



GUIDE DE LA MISE EN OUVRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATIONS PAR LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES A NIVEAU DE DISTRICT

Coordination entre les différents partenaires et actions clés
pour une mise en œuvre de qualité du traitement de la
malnutrition a niveau communautaire

SEPTEMBRE 2023

Contenu

ACRONYMES	2
1 Introduction	3
1.1 Contexte iCCM et nutrition	3
1.2 rational de la strategie	4
2 Mise en œuvre de l'approche.....	4
2.1 Identification et planification.....	6
2.1.1 Acteurs impliqués.....	6
2.1.2 Cartographie des asc	8
2.1.3 Evaluation de couverture	8
2.1.4 Analyse de fonctionnalité des programmes des asc.....	8
2.2 Implementation.....	9
2.2.1 Reunions de coordination	9
2.2.2 Formation PCIMA pays.....	10
2.2.3 Formation Action contre le faim	11
2.2.4 Supervision	12
2.2.5 Supervision action contre le faim.....	13
2.2.6 Besoin intrants	13
2.3 Suivi et monitoring	14
2.3.1 Collecte de donnes.....	14
2.3.2 Outils de suivi	14
2.3.3 Indicateurs.....	15
3 Agenda mise en ouvre	16
ANNEX 1. guide stage post formation.....	17
ANNEX 2. Contenu de la formation des formateurs	20
ANNEX 3. infographies prise en charge par les agents de santé communautaire.....	22
REFERENCES.....	24

ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
C-MAMI	Community Management of At risk Mothers and Infants under six months of age
CRENAS	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle ambulatoire
CRENI	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
CS	Centre de Santé
DHIS	District Health Information System
DRS	Direction Régionale de Santé
DS	District Sanitaire
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
GSAN	Groupe de Soutien aux Activités Nutrition
iCCM	Integrated Community Case Management
IRA	Infection Respiratoire Aigue
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MCD	Médecin Chef de District
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition
PECIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PRODESS	Programme de Développement Socio Sanitaire
RMA	Rapport mensuel activités
SEC	Soins Essentiels en Communauté
SLDSES	Service Local de Développement Social et Economie Solidaire
UREN	Unité de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle
UREN-c	Unité de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle – Communautaire
URENAS	Unité de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire
URENI	Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ICCM ET NUTRITION

En 2022, on estime que 45 millions d'enfants de moins de 5 ans (6,8 %) étaient touchés par malnutrition aigüe, dont 13,6 millions (2,1 %) souffraient de malnutrition aigüe sévère (MAS) ¹. Selon l'Agenda SAM 2020 pour l'intensification du traitement de la MAS la couverture du traitement reste au 20% ² Ces chiffres sont inacceptables si l'on considère qu'il existe un traitement efficace avec les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATP) qui guérit plus de 90% des enfants atteints de cette maladie.

L'ICCM+ est une intervention axée sur l'équité qui donne la priorité à la santé et à la nutrition des enfants. Par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires (ASC) non médicaux, l'ICCM fournit des services de soins de santé primaires et des traitements pour les maladies infantiles courantes telles que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. S'appuyant sur l'ICCM (prise en charge intégrée de maladie de l'enfant PECIMA communautaire), l'ICCM+ élargit son champ d'action en incluant la prise en charge de la MAS³.

Avec une situation de hautes prévalences de la MAS, faible couverture du traitement et l'initiative d'ICCM, entre 2014 à 2016, Action contre le Faim (ACF), avec le Ministère de la Santé (MSHP), l'Institut national en santé publique (INRSP) et la Fondation Innocent ont lancé une étude visant à déterminer si les ASC pouvaient traiter avec succès la MAS à Kita, Mali. Les conclusions montrent que les ASC peuvent atteindre des soins de qualité et obtenir de meilleurs résultats que les infirmières (guéri : 94,2% contre 88,2%; abandon : 4,5% contre 10,8%), qui double la couverture (43,9% à 86,7%) et prouvant une intervention coûts-efficace à moindre coût pour les familles^{4, 5, 6}. Une deuxième étape a été développée entre les années 2017-2019, pour évaluer la faisabilité et les coûts efficacité de la mise en échelle de l'intervention ^{7, 8}.

Deux autres études pilotes entre les années 2017-2019, ont été développées au Niger, ACF, en partenariat avec la Direction de Nutrition du Ministère de la Santé et Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) et en Mauritanie en partenariat avec la Direction de Nutrition et l'Université de Nouakchott. Dans les deux cas le taux de guérison avec les ASC était supérieur au 75%, et tous les indicateurs performance ont atteint les standards ^{9, 10}.

Entre les années 2019-2022, deux autres études dans le contexte humanitaire au nord de Mali et nord Niger, ont démontré l'efficacité, l'augmentation de la couverture et la rentabilité du traitement des ASC dans ces contextes humanitaires ^{11, 12}. Une révision d'expériences opérationnelles ainsi que d'étude pilote au Pakistan, ont contribué toujours à cette évidence ^{13, 14, 15, 16}.

L'approche du traitement de la MAS avec les ASC est alignée avec les directrices internationales : 1) L'OMS a inclus le traitement avec les ASC dans les nouvelles guidelines de prévention et prise en charge de la malnutrition¹⁷ ; 2) Les ASC sont des acteurs clés afin d'atteindre la Couverture Universelle de Santé¹⁸ ; 3) Les ASC contribuent aux Objectifs de développement durable (ODD), notamment l'objectif 1 « pas de pauvreté », l'objectif 2 « Faim zéro », l'objectif 3 « Bonne santé et bien-être »¹⁹.

Le traitement de la malnutrition aigüe sévère par les agents de santé communautaire, c'est une des lignes directrices que l'OMS a inclus dans la nouvelle guide pour la prévention et traitement de la malnutrition et qui vont contribuer à la Couverture Sanitaire Universelle et les Objectives de développement durable.

1.2 RATIONAL DE LA STRATEGIE

La stratégie de mise en œuvre sera basée sur le continuum des soins des enfants de moins de 5 ans de la communauté, vers les centres de santé, jusqu'à le niveau hospitalier.

- **Hôpital** : prise en charge de la MAS avec complications. CRENI (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive URENI (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive), UREN (Unité de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle)
- **Centre de santé** : prise en charge de la MAS sans complications. URENAS (Unité de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire), CRENAS (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle ambulatoire), UREN-c, (Unité de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle – Communautaire).
- **Communauté** : prise en charge de la MAS sans complications (iCCM+). Site ASC, cases de santé et Unités de Santé de Base (USB)

Plus de 50% de la population et de villages dans la plus partie de pays du Sahel, sont situés à plus de 10 km de centre de santé qui offre le traitement pour les enfants avec MAS. La mise en œuvre de la stratégie **permettrait d'améliorer la qualité et la couverture du programme de PCIMA** en rapprochant le traitement de la malnutrition aux familles

Cette approche est axée sur les trois piliers :

- (i) L'offre de soins intégrés de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans
- (ii) la mobilisation communautaire
- (iii) L'accompagnement de système de santé

L'**objectif** de ce guide est de faciliter aux responsables de l'implémentation de iCCM+, ministère de la Santé régional / district et des ONG, la mise en échelle de l'intervention dans le respect de protocole national de PCIMA pour l'amélioration de la couverture de la prise en charge et la réduction de la morbidité et mortalité liée à la malnutrition aigüe

2 MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE

Quelques conditions générales :

L'ICCM+ est très utile dans les crises prolongées et les situations humanitaires avec des urgences cycliques à évolution lente, où la couverture des établissements de santé et des services de traitement de la malnutrition est faible et l'accès difficile.

