et son accompagnants, plus grandes seront les chances qu’ils réintègrent le programme.

Lorsqu’un patient est « en **défaut** » (voir la définition de ce terme dans le système de suivi et d’évaluation de votre section MSF), il est recommandé de poursuivre le tracing de ces patients et de tenter au moins **une visite à domicile** afin d’inciter l’accompagnant/la personne en charge de ramener l’enfant au CNTA ou d’organiser son référence au CNTH si son état s’est détérioré à son domicile.



Une approche s’est avérée particulièrement efficace pour retrouver la trace des patients absents et en défaut et les amener à réintégrer le programme nutritionnel : **investir dans l’aspect communautaire du modèle de soins PCMA et le renforcer**, en entretenant des liens de qualité avec les réseaux communautaires, par exemple les réseaux d’agents de santé communautaires (ASC) ou même les réseaux d’accoucheuses traditionnelles (AT).

Ces personnes parviennent à retrouver plus facilement ces familles que le personnel du CNTA mais elles réussissent aussi parfois à mieux à les convaincre de revenir au CNTA que le personnel du centre, en agissant avec plus de tact. Il convient de donner la priorité au maintien de ces liens avec la communauté depuis la mise en place d’un projet jusqu’à sa fermeture/sa passation éventuelle.



7. PROTOCOLE MEDICAL ET NUTRITIONNEL : NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS (<6M) ET LEURS MÈRES



L'ESSENTIEL :

- ✓ Les soins nutritionnels pour les nourrissons de 0 à 6 mois présentant un risque nutritionnel ou une insuffisance pondérale sont essentiellement axés sur la manière de permettre et de soutenir une mère (ou une nourrice) pour qu'elle **allaite exclusivement** son enfant afin qu'il grandisse et se développe de manière appropriée. Il peut s'agir de couples mère-enfant qui se présentent au CNTA pour la première fois, ou de personnes qui poursuivent un traitement et un soutien initiés au CNTH.
- ✓ Si l'allaitement n'est pas du tout possible ou n'est pas suffisant, il s'agit alors de savoir comment faire en sorte que le nourrisson reçoive les besoins nutritionnels appropriés par le biais d'un substitut du lait maternel (SLM, c'est-à-dire une préparation pour nourrissons) tout aussi approprié et sûr.
- ✓ Les nourrissons à risque sur le plan nutritionnel et leurs mères doivent également recevoir le **soutien en matière de santé mentale et de promotion de la santé** (ciblé sur l'âge de développement du nourrisson) décrit dans les sections précédentes du présent protocole dans le cadre d'une approche holistique des soins nutritionnels en milieu hospitalier et du traitement du nourrisson et de la mère en tant qu'unité.

La prise en charge des nourrissons à risque nutritionnel au sein de MSF s'est historiquement concentrée sur les soins hospitaliers comme principal modèle de prestation de soins. Cependant, avec la prise de conscience croissante du fardeau que cela représente pour la mère et la famille, du risque accru d'infections nosocomiales à l'hôpital et du désir d'avoir une approche plus centrée sur le patient et la communauté, des efforts ont été entrepris pour transférer une partie de ces soins vers la communauté lorsque cela est possible et sans danger.

Ainsi, nous suivons désormais l'approche de la prise en charge des nourrissons à risque nutritionnel et de leurs mères (MAMI)⁴⁷ qui partage de nombreux aspects avec le modèle de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) reconnu internationalement mais qui a une approche plus holistique de la santé et du bien-être du nourrisson à risque nutritionnel et de sa mère. Ainsi, c'est soit le nourrisson, soit la mère/le soignant principal, soit les deux qui ont besoin de soins, mais tous deux sont admis dans le programme de nutrition de MSF.

⁴⁷ <https://www.enonline.net/ourwork/research/mami>

Il existe des conseils séparés sur la façon de mettre en œuvre l'approche MAMI sur la page Sharepoint du NWG [ici](#).

Cette section couvre les aspects suivants de la prise en charge nutritionnelle et médicale des nourrissons de moins de 6 mois vus au CNTA :

- Critères d'admission et de sortie
- Prise en charge médicale systématique
- Soins nutritionnels (y compris pour les nourrissons pour lesquels l'allaitement est possible et ceux pour lesquels il ne l'est pas)
- Procédures de sortie

7.1. UN MOT SUR LA TERMINOLOGIE

Nutritionnellement à risque/en insuffisance pondérale".

Le terme "risque nutritionnel/insuffisance pondérale" est désormais préféré à celui de "malnutrition aiguë" afin de couvrir un groupe de population plus large et néanmoins vulnérable, à savoir les nourrissons de 0 à 6 mois (prématurés, de faible poids à la naissance, de petite taille par rapport à l'âge gestationnel, etc.) et d'essayer de les prendre en charge plus tôt, ainsi que leurs mères, au lieu d'attendre qu'ils soient atteints de "malnutrition aiguë" selon les définitions précédentes, c'est-à-dire lorsqu'ils présentent un PTZ < -3, ce qui, pour un nourrisson, constitue déjà un déficit dangereux et important.

< 6 mois et 1-6 mois

- Ce protocole couvre le traitement médical et nutritionnel systématique des nourrissons à risque nutritionnel/en insuffisance pondérale de **moins de 6 mois (<6m)** vus au CNTA.
- Pour les nourrissons de 0 à 6m qui doivent être hospitalisés pour un traitement nutritionnel et médical :
 - Les directives sur l'alimentation et la nutrition des **nouveau-nés (0-1 mois)** sont couvertes par le Guide clinique et thérapeutique des soins néonataux de MSF, en particulier les chapitres 1, 2, 7 et les annexes.
 - Les conseils pour les **nourrissons de 1 à 6 mois** se trouvent dans le *Protocole nutritionnel MSF - Enfants de 1 à 59 mois - Patients hospitalisés* sur la page SharePoint du NWG [ici](#).

7.2. CRITERES D'ADMISSION DES NOURRISSONS < 6M DANS UN PROGRAMME DE NUTRITION

NOTE : Vous verrez certains critères anthropométriques dans la colonne CNTA ci-dessous qui, auparavant, s'ils étaient observés chez un nourrisson, signifiaient une admission directe au CNTH. Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous essayons maintenant de traiter davantage de nourrissons dans le cadre des soins ambulatoires. Par conséquent, s'ils ne présentent pas d'affection grave impactant l'alimentation ou une complication médicale nécessitant une hospitalisation, ils PEUVENT être traités au CNTA. L'élément le plus important ici est l'évaluation clinique effectuée par l'agent de santé qui voit le nourrisson et la discussion si nécessaire avec l'équipe clinique.

TABLEAU 12: CRITÈRES D'ADMISSION DES NOURRISSONS <6M DANS UN PROGRAMME DE NUTRITION

CNTH	CNTA
<u>NOURRISSONS 1-6m</u> ANTHROPOMÉTRIE : • Œdème (+/++/+++) et/ou • PB (<i>contextes africains uniquement</i>⁴⁸) < 110mm (≤ 6 sem.) < 115mm (7 sem. à < 6 mois) et/ou • PAZ < - 2 et/ou • PTZ < - 2 • Perte de poids récente ou incapacité à prendre du poids⁴⁹ ou • Le nouveau-né n'a pas repris son poids de naissance à l'âge de deux semaines. • Le nourrisson était de faible poids de naissance, prématuré ou issu de naissances multiples (documenté ou signalé par le soignant)⁵⁰ <u>ET soit un état affectant l'alimentation, soit une complication médicale :</u> ETATS AFFECTANT L'ALIMENTATION : • Malformations congénitales entraînant des difficultés d'alimentation • Essoufflement ou transpiration excessive lors de l'alimentation • Toux et larmolement pendant l'alimentation (troubles de la déglutition) • Tonus ou posture anormaux	<u>NOURRISSONS < 6m</u> ANTHROPOMÉTRIE : • PB < 110mm (≤ 6 semaines) • PB (<i>contextes africains uniquement</i>⁴⁹) < 110mm (≤ 6 sem.) < 115mm (7 sem. à < 6 mois) et/ou • PAZ < - 2 et/ou • PTZ < - 2 • Perte de poids récente ou incapacité à prendre du poids⁵⁰ ou • Le nouveau-né n'a pas repris son poids de naissance à l'âge de deux semaines. • Le nourrisson était de faible poids de naissance, prématuré ou issu de naissances multiples (documenté ou signalé par le soignant)⁵¹ <u>ET/OU</u> CRITÈRES D'ALIMENTATION : • Le nourrisson a des difficultés à se nourrir ou • Le nourrisson reçoit habituellement des aliments ou boissons autres que le lait maternel ou lait infantile ou • Préoccupation de la mère concernant l'alimentation ou problèmes de seins <u>ET</u>

⁴⁸ Ces seuils n'ont actuellement été validés pour les contextes africains que par des ONG et des universitaires, mais pas encore par l'OMS.

⁴⁹ Si la perte de poids ou l'absence de prise de poids est documentée (d'après un carnet de santé/une fiche de croissance) OU si la mère signale que le nourrisson a perdu du poids ou n'a pas pris de poids.

⁵⁰ Pour les nourrissons de FPN et les prématurés, il existe un risque accru de mortalité jusqu'à l'âge d'un an, le suivi de ces nourrissons est donc important. S'il n'y a actuellement aucun déficit anthropométrique ou problème clinique, ce suivi peut se faire selon un calendrier moins régulier que celui des nourrissons présentant des problèmes aigus, par exemple une fois par mois.

• Fente labiale ou palatine⁵¹ • Ankyloglossie⁵¹ COMPLICATIONS MÉDICALES NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION : voir encadré ci-dessous	AUCUNE COMPLICATION MÉDICALE NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION
<u>MÈRE/GARDIENNE PRINCIPALE</u> La mère ou la personne qui s'occupe principalement du nourrisson est jugée incapable de s'en occuper à la maison : • La mère ou la gardienne principale semble traumatisée, en crise émotionnelle, et rejette l'enfant. • La mère ou la gardienne principale est gravement déprimée ou présente un autre problème de santé mentale sévère (par exemple, l'anxiété). • Présence de violence sexiste ou de violence domestique dans la situation familiale.	<u>MÈRE/ GARDIENNE PRINCIPALE</u> La mère ou la personne qui s'occupe principalement du nourrisson est jugée capable de s'en occuper à la maison, mais... : • PB maternel < 230mm (Afrique et Amérique latine) et < 210mm (Asie) ou • Mère/gardienne adolescente (< 19 ans) ou • Mère/nourrisson VIH+ et non inscrite à un programme de TAR ou • Autres préoccupations de la mère (par exemple, nourrisson qui pleure trop, qui ne dort pas, qui a des coliques, qui régurgite).

Complications médicales chez les nourrissons de 1 à 6 mois conduisant à l'admission au CNTH :

- Choc
- Anémie sévère (<6g/dl ou 6-9g/dl avec signes de décompensation)
- Convulsions/Crises d'épilepsie
- Hypoglycémie persistante
- Pneumonie avec ou sans signes de gravité
- Paludisme avec signes de gravité
- Autres infections graves (méningite, septicémie, peau/tissus mous)
- Diarrhée avec déshydratation sévère ou dysenterie
- Léthargie, manque de vigilance, inconscience
- Vomissements intractables
- Autre affection nécessitant des examens complémentaires ou un traitement (tuberculose, VIH, fièvre d'origine inconnue)
- Infections/lésions cutanées graves (y compris lésions cutanées graves dues au kwashiorkor)
- Affections oculaires liées à une carence en vitamine A

7.3. RÉFÉRENCES / MOUVEMENTS DES PATIENTS

Du CNTA au CNTH

⁵¹ La fente labiale/palatine et le frein de la langue restrictif peuvent ne pas nécessiter de référence à l'hôpital selon la gravité, l'âge du nourrisson et la disponibilité des services. L'orientation vers un CNTA ou un spécialiste en consultation externe peut être suffisante si elle est possible.

Une référence du CNTA vers le CNTH montre qu'il y a eu une **détérioration** de l'état du nourrisson. Les critères pour cette orientation sont les suivants :

- ✓ Complication médicale nouvellement apparue
- ✓ Anorexie d'apparition récente (signalée par le soignant et constatée lors de l'évaluation de l'alimentation effectuée au CNTA)
- ✓ Toute perte de poids depuis la dernière visite au CNTA
- ✓ Nouvelle apparition d'un œdème
- ✓ L'impossibilité d'établir ou de rétablir un allaitement efficace (*le délai pour cela dépend de l'état clinique et de la prise de poids du nourrisson. En règle générale, après trois visites et des visites à domicile si possible, référez au CNTH si l'allaitement n'est pas efficace et suffisant. S'il y a perte de poids plus tôt, référez directement au CNTH*).
- ✓ L'incapacité à résoudre un problème lié à l'alimentation de remplacement au niveau ambulatoire (*le délai pour cela dépend de l'état clinique du nourrisson et de sa prise de poids. En règle générale, après trois visites et des visites à domicile si possible, référez au CNTH si les problèmes d'alimentation de remplacement ne sont pas résolus. S'il y a perte de poids plus tôt, référez directement au CNTH*).

Du CNTH au CNTA

Les sorties et références du CNTH les plus courantes devraient être les mouvements qui vont du CNTH vers le CNTA, car cela montre que le nourrisson a été **stabilisé** et qu'il est prêt à poursuivre le suivi dans un cadre ambulatoire.

Les critères pour cette référence sont les suivants :

- ✓ Cliniquement bien
- ✓ Allaitement efficace et la mère/la nourrice se sent en confiance à ce sujet (pour les nourrissons ayant la possibilité d'être allaités)
- ✓ Alimentation de remplacement efficace et sûre à l'aide d'un substitut du lait maternel (répondant aux critères de l'AFASS - voir le *livret MSF sur l'allaitement maternel* [ici](#)) et la personne qui s'occupe de l'enfant se sent en confiance pour le faire à domicile (pour les nourrissons qui n'ont pas la possibilité d'être allaités).
- ✓ Prise de poids d'environ 10 à 20 g/jour en cas d'allaitement exclusif ou de volumes standard de SLM pendant au moins 2 à 3 jours.
- ✓ Absence d'œdème
- ✓ Complications médicales sous contrôle (asymptomatiques), ne nécessitant pas de traitement intraveineux (IV) ou intramusculaire (IM), ou traitement en cours pouvant être pris en charge en ambulatoire (par exemple, traitement contre le VIH ou la tuberculose).
- ✓ Vaccinations à jour (ou recommandation documentée de les faire mettre à jour dans un autre établissement)
- ✓ La mère/le gardien principal se sent préparé(e) à la sortie et la situation familiale est aussi favorable que possible.

Du CNTA vers un autre établissement de santé

Les nourrissons peuvent avoir besoin d'être référés vers d'autres destinations, par exemple pour une opération, un isolement, pour commencer un traitement contre le VIH ou la tuberculose, etc.

7.4. CRITÈRES DE SORTIE DU CNTA

Tous les nourrissons < 6m doivent être suivis dans un programme de nutrition jusqu'à l'âge de 6 mois⁵² (même si le calendrier de suivi est réduit/allégé, par exemple une fois toutes les deux semaines, une fois par mois). À ce stade, les nourrissons peuvent sortir du programme si :

- ✓ PAZ/PTZ ≥ -2 sur 2 visites consécutives **et/ou** (selon les critères anthropométriques sur lesquels ils ont été admis).
- ✓ PB $\geq 125\text{mm}$ ⁵³
- ✓ Prise de poids adéquate selon une courbe de croissance sur au moins 2 semaines d'environ 125g/semaine⁵⁴ (ou environ 10-20g/jour).
- ✓ Allaitement efficace ou bonne alimentation avec les aliments de remplacement.

Les nourrissons qui ne remplissent pas ces critères à 6 mois doivent continuer le suivi au CNTA, mais passer au traitement nutritionnel de 6 à 59 mois jusqu'à ce qu'ils remplissent les critères de sortie du protocole de 6 à 59 mois.

7.5. PRISE EN CHARGE MEDICALE SYSTEMATIQUE DES NOURRISSONS DE 1 A 6M AU CNTA

Veuillez noter que le traitement systématique par antibiotiques tel que décrit ci-dessous concerne UNIQUEMENT les nourrissons présentant un PTZ ou un PAZ < -3 , car ces nourrissons sont considérés comme présentant le risque de mortalité le plus élevé.

TABLEAU 13: PROTOCOLE MEDICAL STANDARD POUR LES NOURRISSONS <6M EN INSUFFISANCE PONDERALE/A RISQUE NUTRITIONNEL

TOUS LES NOURRISSONS DE 1 À 6 MOIS ADMIS AU CNTA		
Maladie/condition	Gestion/ traitement*	Quand et comment
Maladies évitables par la vaccination	Vérifier la carte de vaccination et s'assurer que tous les vaccins sont à jour ou demander une vaccination.	A l'entrée et à la sortie
Paludisme	TDR si transmission endémique ou saisonnière	Lors de l'admission
	Traiter si TDR +	Voir le guide clinique pédiatrique de MSF
Carence en vitamine D	Nourrissons nés à terme (≥ 37 semaines) : 400 à 800 UI 1x/jour.	Tous les nourrissons de la naissance à l'âge de 6 mois

⁵² Si des facteurs spécifiques au projet ou au contexte ne permettent pas de suivre tous les nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois, discutez-en avec votre référent en nutrition et la cellule/le bureau opérationnel pour voir quelles solutions peuvent être trouvées.

⁵³ N'oubliez pas que les nourrissons ont 6 mois ou plus à la sortie de la partie 0-6m du programme de nutrition !

