

*GUIDE PRATIQUE POUR L'OUVERTURE
D'UNE UNITE NUTRITIONNELLE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA
MALNUTRITION AIGUE AU TCHAD.*



« Manuel d'orientation pour la mise à l'échelle de la PCIMA »

Avant-propos

Depuis la crise alimentaire et nutritionnelle de 1970, le Tchad continue à faire face de façon récurrente à des crises nutritionnelles cycliques et prédictibles. Ce phénomène se trouve aggravé par l’afflux migratoire des réfugiés et des retournés à toutes ses frontières et les conditions économiques déplorables depuis la chute du prix du baril du pétrole en 2014 etc. faisant peser un risque sur l’accès à une alimentation suffisante et de qualité. Cette situation d’insécurité alimentaire compromet sérieusement les capacités de résilience de la population. L’analyse tendancielle des résultats des enquêtes nutritionnelles menées au Tchad depuis 2010 démontre que la crise est plus structurelle que conjoncturelle, avec un effet saisonnier, qui se caractérise par des pics en période de soudure (Mai – Septembre) de chaque année, suivit d’une accalmie lors de la période post-récolte (Octobre – mars).

Ces cinq dernières années, les prévalences de MAG au niveau de la bande sahélienne du pays oscillent entre 10% et 20% durant la période de soudure et les régions les plus vulnérables sont entre autres le Kanem, le Bahr El Gazal, le Ouaddaï et le Wadi Fira etc. dont les taux de MAG dépassent régulièrement le seuil d’urgence de 15% de la grille de classification de l’OMS.

Pour faire face à ce défi de survie de la population, le gouvernement du Tchad avec l’aide de ses partenaires a pris des mesures correctives en mettant en place des politiques et des stratégies nutritionnelles avec la création des structures de coordination à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Dans ce cadre, les activités de prise en charge de la malnutrition aigüe ont débuté au Tchad en 2004, dans les camps de réfugiés et de déplacés de l’Est du pays et en 2007, l’UNICEF a appuyé le développement du premier protocole national et la mise en œuvre de la PCIMA et les interventions se sont étendues dans 3 Centres de Santé du grand Kanem. Depuis lors des progrès considérables ont été effectués dans la mise en œuvre des volets hospitaliers, ambulatoires et communautaires de la PCIMA et le renforcement des capacités du personnel de la santé sur l’ensemble du pays. Cependant, les résultats d’une analyse des données factuelles en 2011, a fait ressortir des défis dans l’application du Protocole National de Prise en charge de la Malnutrition Aigüe et plus particulièrement le défi de l’intégration des interventions PCIMA dans les paquets minimums et complémentaires d’activités des structures de santé ainsi celui de la mise à l’échelle de la PCIMA sur l’ensemble du pays.

S’inspirant des dispositions du Protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe, le présent manuel vise à donner des orientations et des directives précises pour aider dans les démarches à suivre lors de l’ouverture des nouvelles structures de prise en charge ambulatoire de la malnutrition aigüe. Ce manuel se veut un document de travail et entend juste compléter les informations disponibles dans le Protocole National PCIMA et ne doit en aucun cas être considéré comme un substitut des documents de politique et de stratégie en usage dans le pays.

Dispositions du Protocole National

Le protocole national actuel détermine le rôle et les responsabilités à chaque niveau du système : niveau central (DNNTA), Province (Point Focal Nutrition des DSR, ou PFN) et districts sanitaires (médecins chefs de district, en l'absence de responsable nutrition ou de PFN). Les activités de prise en charge (PEC) ont lieu dans les structures sanitaires (centres de santé et hôpitaux) et dans la communauté. Seules les activités dans les camps de réfugiés se déroulent en dehors du système sanitaire national.

Au niveau des centres de santé, l'infirmier ou le Responsable du Centre de Santé (RCS) est le responsable de :

- La coordination du triage et du dépistage passif
- La gestion des cas
- PEC de la MAM (Unité Nutritionnelle Supplémentaire, UNS)
- PEC de la MAS sans complication médicale (Unité Nutritionnelle Ambulatoire, UNA)
- Le remplissage des outils de gestion
- La coordination et le suivi des activités communautaires
- La coordination et la supervision des activités complémentaires : stratégies avancées ou activités menées par des équipes mobiles.

