



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVENTION



## République Démocratique du Congo Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention

### Programme National de Nutrition PRONANUT

# Guide de prise en charge nutritionnelle et du soutien alimentaire dans le contexte de la maladie à virus M-Pox en République Démocratique du Congo

*Adapté des directives de prise en charge de la MVE de l'OMS (2016, 2015), du Protocole de prise en charge MVE et Guide ANJE-MVE du PRONANUT (2019), du "Nutritional care for Patients with EVD in ETU (Plus other filovirus diseases such as Marburg Virus Disease and Lassa Fever)" du GNC et du Guide de soutien alimentaire et nutritionnel en contexte d'urgences sanitaires en RDC du PRONANUT 2023.*



Version octobre 2024

## REMERCIEMENTS

Le ministère de la Santé publique, hygiène et prévention, par l'entremise de son programme spécialisé en matière de nutrition, PRONANUT, se fait l'obligation de témoigner toute sa reconnaissance et sa gratitude envers tous les experts qui ont accompagné le Ministère dans toutes les étapes d'élaboration et de validation de ce guide de prise en charge nutritionnelle et de soutien alimentaire de la réponse à la maladie Monkey-Pox (M-pox).

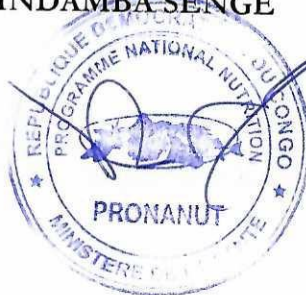
Le PRONANUT est fier de présenter ce jour, ce document normatif jugé et considéré aujourd'hui comme une composante essentielle et indispensable dans l'organisation efficace et efficiente de la réponse à l'épidémie M-pox. Ce document est le socle de notre détermination, fruit de conjugaison des échanges, de discussions et de documentation scientifiques qui offre à la République Démocratique du Congo une orientation à prendre en compte dans la réponse M-pox.

Le PRONANUT reste persuadé de la poursuite de recherches et de collaboration scientifiques avec tous les experts du domaine de la nutrition pour une meilleure réponse à l'épidémie M-pox, avec des orientations techniques spécifiques.

C'est ainsi que le PRONANUT félicite et remercie tous les experts de nutrition qui ont contribué à la survenue de ce guide. De peur d'omettre certains par inadvertance, je remercie encore et enfin tous les experts des partenaires, tous les experts du secteur étatique, tous les prestataires de différents sites et toutes les communautés de leurs contributions qui ont conduit à l'avènement de ce document normatif pour mieux prendre en charge tous les aspects de la M-pox et ainsi maximiser les chances pour une issue favorable pour les patients.

**Le Directeur du PRONANUT**

**Dr Bruno BINDAMBA SENGE**



## Table des matières

Acronymes :	5
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	6
<b>I.1. Définition de la maladie M-pox</b> .....	6
<b>I.2. Complications de la M-pox impactant l'alimentation du patient :</b> .....	7
<b>I.3. Situation nutritionnelle</b> .....	7
II. OBJECTIFS.....	7
<b>II.1. Objectif Global</b> .....	7
<b>II.2. Objectifs spécifiques :</b> .....	8
III. PRÉALABLE POUR LA FONCTIONNALITÉ D'UN CTM :.....	8
<b>III.1. Structures/infrastructures</b> .....	8
<b>III.2. Ressources humaines</b> .....	9
<b>III.3. Ressources matérielles</b> .....	9
<b>III.4. Système</b> .....	10
<b>III.5. Sécurité</b> .....	10
IV. ARBRE DÉCISIONNEL (cf. guide soutien alimentaire & nutritionnel).....	11
<b>IV.1. Classification des stades de la maladie du patient :</b> .....	11
<b>IV.2. La phase de soins nutritionnels dans laquelle est classée le patient tient compte :</b> .....	11
V. EVALUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE .....	11
<b>V.1. Evaluation du statut nutritionnel</b> .....	11
A. Mesures anthropométriques et évaluation des œdèmes .....	11
✓ Recherche des œdèmes nutritionnels .....	12
✓ Prise du poids :.....	12
✓ Mesure de la taille .....	12
<i>Tableau 2 : Classification de l'état nutritionnel du patient</i> .....	12
B. Évaluation hématologique et biochimique.....	13
✓ Dosage de la glycémie :.....	13
✓ Iodothérapie :.....	13
Tableau 4 : Valeurs biochimiques de référence.....	13
<b>V.2. Evaluation alimentaire et classifications</b> .....	14
A. Test de tolérance alimentaire et test d'appétit.....	14
Quand le test est fait avec l'ATPE, le tableau 5 indique la quantité minimale que le patient doit consommer pour passer le test d'appétit.....	14

Recommandation : pour les patients hospitalisés, faire l'évaluation journalièrement pour orienter les phases du traitement et adapter la prise en charge nutritionnelle. ....	14
Tableau 5 : Quantité minimale de ATPE à consommer pour passer le test d'appétit .....	14
Figure 1. : Test d'appétit avec le plat familial .....	14
B. Classification des patients selon les phases d'alimentation .....	15
Tableau 6 : Les 3 phases de l'alimentation du patient atteint de la M-POX.....	15
VII.1. Soins nutritionnels du patient au CTM (enfants et adultes).....	17
Tableau 7 : Résumé du plan de phasage et prise en charge alimentaire et nutritionnel du patient .	18
VII.2. Orientations pour le soutien alimentaire .....	20
<b>VIII.1. Pratiques recommandées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)Pendant l'épidémie à Mpox .....</b>	<b>22</b>
Tableau 8 : avantages de l'allaitement Maternel .....	23
Tableau 9 : Arbre décisionnel ANJE et Mpox .....	25
<b>VIII.2. Comment exprimer le lait maternel.....</b>	<b>25</b>
<b>VIII.3. Soins nutritionnels dans la crèche.....</b>	<b>27</b>
<b>VIII.4. Approvisionnement et gestion des SLM pour Nourrissons Non allaités dans le contexte de M-pox</b>	<b>27</b>
<b>VIII.5. Continuum des activités sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la communauté.....</b>	<b>28</b>
Tableau 10 : Différents Indicateurs sur les activités de soutien alimentaire et nutritionnel .....	29
ANNEXES : .....	30

## **Acronymes :**

**PRONANUT** : Programme National de Nutrition

**GNC** : Global Nutrition Cluster

**CTM-pox** : Centre de Traitement de la M-Pox

**MAS** : Malnutrition Aiguë Sévère

**MAM** : Malnutrition Aiguë Modérée

**F75/F100** : Lait thérapeutique pour les enfants malnutris

**LNPE** : Lait pour Nourrisson Prêt à l'Emploi

**PCIMA** : Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë

**UHT** : Ultra High Temperature (lait traité thermiquement)

**SLM** : Substituts du Lait Maternel

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**ANJE** : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

**ASAT/ALAT** : Enzymes hépatiques (Aspartate Aminotransférase et Alanine Aminotransférase)

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La RDC fait face à plusieurs urgences sanitaires, dont les épidémies favorisées par la diversité de son écosystème. Les mesures mises en place pour la riposte contre ces maladies prennent en compte la surveillance épidémiologique, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la prise en charge des cas. Cette dernière se veut être holistique (pharmacologique, alimentaire/nutritionnelle, psychosociale)<sup>1</sup>. Parmi ces épidémies on dénombre certaines fièvres éruptives tel que la rougeole et la variole.

Les fièvres éruptives sont les maladies infectieuses, contentieuses et épidémiques caractérisées par des éruptions cutanées et une évolution cyclique. Ce sont la rougeole, le monkeypox, la rubéole, la varicelle et l'exanthème subit. Les analyses de la CAI des données de laboratoire révèlent une grande prévalence des cas de rougeole parmi les enfants de moins de 5 ans. La coexistence de ces deux fièvres éruptives serait à la base de la létalité élevée (>5%) parmi les jeunes enfants et nécessite une réponse multisectorielle intégrée et concomitante pour les deux pathologies.

La situation épidémiologique en 2024 indique que depuis le début de l'année et jusqu'à la semaine 39, 30 888 cas suspects et 972 décès ont été notifiés soit une létalité de 3,1%. De ces cas suspects, on note une part importante d'enfants, dont 7% d'enfants de moins d'un an, 24% d'enfants entre 1-4 ans et 25% d'enfants entre 5-14 ans. Au total, 22 sur 26 Provinces (85%) et 217 zones sur 519 zones de santé (42%) ont rapporté au moins un cas suspect en 2024. A la semaine 39, 164 centres de traitement Monkeypox (CTM-pox) étaient fonctionnels tout en assurant la prise en charge des cas de Mpox, avec plus 1100 admissions.

### I.1. Définition de la maladie M-pox

La variole simienne (M-pox) est une zoonose émergente, causée par un virus du genre orthopoxvirus, de la famille des poxviridae. Le virus du M-pox a été isolé pour la première fois en 1958 au Danemark chez des singes venant d'Asie. La première description de la maladie chez l'homme a été observée en République Démocratique du Congo (RDC) en 1970 à Basankusu dans la Province de l'Equateur.