La condition idéale pour la mise en œuvre de l'approche iCCM+ serait que la politique nationale PCIMA du pays comprenne le traitement de la malnutrition aiguë par les ASC. Si ce n'est pas le cas, cette intervention peut être mise en œuvre dans des circonstances exceptionnelles telles que l'insécurité ou la surcharge du personnel de santé²⁰.

L'état nutritionnel ne doit pas être considéré isolément, l'évaluation de l'état de santé d'un enfant est essentielle pour toute prise de décision concernant les soins nutritionnels et le lieu où ils doivent être dispensés. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de l'approche iCCM+, nous envisageons toujours la formation, le soutien et la supervision des ASC pour l'ensemble des actions curatives et préventives, et pas seulement pour la prise en charge de la MAS.

Pour la mise en œuvre nous pouvons suivre ces étapes :

Identification et planification	Implementation	Suivi
• Acteurs impliqués • Cartographie des ASC • Évaluation de couverture • Analyse fonctionnalité des ASC	• Réunion de coordination • Formation • Supervision • Besoin intrants nutritionnelles	• Outils de suivi • Collecte de données • Indicateurs



2.1 IDENTIFICATION ET PLANIFICATION

Acteurs impliqués	Cartographie des ASC	Evaluation de couverture	Analyse fonctionnalité des programmes ASC
•Ministère de la santé •Partenaires d'appui •Acteurs communautaires •Leaders communautaires, religieuses et civiles •La communauté	•Analyse numero des ASC par personnes a couvrir •Georeferencement des ASC	• SQUEAC/ SLEAC •Estimation caseload	• Rol et recrutement • Entrenement • Accréditation • Equipement • Supervision • Motivation • Implication communauté; • Possibilité d'avancement • Données • Lie avec le système santé

2.1.1 ACTEURS IMPLIQUÉS

Il est nécessaire de faire une cartographie des acteurs impliqués et l'analyse des parties prenantes du programme dès au début de processus.

C'est cartographie doit inclus les rôles et responsabilités de chaque acteur et leur capacité de soutien de l'intervention.

Ministère de la Santé et Hygiène Publique : Les responsables en charge de la santé au niveau du district, devront être menées pour la planification des sites à appuyer ainsi que la possibilité d'assurer une supervision continue. Il sera nécessaire de disposer des informations relatives à la situation de tous les ASC du district, et des informations sur l'aire de santé, population cible, distance CS-ASC, niveau d'éducation, formation, années d'expérience.

Les personnes ressources sont :

- Médecin chef régional et médecine chef du district
- Point focal santé communautaire régional et de district
- Point focal nutrition régional,
- Responsable Nutrition de district
- Directeur technique du centre (DTC)

Rôles et responsabilités : Assurer la coordination à niveau décentralisé de la formation des ASC, supervision de sites, analyse et suivie de l'information sanitaire, gestion des intrants et salaire/motivation des ASC. Assurer la coordination des partenaires et ONG.

Les partenaires d'appui et d'accompagnement : Les acteurs intervenants dans la zone et les opportunités de financement de la santé communautaire existante doivent être explorés et cartographiés. De leur implication dépendra le développement d'une synergie et d'une complémentarité en faveur de l'efficacité de l'action. Les discussions avec les différentes ONG (Internationales, nationales et communautaires) qui travaillent dans le domaine de la santé seront menées.

Rôles et responsabilités : Assurer la qualité de l'implémentation de l'intervention en collaboration avec les autorités et le personnel de santé du Ministère. Participation active dans la formation, supervision, gestion de l'information et des intrants.

Les acteurs communautaires : La Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM) et le Service Local de Développement Social et Economie Solidaire (SLDSES), Les Associations de Santé Communautaires (ASACO), Comites de Santé, Comites Locaux de Santé Communautaires, parmi autres doivent être parties prenantes des discussions pour la mise en place de l'approche communautaire. Adapter les acteurs à chaque contexte.

Rôles et responsabilités : Contribuer à l'appropriation des actions du projet et sa durabilité. Ils supposent un lien d'union entre la communauté et la mairie dans le cadre de la politique nationale de décentralisation de la santé dans les différents contextes.

Leaders communautaires, religieuses et civiles : Ils seront d'un apport non négligeable sur le soutien aux ASC et sur l'utilisation des services de santé.

Rôles et responsabilités : Contribuer à la sensibilisation et dynamisation de la communauté et les familles pour l'acceptation et support des ASC aux villages. Contribuer et organiser la motivation des ASC

La communauté : bénéficiaire à travers ses différentes couches et ses composantes, les organisations de la société civile, groupement des femmes participeront à tout le processus et constitueront les instances de veille et de redevabilité pour une gestion saine et efficience de l'action. Elles portent la voix de la population auprès des autorités et des autres partenaires pour l'enracinement de la stratégie dans le système de santé.

Rôles et responsabilités : Participation dans l'identification des ASC, suivi aux séances de communication organisées par les ASC et utilisation des services des ASC au village.

Les évaluations des besoins doivent nous aider à hiérarchiser et à sélectionner les zones géographiques d'intervention, en fonction de la prévalence de la MAS et des maladies infectieuses, de la couverture des programmes PCIMA et des services de santé, et de la fonctionnalité actuelle des programmes existants des ASC. Les autorités nationales devraient également jouer un rôle clé dans l'identification des populations vulnérables et des domaines prioritaires spécifiques.



2.1.2 CARTOGRAPHIE DES ASC

Les critères de sélection de ces ASC dépendent de la politique de chaque pays et, en général, devraient inclure : i) la distance qui les sépare du centre de santé de référence, entre 5-10km ; ii) la population à couvrir, entre 500-1500 personnes.

Avant de commencer l'action, il faut développer la cartographie des ASC dans la zone d'intervention. Si le nombre d'ASC et leur localisation ne sont pas suffisants, il est nécessaire de travailler avec les autorités sanitaires pour sélectionner de nouveaux ASC.

2.1.3 EVALUATION DE COUVERTURE

Le site Web de surveillance de la couverture PCMA d'Action contre la Faim fournit des conseils pour choisir une méthodologie adéquate pour les enquêtes de couverture de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë. Si cela n'est pas possible, la couverture peut être estimée indirectement sur la base du nombre d'admissions²¹.

L'analyse de la couverture comprend une partie quantitative qui permet d'estimer le pourcentage d'enfants malnutris sous traitement, ainsi qu'une partie qualitative pour identifier et hiérarchiser les barrières à l'accès aux structures de santé. La méthodologie pourrait être adaptée pour mesurer la couverture du traitement des autres maladies.

