

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique

Option Nutrition

Année Universitaire 2014 - 2015

Sujet : Evaluation de la qualité des soins fournis par des Agents de Santé Communautaire pour la malnutrition aigüe sévère au niveau de l'aire de santé de Kita.

Présenté et soutenu le

Par :

Dr Ibrahim ABDOU

Président :
Membre :
Directeur :
Sponsor : Action Contre la Faim/innocent fondation

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée dans le cadre du stage de fin d'études pour l'obtention d'un master II en Santé publique. Je profite de l'occasion pour exprimer toute ma gratitude et mon admiration au personnel de l'ONG Action contre la faim plus particulièrement le personnel du site de Kita qui m'ont aidé et soutenu durant mon stage ; tous m'ont positivement marqué par leur disponibilité permanente à satisfaire nos besoins.

Mes remerciements s'adressent à L'ensemble des enseignants et apprenants du DER en santé publique.

Mes remerciements s'adressent aussi :

Aux corps enseignants et aux apprenants pour avoir animé cette année ;

A ma famille, pour le soutien et la patience qu'elle m'a témoignée.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACF : Action Contre la Faim – Action Against Hunger

DER : Département d'Enseignement et de Recherche

DERSP : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASC : Agent de Santé Communautaire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

MAM : Malnutrition Aigüe Modéré

RC : Relais Communautaires

MAS : Malnutrition Aigüe Sévère

MUAC : Mid Upper Arm Circumference

SEC : Soins Essentiels dans la Communauté (SEC)

URENAM : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée

URENAS : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère

URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

PASAN : Projet de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle

VAD : Visite a Domicile

Résumé :

La présente étude rentre dans le cadre du stage de fin d'étude pour l'obtention du Master II en Santé publique.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui examinera la qualité de la prise en charge de la MAS par l'ASC au niveau des sites des communes de Tambaga, Bougarabaya et Kobiri a Kita. Ont participé l'ensemble des agents de santé communautaire présent au moment de l'étude pour l'évaluation de la qualité de la prise en charge (observation non participante).

Dans l'ensemble, cette étude a permis de se faire une idée de la qualité de la prise en charge de la Malnutrition aigue sévère sur les dits sites.il ressort que les ASC formés et encadrée arrivent à prendre en charge 70%(35%-93%) de cas sans erreurs de gestion de cas. Les entretiens avec les Bénéficiaires semblent aussi corroborés la thèse suivant laquelle la qualité de la prise en charge des cas par les ASC est bien perçue et acceptés par la communauté

Mots clé: Evaluation, Prise en charge de la MAM, Kita, ASC,Tambaga,Bougarabaya,Kobri

Summary: This study falls within the framework of the final internship study for obtaining the Master's degree in Public Health.

This was a descriptive cross-sectional study to examine the quality of the management of MAS by the CSA at the Tambaga common sites, and Bougarabaya Kobiri has Kita. Attended all community health workers present at the time of the study for the evaluation of quality of care (non-participant observation).

Overall, this study to get an idea of the quality of the management of severe acute malnutrition on called sites. It is found that trained and supervised ASC arrive to take over 70 % (35% -93 %) cases without case management errors. Interviews with Beneficiaries also seem corroborated the contention that the quality of the management of cases by the ASC is perceived and accepted by the community.

TABLE DES MATIERES

1-INTRODUCTION	8
1.1 OBJECTIFS	9
1.2-CADRE CONCEPTUEL DU PROBLEME	10
1.3-PRESENTATION DU CERCLE DE KITA	11
1.3.1-Géographie et environnement :.....	12
1.4-STRUCTURE D'ACCUEIL : ACTION CONTRE LA FAIM	13
1.4.1- COORDINATION/REPONSE	14
1.4.2-AXES STRATEGIQUES PRIORITAIRES.....	16
1.4.3 BASE DE KITA	16
1.5- QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES :	18
2-METHODOLOGIE	19
2.1- Type d'étude	19
2.2- Période et durée d'étude	20
2.3- La population d'étude:.....	20
2.4-Critères d'inclusion et de non inclusions	20
2.5-Echantillonnage:.....	21
2.6-Les variables de l'étude:.....	21
2.6- Techniques et Outils de collecte des données:.....	21
2.7-Plan de collecte des données.....	21
2.8-Plan d'analyse des données	22
2.9- Considérations éthiques:.....	22
2.10- Plan de diffusion des résultats:	23
3-RESULTATS	23
4.1. Aspects organisationnels et pratiques de soins observés chez les ASC.....	23
-Description des cas inclus dans l'évaluation.....	23
-Qualité de la prise en charge des cas.....	25
4- DISCUSSIONS	1
4.1. Aspects organisationnels et pratiques de soins observés.....	1
5-CONCLUSION	2

6- RECOMMANDATIONS 2

 6.1. De l'action contre la faim: 2

 6.2. Aux Agents de santé communautaire : 2

7-BIBLIOGRAPHIE 3

ANNEXES..... 5

1-INTRODUCTION

Au Mali, environ 26 % des enfants présentent une insuffisance pondérale dont près d'un tiers (9 %) sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est variée assez peu entre les garçons et les filles (24 % et 27 %), mais elle est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (28 % contre 17 %). Enfin, il faut signaler que c'est dans les régions de Mopti (32 %), Sikasso (27 %) et de Ségou (26 %) que les enfants sont les plus touchés par l'insuffisance pondérale. (1)

En Zambie, une étude sur la prise en charge intégrée de la pneumonie et du paludisme a révélé que 68 % des enfants atteints de pneumonie ont bénéficié d'un traitement précoce et approprié de la part des agents de santé communautaires(2;6).

Action Contre la Faim (ACF) intervient au Mali depuis 1996, particulièrement dans les régions du Nord du pays et, plus récemment depuis 2007, dans la région de Kayes. ACF est impliquée dans la santé du district de Kita depuis 2007 à travers un Projet de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PASAN) dans les quatre communes du Sud.

Dans le contexte de crise alimentaire et nutritionnelle de 2012, ACF s'étend dans toutes les zones de Santé fonctionnelles du district à travers le projet nutritionnel financé par ECHO. Les cas de Malnutrition aigüe sévère (MAS) sans complication sont gérés par les Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (URENAS) et les cas avec complications par une Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI) situé dans un centre de santé de référence (CSRef). La gestion de la malnutrition aigüe modérée se fait à deux niveaux : au niveau des Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire pour Modérée (URENAM), et au niveau des villages avec les Agents Santé communautaires (ASC). Ces ASC sont des agents basés dans certains villages sans CSCom. Ils offrent un paquet d'activité de prévention primaire et de soins curatifs. Dans chaque zone de santé, un réseau additionnel de volontaires communautaires (RC, Relais communautaires) géré par des Association de Santé Communautaire (ASACO) mettent en œuvre des activités de dépistage et référence des cas vers les Cscm.