La contamination du M-pox peut se produire lorsqu'une personne entre en contact étroit avec un animal (zoonotique), un humain ou des matériaux contaminés par le virus. La contamination interhumaine se fait par :

- Contact direct avec des lésions cutanées du malade (liquide des vésicules ou des croûtes) ;
- Contact indirect avec des objets souillés : des vêtements, du linge de maison (comme la literie ou les serviettes) utilisé par une personne infectée et des surfaces contaminées par des personnes porteurs de la maladie ;
- Voie respiratoire (grosses gouttelettes de salive) ;
- Voie sexuelle par contact direct avec une personne infectée ;
- Voie placentaire de la mère à l'enfant (M-pox congénital) ;
- Voie parentérale (Injections, transfusion, tatouage, etc.)

La période d'incubation est généralement de 7 à 21 jours en moyenne 14 jours. La maladie se manifeste dès le premier jour par de la fièvre, des céphalées, des myalgies associées à des adénopathies principalement cervicales et maxillaires. Puis apparaît l'éruption cutanée, alors plus évocatrice, prédominant d'abord au visage puis aux paumes des mains et des plantes de pieds. Elle touche également les organes génitaux, les muqueuses buccales et les conjonctives.

---

<sup>1</sup>Programme national de nutrition, Institut national de santé publique, Organisation mondiale de la santé. Guide de soutien alimentaire et nutritionnel en contexte d'urgences sanitaires en RDC. 2023

## **I.2. Complications de la M-pox impactant l'alimentation du patient :**

- Désaturation
- Pneumopathie aiguë sévère
- Anxiété, agitation et convulsions
- Diarrhée et déshydratation
- Anorexie, nausée et vomissement
- Ulcérations buccales
- Candidose buccale sévère (particulièrement les MAS)
- Dyspepsie

## **I.3. Situation nutritionnelle**

Cette épidémie vient de se greffer sur la situation nutritionnelle précaire de la population des provinces touchées. Selon les résultats des dernières enquêtes révèlent en moyenne, des prévalences d'insuffisance pondérale de 25,0% du retard de croissance de 44,7% et de l'émaciation de 7,2% (EDS 2013-2014), chez les enfants de moins de 5 ans.

Les résultats des évaluation biologique préliminaires effectués sur le sang des patients M-pox mettent en évidence des perturbations métaboliques traduisent principalement des stress biologiques dont, une diminution du taux d'albumine chez 74,1% des patients, une augmentation des protéines inflammatoires chez 70,4%, une augmentation des ASAT chez 39,3% des patients, des perturbations de Potassium, Calcium, Sodium et l'hypoglycémie chez 76,7% et une diminution de l'urée chez 40% de patients.

L'état nutritionnel des patients est un déterminant majeur également dans la qualité des réponses immunitaires. Des études ont montré qu'un mauvais statut vaccinal est associé à une probabilité de 18% plus élevée chez l'enfant émacié et une probabilité de 7% plus élevée chez un enfant en retard de croissance. L'insuffisance pondérale et la carence en Vitamine A ont été incriminés parmi les causes majeures de la séroconversion négative du vaccin poliomyélite. La vitamine A reste à ce jour un stimulant de l'immunité. Il y a nécessité de renforcer les interventions de nutrition autour de la vaccination.

Il est clairement démontré que le soutien alimentaire et nutritionnel permet d'optimiser la gestion efficace et adaptée des cas, afin d'améliorer l'évolution clinique et de préserver la qualité de vie du patient. Étant l'un des déterminants majeurs dans la gestion des cas, le soutien alimentaire et nutritionnel contribue efficacement dans le renforcement de l'immunité du patient, l'amélioration de la tolérance et l'efficacité des mesures thérapeutiques, l'atténuation des complications engendrées par la maladie, la réduction de la durée du séjour hospitalier et de convalescence, le maintien et rétablissement d'un bon état nutritionnel lesquels contribuerait à réduire efficacement le fardeau de la maladie.

## **II. OBJECTIFS**

### **II.1. Objectif Global**

Ce protocole montre le schéma à suivre pour assurer une réponse nutritionnelle efficace et cohérente à l'épidémie de M-POX en République Démocratique du Congo.

L'objectif principal est de renforcer le soutien alimentaire et nutritionnel des cas M-pox (selon la catégorisation des cas) ainsi que les interventions de nutrition spécifiques à l'optimisation de la réponse immunitaire du patient M-pox en République Démocratique du Congo.

L'objectif de la nutrition est de fournir des soins nutritionnels de qualité aux patients soupçonnés et confirmés de la maladie à virus M-pox. La maladie à virus M-pox comme les autres fièvres éruptives sont des maladies multifactorielles très souvent responsables d'hypovolémie, d'acidose métabolique, d'hypoglycémie et d'échec multiviscéral conduisant au décès du patient. La plupart des troubles métaboliques (variation de la glycémie, l'albuminémie, la créatininémie, la kaliémie, la natrémie et la calcémie) fréquemment observés chez les patients atteints des fièvres éruptives nécessitent simultanément des soins médicaux et des soins nutritionnels appropriés.

L'épidémie de M-POX entraîne des répercussions directes sur la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des populations touchées, notamment les enfants de moins de 5 ans et les personnes vulnérables. Ce plan s'adresse aux personnels de première ligne, aux équipes terrain, y compris les nutritionnistes, les superviseurs, les cuisiniers, et le personnel de soutien, afin de garantir la mise en œuvre d'interventions appropriées.

## **II.2. Objectifs spécifiques :**

Spécifiquement, la stratégie de réponse en nutrition permettra de :

- ✓ Fournir aux patients suspects et confirmés de la maladie M-pox pris en charge dans les établissements de soins, une alimentation adéquate, équilibrée et adaptée à l'âge et à l'état pathologique du malade.
- ✓ Fournir aux patients suspects et confirmés présentant des comorbidités et/ou des complications (digestives, respiratoires, métaboliques...), des soins nutritionnels spécifiques appropriés et individualisés, en utilisant des techniques et moyens adaptés à chaque catégorie.
- ✓ Fournir une assistance alimentaire adéquate et équilibrée aux contacts mis en quarantaine et à la population ciblée pour la vaccination afin d'optimiser la réponse immunitaire autour de la vaccination M-pox en République Démocratique du Congo.
- ✓ Assurer la prise en charge nutritionnelle des patients suspects et confirmés de la maladie M-pox avec un statut de malnutrition aiguë sévère (MAS) et modérée (MAM), conformément au protocole de prise en charge intégré de la malnutrition aiguë (PCIMA) en vigueur. Cette prise en charge devra inclure des intrants nutritionnels appropriés.

## **III. PRÉALABLE POUR LA FONCTIONNALITÉ D'UN CTM :**

Avant de lancer les interventions nutritionnelles, il est crucial de préparer les structures, les ressources humaines et matérielles, ainsi que les outils nécessaires pour assurer une réponse coordonnée et efficiente.

Ci-dessous les éléments indispensables à mettre en place :

### **III.1. Structures/infrastructures**

Pour garantir la mise en œuvre efficace des activités nutritionnelles prévues dans le plan de réponse, il est essentiel de s'assurer de la disponibilité des infrastructures suivantes :

- Un espace aménagé servant de cuisine, équipé et fonctionnel pour la préparation des repas diététiques adaptés aux besoins spécifiques des patients malnutris. Ce local doit être doté d'un personnel formé pour respecter les normes d'hygiène.
- Un entrepôt sécurisé et adéquat pour le stockage sécurisé des intrants nutritionnels et des denrées alimentaires.

- Un espace sécurisé, comme une crèche, situé à proximité du Centre de Traitement de la M-pox (CTM), aménagé pour assurer une prise en charge alimentaire appropriée et une stimulation psycho émotionnelle adéquate ;

### III.2. Ressources humaines

Les ressources humaines indispensables pour le volet nutritionnel en appui à l'équipe médicale se composent :

- Des nutritionnistes et diététiciens qualifiés en collaboration avec les autres prestataires de soins pour élaborer et superviser les régimes alimentaires. Ces professionnels devront se coordonner avec le personnel médical pour ajuster les soins en fonction des besoins des patients.
- Des superviseurs chargés de la gestion et le suivi des données nutritionnelles, du suivi des indicateurs clés, et de l'organisation quotidienne des interventions.
- Des cuisiniers ou services traiteurs accrédités, capables de préparer des repas selon les normes nutritionnelles requises. Ce personnel doit être formé à la préparation d'aliments enrichis, adaptés aux besoins nutritionnels spécifiques des enfants malnutris et des adultes affectés par l'épidémie.