2.1.4 ANALYSE DE FONCTIONNALITÉ DES PROGRAMMES DES ASC

La matrice de fonctionnalité des programmes des ASC, c'est outil pour évaluer la situation initiale du projet et faire le suivi de la performance de l'intervention. Il s'agit de l'organisation à niveau du district d'un atelier avec les différents partenaires pour analyser 10 composantes²² :

1. **Rôle & Recrutement.** Comment la communauté, l'ASC et le système de santé conçoivent et clarifient le rôle de l'ASC et d'où l'ASC est identifiée et sélectionnée.
2. **Entraînement.** Comment la formation préalable à l'emploi est-elle dispensée à l'ASC pour se préparer à son rôle et s'assurer qu'il possède les compétences nécessaires pour fournir des soins sûrs et de qualité ; et comment la formation continue est dispensée pour renforcer la formation initiale, enseigner de nouvelles compétences aux ASC et contribuer à garantir la qualité.
3. **Accréditation.** Comment les connaissances et les compétences en santé sont évaluées et certifiées avant la pratique et recertifiées à intervalles réguliers pendant la pratique.
4. **Équipement et fournitures.** Comment l'équipement et les fournitures nécessaires sont mis à la disposition des ASC lorsqu'ils en ont besoin pour fournir les services attendus.
5. **Supervision.** Comment la supervision formative est-elle effectuée de manière à ce que le développement régulier des compétences, la résolution de problèmes, l'évaluation des performances et l'audit des données soient fournis.
6. **De motivation.** Comment un ensemble d'incitations équilibré reflétant les attentes professionnelles, y compris une compensation financière sous forme de salaire et des incitations non financières, est fourni.
7. **Implication de la communauté.** Comment une communauté soutient la création et le maintien du programme ASC.

8. **Des possibilités d'avancement.** Comment les ASC reçoivent des parcours de carrière.
9. **Données.** Comment les données au niveau communautaire circulent vers le système de santé et reviennent à la communauté et comment elles sont utilisées pour l'amélioration de la qualité.
10. **Liens avec le système de santé.** La mesure dans laquelle le ministère de la Santé a mis en place des politiques qui intègrent et incluent les ASC dans la planification et la budgétisation du système de santé et fournissent un soutien logistique pour soutenir les programmes des ASC aux niveaux du district, régional et national.

Les résultats de non fonctionnel, partiellement fonctionnel, fonctionnel, hautement fonctionnel, vont nous permettre prioriser les aires d'amélioration de la mise en œuvre.

2.2 IMPLEMENTATION

Réunion de coordination	Formation	Supervision	Besoin in intrants
•National •Régional •District sanitaire •Aire de santé •La communauté	•Formation des formateurs •Formation des ASC •Stage post formation des ASC	• Supervision conjointe et intégrée : 1) du centre de santé a ASC; 2) District sanitaire a ASC •Supervision ASC: 1) site ASC ; 2) observation direct ASC	•Aprovisionnement mensuel site ASC •Coordination avec les comités de gestion

2.2.1 REUNIONS DE COORDINATION

Il s'agit de dynamiser et de coordonner les réunions déjà prévues au niveau des aires de santé. Définir le responsable de chaque réunion, la périodicité, les participants, objectifs et les outils de suivi.

Une fois la zone d'intervention identifiée et l'état des lieux des différents intervenants élaboré, l'accent sera porté sur la mise en place d'un cadre de concertation et d'orientation incluant toutes les parties prenantes. Le ministère de la Santé et ses démembrements étant les premiers responsables, veilleront à son effectivité.

Niveau national : doit s'assurer de la conformité et de l'**alignement de l'action proposée aux différents documents cadres en vigueur dans le pays** (politique nationale de santé, politique national santé communautaire iCCM, le protocole national de la PCIMA, etc.). Une planification rationnelle définirait les activités auxquelles le niveau central sera partie prenante.

Il participera régulièrement aux réunions/rencontres de planification ou coordination semestrielles, les ateliers de lancement, atelier bilan à mi-parcours, les ateliers bilans, les rencontres d'évaluation et de capitalisation.

Niveau régional, à travers les différents points focaux (santé communautaire et nutrition) coordonneront sous la supervision du Direction Régional de Santé(DRS) les différentes activités à mettre en œuvre entre autres la supervision, les **formations et l'intégration réussie de la PCIMA dans le paquet de iCCM**.

Les rencontres à ce niveau sont les plus souvent semestrielles ou bien trimestrielles.

District sanitaire ou niveau opérationnel assurera la **coordination efficace de l'exécution des activités**. A cet effet, il veillera à la tenue des réunions trimestrielles de planification, de coordination et de concertation avec tous les acteurs intervenants dans le district. Son rôle de **suivi et évaluation** sera plus que prépondérant pour assurer la qualité et les performances de l'action.

Aire de santé des CS, les réunions mensuelles doivent être soutenues sous l'égide des ASACO ou comités de santé et requiert la participation des ASC et aussi des autres composantes des acteurs communautaires (les relais communautaires, les groupes et organisations féminines).

La fonction sera le suivi de données et gestion des intrants de l'intervention.

Communauté : Des réunions mensuelles entre les ASC, les leaders religieux, les organisations de la jeunesse et groupements des femmes. Ils seront mobilisés et mis à contribution pour répondre promptement aux besoins de la communauté.

2.2.2 FORMATION PCIMA PAYS

La recommandation dans ce guide de la mise en œuvre, sera de favoriser l'intégration de la prise en charge de la MAS, depuis le début dans le paqueté des activités de l'ASC dans l'iCCM. Pour cela sera préférable de compléter les modules de formation de chaque pays, avec la PECMAS et profiter de cette formation pour le recyclage des autres actions de l'ASC préventives et curatives.

Formation des formateurs

Réaliser la formation des formateurs iCCM au niveau de chaque district sanitaire. Cette formation sera réalisée par le niveau national en collaboration avec la Direction régionale de la Santé et le partenaire. Cette formation doit prendre en compte la prise en charge de la MAS et aussi les outils de suivi et supervision.

Formation des responsables des ASC

Les infirmiers responsables du CS devront ainsi être formés sur le paquet iCCM intégré. Ils seront les encadreurs des stages des ASC au niveau de l'aire de santé et accompagneront les premiers pas des ASC après l'ouverture de site ou après l'intégration de la PCIMA. Ils assureront par la suite la supervision des sites ASC.

Formation ASC

L'objectif de la formation, c'est de rendre les ASC capables de prendre en charge un enfant MAS sans complication dans le respect des normes de protocole national en utilisant les outils disponibles et validés par le Ministère de Santé.

Cette formation sera spécifique à chaque pays d'intervention. Dans le cadre de l'intégration de la nutrition dans le paqueté d'iCCM et de les autres tâches à développer par l'ASC, la recommandation sera de faire le support de la formation de toute le paqueté des activités et pas seulement de la malnutrition aigüe.

