

MINISTERE DE LA SANTE

**_*_*_*_*_*_*_

SECRETARIAT GENERAL

**_*_*_*_*_*_*_

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

**_*_*_*_*_*_*_

Division nutrition

DNS- N'Tomikorobougou BP 233

Tél. : 222 64 97 /223 33 52 – Fax 222 36 74

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – Un But Une Foi
**_*_*_*_*_*_*_

MANUEL

SUR

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE

(niveau communautaire)

Table des matières

Liste des sigles et abréviations

SESSION I : NOTIONS DE BASE SUR LA MALNUTRITION	4
1. Définition	8
2. Notion de repas équilibré	8
3. Groupes cibles et besoins nutritionnels	8
SESSION II : Les Causes et Types de la malnutrition	10
1. Causes de la malnutrition	10
2. Formes de malnutrition aigue sévère	10
SESSION III : MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	12
1. Justification	12
2. Objectifs	12
3. Etapes de la mobilisation communautaire	12
3.1. Collecte des informations et planification des activités initiales	12
3.2. Sensibilisation/ Plaidoyer	13
3.3. Dépistage et référence	13
3.4. Suivi à domicile des cas contre référés	13
3.5. IEC sur la santé et la nutrition	14
4. Acteurs : rôles et responsabilités	15
4.1. Rôles et responsabilités	15
4.2. La motivation	16
5. Suivi et évaluation des activités de mobilisation communautaire	16
1. Conséquences de la malnutrition	18
2. Démonstrations nutritionnelles	18
SESSION IV : DEPISTAGE DE LA MALNUTRITION	19
1. Technique de prise du tour du bras et son interprétation	19
2. Organisation du dépistage	20
SESSION V : ORIENTATION, SUIVI ET EVALUATION	22
1. Orientation	22
2. Suivi	22
a) Pendant la phase de traitement à domicile	22
b) Après guérison	23
3. Evaluation des activités	23
SESSION VI : SUPPORTS DES DONNEES	24

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACF-E.....	Action Contre la Faim
ARV.....	Anti-Rétro Viraux
ASACO.....	Association de Santé Communautaire
BP100.....	Biscuit Protéiné
CDPE.....	Centre de Développement de la petite enfance
CPN.....	Consultation Périnatale
CSCom.....	Centre de Santé Communautaire
CSRef.....	Centre de Santé de Référence
DNPA.....	Division de la Nutrition et des Pratiques Alimentaires
DNS.....	Direction Nationale de la Santé
DRS.....	Direction Régionale de la Santé
DSSAN.....	Division du Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle
EDSM.....	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EPH	Etablissement Public Hospitalier
ET.....	Ecart Type
FE.....	Femme Enceinte
HKI.....	Helen Keller International
IMAARV.....	Initiative Malienne d'Approvisionnement en Anti-Rétro Viraux
IMC.....	Indice de Masse Corporelle
INRSP.....	Institut National de Recherche en Santé Publique
MPE.....	Malnutrition Protéino-énergétique
OMS.....	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P/A.....	Poids /Age
PAM.....	Programme Alimentaire Mondial
PB.....	Périmètre Brachial
PF.....	Planification Familiale
PIB.....	Produit Intérieur Brut
PLUMPY-NUT.....	Aliment Thérapeutique à base d'arachide
PNUD.....	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRODEC.....	Programme Décennal pour l'Education
PRODESS.....	Programme Décennal pour le Développement social et Sanitaire

PSNAN.....	Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
P/T.....	Poids/Taille
PTME.....	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH.....	Personnes Vivants avec le VIH
REMANUT.....	Réseau Malien des intervenants en Nutrition
RESOMAL.....	Solution de Réhydratation pour les Enfants Malnutris
SAP.....	Système d'Alerte Précoce
SIAN.....	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SIS.....	Système d'Information Sanitaire
SP.....	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR.....	Santé de la Reproduction
T/A.....	Taille/Age
TPI.....	Traitement Préventif Intermittent
TSS.....	Technique de Supplémentation par Succion
UNICEF.....	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UREN.....	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle

PREAMBULE

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1 241 238 Km² avec une population de 12 299 691 habitants ¹. Des conditions démographiques et socioéconomiques défavorables font du Mali un des pays les plus pauvres du monde (classé 176^{ème} sur 177 pays)². Le revenu par habitant est estimé à 240 dollars US, soit 2,12 fois moins que la moyenne de revenu des populations des pays d’Afrique subsaharienne qui est de 510 dollars US.