### III.3. Ressources matérielles

Afin d'assurer une bonne conduite des activités de soutien alimentaire et nutritionnel, les ressources matérielles indispensables sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Équipement standard pour la prise en charge nutritionnelle dans les CTM et crèches

<p><b>Dans les salles de triage et de décharge :</b></p> <p>Balance décontaminable recouvert de plastique pour chaque pesée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pèse-personne pour les adultes,</li> <li>○ Balance Salter avec bassine et suspension corde décontaminable et</li> <li>○ Pèse-bébé pour les nourrissons (avec une précision de 10g)</li> <li>● Toise enfant et adulte décontaminables</li> <li>● MUAC enfant et adultes (un par patient) ;</li> <li>● Supports pour enregistrer : registres, fiches/dossier individuelles</li> </ul>	<p><b>Dans la salle du patient confirme (cube) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Toise individuelles (incorporée au lit du patient) ;</li> <li>● MUAC ;</li> <li>● Balance décontaminable.</li> </ul>
<p><b>Crèches</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Balance décontaminable recouvert de plastique pour chaque pesée : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Balance Salter avec bassine et suspension corde décontaminable et ou culotte/par enfant</li> <li>○ Pèse-bébé pour les nourrissons (une balance par lit de nourrisson)</li> </ul> </li> <li>● Toise enfant décontaminable</li> <li>● MUAC enfant (un par enfant)</li> </ul>	

- Supports pour enregistrer : registres, fiches/dossier individuelles
- Lits
- Jouets/livres pour les enfants
- Tapis de jeux
- Matériels pour les nourrir (surtout ceux de >6 mois)

**Dans le cabinet du nutritionniste :**

- Tables, chaises, armoires, étagères ;
- Kit de préparation du lait (Réchaud/brasero, casseroles, couverts, seaux, gobelets, fouets, thermos, Bidons) ;
- Balances électroniques pour les aliments ;
- Sonde naso-gastrique ;
- Kit d'hygiène : (Savon, seau à robinet) ;
- Outils de collecte des données et de rapportage ;
- Fournitures de bureau (Blocs notes, stylos, classeurs...)
- Tables de référence OMS P/T & IMC ;
- Pince ;
- Diagramme de Nanterre ;
- Tableau blanc pour les notes.

**Dans les cuisines :**

- Matériel de cuisine diététique adapté aux besoins nutritionnels spécifiques ;
- Matériel de stockage tel que des étagères et des congélateurs pour conserver les aliments de manière optimale ;
- Couverts à usage unique pour garantir l'hygiène.

### III.4. Système

Un plateau technique de laboratoire est indispensable afin d'assurer les analyses hématologiques, biochimiques et parasitologiques pour un diagnostic précis et un suivi adéquat.

### III.5. Sécurité

Les mesures de sécurité doivent inclure :

- Protocoles de prévention et contrôle des infections (PCI) rigoureux ;
- Méthodes de conservation et de prévention des toxi-infections alimentaires pour garantir la sécurité alimentaire ;
- Gestion sécurisée des déchets et ordures : un trou à ordures sécurisé ou un système similaire.

## IV. ARBRE DÉCISIONNEL (cf. guide soutien alimentaire & nutritionnel)

Les fièvres éruptives s'attaquent au système immunitaire en déprimant l'immunité de l'hôte associé à une inflammation avec comme conséquence une immunosuppression. Il est donc important de mettre l'accent sur une alimentation riche en eau, glucides, protéines, vitamines, et minéraux.

Le mode de l'alimentation dépend de l'état clinique (degré de déshydratation), du fonctionnement du tube digestif, de l'état nutritionnel du patient et de l'évaluation de la prise alimentaire.

Le type de soins nutritionnels pour le patient dépendra du stade de la maladie et de la phase de soins nutritionnels dans lesquels est classé le patient :

### IV.1. Classification des stades de la maladie du patient :

- Stade Léger : (<25 lésions cutanées) ;
- Stade Modéré : (25-99 lésions cutanées) ;
- Stade Sévère : (100-250 lésions cutanées) ;
- Stade Critique : (>250 lésions cutanées) ;

### IV.2. La phase de soins nutritionnels dans laquelle est classée le patient tient compte :

- Son état clinique,
- Sa tolérance à l'alimentation,
- Du résultat du test de l'appétit,
- Des résultats de l'analyse biochimique du sang si possible,
- De l'âge et du poids de l'enfant ou du patient...

*NB : Pour des patients instables aux stades sévère et critique, les soins médicaux de stabilisation prime sur les soins nutritionnels.*

## V. EVALUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE<sup>2</sup>

### V.1. Evaluation du statut nutritionnel

L'évaluation nutritionnelle comprend, l'anamnèse nutritionnelle, l'anthropométrie, les examens biochimiques et ionogramme, la détermination du risque de dénutrition (NRS) et la détermination des besoins nutritionnels du patient.

Cette évaluation doit être faite dès l'admission, durant tout le séjour du patient dans le CTM et à la sortie du patient du CTM.

#### A. Mesures anthropométriques et évaluation des œdèmes

Pour évaluer le statut nutritionnel du patient, la prise des paramètres ci-dessous doit se faire de manière systématique pour tout patient :

---

<sup>2</sup> Adapté du Protocole de PEC MVE, PRONANUT 2019.

✓ **Recherche des œdèmes nutritionnels**

Systématique chez tous les patients à l'admission. Faire la pression au niveau des pieds et observer la présence ou non du godet. Faire le diagnostic différentiel avec les autres causes d'œdèmes en particulier chez les adultes.

✓ **Mesure du périmètre brachial :**

Mesure systématique du périmètre brachial avec le ruban de circonférence du bras (MUAC) correspondant :

- Enfants âgés de 0-59 mois : MUAC enfant et MUAC MAMI,
- Adultes y compris Femme enceintes et Femmes allaitantes (FEFA) : MUAC Adulte et ou MAMI ;

Pour les patients confirmés, contrôler le PB chaque semaine pour orienter les décisions sur traitement nutritionnel et à la décharge.

✓ **Prise du poids :**

La prise de poids à l'admission est indispensable pour déterminer la posologie correcte des médicaments et de même que les quantités d'aliments et autres produits nécessaires pour la prise en charge nutritionnelle.

Peser tous les patients (enfants et adultes) à l'admission en utilisant la balance appropriée et tenant compte des mesures de prévention de la transmission nosocomiale de l'infection.

Pour les patients confirmés, contrôler le poids chaque jour (au minimum tous les 2 jours) dans le but de réajuster le traitement médical et nutritionnel au poids du patient, et aussi à la décharge.

✓ **Mesure de la taille**

Au triage, prendre la taille de tous les malades dont l'état le permet en utilisant la toise appropriée avec le strict respect des mesures de prévention de la transmission nosocomiale de l'infection. Pour les patients confirmés ou très malades, utiliser la toise incorporée au lit pour la mesure de la taille.

Calculer le rapport poids/taille, en particulier pour les enfants et les adolescents, et l'IMC pour les adultes ensuite classer les patients selon le degré de sévérité.

Tableau 2 : Classification de l'état nutritionnel du patient

Catégorie	Malnutrition aigüe sévère (MAS)	Malnutrition aigüe modérée (MAM)	Pas de Malnutrition
Enfants 0-6-mois	PB <110 mm 6S à <6M Z score P/A <-2 Z score P/T <-2 Œdème nutritionnel	RAS	PB ≥ 110  P/T ≥ -1,5
Enfants 6-59 mois	PB < 115 ou P /T <-3 ZS ou Présence d'œdèmes nutritionnels	PB ≥115 mm et <125 mm  P/T ≥ -3 ET et<-2 ET	PB ≥ 125  P/T ≥ -2
Adolescent	P/T <70% NCHS ou Présence d'œdèmes bilatéraux		P/T ≥70% NCHS
FEFA et autres adultes	PB<180 mm avec perte de poids récente ou IMC< 16 avec perte de poids récente ou Présence d'œdèmes bilatéraux	PB <230 IMC 16-18,4	PB >230 IMC ≥18,5 – 24,9

**N.B.** A cause de l'épidémie, les matériels anthropométriques (balances, MUAC, toises, etc.) à utiliser seront au préalable nettoyés au désinfectant hydro alcoolique ou au savon avant et après usage sur un individu en vue de réduire le risque de contamination du virus. Pour les rubans de la mesure du périmètre brachial (MUAC), un usage individuel par patient sera recommandé pour limiter le risque de contamination.

Les cliniciens doivent se laver les mains à l'eau chlorée, ou désinfectant hydro alcoolique ou encore au savon et porter les gants à jeter avant de toucher le patient suivant. Les prestataires (infirmier, relais communautaire, mesureur) sont tenus d'utiliser tous les temps les gants et les masques.

## B. Évaluation hématologique et biochimique

La maladie de M-Pox est souvent accompagnée de complications métaboliques qui entraînent des variations significatives de la glycémie, de la créatinine, de l'albumine, de la kaliémie, de la natrémie, de la calcémie, de l'amylase, ASAT, ALAT, PH, PCO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub>, et beaucoup d'autres éléments.

La correction de ces troubles est possible avec une intervention diététique bien spécifique au patient. L'alimentation orale et entérale reste la voie de choix pour la correction des troubles en l'absence de données sur l'alimentation parentérale dans le contexte de la M-Pox. L'expertise nutritionnelle est fortement recommandée pour le choix et le mélange judicieux des aliments appropriés en tenant compte des besoins en calories, protéines et autres nutriments du patient.

Faire systématiquement le test de la créatinine, de l'albumine, de la kaliémie, de la natrémie, de la calcémie, de l'amylase, ASAT, ALAT, PH, PCO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub> à l'admission pour tous les patients pour orienter rapidement le protocole alimentaire adapté

### ✓ Dosage de la glycémie :

L'hypoglycémie est un trouble très fréquent dans la M-Pox et ses conséquences peuvent être dramatiques pour le patient. Faire systématiquement le test de glycémie à l'admission pour tous les patients à l'aide du glycomètre et corriger rapidement l'hypoglycémie.

