



# Synthèse des évidences scientifiques sur les approches simplifiées

unicef 

# Types de simplification

## PB famille

Les parents sont formés et équipés pour dépister eux-mêmes leurs enfants

## Traitement par les ASC

Les ASC sont formés et habilités à traiter l'émaciation sans complications médicales au niveau communautaire

## Fréquence réduite des visites de suivi

Réduction de la fréquence des visites pour les enfants émaciés sous traitement- passage d'une fréquence hebdomadaires à une fréquence bimensuelle ou mensuelle

## 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 enfant 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)

Protocole combiné



# Approche PB famille / PB mères

## Evidences et questions en suspens

### Preuves scientifiques et opérationnelles

### Lacunes/questions en suspens

#### Couverture du dépistage

- Les mères prennent des mesures du périmètre brachial plusieurs fois par mois (plus que les ASC). Mais l'utilisation du PB décroît avec le temps (4)
- La couverture peut être similaire lorsque l'on compare le dépistage effectué par les mères à celui effectué par les ASC - Mais pas de données/résultats significatifs sur une meilleure couverture (4)

- Quelle est la fréquence de dépistage la plus optimale ?

#### Qualité du dépistage

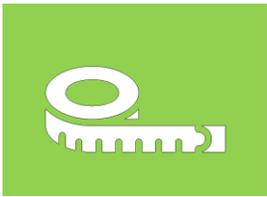
- Les mères sont capables de faire des mesures correctes du PB, aussi précises que celles faites par les ASC (1- 3)
- Toutefois, leurs capacités ont tendance à diminuer avec le temps (4)

- Le PB famille est-il efficace pour identifier les enfants MAM ?
- Quel est l'impact du format de la formation / de la supervision sur l'apprentissage, la « fidélisation » et la précision des parents

#### Dépistage précoce

- Principalement présumé - une étude au Niger a montré que les enfants détectés via le PB famille étaient détectés de manière plus précoce (PB médian plus élevé à l'admission) et qu'ils étaient moins hospitalisés (2)

- Avec quelle efficacité les soignants identifient-ils les signes cliniques de danger et réfèrent-ils leurs enfants vers le traitement?



# Approche PB famille / PB mères

## Evidences et questions en suspens

### Preuves scientifiques et opérationnelles

### Lacunes/questions en suspens

Séjour plus court et récupération plus rapide

- Une étude menée au Burkina Faso a montré que les enfants dont le parent/gardien a reçu une formation sur le PB étaient plus susceptibles de récupérer (principalement en raison de l'amélioration du comportement de recherche de soins) (5)
- En RDC, COOPI a observé un séjour plus court pour les enfants admis sur recommandation de la mère (32 jours contre 41 pour les ASC) (4)
- Le PB famille associé à une formation sur les signes cliniques de danger pourrait être utilisé pour suivre les progrès des enfants tout au long du traitement (6)

- Quel est l'impact sur les résultats cliniques (ex: traitement précoce, temps de récupération, complications/hospitalisations, taux de récupération) ?
- Ces résultats changent-ils lorsqu'ils sont mis en œuvre à grande échelle et dans différents contextes ?

Coût-efficacité

- Potentiellement moins cher que l'approche dépistage par ASC, malgré un investissement initial plus élevé pour la formation (2)
- Une stratégie M&E robuste et coûteuse est nécessaire pour assurer la durabilité de l'approche (1, 3)
- **Coût moyen de la formation estimé à 2,17 \$/donneur de soins** (coûts extraits des budgets programmes de l'UNICEF)

- Quel est le coût-efficacité du PB famille par rapport au dépistage traditionnel assuré par les ASC, à grande échelle et dans différents contextes ?
- Quels sont les indicateurs les plus utiles pour le suivi, l'évaluation et l'apprentissage ? (manque d'indicateurs M&E standards)

# Types de simplification

## PB famille

Les parents sont formés et équipés pour dépister eux-mêmes leurs enfants

## Traitement par les ASC

Les ASC sont formés et habilités à traiter l'émaciation sans complications médicales au niveau communautaire

## Fréquence réduite des visites de suivi

Réduction de la fréquence des visites pour les enfants émaciés sous traitement- passage d'une fréquence hebdomadaires à une fréquence bimensuelle ou mensuelle

## 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 enfant 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)

Protocole combiné



# Traitement par les ASC

## Evidences et questions en suspens

### Preuves scientifiques et opérationnelles

### Lacunes/questions en suspens

#### Couverture du traitement

- Augmentation de la couverture du programme
- Une étude prospective a révélé que le traitement de la MAS dirigé par les ASC réduisait les taux d'abandon en raison de l'amélioration de l'accès, de la réduction des déplacements et de la proximité des ASC.

- Comment cette approche peut-elle être adaptée à des contextes avec des capacités du système de santé et des profils d'ASC différents ?