Dans le domaine de l’alimentation et de la nutrition, la situation au Mali est dominée par une forte prévalence de la malnutrition qui constitue un problème de santé publique. Le taux proportionnel de mortalité dû à la malnutrition au Mali est de 56%³.

Pour faire face à ces nombreux problèmes de nutrition qui affectent la population, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont élaboré le Plan Stratégique National pour l’Alimentation et la Nutrition (PSNAN). L’objectif général du PSNAN est d’améliorer la cohérence et l’efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l’alimentation et la nutrition des populations en vue de réduire la mortalité.

Ainsi, dans l’optique d’atteindre les objectifs du PSNAN à travers la coordination et l’harmonisation des actions de prise en charge de la malnutrition aigue, l’élaboration et l’adoption du protocole national a été une étape nécessaire. Le présent manuel composé des modules des trois niveaux (hôpital/CSRef, CSCOM et communauté) du processus de prise en charge de la malnutrition aigue au Mali, constitue avec le guide du formateur un outil indispensable de mise en œuvre de ce protocole qui permettra l’implication de tous les acteurs.

¹ DNSI, RGPH 1998, Perspectives 2006.

² Rapport PNUD 2005 Développement Humain Durable

³ EDSM III, 2001

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La malnutrition constitue de nos jours encore un problème de santé publique au Mali. Selon EDS I (1987), la Malnutrition Aigue Globale (MAG) était estimée à 10%, la Malnutrition Chronique (MC) à 16% et l'Insuffisance Pondérale (IP) à 21%. Dans EDS II (1995), la MAG était à 23%, la MC à 30% et l'IP à 40%. Enfin dans EDS III (2001), la MAG était à 11%, la MC à 38% et l'IP à 34%. Ces données témoignent d'une situation nutritionnelle très précaire et stagnante au Mali alors que les seuils critiques de réponses urgentes (10% de MAG) sont atteints et même dépassés depuis plus d'une décennie. A cela, il faut ajouter que 18,6 % des enfants souffrent de diarrhée⁴ et que la prévalence nationale de la cécité nocturne durant la dernière grossesse des mères d'enfants âgés de moins de cinq ans est de 5,8%.

Malgré les avancées des SIAN, il y a encore une persistance des carences en micronutriments (fer, vitamine A et iode).

Cette situation nutritionnelle souvent aggravée par des crises conjoncturelles telles que la sécheresse et les invasions acridiennes a conduit à une situation sanitaire assez alarmante avec des taux de mortalité infantile à 113‰ et maternelle 582 pour 100 000 naissances vivantes³.

Notons l'existence de nombreux plans et programmes en faveur de l'alimentation et la nutrition, apte à conduire une politique d'alimentation et de nutrition favorable à la réduction des inégalités et faire reculer la pauvreté dans le pays tels que : le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, le PRODESS, le Schéma Directeur du Développement Rural, la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire, la Stratégie Nationale du Secteur Eau, le PRODEC, le Plan d'action pour la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, le PSNAN et son Système d'Information pour le Suivi des Interventions en Nutrition, Alimentation et Statistique (SISINAS).

⁴ EDS Mali, 2001

SESSION I : NOTIONS DE BASE SUR LA MALNUTRITION

1. Définition

La malnutrition est une perturbation de la croissance et du développement normal de l'enfant due à des apports insuffisants en nutriments soit en quantité soit en qualité dans son alimentation (y compris l'allaitement).

2. Notion de repas équilibré

L'aliment est tout ce que nous consommons, qui nous permet de grandir, de lutter contre les maladies, de travailler, de nous maintenir en bonne santé et de vivre.