Les activités de nutrition, dont la PCIMA, font partie du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des formations sanitaires qui confient aux centres de santé (CS) des activités préventives, curatives et promotionnelles, y compris des tâches de gestion. Le PMA est axé sur la personne et aborde les soins de manière globale, intégrée et continue.

Dans les hôpitaux de district, les services de pédiatrie assurent la PEC de la MAS avec complications médicales (Unité Nutritionnelle Thérapeutique, UNT). La PCIMA, dans les hôpitaux, fait partie du Paquet Complet d'Activités (PCA).

A l'échelle de la communauté, le travail consiste à sensibiliser et à mobiliser, à pratiquer un dépistage actif et à orienter les cas (MAS ou MAM) vers les structures de PEC tout en assurant le suivi des cas à domicile. La mobilisation communautaire a trait aux activités qui facilitent l'adhésion et la participation de la communauté au programme.

A. LES CONDITIONS D'OUVERTURE D'UNE UNITE NUTRITIONNELLE

L'ouverture d'une nouvelle unité de prise en charge nutritionnelle ne doit pas se faire à main levée mais nécessite une préparation au préalable pour mieux asseoir les activités de prise en charge (PEC) de la malnutrition aigüe et l'appropriation des interventions nutritionnelles d'une part par les structures de santé au niveau local et d'autre part par la communauté bénéficiaire.

Le processus d'ouverture d'une nouvelle unité nutritionnelle doit respecter une série de critères sans lesquels la pérennisation des interventions PCIMA dans une structure peut se trouver hypothéquée.

Ces critères sont les suivants :

- 1. L'existence d'un leadership au niveau provincial et local :** conduire une série de réunions de concertation avec toutes les parties prenantes de la nutrition au niveau local et plus particulièrement avec les autorités sanitaires au niveau provincial (DSP) et au niveau local (DS) et des Centres de santé (CdS) pour s'assurer de leur soutien, de leur leadership et avoir leur engagement en rapport avec la mise en œuvre de la PEC. Ces concertations peuvent assortir d'un protocole d'accord (MOU) entre les différentes parties prenantes de la prise en charge et une feuille de route à suivre au cours de l'implémentation de la PCIMA.
- 2. La fonctionnalité de la structure de santé et l'accessibilité :** Selon les dispositions du Ministère de la santé publique, trois éléments essentiels déterminent la fonctionnalité d'un centre de santé au Tchad :
 - L'existence physique des infrastructures devant abriter le centre de santé respectant le minimum de normes requis (bâtiment avec salle de soins, salle d'accouchement, salle de consultation curative, magasin pour stockage, un hangar ou espace pour les activités promotionnelle et la prise en charge PCIMA)
 - Le personnel de santé formé pour prodiguer les soins de santé (au moins infirmier qualifié, un gérant de la pharmacie, au moins quatre membres de COSAN volontaire pour les activités de nutrition).
 - Développement du Paquet Minimum d'activités (Soins préventifs, les soins curatifs primaires, etc.).

S'assurer que la structure de santé est suffisamment centrée pour desservir le maximum des populations et qu'elle ne soit pas juxtaposée à d'autres structures de même type dans un aire géographique donné.

- 3. Les possibilités d'intégration fonctionnelles des activités PCIMA :** évaluer les possibilités (*les personnels de santé, (iii) la disponibilité des médicaments, (iv) la fourniture de services de soins, (v) l'information sanitaire, et (vi) le financement de la santé...*) qu'offre la structure de santé pour une intégration physique et fonctionnelle de la PCIMA selon les dispositions du protocole national de PCIMA décrites ci-haut.
- 4. L'existence des organes de santé communautaire :** S'assurer de l'existence des COSAN et COGES dont les membres travaillent dans le centre de santé et qui soutiendront les activités de la PCIMA

notamment le volet communautaire (mobilisation communautaire, sensibilisation, recherche active des cas, référencement et suivi des cas)

5. **La présence d'un personnel de santé motivé** : la motivation du personnel de santé pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles (PCIMA) est une condition sine qua non pour la réussite de la PCIMA. Il est important de procéder à une évaluation des capacités des partenaires (cfr grille d'évaluation en annexe).
6. **La disponibilité d'infrastructures pour le stockage des intrants** : le centre de santé doit disposer d'une aire de stockage (Magasin, chambre, espace aménagé et couvert etc.) pour stocker les médicaments y compris les intrants nutritionnels. Il est fortement déconseillé de prétendre ouvrir un nouveau site de PCIMA sans prendre en compte cet aspect en rapport avec le stockage convenable des intrants et des médicaments.
7. **L'aspect environnemental ou hygiénique** (disponibilité de point d'eau, dispositif de lavage de main, gestion des ordures, etc.).