#### Qualité du traitement Résultats du traitement

- Neuf études citées dans une revue systématique de la littérature ont révélé que les résultats du traitement par les ASC dépassaient les normes Sphère
- Taux de guérison améliorés, couverture plus élevée et taux d'abandon réduits par rapport au traitement en centre de santé
- Les enfants MAS traités par des ASC supervisés avaient de meilleurs résultats que ceux traités par des ASC non supervisés
- Amélioration des taux de guérison et réduction des taux d'abandon au Mali et en Tanzanie

- Quel est le niveau optimal de supervision requis pour assurer une qualité de soins appropriée dans différents contextes?
- Quel niveau d'incitations est optimal pour motiver et retenir les ASC?
- Comment les parents/gardiens d'enfants, les ASC et le personnel de santé perçoivent-ils et acceptent-ils le transfert des responsabilités du personnel de santé vers les ASC ?
- Impact sur la non-réponse et rechute



# Traitement par les ASC

## Evidences et questions en suspens

	Preuves scientifiques et opérationnelles	Lacunes/questions en suspens
Dépistage précoce	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les résultats opérationnels des études pilotes et des premiers essais de recherche indiquent que cette approche peut améliorer la détection précoce de la MAS et soulager la pression sur les établissements de santé</li></ul>	
Coût-efficacité	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les rares études coût-efficacité réalisées à ce jour indiquent des coûts réduits associés au traitement par les ASC ou identiques</li><li>▪ Une étude a montré que dans le groupe où les enfants étaient traités par les ASC, le <b>temps de traitement était réduit de moitié</b> et <b>les ménages dépensaient 3x moins d'argent</b> que dans le groupe où les enfants étaient traités au centre de santé</li><li>▪ Le coût en temps et en transport est transféré aux ASC</li><li>▪ Les <b>coûts moyens de formation/ASC sont de 130 \$</b> (coûts tirés des budgets de programme de l'UNICEF)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Davantage d'études sont encore nécessaires</li></ul>

# Types de simplification

## PB famille

Les parents sont formés et équipés pour dépister eux-mêmes leurs enfants

## Traitement par les ASC

Les ASC sont formés et habilités à traiter l'émaciation sans complications médicales au niveau communautaire

## Fréquence réduite des visites de suivi

Réduction de la fréquence des visites pour les enfants émaciés sous traitement- passage d'une fréquence hebdomadaires à une fréquence bimensuelle ou mensuelle

## 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 enfant 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)

Protocole combiné



# Fréquence réduite des visites

## Evidences et questions en suspens

### Preuves scientifiques et opérationnelles

### Lacunes/questions en suspens

#### Couverture du traitement

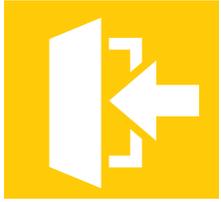
- Pourrait améliorer l'accès aux services et leur utilisation en réduisant la demande qui pèsent sur les parents/ les donneurs de soins en termes de temps et de ressources
- Les résultats opérationnels ont montré qu'une fréquence réduite des visites pourrait permettre de traiter plus d'enfants (moins de ressources nécessaires pour traiter chaque enfant) + possibilités d'accroître les services de sensibilisation et de dépistage si moins de temps est consacré au suivi du traitement

- Quelle est la fréquence optimale des visites de suivi dans le cadre des protocoles combinés MAS/MAM, tant du point de vue clinique qu'opérationnel ?

#### Qualité des soins et résultats du traitement

- Les participants allouent correctement la ration mensuelle
- Gain de poids et de PB satisfaisant dans les études pilotes

- Quels sont les défis rencontrés par les donneurs de soins pour la gestion et le stockage des intrants à domicile (ex: pression exercée par les membres de la famille pour partager la ration, espace de stockage insuffisant, ventes des produits, etc.) et comment ceux-ci peuvent-ils être atténués ?
- Quel est l'impact sur le temps de récupération?



# Fréquence réduite des visites

Evidences et questions en suspens

## Preuves scientifiques et opérationnelles

## Lacunes/questions en suspens

Coût-  
efficacité

- Réduit les coûts pour les ménages - Les implications en termes de coûts pour les ménages ont été réduites de 50 % lorsque les visites étaient mensuelles
- Peut permettre une couverture accrue et une meilleure rentabilité à grande échelle
- Les coûts peuvent augmenter si la modification est associée à une augmentation de la durée du traitement

- Quel est le coût-efficacité comparatif entre:
  - les visites standards
  - la fréquence réduite des visites de suivi au centre de santé
  - La fréquence réduite des visites au centre de santé avec des visites à domicile des ASC entre les visites à la clinique

# Types de simplification

## PB famille

Les parents sont formés et équipés pour dépister eux-mêmes leurs enfants

## Traitement par les ASC

Les ASC sont formés et habilités à traiter l'émaciation sans complications médicales au niveau communautaire

## Fréquence réduite des visites de suivi

Réduction de la fréquence des visites pour les enfants émaciés sous traitement- passage d'une fréquence hebdomadaires à une fréquence bimensuelle ou mensuelle

