

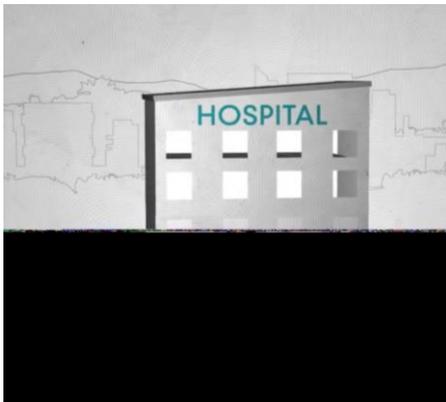
# Les approches simplifiées pour la prise en charge de l'émaciation

unicef  | for every child



# Pourquoi les approches simplifiées?

Améliorer l'efficacité, la qualité, la couverture de la prise en charge de l'émaciation  
Réduire les coûts de la prise en charge



**D'un traitement exclusivement à l'hôpital** (laits thérapeutiques F-75 et F-100 )

- Longues distances
- Services hospitaliers surchargés
- Infections

**Un traitement au niveau « communautaire » - centre de santé**

- → RUTF: augmentation de la couverture mais couverture toujours sous-optimale
- Pas de réelle décentralisation

# De quoi s'agit-il?

## Simplifications des protocoles standards existants pour le traitement de l'émaciation



Ctrl + click  
sur l'image pour  
accéder à la  
vidéo

<p>Les enfants qui souffrent d'émaciation ont jusqu'à onze fois plus de risques de mourir que les enfants correctement nourris</p>	<p>Les approches simplifiées visent à favoriser l'adoption d'un modèle plus efficient et plus efficace pour faciliter le dépistage et le traitement précoce de l'émaciation dans les établissements de santé et les communautés</p>				<p>Les sept modifications les plus courantes sont les suivantes :</p>		
<p>La boîte à outils ainsi que d'autres ressources et recommandations sont disponibles à l'adresse <a href="https://simplifiedapproaches.org">simplifiedapproaches.org</a></p>			<p><b>2</b> Rapprocher les services de prise en charge des ménages en permettant aux agents de santé communautaires d'assurer la fourniture des traitements</p>				
			<p>unicef   pour chaque enfant</p>	<p><b>4</b> Augmenter les seuils pour permettre à davantage d'enfants vulnérables d'accéder aux traitements</p>			
			<p>Des mécanismes de suivi solides doivent être établis pour garantir le respect des critères de qualité</p>			<p>Des informations utiles sont réunies dans la Boîte à outils sur les approches simplifiées, en particulier dans le Kit de démarrage</p>	
	<p>Il est indispensable de rendre ces services plus accessibles et de faciliter leur mise en œuvre</p>				<p><b>7</b> Réduire la fréquence des consultations en cours de traitement pour limiter les problèmes d'accès</p>		

[www.simplifiedapproaches.org](https://www.simplifiedapproaches.org)

# Types de simplifications

---

## PB famille



Les familles reçoivent une formation et des rubans PB pour dépister la malnutrition chez leurs propres enfants (en mesurant eux-mêmes le PB et en vérifiant les œdèmes)

- **Améliorer la détection précoce des cas et référencement vers un traitement**
  - Améliorer la couverture du programme en dépistant et en référant plus d'enfants pour le traitement
-

# Types de simplifications

## PB famille



Les familles reçoivent une formation et des rubans PB pour dépister la malnutrition chez leurs propres enfants (en mesurant eux-mêmes le PB et en vérifiant les œdèmes)

- **Améliorer la détection précoce des cas et référencement vers un traitement**
- Améliorer la couverture du programme en dépistant et en référant plus d'enfants pour le traitement

## Traitement par les ASC



Cette approche déplace le traitement de la MAS (sans complications médicales) du centre de santé vers la communauté. Le traitement est réalisé par les ASC. Il est souvent intégré au programmes ICCM :« ICCM+Nut » ; "iCCM+“

- **Améliorer la couverture du traitement et l'accès précoce au traitement**
- **Diminuer le taux d'abandon**
- **Réduire les coûts associés au traitement pour les parents**
- Diminuer la charge de travail qui pèse sur les centres de santé
- Permettre la continuité des services pendant la COVID

# Types de simplifications

## PB famille



Les familles reçoivent une formation et des rubans PB pour dépister la malnutrition chez leurs propres enfants (en mesurant eux-mêmes le PB et en vérifiant les œdèmes)

- **Améliorer la détection précoce des cas et référencement vers un traitement**
- Améliorer la couverture du programme en dépistant et en référant plus d'enfants pour le traitement

## Traitement par les ASC



Cette approche déplace le traitement de la MAS (sans complications médicales) du centre de santé vers la communauté. Le traitement est réalisé par les ASC. Il est souvent intégré au programmes ICCM :« ICCM+Nut » ; "iCCM+“