Il y a plusieurs groupes d'aliments :

- Groupe 1 : Les aliments qui donnent de l'énergie, de la force sont les aliments à base de céréales (mil, maïs, sorgho et riz), les sucres (miel, fruits, lait, sucre blanc), les huiles (arachide, karité) et les graisses (abats, fretins).
- Groupe 2 : Les aliments de construction qui permettent la croissance et le développement sont les aliments d'origine animale (viande, lait, poisson et œufs) et légumineuses (haricot ou niébé, arachide, soja, *soumbala*).
- Groupe 3 : Les aliments de fonctionnement qui permettent à l'organisme de bien fonctionner et de se défendre contre les maladies : Ce sont :
 - les vitamines (vit A) : feuilles vertes foncées, fruits jaunes, huile de palme, fretins, aliments fortifiés
 - les sels minéraux (fer, iode, zinc) : abats, poisson de mer, sel iodé, haricot
- L'eau, il permet de véhiculer les autres aliments pour leur permettre de jouer leur rôle. **Il constitue 90% du poids corporel.**

Un repas équilibré doit comporter au moins un aliment de chaque groupe.

Exemple : riz +sauce feuilles + viande+fruit

3. Groupes cibles et besoins nutritionnels

Ø **Cibles vulnérables**, ce sont :

- Les enfants de 0 - 59 mois
- Les femmes enceintes
- Les femmes allaitantes

Les enfants de 0 à 59 mois sont vulnérables par ce qu'ils sont dans une phase de croissance et de développement rapide.

Les femmes enceintes et allaitantes sont vulnérables par ce que leur besoin augmente à cause de la grossesse et de l'allaitement.

Ø **Besoins nutritionnels par rapport à chaque cible**

ü 0-6 mois : allaitement exclusif sans eau, ni tisane, ni décoction

- Û 6- 9 mois en plus de l'allaitement il faut introduire les bouillies épaisses enrichies
- Û 10 - 24 mois en plus du lait maternel, et des bouillies épaisses enrichies, purée⁵, l'enfant doit prendre le plat familial
- Û Plus de 24 mois il doit recevoir des repas riches (surtout en protéines), équilibrés et diversifiés au moins 5 fois (les trois repas habituels et deux goûters) par jour.
- Û Les femmes enceintes et allaitantes doivent recevoir des repas riches (surtout en protéines et en minéraux), équilibrés et diversifiés.

⁵ La purée correspond à la transition entre la bouillie épaisse et le plat familial.

SESSION II : Les Causes et Types de la malnutrition

1. Causes de la malnutrition

- Apport alimentaire insuffisant⁶
- Mauvaises pratiques alimentaires (par exemples ; arrêt brusque et précoce de l'allaitement, interdits alimentaires, repas non équilibrés)
- Faible pratique de l'allaitement exclusif
- Maladies (augmentation des besoins non couverts et /ou manque d'appétit, vers intestinaux, diarrhées....)
- Insuffisance de mesures d'hygiène et faible utilisation d'eau potable (occasionnent les maladies comme la diarrhée...)
- Insuffisance de petits plats (goûter) pour l'enfant
- Insuffisance de soins
- Grossesses rapprochées

2. Formes de la malnutrition aigue sévère

Ø Marasme

Il se caractérise par :

- Un impression de peau plus grande que l'enfant
- La peau des fesses plissée et pendante
- un enfant vif et alerte malgré son état
- un retard de croissance
- Un bon appétit



Ø Kwashiorkor

Les signes sont :

- Cheveux fins cassants de couleur brun rougeâtre
- Œdème bilatéral, indolore ;
- Perte de poids qui peut être masqué par l'œdème ;
- Manque d'appétit
- Enfant qui pleure tout le temps et nerveux
- Diarrhée



⁶ Apport alimentaire insuffisant porte à la fois sur la quantité et la qualité



Kwashiorkor avec œdèmes généralisés

Ø Quelques manifestations de carence en aliments de fonctionnement

- Carence en vitamine A
 - Cécité crépusculaire
 - Maladies à répétition
- Carence en Fer/acide folique
 - Pâleur conjonctivale et des mains
 - Grande fatigabilité
 - Défaut de concentration chez les enfants à l'école
- Carence en iode
 - Retard mental (enfant crétin, nain)
 - Goitre

N.B. Très souvent nous avons l'association de plusieurs types de carence.

SESSION III : MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

1. *Justification*

Le succès de la prise en charge des cas de malnutrition dépend en grande partie de l'identification précoce de ces enfants avant qu'ils n'aient une complication et qu'ils ne se présentent au centre de santé du fait de cette complication. Pour ce faire, la compréhension et la participation de la communauté sont indispensables pour un dépistage actif, une prise en charge précoce et massive en vue d'augmenter l'impact du programme et réduire les taux de morbidité et de mortalité.

