

COMPTE RENDU DE L'ATELIER POUR HARMONISER LES CRITERES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGUE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Dakar, Senegal
30 Novembre – 1^{er} Decembre 2010.



Michael Golden ¹
Yvonne Grellety ²
Hélène Schwartz ³
Félicité Tchibindat ³

1 Consultant indépendant

2 Consultante indépendante

3 UNICEF Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, Sénégal

Introduction

La malnutrition est un problème important de santé publique à travers le monde ; elle augmente considérablement le risque de décès précoce, est la cause directe ou indirecte de plus d'un tiers des décès infanto-juvéniles et prive les enfants de l'opportunité d'un développement optimal. C'est une cause et également une conséquence de la pauvreté et du sous-développement. L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans est un indicateur clé utilisé pour évaluer le progrès vers la réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire.

Six pays sur 13 en Afrique de l'Ouest ont une prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans supérieure à 10%, une valeur souvent utilisée comme seuil pour les interventions d'urgence.

Depuis 2006, une introduction progressive et une expansion des interventions nutritionnelles efficaces pour prendre en charge la malnutrition aiguë sévère et modérée en Afrique de l'Ouest ont été mis en œuvre. Ces programmes ont été organisés et gérés par des gouvernements nationaux avec l'aide de plusieurs agences internationales et organisations non gouvernementales.

Une évaluation majeure des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë dans 10 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre a été effectuée en 2010. Une conclusion importante de cette évaluation était que les différents acteurs et organisations d'exécution dans la région utilisaient différents critères d'admission et de sortie, collectaient différents types d'information et avaient une nomenclature et des définitions divergentes; En outre, les outils et formats de rapport étaient différents d'un pays à l'autre, voir même à l'intérieur d'un même pays ce qui a rendu difficile toute agrégation significative de données pour obtenir une vision globale du nombre d'enfants traités, des résultats et de l'efficacité des programmes que ce soit au niveau d'un pays ou dans l'ensemble de la région.

Un sous-groupe¹ du groupe de travail régional de nutrition basé à Dakar a organisé un atelier du 30 novembre au 1er décembre 2010 dans le but d'harmoniser les définitions et les formats de rapport des patients souffrant de malnutrition aiguë sévère afin de pouvoir agréger et analyser les données de ces programmes dans toute la région. Les résultats attendus étaient: 1) Une liste d'indicateurs de base et leurs définitions sont établies par les principaux acteurs de la nutrition; 2) Un format de rapport hebdomadaire/mensuel est disponible; 3) Un consensus est atteint sur les principales questions controversées; et 4) Les prochaines étapes pour mettre en application les résolutions du rapport de consensus sont établies.

Cet atelier a été organisé pour adresser, autant que possible, les divergences identifiées lors de l'évaluation réalisée début 2010 et arriver à une harmonisation de ces points de divergence dans toute la région. L'atelier a inclus 56 participants seniors de gouvernements nationaux, d'agences des Nations Unies dans la région et de leurs sièges sociaux respectifs, de donateurs, d'organisations humanitaires non gouvernementales et des experts internationaux en malnutrition (une liste des participants est disponible en **annexe 1**). Le comité de planification de l'atelier a reçu l'appui financier et/ou technique d'ACF, de

¹ ACF,ECHO, HKI, SC-UK, UNICEF, PAM & OMS

l'UNICEF-WCARO, d'ECHO et de DFID. Professeur Michael Golden et Dr Yvonne Grellety étaient les facilitateurs de l'atelier.

Organisation de l'atelier et plan du rapport

L'atelier a commencé par la présentation du professeur Mike Golden des principaux résultats de l'évaluation des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë réalisée entre janvier et avril 2010 ; les objectifs et les résultats attendus de l'atelier de consensus ainsi que les 8 grands points qui nécessitent un consensus ont été présentés. Pour chacun des points, une mise à jour des connaissances scientifiques et des questions controversées a été faite (un sommaire des questions clés est présenté en **annexe 2**).

Après introduction de chacune des principales questions qui devaient être adressées, la réunion a été organisée en 8 groupes de travail:

1. Critères d'admission
2. Critères de sortie
3. Information à collecter au moment de l'enregistrement
4. Définitions
5. Nomenclature
6. Organisation
7. Rapports
8. Indicateurs et analyse

Chaque groupe a abordé les principales questions en rapport avec son sujet et a fait des recommandations pour harmoniser les divers outils et définitions. Celles-ci ont été présentées et discutées en session plénière.

Ce document comporte :

- Les points qui ont fait l'objet d'un consensus parmi les membres des groupes de travail et durant la discussion en séance plénière.
- Les points d'incertitude qui nécessitent de plus amples recherches ou documentation et recommandations sur ces points.
- Les thèmes sur lesquels aucun consensus n'a été trouvé parmi les membres du groupe, les désaccords non résolus en session plénière ou les disparités entre les recommandations de différents groupes, sont rassemblés dans la section 3 du rapport. Pour chaque thème, les arguments pour et contre sont fournis avec des notes explicatives sur la nature des questions et leurs implications, les raisons des divergences d'opinion et une recommandation pour leur harmonisation.
- L'atelier a été suivi d'une réunion technique qui a inclus un programmeur en vue de concevoir un logiciel générique qui simplifierait le remplissage et la soumission des rapports, l'enregistrement des centres de prise en charge, documenterait toutes les divergences ou changements de critères d'admission

et de sortie et faciliterait l'agrégation des données au niveau du district, de la région et au niveau central. Les principales recommandations de cette réunion sont incluses dans la section 4 du rapport.

Section 1 : Points faisant l'objet d'un consensus unanime

Les participants se sont mis d'accord sur les points suivants :

Critères d'admission

- 1. Tous les programmes devraient uniquement utiliser les normes de croissance OMS de 2006 pour évaluer la taille, le poids et les indices dérivés (poids-pour-taille, taille-pour-âge, poids-pour-âge) des enfants âgés de moins de 5 ans.**

Pour plus de clarté, les normes NCHS, CDC ou autres normes ne devraient pas être utilisées.

- 2. Les tables de poids-pour-taille pour évaluer le degré d'émaciation des enfants devraient être graduées en demi-centimètre pour la taille.**

Pour plus de clarté, on ne devrait pas produire de tables graduées en centimètre.

- 3. Le périmètre brachial (PB) et le poids-pour-taille devraient être utilisés en tant que critères indépendants pour l'admission dans le programme.**

Pour plus de clarté, un enfant peut être admis avec l'un des critères de malnutrition aiguë sévère (MAS) ou malnutrition aiguë modérée (MAM) sans devoir nécessairement remplir tous les critères d'admission.

(voir section 2 « recommandations »)

- 4. Quand le critère poids-pour-taille est utilisé pour l'admission, on devrait utiliser une table UNISEXE basée sur la table des garçons de l'OMS de 2006**

Pour plus de clarté, l'utilisation de deux tables, une pour les garçons et une pour les filles n'est pas recommandée.

(Voir section 2 « recommandations »)

- 5. Les critères de PB pour l'admission devraient être basés uniquement sur le PB absolu (pour MAS, PB < 115mm et MAM, PB < 125mm).**

Pour plus de clarté, le PB-pour-âge ou le PB-pour-taille ne devrait pas être utilisé comme critères d'admission même si des normes OMS 2006 pour le PB-pour-âge existent.

- 6. Les patients ayant une taille de plus de 120 cm (taille correspondant à la limite des tables poids-pour-taille OMS), devraient être admis sur des critères de**

poids-pour-taille utilisant les tables dérivées du NCHS déjà utilisées dans plusieurs protocoles nationaux.

Pour plus de clarté, l'IMC-pour-âge ne devrait pas être utilisé comme critère principal d'admission pour les enfants de plus de 5 ans et les adolescents, dans les programmes de prise en charge de la malnutrition sévère ou modérée, tant que ce critère n'est pas complètement testé sur le terrain.

- 7. Les enfants devraient être admis au CRENAS s'ils ont des œdèmes + ou ++ et qu'ils remplissent les autres critères de triage pour le traitement ambulatoire (appétit bon, pas de complications médicales, pas de marasme).**

Pour plus de clarté, on ne devrait en principe pas faire de différence d'un pays à un autre entre les degrés d'œdèmes et le type de traitement associé (CRENAS/CRENI) sauf s'il y a un consensus national. On a pu remarquer que cela dépendait souvent du nombre de cas d'œdèmes. Plus la prévalence était élevée, plus les cas d'œdèmes + et ++ étaient traités en ambulatoire.

(Voir section 2 « recommandations »)

- 8. Pour le nourrisson âgé de moins de 6 mois, le poids-pour-taille a été considéré comme le principal critère d'admission.**

Pour plus de clarté, le groupe a explicitement exclu le simple échec de l'allaitement maternel, sans utilisation de critères anthropométriques, comme critère d'admission. En dépit des inexactitudes du poids-pour-taille dans cette catégorie d'âge, les participants ont recommandé de continuer de se baser sur cet indice de malnutrition pour les nourrissons.

- 9. Le retard de croissance lors de collectes de données longitudinales (suivi de la croissance) peut être utilisé pour identifier les enfants qui devraient être admis dans le programme.**

Pour plus de clarté, lorsque des programmes de suivi de la croissance (SC) existent et sont performants, (collecte de données longitudinales de suivi individuel précises), les données de SC peuvent être utilisées comme critère indépendant d'admission. Cependant, ces données de SC ne peuvent pas être utilisées en situation d'urgence lorsqu'aucune documentation récente du poids de l'enfant ou du SC n'existe.

- 10. Les tables de PB-pour-âge en z-score ne devraient pas être utilisées comme critères d'admission dans les programmes de nutrition thérapeutique. De même, d'autres indices suggérés dans le passé, tel que le ratio PB/circonférence crânienne et le ratio PB/circonférence thoracique ne devraient pas être considérés comme critères d'admission.**

Critères de Sortie

- 11. Des deux catégories de critères utilisées pour évaluer si un enfant est guéri ou non (atteinte de la valeur seuil poids-pour-taille / PB ou atteinte d'un gain de poids relatif), seules les valeurs seuils sont recommandées.**

Pour plus de clarté, les participants n'ont pas recommandé que les tables de gain de poids (15%, 20% ou autres gains de poids) soient utilisées pour déterminer si un enfant est guéri.