- **Améliorer la couverture du traitement et l'accès précoce au traitement**
- **Diminuer le taux d'abandon**
- **Réduire les coûts associés au traitement pour les parents**
- Diminuer la charge de travail qui pèse sur les centres de santé
- Permettre la continuité des services pendant la COVID

## Fréquence réduite des visites



Cette approche permet de prolonger le temps entre les visites de suivi - passage d'une fréquence hebdomadaires à une fréquence bimensuelle ou mensuelle

- **Améliorer l'accès aux services et leur utilisation en réduisant le fardeau des déplacements**
- Donner la priorité aux enfants à haut risque qui peuvent revenir pour des visites plus fréquentes
- Dans le contexte COVID - Réduire les rassemblements au centre de santé

# Types de simplifications

## Protocole combiné

### Critères d'admission modifiés

- **PB seulement:** Utilisation du périmètre brachial et/ou des œdèmes bilatéraux comme seuls critères d'admission et de sortie
- **Critère d'admission étendu:** Augmentation du seuil du PB pour admettre tous les enfants <125 mm afin que tous les enfants émaciés soient éligibles au traitement

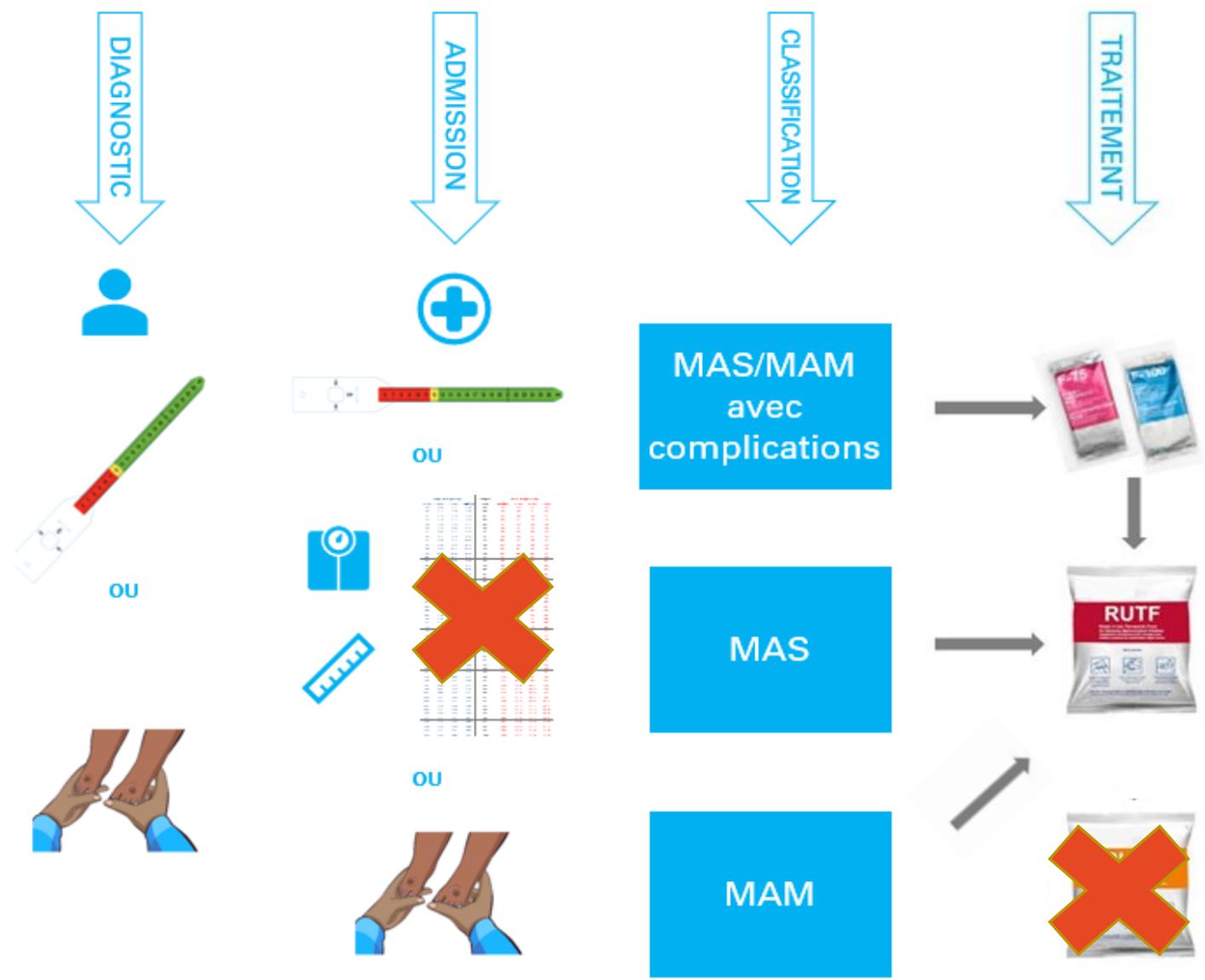
### Utilisation d'un seul produit de traitement