⁵⁴ OMS (1998) *Relactation : revue de l'expérience et recommandations pour la pratique*
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/

	Nourrissons prématurés (< 37 semaines) ou nouveau-nés vivant dans des zones à haut risque de carence en vitamine D : 600 à 1200 UI 1x/j	
Anémie	Fumarate ferreux pour les nourrissons : - avec anémie (traitement) - avec un poids de naissance <2,5 kg pour prévenir l'anémie	Lors de l'admission
VIH	Conseil et dépistage pour la mère (et le nourrisson)	Lors de l'admission, la mère sera testée en premier et le nourrisson ne sera testé que lorsque : - La mère est séropositive - La mère est négative mais il y a une forte suspicion d'infection par le VIH. - En l'absence de la mère
Tuberculose	Diagnostic clinique de la tuberculose - se référer à l'arbre décisionnel/au score de la tuberculose.	À l'admission et à chaque visite s'il y a une forte suspicion clinique.
NOURRISSONS DE 1 À 6 MOIS AVEC PAZ OU PTZ <-3		
Infections bactériennes	Antibiotique à large spectre 5-7 jours (5 est la préférence sauf si le protocole national insiste sur 7)	Lors de l'admission Un antibiotique différent et une durée de traitement différente peuvent être utilisés en fonction de l'indication clinique (voir le guide clinique pédiatrique de MSF).

7.5.1. Antibiotiques

Voir la [section 6.7.1](#)

7.5.2. Vaccination

Voir la [section 6.7.2](#), **mais notez :**

- Portez une attention particulière à l'âge auquel un vaccin peut être administré dans le calendrier des vaccinations, beaucoup ne peuvent pas être administrés aux nourrissons de 1 à 6 mois.
- Une note spéciale sur la rougeole :** La rougeole est une maladie extrêmement grave chez les enfants souffrant de malnutrition aiguë, cependant les vaccins contre la rougeole ne sont autorisés que pour une utilisation à partir de l'âge de 6 mois. Même pendant une épidémie de rougeole, les nourrissons < 6m **ne doivent pas** recevoir de vaccins contenant la rougeole (MCV) en raison du manque de données sur la sécurité et l'efficacité (interactions potentielles avec les anticorps maternels du lait maternel et/ou les anticorps transplacentaires).

7.5.3. Paludisme

Voir la [section 6.7.3](#)

7.5.4. Vitamine A

Les nourrissons qui sont exclusivement et correctement nourris au sein reçoivent généralement la quantité adéquate de vitamine A, à moins que leur mère ne soit en carence. Dépistez les signes de carence en vitamine A chez les mères, conformément aux directives du *Guide clinique et thérapeutique de MSF* (lien [ici](#)).

Les recommandations actuelles de l'OMS pourraient changer dans les années à venir, mais pour l'instant la gestion est la suivante :

3. Un **examen systématique des signes de xérophtalmie** doit être effectué avec soin (sous un bon éclairage) à l'admission et répété à chaque visite au CNTA par un clinicien expérimenté dans l'évaluation de ce type de pathologie.
4. **Administer de la vitamine A selon l'indication clinique (voir ci-dessous)**

Indications pour l'administration de la vitamine A :

- Signes de carence en vitamine A/xérophtalmie
- Rougeole récente
- Diarrhée sévère ou shigellose

TABEAU 14: POSOLOGIE DE LA VITAMINE A EN FONCTION DU POIDS

POIDS (kg)	VITAMINE A CAPSULE 200,000 IU	FRÉQUENCE
< 6kg	1 ou 2 gouttes (50 000 UI)	1 x jour à J1, J2, J8
6 - 8 kg	2 à 4 gouttes (100 000 UI)	1 x jour à J1, J2, J8
> 8 kg	1 capsule (200 000 UI)	1 x jour à J1, J2, J8

7.5.5. Vitamine D

Les conseils ci-dessous sont tirés du *Guide MSF sur les soins néonataux*, mais ils s'appliquent également aux enfants de plus d'un mois.

- Les nouveau-nés ont de faibles réserves de vitamine D à la naissance. Le lait maternel et l'exposition au soleil sont des sources de vitamine D, mais les quantités sont faibles dans le lait maternel, les réserves en vitamine D de la mère sont souvent faibles et l'exposition au soleil peut être insuffisante pour des raisons climatiques ou culturelles.

- La vitamine D joue un rôle important dans le métabolisme osseux et l'immunité, et une carence peut entraîner des maladies osseuses (rachitisme), des convulsions, un retard de développement et des infections⁵⁵.
- Les nouveau-nés à haut risque (prématurés, de faible poids corporel, malnutrition maternelle, dans des contextes où la prévalence de la carence en vitamine D est élevée) doivent recevoir des suppléments oraux quotidiens de **vitamine D** dès la naissance (ou à tout moment après) **jusqu'à l'âge de 6 mois**⁵⁶.
- Lorsque cela est possible, encouragez tous les nouveau-nés à recevoir des suppléments de vitamine

Vitamine D PO :

✓ Terme (≥ 37 semaines) : 400 à 800 UI 1x/j

✓ Prématurés (< 37 semaines) ou nouveau-nés vivant dans des zones à haut risque de carence en vitamine D : 600 à 1200 UI 1x/j

Donner des gouttes directement sur le mamelon de la mère juste avant l'allaitement.

D.

- Veillez à ce que les conseils sur l'allaitement exclusif incluent également l'importance de l'exposition au soleil pour les nouveau-nés comme source de vitamine D. Une exposition adéquate au soleil serait d'environ 30 minutes de soleil par semaine dans l'après-midi avec 40% de la surface corporelle exposée (garder la couche).
- Voir l'[annexe 11](#) pour des instructions complètes sur la façon d'administrer la vitamine D.

7.5.6. Supplémentation en fer

Les conseils ci-dessous sont tirés du **Guide MSF sur les soins néonataux**, mais ils s'appliquent également aux enfants de plus d'un mois.

Par rapport à l'absence de supplémentation en fer, la supplémentation entérale en fer semble améliorer les concentrations d'hémoglobine et de ferritine sérique chez les prématurés et les enfants de faible poids corporel après huit semaines d'âge postnatal et peut réduire le risque d'anémie.

Il ne faut commencer à administrer du fer que lorsque le nourrisson est cliniquement stable et généralement lorsqu'il passe à l'étape 2 du traitement nutritionnel.

Protocole pour les nourrissons souffrant d'anémie : voir le *Guide MSF sur les soins néonataux* et le *Guide clinique pédiatrique*.

⁵⁵ Wagner CL, Greer FR. Prévention du rachitisme et de la carence en vitamine D chez les nourrissons, les enfants et les adolescents. *Pediatrics*. 2008;122(5):1142-1152. Munns C, Zacharin MR, Rodda CP, et al. Prevention and treatment of infant and childhood vitamin D deficiency in Australia and New Zealand : a consensus statement. *Journal médical d'Australie*. 2006;185(5):268.

⁵⁶ Deux flacons de gouttes de vitamine D (10 ml avec 10 000 UI/ml) fournissent un approvisionnement quotidien de 6 mois. DORACOLC1S1 - COLECALCIFEROL (vit.D3) 10,000 IU/ml, sol., 10 ml, bot. Vérifier dans le flacon de vitamine D le nombre d'UI correspondant au nombre de gouttes car cela varie selon le fabricant.

Protocole pour les nourrissons nés < 2,5kg :

- Fer (2-4 mg/kg/jour) de 2 semaines à 6 mois ⁵⁷.
- Un sirop de 140 mg/5 ml de fumarate ferreux contient environ 45 mg/5 ml de fer élémentaire.

Poids (kg)	Fumarate ferreux 2 mg/kg/jour de fer élémentaire, quotidiennement jusqu'à 6 mois
1.0 – 1.3	0,3 ml / jour
1.4 – 1.6	0,4 ml / jour
1.7 – 1.9	0,5 ml / jour
2.0 – 2.3	0,6 ml / jour
2.4 – 2.5	0,7 ml / jour

7.5.7. Dépistage et test du VIH

Voir la [section 5.7.1](#)

7.5.8. Dépistage de la tuberculose

Voir la [section 5.7.2](#)

7.6. TRAITEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ OBSERVÉS AU CNTA

Les problèmes de santé courants qui ne nécessitent pas de soins hospitaliers (par exemple, une infection des voies respiratoires supérieures, une diarrhée sans déshydratation, etc.) doivent être traités conformément aux directives du **Guide sur les soins néonataux**, du **Guide clinique pédiatrique ou du Guide clinique et thérapeutique de MSF** (lien [ici](#)).

7.7. SOINS NUTRITIONNELS AU CNTA

Une fois qu'un nourrisson répondant aux critères d'admission est admis au CNTA, une évaluation plus approfondie est nécessaire. Il est essentiel de faire la distinction entre ceux chez qui l'allaitement est une possibilité et les cas exceptionnels où il n'est pas possible, ce qui conduit à deux catégories principales de patients :

⁵⁷ Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS sur la santé du nouveau-né ; Directives approuvées par le Comité des directives de l'OMS. Genève, Suisse, mai 2017

- 1) Nourrissons ayant la possibilité d'être allaités au sein
- 2) Nourrissons N'AYANT PAS la possibilité d'être allaités au sein

7.7.1. Nourrissons ayant la possibilité d'être allaités au sein



QUI SONT CES NOURRISSONS AYANT LA POSSIBILITÉ D'ÊTRE ALLAITÉS ?

Il s'agit de nourrissons dont la mère ou une nourrice est physiquement capable de les allaiter.

Il peut y avoir des **problèmes liés à l'allaitement** qui ont conduit à un risque nutritionnel ou à une insuffisance pondérale chez ce nourrisson (c'est-à-dire que l'allaitement ne lui apporte pas une nutrition adéquate), dans les grandes catégories suivantes (liste non exhaustive)

Facteurs maternels

- Problèmes mécaniques et pathologiques de l'allaitement (voir le *livret MSF sur l'allaitement* [ici](#))
- Maladie maternelle ou mauvais état nutritionnel
- Connaissances, attitudes et croyances concernant l'allaitement maternel
- Allaitement de jumeaux (tout à fait possible mais peut être difficile...)
- Séparation de la mère et de l'enfant

Facteurs liés au nourrisson

- Maladie aiguë ou chronique
- Prématurité
- Malformations congénitales entraînant des problèmes d'alimentation
- Complications neurologiques entraînant des problèmes d'alimentation

Si un nourrisson a la possibilité d'être allaité au sein mais qu'il répond à un ou plusieurs critères d'admission au CNTA, il est probable qu'il y ait un problème d'allaitement (voir encadré ci-dessus). La mère peut s'en rendre compte ou non, il faut donc faire preuve de tact et de sensibilité pour aider ce couple mère-enfant à retrouver un allaitement réussi.

1) Réaliser une évaluation de l'allaitement maternel

- Utilisez l'un des outils d'évaluation de l'allaitement du **Breastfeeding Toolkit** (lien [ici](#)), qui correspond le mieux aux capacités et aux compétences de votre personnel.
- Pour la première visite, une évaluation complète est nécessaire. Pour les visites de suivi, une version plus courte de l'évaluation peut être utilisée (si le nourrisson prend du poids et si la mère gagne en confiance) en se concentrant sur les questions identifiées lors de l'évaluation d'admission, mais en restant toujours à l'affût de nouvelles questions ou de nouveaux problèmes.

- Si des problèmes graves sont identifiés lors de la première visite et que l'équipe clinique estime ne pas pouvoir les gérer au niveau ambulatoire, il convient d'adresser l'enfant au CNTH, même si ce n'est que pour un court séjour afin d'apporter un soutien intensif à l'allaitement.

2) Soins nutritionnels

Soutien et conseils en matière d'allaitement maternel

- Voir la **brochure de MSF sur l'allaitement** (lien [ici](#)) pour des conseils sur l'évaluation de l'allaitement, le conseil et le soutien que vous devriez être en mesure d'apporter dans un CNTA pour qu'une mère reprenne l'allaitement exclusif et que son enfant se nourrisse et grandisse correctement.
- En fonction des problèmes spécifiques identifiés dans l'évaluation de l'allaitement, établissez un **plan d'action** pour les résoudre un par un. Voir la section 7 du *livret MSF sur l'allaitement maternel* sur la résolution des problèmes identifiés lors de l'évaluation de l'allaitement maternel.
- A **chaque visite**, le conseil et le soutien en matière d'allaitement doivent être donnés en fonction des questions/problèmes constatés lors de l'évaluation de l'allaitement et il faut toujours demander si de nouveaux problèmes sont apparus.
- Il se peut que la mère ait besoin d'aide pour certaines activités particulières, par exemple la relactation, l'apprentissage de l'extraction du lait maternel, etc.



OÙ FOURNIR LES CONSEILS ET LE SOUTIEN EN MATIÈRE D'ALLAITEMENT ?

Il existe un certain nombre d'options, dont le choix dépendra de votre contexte, des RH disponibles, de l'espace physique et d'autres facteurs contextuels :

- Lors de la **consultation médicale**, parallèlement à l'examen clinique et à l'examen des mesures/progrès anthropométriques (cela peut ne pas être possible au CNTA où le nombre de patients est élevé et où le personnel clinique doit se concentrer sur l'examen médical des patients).
- Dans une zone du CNTA séparée et dédiée à l'allaitement et au soutien (souvent appelée **Breastfeeding Corner** ou **Baby-Friendly Space**). Cette espace peut être géré par différents cadres du personnel, à condition qu'ils soient correctement formés à l'évaluation, au conseil et au soutien de l'allaitement, par exemple des infirmières, des assistants en nutrition, des sages-femmes, des promoteurs de santé, etc.

- Si, après avoir fait tous les efforts possibles pour que le nourrisson puisse recevoir du lait maternel, ces efforts ont échoué, passez à la section 7.6.2 ci-dessous pour les nourrissons n'ayant pas la possibilité d'être allaités.

7.7.2. Nourrissons N'AYANT PAS la possibilité d'être allaités au sein



QUI SONT CES NOURRISSONS QUI N'ONT PAS LA POSSIBILITÉ D'ÊTRE ALLAITÉS ?

Ces nourrissons sont notamment les suivants (liste non exhaustive) :

- Orphelins n'ayant pas accès à une nourrice appropriée
- Nourrissons séparés de leur mère et n'ayant pas accès à une nourrice appropriée.
- Les nourrissons dont les mères ont essayé toutes les méthodes pour initier/réinitier l'allaitement mais sans succès.
- les nourrissons dont la mère a pris la décision informée de ne pas allaiter.

1) Effectuer une évaluation de l'alimentation

Voir la [section 5.6.3](#) sur la réalisation d'un historique clinique pédiatrique et d'un historique diététique et demander en plus :

1. Pourquoi le nourrisson ne peut-il pas être allaité ? Commencez par une question ouverte, puis approfondissez en essayant d'identifier les raisons culturelles, sociétales, religieuses, familiales ou personnelles. Cela peut aider à adapter les conseils donnés par la suite, mais il faut toujours être respectueux des idées et des croyances des gens.
2. Si la mère du nourrisson est temporairement indisponible/absente (par exemple, si elle est malade, si elle travaille ailleurs, si elle est présente mais que ses obligations professionnelles l'empêchent d'être tout le temps avec le nourrisson), pourriez-vous envisager qu'elle exprime du lait et le donne au nourrisson ? A-t-elle besoin d'une aide à la relactation ? Pourrait-on trouver une nourrice ?
3. Si la mère du nourrisson est en permanence indisponible/absente (la mère est décédée, a quitté la famille), peut-on trouver une nourrice ?
4. Si le nourrisson est nourri avec un SLM comme aliment de remplacement, celui-ci est-il préparé et donné en toute sécurité ? Effectuez une évaluation de l'alimentation de remplacement conformément à la section 12 du *livret d'allaitement de MSF*.



VISITES À DOMICILE ET ZONE DE DÉMONSTRATION AU CNTA POUR ÉVALUER LES PRATIQUES LIÉES À L'ALIMENTATION DE REMPLACEMENT

Les visites à domicile peuvent être utiles pour voir comment la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant prépare le SLM dans son " environnement quotidien ". Elles sont inestimables pour identifier tout problème lié au SLM qui entraîne une insuffisance pondérale ou un risque nutritionnel chez le nourrisson, et pour pouvoir y remédier si possible (certains problèmes peuvent être dus à un manque d'équipement, discutez avec votre équipe de ce que vous pouvez faire pour équiper les familles ou trouver un autre moyen de leur procurer l'équipement nécessaire).

Vous devriez également essayer d'installer une " **zone de pratique/démonstration** " au CNTA pour la préparation et l'administration du SLM (également utile pour enseigner aux accompagnants comment procéder lorsqu'ils commencent à utiliser le SLM) et demander à un accompagnant de montrer comment il prépare et administre le SLM afin d'identifier les problèmes qui peuvent être corrigés en temps réel. N'oubliez pas de féliciter la mère/l'accompagnant pour ses bonnes pratiques !

2) Soins nutritionnels

L'allaitement par nourrice ⁵⁸

L'allaitement par nourrice est l'option préférentielle pour nourrir ces nourrissons. Si c'est une option pour ce nourrisson, la nourrice aura besoin d'un examen de santé général et d'un test de dépistage du VIH avant de commencer, et elle pourrait également avoir besoin d'un soutien à l'allaitement ; assurez-vous que ces services de soutien lui soient proposés (voir la section 11 du *livret de MSF sur l'allaitement*).