ACF avec l'appui d'Innocent Fondation met en place depuis février 2015 un projet de recherche sur l'intégration de la prise en charge des cas MAS dans le paquet de SEC au Mali. Cette étude principalement basée sur une cohorte clinique prospective multicentrique examine l'impact de l'intégration d'identification et traitement précoce de la MAS dans le paquet d'activité de base délivré par l'ASC en communauté dans les

communes de Tambaga, Bougarabaya et Kobiri. Dans ces communes en plus de la prise en charge au Cscm par les chargé nutrition , dix-huit(18) ASC ont été formés et équipés pour la prise en charge des cas MAS sans complication dans quelque villages. En Février 2015 et Mai 2015, (121) cent vingt et un cas de MAS sont pris en charge dont la majorité (84,3%) sont prise en charge au niveau des sites ASC.

1.1 OBJECTIFS

1.1.1-Objectif général

Evaluer la qualité de la prise en charge des cas de malnutrition aigue sévère par les ASC dans l'aire de santé de Kita en 2015.

1.1.2 -Objectifs spécifiques

- Evaluer la capacité des ASC à évaluer le statut nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois.
- Evaluer la capacité des ASC à rechercher la présence d'un signe de danger chez un enfant malnutri et à le référer au niveau supérieur si nécessaire.
- Evaluer la capacité des ASC à donner le traitement systématique conformément au protocole pour les cas de malnutrition aigue sévère.
- Evaluer la capacité de l'ASC à donner les messages et conseils nutritionnels nécessaires.
- Evaluer la perception par les bénéficiaires de la qualité de soins reçus chez l'ASC.

1.2-CADRE CONCEPTUEL DU PROBLEME

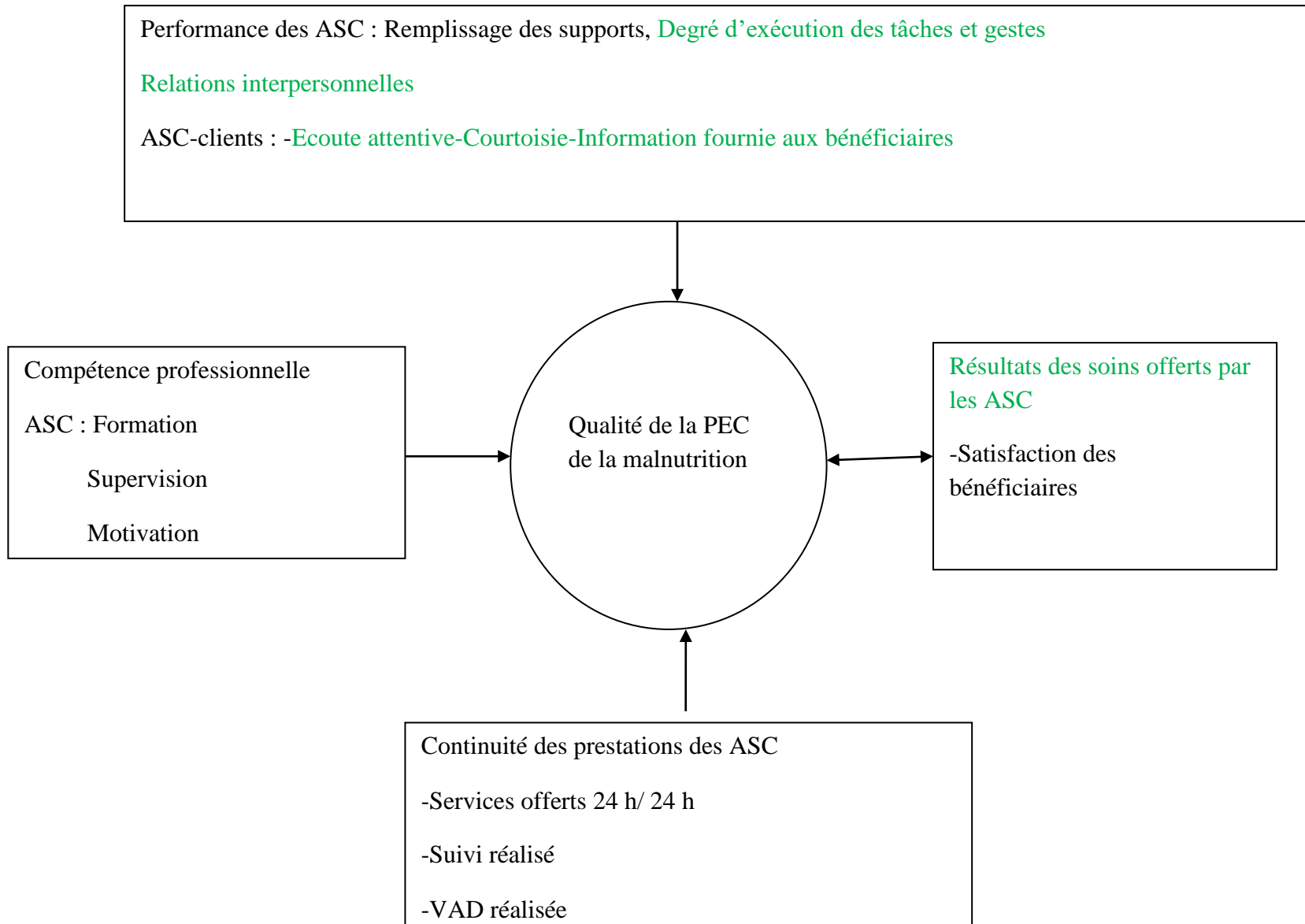


Figure 1 : Cadre conceptuel de la prise en charge de la malnutrition par les ASC.

Cadre conceptuel d'Avedis Donabedian adapté au SEC Mali (3 ; 5)

Dans cette étude, le terme de qualité est définie comme la capacité de l'ASC à évaluer correctement les cas de MAS / référer les cas de malnutritions et de fournir des conseils aux mères et accompagnants en référence au protocole SEC et PCIMA. Les dimensions pris en compte sont alors ceux en couleur sur le cadre conceptuel.

1.3 PRESENTATION DU CERCLE DE KITA

1.3 CERCLE DE KITA

Kita est le cercle le plus peuplé de la première région du Mali, après celui de Kayes (chef lieu de région).il couvre une superficie de 35250 km carré, et compte 33 communes dont deux urbaines.la population du cercle de Kita en 2012 est estimée à 565.763 habitants.

L'agriculture constitue la principale activité de la zone, considérée comme le grenier céréalière de la région de Kayes.les populations font cependant face à une situation d'insécurité alimentaire, liée notamment à la baisse du prix du coton, au coût élevé des intrants, à la diminution progressive de la fertilité du sol et aux aléas climatiques.

1.3.1-Géographie et environnement :

Le conseil des ministres a adopté le 3 février 2010 deux projets de décret portant classement des réserves de faune du Mandé-Wula et du Néma-Wula dans le Cercle de Kita, avec pour objectif de contribuer à la protection des grands mammifères qui peuplent ces zones dont certaines espèces sont en voie de disparition et à la conservation de leur habitat. Il vise en outre à contribuer au développement du tourisme de vision de la nature et du tourisme cynégétique.