(Voir section 2 « recommandations »)

- 12. La valeur seuil du rapport poids-pour-taille utilisée pour la sortie devrait être égale à -1,5 z-score.**

- 13. Pour les enfants admis sur critères PB, ils ne devraient, en général, pas être déchargés sans atteindre un PB d'au moins 125mm. Pour les enfants de plus de 6 mois et de moins de 67cm, la situation n'est pas claire et devrait faire l'objet de plus ample recherches.**

(Voir section 2 « recommandations »)

- 14. Lorsqu'un programme de nutrition supplémentaire existe pour la prise en charge des enfants malnutris modérés, les critères de sortie poids-pour-taille pour la malnutrition sévère peuvent être réduits à -2.0 z-score si l'enfant peut être ensuite suivi dans le programme de nutrition supplémentaire pendant au moins 3 mois. Ce critère alternatif de sortie devrait être mentionné dans le rapport mensuel du centre et une catégorie spéciale d'admissions dans le programme de nutrition supplémentaire rajoutée.**

- 15. Le patient peut être déchargé du programme s'il a atteint les critères de décharge lors d'une seule visite (et non deux visites consécutives) à condition que les mesures soient vérifiées (prises deux fois) et confirmées. Cependant, le fait de garder un patient ayant atteint le seuil de décharge pendant deux visites consécutives reste valable pour établir la guérison.**

- 16. Un patient qui remplit plus d'un critère d'admission (c'est-à-dire poids-pour-taille, PB ou œdèmes) devrait remplir les critères de sortie pour chacune de ces mesures avant la sortie.**

- 17. Pour les enfants de moins de 6 mois, le critère de sortie devrait être uniquement le gain de poids lorsque l'enfant est exclusivement allaité pour les nourrissons ayant une mère accompagnante, ou lorsque l'enfant est uniquement nourri avec un substitut de lait maternel pour les nourrissons sans accompagnante et n'ayant aucune possibilité d'être allaité.**

18. Les œdèmes doivent avoir totalement disparus pendant au moins 2 pesées consécutives au CRENAS et au moins 10 jours au CRENI avant la sortie.
19. Il ne devrait PAS y avoir de catégorie « guéri » telle que "sortie prématurée", où un enfant est jugé guéri par la mère et/ou par le personnel mais ne remplit pas les critères de sortie établis.
20. Les patients qui sont transférés du CRENI au CRENAS ne devraient pas être désignés comme "guéris" ou "sortis" dans le rapport CRENI: ils devraient être désignés comme « traités avec succès ».

Pour plus de clarté, les CRENI désignent fréquemment les enfants comme "guéris" quand ils ont fini leur phase intensive de traitement avec succès et sont transférés aux CRENAS. D'un point de vue du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë, c'est inexact et le terme ne devrait pas être utilisé. Cependant, le CRENI a accompli sa tâche avec succès et le terme "taux de succès" est ainsi approprié dans l'évaluation d'un CRENI.

Enregistrement

21. Il devrait y avoir un registre dans chaque CRENI et CRENAS ainsi que dans le CRENAM.

Pour plus de clarté, certains programmes n'utilisent pas de registre mais se basent sur des fiches de suivi pour faire le rapport, le suivi et l'évaluation. Ceci n'est pas considéré comme un procédé sûr en raison du problème des fiches de suivi manquantes/perdus. Il devrait toujours y avoir un registre.

22. Les participants ont déterminé que le registre pour le CRENI et le CRENAS devrait contenir les éléments suivants :

- Numéro d'enregistrement du centre (CRENI ou CRENAS)
- Numéro de MAS (unique à l'enfant)
- Date d'admission
- Prénom et nom de famille
- Adresse
- Numéro de téléphone
- Type d'admission (nouvelle admission, rechute, abandons, retour, transfert-de, etc.)
- Sexe
- Âge (en mois)
- Poids à l'admission
- Taille à l'admission
- Poids-pour-taille à l'admission (Ecart-type)
- PB à l'admission
- Œdèmes à l'admission
- Date de sortie
- Poids à la sortie

- *PB à la sortie*
- *Le type de sortie (guéri, abandon, décédé, inconnu (CRENAS seulement), référé (CRENI seulement) transféré vers, erreur d'admission, etc.*
- *Diagnostic final*
- *Observations*

23. Dans des programmes de nutrition supplémentaire pour la malnutrition aiguë modérée, la fréquentation et le traitement devraient être enregistrés uniquement dans un registre.

Pour plus de clarté, il ne devrait pas y avoir de fiches de suivi individuelles dans des programmes de malnutrition aiguë modérée (MAM)

24. Les variables qui devraient être incluses dans le registre des programmes de MAM sont les suivantes :

- *Numéro d'enregistrement dans le CRENAM*
- *Date d'admission*
- *Prénom et nom de famille*
- *Adresse*
- *Numéro de téléphone*
- *Type d'admission (nouvelle admission, rechute, abandon, retour)*
- *Si transféré d'un CRENI ou CRENAS pour suivi*
- *Sexe*
- *Âge (en mois)*
- *Poids à l'admission*
- *Taille à l'admission*
- *Poids-pour-taille à l'admission (Ecart-type)*
- *Poids cible pour la sortie*
- *PB à l'admission*
- *Date de chaque visite (colonnes multiples)*
- *Poids à chaque visite (colonnes multiples)*
- *Type et quantité de ration distribuée à chaque visite (colonnes multiples)*
- *Date de sortie*
- *Poids à la sortie*
- *PB à la sortie*
- *Type de sortie (guéris, abandon, décédé, transféré vers CRENAS/CRENI)*
- *Durée de séjour*

25. Le registre pour les enfants malnutris sévères et modérés devrait être maintenu séparément des autres registres (notamment celui de la PCIME).

Définitions

26. **Une NOUVELLE ADMISSION** est définie comme un patient MAS qui n'a reçu ni traitement ni numéro de MAS pour cet épisode de MAS.

27. Le numéro de MAS devrait être assigné à l'enfant par l'établissement qui fait le diagnostic de la MAS.

Pour plus de clarté, un CRENAS qui fait le diagnostic et transfère l'enfant vers un CRENI sans lui administrer de traitement devrait donner le numéro de MAS au moment du diagnostic et avant le transfert.

28. **Une RECHUTE** est un enfant admis pour MAS alors qu'il a été précédemment traité pour MAS et a été déchargé du programme comme guéri, ou dans le cas où l'enfant a abandonné le programme et revient en étant MAS après une période de plus de deux mois.

29. Une rechute devrait être comptée comme une nouvelle admission et un suffixe au numéro de MAS devrait être rajouté : xxxx-2 pour indiquer que c'est le deuxième épisode de MAS pour cet enfant.

30. **Une READMISSION** est définie comme un abandon qui revient au CRENAS ou au CRENI pour reprendre le traitement après une absence de moins de 2 mois.

31. Un **TRANSFERT INTERNE** est défini comme un patient qui arrive parce qu'il a été transféré par un autre centre (d'un CRENAS vers un CRENI, d'un CRENAS vers un autre CRENAS, ou d'un CRENI vers un CRENAS) alors qu'il est encore sous traitement pour la MAS.

Pour plus de clarté, "un transfert interne" est enregistré à la fois dans les sections d'entrée et de sortie du registre et du rapport. S'il est nécessaire de différencier ces deux catégories, alors les termes transfert-de et transfert-vers peuvent être utilisés.

32. Le terme, **RETOUR**, ne devrait pas être utilisé en remplacement du terme transfert.

33. Les transferts internes ne doivent pas être comptés comme de nouvelles admissions.

34. **AUTRE ADMISSION** est définie comme un patient admis au service quelque soit la raison mais qui ne remplit aucun des critères de MAS.

35. Les **ERREURS D'ADMISSION** ne devraient pas être enregistrées dans les admissions ou les sorties : leur numéro de MAS est réattribué au prochain patient.

Pour plus de clarté, ces patients ne font pas partie du programme PCIMA et ne sont pas comptés dans le rapport. S'ils ont utilisé des quantités importantes

de ressources, ceci peut être enregistré. En outre, si les erreurs d'admission sont fréquentes, alors le programme PCIMA devra être évalué. Une case séparée devrait être disponible dans le rapport pour enregistrer le nombre de patients admis par erreur.

36. Un patient est défini comme GUERI quand il remplit les critères de sortie.

37. La DUREE DE SÉJOUR est définie comme étant la durée entre l'admission et le moment où le patient a atteint le statut "Guéri" (CRENAS) ou le statut "traité avec succès" (CRENI) et non le moment de la sortie physique du programme ou du centre.

Pour plus de clarté, les patients peuvent rester dans le programme après qu'ils aient rempli les critères de « Guérison » particulièrement dans un CRENI où des arrangements pour le transport ou l'escorte doivent être faits ; mais ceci n'est pas inclus dans les calculs de la durée de séjour ou le taux de gain de poids.

Remarque : Il n'est pas recommandé que, pour chaque patient, la durée de séjour au CRENI soit ajoutée à la durée de séjour au CRENAS pour obtenir la durée totale de séjour dans le programme. Ces données peuvent, si nécessaire, être obtenues pendant les évaluations, de même qu'il n'est pas nécessaire de calculer la durée de séjour et le taux de gain de poids des enfants qui ont été préalablement traités au CRENI avant le transfert vers le CRENAS séparément de ceux qui ont été entièrement soignés au CRENAS.

38. Un patient qui DECEDE ou est DECEDE (les deux termes sont corrects) est un patient qui meurt pendant son séjour dans le programme de MAS après qu'il avait obtenu un numéro de MAS.

Pour plus de clarté, ceci inclut les patients qui meurent lors du transfert d'un centre à un autre.

39. Quand un patient MAS meurt pendant le transfert d'un CRENAS vers un CRENI, le décès doit être enregistré comme décès dans le programme et être assigné au rapport du CRENAS.

40. Un ABANDON est défini comme un patient qui est absent, sans faire des arrangements avec le personnel du centre, pendant deux pesées consécutives (14 jours dans un CRENAS et 2 jours dans un CRENI) et sans être officiellement déchargé.