Les ATPE sont utilisés pour traiter les enfants MAS et MAM

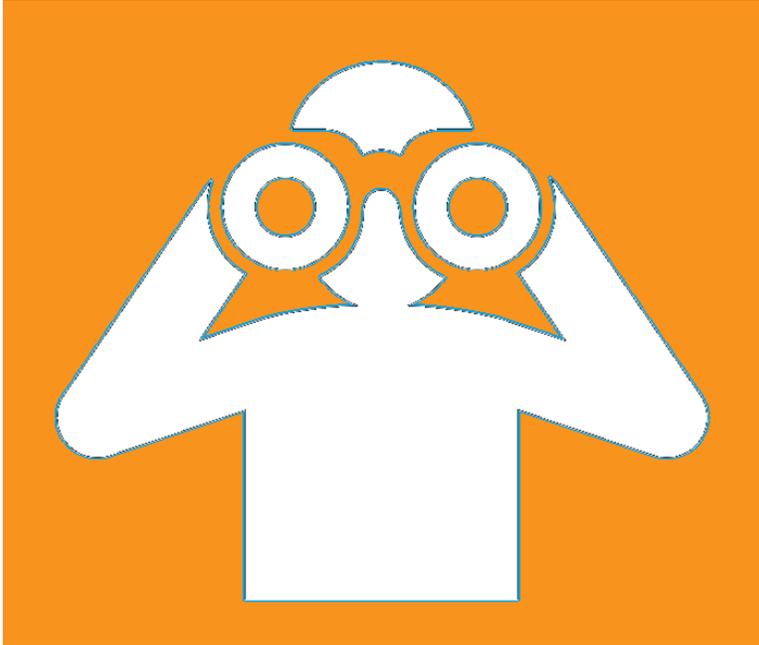
### Réduction des dosages

- Modification des dosages\* d'ATPE au cours du traitement pour optimiser son utilisation (généralement utilisé en association avec l'utilisation d'un seul produit de traitement, mais pas nécessairement)
- Différents dosages existent:
- **Dosage OPTIMA, Dosage COMPAS**

- **Augmentation de la couverture**
- **Continuité des soins :** le traitement est harmonisé à travers continuum de soins (SAM → MAM)
- **Qualité :** traitement plus adapté aux besoins énergétiques des enfants
- **Rentabilité:** diminution du coût par enfant traité
- **Simplicité:** la modification des doses facilite la détermination de la posologie pour les agents de santé - dosages simples ne nécessitant pas d'effectuer de calculs ni d'avoir un niveau d'alphabétisation élevé