### ✓ Iodothérapie :

Pour les malades sans complications et problèmes nutritionnels, un régime standard est conseillé. Cependant, un régime alimentaire thérapeutique doit être instauré en cas des résultats hors normes.

Les résultats des examens biologiques réalisés systématiquement chez les patients confirmés et chez les cas suspects graves permettent d'adapter le traitement médical et le régime alimentaire du patient pour une meilleure réponse au traitement.

Tableau 4 : Valeurs biochimiques de référence

Indicateurs biochimiques	Créatininémie	Glycémie	Albuminémie	Kaliémie	Natrémie	Calcémie
Valeurs	0.6 - 1.2 <i>mg/dl</i>	73 - 118 <i>mg/dl</i>	3.3 - 5.5 <i>g/dl</i>	0.141 - 0.199 <i>g/L</i>	2.94 - 3.33 <i>g/l</i>	8.0 - 10.3 <i>mg/dL</i>
	52.8 - 105.6 <i>mmol/l</i>	4.052 - 6.55 <i>mmol/l</i>	48 – 80 $\mu$ mol/l	3.6 - 5.1 <i>mmol/l</i>	128 – 145 <i>mmol/l</i>	2 - 2.6 <i>mmol/l</i>

## V.2. Evaluation alimentaire et classifications

### A. Test de tolérance alimentaire et test d'appétit

Le test d'appétit évalue la quantité de nourriture que le patient peut consommer tandis que le test de tolérance évalue la réaction du patient à la prise de nourriture.

Les premiers troubles causés par l'intolérance alimentaire sont digestifs : douleur, diarrhée/constipation, ballonnements.

Le test se fait à l'admission chez tous les patients qui peuvent manger.

- Au nourrisson de moins de 6 mois donner du lait F-75 selon son poids ou le lait de nourrisson prêt à l'emploi (LNPE/RUTF) ;
- A l'enfant de plus de 6 mois et autre patient adulte, donner l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE/RUTF) à raison d'un sachet par patient ou spécifiquement pour les adultes le plat familial.

Quand le test est fait avec l'ATPE, le tableau 5 indique la quantité minimale que le patient doit consommer pour passer le test d'appétit.

**Recommandation : pour les patients hospitalisés, faire l'évaluation journalièrement pour orienter les phases du traitement et adapter la prise en charge nutritionnelle.**

Tableau 5 : Quantité minimale de ATPE à consommer pour passer le test d'appétit

Catégorie de poids	Pâte en sachet <i>Pour envisager un test d'appétit positif (bon appétit), le patient devrait consommer au moins les quantités suivantes : Poids total du sachet 92g</i>
< 4 kg	Au moins 1/8 d'un sachet
4 – 6.9 kg	Au moins 1/4 d'un sachet
7 – 9.9 kg	Au moins 1/3 d'un sachet
10 – 14.9 kg	Au moins 1/2 d'un sachet
15 – 29 kg	Au moins 3/4 d'un sachet
> 30 Kg	Plus qu'un sachet

**Pour les patients au plat familial, l'appétit est évalué à l'aide de l'outil d'évaluation de l'apport alimentaire (EPA®).**

Figure 1. : Test d'appétit avec le plat familial



- Consommation de ¼ de la ration : pas ou faible appétit → Phase de maintenance (ou d'entretien) ;
- Consommation de 1/2 à 3/4 du plat = appétit faible ou modéré → Phase de transition ;
- Consommation de tout le plat = bon appétit → Phase de stimulation (convalescence).

## B. Classification des patients selon les phases d'alimentation

Le phasage du soutien alimentaire et nutritionnel dans la prise en charge du M-POX tient compte des Complications médicales suivantes : Désaturation, Pneumopathie aiguë sévère, Anxiété, agitation et Convulsions, Diarrhée et déshydratation, Anorexie, Nausée et vomissement, Ulcérations buccales, Candidose buccale sévère (particulièrement les MAS), Dyspepsie, etc. pour orienter l'Alimentation du patient.

La classification des patients en phase d'alimentation permet de prévenir le risque de décès dus au syndrome de renutrition inapproprié (SRI), à l'intolérance alimentaire et/ou l'allergie alimentaire.

Le syndrome de renutrition inapproprié (SRI) se décrit comme une condition potentiellement mortelle qui se produit quand le patient sous-alimenté ou après une période de jeun reçoit des quantités importantes d'aliment.

La prévention du SRI est primordiale et les résultats de l'examen biochimique du sang permettent d'identifier les patients à haut risque de SRI.

L'intolérance alimentaire est la réaction du patient à la prise de nourriture. Les premiers troubles causés par l'intolérance alimentaire sont digestifs : douleur, diarrhée/constipation, ballonnements. Tandis que, l'allergie alimentaire est un ensemble de réactions immunitaires anormales, survenant après l'ingestion d'un aliment particulier pouvant conduire aux symptômes respiratoires, cutanés ou digestifs (éruption cutanée, œdème de Quincke, rhinite allergique, etc.).

Les objectifs des soins nutritionnels appropriés et adaptés sont d'atteindre en premier l'équilibre hydroélectrolytique et vitaminique et seulement ensuite viser la restauration prudente et progressive de l'énergie.

L'alimentation est donc progressive et conduite en 3 phases et prend en compte l'appétit du patient. En effet, la réduction de l'appétit est considérée comme le signe majeur des troubles métaboliques dans l'organisme qui sont en lien avec une carence en nutriments de type 2 (Azote, Acides aminés essentiels, Potassium, Magnésium, Phosphore, Soufre, zinc, Sodium, Chlore). L'organisme ne dispose pas de réserve de ces micronutriments qui doivent donc être apportés quotidiennement avec l'alimentation.

Les 3 phases alimentaires sont précédées de la phase de réanimation si le patient est dans un état critique avec impossibilité totale à s'alimenter.

Tableau 6 : Les 3 phases de l'alimentation du patient atteint de la M-POX

N°	Type de Phase	Niveau d'appétit	Type d'aliments
1	Phase de maintenance ou entretien	Le patient n'a pas d'appétit	Liquide
2	Phase de transition	Le patient a un appétit modéré	Semi-solide ou écrasé
3	Phase de Stimulation ou Convalescence	Le patient a un bon appétit	Solide et toutes formes d'aliments

## VI. SUIVI DES PATIENTS DANS LES CTM

Pour assurer une meilleure prise en charge alimentaire et nutritionnelle du malade avec M-Pox, des actions systématiques à chaque étape du circuit du patient sont indispensables :

### A l'admission :

- Prise des mesures anthropométriques (poids, taille, PB, recherche œdèmes nutritionnelles)
- Evaluation de l'apport alimentaire (allaitement, diversité alimentaire, etc.) chez les enfants de moins de 2 ans)
- Evaluer les signes cliniques de la malnutrition selon le protocole national de PCIMA
- Faire le test d'appétit
- Evaluation des fonctionnalités du tube digestif : diarrhée, vomissement, nausée
- Difficulté à la déglutition : dysphagie,
- Evaluation de la glycémie ;
- Examens biochimiques : Test hémoglobine/hématocrite/Albumine/Glycémie/Protéine totale
- Test urée/créatinine/ASAT/ALAT

### Durant l'hospitalisation : chaque jour

- Prise des mesures anthropométriques (poids)
- Faire le test d'appétit
- Evaluation des fonctionnalités du tube digestif : diarrhée, vomissement, nausée
- Evaluation de la difficulté à la déglutition : dysphagie,

### A la sortie :

- Prise des mesures anthropométriques (poids, taille, PB)
- Test d'appétit
- Evaluation des fonctionnalités du tube digestif : diarrhée, vomissement, nausée
- Difficulté à la déglutition : dysphagie,
- Examens biochimiques : Test hémoglobine/hématocrite/Albumine/Glycémie/Protéine totale
- Test urée/créatinine/ASAT/ALAT

**NOTE : Test complémentaire sérologique (PCR et immunoglobulines) chez les femmes allaitantes vaccinées**

## VII. PLAN DE PHASAGE DU SOUTIEN ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNEL

Le phasage du soutien alimentaire et nutritionnel dans la prise en charge du M-pox tient compte des complications médicales ci-dessous : désaturation, pneumopathie aiguë sévère, anxiété, agitation et convulsions, diarrhée et déshydratation, anorexie, nausée et vomissement, ulcérations buccales, candidose buccale sévère (particulièrement les MAS), dyspepsie, etc. pour orienter l'alimentation du patient.

### VII.1. Soins nutritionnels du patient au CTM (enfants et adultes)

Puisque la maladie à virus M-pox est une maladie multifactorielle avec un dysfonctionnement multi-viscérales, des désordres métaboliques sont observés chez la plupart des patients soignés dans le CTM tels que, la variation de la volémie, la glycémie, l'albuminémie, la créatinémie, la kaliémie, natrémie et la calcémie, nécessitant conjointement des soins médicaux et nutritionnels appropriés.

Les soins nutritionnels sont conduits en 3 phases, précédés par une phase de réanimation/réhydratation pour les patients sévèrement déshydratés et ceux non déshydratés mais gravement malades et sans appétit.