Stage post formation

Pour renforcer les contenus après la formation, les ASC peuvent faire un stage à niveau de CS pour concilier la théorie à la pratique pour une durée de 6-8 semaines sous la supervision du infirmier chef de poste. L'ASC va assurer l'ensemble du processus de prise en charge de l'enfant depuis le triage jusqu'à la guérison. Pendant les deux premières semaines l'ASC participe et pratique tous les jours dans le CS sur tous les aspects santé communautaire et nutrition.

A la fin de ces deux semaines, il viendra seulement au CS le jour de prise en charge de la malnutrition pour renforcer les aspects de nutrition afin de clôturer la première phase au niveau de la structure de santé. Si à niveau du pays, le CS fait la PECMAS tous les jours, l'ASC peut continuer son travail tous les jours de la semaine.

Cette période sera une occasion pour l'infirmier chef de poste d'identifier les insuffisances des ASC sous sa responsabilité, d'apporter les mesures correctrices et d'établir conjointement un plan de renforcement des capacités le cas échéant.

La Guide stage post formation, il inclut la grille d'évaluation du stage. Chaque pays peut adapter ce stage en termes des jours et/ou semaines de stage (Annexe 1).

Suivi post formation : Dans les 2 mois qui suivent la fin de la formation un suivi post formation devra être diligenté au niveau des sites. Ce suivi sera assuré par les formateurs. La mission de suivi aura pour principale mission d'apprécier la conformité de la mise en œuvre des activités, d'identifier les éventuelles lacunes et d'apporter les mesures correctrices appropriées. La fonctionnalité de site, les connaissances et la mise en œuvre des pratiques apprises lors de la formation sera apprécié par l'administration de test et de la grille de supervision intégrée santé communautaire et nutrition.

2.2.3 FORMATION ACTION CONTRE LE FAIM



Dans certains contextes où il n'y a pas la stratégie de formation des autorités du Ministère ou bien dans quelque situation spécifique qu'il n'est pas possible de faire la formation présentielle des ASC (quelques urgences sanitaires) ACF a proposé de faire une formation en cascade de formation des formateurs et après les ASC.

Cette proposition c'est aussi un outil pour utiliser dans des districts qui ont été déjà formés mais qu'ils ont besoin d'un refresh pour assurer la qualité de soins.

Il s'agit d'un outil pour faire la formation des formateurs on line/of line et formation des ASC sur place à niveau de centre de santé.

Le contenu de cet outil :

1. Guide de formation des formateurs transversale : Il a 6 modules avec le contenu du protocole PCIMA, et des adaptations au protocole simplifié et COVID19 (téléchargeable) Résumé sur l'annexe 2.
2. Protocole PCIMA (téléchargeable)
3. Infographie PCIMA Protocole pour l'agent de santé et le centre de santé (**Annexe 3**)
4. Cours on line/of line, base sur la guide de formation.

Les formateurs (infirmières responsables du centre de santé et superviseurs ONG) peuvent faire la formation à travers de cours on line/of line. Ces formateurs vont organiser de formation présentielle dans leur CD et les ASC doivent se déplacer pour y participer [Formation de formateurs : formation aux agents de santé communautaires sur le protocole PCIMA > Inscripción > \(accioncontraelhambre.org\)](#)

2.2.4 SUPERVISION

La supervision des activités de l'ASC est une fonction essentielle dans l'amélioration de la qualité de la stratégie. Elle se fera par plusieurs niveaux et selon une périodicité

La recommandation de cette guide, c'est d'intégrer la supervision de la PECMAS, dans la supervision du paqueté d'ICCM, à fin d'optimiser les ressources humaines et logistiques.

Du CS vers le site ASC : elle se fera à un rythme mensuel au début de la mise en échelle et après selon le contexte tous les 2 ou 3 mois.

Elle se veut formative et une grille de supervision adaptée au niveau ASC sera utilisée par site. La grille conjugue des aspects de l'observation directe, d'analyse documentaire et de l'entretien avec l'agent supervisé ainsi que les représentants de la communauté afin de mieux cerner la qualité de la mise en œuvre et renforcer les capacités. Elle permettra, si le cas se présente de résoudre certains problèmes d'ordre organisationnel ou de fonctionnement du site, ainsi que les relations entre l'ASC et sa communauté.

Les partenaires de proximité pourront être associés dans la planification, l'organisation et la mise en œuvre de cette supervision.

La supervision trimestrielle du DS : elle se fera est semestrielle. Utilisera également la grille de supervision intégrée et un certain nombre de site ASC sera retenu. Le choix des sites se fera en collaboration avec l'infirmier responsable du CS et portera sur les sites en difficultés car elle se veut aussi formative.

Autrement, un choix aléatoire peut être utilisé afin mieux apprécier la qualité de la mise en œuvre de la stratégie, et de renforcer les capacités des intervenants.

Des supervisions conjointes et intégrées : partenaires d'accompagnement, niveau régional, niveau district doivent être organisées au moins une fois par semestre. Elle permettra d'avoir une vision globale du niveau d'avancement, apprécier les points, identifier les points à améliorer et proposer des mesures correctrices à travers un plan de redressement ou un plan d'amélioration.

De toutes ces supervisions, des restitutions seront faites au niveau du site et des rapports de supervision élaborés et partagés avec les différentes parties prenantes.

Grille de supervision : A niveau de chaque pays, il sera utilisé la grille de supervision validé pour les autorités du ministère de la Santé.

2.2.5 SUPERVISION ACTION CONTRE LE FAIM

Pour Action contre le Faim, il y aura un minimum des tâches de l'ASC à superviser pour assurer la qualité de la prise en charge. Pour cela ACF a développé une grille de supervision avec des variables à collecter. Cette grille a pris en compte des variables qui sont collectées dans plusieurs guides de pays du Sahel. Grille de supervision ([link](#))

Il y a deux manières d'utiliser la grille : 1) Peut être utilisée directement à niveau du terrain en cas où il n'y a pas la grille du Ministère disponible ; 2) à partir des informations collectées avec la grille du Ministère, les partenaires peuvent remplir cette grille afin d'harmoniser les analyses

Cette grille prend en compte deux aspects :

- **Contexte des sites** : observation directe de la disponibilité du matériel nécessaire pour rendre le site opérationnel et l'utilisation.
 - Disponibilité de matériel : Matériel anthropométrique et médical, autre matériel (registres, fiches, protocoles...), stock pharmacie, poste d'eau potable
 - Remplissage des supports : Fiche de prise en charge, fiches contrôle d'éligibilité, rapport mensuel activités.
- **Observation directe d'ASC** : Observation directe à la tâche pour évaluer les connaissances techniques et qualité de performance de l'ASC.
 - Prise en charge de l'enfant malade : Lavage des mains au savon, recherche des signes de danger, pesée de l'enfant, prise de la température de l'enfant, utilisation de la bande de Shakir, vérification de la compréhension de la mère, conseils sur les mesures préventives, fixation du rendez-vous (pour le suivi).
 - Prise en charge de la MAS : dépistage passif systématique, critères d'admission et décharge, test d'appétit, consultation médicale et détection des complications, traitement médical, traitement nutritionnel.