1.4-STRUCTURE D'ACCUEIL : ACTION CONTRE LA FAIM

ACF Espagne au MALI, Décembre 2015

Gao, Kita, Bamako, Tombouctou



ACF est une organisation humanitaire internationale, non-gouvernementale, privée, non-politique, non-confessionnelle et à but non lucratif. ACF a été fondée en 1979 pour intervenir dans le monde entier. Sa mission est de lutter contre la faim, la misère et contre les situations dangereuses menaçant les hommes, les femmes et les enfants ACF est présent au Mali depuis 1996 à Gao, depuis 2007 à Kita et 2011 à Bamako puis à Tombouctou depuis Mai 2015.

Il intervient dans la Nutrition, la Sécurité Alimentaire et les Moyens d'Existence (SAME), l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène (EAH) et enfin le plaidoyer.

La projection d'ACF pour 2015/2016 est l'ouverture d'une base à Kayes avec le HIP 2016 et le départ de la Croix Rouge Française dans le District sanitaire de Kayes.

1.4.1- COORDINATION/REPONSE

ACF est membre actif des clusters:

- Nutrition (lead du sous-groupe PCIMA), Sécurité Alimentaire, EAH, Santé

ACF est adhérent du FONGIM participant aux:

- Groupes thématiques Action Humanitaire, Sécurité, Santé et Sécurité Alimentaire, EAH

ACF fait parti du Comité de pilotage de l'Alliance SUN Mali (société civile)

ACF est membre actif de 3 cadres communs développés au Mali (groupe d'ONG) pour:

- Cadre Commun Filets Sociaux
- Cadre Commun Santé
- L'Eau, Assainissement et Hygiène

ACF dispose d'un bureau régional à Dakar dénommé West African Regional Office (WARO) qui assure le plaidoyer et le développement d'une stratégie régionale entre les 10 pays où ACF est opérationnel.

1.4.2-AXES STRATEGIQUES PRIORITAIRES

ACF assure le développement de projets de résilience et de renforcement des moyens d'existence des ménages les plus vulnérables.

Il consolide l'approche nutritionnelle actuelle en renforçant le volet communautaire/prévention et étend la zone de couverture de prise en charge à la région de Tombouctou (en fonction des financements).

Il développer des projets qui intègrent la santé et nutrition axés sur la fenêtre d'opportunité des 1000 premiers jours de vie.

Il développer l'approche WASH in NUT et assure tout en renforçant l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement des populations vulnérables affectées par la crise du Nord Mali.

Il développe et harmonise un système de collecte de données en surveillance.

ACF fait promouvoir le développement d'un partenariat opérationnel de qualité tout en

Garantissant une approche innovante et intégrée aux 3 secteurs prioritaires d'ACF-E (Nutrition, SAME et EAH) qui permettent d'atténuer l'incidence de la malnutrition au Mali.

Enfin il poursuit les efforts de coordination avec les acteurs gouvernementaux, la société civile, les ONG, les institutions etc.

1.4.3 BASE DE KITA

ACF-Intervient dans le district sanitaire de Kita depuis 2007 à, travers le Projet d'Amélioration de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle(PASAN) dans les quatre communes du sud. Les six aires de santé composant la zone bénéficient d'un appui pour la prise en charge de la malnutrition aiguë. Dans le contexte de la crise alimentaire et nutritionnelle de 2012, ACF-E a étendu depuis juillet 2012 son appui à toutes les aires de santé fonctionnelles du district sanitaire à travers le projet de » renforcement des capacités locales de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë et d'accès à l'alimentation dans le cercle de Kita», financé par ECHO.

35 aires de sanitaires réparties sur 29 communes bénéficient ainsi d'un appui technique et matériel pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère.

Secteurs d'intervention: NUTRITION – EAH

Activités Nutrition

- Dépistage et prise en charge MAS/MAM
- Prévention/sensibilisation
- Projet recherche sur l'intégration de la prise en charge de la MAS dans le paquet SEC au Mali

Activités Eau Assainissement Hygiène (EAH)

- Construction et réhabilitation de points d'eau, latrines familiales et scolaires
- Promotion à l'hygiène (IEC)
- Paquet minimum EHA dans les centres de santé (Stratégie Wash in Nut)

1.5- QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES :

1.5.1-La qualité des soins :

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la qualité des soins. Pour certains auteurs, c'est une appréciation globale, équivalente d'«excellence», «conformité aux attentes», «zéro défauts» ou «satisfaction du client». D'autres estiment que la qualité des soins est multidimensionnelle, et qu'elle implique des notions telles qu'équité, accessibilité, sécurité, efficacité, efficience, «patient centeredness» (être centré sur le patient), continuité, etc. Une définition fréquemment citée est celle de l'Institut de médecine américain: « La qualité des soins dirait à quel point les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité de résultats de santé souhaitables et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles».

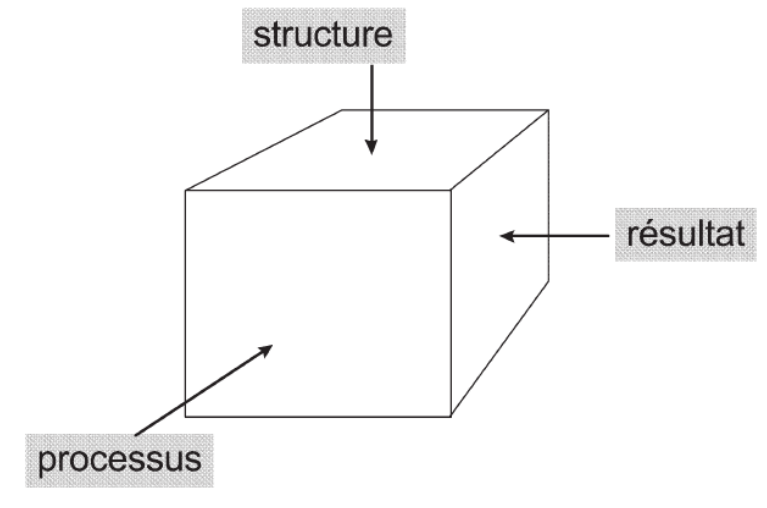
Qualité ne veut pas forcément dire la même chose pour un individu et pour la société, pour le payeur et pour le soignant, et d'où sa dimension multidimensionnelle.

Un cadre conceptuel multidimensionnel de la qualité des soins, fréquemment utilisé, est celui proposé par Avedis Donabedian connu pour ses travaux sur la théorie de la qualité des soins(3). Ce cadre appréhende trois aspects des soins: les structures, les processus, et les résultats

- les structures correspondent aux ressources mises à disposition pour les soins: dotation en personnel, ses qualifications, équipements, appareils, les locaux ;
- les processus désignent les soins fournis au patient, on s'intéressera en particulier à leur conformité aux bonnes pratiques professionnelles (compétence technique);
- les résultats des soins comprennent l'état de santé du patient, sa survie, sa qualité de vie, la survenue de complications, etc. Généralement, la satisfaction des patients est incluse dans cette catégorie.

Cette triade correspond à trois points de vue différents sur le même système complexe des soins: celui du planificateur, celui du professionnel, et celui du patient.