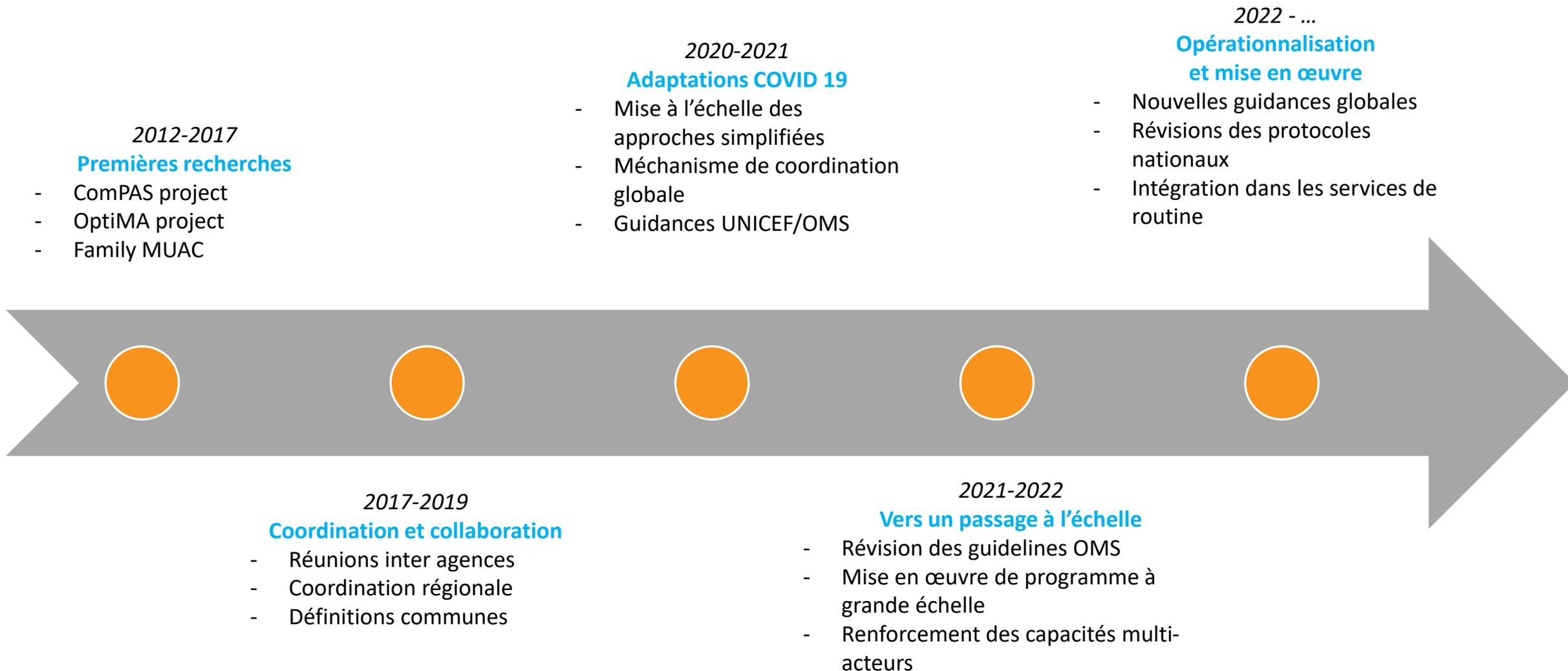


# Analyse du paysage des approches simplifiées



- Où en est-on au niveau global?
- Quelles simplifications sont mises en oeuvre dans la region?
- Qui sont les principaux partenaires de mise en oeuvre?

# Où en sommes nous au niveau global?



# Guidelines internationales...

- **Utilisation des approches simplifiées lorsque les circonstances sont exceptionnellement difficiles** (grave insécurité alimentaire, systèmes de santé défaillants, extrême vulnérabilité des populations).
- **Mars 2019: réunion HCR, UNICEF, PAM et OMS pour examiner les preuves disponibles**, discuter des efforts en cours et décider des prochaines étapes.

## *Conclusions de la réunion*

- **Résultats prometteurs mais limités dans leur portée et spécifiques au contexte**
- **Aucune étude menée en Asie du Sud**, qui compte le plus grand nombre d'enfants souffrant d'émaciation
- Etudes menées à une **échelle relativement petite** → efficacité à grande échelle? coûts?
- Preuves disponibles à ce jour ne justifient pas encore une modification des recommandations mondiales
- Continuer à générer des preuves



Home / Newsroom / Events / Detail / Simplified approaches for the treatment of child wasting

## Simplified approaches for the treatment of child wasting

26 – 27 March 2019 | Geneva, Switzerland

An executive briefing from a technical consultation between the World Health Organization, the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, the United Nations Children's Fund and the World Food Programme

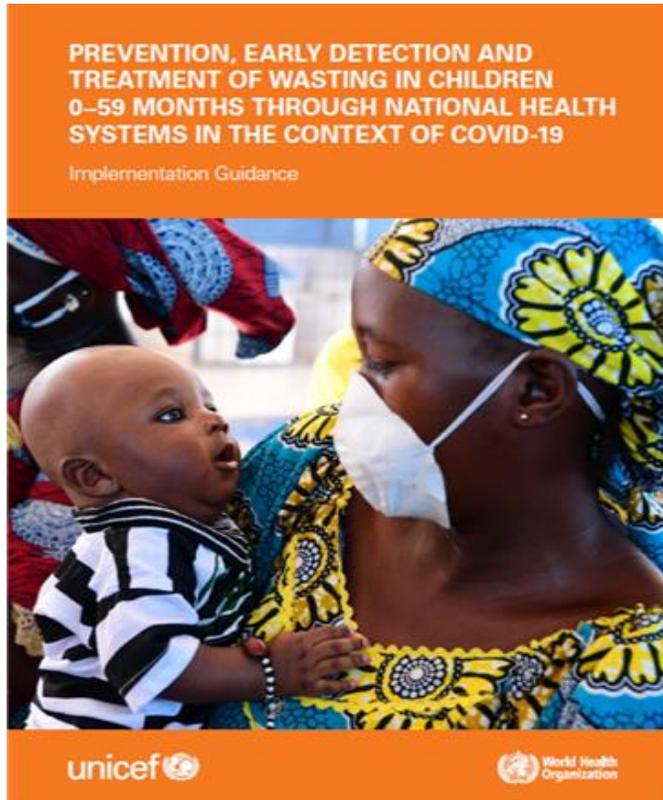
### Background

Today, at any point in time, an average of 50 million children aged under 5 years suffer from wasting worldwide. These children are at a higher risk of death than their well-nourished and healthy peers. This risk is particularly high among the 17 million children with severe wasting. Levels of wasting have barely declined in a decade. As a result, the world is off-track to reach the global Sustainable Development Goal (SDG) target to reduce the prevalence of child wasting (Target 2.2). Preventing children from becoming wasted requires concerted actions to ensure that they are born to well-nourished mothers and have access to age-appropriate nutritious and healthy diets and care practices, as well as to health services and clean and safe environments. Yet, when prevention fails – as it has done for those 50 million children suffering from wasting now – early detection and appropriate treatment of wasting remain essential.