#### 1) Phase de réanimation : deux cas de figures

- **Le patient déshydraté** : Pas de soins nutritionnels car la priorité est à la correction de la déshydratation ;
- **Le patient non déshydraté mais incapable de boire ou de manger** : la conduite à tenir est, évaluer de commun accord avec l'équipe médicale la mise en place d'une sonde nasogastrique pour l'alimentation. En effet, compte tenu de la tendance au saignement chez le patient infecté par la M-POX, cette décision est prise de commun accord avec l'équipe médicale.

#### 2) Phase de maintenance ou d'entretien.

Le patient avec peu ou pas d'appétit, avec ou sans difficultés pour s'alimenter et qui ne présente pas de déshydratation sévère :

- **Patients sans état de coma** : donner le lait thérapeutique (F75 aux enfants de moins de 5 ans et F100 aux autres enfants et adultes si déclaré malnutri aiguë sévère) ou le lait selon l'âge aux enfants de moins de 24 mois (LNPE à l'enfant de moins de 6 mois, lait UHT à celui de 6-23 mois) et les aliments liquides comme la bouillie à base de soupe de céréales pour les enfants de plus de six mois et les adultes.
- **Patients dans le coma sans vomissement** : l'alimentation est faite par une sonde nasogastrique dont la décision de mise en place chez le patient atteint de la M-POX est prise de façon collégiale avec l'équipe médicale. Les aliments utilisés sont le LNPE pour les moins de 6 mois, le lait UHT pour les enfants de 6-59 mois, le lait thérapeutique F100 pour les autres enfants et adultes.

**NB. Pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë, l'alimentation est faite selon le Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère.**

#### 3) Phase de transition

Pour le patient avec un appétit modéré, présentant ou non des difficultés d'alimentation et sans déshydratation sévère.

- Patients sans difficultés d'alimentation, donner à l'enfant de moins de 6 mois le lait LNPE (si le nourrisson est séparé de sa mère sinon poursuivre l'allaitement), à l'enfant dans la tranche de 6-23 mois le lait UHT en complément de la bouillie enrichie et le plat familial et l'ATPE (PPS ou PPN) selon le statut nutritionnel du patient (MAS ou MAM). A l'enfant de plus de 5 ans et l'adulte, la bouillie à base de céréales enrichie type CSB, un repas équilibré et l'ATPE selon le statut nutritionnel des patients (MAS ou MAM).
- Pour le patient présentant des difficultés d'alimentation, le régime reste le même pour les tranches d'âge. Cependant, l'aliment est offert sous forme de purée ou de soupe.

**NB. Pour les patients présentant une malnutrition aiguë sévère ou modérée, sont pris en charge selon le Protocole national PCIMA.**

#### 4) Phase de stimulation

Pour le patient avec un bon appétit, ne présentant pas de difficultés pour s'alimenter et ni de déshydratation sévère. Le régime est fonction de l'âge du patient et est similaire au régime de la phase de transition. Cependant le patient reçoit des quantités correspondantes au niveau de son appétit et il peut choisir le plat qu'il aimerait manger. En plus durant cette phase, les jus frais à base de fruits locaux sont ajoutés au menu.

Tableau 7 : Résumé du plan de phasage et prise en charge alimentaire et nutritionnel du patient

Résultats évaluation	Phase	Principe	Prise en charge
<p>Etat de chocs : hypovolémique, septique et cardiogénique</p> <p>Atteinte du système digestif avec incapacité de boire ou de manger : Ulcérations buccales, Candidose buccale sévère, vomissement) :</p> <p>Atteinte du système respiratoire sévère (Désaturation, Pneumopathie aiguë sévère...)</p>	<b>Phase de réanimation ou stabilisation</b>	<p><i>Pas de soins nutritionnels</i></p> <p><i>Évaluer avec l'équipe médicale la possibilité de faire usage de la SNG pour l'alimentation</i></p>	<p><i>Traitement médical et la correction des complications</i></p> <p><i>NB. : Chez les malnutris avec déshydratation, le produit de réhydratation indiqué est le ReSoMal</i></p>
<p>Patients conscients : peu ou pas d'appétit, sans difficulté de s'alimenter</p>	<b>Phase de maintenance ou d'entretien</b>	<p>Alimentation enrichie par voie orale</p>	<p>Lait thérapeutique (F75 : &lt;5 ans et F100 : ≥ 5 ans et Adultes)</p> <p>Lait pour nourrissons (LNPE : &lt; 6 mois et UHT : 6 - 23 mois) si séparé de sa mère (isolé) ou orphelins</p> <p>Aliments liquides (bouillie enrichie à base de céréales : enfant de plus de six mois et les adultes)</p>
<p>Patients conscients (difficultés pour s'alimenter : dysphagie, odynophagie, lésions buccales)</p>		<p>Alimentation par voie entérale (SNG) dont la décision sera collégiale avec l'équipe médicale.</p>	<p>Lait thérapeutique (F75 : &lt;5 ans et F100 : ≥ 5 ans et Adultes)</p> <p>Lait pour nourrissons (LNPE : &lt; 6 mois et UHT : 6 - 23 mois)</p>

Patient inconscient : pas vomissement, pas de diarrhée, sans hémorragie digestive		L'alimentation par voie entérale (SNG) dont la décision sera collégiale avec l'équipe médicale.	Lait thérapeutique (F75 : <5 ans et F100 : ≥ 5 ans et Adultes)  Lait pour nourrissons (LNPE : < 6 mois et UHT : 6 - 23 mois)
Patient inconscient : vomissement et/ou diarrhée et/ou hémorragie digestive		Alimentation par voie parentérale dont la décision sera collégiale avec l'équipe médicale	<b>Mélange recommandé</b> Mélange ternaire ou binaire  Supplément de vitamine et oligo-éléments  Micronutriments spécifiques
Patients sans difficultés d'alimentation :		Alimentation orale enrichie et adaptée	Lait pour nourrissons (LNPE : < 6 mois et lait UHT ou Plumpy'Doz : 6 - 23 mois si séparé de sa mère (isolé) ou orphelins  Enfants de 24-59 mois : le lait entier UHT + complément de bouillie enrichie CSB+/CSB++ et repas équilibré  Enfant de plus de 5 ans et l'adulte : la bouillie à base de céréales enrichie du type CSB+/CSB++ et repas équilibré
Patients présentant des difficultés d'alimentation :	<b>Phase de transition</b>		Lait pour nourrissons (LNPE : < 6 mois et UHT et Plumpy'Doz : 6 - 23 mois) si séparés de sa mère (isolé) ou orphelins  Enfants de 6-59 mois : le lait entier UHT + complément de bouillie enrichie et le plat familial et l'ATPE (PPS ou PPN) selon statut nutritionnel.  Enfant de plus de 5 ans et adulte : la bouillie à base de céréales enrichie du type CSB+/CSB++, le plat familial et

			<p>l'ATPE selon les besoins des patients.</p> <p><b><i>Patients présentant une malnutrition aiguë sévère ou modérée est pris en charge selon le Protocole national PCIMA.</i></b></p>
<p>Patient avec appétit bon ou moyen, sans difficultés pour s'alimenter et sans complication aucune)</p>	<p><b>Phase de stimulation</b></p>	<p>Alimentation par voie orale</p>	<p>Lait pour nourrissons (LNPE : &lt; 6 mois et UHT et Plumpy dose : 6 - 23 mois) si séparés de sa mère (isolé) ou orphelins</p> <p>Enfants de 6-59 mois : le lait entier UHT + complément de bouillie enrichie à base de céréales enrichie du type CSB+/CSB++ et le repas équilibré</p> <p>Enfant de plus de 5 ans et l'adulte, la bouillie à base de céréales enrichie du type CSB+/CSB++ et repas équilibré</p> <p><b><i>NB. Patients présentant une malnutrition aiguë sévère ou modérée est pris en charge selon le Protocole national PCIMA.</i></b></p>

## VII.2. Orientations pour le soutien alimentaire des patients hospitalisés

Afin de garantir de bonnes pratiques alimentaires, il est nécessaire de :

- Renforcer la prévention de l'infection et contrôler les procédures sur l'ensemble des activités ;
- Promouvoir la consommation de l'alimentation saine, équilibrée et variée (aliments chauds, fruits et légumes bien lavés à l'eau propre) ;
- S'assurer que les campagnes de mobilisation sociale et les affiches de sensibilisation sur M-pox contiennent les messages d'alimentation et de nutrition ;
- Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (alimentation de complément adéquate des enfants de 6-23 mois) y compris l'utilisation appropriée du supplément alimentaire et nutritionnel ;
- Éviter de consommer les aliments de rue ou des restaurants de fortunes, la viande de gibier trouvées mortes ou malades, etc.

### a) Produits d'enrichissement si disponibles :

- Poudre hyper protéinée
- Poudre de maltodextrine

- Multi Micro-Nutriment en poudre MNP
- Compléments ou suppléments nutritionnels Oraux
- Omégas (3,6)
- Super Céréales enrichies
- Prébiotique
- Sulfate de Zinc
- Supplémentation en vitamines A
- Spiruline

**b) Alimentation par voie Entérale (SNG) : composition recommandée**

- Bouillon enrichi : maïs + soja, Sorgho, chenilles, millet, farine de poisson, pâte d'arachide
- Potage enrichi : pâte à potage, pain, beurre, lait, œuf
- Purée enrichie : pommes de terre, lait, beurre, poivron
- Laits thérapeutiques et substituts de lait maternel
- Laits et produits laitiers enrichis...