Figure 2 : Modèle de Donabedian : trois points de vue sur la qualité des soins



2-METHODOLOGIE

2.1- Type d'étude

La qualité des soins sera mesurée par une enquête observationnelle à l'aide d'une check-list pour observer l'ASC lors de prise en charge des cas par des observateurs validés après une formation.

2.2- Période et durée d'étude

L'étude a duré un (1) mois allant du 30 novembre 2015 au 31 décembre 2015 et s'est déroulée dans tous les sites ASC des aires de santé de Tambaga, Bougarabaya et Kobiri.

2.3- La population d'étude:

0.1. Taille de l'échantillon

Tous les ASC seront évalués pour cette étude, il n'aura pas une sélection des sites SEC à inclure dans l'évaluation de la qualité des soins.

La taille de l'échantillon pour le nombre d'observation direct à inclure dans l'étude est basée sur l'indicateur suivant « proportion d'enfant ayant recherché des soins sur un site ASC pris en charge et/ou référés correctement pour la malnutrition »

La formule est la suivante :

$$n = D \frac{(U\alpha)^2 * P * (1-P)}{e^2} \quad \text{Où}$$

- **D** est Design effet dans notre cas on fixe D=1,5 selon les recommandations de OMS (4)
- **U α** =1,96
- **p** la proportion d'enfant de 6 mois à 59 mois pour la malnutrition pris en charge et ou référés correctement pour malnutrition, on retient p=9% prévalence de la malnutrition sévère au Mali selon EDS V
- **e** le risque d'erreur acceptable donc 5%
- Le nombre total d'enfant nécessaire lors de la prise observée est de 169 enfants.

2.4-Critères d'inclusion et de non inclusions

Critères d'inclusion

- Age 6 à 59 mois. les parents seront invités à fournir les preuves de l'âge. Si cela n'est pas possible, un calendrier des événements sera utilisé pour s'assurer que les âges fournis par les parents sont corrects. Nous n'allons pas utiliser la taille comme indicateur approximative pour l'âge.
- Capacité des parents ou de l'accompagnant à donner le consentement

Critères d'Exclusion

- Age 6 à 59 mois Résidant hors zone de l'étude

2.5-Echantillonnage:

Le choix a été exhaustif pour les agents de santé communautaires au niveau des sites de prise en charge de la malnutrition. L'ensemble des enfants répondants à nos critères ont été inclus.

2.6-Les variables de l'étude:

- la réalisation des gestes techniques (prise de Périmètre Brachial, de Poids, de Taille, la recherche des signes de danger) ; identification et traitement systématiques cas MAS
- La recherche de la Présence des œdèmes nutritionnels
- les relations interpersonnelles (accueil, informations des accompagnants)

2.6- Techniques et Outils de collecte des données:

Nous avons utilisé pour l'étude une grille d'observation non participante des ASC pendant leur prestation de soins.

2.7-Plan de collecte des données

Formation des évaluateurs (observateurs) pendant une semaine sur les protocoles SEC et PCIMA.

Les différents outils de collectes avaient été pré testés au niveau du site de Kantila et de Djonfacourou respectivement commune de Tanbaga et de Kobri. Les données collectées avaient été testées pour voir leur fiabilité inter et intra enquêteur après standardisation de chaque question sur la grille entre les observateurs et pour chaque observateur pour l'outil de collecte.

2.8-Plan d'analyse des données

Les grilles d'observation ont été saisies dans une base de données sous Epidata. Ainsi l'apurement et l'analyse de donnée ont été faits avec le logiciel R et Stata. A partir des items essentiels pour chaque dimension un indicateur composite a été construit en combinant plusieurs items. Cet indicateur a été considéré comme définissant les gestes essentiels que l'ASC doit avoir accompli pendant cette dimension. Les indicateurs composites définissant ces items suivants ont été construits :

- a) l'accueil
- b) le prise des mesures anthropométriques (poids, taille, PB)
- c) la recherche des œdèmes
- d) la réalisation du test d'appétit
- e) la recherche des signes de danger
- f) la référence des cas nécessitant une référence
- g) le traitement systématique (médical et diététique)
- h) la capacité à donner les conseils essentiels clés

Pour chaque indicateur la proportion de cas pour laquelle ASC a accomplis les taches essentielles a été calculée. Un autre indicateurs combinant le dépistage, le traitement et les conseils clés a permis de mesurer les la proportion de cas pris en charge sans erreurs de gestion par ASC (Uniquement pour les nouveau cas)

2.9- Considérations éthiques:

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude portant sur le respect des aspects suivants : l'anonymat, la participation libre et volontaire après consentement libre et éclairé, la possibilité de consulter les données dans le rapport et sur l'innocuité de l'étude sur le plan physique et psychique. Cette étude avait permis de vérifier la qualité des soins fournis par les ASC et de la

comparer avec celui du CSCOM ; cela afin de voir s'il y a écart entre l'existant et ce nouveau model. Le but final était de faire des recommandations en vue d'une prise de décision pour l'extension et la vulgarisation de la prise en charge de la MAM par les ASC.

2.10- Plan de diffusion des résultats:

Il est prévu de:

- faire une restitution locale
- déposer un rapport au niveau d'ACF
- fournir le rapport au niveau du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP)

3-RESULTATS

4.1. Aspects organisationnels et pratiques de soins observés chez les ASC

La case de santé qui existe toujours est en bon état, propre et bien aéré. En son sein on peut voir ses outils de travail (une toise, une balance pèse mère /bébé, une bande de Shakir, un thermomètre et c....) en plus les aliments thérapeutiques et les médicaments. Il existe une poubelle qui sert de contenant à tous les déchets sauf les déchets piquants qui se retrouvent dans la boîte à aiguille. Il y a du matériel pour l'hygiène également. Concernant l'hygiène, l'ensemble des agents de santé communautaire se lavent les mains avant et/ou après la réalisation des soins.

-Description des cas inclus dans l'évaluation

Tableau 1 : Type de cas observés

Types	n	%
Nouveau cas	12	8
Cas en cours de suivi	113	72
Cas non malnutris	32	20
Total	157	100

Au total 157 observations de gestion de cas par les ASC ont été faites. Dont 12 nouveaux cas diagnostiqués comme MAS et 113 cas de MAS en cours de suivi. Les 32 autres cas soit 20% après la prise des mesures anthropométriques ont été classés comme normaux nourris.

Tableau 2 : caractéristique socio- démographiques de cas

Caractéristiques	n	%
Age (moyenne \pm SD) (mois)	33 \pm 20	-
Masculin	55	35
Féminin	102	65

La moyenne d'Age des enfants pris en charge pendant la période de l'observation est de 33 mois avec 65% de cas de sexe féminin.

-Qualité de la prise en charge des cas

L'ensemble des 157 cas ont bénéficié du service de l'agent de santé communautaire mais certains cas notamment les 32 cas n'ont bénéficié que du diagnostic (dépistage) car ils ont été déclarés finalement comme non malnutris par l'ASC. En dehors de l'accueil et du dépistage systématique de la malnutrition ces cas n'ont pas bénéficié d'autres services donc la capacité de l'ASC n'est évaluée que sur ces aspects pour ces cas.