41. La NON REPONSE (au traitement standard) est définie comme un enfant pris en charge dans un CRENAS ou un CRENI qui remplit les critères décrits dans le protocole comme échec au traitement.

Pour plus de clarté, ceci inclut tous les enfants qui ne répondent pas au traitement quelque soit la raison (social, psychologique et médicale), et n'est

pas seulement limité à ceux pour lesquels on suspecte des maladies sous-jacentes qui nécessitent le transfert ou la référence.

42. La définition d'une REFERENCE MEDICALE est un patient qui a une maladie sous-jacente sérieuse qui nécessite un traitement au delà des compétences du CRENI (ou est suspecté d'avoir une condition qui requiert des tests de diagnostic au delà de la capacité du CRENI) et est référé vers un autre service qui assure alors la prise en charge complète de l'enfant.

43. REFUS DE TRANSFERT est défini comme un patient qui remplit les critères d'admission à un CRENI (selon les critères de triage) mais refuse d'être transféré du CRENAS vers le CRENI.

Pour plus de clarté, ce n'est pas une raison de sortie du CRENAS, où le patient continue de recevoir le traitement. Une note est consignée dans le registre et la fiche de suivi pour indiquer que le patient a refusé le transfert. Ceci pourra permettre d'expliquer le taux de mortalité dans le CRENAS et, si c'est fréquent, devrait signaler le besoin d'enquêter sur les raisons (distance au CRENI, réputation du CRENI, etc.). Ces données seront examinées pour le rapport annuel et les évaluations.

44. PATIENTS MANQUANTS sont des patients qui ont été transférés vers un autre centre et n'arrivent pas au centre vers lequel ils ont été transférés dans un temps raisonnable (plusieurs jours).

45. Le NUMERO DE MAS est défini comme un numéro unique assigné à chaque patient diagnostiqué comme MAS et inscrit dans le programme PCIMA. Il est additionnel à tous les autres numéros qui peuvent être donnés par un service/centre.

46. Le Numéro de MAS doit être utilisé sur toutes les fiches et documents de transfert liés à ce patient.

47. Le numéro de MAS devrait normalement prendre le format suivant : Région sanitaire (lettre ou chiffre)/District sanitaire (lettre ou chiffre)/Numéro du centre/Numéro de l'enfant. Mais ceci peut être changé au niveau national, et être simplifié dans la mesure du possible. Là où il y a un numéro national unique alternatif pour chaque individu, ceci peut remplacer le numéro de MAS.

48. Chaque centre doit avoir un code unique. Ce code est utilisé dans le numéro de MAS, les fiches de transfert et tous les rapports. Le code doit être donné à l'ouverture du centre soit par le district, la direction régionale, les autorités du gouvernement central, ou déterminé par le ministère de la santé.

Nomenclature

49. Le programme dans son ensemble devrait se nommer "PCIMA" (Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë) en français et "IMAM" (Integrated Management of Acute Malnutrition) en anglais.
50. Le dépistage systématique dans la communauté devrait se nommer "Dépistage Actif" en français et "Active Screening" en anglais.
51. Le dépistage systématique dans les centres de santé et dans d'autres établissements devrait se nommer "Dépistage Passif" (Centre de santé et activités en stratégie avancée) en français et "Passive Screening" en anglais.
52. Le programme de prise en charge en ambulatoire devrait se nommer CRENAS (Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère) en français et OTP (Out-Patient Therapeutic Program) en anglais. Ces termes devraient s'appliquer à la fois aux sites physiques eux-mêmes et à la composante ambulatoire du programme.
53. Les centres de prise en charge en interne devraient se nommer CRENI (Centre de Récupération Nutritionnelle en Interne) en français et IPF (In-Patient Facility) en anglais.

Organisation

54. Il devrait y avoir un dépistage actif régulier dans la communauté. La fréquence et les zones géographiques à inclure dans le dépistage sont déterminées par le responsable nutrition au niveau du district (Infirmière en chef du district, responsable nutrition du district, point focal nutrition, etc) en consultation avec le Responsable Médical du District (RMD).
55. Les données du dépistage devraient être agrégées au niveau du district sous les directives de l'Equipe de Gestion du District Sanitaire pour déterminer a. Le degré et le changement de l'état nutritionnel au niveau du village et dans tout le district, b. La fiabilité des données collectées.
56. Les rapports des CRENAS et des CRENI devraient être préparés mensuellement et soumis à l'Equipe de Gestion du District Sanitaire à travers le point focal nutrition ou le responsable nutrition du district.

Pour plus de clarté, les rapports hebdomadaires du nombre d'admissions (uniquement) sont utilisés dans des situations d'urgence pour déterminer l'évolution d'une crise, mais ne remplacent pas les rapports mensuels. Il n'est pas possible d'agréger les rapports hebdomadaires et mensuels car tous les mois n'ont pas une durée de 4 semaines.

- 57. Le superviseur du CRENAS et du CRENI est personnellement responsable d'assurer que les rapports sont complétés et soumis au district en temps opportun.**
- 58. Les rapports mensuels peuvent être compilés à partir du registre et/ou des fiches de suivi individuelles ; La "vérification" des données devrait être possible pendant une évaluation pour s'assurer de leur précision et de leur complétude.**
- 59. Les copies des rapports mensuels sont gardées dans le centre et classées de façon séquentielles avec tous les registres et fiches individuelles remplis.**
- 60. Les CRENI situés dans un hôpital devraient être intégrés dans le département de pédiatrie, mais être considérés comme un service à part et les patients MAS devraient être dans un espace physiquement différent de celui des autres patients (dans la mesure du possible) pour éviter les infections croisées et assurer une gestion appropriée des malnutris sévères.**
- 61. Le superviseur du CRENI devrait assister à toutes les réunions concernant la coordination du programme PCIMA dans le district.**
- 62. Le CRENI devrait établir des mécanismes pour faciliter le transfert des patients du CRENAS vers le CRENI et du CRENI vers le CRENAS.**
- Pour plus de clarté, les patients arrivant d'un CRENAS avec les documents appropriés de transfert ne devraient pas être maintenus dans le service d'urgence pendant des périodes prolongées ou être traités en tant que "nouvelles admissions" par le CRENI, mais être directement admis au CRENI (si possible); les patients ne devraient pas être gardés au CRENI après avoir rempli les critères de transfert vers le CRENAS.*
- 63. Le Responsable Médical de District devrait, par délégation de responsabilité, assurer la supervision régulière de la qualité du service fourni par tous les centres (CRENAS et CRENI) dans le district.**
- 64. Il ne devrait pas y avoir de centres "sentinelles" pour la collection de données additionnelles pour évaluer la qualité du programme.**
- 65. Il devrait y avoir des établissements, désignés par le Responsable Médical de District sur la base de leur qualité et de leur performance, et utilisés pour la formation du personnel nouvellement nommé avant qu'il ne soit déployé sur le terrain. Le personnel nouvellement désigné devrait se familiariser avec la prise en charge en CRENI et CRENAS et comprendre leur fonction et leurs procédures.**
- 66. Des visites de supervision devraient être effectuées mensuellement pour les activités communautaires, les CRENAS et les CRENI. Des réunions de coordination devraient être organisées mensuellement au niveau du district (les**

rapports peuvent être soumis et les intrants peuvent être collectés à ce moment là), trimestriellement au niveau régional et semestriellement au niveau central.

67. Les codes des centres (utilisés dans le numéro de MAS et les rapports) devraient être assignés au niveau central et une liste de codes à utiliser devrait être communiquée au district. Quand un nouveau centre est établi le district lui assigne un code et informe l'administration centrale. Les codes pour les équipes mobiles devraient être assignés au niveau du district. Toute codification devrait suivre un format standard.

68. Les rapports individuels des centres (CRENAS et CRENI) devraient être conservés et gardés dans toutes les bases de données pour permettre l'évaluation de la qualité des services fournis dans les centres. Les rapports de chaque district devraient également être compilés pour apporter une vision globale de la qualité du service et de l'importance du problème de MAS et MAM dans le district.

69. Les rapports devraient d'abord être compilés au niveau du district par l'Equipe de Gestion du District Sanitaire sous la direction du Responsable Médical du District. Les rapports individuels et compilés devraient alors être soumis aux niveaux régional et central.

Pour plus de clarté, les rapports devraient uniquement couvrir les centres d'un district administratif et non de la "zone de couverture" d'un CRENI et de ses CRENAS satellites.

70. Les rapports compilés par le district devraient être partagés (rétro-information) avec les différents centres lors des réunions mensuelles.

71. Le Responsable Médical du District devrait nommer un individu responsable du programme PCIMA dans son district. Là où les fonds sont disponibles, ceci devrait être un poste à temps plein (Responsable Nutrition du District) ayant la responsabilité de tous les programmes de nutrition dans le district. Là où les fonds ne sont pas disponibles, la gestion du programme PCIMA devrait être déléguée à un "point focal" nutrition sous la direction du RMD.

Pour plus de clarté, pour assurer une surveillance adéquate du programme PCIMA dans sa globalité, incluant l'organisation de réunions de coordination (pour la coopération entre le CRENI et le CRENAS et pour l'intégration des activités des ONG et des services du gouvernement), la planification de visites de surveillance et d'évaluation et la soumission des rapports complets des centres, il est nécessaire d'avoir une personne responsable en tant que membre de l'Equipe de Gestion du District Sanitaire sous la direction du RMD. Ses tâches sont susceptibles de prendre beaucoup de temps et d'efforts. Bien que fortement souhaitable, le financement d'un tel poste est problématique et peu probable sur un budget normal de santé, donc comme alternative, les tâches peuvent être déléguées à un point focal dans le

district. Les termes de référence et la description de poste doivent être développés.

72. Les données du district devraient être soumises et incorporées dans le Système d'Information Sanitaire National.

73. Quand une situation d'urgence est déclarée ou anticipée, ou lorsqu'on s'attend à ce que le statut nutritionnel de la population change rapidement, des rapports hebdomadaires du nombre de patients avec MAS et MAM devraient être soumis au Système National de Surveillance d'Urgence.