Les acteurs au niveau communautaire ont un grand rôle à jouer dans l'identification des cas, le traitement et le suivi du traitement à domicile.

2. *Objectifs*

- *Accroître les connaissances des populations sur les bonnes pratiques nutritionnelles*
- *Obtenir l'engagement de la communauté*
- *Prévenir la malnutrition*
- *Améliorer l'impact de la PEC*
- *Augmenter la couverture du dépistage*
- *assurer le suivi de la PEC et contre référence*

3. *Etapas de la mobilisation communautaire*

- i. Collecte des informations et planification des activités initiales*
- ii. Qui mobiliser*
- iii. Sensibilisation de la population/ plaidoyer*
- iv. Dépistage et référence*
- v. Suivi à domicile des cas contre référés*
- vi. IEC sur la santé et la nutrition*

3.1. *Collecte des informations et planification des activités initiales*

Les informations peuvent être collectées sur la communauté, les attitudes, perceptions et croyances en matière d'alimentation et de nutrition

Toutes les composantes de la communauté doivent être mobilisées autour des activités de PEC de la malnutrition en occurrence :

- Le chef de village et son conseil
- Les élus communaux
- Les relais

- Les délégués ASACO
- Les associations et **groupements** féminins
- Les leaders (religieux)
- Les associations de jeunes
- Les animateurs d'ONG
- Les tradi thérapeutes
- Les ATRS
- Les chefs de ménages
- Membres des groupes de soutien à l'allaitement
- Mères d'enfants de moins de 5 ans
- Grand-mères

3.2. Sensibilisation/ Plaidoyer

La sensibilisation sur la malnutrition et sa PEC doit se faire par la combinaison de plusieurs stratégies de manière à identifier la population cible et à obtenir leur adhésion effective. Au nombre de ces approches, on peut noter :

- La tenue de journées de plaidoyer avec les leaders communautaires
- Les assemblées de villages,
- Les réunions de concertation
- Les causeries
- Les médias de proximité
- Ou tous autres canaux de communication

3.3. Dépistage et référence

Le dépistage de cas par la mesure du PB et / ou la recherche d'œdèmes bilatéraux au niveau communautaire permet de faire une première sélection de ceux qui devraient être dans le programme.

Le PB est en relation directe avec l'amaigrissement et détecte aussi les enfants à haut risque de mortalité.

Les enfants une fois dépistés seront référés pour une prise en charge à URENAM/ URENAS / URENI la plus proche.

3.4. Suivi à domicile des cas contre référés

Le suivi à domicile des cas référés doit être assuré par le relais. Il permet entre autres de superviser l'application des instructions données à la Maman et d'investiguer les raisons des absences, et des abandons. Il permet aussi d'encourager les perdus de vue à retourner dans le programme.

3.5. IEC sur la santé et la nutrition

L'éducation nutritionnelle doit se faire à tous les niveaux de la prise en charge de la malnutrition aigue (niveau communautaire par les relais, à l'URENAM, URENAS et URENI par les agents de santé). Elle a pour but de donner des informations aux parents sur l'alimentation variée, les soins adéquats et la prévention des maladies.

Les activités de communication lors des sessions doivent viser à :

- § Mise au sein précoce
- promouvoir l'allaitement maternel exclusif dans les six premiers mois de vie de l'enfant et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans d'âge de l'enfant
- Encourager une alimentation de complément variée pour les enfants à 6 mois révolu
- Augmenter le nombre de repas (2 repas supplémentaires au moins) de l'enfant pendant la maladie et la convalescence
- Assurer une consommation adéquate de vitamine A par les femmes dans le post partum immédiat (capsule vitamine A uniquement dans les 40 jours qui suivent l'accouchement)
- Assurer que les enfants de 6 à 59 mois reçoivent des suppléments de vitamine A tous les 6 mois, et qu'ils sont déparasités bi annuellement à partir de 12 mois
- Assurer que les femmes enceintes reçoivent une supplémentation journalière en fer et acide folique et qu'elles sont déparasitées lors de la grossesse (2 ème et 3 ème trimestre)
- Encourager la consommation de sel iodé dans les ménages
- Promouvoir la production et la consommation d'aliments locaux riches et variés
- Encourager la promotion et le suivi de la croissance des enfants à assise communautaire
- Eduquer toute la famille sur le lavage des mains et autres règles d'hygiène (corporelle et environnementale)
- Consommation de l'eau potable
- Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide
- Assurer une prise en charge nutritionnelle adéquate des groupes à risque comme les PVVIH, les tuberculeux, les femmes enceintes et allaitantes ;
- Promouvoir la santé de la reproduction (PF, IST, VIH et SIDA), l'hygiène et l'assainissement ;
- Promouvoir et surveiller le gain de poids durant la grossesse et chez l'enfant de moins de 3 ans (CPN, SPE)
- Vaccination des enfants