For decades, United Nations agencies have provided leadership in improving access to effective services for children with wasting, contributing to a decrease in the number of children dying from wasting, in both humanitarian and development contexts. In 2018, an estimated 10 million children with wasting, including 4.5 million with severe wasting, received treatment with support from the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), the United Nations Children's Fund (UNICEF), the World Food Programme (WFP) and the World Health Organization (WHO), but more needs to be done.

### Current status and the issue

# Guidelines internationales...



- Adaptations dans le contexte COVID
- Révision des guidelines OMS sur la prévention et le traitement de l'émaciation → résultats attendus en juin 2022
  - 16 questions PICO quantitatives
  - 4 questions PICO qualitatives
  - 3 questions PICO sur l'utilisation des ressources et la rentabilité
  - **23 revues systématiques en cours**

*La COVID a permis de faire avancer la mise à l'échelle de certaines approches simplifiées*

# Guidelines internationales...

Simplification	Question PICO inclut par l'OMS
PB Famille	<i>Aucune révision des normes nécessaire</i>
Traitement de l'émaciation géré par les ASC	13. Chez les nourrissons et les enfants atteints d'émaciation sans comorbidités, quelle est l'efficacité de l'identification et du traitement de l'émaciation par les agents de santé communautaires (en milieu communautaire) ?
Fréquence réduite des visites de suivi	<i>Pas de révision des normes mais des questions en suspens sur l'efficacité</i>
Mesure du périmètre brachial et/ou présence d'un œdème uniquement	2. A) Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois, quels sont les critères qui éclairent le mieux la décision d'initier un traitement en ambulatoire/communautaire pour l'émaciation et/ou l'œdème ? 2. D) Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois recevant un traitement ambulatoire/communautaire pour émaciation et/ou œdème, quels sont les critères qui éclairent le mieux la décision de sortie du traitement ambulatoire/communautaire ?
Élargissement des critères d'admission	7. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaciation modérée dans tous les milieux et contextes, lesquels enfants ont besoin d'aliments spécialement formulés ?
Utilisation d'un seul produit de traitement	7. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaciation modérée ; quelle est également l'efficacité des aliments spécialement formulés (y compris RUSF, RUTF, CSB++, MD CF) par rapport aux interventions alimentaires non spécialement formulées par rapport aux autres approches ?
Réduction des doses	8 Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaciation modérée, quel est le traitement diététique approprié en termes de type optimal, de quantité et de durée ? 9. Chez les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois présentant une émaciation sévère ou un œdème, quelles sont la quantité et la durée optimales d'ATPE ?

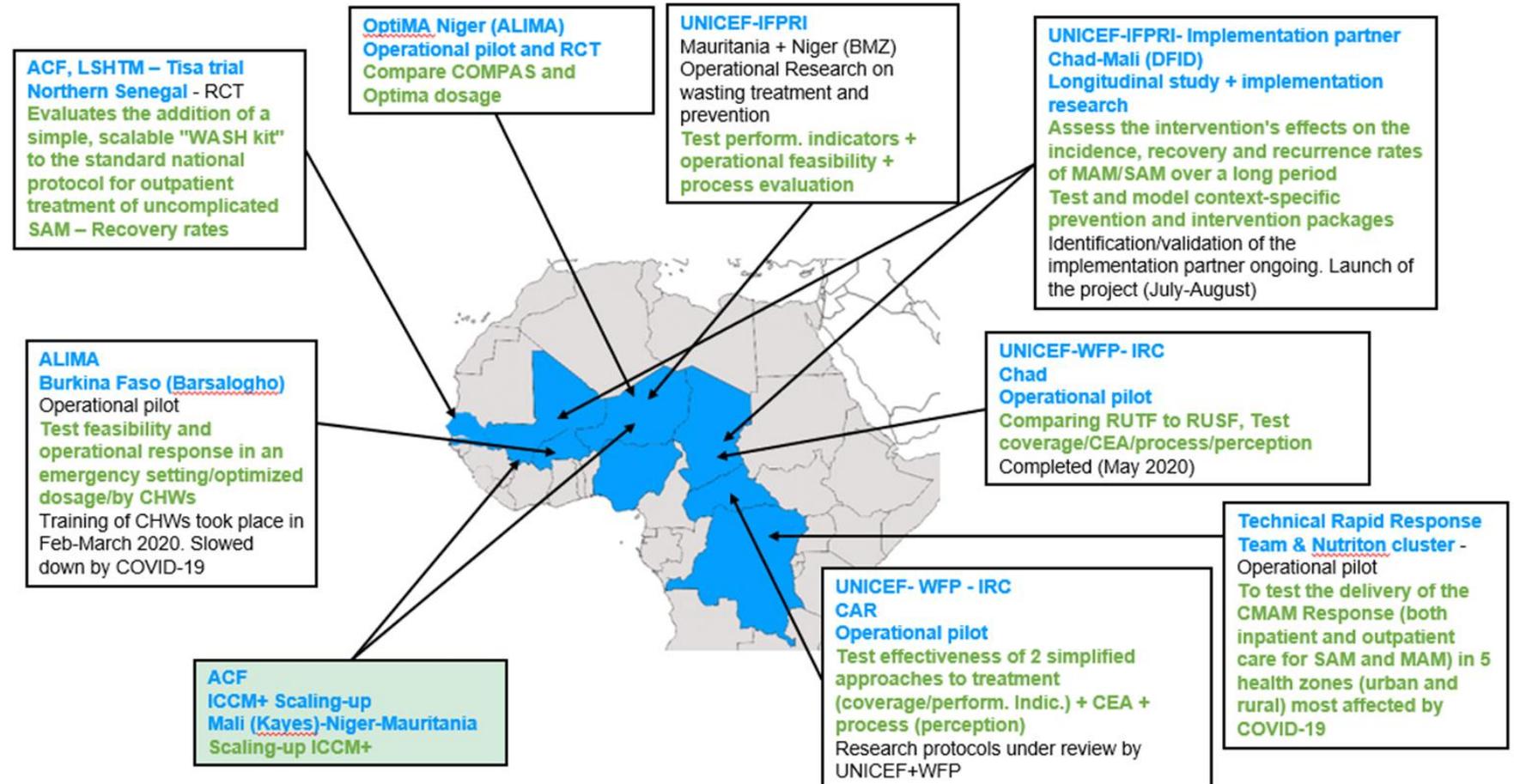
# Où en sommes nous dans la région WCAR?