**c) Alimentation par voie Parentérale :**

Type d'alimentation :

- Administration d'un ensemble des nutriments sous forme de solution exceptionnellement injectée directement en intraveineuse (très délicat)
- La voie d'alimentation entérale doit toujours être privilégiée

Indications :

- Impossibilité ou contre-indication de l'alimentation orale ou entérale
- En cas d'échec d'une nutrition entérale bien conduite
- Chez le patient ne tolérant pas l'alimentation entérale à dose adaptée pendant au moins 7 jours

**d) Alimentation normale par voie orale : Au moins 5 aliments sur les 8 groupes d'Aliments**

- Graines, racines et tubercules
- Aliments carnés (viande, poisson, volaille et foie/abats)
- Œufs
- Fruits et légumes riches en vitamine A
- Légumineuses : légumes secs et noix
- Produits laitiers (lait, yaourts, fromage)
- Autres fruits et légumes

**VII.3. Orientation pour le soutien alimentaire dans les ménages :**

Pour assurer une meilleure adhésion des patients et des parents au traitement, un soutien alimentaire sera nécessaire d'une part aux familles des cas bénins M-pox suivis à domicile et d'autre part aux ménages des patients en hospitalisation au CTM-pox pendant la période d'hospitalisation. La période de l'appui est estimée pour environ 21 jours jusqu'à la disparition des croutes afin de permettre l'isolement jusqu'à la guérison totale.

La modalité de l'appui peut être soit en nature avec les vivres ou en cash afin de répondre aux besoins nutritionnels du ménage.

La valeur de la ration est estimée à environ 1500 à 2100 Kcal /jour/personne dans le ménage.

Composition de la ration :

- Céréales
- Légumineuses : légumes secs et noix
- Huile végétale

- Farines enrichies (super céréale plus ou autres)

## **VIII. L'alimentation du nourrisson et jeune enfant (ANJE) dans le contexte de Mpox**

L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) comprend deux composantes à savoir : l'allaitement maternel optimal (mise au sein dans l'heure qui suit l'accouchement ; Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et Allaitement maternel continue jusque 2 ans ou plus) et l'alimentation de complément adéquate. Les bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants contribuent à minimiser le potentiel risque de contamination et de transmission de la maladie par les pratiques d'alimentation.

A ce jour il n'y a pas d'évidence que le virus Mpox est présent dans le lait maternel ou qu'il pourrait être transmis aux nourrissons et jeunes enfants à travers le lait maternel si la mère est infectée. Ainsi, compte tenu de l'absence de connaissance sur le risque de la transmission du Mpox à travers l'allaitement maternel, le contact entre mère et enfant au cours de l'allaitement pourrait augmenter le risque de la transmission du Mpox si l'un des deux est infecté. Dès lors, il est nécessaire de prendre de mesures de Prévention et Contrôle des Infection (PCI) pour minimiser la contamination, comme le lavage des mains avant et après chaque tétée, le port correct du masque, si possible, et couvrir les lésions qui sont en contact direct avec le nourrisson lors de chaque tétée.

Il est important de soutenir l'Alimentation du Nourrisson et du jeune enfant (ANJE) car (i) les enfants de moins de 2 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes sont plus vulnérables et à haut risques de contamination; (ii) les mères qui allaitent peuvent être très malades ou mourir d'où (iii) on va avoir certains nourrissons non allaités (orphelins ou séparés de leur mère) ; (iv) ce qui pousse à recourir aux Substituts du lait maternel (SLM) pour ces enfants non allaités ; (v) alors que les SLM présentent des risques de morbidité et de mortalité.

Il est donc aussi important de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans le contexte de Mpox car une faible sensibilisation des ménages conduit à des pratiques de l'ANJE inappropriées et une faible sensibilisation des agents de santé conduit à des recommandations inappropriées de l'ANJE. Les interventions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U) permettent de minimiser les risques de morbidité, de mortalité et de sauver des vies. Ces interventions ANJE-U doivent s'aligner sur les politiques et les normes opérationnelles ANJE de la RDC en mettant un accent sur le plaidoyer.

### ***VIII.1. Pratiques recommandées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) Pendant l'épidémie à Mpox***

L'OMS recommande une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant, notamment la mise au sein dans l'heure qui suit l'accouchement, l'allaitement exclusif pour les nourrissons de moins de 6 mois et l'allaitement continue jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà, ainsi qu'une alimentation complémentaire adéquate, tout en surveillant étroitement les signes et les symptômes de la maladie.

#### **VIII.1.1. Pratiques d'allaitement maternel**

À l'heure actuelle, il n'existe aucune preuve suggérant que le virus de la variole simienne est présent dans le lait maternel, mais le virus peut être transmis par contact étroit. Il est recommandé de poursuivre l'allaitement tout en respectant les mesures de PCI, en évitant de séparer la mère et l'enfant, en informant les mères des risques de transmission et en leur conseillant d'utiliser des vêtements propres pour elles et le nourrisson pendant chaque séance d'allaitement afin de minimiser le risque de transmission.

L'allaitement maternel comporte les avantages pour le nourrisson, la mère, la famille et toute la communauté. Et donc, cette pratique doit être promue dans le CTM et dans les communautés. Le tableau ci-dessous donne les avantages de l'allaitement maternel.

Tableau 8 : avantages de l'allaitement Maternel

CIBLES	Avantages de l'allaitement Maternel
<b>Enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offre un bon départ dans la vie pour chaque enfant grâce un bon développement du cerveau et augmente le quotient intellectuel (QI) ;</li> <li>- Contient le colostrum (Premier vaccin) ;</li> <li>- Apporte tous les éléments nutritifs et de l'eau (87 %)</li> <li>- Renforce le système immunitaire contre les maladies ;</li> <li>- Contribue à la prévention de la diarrhée et de la pneumonie (IRA), deux causes majeures de mortalité chez les nourrissons</li> <li>- Permet une croissance et un développement harmonieux du nourrisson, empêchant ainsi le retard de croissance manifestation évidente de la Malnutrition Chronique.</li> <li>- Protège contre l'obésité, la malnutrition ...</li> <li>- Renforce le lien affectif entre la mère et l'enfant</li> </ul>
<b>Mère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilite l'expulsion du placenta et réduit les risques d'hémorragie après l'accouchement.</li> <li>- Les tétés précoces stimulent la production de lait</li> <li>- Constitue une méthode contraceptive efficace à plus de 98 % pendant les 6 premiers si l'Allaitement Maternel est exclusif</li> <li>- Réduit le risque de cancer des ovaires et du sein, deux grandes causes de mortalité chez les femmes</li> </ul>
<b>Famille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de dépenses liées à l'achat du lait artificiel,</li> <li>- Réduit frais médicaux liés aux maladies</li> <li>- Confère le bien-être social dû à l'absence des maladies</li> <li>- Supprime les stress et les émotions dus aux maladies</li> </ul>
<b>Communauté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction des maladies infantiles (Diarrhée, IRA etc.) et de la mortalité materno-infantile</li> <li>- Réduction des charges pour le système de Santé</li> <li>- Chaque dollar américain investi dans l'allaitement génère environ 35 dollars américains de rendement économique pour le pays, grâce à la réduction des maladies et des frais de santé.</li> <li>- Augmentation de la force productive et le capital humain.</li> </ul>

Toutefois, en cas de maladie grave ou de risque accru d'infection par le M-pox chez le nourrisson, l'enfant, la femme enceinte ou allaitante, il convient de procéder à une évaluation au cas par cas. Cette évaluation au cas par cas doit mettre en balance les risques et les avantages individuels de l'allaitement maternel ; les risques et la gravité de la maladie (décision médicale, lésions, décès de la mère etc.) ; l'âge de l'enfant, gravité de la maladie et le bien-être de la mère pour séparer l'enfant de sa mère ou d'utilisation des alternatives.

Après l'évaluation, selon les orientations de l'OMS, les alternatives de l'allaitement sont par ordre d'importance :

- La nourrice,
- La banque du lait humain, puis en dernier recours si les deux premiers ne sont pas faisables,
- Le lait infantile.

Cependant en RDC, les deux premières alternatives ne sont pas envisageables à savoir le recourt à la nourrice à cause de risque de transmission du VIH, Ebola, Hépatite et l'absence systématique des tests pour ces maladies dont la transmission par contact étroit et/ou par le lait maternel est avérée ainsi que l'option de banque de lait maternel. Seule alternative la plus envisageable reste donc l'option de l'alimentation de remplacement avec les **substituts du lait maternel (SLM)**.

En cas de séparation, il est recommandé d'utiliser les Substituts de Lait Maternel (SLM) pour les nourrissons de de 0 à 23 mois non allaités (séparés ou orphelin) à savoir :

- Lait pour Nourrisson Prêt à l'Emploi (LNPE)/ Ready to Use Infant formula (RUIF) pour enfant de moins de 6 mois
- Lait infantile en poudre/Formula Infantile en poudre (PIF) ou Lait animal pour enfant 6 à 23 mois.