2.2.6 BESOIN INTRANTS

Pour la mise en échelle de l'intervention des ASC, il est essentiel assurer la disponibilité des intrants et éviter la rupture de stock des intrants nutritionnels et les médicaments pour le traitement systématique. La gestion des intrants peut être différente selon la politique du pays, normalement c'est le centre de santé le responsable de fournir l'ATPE et les médicaments à l'ASC.

Adapté à chaque contexte, et en collaboration avec les comités de gestion des structures sanitaires et les municipalités, il est nécessaire de mettre en place des solutions pour assurer l'approvisionnement régulier en ASC.

Sur cette [link](#) la calculatrice pour faire l'estimation des intrants nutritionnelles selon l'estimation du caseload et prévalence de la malnutrition aiguë ²³.

2.3 SUIVI ET MONITORING

Outils de suivi	Collecte de données	Indicateurs
• Livres de registre et rapport mensuel d'activités • Les données sont saisi sur le DHS2I	• Questionnaires Kobo de supervision • Questionnaire Kobo suivi activités curatives	• Indicateurs suivi d'activités • Indicateurs prise en charge • Indicateurs qualité de performance

2.3.1 COLLECTE DE DONNES

Cette fonction sera assurée à travers les outils de collecte des données validés par le ministère de la Santé. Les données des activités mises en œuvre seront collectées à partir des registres, cahier de séances, fiches individuelles, etc. préalablement mis en place dans les sites ASC. Après compilation et élaboration des rapports mensuel d'activité, ils seront transmis au CS pour leur enregistrement dans le SIS à travers le DHIS2 (ce système est utilisé à niveau de plusieurs pays).

L'élément fondamental est de partager le travail avec le système de santé et d'éviter les ruptures en intrants thérapeutiques et pour cela, les activités de suivi (tant sur le terrain à travers les supervisions que la gestion efficace du stock) et la remontée des données doivent être privilégiées.

2.3.2 OUTILS DE SUIVI



Les données des sites ASC sont saisies sur le DHIS2, dans les pays que le système est en cours, ou bien à niveau de rapport mensuel de CS attachée.

Action contre le Faim, a développé des **outils de suivi avec Kobo** pour la surveillance de la qualité de l'intervention. Toutes les variables collectées sur les questionnaires Kobo vient des fiches de registre, rapport et outils de suivi du Ministère de chaque pays.

ACF propose l'utilisation de questionnaire des activités curatives ASC et CScCom pour assurer la surveillance de la qualité de la nouvelle intervention et faire des analyses (link

2.3.3 INDICATEURS

Tous ces indicateurs doivent être représentés par DISTRICT, AIRES DE SANTÉ, REGION, PAYS et le total de tous les pays

- % des ASC qu'on reçoit la supervision (n° qui ont reçu/ total ASC)
- % des ASC qu'on reçoit la formation (n° qui ont reçu/ total ASC)
- % ASC qui ont reçu le salaire (n° qui ont reçu/ total ASC)
- % réunion RC-ASC (n° réunion réalisés/ total ASC)
- % réunion ASC_CS (n° réunion réalisés/ total ASC)
- % RMA des ASC (n° RMA/ total ASC)
- % des ASC rupture de stock amoxicilline (n° rupture/ total ASC)
- % des ASC rupture de stock ATPE (n° rupture/ total ASC)
- % des ASC rupture de stock ASPE (n° rupture/ total ASC)

Indicateurs prise en charge. Tous ces indicateurs doivent être représentés par DISTRICT, AIRES DE SANTÉ, REGION, PAYS et le total de tous les pays.

- NC diarrhée, paludisme, infection respiratoire, MAM, MAS
- % guéris, % abandons, % non réponse, % décès MAM , MAS
- % des ASC qui ont atteint les standards sphères de qualité (n° qui ont atteint/ total ASC)

Indicateurs de la qualité de la performance

- % ASC qui disposent des intrants nutritionnels
- % ASC qui disposent des médicaments pour le traitement systématique
- % ASC qui disposent des supports et registres
- % ASC qui disposent d'Equipment médical
- % ASC qui ont correctement respecté les critères d'admission et de décharge
- % ASC qui ont identifié les signes de danger
- % ASC qu'a fait correctement le test de l'appétit
- % ASC qu'ont fait correctement la consultation médicale et l'examen de signes de danger
- % ASC qui a donné le traitement médical correctement
- % ASC qui a donné le traitement nutritionnel correctement

Dans le cadre programme de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, les enquêtes SQUEAC et des SLEAC (enquête initiale et enquête de suivi) pourront être réalisés afin mesurer et de suivre la couverture du programme.

3 AGENDA MISE EN OUVRE

		Temps et activités	Ressources impliquées
	Mapping des acteurs impliqués	1 semaine	— 1 représentant partenaire+1 représentant ministère
IDENTIFICATION ET PLANIFICATION	Cartographie des ASC	1 semaine, GPS de tous les sites d'intervention et collecte des informations	— 1 représentant partenaire+1 représentant ministère — 1 Véhicule
	Evaluation de couverture	2-3 semaines pour évaluation d'enquête SQUEAC, si pas possible. Couverture indirecte de la MAS	— 3 équipes, 2 personnes par équipe — 3 Véhicule
	Analyse de fonctionnalité de programme	1 semaine développement de l'atelier	— 1 représentant de chaque acteur clé : ministère, communauté, partenaire ONG, partenaire NNUU — 1 salle de travail
IMPLEMENTATION	Formation	2 semaines : formation sur l'iccm ASC (tâches préventives, curatives avec la MAS). 4 semaines : stage post formation	— 1 formateur ministère+ co-facilitator partenaire — Frés de déplacement, hébergement ASC 15 jours — Matérielles et outils de formation
	Supervision	Toute la longer du projet : • Mensuelle : du CS vers le site ASC • Trimestrielle : du district vers le site ASC	— 1 agent du Ministère (responsable CS) + 1 partenaire — Véhicule pour le déplacement * pour les supervisons trimestrielles, les ressources seront adaptées
	Réunions de coordination	Toute la longer du projet, mensuelle : • Réunion communauté site ASC • Réunion aire de santé : CS, ASC, comités de gestion • Réunion du district : aires de santé	— Pas de ressources complémentaires pour des réunions communautaire, aire de santé et district — Prévoir frés ou moyen de déplacement des ASC vers les CS à niveau local (comité gestion)
MONITORING SUIVI	Collecte de données et approvisionnement	Toute la longer du projet, de façon mensuelle	— Prévoir frés ou moyen de déplacement des ASC vers les CS à niveau local (comité gestion)

ANNEX 1. GUIDE STAGE POST FORMATION

STAGE POST FORMATION

1. Objective stage

Renforcer les contenus après la formation

Les Agents de Santé Communautaire (ASC) peuvent faire un stage à niveau de centre de santé (CS) pour concilier la théorie à la pratique pour une durée de 6-8 semaines sous la supervision du infirmier chef de poste

2. Contenu stage

A la fin de le stage l'ASC doit maitriser les dix blocues décrit a continuation de la prise en charge de la malnutrition aigue sévère (MAS) sans complications

Les sessions seront organiser selon la disponibilité de l'infirmier du centre de santé et /ou l'organisation du centre.