Nombreuses études pilotes en cours dans la region:

## 4 pays ont inclus des simplifications dans leurs protocoles

- Le Burkina Faso
- La Sierra Leone
- Le Nigeria
- Le Mali

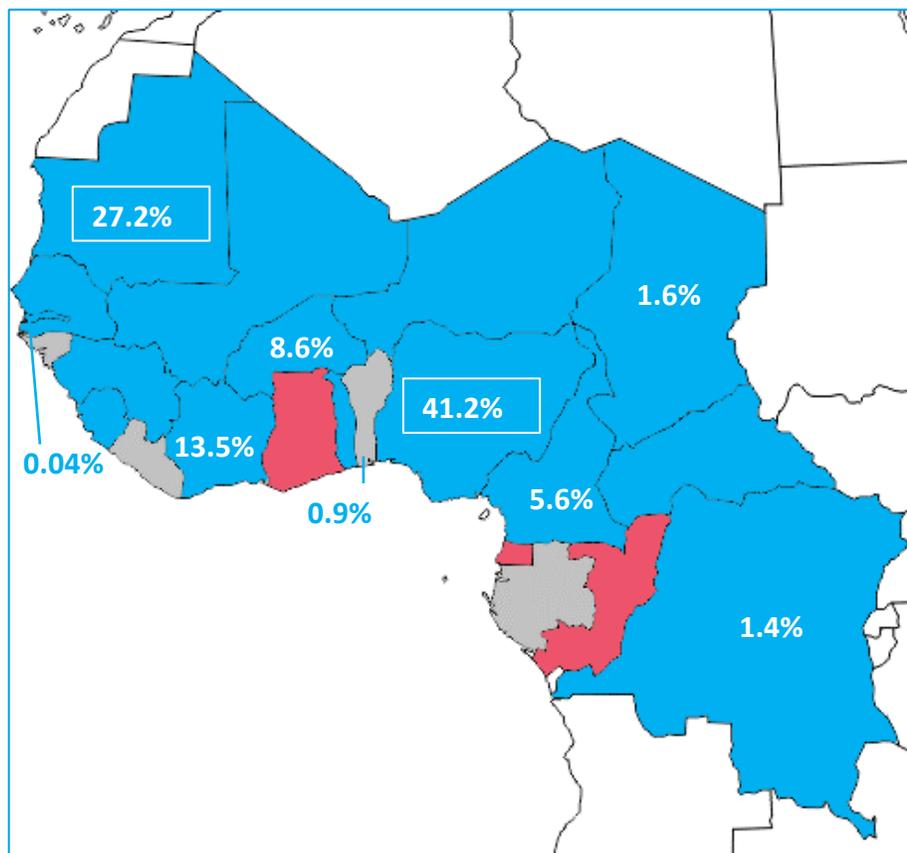
→ Utilisation des approches simplifiées dans des contextes exceptionnels, d'urgence