Pour plus de clarté, ces rapports hebdomadaires incluent seulement les admissions afin de détecter rapidement une détérioration de la situation. Ils ne remplacent pas les rapports mensuels.

Rapports

74. En plus du rapport mensuel standard, il devrait y avoir :

- a. un rapport annuel où des données additionnelles des CRENAS et des CRENI sont collectées.**
- b. une évaluation externe tri-annuelle du programme PCIMA.**

75. Le rapport mensuel devrait inclure : le nombre total de patients au début du mois ; le total des entrées (par catégorie); le total des Sorties (par catégorie); le nombre total de patients à la fin du mois et des données de stock (Un exemple de rapport mensuel basé sur le consensus est présenté en Annexe 3.1 et 3.2).

76. Le rapport annuel, en plus des totaux de l'année entière, devrait inclure : le taux moyen de gain de poids; la durée moyenne de séjour ; la désagrégation des données par genre.¶

Pour plus de clarté, la réunion a considéré qu'en raison du travail additionnel nécessaire pour le calcul du taux de gain de poids, de la durée de séjour et la désagrégation des données par genre, bien que souhaitable, il est peu réaliste de s'attendre à ce que ces données soient calculées mensuellement dans la plupart des situations. En particulier, la désagrégation par genre double les catégories et le travail requis pour compiler les rapports. Cependant, ces données sont très importantes, c'est la raison pour laquelle elles devraient être analysées au moins annuellement (si nécessaire en prenant un échantillon des données dans le registre). Là où un système informatique est disponible, ces données peuvent être générées plus fréquemment et le format de rapport devrait être suffisamment flexible pour permettre de recueillir et rapporter cette information mensuellement.

77. Le rapport tri-annuel devrait inclure : a) une revue de chaque composante du programme (aspects communautaires, dépistage, CRENAM, CRENAS, CRENI, organisation, etc.) avec une vue d'ensemble des rapports mensuels et annuels, b) revue des outils, des modules et des méthodes de formation, c) la qualité de la

supervision, d) le recrutement et l'organisation, e) la logistique, f) le financement du programme, et g) des recommandations pour l'ajustement.

78. Les formats des rapports, bien que semblables (par exemple, le besoin de titres et les différentes catégories) doivent être différents pour les composantes CRENI, CRENAS, et CRENAM de la PCIMA.

79. Le rapport devrait généralement présenter les cas d'œdèmes et d'absences d'œdèmes séparément.

Pour plus de clarté, lorsque la malnutrition œdémateuse est très rare, il n'est pas nécessaire de désagréger les données par œdèmes (c'est la cas pour quelques pays Sahéliens). Lorsqu'elle est plus fréquente, le rapport devrait être désagrégé par présence ou non d'œdèmes. Quand un enfant présente des œdèmes, il devrait être enregistré dans la colonne œdèmes, peu importe s'il remplit ou non d'autres critères d'admission. Le rapport et la base de données devraient être suffisamment flexibles pour s'adapter aux deux types de rapport.

80. Pour le rapport CRENI les données devraient être subdivisées en 4 groupes : enfants de moins de 6mois, 6-23 mois, 24-59 mois et > 59 mois.

81. Pour le rapport CRENAS, les données devraient être subdivisées en trois groupes : 6-23 mois, 24-59 mois et > 59 mois.

82. Pour le rapport CRENAM, les données devraient être subdivisées en deux groupes 6-59 mois et > 59 mois.

84. Les types de sortie du CRENI devraient être : « Traité avec succès (c'est-à-dire transféré vers le CRENAS et pour les moins de 6 mois allaitement maternel réussi avec prise de poids), guéri (pour les quelques uns qui restent au CRENI), décédé, abandon, non-répondant, référence médicale.

85. Les types de sortie du CRENAS devraient être : guéri, décédé, abandon confirmé, abandon non confirmé, transfert interne (transférer-vers) et non-répondant.

86. Le registre doit également contenir toute l'information nécessaire pour calculer la durée de séjour, le gain de poids et permettre la désagrégation de toutes les données par genre, pour la compilation du rapport annuel (ou plus fréquent).
(Voir section sur l'enregistrement)

87. Le rapport du CRENAS devrait contenir un encadré pour indiquer le CRENI vers lequel les patients sont normalement transférés.

Pour plus de clarté, certains CRENAS proches des frontières administratives peuvent normalement transférer des patients vers des CRENI situés dans un autre district. Si c'est le cas, ceci devrait être précisé dans le rapport.

- 88. Il devrait y avoir une section séparée dans le rapport permettant la correction des rapports précédemment soumis. En particulier, la reclassification des enfants précédemment classifiés comme "abandon non confirmé" en "abandon confirmé" et "décès".**
- 89. Le rapport devrait également contenir les détails sur l'inventaire des principaux produits de consommation du centre et de ceux susceptibles d'être en rupture de stock. En particulier, les ATPE mais d'autres produits essentiels tels que les médicaments systématiques peuvent être inclus (par exemple antibiotiques, anti paludiques, etc.). Les données devraient inclure le stock au début du mois, les produits reçus, et le stock à la fin du mois.**

Calcul et analyse

- 90. Tous les calculs sont basés (dénominateur) sur le nombre d'enfants sortant du centre ou du programme et non sur le nombre d'admissions.**
- 91. Pour les enfants sortant du CRENI le dénominateur est la somme des patients transférés vers le CRENAS (traitement avec succès/transfert interne/transfert vers) + décès + abandons + références médicales + non répondants quittant le centre, dans la catégorie d'âge considérée.**

Note : es erreurs d'admission, les jumeaux etc. ne sont pas pris en compte dans le calcul du numérateur ou dénominateur du CRENAS ou du CRENI.

- 92. Le TAUX de SUCCÈS (CRENI seulement) = nombre total de patients transférés au CRENAS (traitement avec succès/transfert interne/transfert vers) + nombre de guéris/ nombre de sorties du CRENI.**
- 93. Le TAUX de SUCCÈS (CRENI seulement) pour des nourrissons de moins de 6 mois avec accompagnante = nombre de nourrissons de moins de 6 mois sortis avec gain de poids étant exclusivement allaité/nombre total de nourrissons de moins de 6 mois avec accompagnante sortis du CRENI.**
- 94. TAUX DE DÉCÈS (CRENI) = nombre de décès dans le CRENI/nombre total de sorties du CRENI**

Voir le paragraphe de la section 3 "Décès dû à la MAS dans le service d'urgence des CRENI" sur la décision non résolue en ce qui concerne les décès dans les services d'urgence.

Remarque : cet indicateur « taux de décès » est également désigné sous le nom de " taux de létalité " ou " taux de mortalité "

95. TAUX DE RÉFÉRENCE MÉDICALE (CRENI) = nombre de patients référés pour une prise en charge plus approfondie en dehors de la PCIMA (en raison d'une maladie)/ nombre total des sorties du CRENI.

Note : le terme "référé" ne doit être utilisé que lorsque le patient quitte le programme ; le terme "transfert" est employé pour les mouvements internes entre CRENI / CRENAS.

96. TAUX D'ABANDON (CRENI) = nombre total d'abandons/nombre total des sorties du CRENI

97. TAUX DE NON REPONSE (CRENI) = nombre total de patients ne répondant pas au traitement/nombre total de sorties du CRENI.

Notez que cette catégorie devrait être très rare : la plupart des cas de non réponse devrait être référé pour approfondir le diagnostic et le traitement en dehors du programme et par conséquent devrait être classifié comme référence médicale. La plupart des pays dans la région signalent que la non-réponse au CRENI est extrêmement rare.

98. DUREE DE SEJOUR des enfants (CRENI) = la somme totale des jours passés au CRENI uniquement pour les enfants classés comme sortant « traités avec succès » / nombre total d'enfants sortant « traités avec succès ».

Notez que ceci ne devrait pas être rapporté mensuellement - mais uniquement dans des rapports annuels et des évaluations.

99. Pour le CRENAS, deux dénominateurs sont possibles.

a. Le nombre total des sorties du centre = Guéris + décédés+ abandons confirmés + abandons-non confirmés + non-répondants + transferts internes (transférer-vers)

b. Le nombre total de sorties du programme = Guéris + décédés+ abandons confirmés + abandons-non confirmés + non-répondants

100. LE TAUX DE GUERISON (CRENAS) = nombre de patients sortis guéris / Nombre total de sorties du programme

Remarque : ceci est différent du "taux de succès" du CRENI : en effet, dans le CRENI, les transferts internes sont inclus dans le dénominateur, tandis que dans le CRENAS, les transferts internes sont exclus du dénominateur.

101. TAUX DE DÉCÈS (CRENAS) = nombre de patients décédés dans le programme CRENAS et lors de transfert interne vers le CRENI / Nombre total de sorties du programme

102. TAUX D'ABANDON CONFIRMÉ (CRENAS) = nombre d'abandons confirmés avoir abandonné le programme / Nombre total de sorties du programme

103. TAUX D'ABANDON NON CONFIRMÉ (CRENAS) = nombre d'abandonnés dont les raisons d'abandon n'ont pas été confirmées / Nombre total de sorties du programme

104. TAUX DE TRANSFERT (CRENAS) = nombre total d'enfants transférés dans le programme / nombre total des sorties du centre

105. TAUX DE NON REPONSE (CRENAS) = nombre de patients qui ne répondent pas au traitement / nombre total des sorties du centre

106. TAUX DE PATIENTS MANQUANTS (Programme PCIMA du district) = total de tous les transferts internes (transférer-vers) vers le CRENI du district – Nombre total de transferts internes (transférer-de) arrivant au CRENI.

Notez que cet indice ne peut être calculé qu'à partir des rapports agrégés au niveau du district, c'est-à-dire lorsqu'il y a un rapport complet de tous les CRENAS du district (à l'exclusion des CRENAS qui transfèrent des patients vers des CRENI dans un autre district. Lorsqu'un CRENAS transfère des patients vers un CRENI dans un autre district, le rapport devrait être copié aux deux districts, celui dont fait partie le CRENAS et celui vers lequel les patients sont transférés).