Le lait pour nourrisson en poudre, PIF peut être utilisé pour les nourrissons de moins de 6 mois lorsque le lait pour Nourrisson Prêt à l'Emploi (LNPE) n'est pas disponible ou accessible.

Le PIF est un produit non stérile car outre les risques connus liés à la préparation dangereuse, il comporte également le risque de contamination intrinsèque.

Par conséquent, dans les situations d'urgence où les conditions sont souvent non hygiéniques, le PIF doit être reconstitué avec de l'eau qui a été bouillie et refroidie légèrement, mais pas en dessous de 70°C pour éviter la contamination bactérienne.

***Il est noté aussi que l'alimentation artificielle est chère et entraîne des risques additionnels de maladies et de mortalité, en particulier là où les niveaux de maladie infectieuse sont élevés et l'accès à l'eau potable faible.***

#### **VIII.1.2. Pratiques recommandées d'Aliment de complément des enfants de 6 à 23 mois**

Après 6 mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir tous les besoins nutritionnels de l'enfant, par conséquent, il faut lui apporter une alimentation de complément adéquate. Les pratiques recommandées sont les suivantes :

- Après l'âge de 6 mois, ajouter des aliments complémentaires aux tétées
- Au fur et à mesure augmenter la quantité, la fréquence, la texture des repas (Consistance) et la variété des repas
- Donner au moins 3 repas et 2 collations par jour tout en continuant l'allaitement maternel
- Donner un régime d'au moins 5 aliments sur les 8 groupes d'aliments de complément suivants :
  - Aliments de base (Céréales) : grains, racines, tubercules etc.
  - Fruits et légumes riches en vitamine A (papaye, mangue, maracuja, oranges/carottes patates douces jaune etc.
  - Autres fruits et légumes
  - Légumineuses et noix : haricots, arachides, pois, courge etc.
  - Lait et produits laitiers (lait, yaourts, fromage),
  - Œufs
  - Aliments d'origine animale : viande, poisson, volaille et foie/abats etc.
  - En plus du lait maternel

#### ***VIII.1.2. Arbre décisionnel sur l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en contexte M-pox***

Les pratiques de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) inappropriées représentent une cause importante de malnutrition et des décès. Pendant l'épidémie M-pox, il est recommandé à toutes les femmes allaitantes de continuer à allaiter leurs enfants.

Une évaluation de la gravité de la maladie et de type d'urgence au cas par cas doit être fait pour voir s'il faut séparer l'enfant de sa mère et/ou utiliser le lait de remplacement. Ceci aide dans le bien être du couple mère-enfant par rapport aux risques connus associés à la privation des protections conférées par l'allaitement et la détresse causée par la séparation de la mère et de son enfant.

En RDC, pour les enfants non allaités (orphelins et/ou séparés) dans le contexte M-pox, il est recommandé de recourir à l'utilisation des SLM). L'arbre décisionnel ci-dessous donne les détails sur le statut de la mère et de l'enfant ainsi que la conduite à tenir pour chaque cas.

Tableau 9 : Arbre décisionnel ANJE et Mpox

Femme Allaitante	Enfant (0-23 mois)	Orientations
<b>Statuts</b>		Continuer à allaiter tout en utilisant des mesures de Prévention contre l'infection (PCI) et respect des gestes barrières (port de masque) pour minimiser la transmission à la mère ou l'enfant.
<b>Négatif</b>	<b>Positif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation au cas par cas en tenant compte des risques et les avantages de la poursuite de l'allaitement.</li> <li>- Si risque contamination prouvé, expression du lait et alimentation à la tasse avec mesures PCI car la mère est négative.</li> <li>- Pas de séparation de la mère et de son nourrisson</li> </ul>
<b>Positif</b>	<b>Négatif</b>	<p>Evaluation au cas par cas en tenant compte des risques et la gravité de la maladie (décision médicale, lésions, décès de la mère etc.) pour <b>séparer</b> l'enfant de sa mère et utilisation des alternatives :</p> <p><b>Pour le Nourrisson :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recours aux substituts du lait maternel (SLM) pour les enfants séparés/orphelins : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les nourrissons de moins de 6 mois : utiliser le lait pour nourrisson prêt à l'Emploi (LNPE) sinon, recourir aux préparations en poudre pour nourrissons (PIF) à acheter localement pour une courte durée</li> <li>• Pour les nourrissons 6-12 mois : utilisez du PIF ou du lait animal ainsi que des aliments de complément adéquats.</li> </ul> </li> <li>- La notion de nourrice n'est pas recommandée en RDC à cause de risque de transmission du VIH, Maladie à virus Ebola, Hépatite et l'absence systématique des tests pour ces maladies</li> <li>- Option de banque de lait maternel n'est pas recommandée en RDC</li> </ul> <p><b>Pour la mère :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien au maintien de la lactation par l'expression et le rejet réguliers du lait maternel pour préparer la Relactation après la guérison de la mère.</li> </ul>
<b>Positif</b>	<b>Positif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation au cas par cas en tenant compte de facteurs comme l'âge de l'enfant et la gravité de la maladie, ainsi que le bien-être de la mère.</li> <li>- Si interruption de l'allaitement : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Recours aux SLM selon les orientations</li> <li>o Soutien au maintien de la lactation par l'expression et le rejet réguliers du lait maternel pour préparer la Relactation après la guérison de la mère.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Négatif</b>	<b>Négatif</b>	Continuer à allaiter
<b>Tous les statuts</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien psycho social de la mère</li> <li>- Soins de développement de la petite enfance (SDE) stimulation</li> </ul>

### VIII.2. Comment exprimer le lait maternel

1. Se laver les mains avant de commencer à tirer le lait manuellement.

- ✓ Si les mains sont lavées avec de l'eau froide, réchauffer les en les frottant avant de toucher les seins car les mains froides rendront le procédé plus lent que des mains chaudes.
- ✓ Si c'est la première fois de le faire et que la femme allaitante n'est sûre d'elle, elle peut demander de l'aide à une infirmière ou même demander à son partenaire de l'aider.

2. Mettre un chiffon humidifié avec de l'eau chaude sur le sein pendant 2 minutes pour aider à tirer le lait mais ceci n'est pas nécessaire et ne fera certainement pas de mal.

3. Masser les seins avec les mains ou une serviette douce pour préparer les seins au tirage manuel.

✓ Malaxer et masser doucement la peau autour des mamelons pour relaxer les seins et les préparer à produire du lait.

4. Se tenir droite et pencher vers l'avant : Cette position facilitera le tirage du lait manuellement et permettra à la femme allaitante de rester confortable tout au long du procédé car la position debout ou couchée ne permet pas de tirer autant de lait.

5. Mettre les doigts sur les glandes mammaires des seins.

✓ Les mains devraient former un « C » juste au-dessus ou en dessous du mamelon.

✓ Comment s'y prendre :

- Mettre le pouce au-dessus de votre mamelon. Il devrait se trouver environ 2,5 cm au-dessus du mamelon.

- Placer les deux premiers doigts de votre main environ 2,5 cm en dessous du mamelon, bien alignés avec le pouce.

- Ajuster le positionnement des doigts en fonction du confort et de la taille des seins.

- Éviter de prendre tout le sein dans les mains dans cette position.

6. Appliquer une pression vers l'intérieur, vers le thorax.

✓ La pression devrait être douce, mais ferme. Ne pas pincer les seins.

✓ Éviter de serrer ou de tirer la peau des seins sur l'aréole car cela compliquera le tirage du lait.

✓ Appuyer avec le pouce et index, le sein vers votre thorax.

✓ Autres éléments à prendre en compte :

- Ne pas oublier d'appuyer vers l'intérieur, pas vers l'extérieur et de rouler vos doigts, de ne pas les glisser.

- Rouler le pouce et les autres doigts vers l'avant pour évacuer le lait des sinus lactifères, qui se trouvent sous l'aréole, sous le mamelon.

- Maintenir les doigts ensemble car en écartant les doigts, il y a risque de réduire l'efficacité du procédé.

- Soulever les seins plus volumineux avant d'appliquer une pression.

7. Tirer le lait en roulant les doigts vers l'extérieur avec le pouce et les autres doigts.

✓ Pressez le sein en roulant les doigts. Il est conseillé d'appliquer une pression, de presser et ensuite de souffler. Quand la femme sera habituée, elle va trouver son propre rythme, comme si l'enfant tétait, cela va aider la femme à tirer son lait plus rapidement.

✓ Les femmes ont toutes des seins différents. C'est à chaque femme de trouver la position idéale qui lui aide à tirer plus de lait.

✓ Donc il s'agira de tirer le lait, ensuite de masser le sein, tirer le lait, masser le sein et ainsi de suite.

8. Récolter le lait tiré dans un récipient.

✓ Si la femme tire son lait uniquement pour être plus confortable, elle peut utiliser une serviette ou le faire au-dessus d'un évier.

✓ Si la femme veut garder le lait pour un usage ultérieur, elle va utiliser un récipient avec une large ouverture, comme une tasse/Gobelet ou un petit bocal. Quand un récipient est rempli, verser le dans le récipient de conservation.

9. Répéter le procédé avec l'autre sein. Changer légèrement de position pour chaque sein afin de bien tirer tout le lait. En bougeant de l'avant vers l'arrière entre chaque sein, ce qui permet de stimuler la production de lait.