Les thèmes peuvent être développés en utilisant divers canaux de communication ou en utilisant les radios communautaires.

4. Acteurs : rôles et responsabilités

4.1. Rôles et responsabilités

Les communautés à travers les représentants des collectivités décentralisées, les parents, les relais communautaires, les accoucheuses traditionnelles recyclées et suivies, les membres des ASACO, les animateurs d'ONG et du développement rural, les animatrices et mères éducatrices des Centres de Développement de la Petite Enfance (CDPE), les membres des comités de gestion scolaire, les agents de santé, du développement social et les membres de tout autre groupement organisé doivent être impliqués à toutes les étapes de la mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge de la malnutrition. Le tableau ci-dessous décrit les rôles et responsabilités de ces différents acteurs.

Acteurs	Tâches et activités	Conditions de réalisation	Résultats attendus
Agents de santé, Responsables du programme, leaders/pers ressources communautaires	Analyse situationnelle (collecte de données Qtative et Qlitative)	Enquêtes, analyse de données existantes	Rapports sur la malnutrition, causes, croyances et attitudes des communautés
Agents de santé, Respons. Programmes, Leaders comm	Sensibilisation de la population (développement d'outils IEC)	Atelier de restitution de Dialogue communautaire	Engagement de la communauté, Plan d'action
Leaders communautaires, représentants des organisations communautaires, agents de santé et responsables de programmes	Sélection, formation et équipement des relais	Développement de critères de sélection ; entretiens avec les candidats, Sessions de formation	Relais formés et équipés
Relais Communautaires/Agents de santé/matrônes	Dépistage et référence des malnutris	Matériel, VAD, Séances périodiques de dépistage	Identification des cas de malnutris, suivi à domicile des cas contre référés
Relais com, les matrônes, les travailleurs sociaux, agents de développement agriculture/communautaire	CCC/IEC Démonstrations culinaires sur la nutrition/santé	Matériel IEC adapté, Utiliser Radio et autres canaux efficaces	Amélioration des connaissances et pratiques nutritionnelles appropriées

4.2. La motivation

La motivation des relais repose essentiellement sur la reconnaissance par la communauté des efforts fournis. Les modalités de la motivation dépendent de la décision de la communauté. A titre d'exemple :

- La gratuité des consultations pour le relais et les membres de son ménage
- L'appui de la communauté au relais dans les travaux
- Utiliser en priorité les relais lors des campagnes de masse
- Appuyer les relais en moyen de déplacement
- Exempter les relais de toutes formes de cotisations dans le village
- Octroi de badges ou sacs de travail ou calendriers ou képis
- Reconnaissance publique faite aux relais

5. *Suivi et évaluation des activités de mobilisation communautaire*

Les activités de mobilisation communautaire doivent faire l'objet d'un suivi et évaluation pour assurer une meilleure intégration et interaction avec les services de santé.

Les personnes impliquées dans ce suivi/évaluation sont :

- Le personnel du CSCOM et les animateurs d'ONG : 1 fois par mois lors des sorties en stratégies avancées
- les personnes ressources de la communauté : lors de rencontres mensuelles
- le relais communautaire en assurant la collecte des données sur le suivi à domicile et les résultats positifs du traitement. Ces résultats doivent être documentés et faire l'objet d'une restitution à la communauté lors des assemblées périodiques de village pour motiver davantage les personnes volontaires, les mères et les leaders communautaires etc.