Donner un substitut du lait maternel (SLM)

- ✓ Le SLM standard (c'est-à-dire la formule infantile/préparation pour nourrisson) ⁵⁹ peut être donné dès le premier jour pour tous les nourrissons.
- ✓ Les préparations pour prématurés ⁶⁰ ne sont recommandées que pour les prématurés hospitalisés pesant moins de 1 500 g et qui ne prennent pas de poids avec les soins hospitaliers standard. Elles ne doivent pas être distribuées au CNTA.

Le lait animal modifié à domicile n'est pas recommandé pour les nourrissons de moins de six mois ⁶¹ en raison d'une insuffisance nutritionnelle importante **et ne doit être utilisé qu'en dernier recours, comme mesure palliative.**

⁵⁸ Le terme " wet nursing " doit être utilisé avec prudence, étant donné ses connotations négatives dans certains contextes culturels. Il s'agit d'un terme utilisé et reconnu internationalement, mais MSF est actuellement en train d'essayer de trouver un meilleur terme. Tout commentaire à ce sujet doit être envoyé à l'un de vos conseillers en nutrition/ped/SRH ou en soins infirmiers - nous sommes ouverts à toutes les idées !

⁵⁹ Code catalogue MSF : NFOSINFO1AO80

⁶⁰ Code catalogue MSF : NFOSINFOP1O40

Même si vous prescrivez un SLM pour un nourrisson, il vaut la peine de demander régulièrement à la famille (si elle est ouverte à cette option) s'il y a une nouvelle possibilité de faire nourrir le nourrisson par une nourrice appropriée.

⁶¹ Des laits alternatifs peuvent être utilisés comme SLM chez les enfants âgés de **six mois et plus**, tels que le lait animal entier pasteurisé ou bouilli (vache, chèvre, bufflonne, brebis, chameau), le lait à ultra-haute température (UHT), le lait évaporé reconstitué (mais pas condensé), le lait fermenté ou le yaourt. *L'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence : Guide opérationnel à l'intention du personnel de secours d'urgence et des gestionnaires de programmes*, Ed.2017. Groupe central de l'IFE.



QUE SE PASSE-T-IL SI LE NOURRISSON REÇOIT DÉJÀ UN SLM MAIS EST IDENTIFIÉ AU CNTA COMME ÉTANT NUTRITIONNELLEMENT À RISQUE/EN INSUFFISANCE PONDÉRALE ?

La prise en charge nutritionnelle des nourrissons qui sont déjà sous SLM dépend de la cause du problème, à savoir

- **Raison médicale** entraînant une difficulté d'alimentation avec le SLM (par exemple, une malformation congénitale rendant l'alimentation orale difficile).
 - La prise en charge définitive de la cause médicale peut ou non être possible selon le contexte et doit être discutée avec l'équipe médicale et la coordination (plus la cellule/le bureau opérationnel si nécessaire), que ce soit par un traitement dans la structure MSF ou par référence.
 - Même si la cause médicale de la difficulté d'alimentation ne peut être traitée, des conseils et un soutien sur les techniques d'alimentation alternatives et les méthodes sûres d'alimentation doivent être proposés à la famille (voir la section 8 sur les *techniques d'alimentation alternatives* dans le *livret d'allaitement de MSF*).
- **Raison sociale/économique** entraînant l'impossibilité de se procurer du SLM en raison de la pauvreté ou d'autres limitations d'accès.
 - Il s'agit peut-être d'un problème trop important pour le projet MSF, mais discutez du type de soutien que vous souhaitez apporter à ces familles en fonction de la fréquence de ce problème dans votre contexte et pensez à des activités de plaidoyer pour obtenir l'aide d'un gouvernement extérieur ou d'une autre organisation.
 - Vous pouvez toujours en discuter avec votre coordination, votre référent en nutrition et votre cellule ou bureau opérationnel.
- **Mauvaises pratiques alimentaires** liées à l'utilisation du SLM, dans la manière, le moment et la nature de l'alimentation.
 - A partir des problèmes identifiés dans *l'évaluation de l'alimentation de remplacement* (voir la section 12 du *livret MSF sur l'allaitement* et l'outil d'évaluation [ici](#)) - donner les conseils et le soutien appropriés pour s'assurer que le SLM est donné en toute sécurité et correctement, en utilisant les conseils de la section 12 du *livret MSF sur l'allaitement*.

Volume de SLM

Nouveau-né au CNTA (ne répondant pas aux critères d'admission en milieu hospitalier) :

Si un nouveau-né a besoin d'une aide importante pour s'alimenter dans les premiers jours de sa vie (même s'il est cliniquement stable), il est probable qu'il ait besoin d'être hospitalisé.

Cependant, si ces nouveau-nés (généralement nés à la maison) vont bien mais ont besoin d'aide pour commencer le SLM OU ne peuvent pas, pour une raison quelconque, être admis à l'hôpital, utilisez alors les quantités et le protocole ci-dessous.

- Idéalement, ces nouveau-nés devraient être vus tous les 1 à 2 jours au CNTA. Si cela n'est pas possible et que l'hospitalisation ne l'est pas non plus, vous pouvez donner des instructions écrites ou utiliser des marques sur des tasses (pour les accompagnants non alphabétisés) pour indiquer les quantités de lait à donner à chaque repas et le nombre de repas par jour.
- Un nouveau-né à terme et cliniquement stable a besoin d'environ 150 à 160 ml/kg/jour de SLM, répartis sur 6 à 8 repas par jour.
- Commencez par des volumes plus petits et plus fréquents les premiers jours de vie, en augmentant chaque jour si la tolérance est bonne ou à la demande, pour atteindre le volume quotidien cible.

Par exemple :

- J1-J2 : Commencer avec 30-40 ml/kg/jour
- J3-J4 : Augmenter à 50 ml/kg/jour
- Continuer à augmenter le volume quotidien de 35-40 ml/kg/jour jusqu'à ce que le volume cible de 150-160 ml/kg/jour soit atteint.
- Évaluez l'appétit du nourrisson, en augmentant les volumes de SLM si le nourrisson en demande plus. Il est important de rester flexible en fonction de la tolérance et de l'appétit.

Nourrissons de 0 à 6 mois

Le tableau 17 présente des suggestions de volumes pour un nourrisson de 0 à 6 mois qui n'est pas malade.

Si un nourrisson est admis au CNTA, il peut souffrir d'une autre maladie aiguë ou chronique (en plus des problèmes d'alimentation), et vous devrez peut-être commencer ou passer à des quantités inférieures à celles indiquées dans le tableau ci-dessous s'il ne tolère pas ces quantités (par exemple, s'il refuse systématiquement de finir de s'alimenter, s'il présente une distension abdominale, des signes de reflux gastro-œsophagien, etc. :

TABLEAU 15: VOLUMES SUGGÉRÉS DE SLM PAR CATÉGORIE DE POIDS

Poids de l'enfant (kg)	Volume d'eau (ml)	Mesures de formule infantile	Nombre de repas par jour	Nombre de boîtes de SLM (400 g) par semaine*.
2.5 – 3.0	60	2	6 - 8	1.0
3.1 – 3.5	90	3	6 - 8	2.0
3.6 – 4.0	120	4	6 - 8	2.5
4.1 – 4.5	150	5	6 - 8	3.0
4.6 - 5.0	180	6	4 - 6	3.5
5.1 - 6.0	210	7	4 - 6	4.0
> 6.0	240	8	4 - 6	5.0

*Pour les besoins de la commande



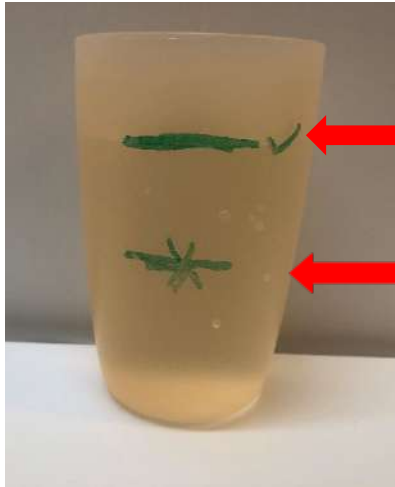
IMPORTANT :

- Les volumes indiqués dans le tableau 17 sont des **volumes suggérés** par repas et sont des approximations.
- Chaque jour, un nourrisson peut manger moins ou plus par tétée, mais en moyenne, ce sont les volumes suggérés.
- Les nourrissons doivent être nourris au minimum toutes les 3 heures (au moins pendant les premiers mois), mais ils devront être nourris plus fréquemment ou à la demande si les signes de faim que le nourrisson manifeste reviennent régulièrement et de manière évidente.
- Les nourrissons doivent également être nourris pendant la nuit, surtout au cours des premiers mois. Vers 4-5 mois, on peut laisser le nourrisson dormir toute la nuit et ne pas le réveiller pour le nourrir, mais seulement s'il se réveille spontanément et montre des signes de faim.
- **REMARQUE :** Dans certains cas, malgré les meilleurs efforts de relactation, la quantité de lait maternel produite peut être insuffisante pour répondre aux besoins d'une prise de poids suffisante, mais nous devrions tout de même encourager la mère à poursuivre l'allaitement au sein autant que possible, et elle peut avoir recours à un supplément de SLM pour compléter. **ATTENTION**, avec cette méthode, que la mère/nourrice ne pense pas que ces quantités de complément sont suffisantes pour une alimentation complète. Si elle a vraiment l'impression de ne pas produire assez de lait maternel ou que le nourrisson ne reçoit pas assez de lait maternel alors elle devra commencer à lui donner les quantités ci-dessus.



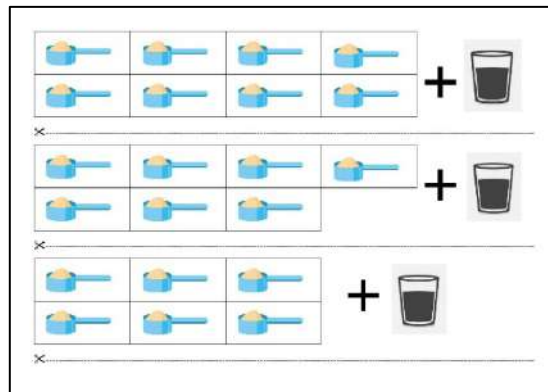
CONSEILS POUR EXPLIQUER COMMENT PRÉPARER LE SLM À LA MAISON

Il peut être utile de donner à la personne qui s'occupe de l'enfant une tasse avec une marque pour la quantité d'eau à mettre (voir la photo ci-dessous) et une représentation graphique du nombre de mesures à utiliser (voir l'image ci-dessous et l'outil imprimable [ICI](#)) - vous devrez toujours expliquer clairement ce qu'il faut faire !



Volume correct d'eau nécessaire pour mélanger le SLM selon la prescription de cette visite.

Volume d'eau précédent de la dernière visite - enlevez cette marque lorsqu'un nouveau volume est nécessaire et si ce n'est pas possible, rayez-la.





JUSQU'À QUAND OU QUEL ÂGE MSF DOIT FOURNIR LE SLM À NOS PATIENTS CNTA ?

Il s'agit d'une question à laquelle le projet doit répondre après discussion avec la cellule/bureau opérationnel et votre référent en nutrition.

L'avantage de fournir du SLM à un nourrisson vu au CNTA jusqu'à 6 mois (âge auquel il peut commencer une alimentation diversifiée et que le SLM ne doit plus être sa seule source d'alimentation), même s'il ne remplit plus les critères anthropométriques, alimentaires ou médicaux d'admission, est que vous pouvez garantir que le nourrisson aura un approvisionnement sûr en SLM ET que vous gardez un contact régulier avec les services MSF pour surveiller et suivre le nourrisson. Cependant, cela a des implications budgétaires et potentiellement sociopolitiques (par exemple, MSF est considéré comme un "distributeur de SLM") qui doivent être prises en considération et clairement réfléchies.

Il est donc important de commencer le conseil sur la diversification alimentaire dès l'âge de 4 mois pour que la famille soit préparée à commencer aux 6 mois de l'enfant, et puisse même commencer à introduire certains aliments complémentaires sûrs à 5 mois pour évaluer la préparation du nourrisson et faciliter le processus de sevrage.

7.8. SUIVI NUTRITIONNEL

Les trois principaux moyens par lesquels nous contrôlons si un enfant progresse bien au CNTA sont les suivants :

- 1) Évaluation du poids - gain/perte/statique
- 2) Évaluation de l'œdème
- 3) Évaluation de l'alimentation et
- 4) Examen clinique (anamnèse et examen, plus investigations pertinentes).

NOTE : Le PB évolue très lentement, surtout dans ce groupe d'âge, et comme il n'est actuellement recommandé que dans les contextes africains, il n'est pas inclus comme mesure à utiliser dans le suivi nutritionnel.

L'état clinique et l'état nutritionnel d'un patient étant liés, nous les traiterons ensemble ici, mais certains aspects du suivi de l'évolution anthropométrique d'un patient doivent être précisés :

7.8.1. Évaluer le poids



RAPPEL : Reportez-vous à la [section 5.4.3](#) sur la façon de prendre le poids d'un nourrisson et rappelez-vous que le poids des nourrissons de moins de 6 m doit être mesuré à **10 g près (par exemple 4,33 kg et non 4,3 kg)**.

Il y a 3 résultats possibles :

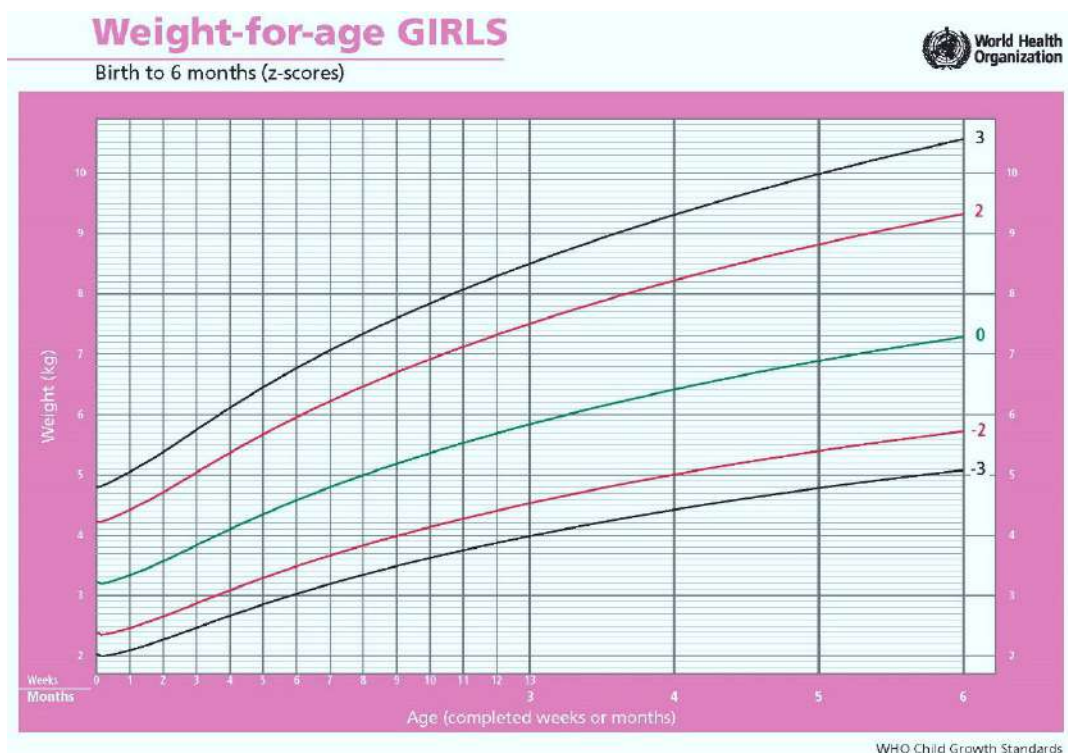
- **Perte de poids** -> référer au CNTH
- Le poids est **statique** -> voir le tableau 18 ci-dessous pour les actions
- **Prise de poids** -> évaluer si la prise de poids est adéquate en la reportant sur une courbe de croissance + actions du tableau 18 ci-dessous.

COMMENT ÉVALUER LA PRISE/PERTE DE POIDS/POIDS STATIQUE ?

1) Reporter le poids de l'enfant sur une courbe de croissance.

- C'est l'option préférée mais elle n'est pas toujours facile pour le personnel moins expérimenté/formé. Tous les efforts doivent être faits pour former le personnel à l'utilisation de ces graphiques. Le kit de formation de l'OMS à cet effet est disponible [ici](#). Demandez l'aide de votre référent en nutrition si nécessaire.
- La courbe de croissance de l'OMS du poids pour l'âge de 0 à 6 mois doit être utilisée. Vous pouvez en trouver des copies sur la page Sharepoint du GTN [ici](#) et à l'[annexe 12](#).
- On peut voir que pour les 13 premières semaines, il y a une ligne pour chaque semaine, puis les lignes sont marquées par mois. Cela signifie que pour un enfant de 15 semaines (par exemple), une estimation doit être faite pour savoir où marquer le poids du jour. *(REMARQUE : MSF travaille actuellement à l'obtention de courbes de croissance avec des intervalles hebdomadaires de 0 à 6 mois - elles seront mises [ici](#) lorsqu'elles seront prêtes !)*
- L'objectif intermédiaire est que la PAZ du nourrisson soit > -2 et qu'il suive sa courbe sans en descendre. L'objectif ultime est de voir son PAZ atteindre + 2. ⁶²

⁶² au-dessus de ce seuil, la croissance ne serait pas considérée comme saine et s'apparenterait plutôt à un surpoids.