Activités	Méthodologie
1. Accueil, signes de danger et reference	Au terme de cette session être capable de accueillir les accompagnants des enfants MAS, faire l'identification de signes de danger et assurer la référence des malades Observer et noter et acquérir : • Accueil des patients organisé • Eau sucrée disponible • Identification des signes danger : Nourrisson de la naissance à 2 mois , amaigrissement visible et sévère chez l'enfant de 2 à 6 mois, l'enfant est-il incapable de boire ou de téter, incapable de s'asseoir ou se tenir debout, ne répond pas aux stimuli externes, l'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?, l'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?, pâleur palmaire sévère (Anémie), respiration difficile avec tirage sous costal ou sifflement, enfant devient plus malade malgré les soins à domicile , signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité ou irritable)
2 .Test d'appétit	Au terme de cette session être capable de faire correctement le test d'appétit Observer et noter et Acquérir : • Lavage des mains de l'enfant et accompagnant avant manipulation PPN • Endroit approprié (calme, suffisamment d'espace, propre) • Quantités correctes appliquées pour la réussite du test de l'appétit • Surveillance de la prise de la quantité de PPN réalisée et résultat noté sur la fiche

Activités	Méthodologie
3 .Admission	Au terme de cette session être capable de faire correctement les admissions Observer et noter et Acquérir : • Les Mesures anthropométriques (PB, poids) • La Recherche des œdèmes • Les Critères d'admission, appliqués et notés sur la fiche — Fiches de suivi individuel correctement remplies avec toutes les données d'admission — Registre PCIMA correctement rempli et correcte affectation numéros MAS — Explications correctes et suffisantes données à la mère lors de l'admission
4. Examen Médical	Au terme de cette session être capable de faire correctement l'examen médical Observer et noter et Acquérir : • Interrogatoire • prise de signes vitaux • reconnaissance signes complications • Identification précoce des complications • Référencement précoce vers le centre de référence
5. Traitement Systématique	Au terme de cet exercice être capable de faire correctement l'administration du traitement systématique Observer et noter et acquérir : • Administration de l'Amoxicilline • Test de TDR si fièvre, si TDR+ , administration de CTA • Administration de l'albendazole • Vaccination rougeole réalisée
6. Prise en charge Nutritionnelle	Au terme de cet exercice être capable de faire correctement les quantités de PPN Observer et noter et acquérir : • Donner la quantité de sachets de PPN conformément au protocole • Explications données à la mère sur statut nutritionnel et médical de son enfant
7. Sortie de programme	Au terme de cette session être capable de maîtriser les critères de sortie MAS Observer et noter et Acquérir : • Critères de guérison • Critères d'abandon • Critères de décès • Critères de non réponse : Investiguer les cas de non réponse au traitement (VAD)
8. Gestion de Stock	Au terme de cette session être capable de faire un stockage des intrants/médicament Observer et noter et acquérir : • Rangement des intrants sur étagère utilisation de palettes, absence rongeurs, • Avoir un stock de 1 mois de fonctionnement

Activités	Méthodologie
	Remplir correctement les fiches de stock PPN et médicaments traitement systématique
9. Rapportage	Au terme de cette session être capable de suivi de l'information Observer et noter et acquérir : - Remplissage de la fiche de suivi de malade - Remplissage de la fiche de référencement - Remplissage rapport mensuel des activités
10. Activités communautaires	Au terme de cette session être capable d'organiser les activités communautaires avec les relais et les ASC Observer et noter et acquérir : - Organiser les relais et les groupements communautaires à réaliser le dépistage - Organiser les relais et les groupements communautaires à réaliser les VAD et les recherches des cas au besoin

3. Suivre et évaluation de le stage

A la fin du stage post formation, le responsable du centre, doit faire l'observation à la tâche de l'ASC qui prendre en charge **5 cas d'enfant** qui arrive au centre et qui est identifié comme enfant MAS sans complications.

Le score de la grille : 1) F (fait)=2, FE (fait avec erreur)= 1, NF (non fait)= 0 ; 2) le maximum de points par cas, c'est 22 ; 3) le minimum des points pour avoir 1 cas prit correctement c'est 15 points . **Evaluation positive de le stage**, l'ASC doit obtenir 15 points dans 3 cas (du total de 5)

Figure 1. Grille d'évaluation de stage

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Accueil des malades					
Identification signes de danger					
Identification critères de référence					
Réalisation test de l'appétit					
Mesuré de PB					
Prendre de poids					
Examen médical					
Traitement nutritionnel					
Traitement systématique					
Identification critères de sortie					
Remplissage de fiches et support					
Total pointage					

ANNEX 2. CONTENU DE LA FORMATION DES FORMATEURS

LES SPÉCIFICATIONS DU PROJET

Création de 7 modules interactifs de formation en ligne pour la formation de formateurs potentiels au protocole PCIMA.

L'objectif du projet est : former des formateurs potentiels au protocole de gestion/traitement de la malnutrition aiguë ; le personnel d'Action contre la Faim, le Ministère de la Santé, les partenaires et/ou homologues afin qu'ils soient en mesure de former et d'accompagner les agents de santé communautaire dans leur apprentissage, en leur décentralisant le traitement de la malnutrition aiguë et en garantissant la qualité de leurs actions.

Public : le personnel d'Action contre la faim et le personnel du ministère de la santé (infirmières, superviseurs, etc.) partenaires et/ou homologues.

CONTENU :

Module 1 : Axé sur la formation plus classique et transversale des formateurs.

Objectifs :

1. Être conscient de l'importance/la nécessité d'un processus de formation réglementé et systématisé
2. Acquérir les connaissances, les procédures et les attitudes que tout formateur devrait avoir à l'esprit :
 - Effectuer une **analyse et une adaptation** de la formation **au contexte et aux besoins de l'apprenant** (caractéristiques de l'apprenant adulte),
 - Savoir **définir les objectifs et les contenus** de la formation,
 - Connaître et appliquer une **méthodologie** de formation,
 - Savoir en quoi consiste l'accompagnement formatif et comment le réaliser,
 - Reconnaître l'importance de la communication,
 - Être capable d'utiliser et/ou de développer des matériaux et des instruments pour le suivi et l'évaluation de l'étudiant,
 - Soyez conscient de l'attitude de votre formateur.