Quelques messages clés pour l'utilisation des ATPE à la maison

1. L'ATPE est un aliment et un médicament destiné seulement aux enfants très malnutris. Il ne doit pas être partagé avec le reste des enfants ou la famille.
2. Souvent, les enfants malades n'ont pas envie de manger. Donner fréquemment et régulièrement des petites quantités, et encourager l'enfant, si possible, à manger 8 fois par jour. Votre enfant doit recevoir un nombre de sachets par jour
3. L'ATPE est le seul aliment qui peut guérir un enfant maigre ou malade pendant son séjour dans le programme (PTA). Donner le toujours avant les autres aliments, y compris avant la bouillie
4. Continuer à allaiter au sein les enfants les plus jeunes, de manière régulière.
5. Offrir souvent à l'enfant de l'eau potable lors de la prise de l'ATPE. Les enfants ont besoin de boire plus d'eau que d'habitude pendant le traitement.
6. Laver les mains et le visage de l'enfant à l'eau et au savon avant de manger. Garder la nourriture dans des conditions hygiéniques et dans des récipients couverts.
7. Les enfants malades se refroidissent facilement. Protéger l'enfant en le couvrant avec des vêtements et couvertures.
8. Il ne faut pas arrêter l'alimentation de l'enfant même s'il a la diarrhée. Au contraire, il faut lui donner plus de nourriture et d'eau potable.

Quelques outils clés de plaidoyer pour la mobilisation communautaire

1. Conséquences de la malnutrition

- Ø Chez l'enfant
 - Maladies répétées d'où une augmentation des dépenses de santé
 - Echech scolaire car la capacité de compréhension de l'enfant baisse
 - Augmentation du risque de décès
- Ø Chez la femme enceinte et allaitant
 - Diminution de la production de lait chez les mères
 - Diminution de la productivité à cause de la grande fatigabilité
 - Maladies répétées d'où une augmentation des dépenses de santé

2. Démonstrations nutritionnelles

Ø Intérêts des démonstrations nutritionnelles

- Occasion pour les enfants d'avoir un repas équilibré
- Amélioration des pratiques alimentaires chez la mère
- Renforcement de la capacité des mamans à préparer des repas équilibrés
- Promotion des aliments locaux

Ø Quelques menus équilibrés pour la démonstration

Bouillie à la farine de haricot.

- Farines de céréales
- Farine de haricot
- Eau
- Sucre ou sel,
- Tamarin ou citron ou poudre de pin de singe selon la préférence.

« Larro »

- Céréale
- Arachide
- « *Soumbala* »
- Poisson/viande
- Sel
- Légumes (tomate)

Purée de pomme de terre

- Pomme de terre
- Beurre
- Jaune d'œuf ou carotte
- Sel
- Lait frais

NB : Il est souhaitable de composer avec les relais un repas équilibré sur la base des aliments locaux. Pour cela, échanger avec les relais sur la disponibilité des aliments du terroir.

SESSION IV : DEPISTAGE DE LA MALNUTRITION

Le tour du bras (périmètre brachial ou PB) est l'indicateur le plus indiqué pour dépister la malnutrition aigue au niveau communautaire. Il est en relation directe avec l'amaigrissement et détecte aussi les enfants à haut risque de mortalité.

1. Technique de prise du tour du bras et son interprétation

Le tour de bras est mesuré en utilisant un mètre ruban ou une bande de Shakir.

Technique de mesure avec la bande de Shakir :

- Prendre le milieu du bras supérieur gauche de l'enfant (entre l'épaule et le coude)
- Enrouler le ruban juste à mi-hauteur autour du bras. Le ruban ne doit pas être ni trop serré, ni trop lâché
- Lire le chiffre au millimètre près

La bande de Shakir comprend trois couleurs : vert, jaune et rouge. Chaque couleur correspond à un état nutritionnel :

Vert : enfant en bon état nutritionnel ou $PB > 120$ mm

Jaune : enfant malnutri modéré ou $PB \bullet 110$ et < 120 mm

Rouge : Enfant malnutri sévère ou $PB < 110$ mm

Pour le mètre ruban, mesurer à partir de zéro.

Le tour de bras se mesure chez les enfants à partir de 6 mois (enfant avec une taille $>$ à 65 cm)

Enfants 6-59 mois

Si le tour de bras est inférieur à 120 mm (compris entre 110 et 119 mm) c'est la malnutrition modérée (Zone Jaune). Cet enfant doit être référé en URENAM, pour une prise en charge.