107. DUREE DE SÉJOUR (CRENAS) = nombre total de semaines pendant lesquelles les enfants sortis guéris sont restés dans le CRENAS X 7 / nombre total d'enfants guéris sortant du CRENAS

108. TAUX DE GAIN DE POIDS (CRENAS) = moyenne pour tous les enfants sortis guéris de : (Poids (kg) à la guérison – Poids minimum (kg)) x 1000 / (nombre de semaines entre le poids minimum et le poids à la guérison)*7) / Poids Minimum (kg)

Pour plus de précision, le taux de gain de poids n'est pas calculé pour le CRENI parce que les patients sont transférés au CRENAS pour la phase de "gain de poids" de leur traitement. Lors d'évaluations détaillées, la perte de poids et le taux de perte de poids dans le CRENI (ou CRENAS) peuvent être calculés si besoin, pour les différentes catégories de patients (par exemple ceux avec œdèmes, anorexie etc.). Dans le CRENAS, il n'est souvent pas possible d'obtenir des données sur le poids minimum et la semaine du poids minimum ; dans ce cas, le poids à l'admission peut être utilisé, mais le rapport doit indiquer que le taux de gain de poids (TGP) est calculé de cette façon et indiqué comme TGPadm plutôt que TGPmin. TGPadm sera habituellement plus petit que le TGPmin.

Remarque : La durée de séjour et le taux de gain de poids ne sont pas calculés régulièrement dans les rapports mensuels, mais sont calculés dans les rapports annuels/évaluations.

109. Le stock au début du mois + les produits reçus pendant ce mois – le stock à la fin du mois = Consommation. Ce chiffre devrait être calculé (ou rapporté

directement) et comparé à la consommation estimée à partir du nombre de patients traités pendant le mois.

Section 2 : Recommandations de la réunion sur les points de consensus nécessitant des données supplémentaires afin d'être adoptés unanimement.

Admissions

110. Mesures PB

Les participants à l'atelier étaient préoccupés par la qualité de la mesure du PB et la capacité du personnel sur le terrain à mesurer le PB avec une exactitude et une précision raisonnables. Une analyse portant sur plus de 200 agents qualifiés conduisant des enquêtes en Afrique de l'Ouest a montré que l'erreur technique de leur mesure était de 3mm en moyenne (0 à 6 millimètres) et quand on mesurait le PB de 10 enfants deux fois de suite, la plus grande différence entre les 2 mesures était de 9 millimètres en moyenne (intervalle de confiance : 0 à 19 millimètres). Comme la différence entre le diagnostic d'un enfant MAS (< 115 millimètres) et un enfant normal (> 125 millimètres) est seulement de 10 millimètres - presque la moitié des agents aurait diagnostiqué un des 10 enfants comme étant MAS le matin et normal l'après-midi.

On a signalé qu'il n'est pas rare d'avoir des enfants dépistés dans la communauté, référés vers un centre de prise en charge et refusés par ce centre, car finalement le PB ne classifie plus l'enfant comme MAS au centre. Ceci conduit à la perte de confiance de la communauté pour le programme et ceux en charge du dépistage.

Bien qu'on sache qu'il n'y ait aucune alternative satisfaisante au PB pour usage dans la communauté et dans quelques centres, il est fortement recommandé d'avoir une formation additionnelle et une standardisation pour tout le personnel à tous les niveaux et notamment pour les volontaires chargés de mesurer le PB dans la communauté ; autres suggestions : de nouveaux modèles de ruban PB devraient être développés et testés.

111. Table UNISEXE de poids-pour-taille

La recommandation d'utiliser une table UNISEXE pour le poids-pour-taille s'est basée en grande partie sur :

- des raisons pragmatiques de simplicité sur le terrain
- les données présentées à la réunion n'ont montré aucune différence dans les taux de mortalité chez les garçons et les filles admis dans le passé utilisant les tables UNISEXE NCHS
- L'utilisation d'un seuil unique pour le PB évite un biais de sélection par rapport au sexe
- Le désir d'éviter toute possibilité de discrimination envers les filles, lorsqu'il s'agit de décisions concernant l'admission dans des programmes.

Il est recommandé que l'utilisation de la table UNISEXE soit soigneusement évaluée et que, tant qu'on n'aura pas établi de différence de risques entre les filles et les garçons ou de différence dans les résultats du traitement, les

données de recherche devraient être collectées et différenciées par genre, afin de suivre les implications de cette recommandation.

112. Le degré d'œdèmes comme critère pour la prise en charge des patients en interne ou en ambulatoire.

Selon l'opinion de beaucoup de pédiatres dans les pays, le risque de mortalité pour les enfants avec œdèmes légers ou modérés est élevé dans les pays où la prévalence des œdèmes est basse (par exemple au Tchad) ; par contre le risque est bas dans les pays où la prévalence des œdèmes est élevée (par exemple RDC). Ceci n'était pas le point de vue général des participants.

Néanmoins, il a été considéré comme essentiel de collecter les données pour comparer et contraster le risque relatif de décès ou de résultats défavorables avec la malnutrition œdémateuse dans différentes zones géographiques de la région.

113. Critères de valeurs seuils ou de gain de poids pour la sortie

Dans certaines circonstances (équipes mobiles), la taille ne peut pas être mesurée, mais la mesure du poids est possible. Il n'y a pas non plus suffisamment de données sur la précision de la mesure du PB par les agents de santé pour déterminer si des programmes basés sur le "PB uniquement" devraient être encouragés (c'est toujours un sujet de recherche). Il est clair qu'un gain de poids de 15%, utilisé dans certains programmes, est un minimum.

Par conséquent, on recommande qu'une comparaison soit faite entre les critères de PB pour la sortie et les critères de gain de poids basé sur le poids qu'un enfant doit prendre pour passer de -3,5z-score à -1,5z-score pour l'indice poids-pour-taille avant que les critères de sortie (lorsque la taille ne peut être mesurée) soient déterminés.

114. Non réponse au traitement

Des informations sur les raisons de l'échec au traitement devraient être collectées et rapportées périodiquement - en particulier des données sur les différentes raisons d'échec au traitement (sociales, psychologiques ou médicales) au CRENAS et CRENI devraient être collectées.

Section 3 : Recommandations sur les points de non consensus lors de la réunion.

Admission

115. Doit-on utiliser une valeur seuil de PB unique pour tous les enfants âgés de 6 mois ou plus ou une valeur seuil différente pour les enfants de 6 mois ou plus ayant un retard de croissance (c'est-à-dire une taille plus petite qu'un enfant normal âgé de 6 mois (67 centimètres)? Aucun consensus n'a été trouvé pour cette question.

Arguments POUR : les enfants de petite taille (moins de 67cm, qui est la taille d'un enfant normal de 6 mois) peuvent être sur-diagnostiqués, ce qui augmente

considérablement et inutilement la charge de travail des programmes de PCIMA. De plus, du fait de leur petite taille, ces enfants ne remplissent pas facilement les critères de sortie et peuvent être classés de manière inappropriée comme échec ou non-réponse au traitement. Quand ils quittent le programme n'ayant pas atteint les critères de sortie, ils peuvent être immédiatement réadmis après leur sortie – ceci est difficilement compréhensible pour l'accompagnant, la communauté et le personnel. L'utilisation d'un bâton de 67 centimètres de long pour la sélection des enfants permettrait de partager les enfants en deux groupes : ceux au-dessus de cette taille, utiliseraient comme valeur seuil pour le PB 115mm et ceux en dessous de 67 cm utiliseraient comme valeur seuil 110mm (la taille n'aurait pas besoin d'être mesurée avec précision).

Arguments CONTRE : ceci compliquerait inutilement le dépistage et l'admission, exigerait une formation additionnelle et la mesure avec un simple bâton ne serait pas suffisamment précise. On ne sait pas au jour d'aujourd'hui si des enfants de plus de 6 mois mesurant moins de 67cm avec un PB entre 110mm et 115mm ont un risque accru de mortalité s'ils ne sont pas admis dans un programme de PECIMAS.

On recommande, pour des raisons de précaution, de convenance et de simplicité que tous les enfants de 6 mois ou plus avec un PB en-dessous de 115mm devraient être admis dans un programme de prise en charge MAS. Cependant la collecte de données sur ce point est nécessaire le plus rapidement possible, afin de réajuster cette recommandation.

En particulier, la réunion a recommandé que des données soient recueillies sur ce groupe d'enfants:

- a) Pour déterminer les seuils en utilisant le PB et le poids-pour-taille des enfants par catégories de taille, à partir d'enquêtes faites dans la région ;*
- b) pour déterminer si ce groupe d'enfants a un risque différent de mortalité, de résultats en terme de sortie, de taux de gain de poids et de durée de séjour par rapport aux enfants de plus grande taille et admis sur le seul critère de poids-pour-taille ;*
- c) pour déterminer la difficulté d'atteindre les critères de sortie pour ces enfants ;*
- d) pour déterminer le nombre relatif d'enfants remplissant les critères de MAS qui entrent dans cette catégorie afin d'estimer le nombre d'enfants attendus dans cette région et en estimer l'ampleur.*

116. Doit –on utiliser le seul critère poids-pour-âge pour les enfants âgés de moins de 6 mois comme critère d'admission, ou le critère poids-pour-taille?

Arguments POUR : il est très difficile de mesurer avec précision la taille chez les jeunes enfants - de petites erreurs donnent de grandes différences dans l'estimation du statut nutritionnel ; le changement rapide du PB dans cette catégorie d'âge rend cette mesure non fiable, et le poids pour âge est relativement facile à prendre.

Arguments CONTRE : l'introduction d'une autre méthode d'évaluation du statut nutritionnel risque d'apporter une certaine confusion et l'on risque d'admettre

un grand nombre d'enfants qui ont une croissance normale, mais qui sont nés avec un faible poids de naissance.

Les participants ont décidé que des données devraient être collectées de façon prospective et analysées en utilisant le poids-pour-âge chez les enfants âgés de moins de 6 mois, pour déterminer si c'est une mesure sensible et spécifique du risque de décès.

Sortie

117. Les enfants qui sont admis en utilisant le critère poids-pour-taille devraient être déchargés sur un critère poids-pour-taille, et les enfants qui sont admis sur un critère PB devraient être déchargés sur un critère PB.