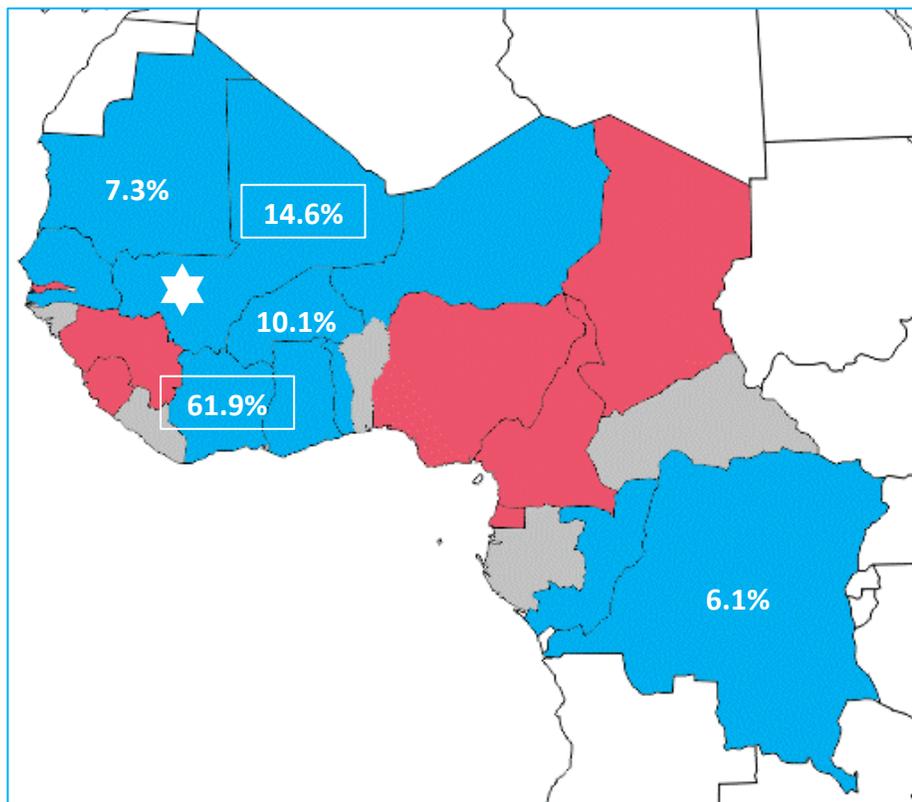
# PB famille



- # de parents/familles formées: **733,964** (voir repartition sur la carte)
- Date de démarrage: **Entre 2019 – 2020** (adaptation COVID-19)  
Sauf en Mauritanie : 2017



# Traitement par les ASC

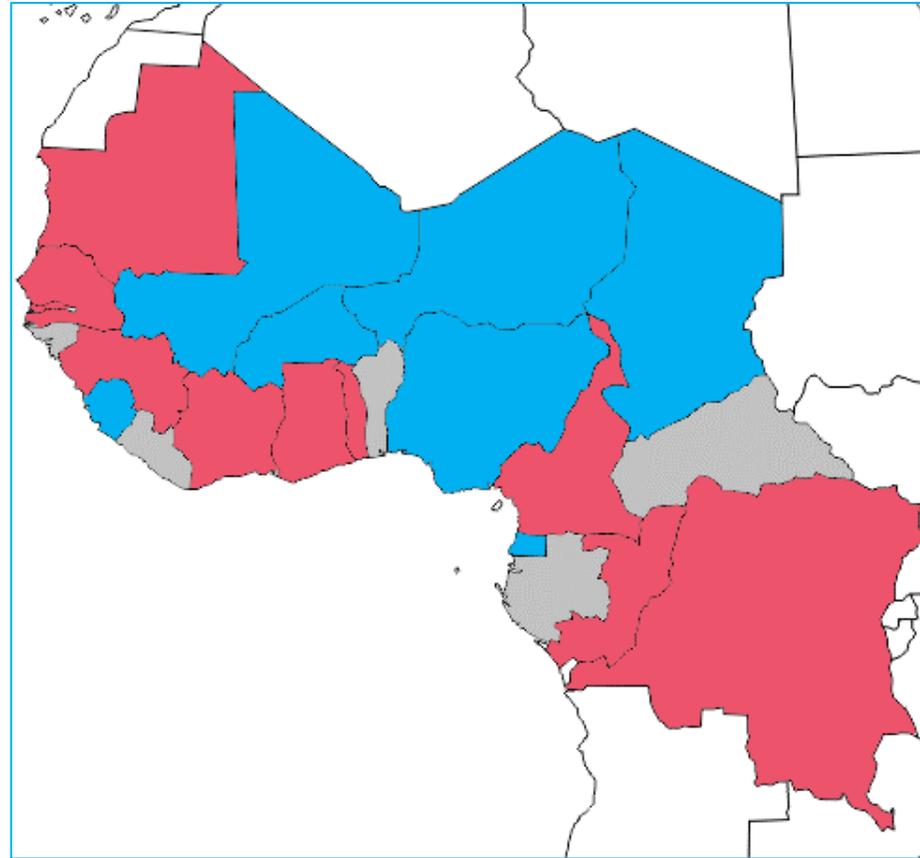


Oui	9 pays
Non	7 pays
Pas de données	6 pays



- # ASC formés: **3,430** (see repartition in % on Map)
- Start date: **Between 2019 – 2020** (COVID-19 adaptation) - Sauf: Togo (2012), Mali (2016)