Tableau 3 : Accueil et dépistage des cas

Dimensions	Nouveau cas Normaux(%)	+ Cas en cours de suivi	Ensemble
Accueil	44/44 (100)	113/113(100)	157/157(100)
Dépistage			
Prise de poids	41/42 (93)	111/112 (99)	152/155(97)
Prise de taille	37/43 (86)	-	37/43 (86)
PB	43/43 (100)	109/112(97)	152/155(98)
œdèmes	11/12 (92)	87/112(78)	98/124(79)

Le bon accueil d'un cas lors de la prise en charge par ASC est apprécié à travers plusieurs items dont la salutation et la mise en confiance en offrant un siège. Ici l'ensemble des cas vu ont été bien accueilli (100%). Les mesures anthropométriques de chacun des cas ont été prises et la recherche des œdèmes nutritionnels faite. Les résultats suggèrent la majorité des cas (plus de 75%) des cas ont bénéficiés d'une bonne mesure anthropométrique et d'une recherche adéquate des œdèmes nutritionnels

Tableau 4 : Diagnostique des cas malnutritions aigues avec et sans complications et référencement

	Nouveau cas (%)	Cas en cours de suivi(%)	Ensemble(%)
Test d'appétit	10/12 (83)	18/24(75)	28/36(78)
Signes de Danger	9/12(75)	109/112(97)	118/124(95)
Reference adaptée	2/2 (100)	5/6(83)	7/9(88)

L'une des taches essentielles de l'ASC est l'identification des cas à traiter sur le site ou à domicile et les cas à référer au niveau supérieur. Pour l'ensemble des cas, le test de l'appétit est réalisé dans 78% suivant le protocole, la présence de signes de danger a été demandée ou recherchée chez 95% des cas. Lors de ces observations 88% des cas nécessitant une référence ont été effectivement référés au niveau supérieur notamment à l'URENI

Tableau 5 : Administration du Traitement systématique et conseil pour utilisation ATPE

	Nouveau cas (%)	Cas en cours de suivi(%)	Ensemble(%)
Traitement systématique	10/10 (100)	32/46(70)	42/56(75)

Conseil pour utilisation des ATPE	8/10 (80)	60/108 (56)	68/118((58)
-----------------------------------	-----------	-------------	-------------

Lors de l'admission pour tous les nouveaux cas un traitement systématique est fait pour chaque cas d'enfant malnutris. Ce traitement est fait d'une partie médicale constituée d'antibiotique (ici l'amoxicilline), du test de paludisme par TDR avec CTA en cas de positivité ; et d'une partie diététique avec une quantité spécifique ATPE selon le poids de l'enfant. Ce traitement doit s'accompagner de conseil nutritionnel puisque l'ATPE servira d'aliment pour le cas malnutris.

Lors de notre observation 75% des cas ont reçu le traitement systématique, cette proportion est de 100% pour les nouveau cas et 70% pour les cas en cours de suivi. Les conseils nutritionnels essentiels ont été prodigués à 58% des cas dont 80% pour les nouveau cas et 56% pour les cas en cours de suivi.

Pour les 10 nouveau cas 70%(35%-93%) ont été pris en charge sans erreurs de gestion que ce soit pour le dépistage, le traitement que pour les conseils essentiels

4- DISCUSSIONS

4.1. Aspects organisationnels et pratiques de soins observés

Dans notre étude nous nous sommes intéressés aux agents de santé communautaire des sites mais pas à la perception des bénéficiaires faute de temps suffisant et nécessaire pour la réalisation d'une telle enquête.

Nous n'avons pas trouvé des références pour discuter ce travail aussi bien au niveau de la littérature grise que celle publiée.

Dans cette étude nous n'avons pas atteint la taille de notre échantillon cependant elle permettra d'apporter un plus par rapport a des études plus complexes sur la prise en charge des cas de malnutrition aigue sévère par les agents de santé communautaires.

Dans notre étude un total de 157 observations de gestion de cas par les ASC ont été faites. Dont 12 nouveaux cas diagnostiqués comme MAS et 113 cas de MAS en cours de suivi. Les 32 autres cas soit 20% après la prise des mesures anthropométriques ont été classés comme normaux nourris. Ce fait de ne pas atteindre la taille de l'échantillon qui est de 189 peut s'expliquait par la période de pleine récolte pendant laquelle les populations avaient des vivres.

Dans notre étude 32 cas n'ont bénéficié que du diagnostic (dépistage) .cela s'expliquait par le fait qu'ils ne présentaient pas de malnutrition.

Dans notre étude les agents de santé communautaire ont été courtois dans 100% avec les conseils nutritionnels essentiels qui ont été prodigués à 58% des cas dont 80% pour les nouveau cas et 56% pour les cas en cours de suivi, ce résultat peut s'expliquer par le fait des us, coutumes et tradition du milieu villageois.

Dans notre étude les résultats suggèrent que la majorité des cas (plus de 75%) ont bénéficiés d'une bonne mesure anthropométrique et d'une recherche adéquate des œdèmes nutritionnels. Cela dénote de la rigueur dans le suivi et de l'intensité des supervisions.

Dans notre étude les signes de danger ont été demandés ou recherchés chez 95% des cas. Cette proportion de recherche de signe par l'ASC s'expliquait par le fait que la recherche est dictée par la plainte c'est-à-dire en d'autres terme qu'elle est fonction de la plainte et de l'état du malade.

Dans notre étude le test de l'appétit est réalisé dans 78% suivant le protocole et 88% des cas nécessitant une référence ont été effectivement référés au niveau supérieur notamment à l'URENI. Ce dernier pourcentage pouvait s'expliquer par la performance du système de référence.

Dans notre étude 75% des cas ont reçu le traitement systématique, cette proportion est de 100% pour les nouveau cas et 70% pour les cas en cours de suivi. L'explication de ce résultat suivra avec l'étude en cours.

5-CONCLUSION

Les résultats de cette étude permettent de conclure que lorsqu'on intègre dans le SEC la prise en charge des cas de malnutrition aigüe sévère, les ASC formés et encadrée arrivent à prendre en charge 70%(35%-93%) de cas sans erreurs de gestion de cas. Les entretiens avec les Bénéficiaires semblent aussi corroborés la thèse suivant laquelle la qualité de la prise en charge des cas par les ASC est bien perçue et acceptés par la communauté

6- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons quelques recommandations à l'endroit :

6.1. De l'action contre la faim:

- De faire une étude plus poussée qui prendrait en compte quelques aspects dont la perception des bénéficiaires
- De mener un plaidoyer pour un renforcement du leadership gouvernemental et une harmonisation des appuis dans le cadre d'une vulgarisation de ce modèle
- De continuer à appuyer les supervisions et le monitoring
- Prendre en compte les leçons apprises dans la mise en œuvre de ce modèle

6.2. Aux Agents de santé communautaire :

- De continuer à maintenir les mesures d'hygiène telle que se laver les mains avant et après chaque acte
- d'améliorer la qualité du traitement
- de faire la recherche de signe de danger si possible

- d'améliorer la communication en fournissant assez d'information aux accompagnants sur les conseils clés par rapport à la MAS