2) Évaluation de la prise de poids par semaine

Ceci peut être utilisé s'il n'est pas possible d'utiliser les courbes de croissance dans votre projet (c'est-à-dire que la formation a été fournie et que l'évaluation a montré que l'utilisation des courbes restait trop complexe et sujette aux erreurs).

Bien qu'il n'existe pas une valeur standard pour la prise de poids hebdomadaire, nous utilisons comme point de référence les recommandations de l'OMS pour les cas de relactation. Ce chiffre est d'environ **125 g/semaine**⁶³.

⁶³OMS (1998) *Relactation : revue de l'expérience et recommandations pour la pratique*
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/



EXEMPLE DE CALCUL DE LA PRISE DE POIDS HEBDOMADAIRE :

- Le poids d'Amina aujourd'hui est de **4,43 kg**. Lors de sa dernière visite, il y a une semaine, elle pesait **4,29 kg**.
- $4,43\text{kg} \times 1000 = 4430\text{g} - 4290\text{g} (4,29 \times 1000) = 140\text{g}$ gagnés en 7 jours.
- Cela représente plus de 125g/semaine, la prise de poids est donc adéquate.

La prise de poids d'Amina est correcte et ne nécessite pas d'action supplémentaire à ce stade, à moins qu'il y ait un problème médical ou que la personne qui s'occupe d'elle signale un problème d'allaitement ou d'alimentation de remplacement. Néanmoins, il faudra tout de même les **surveiller de près chaque semaine**.

1) Évaluation de la prise de poids par jour

Bien que l'on puisse noter que la prise de poids quotidienne recommandée et la prise de poids hebdomadaire recommandée ne correspondent pas exactement, l'une étant un chiffre et l'autre une fourchette (125 g par semaine = 17,9 g par jour - ce qui se situe dans la fourchette acceptable de 10 à 20 g par jour), elles sont davantage utilisées comme points de repère pour aider à l'évaluation d'un nourrisson au CNTA et l'une ou l'autre peut être utilisée, selon ce qui est le plus approprié et le moins sujet aux erreurs de calcul au sein de l'équipe.



EXEMPLE DE CALCUL DU GAIN DE POIDS QUOTIDIEN

- Le poids de Youssef aujourd'hui est de **5,15 kg**. Lors de sa dernière visite, il y a une semaine, il pesait **5,10 kg**.
- $5,15\text{kg} \times 1000 = 5150\text{g} - 5100\text{g} (5,10 \times 1000) = 50\text{g}$ gagnés en 7 jours.
- 50g divisé par 7 = 7g par jour

La prise de poids de Youssef est faible (moins de 10-20g/jour) et des mesures supplémentaires sont nécessaires - voir section 7.8.5 ci-dessous.

7.8.2. Évaluation de l'œdème

Se référer à la [section 5.4.3](#).

RAPPEL ! Tout nourrisson de moins de 6 mois présentant un œdème doit être adressé au CNTH. L'œdème est un signe clinique grave chez un nourrisson de moins de 6 mois et doit faire l'objet d'un examen et d'un suivi attentifs (même si la cause sous-jacente s'avère être autre que la malnutrition, par exemple un syndrome néphrotique, etc.)

7.8.3. Évaluation de l'alimentation

Soit l'évaluation de l'allaitement ou l'évaluation de l'alimentation de remplacement - voir le *livret de MSF sur l'allaitement* et la *boîte à outils de MSF sur l'allaitement* (lien [ici](#)).

7.8.4. Examen clinique (anamnèse et examen, plus investigations pertinentes)

Voir [section 5.6](#) et [section 7.6.1](#) (nourrisson allaité) ou [7.6.2](#) (nourrisson non allaité).

7.8.5. Que faire ensuite ? Actions selon les résultats du suivi nutritionnel

Selon les résultats de ces 4 domaines d'évaluation décrits ci-dessus, suivez les recommandations du tableau 18 ci-dessous :

Résultats cliniques et nutritionnels à chaque visite au CNTA et actions correspondantes

Après avoir recueilli les antécédents, effectué un examen physique et examiné les mesures anthropométriques, ces évaluations ont trois résultats possibles. Le tableau 18 résume ces résultats ainsi que les mesures appropriées à prendre.

TABLEAU 16: RESULTATS POSSIBLES DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT CLINIQUE ET NUTRITIONNEL A CHAQUE VISITE AU CNTA ET ACTIONS CORRESPONDANTES.

RÉSULTATS	ÉTAT CLINIQUE ET NUTRITIONNEL (PAR RAPPORT À LA DERNIÈRE VISITE)	ACTIONS
RÉSULTAT 1	AMÉLIORATION : - Augmentation du poids et - Résolution des problèmes médicaux par rapport à la dernière visite	- Vérifiez à nouveau qu'il ne s'agisse pas seulement d'une prise de poids mais bien d'une prise de poids suffisante (voir ci-dessus). Si la prise de poids n'est pas suffisante, passez au résultat 2. Félicitez l'accompagnant et encouragez-le à poursuivre ses efforts. - Rappelez à la personne qui s'occupe de l'enfant les signes de danger et ce qu'il faut faire si l'enfant présente l'un de ces signes. - Renforcer les messages sur les bonnes pratiques d'alimentation (allaitement maternel ou alimentation de remplacement) ainsi que les autres encouragements pour une alimentation saine pour la mère (dans la limite des capacités et des ressources de la personne qui s'occupe de l'enfant). RAPPEL ! Continuez à vérifier minutieusement l'état clinique et le poids/PB à chaque visite ! Ce n'est pas parce qu'ils allaient bien lors de la dernière visite qu'il en est de même pour cette visite !
RÉSULTAT 2	PAS D'AMÉLIORATION : - Faible prise de poids - Prise de poids statique et/ou - Problèmes médicaux NON résolus par rapport à la dernière visite	Tout d'abord, discutez toujours du cas avec un collègue plus âgé/plus expérimenté ou avec le médecin présent ou "assigné" à votre CNTA pour les cas compliqués - ne vous débattiez pas seul ! <i>Ayez un seuil de tolérance bas pour référer les nourrissons < 6m vers le CNTH - ils peuvent se détériorer rapidement et ne peuvent pas être traités de la même manière que les enfants de 6-59 mois. Aussi, un soutien plus intensif à l'allaitement peut être nécessaire, ce qui justifie la référence vers le CNTH.</i> - Pensez à vérifier que les mesures de cette visite ont été effectuées correctement et sont exactes (ceci est particulièrement pertinent si le patient s'est amélioré jusqu'à présent et que l'accompagnant confirme qu'il va bien et mange tout l'ATPE). Veillez à poser cette question avec respect à vos collègues qui ont effectué les mesures ! Recherchez des causes médicales aiguës. Par exemple, si un enfant a eu la diarrhée ou des vomissements depuis sa dernière visite, il se peut que son poids ne s'améliore pas en raison d'une déshydratation et/ou d'une diminution de l'appétit. (Vérifiez que l'enfant va maintenant mieux et qu'il n'a pas besoin d'être référé au CNTH pour ce problème).

		• Recherchez des difficultés d'alimentation, nouvelles ou persistantes, qui ne peuvent pas être prises en charge par un soutien ambulatoire. • Assurez-vous qu'un test de dépistage du VIH a été réalisé chez l'enfant, ainsi qu'un test de dépistage de la tuberculose (et renouvelé !). • Référez le patient au CNTH s'il répond aux critères de référence (voir section 7.3) ou envisagez une admission brève pour des évaluations nutritionnelle et médicale plus approfondies, ainsi qu'un traitement et un soutien intensifs. • Organisez une visite à domicile (par l'équipe de HP ou d'ASC) pour évaluer comment l'environnement du foyer (y compris la santé environnementale du foyer) pourrait être à l'origine de ce manque d'amélioration, puis essayez de proposer des solutions réalistes aux problèmes constatés. • Envisager une carence acquise ou congénitale en vitamines ou minéraux qui, pour une raison ou une autre, n'est pas corrigée par l'ATPE (il est probable que cela nécessite une référence vers le CNTH). • Pensez à utiliser la télémédecine de MSF pour demander de l'aide. • Examinez si l'enfant a besoin d'être référé à un service spécialisé pour des examens complémentaires (par exemple, chirurgie, isolement, etc.) et si et comment cela est possible dans votre contexte. • Discutez avec la personne qui s'occupe de l'enfant de la possibilité de le ramener plus tôt (dans 2 ou 3 jours) pour un examen (plutôt que d'attendre la prochaine visite dans 7 ou 14 jours). • Si vous pensez qu'il s'agit d'un état de santé pour laquelle il est peu probable que l'enfant et l'accompagnant puissent recevoir un traitement ou un soutien supplémentaire en raison des limites de ce que MSF peut fournir dans ce contexte ou du manque de possibilités de référence à d'autres organisations/services (par exemple, en ce qui concerne un handicap qui nécessiterait des services de réadaptation intensive ou une pathologie cardiaque congénitale qui nécessiterait une chirurgie définitive), alors discutez avec votre équipe de la meilleure façon de commencer à conseiller l'accompagnant à ce sujet et de le préparer aux résultats éventuels en vous assurant qu'il comprenne toutes les options. Vous pouvez référer ces cas au CNTH si vous estimez que le personnel est mieux placé pour mener ces discussions. SI UNE FAIBLE PRISE DE POIDS / UN POIDS STATIQUE EST CONSTATÉ LORS DE LA PROCHAINE VISITE DANS LES 2 ou 3 JOURS (EN DÉPIT DE TOUTES LES MESURES PRÉCÉDENTES) -> RENVoyer LE DOSSIER AU CNTH POUR UN EXAMEN APPROFONDI (conformément à la section 7.3 sur les références du CNTA vers le CNTH).
RÉSULTAT 3	DÉTÉRIORATION : • Perte de poids • Problèmes médicaux nouveaux/aggravés • Nouveaux problèmes	• S'il y a eu perte de poids -> vérifier à nouveau les mesures et si elles sont toujours les mêmes -> référez au CNTH. • S'il y a une nouvelle complication médicale nécessitant des soins en milieu hospitalier -> référez au CNTH.

	d'appétit ou aggravation de ceux-ci • Nouvel œdème	• S'il y a un nouvel œdème -> référez au CNTH • S'il y a une nouvelle anorexie (signalée par la personne qui s'occupe de l'enfant et observée lors de l'évaluation de l'alimentation) -> référez au CNTH.
--	---	--

ESPACEMENT DES SOINS NUTRITIONNELS / VISITES AU CNTA

Tous les nourrissons < 6m dans un programme de nutrition doivent être suivis jusqu'à l'âge de 6 mois.

Cependant, tous les nourrissons n'auront pas besoin de visites hebdomadaires au CNTA s'ils progressent bien (conformément au résultat 1 du tableau 18 ci-dessus). La diminution de la fréquence des visites peut être bénéfique pour les familles en termes de réduction des coûts d'opportunité et des coûts réels de la visite au CNTA et peut également réduire la charge de travail du CNTA en garantissant que les patients qui ont besoin d'une surveillance étroite et d'un examen minutieux reçoivent le temps dont ils ont besoin sans que le personnel doive se précipiter sur le patient suivant.

La figure 26 ci-dessous donne quelques indications sur les critères permettant de décider quand un nourrisson doit être revu au CNTA. Des facteurs liés au projet et au contexte peuvent conduire à l'utilisation de critères et/ou de calendriers de visite différents. Vos référents en nutrition et en pédiatrie sont toujours là pour en discuter, tout comme vos référents en santé mentale.

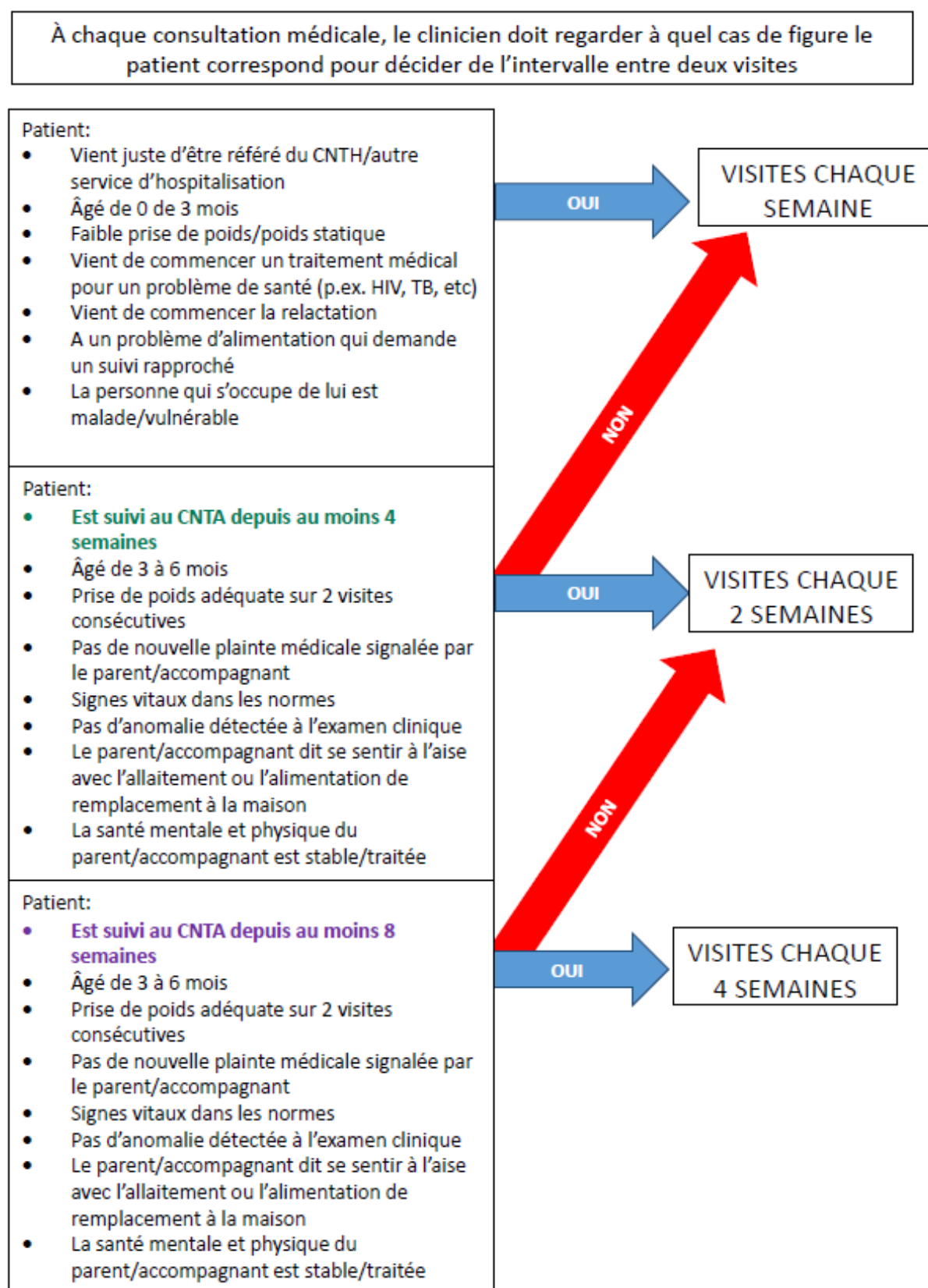


FIGURE 14: ARBRE DÉCISIONNEL - FRÉQUENCE DES VISITES DES NOURRISSONS < 6M AU CNTA

Il convient de noter que certains cas peuvent nécessiter un suivi plus rapproché qu'une semaine (par exemple, tous les 3 jours) en fonction de leurs besoins nutritionnels et médicaux. De plus, certains cas peuvent alterner entre les différentes fréquences de visite. L'idée principale est de rester flexible et de toujours baser les décisions sur l'état clinique du nourrisson et de la mère et sur les contraintes familiales.



DES VISITES À DOMICILE POUR AIDER À DÉCIDER DE LA FRÉQUENCE DES VISITES

Les visites à domicile du personnel du CNTA, du personnel de proximité ou des ASC peuvent être un excellent moyen d'assurer la sécurité des patients si la fréquence des visites est modifiée, surtout si elle est réduite.

Par exemple, si un nourrisson passe d'un calendrier de deux visites par mois à une visite mensuelle au CNTA, une visite à domicile entre deux rendez-vous pourrait aider à évaluer s'il est sûr de continuer avec le calendrier choisi.

7.9. RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS LORS DE CHAQUE VISITE CNTA

Le tableau 19 ci-dessous décrit ce qui doit être réalisé à chaque visite au CNTA pour un nourrisson et sa mère.