Enfants de 0- 6 mois,

Le dépistage se fait sur la constatation d'un enfant qui ne grossit pas.

Femme enceinte ou allaitante

Tour de bras inférieur à 210 mm avec une notion de perte de poids récente.

2. Organisation du dépistage

Le relais doit dépister tous les enfants âgés de 0 à 59 mois, femmes enceintes et allaitantes de leur village. Pour ce faire, il doit organiser une fois par mois une séance de dépistage sur une place publique.

Pour les enfants de 0 à 6 mois, le relais recherche uniquement une notion « d'enfant qui ne grossit pas ».

Pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, il mesure le tour de bras.

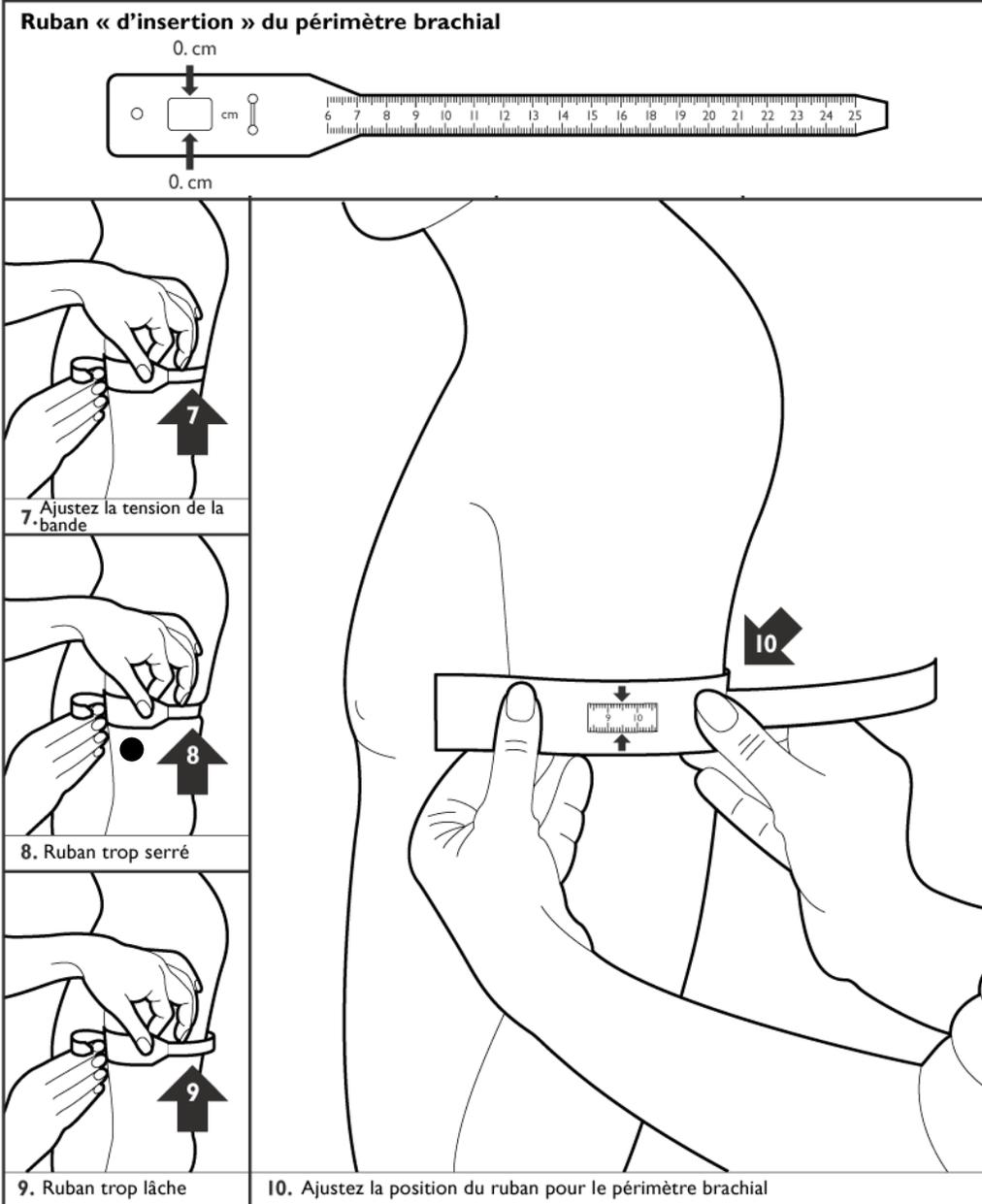
La veille de chaque séance, les relais en collaboration avec les chefs de villages, les membres de ASACO et des associations de femmes doivent mobiliser à travers les crieurs publics, mosquée, radio de proximité...