7-BIBLIOGRAPHIE

1. PR33.pdf [Internet]. [Cité 24 déc. 2015]. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR33/PR33.pdf>
2. Yeboah-Antwi K, Pilingana P, Macleod WB, Semrau K, Siazele K, Kalesha P, et al. Community case management of fever due to malaria and pneumonia in children under five in Zambia: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Med.* sept 2010;7(9):e1000340.
3. JAMA Network | JAMA | the Quality of Care: How Can It Be Assessed? [Internet]. [Cité 29 déc 2015]. Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139>
4. Bryce J, Friberg IK, Kraushaar D, Nsona H, Afenyadu GY, Nare N, et al. LiST as a catalyst in program planning: experiences from Burkina Faso, Ghana and Malawi. *Int J Epidemiol.* 4 janv 2010; 39(suppl 1):i40-7.
5. Yeboah-Antwi K, Pilingana P, Macleod WB, Semrau K, Siazele K, Kalesha P, et al. Community case management of fever due to malaria and pneumonia in children under five in Zambia: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Med.* sept 2010;7(9):e1000340.
6. Puett C, Coates J, Alderman H, Sadler K. Quality of care for severe acute malnutrition delivered by community health workers in southern Bangladesh. *Matern Child Nutr.* janv 2013;9(1):130-42.
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 23 sept 1988;260(12):1743-8.

ANNEXES

Annexe 1

CHRONOGRAMME D'ACTIVITE

Semaine 1: formulation des objectifs et de la méthodologie

Semaines 2et3:développement des outils de collectes et pré-test des outils, la collecte des données

Semaine 4: saisie et analyse des données

Semaine 5: interprétation des résultats

Semaine 6: draft rapport préliminaire

Semaine 7: finalisation du rapport et restitution locale

Semaine 8: dépôt du rapport final

Annexe2

Formulaire de consentement libre et éclairé

Je soussigné (e)

Prénom.....Nom.....
.....

Mère père représentant légal

Prénom de l'enfant.....Nom.....

Déclare:

Avoir lu ou avoir reçu par un témoin qui me l'a lue la note d'information de l'étude

J'ai compris les objectifs de l'étude et son déroulement. J'ai obtenu des réponses claires à toutes mes questions. J'ai aussi compris que je peux refuser de participer à l'étude sans avoir à fournir de raisons et sans aucun préjudice ni reproche vis-à-vis de mon enfant et de moi-même. Je suis d'accord pour participer à l'étude sous les conditions présentées dans la note d'information.

Signature ou empreinte digitale* :

Lieu

Date/...../.....

Annexe3

GUIDE D'OBSERVATION DE L'ASC POUR LA PEC DE LA MALNUTRITION

NOUVEAU CAS

Site ASC/maternité : _____

Date : / ____ / ____ / 2015 /

Jour / Mois

N° d'ordre de l'enfant dans le registre PCIMA: | _____ |

Nom de l'Enfant : _____

Prénoms de l'enfant : _____

Age en mois: | _____ | (vérifier si possible)

Sexe: | ____ | M =Masculin F=Féminin

Lien de parenté de l'accompagnant | ____ | 1=Père 2=Mère 3=Grands-parents

4=Frère/Sœur 5=Autre _____

Notez l'heure du début maintenant : _____Heure(s) _____ Minute(s)

(Entourez 1 si la réponse à la question est « oui », 2 si la réponse est « non » et 3 si non applicable)

	ACCUEIL	Oui	Non	NA
	Y a-t-il eu échange de salutations entre l'ASC et la mère /accompagnant ?	1	2	3
	L'ASC invite-t-il la mère à s'asseoir ?	1	2	3
EVALUATION GENERALE				
Mesure du Poids				
	L'ASC a-t-il expliqué à la mère comment se déroule la prise de Poids (Ne pas descendre avant le OK de ASC)	1	2	3
	L'ASC a-t-il déshabillé l'enfant avant de prendre le poids	1	2	3
Mesure de la Taille				
	L'ASC a-t-il demande de l'aide pour la prise de la taille ?	1	2	3

	L'ASC a-t-il expliqué à l'aide comment se déroule la prise de taille	1	2	3
	L'ASC a-t-il recherché la taille approximative de l'enfant et positionner correctement la toise ? (taille couché pour les moins de 24 mois et debout a partir 24 mois)	1	2	3
Debout	La toise est-elle posée debout de façon verticale ?	1	2	3
	Les chaussures de l'enfant sont-elles enlevées ?	1	2	3
	Le menton ne touche-t-il pas le thorax ?	1	2	3
	les jambes ne sont-elles pas pliées lors de la mesure ?	1	2	3
	Les points suivant touchent-ils le plan vertical de la toise (nuque, épaule, fesses, mollet, et le talon) ?	1	2	3
couché	La toise est-elle posée sur une surface plane horizontale ?	1	2	3
	Les chaussures de l'enfant sont-elles enlevées ?	1	2	3
	Le menton ne touche-t-il pas le thorax ?	1	2	3
	Les points suivant touchent-ils le plan de la toise (nuque, épaule, fesses, mollet, et le talon) ?	1	2	3
	les jambes ne sont-elles pas pliées lors de la mesure ?	1	2	3
	le curseur est-il fermement poussé à plat contre la plante des pieds de l'enfant ?	1	2	3
Mesure de Périmètre Brachial				
	L'ASC a-t-il choisi le bras gauche de l'enfant?	1	2	3
	L'ASC a-t-il identifié le mi-bas ?	1	2	3
	L'ASC a-t-il mis le bout du ruban dans la bonne fenêtre ?	1	2	3
	L'ASC a-t-il maintenu le bras de l'enfant tendu au moment de la lecture ?	1	2	3
	L'agent n'a ni serré ni relâché le ruban	1	2	3
Utilisation de la table de Zscore				
	L'ASC de santé a-t-il utilisé la table de Z-score pour classer l'enfant ?	1	2	3
Classification de l'enfant par rapport au statut nutritionnel				
	MAM	MAS	PAS DE MALNUTRITION	
	Fin de l'évaluation si PAS DE MALNUTRITION			
Les plaintes				
	Quels sont les motifs de consultation demandés par ASC ? si déjà évoquée par la mère NA			

Fièvre/Paludisme ?	1	2	3			
Diarrhée ?	1	2	3			
Toux /Rhume/difficultés respiratoires ?	1	2	3			
Malnutrition sans complication ?	1	2	3			
Autre plainte ?	1	2	3			
Autre plainte (à préciser) _____						
L'ASC a-t-il recherché ou demander systématiquement les signes généraux de danger ?						
	Demander ?			Rechercher ?		
L'enfant est -il incapable de boire ou de téter ?	1	2	3	1	2	3
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	1	2	3	1	2	3
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	1	2	3	1	2	3
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	1	2	3	1	2	3
Œdèmes aux membres inférieurs	1	2	3	1	2	3
Pâleur palmaire sévère (Anémie)	1	2	3	1	2	3
Respiration difficile avec tirage sous costal ou sifflement	1	2	3	1	2	3
Saignement spontané	1	2	3	1	2	3
Urine peu abondante couleur coca-cola	1	2	3	1	2	3
Incapable de s'asseoir ou de se tenir debout	1	2	3	1	2	3
EVALUATION SELON LES PLAINTES						
toux/rhume						
L'ASC de santé a-t-il fait le comptage de la fréquence respiratoire ?	1	2	3			
fièvre						
L'ASC de santé a-t-il évalué la fièvre au touché ?	1	2	3			
L'ASC de santé a-t-il évalué la fièvre en prenant la température ?	1	2	3			
Si présence de Fièvre (antécédent ou température) l'agent a-t-il- fait un TDR ?	1	2	3			
diarrhée						
L'ASC a-t-il demandé le nombre de selles par jour ?	1	2	3			