TABEAU 17: RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS À RÉALISER LORS DE CHAQUE VISITE AU CNTA

	Activité	Détails de l'activité	Où et par qui
NOURRISSON	Triage et recherche des signes d'urgence	- Triage à l'aide du système national/ETAT/SATS - Évaluer les signes d'urgence et les complications médicales qui nécessiteraient l'hospitalisation.	Service de triage/urgence Infirmier formé au triage Infirmier/Clinicien* formé à la stabilisation et au traitement d'urgence
	Dépistage nutritionnel	Nourrisson : - Poids - PAZ - PTZ - PB (<i>contextes africains uniquement</i>) - Visite d'admission et visite de sortie uniquement. - Œdème Mère : - PB	Zone de dépistage nutritionnel Infirmier/assistant en nutrition
	Évaluation nutritionnelle	Général : - Réviser les critères anthropométriques et l'évaluation de l'alimentation Les nourrissons AVEC possibilité d'allaitement : - Évaluation de l'allaitement maternel - Investigations initiales pour une éventuelle nourrice Les nourrissons SANS possibilité d'allaitement : - Rechercher les raisons pour lesquelles l'enfant n'est pas allaité - Évaluer la possibilité d'exprimer le lait par la mère, la nourrice ou de relactation (si la mère est temporairement indisponible) - Évaluation de l'alimentation de remplacement REMARQUE : <i>Tous ces sujets doivent être abordés lors de la visite d'admission, mais il n'est peut-être pas nécessaire de les évaluer à chaque visite de suivi ; par exemple, il n'est pas nécessaire de faire un test de dépistage du VIH pour une éventuelle nourrice à chaque visite ou de demander à chaque fois pourquoi le nourrisson n'a pas été allaité au sein avant son admission.</i>	Consultation médicale Clinicien NOTE : dans certains projets, il peut être décidé d'avoir une zone/consultation séparée pour les évaluations de l'alimentation et de l'allaitement qui peuvent être effectuées par des infirmiers/assistants en nutrition/aides-soignants/PS ou d'autres personnels formés de manière appropriée. Ainsi, la consultation médicale n'est utilisée que pour l'évaluation clinique.
	Évaluation clinique	Effectuer une anamnèse pédiatrique complète et un examen physique (conformément aux directives du Guide clinique pédiatrique et du Guide des soins néonataux MSF et en utilisant les listes fournies en annexes 3 et 4). REMARQUE : <i>Lors de l'admission, les antécédents médicaux, alimentaires et sociaux/familiaux devront être pris en compte (et suivis), tandis qu'à chaque visite de suivi,</i>	Consultation médicale Clinicien

MÈRE		<i>le clinicien peut simplement demander si quelque chose a changé en ce qui concerne ces sujets et également examiner toute nouvelle plainte qui est apparue.</i>	
	Nutrition et traitement médical	Les nourrissons AVEC possibilité d'allaitement : - Fournir des conseils et un soutien en matière d'allaitement en se concentrant sur les questions/problèmes soulevés lors de l'évaluation de l'allaitement. Les nourrissons SANS possibilité d'allaitement : - Soutenir la nourrice en cas de besoin - Prescrire le SLM selon le poids (utiliser les outils picturaux pour expliquer les quantités à l'accompagnant) - Donner des conseils ou mettre en place des mesures correctives pour les questions/problèmes identifiés lors de l'évaluation de l'alimentation de remplacement. Traitement médical - Prescrire un dépistage systématique et un traitement médical - Prescrire des médicaments pour les nouvelles plaintes médicales selon les directives du Guide des soins néonataux ou du Guide clinique pédiatrique. <i>REMARQUE : tous ces sujets doivent être abordés lors de la visite d'admission, mais il n'est pas forcément nécessaire de les évaluer lors de chaque visite de suivi. Par exemple, le dépistage systématique (tuberculose, VIH, etc.) ne doit pas être effectué à chaque visite, à moins qu'il n'y ait une nouvelle indication clinique, par exemple un poids statique ou un nouveau signe ou symptôme clinique.</i>	Consultation médicale Clinicien REMARQUE : dans certains projets, il peut être décidé d'avoir une zone/consultation séparée pour fournir des conseils et un soutien en matière d'allaitement et d'alimentation de remplacement qui peuvent être réalisés par des infirmiers/assistants en nutrition/aides-soignants/PS ou d'autres personnels formés de manière appropriée. Ainsi, la consultation médicale n'est utilisée que pour la prescription médicale.
	Évaluation et référence de la mère/traitement	La nutrition : - Vérifier le PB et orienter vers/commencer un traitement nutritionnel approprié (voir le protocole nutritionnel des FEA, lien ici). La santé mentale : - Réaliser une évaluation de la santé mentale de la mère (voir le <i>Guide MSF MHPSS</i>) - Orienter vers/démarrer un soutien et des soins appropriés en matière de santé mentale Santé physique : - Anamnèse et examen physique de base - Orienter vers/commencer un traitement médical approprié <i>REMARQUE : les visites de suivi seront davantage axées sur la surveillance des progrès que sur l'initiation du traitement/du soutien.</i>	Consultation médicale Clinicien Zone PS PS pour le conseil en nutrition Zone de santé mentale et de soutien psychosocial Personnel de la SMSPS
	Promotion et éducation à la santé	Des séances de promotion de la santé, en groupe ou individuelles, couvrant les messages et les questions de santé importants pour le couple mère-enfant.	Divers endroits du circuit CNTA PS

*Le clinicien peut être un médecin, un agent clinique, un agent de santé communautaire, un infirmier praticien ou un autre cadre du personnel formé pour évaluer et fournir des soins médicaux d'urgence et des soins standard aux nourrissons et aux enfants.

7.10. ÉVALUATION ET TRAITEMENT MATERNELS AU CNTA

7.10.1. Soins nutritionnels maternels

Cela commence par un dépistage nutritionnel à l'admission pour voir si la mère souffre de malnutrition aiguë, puis par la référence ou la fourniture des soins nutritionnels appropriés.

Voir le **protocole nutritionnel de MSF pour les femmes enceintes et allaitantes** [ici](#).

CONSEILS GÉNÉRAUX

Les conseils suivants sont particulièrement pertinents pour les femmes qui allaitent, mais une bonne nutrition et de bons soins pour les femmes qui n'allaitent pas et qui sont la principale personne en charge du nourrisson sont importants non seulement pour leur santé physique, mais aussi pour leur moral et leur adhésion aux services MSF.

- Fournir des repas équilibrés ayant une valeur énergétique et nutritionnelle adéquate pendant toute la durée du séjour de la mère/du nourrisson à l'hôpital, à raison de 2500 Kcal / jour (si ce chiffre n'est pas atteint avec le repas standard de l'hôpital qui vise généralement à 2100 Kcal/jour, compléter avec une collation de 400-500 Kcal. La préférence va aux aliments locaux, mais vous pouvez envisager des aliments supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE) ou des supercéréales transformées en bouillie.
- En cas de malnutrition, traiter selon le **protocole nutritionnel de MSF pour les femmes enceintes et allaitantes**.
- Encouragez la mère qui allaite à boire un minimum de 2 litres d'eau par jour et plus si le temps est chaud.
- Encouragez-la à se reposer pendant son hospitalisation (voyez si le personnel de l'hôpital peut l'aider à faire garder son enfant pour qu'elle puisse se reposer et encouragez-la à se reposer lorsque le nourrisson dort).

7.10.2.Santé mentale maternelle et soutien psychosocial

Voir la [section 9](#) et noter que des ressources supplémentaires seront mises à disposition sur la page Sharepoint du NWG dans le cadre des directives de mise en œuvre de l'approche MAMI.

7.10.3.Santé physique de la mère

Les directives pour l'évaluation et le traitement de la majorité des problèmes de santé communs peuvent être trouvées dans le **Guide MSF des soins obstétricaux et néonataux essentiels** et le **Guide clinique et thérapeutique MSF** (les deux peuvent être trouvées [ici](#)).

7.11. ACTIVITES DE SORTIE POUR LE NOURRISSON

Pour la majorité des activités de sortie, suivez les conseils de la [section 5.13](#).

Quelques points supplémentaires pertinents pour les nourrissons < 6m sont repris ci-dessous.

7.11.1. Catégories de sortie

Comme indiqué à la section 7.4, lorsqu'un nourrisson atteint l'âge de 6 mois, il existe un certain nombre de catégories de " sortie " du programme de nutrition < 6m

- Guéri (et référé aux services généraux de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant si nécessaire)
- Référence vers un programme de nutrition des 6 à 59 mois
 - cela pourrait bien être dans le même CNTA, mais selon la façon dont le système de suivi est mis en place, vous pouvez avoir à sortir l'enfant d'un programme et l'admettre dans un autre afin de ne pas obtenir une durée de séjour excessive ou un nombre de non-répondants qui ne représente pas la réalité de la situation.
- Référence vers les soins hospitaliers
- Abandon
- Décès (cela peut être couvert par une autre catégorie selon le système de suivi utilisé).

7.11.2. Conseils pour les nourrissons restant dans le programme du CNTA (programme 6-59 mois)

Il est essentiel de faire comprendre à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant pourquoi il continue dans le programme du CNTA plutôt que d'être déchargé : l'enfant n'a pas atteint le poids ou le PB qui montre qu'il n'est plus à risque sur le plan nutritionnel ou qu'il ne souffre plus de malnutrition aiguë (la terminologie change à 6 mois) et doit donc continuer au CNTA pour commencer un traitement à base d'ATPE. Cela doit être expliqué de manière à apporter un soutien et à ne pas porter de jugement.

Utilisez les sections et les ressources de ce protocole pour les 6-59 mois pour expliquer le traitement et ce qui va se passer au CNTA et à la maison.



8. SUIVI ET ÉVALUATION (M&E)

Dans un CNTA (et aussi dans un CNTH), le système de suivi et d'évaluation vise à évaluer le **fonctionnement** interne du **service** (qualité, efficacité, accessibilité, couverture et acceptabilité), et à l'intégrer au sein d'un système plus général de suivi de la situation nutritionnelle locale.

Les données sont collectées et analysées **POUR LE PROJET** lui-même. Les progrès du projet intéresseront également la coordination et le siège, mais l'objectif de la collecte et de l'analyse des données est de mettre en lumière les points positifs du projet ainsi que les domaines et aspects qui doivent être améliorés.

Le système M&E fait partie du cycle du projet (évaluation, analyse, action) et doit être contrôlé pendant toute la durée de celui-ci. Il s'agit d'un outil essentiel pour évaluer les avancées du projet et nous permettre de l'adapter dans les contextes instables.

Il peut également fournir des données utiles pour la défense des intérêts de la population (plaidoyer) de la zone de notre projet, pour le lobbying et d'autres efforts visant à améliorer la santé.

Il n'existe actuellement aucun système ou module M&E standard pour toutes les sections de MSF – chaque section aura donc son propre système, et c'est celui que vous devrez suivre. Il y a cependant des indicateurs et des domaines communs que tous les systèmes devraient essayer de couvrir. Le tableau 14 en donne un résumé.

TABLEAU 18: INDICATEURS MINIMUM POUR LE M&E D'UN CNTA

INDICATEUR	OBJECTIF ⁶⁴	CATEGORIE M&S
Nbre total des admissions		Utilisation du service
Nbre total de patients pris en charge à la fin de la période		Utilisation du service
Taux de rétablissement/guérison	> 80 %	Qualité – résultat
Taux de patients en défaut	<15 %	Qualité – résultat
Durée moyenne du séjour	<45 jours	Qualité-autre
Gain de poids moyen	5-10 gr/kg/jour	Qualité-autre
Proportion de patients en ordre de vaccination à la sortie du CNTA	100 %	Qualité-procédure (supervision)
Proportion de patients dont le statut VIH est inconnu à la sortie	0 %	Qualité-procédure (supervision)
Proportion de patients dont le statut TB est inconnu à la sortie	0%	Qualité-procédure (supervision)
Proportion de patients dépistés pour le paludisme à l'admission	100 %	Qualité-procédure (supervision)

⁶⁴ Peut varier d'une section de MSF à l'autre

ANNEXE 1 –TABLEAUX RAPIDES POUR L'ÉVALUATION DU GAIN DE POIDS MINIMUM ET OPTIMAL ENTRE DEUX VISITES AU CNTA

Voir Section 5.4.3 pour l'utilisation des tableaux ci-dessous

		POUR LES VISITES HEBDOMADAIRES AU CNTA (tous les 7 jours)	
		GAIN DE POIDS MINIMUM ATTENDU (g)	GAIN DE POIDS OPTIMAL ATTENDU (g)
	4.0	140	280
	4.5	158	315
	5.0	175	350
EXEMPLE Le patient Y pesait 5.4kg la semaine dernière. Nous utilisons donc la ligne <u>5.5kg</u> (= 5,4 kg arrondi au 0.5kg le plus proche)	5.5	193	385
	6.0	210	420
	6.5	228	455
	7.0	245	490
	7.5	263	525
	8.0	280	560
	8.5	298	595
	9.0	315	630
	9.5	333	665
	10.0	350	700
	10.5	368	735
	11.0	385	770
	11.5	403	805
	12.0	420	840
	12.5	438	875
	13.0	455	910
	13.5	473	945
	14.0	490	980
	14.5	508	1015
	15.0	525	1050
	15.5	543	1085
	16.0	560	1120
	16.5	578	1155
	17.0	595	1190
	17.5	613	1225
	18.0	630	1260

EXEMPLE
 Le patient Y pèse **5.7kg** cette semaine. Il s'agit d'un GAIN de 300g depuis la semaine dernière, ce qui est au dessus du minimum attendu (193g)

ANNEXE 2 – CALCUL DU PTZ A PARTIR DES TABLEAUX DE REFERENCE DE L'OMS (2006)



Chez les patients admis avec une déshydratation modérée ou sévère, il peut être nécessaire de recalculer le PTZ UNE FOIS la déshydratation corrigée

Z-score poids/hauteur (PTZ)

1. Prenez la taille de l'enfant et regardez à **gauche du tableau s'il s'agit d'un garçon** ou à **droite s'il s'agit d'une fille**.
2. Repérez dans quelle catégorie de z-score se situe le poids de l'enfant, sur base de sa taille
3. Dans l'exemple ci-dessous, vous pouvez voir qu'un garçon qui mesure 87 cm et pèse 9,4 kg est en-dessous de 9,6 kg (étoile mauve), la valeur seuil pour la catégorie -3. Cet enfant a donc un z-score inférieur à -3 (< -3) et est donc classé dans la catégorie « MAS »

**Garçon
mesurant 87cm
et pesant: 9,4kg**

WHO 2006 new references in Z-score

BOYS				Weight for Length (Lying down)					GIRLS			
-3	-2	-1	Median	cm	Median	-1	-2	-3	-3	-2	-1	Median
9.6	10.4	11.2	12.2	87	11.9	10.9	10.0	9.2	9.2	10.0	10.9	11.9
9.7	10.5	11.3	12.3	87.5	12.0	11.0	10.1	9.3	9.3	10.1	11.0	12.0
9.8	10.6	11.5	12.4	88	12.1	11.1	10.2	9.4	9.4	10.2	11.1	12.1
9.9	10.7	11.6	12.5	88.5	12.3	11.2	10.3	9.5	9.5	10.3	11.2	12.3
10.0	10.8	11.7	12.6	89	12.4	11.4	10.4	9.6	9.6	10.4	11.4	12.4
10.1	10.9	11.8	12.8	89.5	12.5	11.5	10.5	9.7	9.7	10.5	11.5	12.5
10.2	11.0	11.9	12.9	90	12.6	11.6	10.6	9.8	9.8	10.6	11.6	12.6
10.3	11.1	12.0	13.0	90.5	12.8	11.7	10.7	9.9	9.9	10.7	11.7	12.8
10.4	11.2	12.1	13.1	91	12.9	11.8	10.9	10.0	10.0	10.9	11.8	12.9

< - 3 = MAS



Veuillez noter que MSF a créé le tableau ci-dessus (et ceux des pages qui suivent) pour que les filles et les garçons soient représentés sur un même tableau. Il existe également des tableaux simplifiés de l'OMS, distincts pour les garçons et les filles. Ces tableaux sont disponibles sur le SharePoint du GTN. Utilisez les tableaux qui vous semblent les plus pratiques