B. LES ETAPES A SUIVRE POUR L'OUVERTURE D'UNE UNITE NUTRITIONNELLE

L'ouverture d'une unité nutritionnelle se fait en différentes étapes qui suivent un ordre chronologique sans lesquels le programme pourrait perdre son efficacité. Ces étapes sont les suivantes :

1. Evaluation de la capacité de structure sanitaire.

Faire un état de lieu pour s'assurer que la structure sanitaire remplit les critères cités ci-dessus.

2. La mobilisation communautaire

: se réfère à un processus continu qui englobe un large éventail d'activités qui sont faites pour aider les communautés à comprendre le problème de la malnutrition, établir une relation avec elles et favoriser leur pleine participation aux activités de réhabilitation nutritionnelle. Elle doit prendre en compte les étapes consécutives et liées les unes aux autres qui sont :

- Evaluation des capacités communautaires
- Sensibilisation communautaire
- Recherche des cas de MAS à travers des activités de dépistage
- Suivi à domicile et recherche des cas d'abandons
- Sensibilisation continue sur la problématique de la malnutrition avec un focus sur les actions de prévention

3. La formation des acteurs sur la PCIMA

: Former tous les acteurs impliqués dans la PCIMA dans la zone de responsabilité du centre de santé selon les besoins et responsabilités de chaque acteur pour garantir la qualité et continuité des soins. Les relais communautaires doivent être formés sur le paquet communautaire de la PCIMA/ANJE/AEN afin d'assurer la mobilisation/sensibilisation, le dépistage actif, le référencement et le suivi des cas au niveau communautaire. Intégrer également la formation

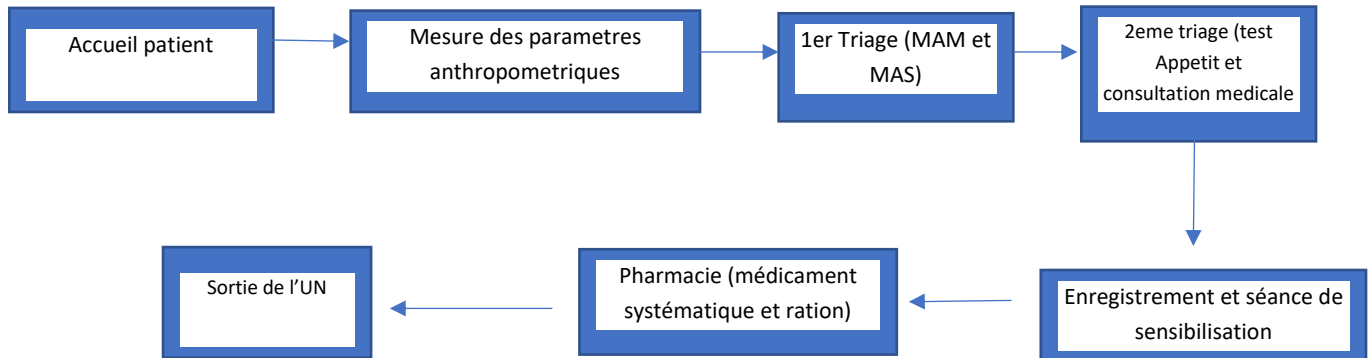
des mères/gardiennes d'enfants dans cette approche communautaire pour garantir la durabilité de la surveillance nutritionnelle. Les agents de santé (Infirmiers, agents techniques de santé) doivent être formés sur le protocole de PCIMA afin d'assurer une prise en charge de qualité de tous les enfants admis au programme. Le gestionnaire du dépôt pharmaceutique du centre de santé doit être formé également sur les outils de gestion des intrants nutritionnels afin d'assurer une meilleure gestion des intrants de PCIMA.