6 Modules

Un pour chaque phase du protocole PCIMA :

- 1) Accueil, signes de danger et référence
- 2) Triage et admission de l'enfant souffrant de malnutrition aiguë
- 3) Suivi hebdomadaire de l'enfant atteint de malnutrition aiguë
- 4) Traitement de l'enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales
- 5) Procédures de sortie pour les enfants et conseils nutritionnels
- 6) Suivi et évaluation

Structure de chaque module :

- 1. Introduction :**
 - a. **Présentation thématique**
 - b. **Phase objective du protocole**
 - c. **Matériel nécessaire pour cette phase du protocole**
- 2. Description de la phase :**
 - a. **Définition / description de la procédure étape par étape** : explication détaillée par vidéo de chaque étape.
- 3. Formation des formateurs du PCIMA :**

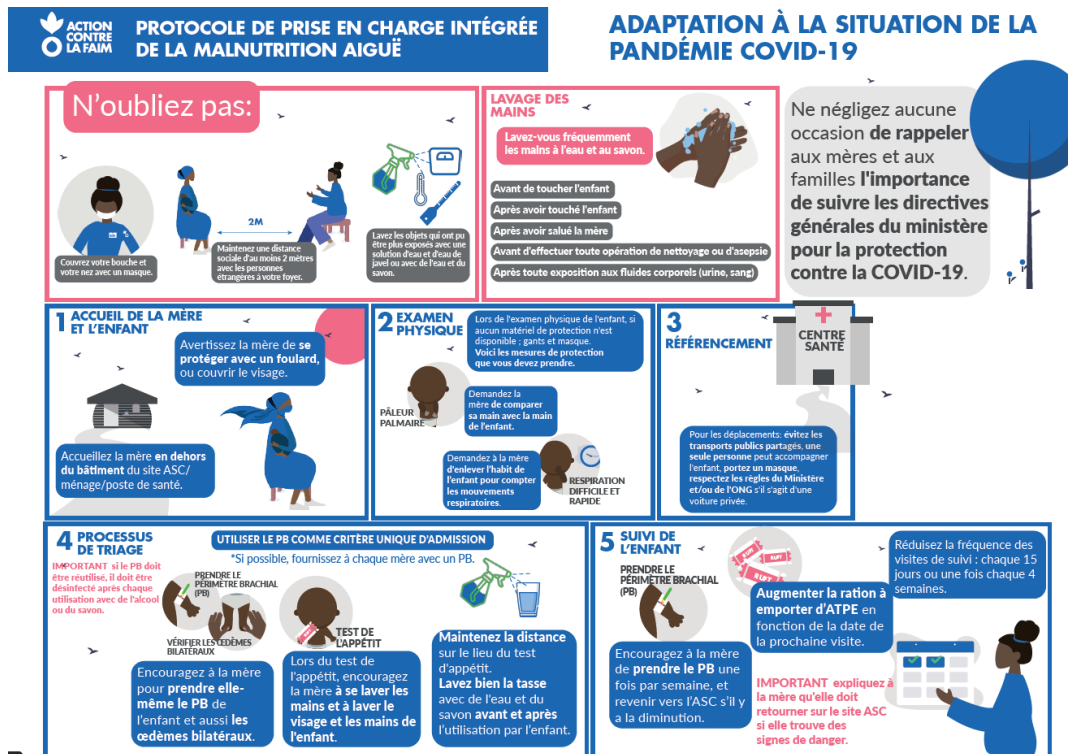
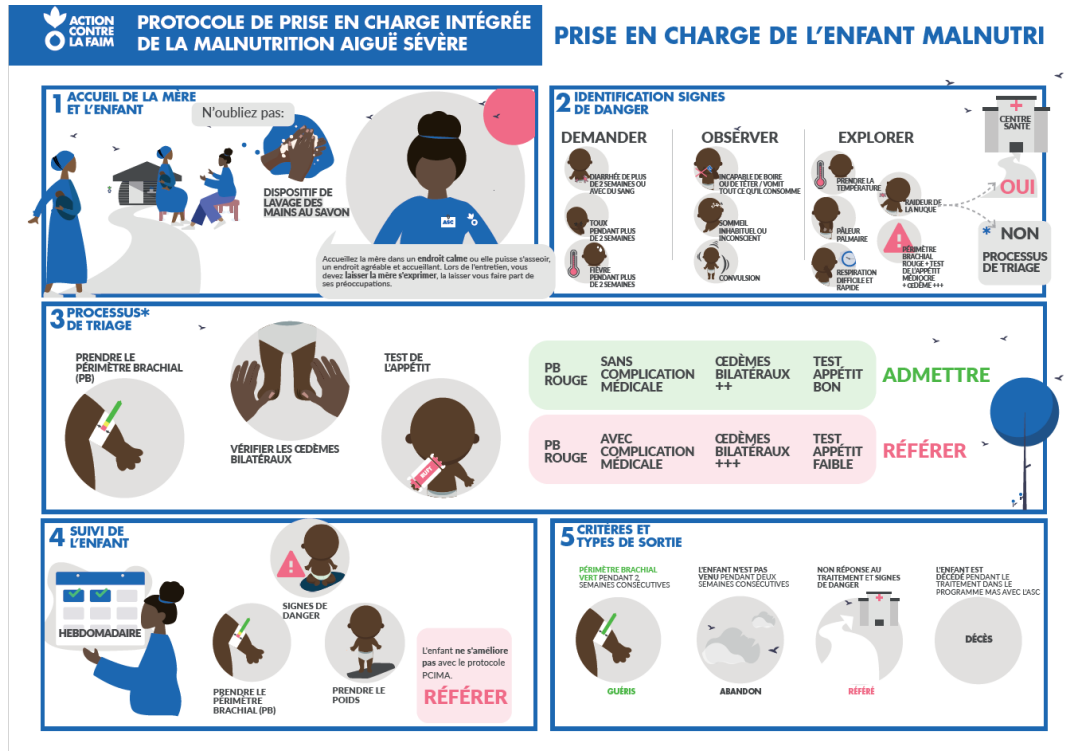
Directives sur la manière de transmettre les concepts, les procédures ou les attitudes requises dans cette phase.

 - a. **Activités de formation**
 - i. **Objectif de la formation**
 - ii. **Ressources matérielles, temporaires et physiques**
 - iii. **Séquencement**
 - iv. **Développement/procédure**
 - v. **Recommandations**
 - vi. **Matériel supplémentaire**
 - b. **Résumé : messages clés**
 - c. **Matériel d'évaluation et de suivi de la formation.**
- 4. Ajustements/adaptation pour le protocole simplifié.**

Des éléments téléchargeables seront joints, tels que :

- Pour le formateur :
 - o Guide pratique pour la formation en face à face (déjà produit en FR)
 - o Manuel de formation des formateurs sur le protocole PCIMA.
- Pour l'apprenant (à rendre après la formation):
 - o Protocole PCIMA
 - o Infographies sur le protocole PCIMA à imprimer et à remettre au centre de santé.

ANNEX 3. INFOGRAPHIES PRISE EN CHARGE PAR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE.