## 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

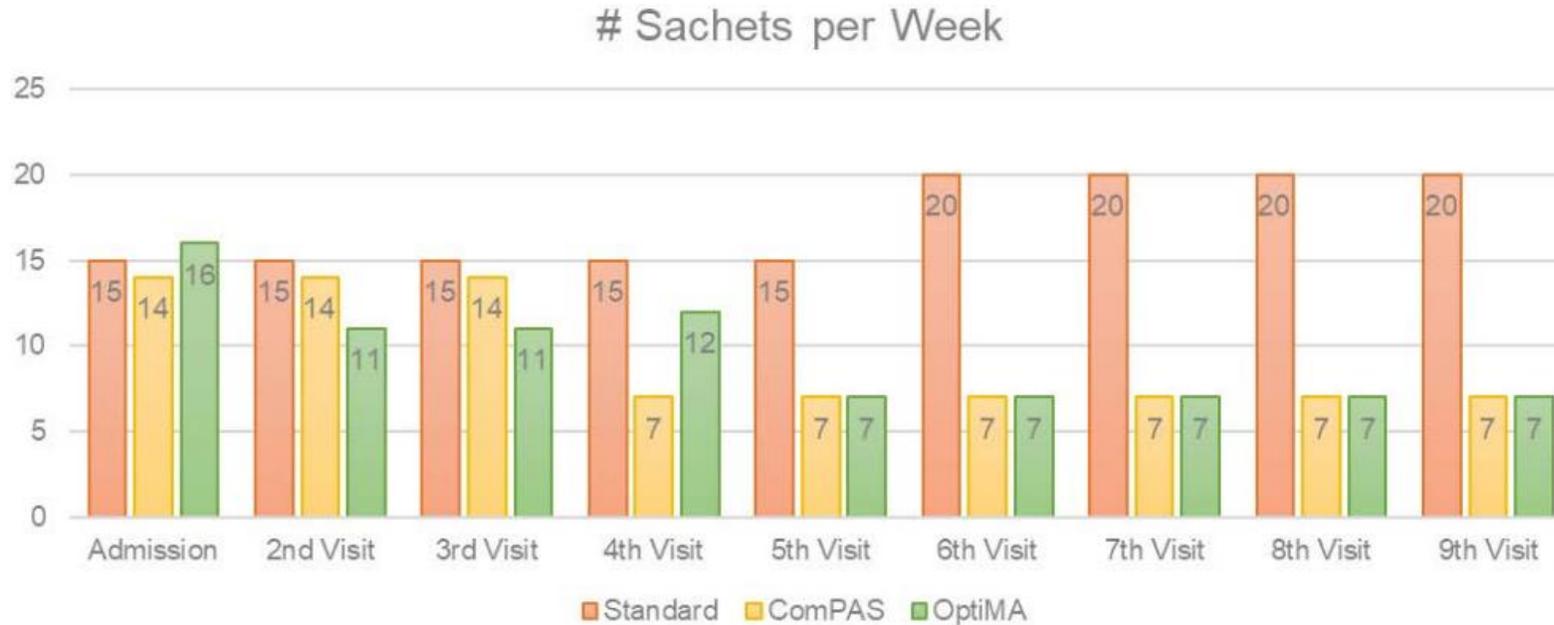
Les ATPE sont utilisés pour traiter les enfant MAS et MAM

## 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)

Protocole combiné

Le graphique ci-dessous présente l'exemple fictif d'un enfant pesant 6 kg et ayant un périmètre brachial de 114 mm lors de son admission.



	Admission	Deuxième consultation	Troisième consultation	Quatrième consultation	Cinquième consultation	Sixième consultation	Septième consultation	Huitième consultation	Neuvième consultation
Périmètre brachial (en mm)	114	115	116	118	120	121	124	125	125
Poids (en kg)	6	6,2	6,4	6,6	6,8	7	7,2	7,5	7,6

Selon le protocole standard, cet enfant aurait dû recevoir **155 sachets d'ATPE**, contre **84 avec le protocole ComPAS** et **85 avec le dosage OptiMA**. Les protocoles ComPAS et OptiMA permettent donc de réduire considérablement la consommation d'ATPE.

# Résumé des évidences scientifiques

## **PB famille**

- Les parents peuvent effectuer des mesures correctes du PB. Mais leur capacité a tendance à diminuer avec le temps
- Améliore la détection précoce
- Peu de preuves sur la couverture et les résultats du traitement

## **Traitement par les ASC**

- Prestation de service appropriée
- Bons résultats du traitement (meilleures taux de guérison)
- Augmente la couverture du programme et réduit les abandons

## **Fréquence réduite des visites**

- Meilleur accès aux services (moins exigeant en termes de temps ressources pour les parents)
- Peut permettre de traiter plus d'enfants - moins de ressources cliniques nécessaires
- Très peu d'évidences sur les résultats du traitement

## **PB Seulement**

- Le MUAC est un critère anthropométrique sûr et approprié pour le traitement
- Mais MUAC et WHZ n'identifient pas les mêmes enfants
- Le MUAC est autant lié que WHZ à la mortalité
- Les enfants les plus à risque sont ceux combinant un faible WHZ < -2 et PB < 115mm

## **Protocole combiné – incluant l'utilisation d'un seul produit et la modification des dosages**

- Non inférieur aux protocoles standards
- Peut permettre un traitement plus précoce
- Peut ralentir la vitesse de croissance (Sierra Leone)