Ceci a été proposé par le groupe travaillant sur les critères de sortie mais n'a pas été approuvé en session plénière.

Arguments POUR : l'argument est l'uniformité des critères, avoir seulement un critère pour l'admission et la sortie dans n'importe quel programme simplifie considérablement la formation et la pratique, et rend les choses plus simples pour les programmes qui utilisent uniquement le PB comme critère d'admission.

Arguments CONTRE : a) inquiétude concernant la précision et l'exactitude des mesures de PB prises par les agents de santé et b) nécessité de prendre des mesures particulières pour les patients plus âgés et les adolescents pour qui le critère d'admission PB absolu ne différencie pas suffisamment le risque de décès (qui peuvent être admis avec le critère "émaciation sévère visible" [critère de l'OMS]).

Les participants ont proposé que, bien qu'il soit souhaitable d'admettre et de décharger les patients selon les mêmes critères, pour les programmes utilisant uniquement le PB, plus de données et d'expérience sont nécessaires avant de pouvoir recommander le PB comme unique critère de sortie.

118. Devrait-il y avoir une durée minimum de séjour de 2 mois dans le programme de traitement en ambulatoire?

Ceci a été proposé par le groupe travaillant sur les critères de sortie, mais non accepté en session plénière.

L'argument POUR : un séjour minimum assure une durée minimum de traitement pour une récupération totale.

Arguments CONTRE : dans beaucoup de programmes simplifiés, qui utilisent comme critère principal de sortie un durée de deux mois, le traitement des enfants qui n'ont pas récupéré (non-réponse au traitement) pendant ce temps, est simplement abandonné et ils sont déchargés comme non-répondants, au lieu d'être transférés pour un diagnostic approfondie etc. De plus, beaucoup d'enfants récupèrent bien sur une période de deux mois (c'est le cas de la plupart des cas d'œdèmes, des enfants plus âgés) et les garder plus longtemps que nécessaire dans le programme augmente inutilement le taux d'abandon ainsi que le coût et la charge de travail du personnel.

Globalement, les participants ont estimé que ceci ne devrait pas être un critère de sortie tant que des données ne seront pas collectées et analysées pour prouver que c'est une nécessité.

119. La taille à l'admission devrait-elle être utilisée pour calculer le "poids cible de sortie" ou est-ce que la taille devrait être reprise et le poids-pour-taille recalculé au moment de la sortie?

Le groupe n'a pas trouvé de consensus sur cette question.

L'option la plus simple est de calculer une seule fois le poids cible à l'admission, et faire sortir l'enfant quand il atteint ce poids cible. On évite ainsi de devoir mesurer la taille plus d'une fois. De plus, l'augmentation rapide de la taille d'un enfant est considéré être un meilleur critère de santé nutritionnelle que le gain de poids lui-même.

Un argument CONTRE est le risque de décharger un enfant qui est encore considéré malnutri en termes de poids-pour-taille, ce qui pose un problème de réadmission si l'enfant se refait mesurer dans un centre de santé.

On recommande que la taille soit prise au moment de l'admission et le poids cible calculé à partir de cette valeur pour la sortie. Cependant, il est également nécessaire de collecter des données pour s'assurer que des enfants considérés comme sévèrement malnutris selon des critères de poids-pour-taille ne soient déchargés.

Définitions

120. JUMEAUX

Le groupe de définitions a proposé que le jumeau d'un patient MAS soit admis avec le patient, qu'un numéro de MAS lui soit attribué et qu'il soit enregistré comme autre admission. Ceci n'a pas été accepté en session plénière.

Argument POUR : le nombre de patients réellement pris en charge par le centre est ainsi enregistré.

Argument CONTRE : l'enfant n'est en fait pas sévèrement malnutri et ne devrait pas être désigné comme tel.

La recommandation est la suivante : le jumeau accompagnateur devrait être pris en charge comme un "autre patient" du centre. Il peut recevoir un numéro d'enregistrement du centre, mais ne devrait pas avoir un numéro de MAS.

121. Les décès dus à la MAS dans le département des urgences de l'hôpital où se situe le CRENI

Ni les groupes de travail sur les définitions, ni les groupes travail sur les calculs n'ont trouvé de consensus pour assigner un numéro MAS au niveau du service des urgences. La majorité du groupe de travail sur les définitions a proposé qu'un décès dans un service d'urgence ne soit pas compté comme décès dans le CRENI. Le problème n'a pas été résolu en session plénière.

Arguments POUR : si le patient « n'était pas inscrit dans le programme », alors il n'est pas correct de compter le décès comme un décès faisant partie du programme MAS. De plus, ceci est difficile à organiser d'un point de vue pratique, car la plupart des services d'urgence ont une rotation rapide du personnel, pour qui une formation sur la PCIMA est nécessaire.

Arguments CONTRE : souvent le traitement de la MAS dans la plupart des services d'urgence est mauvais et peut avoir comme conséquence un grand nombre de décès. Ces cas ne sont généralement pas enregistrés, de sorte que les décès liés à la MAS dans une région peuvent être excessivement sous-estimés. De plus, les enfants transférés du CRENAS vers le CRENI sont fréquemment examinés et maintenus dans le service d'urgence avant le transfert au CRENI lui-même ; de tels patients, étant arrivés à l'hôpital (quoique pas formellement admis dans le service de malnutrition du CRENI) et attendant d'être admis au CRENI, devraient être enregistrés comme décès au CRENI et pas comme décès au CRENAS.

*Il est vivement recommandé de réaliser une enquête spécifique auprès des services d'urgence pour déterminer le nombre de décès dû à la MAS dans ce service. Toutes les évaluations de CRENI devraient inclure l'inspection des dossiers du service d'urgence (lorsqu'ils sont conservés). Lorsqu'ils ne sont pas conservés, tous les **décès** dans le service d'urgence devraient être évalués, pour déterminer si l'enfant était MAS.*

122. Catégorie INCONNUS

Les groupes de travail sur les définitions et sur les calculs ont recommandé qu'il n'y ait pas de catégorie appelée "INCONNU" pour la sortie dans les fiches de suivi et le rapport. Cependant le groupe de travail sur les définitions a également recommandé « qu'il y ait un endroit spécifique dans le rapport pour la reclassification des enfants signalés comme abandon mais enregistrés comme résultats inconnus dans les rapports précédents » ; deux déclarations qui semblent contradictoires. Le groupe de travail sur les calculs a inclus cette catégorie dans les autres calculs de consensus ; l'objection principale était le nom de cette catégorie, qui aurait tendance à être "sur-utilisée" par le personnel des centres qui n'ont pas fait de visites à domicile ou ne se sont pas renseignés sur le devenir d'un patient absent.

Il s'en est suivi un long débat en session plénière, avec plusieurs intervenants précisant qu'il n'y avait aucun autre endroit pour rapporter de tels enfants au niveau du rapport et que les enregistrer comme abandon faussait les dossiers.

Il est recommandé qu'une catégorie séparée pour les enfants qui répondent à la définition d'abandon, mais dont il est incertain s'ils sont en fait vivants ou décédés, devrait être créée et dénommée "Abandon-non confirmé" et être enregistré séparément de la catégorie "Abandon-confirmé".

123. Pourcentage de refus de transfert (CRENAS)

Il n'y avait aucun consensus dans les groupes. L'argument principal utilisé était qu'il serait très difficile de collecter les données.

Pour quelques centres, ceci pourrait expliquer la mortalité dans le CRENAS, en particulier quand le CRENAS est à une grande distance du CRENI. Il indiquerait également aux responsables du programme PCIMA la nécessité d'établir des CRENI additionnels plus près du CRENAS, ou de reformer le personnel du CRENI (si le refus est dû à une mauvaise réputation dans la communauté). En outre, une note indiquant le refus de transfert dans la fiche de suivi ou le registre permettrait de constater que l'importance du transfert a été expliquée à l'accompagnante et que malgré les explications, le transfert a été refusé. Cette note permettrait de couvrir le personnel en cas de mise en cause dans le décès de l'enfant à la maison.

Arguments CONTRE - ceci nécessiterait une note additionnelle dans la fiche de suivi et/ou le registre (dans la colonne « autres remarques »)

On recommande que cet indicateur soit piloté dans quelques centres, pour déterminer si le refus de transfert est courant, et s'il peut expliquer les décès dans le programme CRENAS.

Section 4 : Réunion technique sur le logiciel

Après la réunion principale, une réunion technique sur le "logiciel" a eu lieu pour concevoir un logiciel afin de simplifier le remplissage des rapports, l'envoi électronique des copies de rapports, l'agrégation des rapports et l'établissement d'une base de données nationale et régionale. Le logiciel devrait également être conçu de façon à ce que des rapports automatiques puissent être produits de manière détaillée par centre, district, région et pays.

Participants : Robert Johnston (UNICEF), Juergen Erhardt (consultant), Yvonne Grellety (consultante), Michael Golden (consultant) et Hélène Schwartz (UNICEF).

Une grande discussion a eu lieu au sujet des possibilités et un bilan des "leçons apprises" en Afrique de l'Est (où le logiciel est seulement utilisé dans un pays étant donné qu'aucune harmonisation ou accord dans la région n'a été discuté pour une utilisation régionale) a été fait. La discussion a également pris en compte les difficultés que d'autres régions et pays ont éprouvé dans le maintien des bases de données Access ou Excel.

Sous réserves d'approbation et commentaires des utilisateurs éventuels d'un tel logiciel, voici ce qui a été convenu.

Le logiciel serait commissionné pour usage dans la région. Il aurait :

Une interface semblable à ENA pour SMART et ANTHRO (OMS).

Le système sera suffisamment flexible pour permettre d'avoir des champs d'entrée "fixes" utilisés par tous les pays et acteurs et des champs d'entrée "optionnels" qui pourront être utilisés par les pays qui le souhaitent.

Les options seront faites de telle sorte que chaque pays pourra supprimer des champs d'entrée "optionnels" et ainsi créer son propre modèle de rapport (dans le fichier "option").

Néanmoins, la base de données résultante serait construite, de façon à avoir des endroits définis pour le stockage de toutes les variables fixes et optionnelles. Là où des variables optionnelles n'ont pas été collectées ou requises, ceci aura simplement comme conséquence une variable absente dans la base de données.