	PROTOCOLE PCIMA	PROTOCOLE SIMPLIFIÉ																						
Signes danger et attitude à tenir	• Écouter la mère, observer l'enfant, examen physique l'enfant. • Référer l'enfant au centre de santé.	• Écouter la mère, observer l'enfant, examen physique l'enfant. • Référer l'enfant au centre de santé.																						
Triage	• Périmètre brachial • Oedèmes • Poids/taille	• Périmètre brachial • Oedèmes																						
Admission MAM / MAS	PB= jaune P/T ≥ -3 et < -2 z-score MAM	PB= jaune Oedèmes + ou ++ P/T < -3 z-score MAS																						
Traitement nutritionnel	<table><tr><th></th><th>MAM ASPE</th><th>sachet semaine</th><th>MAS ATPE</th><th>sachet semaine</th></tr><tr><td>3 - 3.4 Kg</td><td rowspan="4">7</td><td></td><td></td><td>8</td></tr><tr><td>3.5 - 4.9 Kg</td><td></td><td></td><td>10</td></tr><tr><td>5 - 6.9 Kg</td><td></td><td></td><td>15</td></tr><tr><td>7 - 9.9 Kg</td><td></td><td></td><td>20</td></tr></table>		MAM ASPE	sachet semaine	MAS ATPE	sachet semaine	3 - 3.4 Kg	7			8	3.5 - 4.9 Kg			10	5 - 6.9 Kg			15	7 - 9.9 Kg			20	Périmètre brachial = jaune 7 sachets ATPE/semaine Périmètre brachial = rouge 14 sachets ATPE/semaine *<5kg PB rouge 7 sachets *Pour passer de 2 sachets à 1 sachet, deux visites consécutives avec PB jaune.
	MAM ASPE	sachet semaine	MAS ATPE	sachet semaine																				
3 - 3.4 Kg	7			8																				
3.5 - 4.9 Kg				10																				
5 - 6.9 Kg				15																				
7 - 9.9 Kg				20																				
Surveillance de l'enfant	MAM Chaque 15 jours	MAS Suivi hebdomadaire avec le poids et/ou oedèmes.																						
Décharge de l'enfant	MAM et MAS MUAC vert : ≥ 125 mm P/T ≥ -1,5 Z score 2 visites consécutives (15 jours MAM , 30 jours MAM)	MAM et MAS MUAC vert : ≥ 125 mm 2 visites consécutives																						
Reportage	Livre de registre MAM Livre de registre et feuille suivi MAS	MAM et MAS Vont utiliser le livre de registre MAS et la feuille de suivi MAS																						

REFERENCES

-
- ¹ World Health Organization, United Nations Children's Fund and World Bank. 2023. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. Cited July 2023. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791>
- ² SAM2020 An agenda for scaling up the management of Severe Acute Malnutrition by 2020. Cited January 2023. Available at: <https://www.accioncontraelhambre.org/fr/node/1390>
- ³ WHO/UNICEF JOINT STATEMENT. Integrated Community Case Management (iCCM).2012. Cited December 2022. Available at : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/who-unicef-joint-statement-child-services-access.pdf>
- ⁴ Alvarez Morán JL et al. Quality of care for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition delivered by community health workers in a rural area of Mali. *Matern Child Nutr.* 2018 Jan;14(1):e12449. <https://doi.org/10.1111/mcn.12449>
- ⁵ Alvarez Morán et al. The effectiveness of treatment for Severe Acute Malnutrition (SAM) delivered by community health workers compared to a traditional facility based model. *BMC Health Serv Res* 18, 207 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2987-z> .
- ⁶ Rogers, E et al. Cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by community health workers compared to treatment provided at an outpatient facility in rural Mali. *Hum Resour Health* 16, 12 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0273-0>
- ⁷ Charle-Cuellar, P. et al. Impact of Different Levels of Supervision on the Recovery of Severely Malnourished Children Treated by Community Health Workers in Mali. *Nutrients* 2021, 13, 367. <https://doi.org/10.3390/nu13020367>
- ⁸ Charle-Cuellar, P et al. Scaling severe acute malnutrition treatment with community health workers: a geospatial coverage analysis in rural Mali. *Hum Resour Health* 20, 74 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00771-8>
- ⁹ Ogobara Dougnon A, et al. Impact of Integration of Severe Acute Malnutrition Treatment in Primary Health Care Provided by Community Health Workers in Rural Niger. *Nutrients.* 2021 Nov 14;13(11):4067. <https://doi.org/10.3390/nu13114067>
- ¹⁰ Charle-Cuellar P et al. Effectiveness and Coverage of Treatment for Severe Acute Malnutrition Delivered by Community Health Workers in the Guidimakha Region, Mauritania. *Children (Basel).* 2021 Dec 4;8(12):1132. <https://doi.org/10.3390/children8121132>

-
- ¹¹ Charle-Cuéllar, P. et al. Effectiveness and Coverage of Severe Acute Malnutrition Treatment with a Simplified Protocol in a Humanitarian Context in Diffa, Niger. *Nutrients* 2023, 15, 1975. <https://doi.org/10.3390/nu15081975>
- ¹² Cichon, B et al. Cost of Acute Malnutrition Treatment Using a Simplified or Standard Protocol in Diffa, Niger. *Nutrients* 2023, 15, 3833. <https://doi.org/10.3390/nu15173833>
- ¹³ López-Ejeda N et al. Can community health workers manage uncomplicated severe acute malnutrition? A review of operational experiences in delivering severe acute malnutrition treatment through community health platforms. *Matern Child Nutr.* 2019 Apr;15(2):e12719. <https://doi.org/10.1111/mcn.12719>
- ¹⁴ Rogers E et al . Quality of care of treatment for uncomplicated severe acute malnutrition provided by lady health workers in Pakistan. *Public Health Nutr.* 2018 Feb;21(2):385-390. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002610>
- ¹⁵ Rogers E et al. Evaluation of the cost-effectiveness of the treatment of uncomplicated severe acute malnutrition by lady health workers as compared to an outpatient therapeutic feeding programme in Sindh Province, Pakistan. *BMC Public Health.* 2019 Jan 17;19(1):84. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6382-9>
- ¹⁶ Hussain, I. et al. Effectiveness of management of severe acute malnutrition (SAM) through community health workers as compared to a traditional facility-based model: a cluster randomized controlled trial. *Eur J Nutr* 60, 3853–3860 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00394-021-02550-y>
- ¹⁷ WHO. WHO Guidelines on the prevention and management of wasting and nutrition oedema in infants, acute malnutrition in infants and children under five. Cited July 2023. Available at <https://ta.nutritioncluster.net/events/who-guideline-prevention-and-management-wasting-and-nutritional-oedema-acute-malnutrition>
- ¹⁸ WHO. Sustainable development goals. Cited December 2022. Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- ¹⁹ WHO. Universal Health Coverage. Cited December 2022. Available at: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
- ²⁰ SIMPLIFIED APPROACHES. Decision making in exceptional circumstances. Cited Mars 2023. Available at: <https://www.simplifiedapproaches.org/fr/copy-of-tools-resources>
- ²¹ Action against Hunger. CMAM coverage monitoring. Cited December 2022. Available at : <https://www.coverage-monitoring.org/which-methodology-to-choose/>
- ²² Community Health Impact Coalition. An evidence-based tool for designing, assessing, and optimizing community health programs. Cited Mars 2023. Available at: <https://joinchic.org/resources/chw-aim/>

²³ SIMPLIFIED APPROACHES. Caseload and supply calculation. Cited November 2022.
Available at: <https://www.simplifiedapproaches.org/copy-of-tools-resources>