WHO 2006 new references in Z-score								
BOYS		Weight for Length (Lying down)					GIRLS	
- 3	- 2	- 1	Median	cm	Median	- 1	- 2	- 3
1.9	2.0	2.2	2.4	45	2.5	2.3	2.1	1.9
1.9	2.1	2.3	2.5	45.5	2.5	2.3	2.1	2.0
2.0	2.2	2.4	2.6	46	2.6	2.4	2.2	2.0
2.1	2.3	2.5	2.7	46.5	2.7	2.5	2.3	2.1
2.1	2.3	2.5	2.8	47	2.8	2.6	2.4	2.2
2.2	2.4	2.6	2.9	47.5	2.9	2.6	2.4	2.2
2.3	2.5	2.7	2.9	48	3.0	2.7	2.5	2.3
2.3	2.6	2.8	3.0	48.5	3.1	2.8	2.6	2.4
2.4	2.6	2.9	3.1	49	3.2	2.9	2.6	2.4
2.5	2.7	3.0	3.2	49.5	3.3	3.0	2.7	2.5
2.6	2.8	3.0	3.3	50	3.4	3.1	2.8	2.6
2.7	2.9	3.1	3.4	50.5	3.5	3.2	2.9	2.7
2.7	3.0	3.2	3.5	51	3.6	3.3	3.0	2.8
2.8	3.1	3.3	3.6	51.5	3.7	3.4	3.1	2.8
2.9	3.2	3.5	3.8	52	3.8	3.5	3.2	2.9
3.0	3.3	3.6	3.9	52.5	3.9	3.6	3.3	3.0
3.1	3.4	3.7	4.0	53	4.0	3.7	3.4	3.1
3.2	3.5	3.8	4.1	53.5	4.2	3.8	3.5	3.2
3.3	3.6	3.9	4.3	54	4.3	3.9	3.6	3.3
3.4	3.7	4.0	4.4	54.5	4.4	4.0	3.7	3.4
3.6	3.8	4.2	4.5	55	4.5	4.2	3.8	3.5
3.7	4.0	4.3	4.7	55.5	4.7	4.3	3.9	3.6
3.8	4.1	4.4	4.8	56	4.8	4.4	4.0	3.7
3.9	4.2	4.6	5.0	56.5	5.0	4.5	4.1	3.8
4.0	4.3	4.7	5.1	57	5.1	4.6	4.3	3.9
4.1	4.5	4.9	5.3	57.5	5.2	4.8	4.4	4.0
4.3	4.6	5.0	5.4	58	5.4	4.9	4.5	4.1
4.4	4.7	5.1	5.6	58.5	5.5	5.0	4.6	4.2
4.5	4.8	5.3	5.7	59	5.6	5.1	4.7	4.3
4.6	5.0	5.4	5.9	59.5	5.7	5.3	4.8	4.4
4.7	5.1	5.5	6.0	60	5.9	5.4	4.9	4.5
4.8	5.2	5.6	6.1	60.5	6.0	5.5	5.0	4.6
4.9	5.3	5.8	6.3	61	6.1	5.6	5.1	4.7
5.0	5.4	5.9	6.4	61.5	6.3	5.7	5.2	4.8
5.1	5.6	6.0	6.5	62	6.4	5.8	5.3	4.9
5.2	5.7	6.1	6.7	62.5	6.5	5.9	5.4	5.0
5.3	5.8	6.2	6.8	63	6.6	6.0	5.5	5.1
5.4	5.9	6.4	6.9	63.5	6.7	6.2	5.6	5.2
5.5	6.0	6.5	7.0	64	6.9	6.3	5.7	5.3
5.6	6.1	6.6	7.1	64.5	7.0	6.4	5.8	5.4
5.7	6.2	6.7	7.3	65	7.1	6.5	5.9	5.5
5.8	6.3	6.8	7.4	65.5	7.2	6.6	6.0	5.5
5.9	6.4	6.9	7.5	66	7.3	6.7	6.1	5.6
6.0	6.5	7.0	7.6	66.5	7.4	6.8	6.2	5.7
6.1	6.6	7.1	7.7	67	7.5	6.9	6.3	5.8
6.2	6.7	7.2	7.9	67.5	7.6	7.0	6.4	5.9
6.3	6.8	7.3	8.0	68	7.7	7.1	6.5	6.0
6.4	6.9	7.5	8.1	68.5	7.9	7.2	6.6	6.1
6.5	7.0	7.6	8.2	69	8.0	7.3	6.7	6.1
6.6	7.1	7.7	8.3	69.5	8.1	7.4	6.8	6.2
6.6	7.2	7.8	8.4	70	8.2	7.5	6.9	6.3
6.7	7.3	7.9	8.5	70.5	8.3	7.6	6.9	6.4
6.8	7.4	8.0	8.6	71	8.4	7.7	7.0	6.5
6.9	7.5	8.1	8.8	71.5	8.5	7.7	7.1	6.5
7.0	7.6	8.2	8.9	72	8.6	7.8	7.2	6.6
7.1	7.6	8.3	9.0	72.5	8.7	7.9	7.3	6.7
7.2	7.7	8.4	9.1	73	8.8	8.0	7.4	6.8
7.2	7.8	8.5	9.2	73.5	8.9	8.1	7.4	6.9
7.3	7.9	8.6	9.3	74	9.0	8.2	7.5	6.9
7.4	8.0	8.7	9.4	74.5	9.1	8.3	7.6	7.0

WHO 2006 new references in Z-score

WHO 2006 new references in Z-score								
BOYS			Weight for <u>Length</u> (Lying down)					GIRLS
- 3	- 2	-1	Median	cm	Median	- 1	- 2	- 3
7.5	8.1	8.8	9.5	75	9.1	8.4	7.7	7.1
7.6	8.2	8.8	9.6	75.5	9.2	8.5	7.8	7.1
7.6	8.3	8.9	9.7	76	9.3	8.5	7.8	7.2
7.7	8.3	9.0	9.8	76.5	9.4	8.6	7.9	7.3
7.8	8.4	9.1	9.9	77	9.5	8.7	8.0	7.4
7.9	8.5	9.2	10.0	77.5	9.6	8.8	8.1	7.4
7.9	8.6	9.3	10.1	78	9.7	8.9	8.2	7.5
8.0	8.7	9.4	10.2	78.5	9.8	9.0	8.2	7.6
8.1	8.7	9.5	10.3	79	9.9	9.1	8.3	7.7
8.2	8.8	9.5	10.4	79.5	10.0	9.1	8.4	7.7
8.2	8.9	9.6	10.4	80	10.1	9.2	8.5	7.8
8.3	9.0	9.7	10.5	80.5	10.2	9.3	8.6	7.9
8.4	9.1	9.8	10.6	81	10.3	9.4	8.7	8.0
8.5	9.1	9.9	10.7	81.5	10.4	9.5	8.8	8.1
8.5	9.2	10.0	10.8	82	10.5	9.6	8.8	8.1
8.6	9.3	10.1	10.9	82.5	10.6	9.7	8.9	8.2
8.7	9.4	10.2	11.0	83	10.7	9.8	9.0	8.3
8.8	9.5	10.3	11.2	83.5	10.9	9.9	9.1	8.4
8.9	9.6	10.4	11.3	84	11.0	10.1	9.2	8.5
9.0	9.7	10.5	11.4	84.5	11.1	10.2	9.3	8.6
9.1	9.8	10.6	11.5	85	11.2	10.3	9.4	8.7
9.2	9.9	10.7	11.6	85.5	11.3	10.4	9.5	8.8
9.3	10.0	10.8	11.7	86	11.5	10.5	9.7	8.9
9.4	10.1	11.0	11.9	86.5	11.6	10.6	9.8	9.0
9.6	10.4	11.2	12.2	87	11.9	10.9	10.0	9.2
9.7	10.5	11.3	12.3	87.5	12.0	11.0	10.1	9.3
9.8	10.6	11.5	12.4	88	12.1	11.1	10.2	9.4
9.9	10.7	11.6	12.5	88.5	12.3	11.2	10.3	9.5
10.0	10.8	11.7	12.6	89	12.4	11.4	10.4	9.6
10.1	10.9	11.8	12.8	89.5	12.5	11.5	10.5	9.7
10.2	11.0	11.9	12.9	90	12.6	11.6	10.6	9.8
10.3	11.1	12.0	13.0	90.5	12.8	11.7	10.7	9.9
10.4	11.2	12.1	13.1	91	12.9	11.8	10.9	10.0
10.5	11.3	12.2	13.2	91.5	13.0	11.9	11.0	10.1
10.6	11.4	12.3	13.4	92	13.1	12.0	11.1	10.2
10.7	11.5	12.4	13.5	92.5	13.3	12.1	11.2	10.3
10.8	11.6	12.6	13.6	93	13.4	12.3	11.3	10.4
10.9	11.7	12.7	13.7	93.5	13.5	12.4	11.4	10.5
11.0	11.8	12.8	13.8	94	13.6	12.5	11.5	10.6
11.1	11.9	12.9	13.9	94.5	13.8	12.6	11.6	10.7
11.1	12.0	13.0	14.1	95	13.9	12.7	11.7	10.8
11.2	12.1	13.1	14.2	95.5	14.0	12.8	11.8	10.8
11.3	12.2	13.2	14.3	96	14.1	12.9	11.9	10.9
11.4	12.3	13.3	14.4	96.5	14.3	13.1	12.0	11.0
11.5	12.4	13.4	14.6	97	14.4	13.2	12.1	11.1
11.6	12.5	13.6	14.7	97.5	14.5	13.3	12.2	11.2
11.7	12.6	13.7	14.8	98	14.7	13.4	12.3	11.3
11.8	12.8	13.8	14.9	98.5	14.8	13.5	12.4	11.4
11.9	12.9	13.9	15.1	99	14.9	13.7	12.5	11.5
12.0	13.0	14.0	15.2	99.5	15.1	13.8	12.7	11.6
12.1	13.1	14.2	15.4	100	15.2	13.9	12.8	11.7
12.2	13.2	14.3	15.5	100.5	15.4	14.1	12.9	11.9
12.3	13.3	14.4	15.6	101	15.5	14.2	13.0	12.0
12.4	13.4	14.5	15.8	101.5	15.7	14.3	13.1	12.1
12.5	13.6	14.7	15.9	102	15.8	14.5	13.3	12.2
12.6	13.7	14.8	16.1	102.5	16.0	14.6	13.4	12.3
12.8	13.8	14.9	16.2	103	16.1	14.7	13.5	12.4
12.9	13.9	15.1	16.4	103.5	16.3	14.9	13.6	12.5
13.0	14.0	15.2	16.5	104	16.4	15.0	13.8	12.6
13.1	14.2	15.4	16.7	104.5	16.6	15.2	13.9	12.8
13.2	14.3	15.5	16.8	105	16.8	15.3	14.0	12.9
13.3	14.4	15.6	17.0	105.5	16.9	15.5	14.2	13.0
13.4	14.5	15.8	17.2	106	17.1	15.6	14.3	13.1

13.5	14.7	15.9	17.3	106.5	17.3	15.8	14.5	13.3
13.7	14.8	16.1	17.5	107	17.5	15.9	14.6	13.4
13.8	14.9	16.2	17.7	107.5	17.7	16.1	14.7	13.5
13.9	15.1	16.4	17.8	108	17.8	16.3	14.9	13.7
14.0	15.2	16.5	18.0	108.5	18.0	16.4	15.0	13.8
14.1	15.3	16.7	18.2	109	18.2	16.6	15.2	13.9
14.3	15.5	16.8	18.3	109.5	18.4	16.8	15.4	14.1
14.4	15.6	17.0	18.5	110	18.6	17.0	15.5	14.2
14.5	15.8	17.1	18.7	110.5	18.8	17.1	15.7	14.4
14.6	15.9	17.3	18.9	111	19.0	17.3	15.8	14.5
14.8	16.0	17.5	19.1	111.5	19.2	17.5	16.0	14.7
14.9	16.2	17.6	19.2	112	19.4	17.7	16.2	14.8
15.0	16.3	17.8	19.4	112.5	19.6	17.9	16.3	15.0
15.2	16.5	18.0	19.6	113	19.8	18.0	16.5	15.1
15.3	16.6	18.1	19.8	113.5	20.0	18.2	16.7	15.3
15.4	16.8	18.3	20.0	114	20.2	18.4	16.8	15.4
15.6	16.9	18.5	20.2	114.5	20.5	18.6	17.0	15.6
15.7	17.1	18.6	20.4	115	20.7	18.8	17.2	15.7
15.8	17.2	18.8	20.6	115.5	20.9	19.0	17.3	15.9
16.0	17.4	19.0	20.8	116	21.1	19.2	17.5	16.0
16.1	17.5	19.2	21.0	116.5	21.3	19.4	17.7	16.2
16.2	17.7	19.3	21.2	117	21.5	19.6	17.8	16.3
16.4	17.9	19.5	21.4	117.5	21.7	19.8	18.0	16.5
16.5	18.0	19.7	21.6	118	22.0	19.9	18.2	16.6
16.7	18.2	19.9	21.8	118.5	22.2	20.1	18.4	16.8
16.8	18.3	20.0	22.0	119	22.4	20.3	18.5	16.9
16.9	18.5	20.2	22.2	119.5	22.6	20.5	18.7	17.1
17.1	18.6	20.4	22.4	120	22.8	20.7	18.9	17.3

ANNEXE 3 – CHECKLIST POUR L'ANAMNÈSE PÉDIATRIQUE

ÉTAPE	PROCÉDURE	
-------	-----------	--

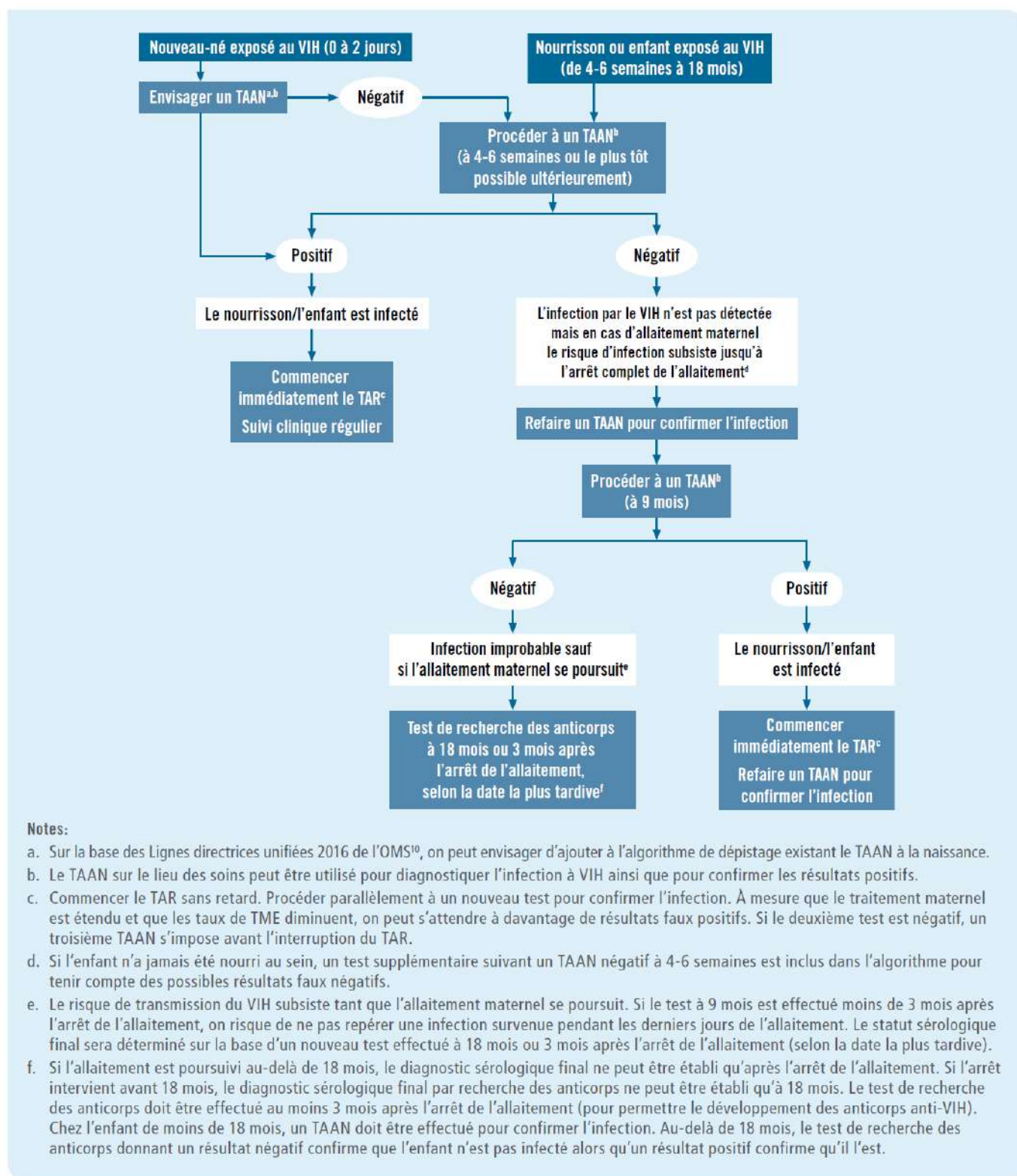
5. Anamnèse médicamenteuse	○ Traitement(s) déjà reçu(s) (traditionnel(s) ou autre(s)) ? ○ Supplémentation récente en vitamine A ? (au cours des 4 derniers mois)	☐ ☐
6. Anamnèse nutritionnelle	○ Quand a-t-il bu/mangé pour la dernière fois ○ Régime alimentaire habituel (avant la maladie actuelle) ? Demandez de décrire une journée-type de repas, y compris les en-cas ○ Enfant de moins de 2 ans : Est-il encore allaité ? A-t-il été uniquement nourri au sein jusqu'à ses 6 mois ? Âge du passage à l'alimentation mixte (sein + autres aliments) ? Âge de l'arrêt complet de l'allaitement maternel ? ○ Nombre de repas au cours des dernières 24 heures ○ L'enfant a-t-il habituellement bon appétit ? Modification récente de l'appétit (moins ou plus d'appétit) ? ○ Combien de personnes partagent-elles le même plat que l'enfant ? ○ L'enfant prend-il ses repas sous la surveillance d'un adulte ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7. Anamnèse familiale	○ Nombre d'enfants dans la famille ? D'autres enfants souffrent-ils de malnutrition ? ○ Contact récent avec un cas de rougeole ? ○ Toux depuis plus d'un mois, traitement de la TB chez un membre de la famille/contact(s) proche(s) (voisins, amis, etc.) depuis la naissance de l'enfant (voir les algorithmes de diagnostic de la TB) ○ Le patient a-t-il déjà eu un test de dépistage du VIH (voir annexe, algorithmes de dépistage du VIH) ○ Statut vaccinal antitétanique de la mère ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8. Anamnèse sociale	○ Qui est le chef de famille ? ○ La mère est-elle toujours en vie ? ○ Qui s'occupe principalement de l'enfant ? ○ Nombre d'enfants vivants nés de la même mère ? ○ Rang de naissance du patient ? ○ L'enfant est-il adopté/orphelin/placé ? A-t-il un jumeau/une jumelle ?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. Résumé de l'anamnèse	○ Terminez votre anamnèse en relisant ce que vous a dit l'accompagnant/le patient ○ Relisez les points importants à voix haute pour que le patient/l'accompagnant puisse corriger les éventuelles erreurs	☐ ☐
10. Questions/feedback patient	○ Pendant ou après l'anamnèse, le patient/l'accompagnant voudra peut-être vous poser des questions. ○ Vous devez absolument veiller à ne pas communiquer des informations inexactes. Si vous n'êtes pas sûr de votre réponse, mieux vaut expliquer que vous allez vous informer et revenir ensuite vers eux pour leur répondre.	☐ ☐