La base de données serait capable de recevoir, agréger et analyser des données du CRENI, du CRENAS et du CRENAM ; cependant les données du CRENAM seront séparées des données CRENI et CRENAS.

L'organisation initiale serait d'avoir plusieurs feuilles dans le logiciel avec :

- 1) La capacité d'entrer des données d'un patient individuel et de calculer les indices nutritionnelles, durée de séjour, taux de gain de poids etc. à côté des résultats et désagréger toutes les données par genre ou autre "filtre".
- 2) Des rapports avec des formats (selon les options établies) qui peuvent être spécifiques à un pays pour les CRENI, CRENAS et CRENAM.
- 3) Une feuille d'enregistrement de centre - pour enregistrer les centres et soumettre des détails tels que le changement de protocole, les ruptures de stocks, etc. Là où il y a un changement dans les détails pour un centre, ceci serait signalé dans le rapport mensuel.
- 4) Une feuille de résultats, où des données sont montrées graphiquement aussi bien que numériquement par centre (longitudinalement), district, région ou pays. Et les divers indicateurs sont automatiquement calculés et affichés.
- 5) Une feuille optionnelle, où chaque pays peut choisir quelles données collecter et stocker.

Les bases de données pourraient être fusionnées au niveau district, régional, national et international.

Conclusion

Les organisateurs, les facilitateurs et le sous-groupe de participants feront le suivi sur : 1)- le développement de logiciel ; 2) – Le protocole générique et les outils de suivi de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) seront mis à jour selon les conclusions de la réunion de consensus ; 3)- l'appui technique aux pays pendant la révision de leur protocole national relatif à la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë; 4) - Recherche opérationnelle sur des sujets où le consensus n'a pas été atteint.

Appendice

Annexe I: Liste des participants

	NOM	ORGANISATION	PAYS	POSITION
1	Jan Eijkenaar	ECHO	AOC	Conseiller Humanitaire Régional
2	Jean-Louis Mosser	ECHO	AOC	Expert Régional Médical
3	Sigrid Kuhlke	ECHO	AOC	Expert Régional en Sécurité alimentaire
4	Regina Davis	OFDA	AOC	Conseillère Principale Régionale
5	Ferima Coulibaly Zerbo	OMS	AOC	Responsable Technique Nutrition inter pays
6	Edith Heines	PAM	Italie	Conseillère Programme en Nutrition
7	Kinday Samba	PAM	AOC	Conseillère Régionale Senior en Nutrition
8	Anna Horner	PAM	AOC	Conseillère Régionale en Nutrition
9	Markus Esbjornsson	PAM	Sénégal	Assistant en Nutrition
10	Hedwig Deconinck	FANTA-2	USA	Conseiller senior en Nutrition pour les urgences
11	Ilka Esquivel	UNICEF	USA	Conseiller Senior en Nutrition, Sécurité et Urgences
12	Felicite Tchibindat	UNICEF	AOC	Conseillère Régionale en Nutrition
13	Roland Kupka	UNICEF	AOC	Spécialiste en Nutrition
14	Robert Johnston	UNICEF	AOC	Spécialiste en Nutrition
15	Helene Schwartz	UNICEF	AOC	Spécialiste en Nutrition
16	Michael Golden	UNICEF	Irlande	Consultant
17	Yvonne Grellety	UNICEF	France	Consultante
18	Sergio Teixeira	REACH	Senegal	Facilitateur REACH
19	Issakha Diop	HKI	AOC	Coordonateur Régional CMAM
20	Serge Breyse	SC-UK	AOC	Conseiller Régional Santé
21	Malik Allaoua	SC-UK	AOC	Responsable Régional des Urgences
22	Anne-Dominique Israël	ACF	France	Conseillère senior en Nutrition
23	Christophe Breyne	ACF	AOC	Coordonateur de programme- Bureau régional
24	Isabelle Defourny	MSF-F	France	Responsable progamme Niger, Tchad, Mali, Yemen
25	Valerie Captier	MSF-S	Suisse	Conseillère en Nutrition
26	Anne Walsh	Valid International	UK	Responsable du Secteur Nutrition
27	Douglas Steinberg	HKI	AOC	Directeur Régional
28	Eric-Alain Ategbo	UNICEF	Niger	Responsable Nutrition
29	Hamidine Hassane	UNICEF	Niger	Responsable Nutrition
30	Abdoulaziz Hassoumi Biga	CRF	Niger	Assistant Nutritionniste
31	Karine Koudert	ACF	Niger	Coordonatrice Médico-Nutritionnelle
32	Yvonne Nzomukunda	MSF-B	Niger	Coordinatrice Médicale
33	Aboubacar Mahamadou	MdS	Niger	Directeur de la Nutrition
34	Maman Zaneidou	MdS	Niger	SNIS
35	Mamane Batoure	MdS	Niger	Direction de la Nutrition
36	Médiatrice Kiburenté	UNICEF	Mali	Spécialiste Nutrition
37	Samake Raki Ba	MdS	Mali	Division Nutrition, Ministère de la Santé
38	Mana Habiba Traore	MdS	Mali	Pédiatre, Ministère de la Santé
39	Chantal Autotte Bouchard	ACF	Mali	Coordonatrice de Nutrition et Médicale
40	Ines Lezama	UNICEF	Mauritanie	Spécialiste Nutrition
41	Mohamed Daouda Baro	UNICEF	Mauritanie	Spécialiste Nutrition
42	Francis Buhendwa Bitey	UNICEF	Mauritanie	Consultant
43	Mohamed Moustapha Kane	MdS	Mauritanie	Chef du Service de Nutrition
44	Diane Ashley	CRF	Mauritanie	Chef de projet Nutrition
45	Sylvestre Tapsoba	MdS	Burkina Faso	Directeur de la Nutrition
46	Sidi Coulibaly	MdS	Burkina Faso	Directeur des Statistiques de la Maladie

47	Béatrice Barumbanze	CRB	Burkina Faso	Assistante technique du projet nutrition
48	Noel Zonon	TdH	Burkina Faso	Chef de projet SMI
49	Regina Khassanova Traore	HKI	Burkina Faso	Coordinatrice "Lutte contre la malnutrition"
50	David Rizzi	UNICEF	Tchad	Spécialiste Nutrition
51	Amina Bangana	UNICEF	Togo	Spécialiste Nutrition
52	Touglo Adavi Lonlon	MdS	Togo	Point focal Nutrition
53	Gdandi Nadjombe	MdS	Togo	Point focal Nutrition - Savanes
54	Adjangba Kobou Mensah	MdS	Togo	Charge des données - service Nutrition
55	Mueni Mutunga	UNICEF	Sierra Leone	Spécialiste Nutrition
56	Isata Tu-Tu Conteh	MdS	Sierra Leone	Spécialiste Nutrition

Annexe 2 – Révision scientifique des questions clés sur le suivi et l'évaluation de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (présentée par le Professeur Mike Golden)

1. Huit sujets doivent être harmonisés: critères d'admission, critères de sortie, registre, définitions, nomenclature, organisation, rapport et calcul & analyse.
2. Les questions controversées ont été analysées sur la base d'évidences scientifiques pour aider les participants à prendre des décisions éclairées.
3. Le critère poids-pour-taille devrait-il être différencié selon le sexe ou devrait-il y avoir une seule table UNISEXE? Dans les nouvelles normes de croissance de l'OMS (2006), les tables poids-pour-taille sont différenciées selon le sexe. Ce qui complique la situation sur le terrain avec un personnel réduit. Dans 23 centres de nutrition thérapeutique (dans 13 pays africains), les enfants de 6-59 mois, admis en utilisant des tables UNISEXE, ne montraient pas de différence significative entre sexe en ce qui concerne leur taux de mortalité. En fait, ceci peut s'expliquer par le fait qu'une fille du même poids absolu avait un risque de mortalité comparable à celui d'un garçon de la même taille. Il est certainement plus sûr d'admettre tous les enfants en utilisant les normes OMS pour les garçons - cela permet d'éviter le risque de discrimination envers les filles.
4. Le même seuil du PB devrait-il être utilisé pour tous les enfants de 6 mois ou plus ou devrait-il y avoir un seuil différent selon qu'il s'agisse des enfants de petite ou grande taille? Divers graphiques ont été présentés: PB pour Age z-score par rapport au seuil PB – 3 z-score (fille); PB pour Age z-score selon les normes de l'OMS (fille); Valeurs seuils du PB absolu par rapport au P/T z-score par catégorie de taille (comparaison faite à partir d'enquêtes); PB pour Taille z-score par rapport au seuil PB – 3 z-score (fille). La difficulté de mesurer le PB a été soulignée: on a demandé à 4 superviseurs et 22 membres du personnel de mesurer le PB de 10 personnes deux fois de suite. Les erreurs faites par les superviseurs se situaient entre 1 à 2 mm, mais pour le personnel, elles variaient de 2 à 13 mm. Il est important de rappeler que la différence entre un enfant MAS et un enfant normal n'est que de 10 mm. Il est crucial d'améliorer la qualité du ruban et d'investir dans la formation et les tests.
5. Les enfants devraient-ils toujours être admis au CRENAS s'ils ont des œdèmes + ou ++ ou devrait-on se baser sur l'expérience des pays? Ceci dépend du pays - Là où les œdèmes sont fréquents cela semble être OK, mais dans les pays où les œdèmes sont rares, ceci semble être dangereux.
6. Quels sont les critères d'admission pour les enfants de moins de 6 mois? Le poids-pour-taille n'est pas toujours suffisamment précis pour ce groupe d'âge (il y a des erreurs dans la mesure des enfants de petite taille - quand on arrondit le poids au 100g près et la taille au cm près). D'autres critères pourraient être l'échec de l'allaitement maternel (mais comment le déterminer objectivement?) ou l'utilisation de poids-pour-âge au lieu du poids-pour-taille.
7. Lequel des critères de seuil ou de gain de poids est le plus approprié dans tous les milieux? Devrions-nous utiliser un des deux critères ou les deux en fonction du contexte pour les critères de sortie? Quel devrait être le seuil standard :-1,0 z-score, -1,5 z-score, -2,0 z-score ou

une autre valeur ? Il n'y a pas suffisamment de données (y compris les données sur les rechutes) pour prendre une décision. Si le gain de poids de 15% est utilisé, le résultat sera différent selon le poids à l'admission. Par exemple, pour un enfant qui était à 70% du poids cible, 15% de gain de poids l'amènera à 80,5% de la valeur médiane et si un enfant était à 60% du poids cible, 15% de gain de poids l'amènera à 69% de la valeur médiane (l'enfant sera toujours sévèrement malnutri). Pour amener un enfant de 70% à 100% cela nécessite un gain de poids de 21,4% à partir du poids d'admission. Il a été suggéré d'utiliser -3.5 z-score des normes de l'OMS comme poids d'admission et les valeurs correspondantes à -1,5 z-score comme valeur cible (en supposant que -1,5 est choisi comme la valeur seuil de sortie).