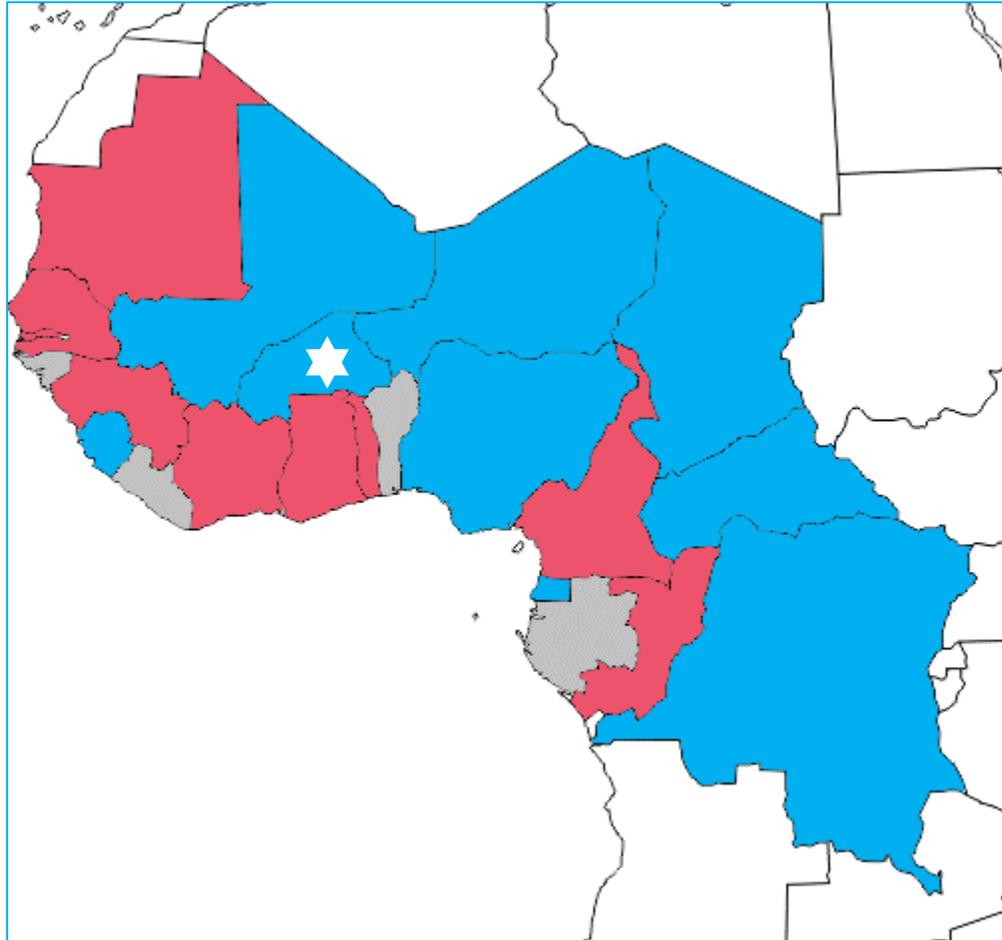
# Fréquence réduite des visites



Yes	7 pays
No	10 pays
No data	6 pays

- Start date: **Between 2019 – 2020** (COVID-19 adaptation)

# Protocole combiné



Oui	10 pays
Non	7 pays
No data	6 pays

	MUAC Oed. only	One product	Modified dosage
Burkina Faso	X	X	X
Chad	X		
CAR	X	X	X
DRC	X	X	
Equ. Guinea	X		
Guinea		X	
Mali	X	X	X
Mauritania		X	
Nigeria	X		

# Qui sont les principaux acteurs d'implémentation?

Les ministères nationaux ont été très engagé dans ces approches, de l'adaptation des protocoles nationaux à l'intégration des modifications dans les services de routine.

**ACF, ALIMA, IRC, MSF, et UNICEF** ont appuyé la mise en œuvre de plus de 80% des projets au niveau mondial.

- ACF a une expertise principale pour le traitement de la malnutrition aigue par les agents de santé communautaires
- ALIMA, IRC et MSF ont réalisé des études et recherches sur des modification des dosages et des critères d'admission.
- UNICEF a appuyé une grande variété de simplification différentes.

**ECHO, ELHRA , BHA** et **FCDO** sont les bailleurs les plus fréquents.