### **VIII.3. Soins nutritionnels dans la crèche**

Les crèches affiliées au CTM ont vu le jour avec la 10<sup>e</sup> épidémie de MVE en RDC. La création des crèches au sein des CTM pour permettra aux femmes infectées de se faire soigner sachant que leurs enfants sont non loin et recevant des soins de qualité.

Ainsi, les crèches, accueillent deux types d'enfants (i) ceux séparés de leurs mères parce que ces dernières sont soit suspects ou soit confirmées positive à la M-pox au stade sévère ou critique avec impossibilité d'allaiter le nourrisson et (ii) ceux orphelins de la M-pox en attendant de trouver la solution pour le retour en communauté.

Durant le séjour à la crèche, l'enfant bénéficie d'un soutien psychosocial de la part des mères gardiennes guéries ou vaccinées de la maladie à virus M-pox. Ces personnes, en majorité des femmes, encadrent les enfants pendant cette période difficile de séparation. Un suivi épidémiologique quotidien est mis en place sur la période de 21 jours.

Tous les enfants admis dans les crèches doivent bénéficier en plus des interventions nutritionnelles, d'activités d'éveil et de stimulation avec l'appui d'animateurs ou de personnes formées sur les questions de développement de la petite enfance. Les mères gardiennes guéries devraient également bénéficier de sessions de formation sur le jeu et la communication avec leur enfant pour favoriser leur développement et leur croissance. Cela aura un impact positif sur la récupération des enfants et des parents malades.

Le guide intégré des soins de développement de la petite enfance en RDC donne des orientations sur les actions clés qui peuvent être mises en place.

Tout enfant de la crèche qui développe des signes ou symptômes en rapport avec la M-pox est admis et pris en charge comme suspect au Centre de traitement M-pox.

A l'admission, évaluer l'état nutritionnel de tous les enfants et spécifier son alimentation en fonction. Un suivi nutritionnel quotidien est mis en place par le nutritionniste en service au CTM. De plus, le personnel de la crèche, les acteurs de la protection ainsi que les gardiens d'enfants vaccinés reçoivent une formation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Une fiche individuelle de suivi de l'alimentation est mise en place et quotidiennement renseignée. Les soins dont bénéficie l'enfant sont dépendants de son âge et de son état nutritionnel. Les enfants dépistés pour malnutrition aiguë sévère reçoivent le traitement selon le protocole PCIMA en vigueur.

Pour le PVIH et les coinfectées, maintenir leur soutien et appui multisectoriels divers (médicaments, soins, nourriture, conseils, etc.) en respectant les mesures hygiéniques et de distanciation sociale.

**NB :** si les services de protection de l'enfance sont disponibles, ces espaces amis des enfants peuvent également être utilisés pour les activités des jeunes enfants.

### **VIII.4. Approvisionnement et gestion des SLM pour Nourrissons Non allaités dans le contexte de M-pox**

L'importation des substituts de laits maternels pour nourrissons est conditionnée par l'accord du Gouvernement (Pronanut) donné à UNICEF pour achat en international du lait pour nourrisson prêt à l'Emploi (LNPE) pour les enfants de moins de 6 mois et achat local du lait Infantile en poudre (PIF) ou lait animal pour enfant de 6 à 23 mois.

Pour éviter le gaspillage ou la non-utilisation, la planification doit se faire en fonction des besoins et cibles des nourrissons non allaités (séparés ou orphelins) existant dans les CTM, Crèches ou communautés.

Pour une meilleure gestion, de ces SLM, leur stockage doit se faire de façon discrète dans les dépôts Unicef, DPS/Pronanut, bureaux centraux des BCZS à défaut dans le dépôt des ONG de mise en œuvre et ne devrait pas être à la vue des mères/gardiens d'enfants de 0 à 23 mois afin de ne pas décourager l'allaitement maternel.

Il est recommandé d'utiliser les outils de gestion du stock par niveau pour un meilleur suivi.

La distribution des SLM doit se faire également discrètement et en petites quantités vers les bénéficiaires au niveau de CTM, crèches, communauté sous la coordination du Gouvernement. Cette distribution ne doit pas se faire pendant les distributions générales.

La durée d'assistance aux substituts du lait maternel (SLM) est

- LNPE jusqu'à l'âge de 6 mois
- PIF ou lait animal (6-23 mois) varie selon la vulnérabilité de la famille et état de l'enfant (orphelin, séparé ou en famille) mais en moyenne 3 mois
- 

#### ***VIII.5. Continuum des activités sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la communauté***

Après la prise en charge des enfants de 0-23 mois dans les CTM ou dans les crèches, un suivi rapproché sera fait dans les communautés par les agents de santé et agents communautaire. Il s'agira d'organiser :

- Visites à domicile – VAD
- Groupes de soutien de soutien à l'alimentation des nourrissons et de jeune enfant (ANJE)
- Démonstrations culinaires
- Suivi de l'utilisation des SLM

## **IX. SUIVI ET EVALUATION**

Dans le cadre suivi et évaluation des activités de soutien alimentaire et nutritionnel un accent sera mis sur les indicateurs clés désagrégés par âge, sexe au tant pour les enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes et ainsi que pour les autres adultes.

Pour le volet ANJE, en plus des indicateurs clés, pendant l'utilisation et la distribution des SLM dans les CTM, crèches ou dans les communautés, toutes les parties prenantes doivent veiller à l'utilisation abusive et la réduction des risques liées à l'alimentation artificielle en vulgarisant le code congolais de commercialisation du substitut du lait maternel et en renseignant le système de suivi et de surveillance des violations de ce code mis en place à travers le lien KoboCollect du formulaire de suivi pour la collecte des données en ligne : <https://ee-eu.kobotoolbox.org/x/vyJVFG4> . Quelques violations typiques du code SLM dans les situations d'urgence concernent l'étiquetage, la distribution générale, promotion et les dons des SLM

Ci-dessous les indicateurs à suivre dans le cadre de la mise en œuvre des interventions

Tableau 10 : Différents Indicateurs sur les activités de soutien alimentaire et nutritionnel

Activites	Sexe	
	F	M
<b>Indicateurs traitement et soutien alimentaire</b>		
Nombre de patients M-pox dépistés au niveau du CTM-pox à l'admission pour l'évaluation état nutritionnel (enfants de 0-59 Mois, 6-15 ans et Plus de 15 ans désagrégées, sexe)		
Nombre nouveaux cas d'enfants de 0 à 59 mois avec M-pox souffrant de malnutrition aiguë sévère		
Nombre nouveaux cas M-pox âgés de 6-15 ans souffrant de malnutrition aiguë		
Nombre nouveaux cas M-pox âgés de plus 15 ans souffrant de malnutrition aiguë		
Nombre de cas M-pox de 6 - 59 mois admis ayant bénéficié d'un soutien alimentaire		
Nombre de cas M-pox de plus de 5 ans admis ayant bénéficié d'un soutien alimentaire		
Nombre d'enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A dans la zone affectée		
Nombre d'enfants de 6-59 mois déparasités au Mebendazole/albendazole dans la zone affectée		
Nombre de patients M-pox Guéris		
Nombre abandon		
Nombre de décès		
Nombre d'enfants de moins 5 ans guéris de M-pox nécessitant un suivi du traitement de malnutrition aiguë sévère en communauté		
<b>Formations en ANJE et prise en charge nutritionnelle M-pox</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
Nombre de prestataires formés		
Nombre de Relais communautaires formés en ANJE		
Nombre d'agents psychosociale (APS) formés		
Nombre de Leaders communautaires sensibilisés/formés sur l'ANJE		
<b>Counselling en ANJE</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
Nombre des femmes enceintes/allaitantes/gardiens d'enfants de 0-23 mois suivi dans les structures (CTM, CT et Crèche) et les communautés (Ménages et orphelinat)		
Nombre des femmes enceintes/allaitantes/gardiens d'enfants de 0-23 mois ayant reçu le counseling sur l'ANJE dans les structures (CTM, CT et Crèche) et les communautés (Ménages et orphelinat)		
Nombre d'enfants 6-23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat [3 repas par jour+ consommation aliment à 4 Etoiles (produit animal, céréales, Légumineuses et Fruits /Légumes)]		
Nombre de femmes enceintes et allaitantes /gardiens d'enfants âgés de 0 à 23 mois ayant reçu les conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)		
<b>Distribution de Substitut du lait maternel (LNPE et UHT)</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
Nombre d'enfants de 0- 6 mois non allaités (Séparés/Orphelins) ayant reçu les substituts du lait maternel (SLM) dans les centres de traitement M-pox, les crèches, les orphelinats		
Nombre d'enfants de 6-23 mois non allaités (Séparés/Orphelin) ayant reçu les substituts du lait maternel (SLM) dans les centres de traitement M-pox, les crèches, les orphelinats		

**ANNEXES :**

[Stratégie de gestion de données de Nutrition Crise M-pox](#)

[Indicateurs soutien alimentaire et nutritionnel M-pox](#)

[Fiche de collecte des données M-pox](#)

[Fiche de données CTM V1.0](#)

[Fiche suivi journalier NUT CTM V1.00](#)

[Fiche suivi journalier NUT CTM V.0](#)

[Fiche de suivi nutritionnel individuel de M-pox dans les CTM](#)