L'ASC a-t-il demandé l'aspect de selles ?	1	2	3
L'ASC a-t-il évalué l'état général et a recherché /demandé les signes de déshydratation ?			
- si Irritabilité/agitation ?	1	2	3
- Soif (si l'enfant boit avec avidité) et incapacité de boire en offrant quelque chose de liquide (eau,...) ?	1	2	3
- Pli cutané (en pinçant la peau?)	1	2	3
- Yeux enfoncés (demander si nécessaire)?	1	2	3
Evaluation systématique de la malnutrition			
Recherche des œdèmes (peut être observé dans les signes de danger)			
L'ASC a-t-il posé les pouces simultanément sur les deux pieds /ou autres parties suspectées ?	1	2	3
L'ASC a-t-il observée la pression de 3 seconds environs avant le retrait du pouce	1	2	3
L'ASC vérifie-t-il si la pression laisse les empreintes (godet) qui s'effacent lentement ?	1	2	3
L'ASC a-il-expliqué à la mère les étapes clés (Durée, pourquoi du test) ?			
L'ASC a-il-expliqué à la mère de ne pas presser ou forcer l'enfant ?	1	2	3
L'ASC a-t-il demandé à la mère de se laver la main et celle de l'enfant proprement avant le test d'appétit ?	1	2	3
L'ASC a-t-il installé la mère dans un endroit calme (<i>pas d'endroit spécifique</i>) ?	1	2	3
L'ASC a-t-il évalué le test d'appétit en utilisant un verre de 8 gradué ?	1	2	3
L'ASC a-t-il respecté le temps requis entre 30min et 1 heures si nécessaire avant de décider du résultat du test d'appétit ?	1	2	3
	1	2	3
L'ASC a-t-il dit à la mère de quoi souffre l'enfant ?	1	2	3
Reference des cas			
L'ASC a-t-il référé l'enfant devant un signe de danger ?	1	2	3
L'ASC a-t-il référé l'enfant avec Echec test d'appétit ?	1	2	3
L'enfant a-t-il la malnutrition aigüe sévère ? Si non passez à la section MAM?			
Traitement systématique de cas MAS à l'admission			
Amoxicilline	1	2	3
- Première dose Amoxicilline donnée sur le site	1	2	3

- Les trois combien expliqués	1	2	3
TDR	1	2	3
CTA (Si TDR positif)	1	2	3
- Première dose CTA donnée sur le site	1	2	3
- Les trois combien de CTA expliqués	1	2	3
Plumpy Nut donnée par ASC	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué la quantité de plumpy nut à donner par jour	1	2	3
Conseils clés par rapport à la MAS			
L'ASC a-t-il expliqué à la mère que le traitement de son enfant va prendre quelques semaines ?	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué à la mère que le PPN remplace l'aliment courant des enfants ?	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué à la mère que le PPN ne se partage ni avec les autres enfants ni avec un adultes ?	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué à la mère de donner le lait maternel avant le PPN si femme allaite ?	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué à la mère de revenir le voir si l'enfant refuse le plumpy nut (vomi, ne mange pas etc) ?	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué à la mère de ne pas mélanger le PPN avec autres liquides ?	1	2	3
Traitement systématique MAM			
Albendazole	1	2	3
dose Albendazole donnée sur le site	1	2	3
FER fonction du poids	1	2	3
- Première dose FER donnée sur le site	1	2	3
- Les trois combien de FER expliqués	1	2	3
Aliment thérapeutique (CSB++ ou plumpy Sup)	1	2	3
Conseils nutritionnels à l'aide d'aliments locaux	1	2	3
Conseils clés par rapport à la MAM			
Diversifié l'alimentation de l'enfant continuer le plat familial	1	2	3
L'ASC a-t-il dit à la mère de continuer à allaiter l'enfant si allaitement maternel ?	1	2	3

L'ASC a-t-il dit à la mère de respecter les RDV de suivi jusqu'à la guérison totale de l'enfant ?	1	2	3
---	---	---	---

A remplir à la fin de l'observation

L'ASC a-t-il dit à la mère de ramener l'enfant s'il n'y pas d'amélioration ou si la maladie s'aggrave ?	1	2	3
Communication interpersonnelle			
L'ASC pose-t-il des questions ouvertes pour vérifier si la mère a bien compris?	1	2	3
L'ASC demande-t-il à la mère de répéter ce qu'il lui dit ?	1	2	3
L'ASC adopte-t-il une attitude positive/ empathie ?	1	2	3
L'ASC explique-t-il à la femme ce qu'il/elle est en train de faire pendant l'examen ?	1	2	3
L'ASC corrige-t-il les erreurs de la mère ?	1	2	3
L'ASC félicite-t-il la mère ?	1	2	3
L'ASC demande-t-il à la mère si elle a des questions ?	1	2	3

HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION : _____

GUIDE D'OBSERVATION DE L'ASC POUR LA PEC DE LA MALNUTRITION

Pour les cas en cours de suivi

Site ASC/Maternité : _____	Date : / ____ / ____ / 2015 / Jour / Mois
N° d'ordre de l'enfant dans le registre PCIMA: _____	
Nom Enfant : _____	
Prénoms de l'enfant : _____	

Age en mois: |_____| (vérifier si possible)

Sexe: |____| M =Masculin; F=Féminin

Lien de parenté de l'accompagnant |____| 1=Père 2=Mère 3= Grands-parents

4=Frère/Sœur 5=Autre _____

le Rang de la visite |_____|

Notez l'heure du début maintenant : _____ Heure(s) _____ Minute(s)

(Entourez 1 si la réponse à la question est « oui », 2 si la réponse est « non » et 3 si non applicable)

	ACCUEIL	Oui	Non	NA
	Y a-t-il eu échange de salutations entre l'ASC et la mère /accompagnant ?	1	2	3
	L'ASC invite-t-il la mère à s'asseoir en lui offrant une chaise?	1	2	3
EVALUATION GENERALE				
Mesure du Poids				
	L'ASC a-t-il expliqué à la mère comment se déroule la prise de Poids (Ne pas descendre avant le OK de ASC)	1	2	3
	L'ASC a-t-il déshabillé l'enfant avant de prendre le poids	1	2	3
Mesure de Périmètre Brachial				
	L'ASC a choisi le bras gauche de l'enfant	1	2	3
	L'ASC a identifié le mi-bas	1	2	3
	L'ASC mis le bout du ruban dans la bonne fenêtre	1	2	3
	L'ASC a maintenu le bras de l'enfant est tendu au moment de la lecture	1	2	3
	L'ASC vérifie que le ruban n'est ni serré ni trop relâché	1	2	3
Plaintes				
	L'ASC a-t-il demandé si l'enfant à la diarrhée ?	1	2	3
	L'ASC a-t-il demandé si l'enfant vomit	1	2	3