8. Quel devrait être le seuil de PB pour la sortie (115mm, 120mm, 130mm, 135mm, ou autre) ou devrait-on se baser sur un gain de PB (par exemple 10 mm ou 15mm)? Les données ne sont pas claires pour les enfants de petite taille et les enfants de plus grande taille.

9. Les patients transférés avec succès du CRENI au CRENAS devraient-ils être désignés comme guéris ou «déchargés» ou «traités avec succès»? Ceci doit être décidé par les participants.

10. Des définitions de termes utilisés dans divers programmes ont été proposés : nouvelles admissions ; rechute ; réadmission ; erreur d'admissions ; guéri ; décédé ; transfert de ; retour ; abandon ; transfert vers ; non-réponse ; inconnu et numéro MAS. Les participants décideront quels termes et définitions utiliser.

11. Le groupe de travail sur la nomenclature était invité à harmoniser les termes (programmes entiers, dépistage, centre de prise en charge interne ; ambulatoire; activités de mobilisation communautaire ...) utilisés à la fois en français et en anglais.

12. Le groupe de travail en charge du format de rapport était invité à proposer différents formats pour les activités des CRENI, CRENAS, et CRENAM. Ceux-ci incluront le minimum de données à collecter (admissions et sorties). Le groupe pourra proposer des informations additionnelles qui peuvent être utilisées lors d'une vérification ou une évaluation (taux moyen de gain de poids, durée moyenne de séjour, état du stock, produits reçus, utilisés).

13. Le groupe de travail sur le calcul avait pour tâche d'expliquer la façon de calculer les données statistiques (taux de réussite; taux de guérison; taux de mortalité, taux de référence médicale; taux d'abandon, transfert vers l'extérieur, durée moyenne de séjour, le taux de non-réponse, la consommation des ATPE...).

Annexe 3.1 – Rapport mensuel CRENI

CRENI - RAPPORT MENSUEL - PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE - CRENI																																
Logo National du Pays	CODE du Centre							PARTENAIRE en Charge du Centre																								
	NOM du Centre							RAPPORT préparé par																								
	CODE du Centre	Unité Pédiatrique	Autre					PERIODE du Rapport <u>du</u> JJ/MM/AA																								
	REGION							PERIODE du Rapport <u>au</u> JJ/MM/AA																								
	DISTRICT							DATE de Soumission																								
	DATE d'OUVERTURE							Liste des CRENAS en-dehors du District utilisant le CRENI																								
Groupe d'Age	Total au Début du Mois (Deb)	Nouvelles Admissions			RE-ADMISSION après Abandons (<2mois) (Trad)	TRANSFERT INTERNE (du CRENAS ou d'un CRENI) (Tin)	Total des Entrées au CRENI (Cin)	Transfert	Autres SORTIES du CRENI				Total Sorties (Cout)	Total à la Fin du Mois (Fin)																		
		P/T<-3 z-score ou PB < 115 mm ou PB < 180 mm (Amar)	CEDEMES (Aoed)	RECHUTES (Arec)				TRAITES avec SUCCES/Transferts Internes vers CRENAS (Tout)	DECES (Dece)	ABANDONS (Dabn)	NON REpondants/ REFERENCES MEDICALES (Dmed)	GUERIS (Dgue)																				
< 6 mois																																
6-23 mois																																
24-59 mois																																
>59 mois																																
Total																																
								%	%	%	%	%																				
Erreurs d'admissions		No																														
								<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Produits</th> <th>En Stock</th> <th>Entrées</th> <th>Sorties</th> <th>Balance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F75 (sachet)*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F100 (sachet)*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATPE (carton)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Produits	En Stock	Entrées	Sorties	Balance	F75 (sachet)*					F100 (sachet)*					ATPE (carton)				
Produits	En Stock	Entrées	Sorties	Balance																												
F75 (sachet)*																																
F100 (sachet)*																																
ATPE (carton)																																
								* pour 500ml ou 2l																								
								<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Médicaments</th> <th>En Stock</th> <th>Entrées</th> <th>Sorties</th> <th>Balance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Médicaments	En Stock	Entrées	Sorties	Balance															
Médicaments	En Stock	Entrées	Sorties	Balance																												
<p>Nouvelle admission = Patient directement admis au CRENI (Phase aiguë) sans N° MAS.</p> <p>Transfert Interne (du CRENAS ou du CRENI) (Tin) = Patient qui était au CRENAS ou autre CRENI et qui a été transféré au CRENI.</p> <p>Décédé (Dece) = Patient qui est décédé au CRENI.</p> <p>Abandon (Dabn) = Patient qui est absent après deux pesées successives (soit 2 jours).</p> <p>Traité avec Succès (Tout) = il/elle a été traité avec succès et il/elle a été transférée vers un CRENAS ou qui augmente de poids en étant allaité exclusivement.</p> <p>Ré-admission après abandon (Trad) = Patient ayant abandonné le traitement MAS et étant ré-admis dans le CRENI dans une période de moins de 2 mois.</p> <p>Si le patient ayant abandonné, revient après 2 mois, il sera alors enregistré comme une nouvelle admission.</p> <p>Transfert Interne (vers un CRENAS ou un autre CRENI) (Tout) = Patient qui était au CRENI et est transféré vers un CRENAS pour continuer le traitement.</p> <p>Non Réponse/Référence Médicale (Dmed) = Patient qui ne répond pas au traitement et a été référé à un autre service ou hôpital qui prendra en charge le traitement.</p> <p>Guéris (Dgue) = Patient qui a atteint les critères de décharges</p> <p>Total En Charge Fin du Mois (Fin) = Total au Début du Mois (Deb) + Total Admissions (Cin) - Total Sorties (Cout)</p>																																

Annexe 3.2 – Rapport mensuel CRENAS

CRENAS - RAPPORT MENSUEL - PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE - CRENAS



CODE du CRENAS	
NOM du CRENAS	
TYPE de CRENAS	CRENAS Equipe Mobile
REGION	
DISTRICT	
DATE d'OUVERTURE	

PATERNAIRES en charge du CRENAS	
Rapport PREPARE PAR	
PERIODE du Rapport du JJ/MM/AA	
PERIODE du Rapport au JJ/MM/AA	
DATE de Soumission du rapport	
NOM/CODE du CRENI utilisé par le CRENAS	

Groupe d'Age	Total au début du mois (Deb)	Nouvelles Admissions			RE-ADMISSION après Abandon (< 2 mois) (Trad)	TRANSFERT INTERNE (du CRENI ou d'un autre CRENAS) (Tin)	Total des Entrées CRENAS (Cin)	Transfert	Déchargés					Total Déchargés (Dtot)	Total Fin du Mois (Fin)
		P/T < -3 z-score ou PB < 115mm ou PB < 180mm (Amar)	ŒDEMA (Aoed)	RECHUTE (Arec)					TRANSFERT INTERNE (vers CRENI ou CRENAS) (Tout)	DECES (Dece)	ABANDONS CONFIRMES (DabC)	ABANDONS NON CONFIRMES (DabN)	NON REpondant (refus de transfert au CRENI) (Dmed)		
6-23 mois															
24-59 mois															
> 59 mois															
TOTAL															

MISE à JOUR du Rapport du Mois Précédent

Groupe d'âge	Balance du rapport du mois précédent			Nouvelle Balance		
	Décès	Abandon Confirmé	Abandon Non confirmé	Décès	Abandon Confirmé	Abandon Non confirmé
6-23 mois						
24-59 mois						
> 59 mois						

Erreurs d'admissions	No
----------------------	----

%	%	%	%	%	%
---	---	---	---	---	---

ATPE	En stock	Entrées	Sorties	Balance
Carton				

1 Carton sachets

Amoxicilline				
Malaria				
autres				

Nouvelles admissions = Patient directement admis dans le programme pour le traitement de la MAS. Marasme (Amar), Kwashiorkor (Aoed) ou Rechute (Arec) : les admissions sont repertoriées dans les 3 différents colc
 Ré-admission après abandon (Trad) = Patient ayant abandonné le traitement MAS et étant ré-admis dans le CRENI dans une période de moins de 2 mois.

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

Transfert Interne (du CRENI ou un autre CRENAS) (Tin) = Patient ayant été au CRENI ou dans un autre CRENAS, qui est alors transféré vers le CRENAS.

Guéris (Dgue) = Patient qui a atteint les critères de décharge

Décès (Dece) = Patient étant décédé lorsqu'il était pris en charge par le programme (ou durant un transfert du CRENAS au CRENI. Le décès doit être confirmé par une visite à domicile.

Abandon confirmé (DabC) = Patient absent après deux pesées successives (soit 2 semaines), confirmé après une visite à domicile, par les agents de santé villageois, volontaires ou voisins.

Abandon non confirmé (DabN) = Patient ayant quitté le programme mais son type de sortie (vrai abandon ou décès) n'est pas confirmé/véifié par une visite à domicile.

Non-répondant (Dmed) = Patient n'ayant pas répondu au traitement après investigation, qui refuse d'être transféré au CRENI.

Transfert Interne (vers le CRENI ou un autre CRENAS) (Tout) = Patient suivi au CRENAS qui est ensuite transféré vers le CRENI ou un autre CRENAS.

Total fin du mois (Fin) = Total au début du mois (Deb) + Total admissions (Cin) - Total déchargés (Dtot) - Transferts Internes (Tout)