ANNEXE 4 – CHECKLIST POUR L'EXAMEN CLINIQUE PÉDIATRIQUE

ÉTAPE	PROCÉDURE	
1. Déroulement de l'examen	- Avant de commencer l'examen, demandez à l'accompagnant la permission d'examiner l'enfant. - Assurez-vous que vos maines et votre stéthoscope ne soient pas (trop) froids. Montrez qu'un stéthoscope ne fait pas mal. - Reculer d'abord un peu pour vous faire une idée générale de l'état et du comportement de l'enfant. Essayez de recueillir un maximum d'informations par la seule observation de l'enfant, sans le toucher. - Observez et palpez les extrémités, y compris la peau. - Auscultez le cœur et les poumons (si cela n'a pas déjà été fait quand l'enfant était habillé) Palpez l'abdomen - Examinez les oreilles et la bouche (à réaliser à la fin, car c'est la partie la plus invasive de cet examen) - Examinez en dernier lieu les éventuelles zones douloureuses	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Signes vitaux	Fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, prise du pouls + caractéristiques, remplissage capillaire, température des extrémités, température axillaire/rectale.	☐
3. Observation générale	- Comment l'enfant a-t-il l'air d'aller globalement ? A-t-il l'air d'aller plutôt bien ? A-t-il l'air d'aller mal ? Respire-t-il normalement ? - A-t-il l'air « décharné », a-t-il des œdèmes ? Prenez connaissance de son poids, son PB et degré d'œdème (+, ++, +++) - Observez son état général et son niveau de conscience (alerte, très faible, apathique, inconscient, convulsions, l'enfant a-t-il envie de jouer ? peut-on interagir facilement avec l'enfant/patient ?) - Recherchez une hypoglycémie (somnolence, perte de conscience, convulsions, hypothermie, rétraction de la paupière, yeux mi-ouverts quand il dort, vérifiez la glycémie et administrez du glucose si nécessaire) - Recherchez des signes de déshydratation (perte récente de liquides, perte de poids, soif, yeux enfoncés – demandez à l'accompagnant si c'est récent...) - Recherchez une anémie/anémie sévère (pâleur du visage, des conjonctives, de la plante des pieds et de la paume des mains. Observez aussi les muqueuses. En cas de pâleur, vérifiez le taux d'hémoglobine à l'admission).	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Peau et système lymphatique	- Éruption, pétéchies, ictère, lésions typiques du kwashiorkor - Adénopathies, localisation, mobilité et consistance des ganglions - Cicatrices ou plaies.	☐ ☐ ☐
5. Tête	- Examinez les cheveux, notez la couleur et l'aspect (rechercher des signes de kwashiorkor). - Vérifiez si la fontanelle est bombée ou enfoncée	☐ ☐
6. Yeux	- Examinez l'apparence générale des yeux, en recherchant un éventuel problème (par ex. signes de xérophtalmie). - Les yeux bougent-ils normalement (par ex. l'enfant suit les objets du regard) ?	☐ ☐

	- Les pupilles sont-elles rondes, réagissent-elles à la lumière et ont-elles toutes les deux la même taille ? - Examinez la conjonctive.	☐ ☐
8. Nez	Recherchez la présence de mucosités. Notez dans ce cas la couleur, l'odeur, etc.	☐
10. Nuque	Vérifiez l'apparence générale, ainsi que la présence ou l'absence de rigidité nucale	☐
11. Examen du thorax/auscultation pulmonaire	- Observez la respiration de l'enfant (respire-t-il facilement ou « cherche-t-il de l'air ? ») - N'oubliez pas que la respiration abdominale et périodique (pauses respiratoires <15 secondes) est normale chez le nourrisson. - Notez l'utilisation éventuelle des muscles accessoires (« tirage sous-costal »), y compris le degré et la localisation du tirage. Notez également d'éventuels battements des ailes du nez. - Auscultation - Les bruits respiratoires sont-ils identiques pour les deux poumons ? - Notez la présence de râles, sifflements ou de ronchi ; de bruits au niveau des voies respiratoires supérieures ou de bruits de transmission de la voix - Percussion - Pratiquez une percussion thoracique. Normalement, il doit y avoir une résonance (comme pour un tambour) - Matité (et non résonance) en cas de poumon consolidé suite à une pneumonie, un empyème ou un épanchement pleural - Pour faciliter l'identification d'un empyème, l'enfant sera assis et tapotez son dos.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. Auscultation cardiovasculaire	- Écoutez le cœur et notez le rythme cardiaque et les éventuels souffles. - Soyez très attentif à la qualité des bruits cardiaques : des bruits très faibles peuvent indiquer un épanchement péricardique - Prenez le pouls à plusieurs endroits et notez la force du pouls (faible ou fort) aux extrémités inférieures et supérieures	☐ ☐
13. Abdomen	- Écoutez les bruits abdominaux. - Palpez l'abdomen, notez une éventuelle sensibilité (évitée cette zone jusqu'à la fin de l'examen), une douleur à la palpation appuyée ou une défense abdominale. N'oubliez pas de palper aussi le foie, la rate et les reins. - Taille du foie : les contours du foie auront été dessinés sur la peau à l'aide d'un marqueur à l'admission, pour le suivi d'une (éventuelle) ascite.	☐ ☐ ☐
14. Système musculosquelettique	Un examen musculosquelettique approfondi n'est nécessaire qu'en présence de problèmes révélés par l'anamnèse.	☐
15. Bref examen neurologique	- Évaluez le tonus et la force musculaire de l'enfant . - Si l'enfant est couché, soulevez-le doucement par les bras pour essayer de le mettre en position assise, s'il a plus de 6 mois. Sa tête reste-elle en arrière ? L'enfant est-il trop faible pour s'asseoir ? L'enfant est-il raide ? - Les réflexes ostéotendineux doivent également être évalués - Évaluez le développement de l'enfant. - Un examen neurologique approfondi s'impose si un handicap neurologique doit être évalué.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. Tractus urogénital	Examinez les parties génitales externes	☐
17. Oreilles	Examinez les tympans avec un otoscope.	☐
18. Bouche et gorge	- Examinez les lèvres, la langue et les dents et recherchez une éventuelle lésion ou déformation. - Examinez les amygdales, en notant la couleur, la taille et la présence éventuelle d'un exsudat. - Examinez aussi la paroi pharyngée postérieure (arrière de la gorge) et notez la couleur	☐ ☐ ☐

ANNEXE 5 – ALGORITHME SIMPLIFIÉ POUR LE DIAGNOSTIC PRECOCE DU VIH CHEZ LE NOURRISSON (OMS)



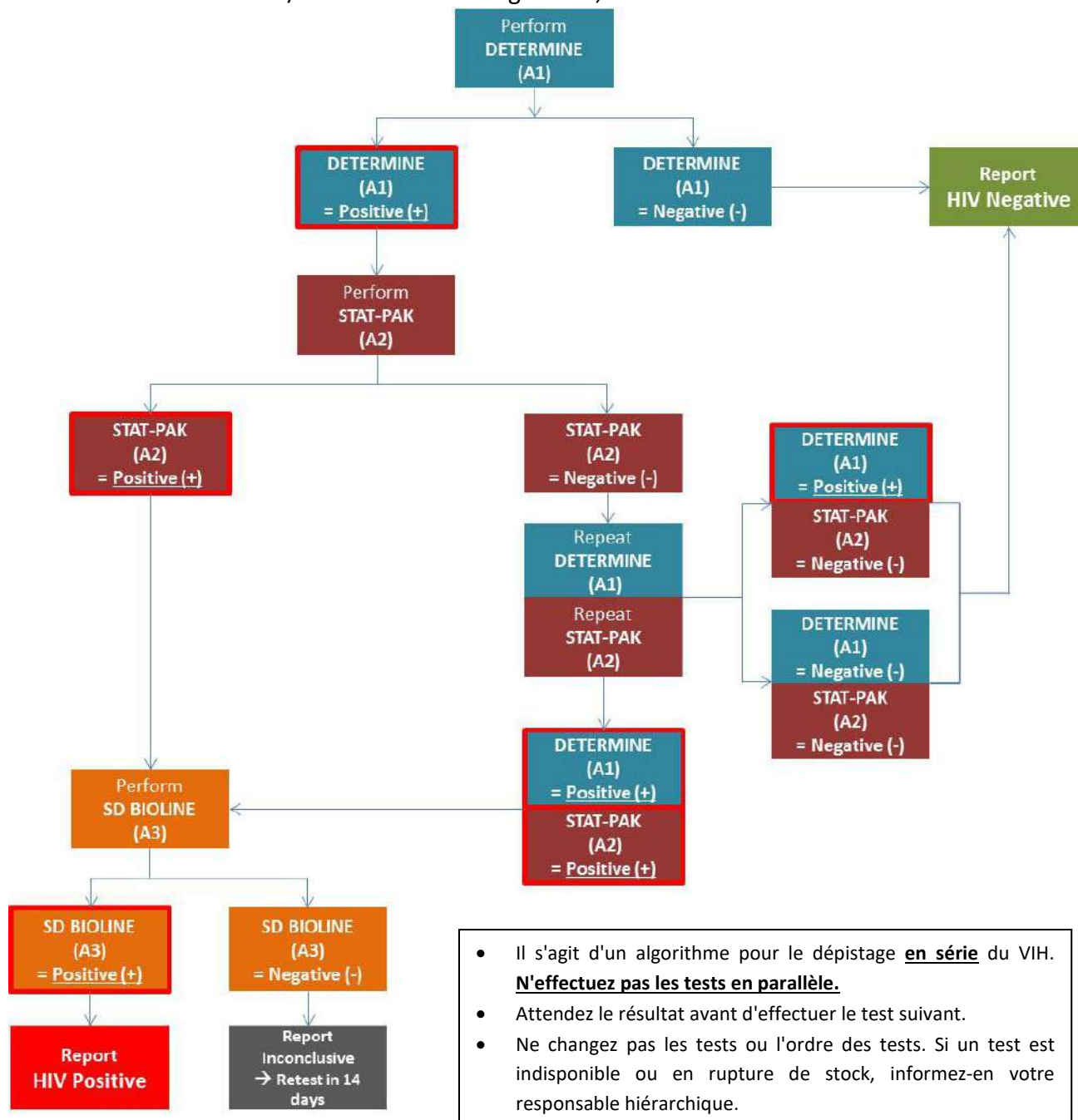
ANNEXE 6 – ALGORITHME DE TEST DE L'OMS POUR LE DIAGNOSTIC DU VIH DANS LES MILIEUX A FAIBLE PREVALENCE (< 5 %) (>18 MOIS)

Tests de diagnostic rapide de troisième génération

Test A1 : DÉTERMINER LE VIH1/2 - Alere

Test A2 : VIH 1/2 STAT-PAK - Systèmes de diagnostic Chembio

Test A3 : SD BIOLINE HIV1/2 3.0 - Standard diagnostics, Inc



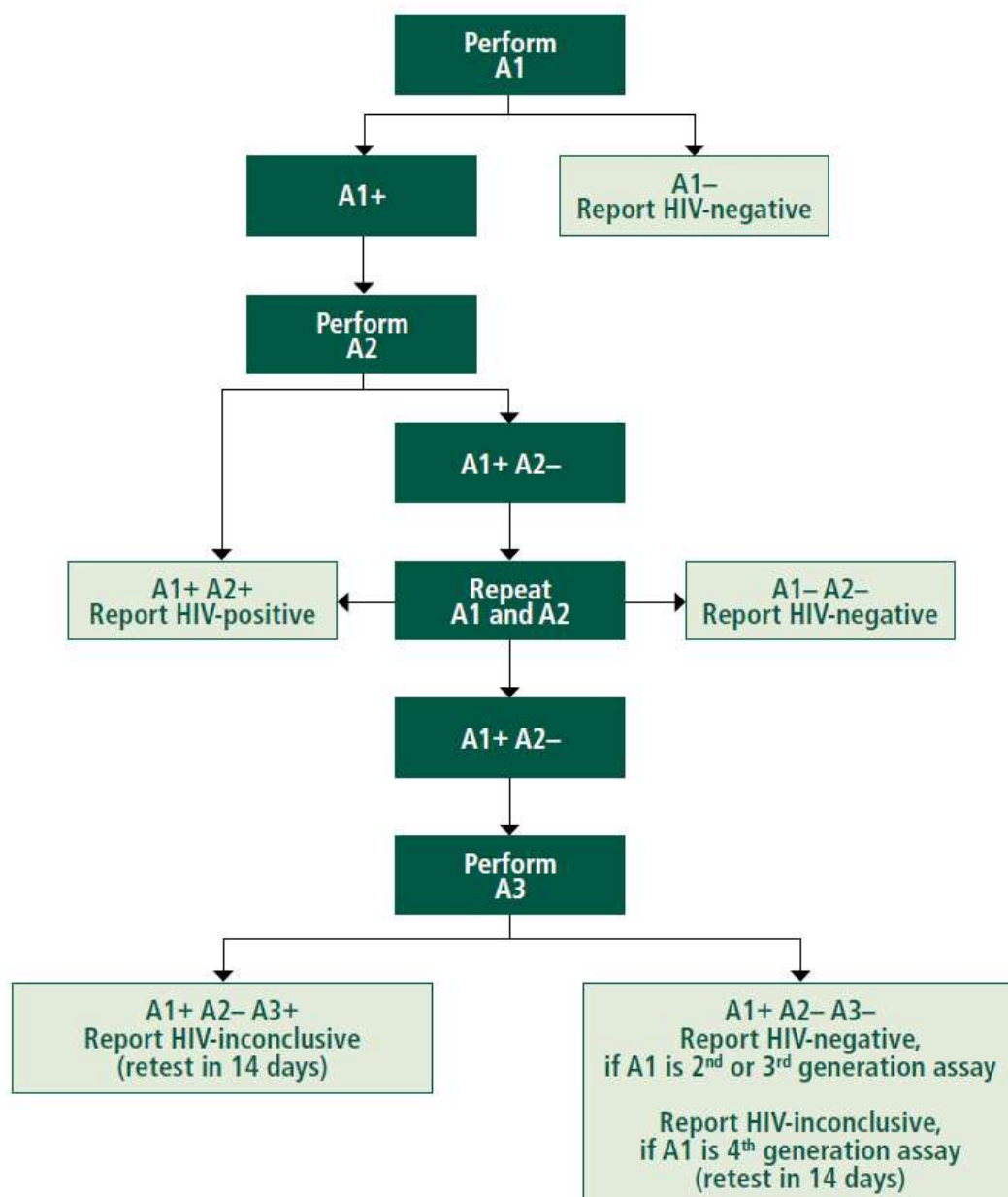
ANNEXE 7 – ALGORITHME DE TEST DE L'OMS POUR LE DIAGNOSTIC DU VIH DANS LES CONTEXTES A FORTE PREVALENCE (>5%) (> 18 MOIS)

Tests de diagnostic rapide de troisième génération

Test A1 : DÉTERMINER LE VIH1/2 - Alere

Test A2 : VIH 1/2 STAT-PAK - Systèmes de diagnostic Chembio

Test A3 : SD BIOLINE HIV1/2 3.0 - Standard diagnostics, Inc



ANNEXE 8 – TABLEAUX RAPIDES POUR LE CALCUL DE LA PERTE DE POIDS DE 5 %

Si le poids **EST INFÉRIEUR** à celui indiqué dans la colonne de droite ("poids après une perte de 5 % (kg)"), le patient doit être **référer vers le CNTH**.

Si le poids **EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR** à celui indiqué dans la colonne de droite ("poids après une perte de 5 % (kg)"), le patient doit faire l'objet d'**examens dans le CNTA**.

