

Note de synthèse du projet Dépistage de masse de la malnutrition

District de Koutiala, région Sikasso, Mali

Août à octobre 2013

Date de publication : novembre 2013



Contact

Chef de Mission MSF au Mali
Tél : +223 73 29 51 56
E-mail : msff-bamako-cdm@msf.org

INTRODUCTION

Médecins Sans Frontières (MSF) est présente depuis 2009 dans le district de Koutiala et soutient le ministère de la Santé au Centre de Santé de Référence (CSRef - Pédiatrie et URENI : Unité de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive) et dans 5 Centres de Santé Communautaires (CSCoM) notamment sur la vaccination, les consultations pédiatriques et les URENAS : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère). S'agissant du paludisme, **MSF a initié en 2012 la distribution d'un traitement de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) destiné à tous les enfants du district âgés de 3 à 59 mois**. Le projet CPS touche un grand nombre d'enfants (environ 165 000 enfants par passage). **Il permet ainsi de créer une synergie de soins : coupler le volet CPS à un dépistage nutritionnel pour tous les enfants.**

OBJECTIFS

- Dépister tous les enfants âgés de 6 à 59 mois atteints de malnutrition aigüe présents dans le district de Koutiala lors de la distribution CPS.
- Participer à l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition dans le district, tant en couverture (dépistage de masse) qu'en qualité (formation et chaîne d'approvisionnement).
- Assurer la référence rapide des kwashiorkors (avec œdème nutritionnel) et des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) avec pathologies sévères/graves vers l'URENI de Koutiala.

STRATÉGIE

Le dépistage nutritionnel s'appuie sur la stratégie CPS : 395 équipes mobiles en *porte à porte* et 76 équipes installées en *site fixe* permettent d'atteindre environ 165 000 enfants âgés de 3 à 59 mois. Au circuit d'administration de la CPS sont intégrés le **dépistage nutritionnel des enfants âgés de 6 à 59 mois** à l'aide du Périmètre brachial (PB ou MUAC) et l'**évaluation systématique des œdèmes nutritionnels**.

Si l'enfant est dépisté positif, il est alors orienté vers les URENAM ou URENAS (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modérée ou Sévère). **En cas d'œdème ou de MAS avec pathologies sévères/graves, l'enfant est immédiatement référé vers l'URENI.**

Avant le lancement du 1er dépistage, une évaluation est menée conjointement par les équipes du Ministère de la Santé et de MSF sur la capacité des URENAS à prendre en charge les enfants. Les **besoins en matériel et en intrants** sont ensuite communiqués aux partenaires du Ministère de la Santé. Un stage pratique **sur la prise en charge** destiné aux 42 chargés de nutrition et des 42 Directeurs Techniques de Centre (DTC) est animé par MSF.

RÉSULTATS ET ANALYSE

	Août	Septembre	Octobre	TOTAL
Nombre d'enfants vus	134 451	143 640	160 860	X
Nombre de nouveaux cas de MAS dépistés et référés	287	181	169	637
	0,21%	0,13%	0,11%	0,15%
<i>Dont cas de marasme (MUAC rouge) référés vers un URENAS</i>	260	155	142	557
<i>Dont cas d'œdèmes référés vers l'URENI</i>	27	26	27	80

UNE FAIBLE PRÉVALENCE : Au total, **637 enfants ont été dépistés MAS** (soit 0,15% des enfants vus pendant les trois mois) sur une moyenne de **146 317 enfants vus chaque mois**. La récurrence de taux similaires permet de croire à la **fiabilité du dépistage** et à une **bonne couverture du programme** dans le district.

COMPARAISON AVEC L'ENQUÊTE EPICENTRE : Ce taux (0,15%) en début de période de pic nutritionnel apparaît peu élevé si on le compare au taux de prévalence MAS identifié lors de l'enquête Epicentre réalisée avant en avril 2013 (0,9%).

BILAN ET PROPOSITIONS POUR 2014

Support aux CSComs - Quelques difficultés sont relevées : collecte et traitement des données, rupture d'intrants, manque d'équipement, conditions de stockage non conformes, connaissance partielle du protocole, mise en place difficile d'un circuit standard de prise en charge, retards dans la mise à jour des registres et du système d'information (gestion des stocks, commandes, suivi épidémiologique).

2014 :

- Assurer la formation continue du personnel et répéter la supervision formative.
- Renforcer la collecte et le traitement de l'information.
- Etablir un chronogramme de livraison des intrants avec le ministère de la Santé et ses partenaires.

Dépistage - Il est effectué par des relais communautaires insuffisamment formés. Nous faisons l'hypothèse d'un sous repérage des cas de kwashiorkors (malnutrition avec œdème) ce qui expliquerait en partie le faible taux de la prévalence. Les relais de santé rencontrent des difficultés à s'approprier les enjeux de l'état nutritionnel d'un enfant et aussi à convaincre l'accompagnant de se rendre au CSCom. De plus, le circuit d'accueil de l'enfant se complexifie avec l'ajout de l'étape du dépistage nutritionnel, ce qui peut altérer la qualité du travail des relais quant au pointage, à l'interrogatoire et à la sensibilisation.

2014 :

- Rationaliser le circuit en intégrant les deux activités (paludisme et nutrition).
- Améliorer la formation des relais.
- Fournir un support visuel de sensibilisation en direction des relais et des accompagnants.

Prise en charge - Il existe un problème de disponibilité des chargés de nutrition pendant le dépistage (période de pic de référence). Nous constatons une différence importante entre le nombre d'enfants dépistés positifs et le nombre d'admissions dans les URENAM et URENAS. Le manque de fiabilité des données collectées ne nous permet pas d'évaluer précisément l'impact de notre support et de redéfinir en conséquence notre action sur le terrain.

2014 :

- Intégrer les chargés de nutrition au déroulement de l'activité.
- Faire le suivi des références vers les URENAS et l'URENI.
- Accompagner les DTC dans la tenue de leurs registres, dans l'analyse en amont du dépistage et la diffusion de leurs données médicales.



CONCLUSION

Nous tirons un bilan positif du dépistage de masse.

- L'action de MSF a permis de dépister la malnutrition de tous les enfants sur l'ensemble du district pendant la période la plus critique (146 317 enfants en moyenne) et de dynamiser leur prise en charge.
- La combinaison d'activités telles que le dépistage au PB avec la CPS permet d'optimiser le déploiement de ressources logistiques.
- Coupler les activités de masse telles que ce dépistage ou la CPS, à des campagnes de vaccination à plusieurs antigènes (polio, rougeole), à la distribution de moustiquaire (effectuées avant la CPS) et à la pulvérisation intra-domiciliaire (PID), est une stratégie efficace pour réduire la mortalité des enfants de façon efficiente.

MSF souhaite, en partenariat avec le ministère de la Santé, renouveler le volet dépistage lors du projet CPS de 2014 afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge médicale des enfants.