4. **Le dépistage actif et le référencement des cas de MAS** : avec l'aide des volontaires communautaires, les activités de dépistage de masse doivent être entreprises sur ensemble de l'aire du Centre de santé qui va abriter les activités de prise en charge. Il faut identifier en collaboration avec le comité de santé, au moins un volontaire par village ou ferrick qui sera formé pour avoir un système de dépistage et de référencement efficace. Ensuite, planifier et organiser le dépistage de masse et référer tous les enfants présentant les critères d'admission en conformité avec le protocole national PCIMA au centre de santé.
5. **Approvisionnement en équipement de base pour assurer une prise en charge de qualité pour les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère**: Avant tout lancement des activités PCIMA dans une structure de santé, il faut approvisionner le centre de santé avec le matériel de fonctionnement (matériel anthropométrique, registres et fiches de suivi pour les cas de malnutrition, etc), les produits thérapeutiques nutritionnels (*le lait F75, le lait F100 et les Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi (ATPE) (type Plumpy'nut®) et le ReSoMal*), les médicaments pour le traitement systématique (amoxicilline, antipaludéens, antihelminthique, vaccins contre la rougeole). La prise en charge des enfants malnutris Assurer la pris en charge des cas conformément au protocole en vigueur synchroniser avec le suivi de croissance (CPE). Cette prise en charge se fera de façon hebdomadaire et l'admission de nouveaux cas tous les jours de la semaine.
6. **Assurer le suivi et la supervision des interventions PCIMA** : un processus qui consiste à guider, à instruire et encourager l'initiative du personnel, de faire des observations objectives afin d'améliorer les performances du supervisé. C'est donc une action continue d'information, d'orientation, d'instruction et de correction des erreurs afin que le supervisé accomplisse son travail le mieux possible. Par conséquent, la supervision ne doit pas revêtir un caractère répressif mais plutôt valorisant dans la mesure du possible car c'est à travers cette activité que les agents de terrain peuvent améliorer leurs compétences. Cette activité est très importante et relève de la responsabilité première de l'équipe cadre du District et particulièrement du point focal.

NB : afin de s'assurer que le centre de santé sera approvisionné en intrants, il est important de discuter avec l'UNICEF les modalités pratiques d'intégration du centre de santé dans la base de données et la prise en compte dans les axes de distributions des intrants par les transporteurs. Cette discussion doit se faire bien avant l'ouverture compte des négociations à faire avec les transporteurs et le calcul des couts. Le partenaire qui appuie l'unité doit aussi partager les coordonnées GPS dudit centre de santé ainsi que la feuille Excel d'évaluation.

C. LE CIRCUIT DU PATIENT A L'INTERIEUR D'UNITE NUTRITIONNELLE

La prise en charge d'un patient souffrant de malnutrition à l'intérieur d'une unité nutritionnelle est faite suivant le circuit suivant :



ANNEXES :

Annexe 1 : La grille d'évaluation des capacités des partenaires pour l'ouverture de nouvelle unité nutritionnelle



Microsoft Excel
97-2003 Worksheet

Annexe 2 : Les équipements minimum d'une unité nutritionnelle ambulatoire (UNA)

TYPES	DESIGNATIONS	SPECIFICATIONS	QUANTITES
ADMINISTRATION DU CENTRE	Table bureau	Unité	1
	Chaise bureau	Unité	1
	Etagère	Unité	1
	Registre UNA	Unité	1

	Registre de gestion des intrants	Unité	3
	Calculatrice	Unité	1
	Chemise en plastique	Unité	5
	Règle	Unité	1
	Fiche de suivi UNA	Unité	1000
	Fiche de ration	Unité	2000
	Fiche de référence	Unité	100
	Fiche plastifiée du rapport P/T	Unité	2
MATERIELS ANTHROPOMETRIE			
	Balance (Pèse personne) ou (Salter) et/ou (Pèse bébé)	Unité	2
	Toise	Unité	1
MATERIELS DE DISTRIBUTION			
	Seau ou ustensile pour le transport de l'eau	Unité	2
	Gobelet en plastique gradué	Unité	500
	Bobonne d'eau avec couvercle	Unité	2
	Cuillère	Unité	500
	Carafe	Unité	2
SENSIBILISATION	Boites à images	Unité	2
EQUIPEMENTS MEDICO SANITAIRES			
	MUAC	Unité	2
	Thermomètre	Unité	2
	Stéthoscope médical	Unité	2
	Gant	Unité	20

	Savon	Unité	100
Medicaments essentiels			
	Amoxicilline 125 mg ou 250 mg	Cps	1000
	Vaccin contre la rougeole	<i>A estimer sur la base des admissions attendues</i>	
	Comprimés de fer acide folique	Cps	1000
	Mebendazole 100 mg	Cps	1000
	ATPE	<i>A estimer sur la base des admissions attendues</i>	