Poids il y a 7 jours (kg)	Poids après une perte de 5% (Kg)
4.0	3.8
4.1	3.9
4.2	4.0
4.3	4.1
4.4	4.2
4.5	4.3
4.6	4.4
4.7	4.5
4.8	4.6
4.9	4.7
5.0	4.8
5.1	4.8
5.2	4.9
5.3	5.0
5.4	5.1
5.5	5.2
5.6	5.3
5.7	5.4
5.8	5.5
5.9	5.6
6.0	5.7
6.1	5.8
6.2	5.9
6.3	6.0
6.4	6.1
6.5	6.2
6.6	6.3
6.7	6.4
6.8	6.5
6.9	6.6
7.0	6.7
7.1	6.7
7.2	6.8
7.3	6.9
7.4	7.0
7.5	7.1
7.6	7.2
7.7	7.3
7.8	7.4
7.9	7.5
8.0	7.6

Poids il y a 7 jours (kg)	Poids après une perte de 5% (Kg)
8.1	7.7
8.2	7.8
8.3	7.9
8.4	8.0
8.5	8.1
8.6	8.2
8.7	8.3
8.8	8.4
8.9	8.5
9.0	8.6
9.1	8.6
9.2	8.7
9.3	8.8
9.4	8.9
9.5	9.0
9.6	9.1
9.7	9.2
9.8	9.3
9.9	9.4
10.0	9.5
10.1	9.6
10.2	9.7
10.3	9.8
10.4	9.9
10.5	10.0
10.6	10.1
10.7	10.2
10.8	10.3
10.9	10.4
11.0	10.5
11.1	10.5
11.2	10.6
11.3	10.7
11.4	10.8
11.5	10.9
11.6	11.0
11.7	11.1
11.8	11.2
11.9	11.3
12.0	11.4
12.0	11.4



MSF - Nutrition Working Group - Mars 2021 - Graphic Design : A.Filot

ANNEXE 9 – TABLEAUX RAPIDES : CALCUL DES QUANTITÉS D'ATPE (BISCUITS) POUR LA PHASE 2

Tableau pour **Phase 2**



BISCUIT d'ATPE

POIDS (KG)	BISCUIT d'ATPE/jour
3.0-3.4	2 barres (4 tablets)
3.5-3.9	2½ barres (5 tablets)
4.0-4.4	3 barres (6 tablets)
4.5-3.9	3 barres (6 tablets)
5.0-5.4	3½ barres (7 tablets)
5.5-5.9	4 barres (8 tablets)
6-6.9	4½ barres (9 tablets)
7-7.9	5 barres (10 tablets)
8-8.9	6 barres (12 tablets)
9-9.9	6½ barres (13 tablets)
10-10.9	7 barres (14 tablets)
11-11.9	8 barres (16 tablets)
12-12.9	8½ barres (17 tablets)
13-13.9	9 barres (18 tablets)
14-14.9	10 barres (20 tablets)
15-15.9	10½ barres (21 tablets)
16-16.9	11 barres (22 tablets)
17-17.9	12 barres (24 tablets)
18-18.9	12½ barres (25 tablets)
19-19.9	13 barres (26 tablets)



ANNEXE 10 – TABLEAUX RAPIDES : CALCUL DES QUANTITÉS D'ATPE (PÂTE) POUR LA PHASE 2

Tableau pour Phase 2



PÂTE d'ATPE



TABLEAU SIMPLIFIÉ POUR PHASE 2

Ce tableau utilise de larges fourchettes de poids afin d'avoir un tableau simplifié, particulièrement pour une utilisation en ambulatoire ou en hospitalier lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser le tableau plus détaillé ci-dessous (en fonction : des capacités du personnel, de la charge de travail, du contexte d'urgence, etc.).

POIDS CATÉGORIE	PÂTE d'ATPE sachets/JOUR	PÂTE d'ATPE sachets/SEMAINE
< 5 kg	1	7
5 – 9.9 kg	2	14
10 – 12.9 kg	3	21
> 13 kg	4	28

N'oubliez pas d'expliquer à l'accompagnant

- L'ATPE est un aliment médical spécifique utilisé pour traiter la malnutrition aiguë
- L'ATPE est uniquement destiné à l'enfant malnutri et l'enfant a besoin du nombre total de sachets prescrits pour aller mieux
- Ne donnez de l'ATPE à personne d'autre que l'enfant malnutri
- L'ATPE doit être consommé en priorité par rapport à tous les autres aliments. Si votre enfant a encore faim après avoir terminé l'ATPE, il peut alors manger des repas familiaux normaux.

CONSEILS POUR DONNER L'ATPE

- ! Avant tout repas, lavez-vous les mains, ainsi que les mains et le visage de votre enfant et toute saleté visible sur le sachet d'ATPE!
- Votre enfant pourrait accepter l'ATPE plus facilement s'il est divisé en petits repas tout au long de la journée plutôt qu'en une seule fois
- Donnez toujours beaucoup d'eau à votre enfant avec l'ATPE car il peut être difficile de manger sans eau. Si un enfant refuse d'avoir plus d'ATPE, essayez de lui donner de l'eau et il voudra peut-être à nouveau manger l'ATPE
- Malaxez le sachet d'ATPE avant de l'ouvrir pour que la pâte d'ATPE devienne molle et répartie uniformément dans le sachet.
- Déchirez le coin du sachet comme indiqué par les pointillés sur le sachet. Pressez l'ATPE et laissez votre enfant manger directement à partir du sachet. S'il ne l'accepte pas, essayez d'en mettre sur votre doigt ou le doigt de l'enfant.
- Si votre enfant refuse complètement de manger l'ATPE à partir du sachet, vous pouvez le mettre dans une tasse ou un bol propre et le mélanger avec un peu d'eau tiède (qui a été bouillie et laissée à refroidir) pour le rendre moins épais et peut-être plus acceptable pour votre enfant. N'UTILISEZ PAS D'EAU BOUILLANTE, CELA TUE LES BONS NUTRIMENTS DE L'ATPE DONT VOTRE ENFANT A BESOIN POUR ALLER MIEUX.
- Si votre enfant ne termine pas totalement le sachet en une seule séance, conservez le sachet dans un récipient hermétique (de préférence) pour réduire le risque qu'il soit contaminé par la saleté ou d'autres substances nocives.
- Les sachets d'ATPE ouverts doivent être consommés dans les 24h suivant leur ouverture.

ENFIN

- Essayez de donner des repas familiaux équilibrés tout au long de la journée avec de la viande / du poisson, des céréales, des légumineuses, des produits laitiers et des fruits et légumes dans la mesure du possible.
 - Obtenez toujours de l'aide médicale / allez dans un centre de santé si votre enfant montre des signes de danger (incapable de manger ou de boire quoi que ce soit, vomit tout, léthargique ou inconscient, convulsions) ou si vous avez d'autres préoccupations de santé.
- Agir rapidement est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre enfant.

Tableau pour Phase 2

PÂTE d'ATPE



TABEAU DÉTAILLÉ DE LA PHASE 2

Le tableau ci-dessous est un tableau plus détaillé calculé sur des fourchettes de poids plus petites et avec des quantités plus précises de pâte d'ATPE.

Ce tableau doit être utilisé pour les patients en phase 2 du CNTH (rare) où le personnel a l'expérience et la formation suffisante pour répartir les sachets en toute sécurité.

POIDS (KG)	PÂTE d'ATPE sachets/JOUR	PÂTE d'ATPE sachets/SEM
3.0-3.4	1	7
3.5-3.9	1 ¼	9
4.0-4.4	1 ½	11
4.5-3.9	1 ¾	12
5.0-5.4	1 ¾	12
5.5-5.9	2	14
6-6.9	2	14
7-7.9	2 ½	18
8-8.9	2 ½	18
9-9.9	2 ½	18
10-10.9	3	21
11-11.9	3 ½	25
12-12.9	4	28
13-13.9	4	28
14-14.9	4 ½	32
15-15.9	5	35
16-16.9	5	35
17-17.9	5	35
18-18.9	5	35
19-19.9	5	35

Pour diviser un sachet en ¼, ½, ou ¾



Pour diviser un sachet en 1/3, ou 2/3



ANNEXE 11 - ADMINISTRATION DE LA VITAMINE D

Adapté de : OCP Yemen NBU Policies & Protocols, avril 2018.

Remarque importante : l'administration correcte de la vitamine D est très importante. La vitamine D est très visqueuse et, par conséquent, si elle pénètre dans les voies respiratoires, elle peut provoquer une aspiration. En outre, des doses excessives de vitamine D peuvent provoquer une toxicité. Les symptômes de toxicité de la vitamine D sont les suivants : nausées et vomissements, soif excessive, perte d'appétit et constipation. Un surdosage à long terme peut également endommager les reins.

Administration de vitamine D (ZymaD[®] Cholecalciferol *10,000 IU/ml)

***Toujours confirmer la concentration disponible dans votre projet**

1. La vitamine D doit être prescrite par le médecin une fois que le bébé est exclusivement nourri au sein.
2. Information au parent :
 - a. Expliquez à la mère l'indication de la vitamine D.
 - b. Expliquez à la mère qu'il est préférable pour la santé du bébé qu'il prenne un supplément de vitamine D pendant 6 mois.
 - c. Formez et observez la mère en train de mesurer et d'administrer la vitamine D en toute sécurité, en expliquant le risque d'en donner trop.

(Ne commencez la supplémentation que si le soignant accepte de la poursuivre après la sortie de l'hôpital).

3. ZymaD[®] Vitamine D (cholécalférol) solution 10 000 UI/ml (*1 goutte = 0,03ml = 300 UI)

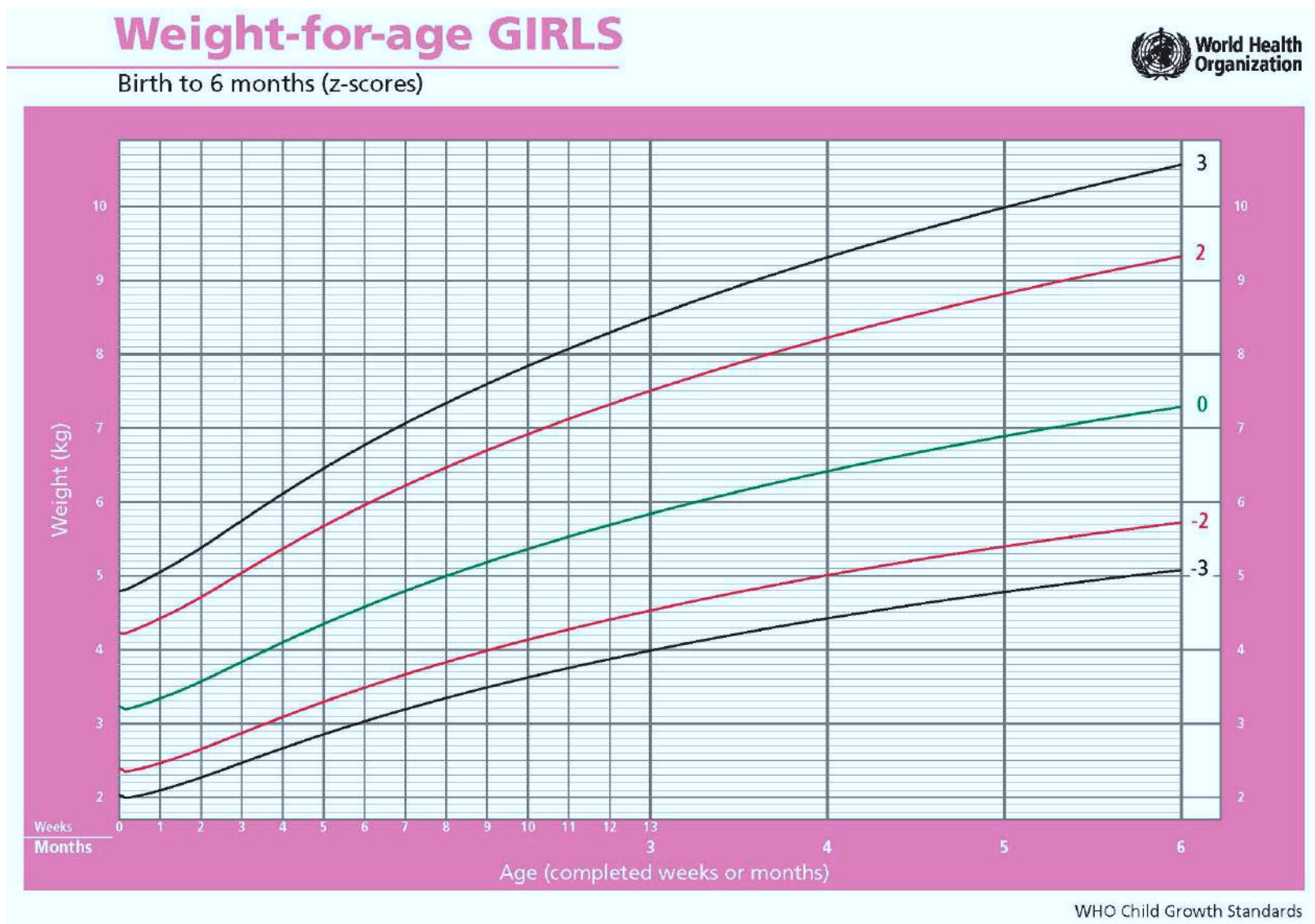
Dosage : 1200 UI une fois par jour

4. Il y a deux méthodes d'administration possibles, via le compte-gouttes fourni avec le flacon, ou via une seringue orale de 1 ml. La méthode choisie dépendra de la capacité démontrée de la mère à mesurer et à administrer la dose en toute sécurité.

Méthode	Volume	Pensez à
Goutte à goutte	4 gouttes	• Option hygiénique car stocké dans le biberon. Le compte-gouttes ne doit pas toucher une surface ou la tétine. • Les gouttes doivent être soigneusement comptées pour éviter le surdosage.
Seringue (seringue orale de 1 ml)	0,12 ml	• Mesure précise mais une seringue de 1 ml doit être disponible. • Une quantité suffisante doit être fournie à la mère à la sortie de l'hôpital. ○ 1/semaine avec sac plastique pour le stockage • Les seringues peuvent être étiquetées à l'aide d'un morceau de ruban adhésif au niveau de la marque de 0,12 ml pour que la mère s'en souvienne.

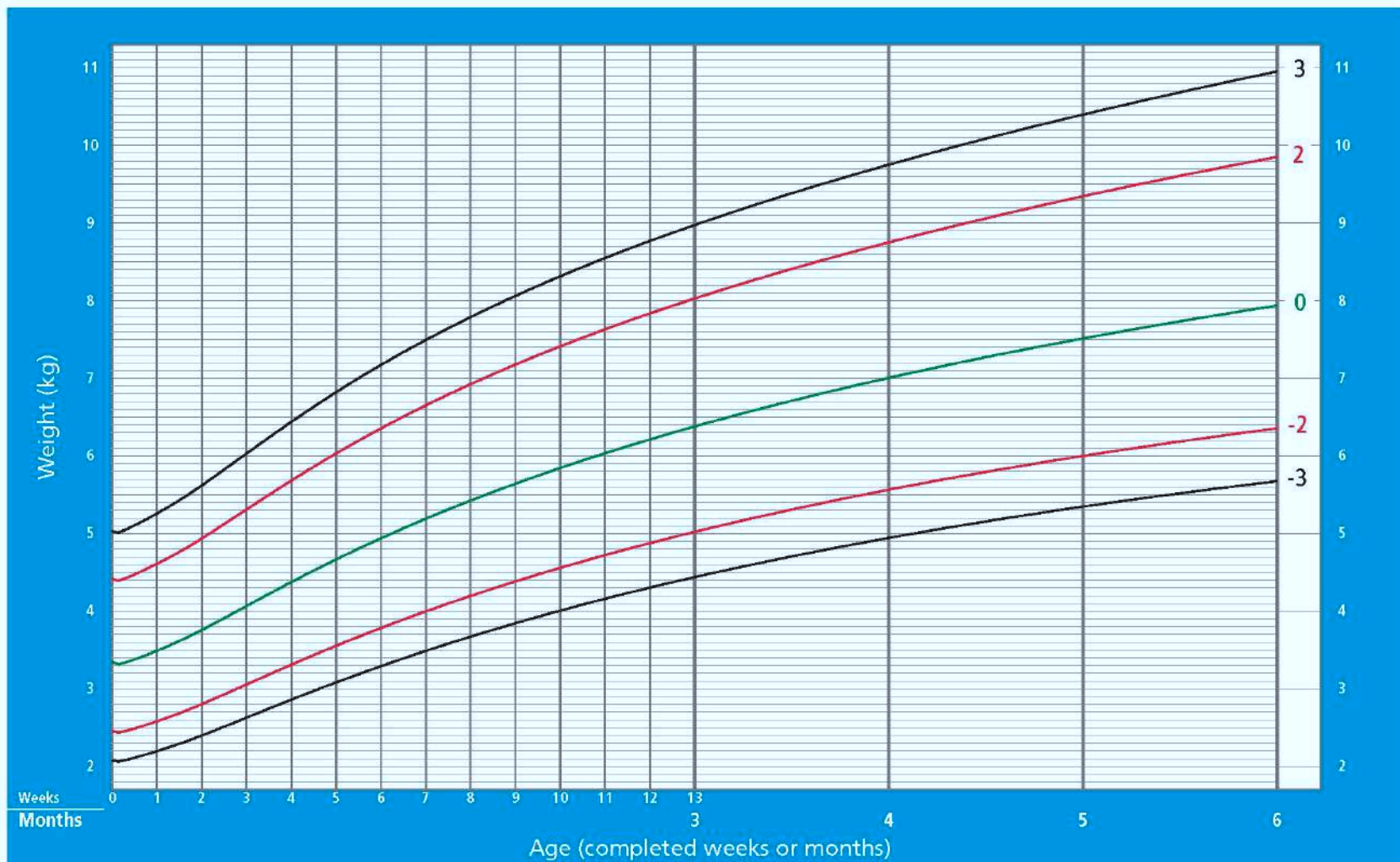
5. Mesurez soigneusement la vitamine D et administrez-la sur le mamelon propre de la mère.
 - a. La vitamine D ne doit JAMAIS être administrée directement dans la bouche du bébé. Ceci afin de minimiser le risque de surdosage et d'aspiration.
6. Commencez l'allaitement.
7. Observez le bébé pour détecter les symptômes d'aspiration.
8. Donnez le flacon de vitamine D (et les seringues si nécessaire) à la mère pour qu'elle le ramène chez elle et assurez-vous qu'elle est à l'aise pour mettre les gouttes sur son mamelon. Veillez à ce qu'elle le conserve dans un endroit sûr, hors de portée des autres enfants.

ANNEXE 12 - COURBES DE CROISSANCE DU POIDS POUR L'ÂGE DE L'OMS 0-6 MOIS – Z SCORE



Weight-for-age BOYS

Birth to 6 months (z-scores)



WHO Child Growth Standards