A la fin du dépistage, les relais doivent restituer les résultats aux communautés :

- Nombre d'enfants dépistés
- Nombre d'enfants avec un tour de bras inférieur à la norme (<120 mm)

A cette occasion, le relais doit faire passer les messages éducatifs, faire une démonstration nutritionnelle.

Fig | 5-5. Mesure du périmètre brachial de l'enfant



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

SESSION V : ORIENTATION, SUIVI ET EVALUATION

1. Orientation

Les signes de la malnutrition sont :

- Ø Enfant maigre
- Ø Œdème bilatéral
- Ø Autres carences spécifiques : cécité crépusculaire, pâleur conjonctivale ou des mains, fatigabilité physique, goitre.
- Ø Tour de bras inférieur à 120 mm pour les enfants ou 210 mm pour les femmes

La personne dépistée malnutrie doit être immédiatement amenée et/ou orientée vers le CSCo le plus proche pour une confirmation et une prise en charge.

La prise en charge rapide de la malnutrition permet d'éviter les aggravations et les complications et économiser de l'argent.

Le relais doit donner les premiers conseils avant l'orientation.

2 . Suivi

a) Pendant la phase de traitement à domicile

Le suivi des cas en traitement à domicile se fait une fois par semaine après des séances de dépistage. Le relais fait des VAD dans les ménages dans lesquels il existe un cas en traitement à domicile pour :

- Vérifier la prise des aliments thérapeutiques
- Vérifier l'existence de ration de protection
- Identifier les éventuels problèmes de santé⁷
- Inciter les parents à respecter les rendez-vous avec le CSCo
- Prodiguer des conseils
- Rechercher les perdus de vue
- Assurer le contrôle du PB chaque mois
- Réorienter l'enfant vers le CSCo le plus proche en cas de :
 - Prise de la ration alimentaire non satisfaisante (ne mange pas la totalité de la ration, partage de la ration avec d'autres, maladie empêchant l'enfant ou la femme à manger)
 - Absence de la ration de protection
 - Problème de santé

⁷ L'identification des problèmes de santé se fera sur la base de la PCIME communautaire.

b) Après guérison

Organiser des VAD pour donner des conseils sur les pratiques à promouvoir afin de réduire les cas de rechute. L'enfant participe aux séances de dépistage mensuel organisé dans le village.

3. Evaluation des activités

Il est prévu d'organiser une fois par trimestre une séance de travail entre les relais, l'équipe CSCoM, le délégué ASACO du village et le représentant du chef de village.

Pour préparer cette réunion :

- Ø Le relais doit apporter le cahier du relais et le cahier de suivi
- Ø L'équipe CSCoM doit amener les informations suivantes : nombre de cas orientés venant du village, nombre de cas de contre référence, les cas d'abandon, nombre de réadmis, nombre de décès.

La comparaison de ces données permet d'évaluer le nombre de cas reçus parmi les orientés, le nombre de cas reçus parmi les contre référés et donner des pistes pour la recherche active ainsi que les causes de rechute ou d'abandon.

Aussi, elle permet d'apprécier la qualité du suivi par le relais et identifier les problèmes éventuels.

SESSION VI : SUPPORTS DES DONNEES

Le relais aura le cahier comme support. Ce cahier comprend les éléments suivants :

- Date
- Numéro d'ordre
- Nom et prénom de l'enfant
- Sexe
- Age de l'enfant en mois
- Chiffre du tour de bras ou colorer aux crayons de couleur
- Enfant ne grossit pas (0 à 6 mois)
- Nom et prénom du chef de ménage
- Nom et prénom de la mère
- Observations : dans laquelle on note les orientations, les résultats du suivi