	L'ASC a-t-il demandé si l'enfant a la fièvre	1	2	3			
	L'ASC a-t-il pris la température	1	2	3			
	L'ASC a-t-il demandé si l'enfant a la toux	1	2	3			
	L'ASC a-t-il compté le mouvement respiratoire	1	2	3			
	L'ASC a-t-il recherché si l'enfant a des dermatoses	1	2	3			
	L'ASC a-t-il recherché si l'enfant une pâleur conjonctivale	1	2	3			
Si pas de nouvelles plaintes allez- à la partie malnutrition							
	Si présence de nouvelles plaintes, L'ASC a-t-il recherché où demander systématiquement les signes de danger ?	demander			rechercher		
	L'enfant est -il incapable de boire ou de têter ?	1	2	3	1	2	3
	L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	1	2	3	1	2	3
	L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	1	2	3	1	2	3
	L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	1	2	3	1	2	3
	Œdèmes aux membres inférieurs	1	2	3	1	2	3
	Pâleur palmaire sévère (Anémie)	1	2	3	1	2	3
	Respiration difficile avec tirage sous costal ou sifflement	1	2	3	1	2	3
	Saignement spontané	1	2	3	1	2	3
	Urine peu abondante couleur coca cola	1	2	3	1	2	3
	Incapable de s'asseoir ou se tenir debout	1	2	3	1	2	3
	Toutes les maladies qui durent plus de 14 jours	1	2	3	1	2	3
	Autres maladies non incluses dans le paquet SEC	1	2	3	1	2	3
EVALUATION SYSTEMATIQUE							
Présence de fièvre ?							
	L'ASC a-t-il demandé les antécédents de la fièvre	1	2	3			
	L'ASC a-t-il évalué la fièvre en touchant	1	2	3			
	L'ASC a-t-il évalué en demandant à la mère ?	1	2	3			
	Si présence de fièvre ou antécédent l'agent a-t-il- fait un TDR	1	2	3			
Présence de la diarrhée?							

L'ASC a-t-il demandé le nombre de selles par jours ?	1	2	3
L'ASC a-t-il demandé l'aspect de selles (liquide, aqueuse, sang etc.)	1	2	3
L'ASC a-t-il évalué l'état général et a recherché les signes de déshydratation	1	2	3
- Irritabilité/agitation ?	1	2	3
- Soif (si l'enfant boit avec avidité) et incapacité de boire en offrant quelque chose de liquide (eau,...) ?	1	2	3
- Pli cutané (en pinçant la peau?)	1	2	3
- Yeux enfoncés?	1	2	3
L'ASC a-t-il vérifié la perte de poids	1	2	3
L'ASC a-t-il référé l'enfant ayant perdu de poids	1	2	3
Evaluation systématique de la malnutrition			
Est-ce que le test d'appétit est fait (Pour les MAS Uniquement)			
L'ASC a-t-il expliqué à la mère le processus du test d'appétit	1	2	3
L'ASC a-t-il expliqué à la mère de ne pas presser ou forcer l'enfant	1	2	3
L'ASC demandé à la mère de se laver la main et celle de l'enfant proprement avant le test d'appétit	1	2	3
L'ASC a-t-il installé la mère dans un endroit pour le test	1	2	3
L'ASC a-t-il évalué le test d'appétit en utilisant un verre de 8 gradué ?	1	2	3
L'ASC a-t-il respecté le temps requis entre 30min et 1 heures si nécessaire avant d'évaluer le test d'appétit ?	1	2	3
Recherche des œdèmes			
L'ASC de recherché les œdèmes de façon bilatéral et simultanément sur pieds /ou autre partie suspectée	1	2	3
L'ASC de santé a-t-il observée 3secondes	1	2	3
L'ASC de santé vérifie si la pression laisse les empreintes	1	2	3
Reference des cas			
L'ASC a-t-il référé l'enfant devant un signe de danger	1	2	3
L'ASC a-t-il référé l'enfant avec Echec test d'appétit	1	2	3
L'ASC a-t-il référés le cas MAS avec une perte de poids et présence de diarrhée	1	2	3
L'enfant est-il suivi pour la malnutrition aigüe sévère ? Si non passez à la section MAM			
Traitement systématique MAS			

ASC a-t-il évalué la supplémentation en vitamine A dans les 4 -6 dernier mois	1	2	3
dose de Vitamine A donnée sur site (si 4 ^{ème} visite et pas reçu dans les 4-6 dernier mois)	1	2	3
ASC a-t-il donné de CTA (Si TDR positif)	1	2	3
Première dose de CTA donnée ?	1	2	3
Trois combien expliqués ?	1	2	3
dose de Abendazole donnée sur site (si 2 ^{ème} visite et si âge >=à 12mois)	1	2	3
ASC a-t-il donné le Plumpy Nut	1	2	3
Est-ce que l'agent de santé a expliqué à la mère les quantités de sachet que l'enfant doit manger par jour	1	2	3
Conseils clés par rapport à la MAS			
Le PPN remplace l'aliment courant des enfants	1	2	3
Le PPN ne se partage ni avec les autres enfants ni avec un adultes	1	2	3
Donner le lait maternel avant le PPN si femme allaite	1	2	3
Ne pas mélanger le PPN avec l'eau, la bouillie ou autres liquide	1	2	3
Revenir voir l'ASC si l'enfant refuse le plumpy nut (vomi, ne mange pas etc)	1	2	3
Traitement systématique MAM			
Est-ce que l'ASC a donné le FER	1	2	3
Aliment thérapeutique (CSB++ ou plumpy Sup)	1	2	3
Est-ce que l'ASC a expliqué à la mère/accompagnante comment préparer le CSB	1	2	3
Conseils nutritionnels à l'aide d'aliments locaux si nécessaire	1	2	3
Conseils clés par rapport à la MAM			
Diversifié l'alimentation de l'enfant	1	2	3
Respecter les RDV de suivi jusqu'à la guérison totale de l'enfant	1	2	3

A remplir à la fin de l'observation

Dit à la mère de ramener l'enfant s'il n'y pas d'amélioration ou si la maladie s'aggrave	1	2	3
Continuer à allaiter l'enfant si allaitement maternel	1	2	3

	Communication interpersonnelle			
	Pose des questions ouvertes pour vérifier si la mère a bien compris?	1	2	3
	Demande à la mère de répéter ce qu'il lui dit ?	1	2	3
	Pose des questions dans un langage accessible à la mère ?	1	2	3
	Adopte une attitude positive/ empathie ?	1	2	3
	Explique à la femme ce qu'il/elle est en train de faire pendant l'examen ?	1	2	3
	Corrige les erreurs de la mère	1	2	3
	Félicite la mère	1	2	3
	Demande à la mère si elle a des questions	1	2	3

HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION : _____