

# Déviance Positive / Foyer



## Manuel Ressource pour une Réhabilitation Durable des Enfants Malnutrits



**CORE**

Groupe de Collaborations et de Ressources pour  
la Survie de l'Enfant (CORE), Groupe  
de Travail en Nutrition, Février 2003

# *Déviance Positive / Foyer*



## *Manuel Ressource pour une Réhabilitation Durable des Enfants Malnutrits*

**C.Ø.RE**

**Groupe de Collaborations et de Ressources pour la  
Survie de l'Enfant (CORE), Groupe de Travail en Nutrition,  
Fevrier 2003**

## Groupe CORE

Le Groupe de Collaborations et de Ressources pour la Survie de l'Enfant (le Groupe CORE) est une association à laquelle sont affiliées plus de 35 Organisations Volontaires Privées des Etats Unis œuvrant ensemble pour promouvoir et améliorer les programmes de soins de santé primaire en faveur des femmes et des enfants ainsi que des communautés dans lesquelles ils vivent. La mission du groupe CORE est de renforcer les capacités locales à l'échelle globale dans le but d'améliorer de façon quantifiable la santé et le bien-être des enfants et des femmes dans les pays en voie de développement par l'apprentissage et une action concertée des ONG. Collectivement, ses organisations membres travaillent dans plus de 140 pays et apportent un soutien aux programmes de santé et de développement.



Ce manuel a été traduit en français par Concern Worldwide, Inc.; une organisation non confessionnelle et volontaire dévouée au soulagement, l'assistance et l'avancée des plus pauvres parmi les pauvres dans les pays le moins développés du monde. Concern gère des programmes d'urgence, de santé primaire, de VIH/SIDA, d'éducation et du développement économique. Concern Worldwide est un membre de Groupe CORE.



*Cette publication n'a été possible que grâce à l'appui du Bureau de Coopération Privée et Volontaire de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) selon l'accord de Coopération FAO-A-00-98-00030. Cette publication ne représente pas nécessairement les vues et les opinions de l'USAID. Elle peut être reproduite si du mérite lui est dûment reconnu.*

## Citation Recommandée

Groupe de Travail en Nutrition, Groupe de Collaborations et de Ressources pour la Survie de l'Enfant (CORE), ***Déviance Positive / Foyer: Manuel Ressource pour une Réhabilitation Durable des Enfants Malnutris, Washington, D.C : Décembre 2002.***

## Résumé Analytique

Un Programme Nutritionnel de Déviance Positive/Foyer est un programme nutritionnel centré sur le ménage et le voisinage en faveur des enfants à risque de malnutrition protéino-énergétique dans les pays en voie de développement. Le programme recourt à l'approche de "Déviance Positive" pour identifier ces comportements pratiqués par les mères ou les responsables des enfants bien nourris des familles pauvres et les transférer aux autres membres de la communauté ayant des enfants malnutris. Le "Foyer" ou domicile est le lieu où se tiennent des séances d'éducation et de réhabilitation nutritionnelles. Ce manuel ressource explique en détail comment identifier les enfants à risque, mener une "Enquête sur la Déviance Positive (EDP)" pour l'identification des pratiques positives, mener des séances Foyer, et établir un système de contrôle et d'évaluation. Des exemples spécifiques sur le terrain et des outils utiles sont fournis.

### DP/FOYER

#### UN PROGRAMME NUTRITIONNEL CENTRÉ SUR LE MÉNAGE ET LE VOISINAGE



# REMERCIEMENTS

*Plusieurs personnes ont contribué à la version finale de ce manuel ressource - par la rédaction des chapitres, la présentation des cas, l'échange d'expériences, la réorganisation du matériel et des étapes, et l'édition du document pour le rendre accessible au personnel de terrain. Le produit final est un travail de plusieurs individus dévoués qui ont trouvé efficace l'approche Déviance Positive/Foyer (DP/Foyer) et ont voulu partager leur savoir avec d'autres. Nous voulons remercier les membres et les nombreux partenaires de CORE qui ont bien voulu partager leurs idées sur DP/Foyer lors des différentes réunions tenues et e-mails envoyés pendant les deux dernières années. Nous ne pouvons pas tous les citer nommément. Cependant nous aimerions mettre l'accent sur certains d'entre eux qui y ont consacré une partie considérable de leur temps*

**Donna Sillan** a été engagée par CORE en tant que rédactrice principal du premier jet de ce guide ressource. Elle a été au Myanmar pour travailler avec Monique et Jerry Sternin et s'informer sur le travail DP/Foyer qu'ils ont mené au Vietnam, en Egypte, au Myanmar et dans d'autres pays. Elle s'est basée sur cette expérience et son propre travail de conception des programmes DP/Foyer pour les membres de CORE pour compiler des cas et des renseignements fouillés sur le DP/Foyer. Elle a exploité du matériel issu des sources suivantes: le guide original DP/Foyer sur le terrain (1); la thèse de Maîtrise de Melissa Cribben (2) présentée à l'Ecole de Santé Publique de Rollins, ce travail sur le terrain a testé le guide original en Bolivie; Déviance Positive en Nutrition Infantile de Conrad V (3); une réunion du Groupe Consultatif Technique en matière de Foyer tenue en Avril 2000 par CORE et BASICS II et un atelier sur une approche de Déviance Positive tenu en novembre 2000 au Mali par Save the Children et BASICS. Les contributions de ces différentes sources sont trop nombreuses pour les référencer individuellement dans le texte.

**Monique et Jerry Sternin** ont élaboré l'approche de Déviance Positive et ont démontré son efficacité lors de la mise sur pied du Programme d'Education et de Réhabilitation Nutritionnelles de Save the Children au Vietnam. Ils ont commencé modestement pour finalement aboutir à un niveau d'approche qu'ils ont appelé "l'Université Vivante" et ont démontré son succès de façon scientifique. Monique a révisé plusieurs versions et fourni des renseignements de très grande valeur en se basant sur sa grande expérience.

**Drs. Gretchen et Warren Berggren** ont créé et publié sur les Foyers originaux (foyers de démonstration nutritionnelle) dans les années 1960 en Haïti et continuent de contribuer à leur amélioration et aux leçons apprises de l'approche Foyer. Parallèlement, ils encadrent d'autres personnes qui en font usage. Gretchen a révisé plusieurs versions et tous les deux assuré une excellente supervision technique.

**L'Agence Adventiste de Développement et d'Assistance (ADRA), Africare, CARE, Christian Children's Fund, Mercy Corps, Save the Children, World Relief et World Vision,** et d'autres DP/Foyers qui sont implantés dans différentes communautés de par le monde. Le difficile travail effectué par les communautés, les



*Ce produit final est le travail de beaucoup de gens qui ont trouvé efficace l'approche DP/Foyer et qui ont voulu partager leur expérience avec les autres.*

volontaires Foyer et le personnel de terrain ont rendu possible les leçons apprises, les études de cas, et les exercices qui ont été présentés ici.

**Dr David Marsh** a écrit un chapitre sur le Contrôle et l’Evaluation et a fourni beaucoup d’études de cas en se basant sur le travail fait par Save the Children. Le travail hardu, effectué par David pour la description du succès de l’approche par une recherche opérationnelle dans plusieurs pays a considérablement contribué à une meilleure acceptation du concept Déviance Positive et de Foyer.

**Olga Wollinka** a initié l’élaboration de ce document et a donné des points de vue pertinents basés sur son expérience humanitaire avec DP/Foyer.

**Lynette Walker** a sollicité l’opinion d’une équipe de critiques, reorganisé et écrit la version finale du manuel.

D’autres critiques ont fait d’importantes contributions sur plusieurs versions: **Judiann McNulty** (Mercy Corps), **Karen LeBan** (CORE), **Caroline Tanner** (FANTA), **Valerie Flax** (Consultante), **Hanna Gilk** (Pearl S. Buck Foundation), **Judy Gillens** (FOCAS) et **Karl Percy** (Consultant).

Plusieurs secrétaires de rédaction dont **Alicia Oliver**, **Lucia Tiffany**, **Justine Landegger**, et **Robin Steinwand** ont contribué à ce document à différents stades de sa conception.

**Regina Doyle** a conçu le format, le graphisme et les illustrations.

**Geogre Rwamasirabo**, **Dr Kodjo Délali Edoh**, **Michelle Kouletio**, **Christophe Habiyambere** et **Madeleine Muhozali** ont traduit le manuel en français.

En plus de ces personnes mentionnées, nous voudrions exprimer nos remerciements et notre gratitude à plusieurs particuliers et organisations qui n’ont pas été cités ici mais qui ont immensément contribué à l’élaboration des programmes DP/Foyer dans le Monde. Merci. Dans l’espoir que les pratiques de ces extraordinaires “déviant positifs” deviennent la règle, que nous apprenions à mettre en pratique leur bons réflexes en matière de prise en charge, d’alimentation et de recherche des soins pour les enfants, nous vous présentons à vous, responsables chargés de la mise en oeuvre du programme, ce manuel ressource sur l’approche DP/Foyer.

Cordialement votre.

*Judiann MacNulty, Co-Présidente*  
**The Nutrition Work Group**  
**Child Survival Collaborations and Resources (CORE) Group**

*Karen LeBan, Directeur Générale*  
**Child Survival Collaborations and Resources (CORE) Group**



*Nos remerciements et notre gratitude à plusieurs particuliers et organisations qui n’ont pas été cités ici mais qui ont immensément contribué à l’élaboration des programmes DP/Foyer.*

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	iii
<b>VUE D'ENSEMBLE DU PROGRAMME DP/FOYER</b> .....	1
Comment Utiliser ce Guide .....	1
Qu'est-ce qu'est que "Déviance Positive/Foyer"? .....	1
Avantages du Programme DP/Foyer Par Rapport aux Programmes Nutritionnels Traditionnels .....	6
Pourquoi la malnutrition constitue-t-elle un problème? .....	10
Etape-Clefs de l'Approche DP/Foyer .....	12
Définitions .....	14
<b>CHAPITRE 1: ETAPE 1 -Déterminer si DP/Foyer est Adapté a la Communauté-Cible</b> .....	17
A. Conditions Générales .....	17
B. Engagement Communautaire .....	20
C. Engagement de l'Agence d'Exécution .....	21
<b>CHAPITRE 2: ETAPE 2 - Mobiliser, Sélectionner et Former</b> .....	27
A. Mobiliser la Communauté .....	27
B. Processus de Développement de la Formation .....	29
Exemple les Descriptions de Postes .....	30
Exercices Adaptés au Foyer .....	44
Plan de Formation pour Volontaires Foyer .....	53
<b>CHAPITRE 3: ETAPE 3 - Préparation d'une Enquête sur la Déviance Positive (EDP)</b> .....	57
A. Identifier le Groupe d'Age Cible .....	58
B. Mener une Evaluation de l'Etat Nutritionnel de Base .....	58
C. Analyse des Données .....	62
D. Classement des Ménages selon le Revenu .....	65
E. Rencontre avec la Communauté .....	66
F. Identifier les Déviants Positifs .....	68
G. Préparer et Former l'Equipe Chargée de l'EDP .....	69
Méthodologies de Collecte d'Informations .....	73
Evaluation de l'Etat Nutritionnel de Base .....	76
<b>CHAPITRE 4: ETAPE 4 - Mener une EDP</b> .....	85
A. Planification de la Logistique d'EDP .....	86
B. Les Visites à Domicile .....	89
C. Compilation des Résultats .....	89
D. Echange des Résultats avec la Communauté .....	93
Questions et Réponses .....	94
L'Application de l'Approche DP aux Autres Problèmes .....	97
Liste de Contrôle de l'Observation pour l'EDP .....	99
Exemple de Questionnaire .....	101
Modele de rapport des résultats de visite famille à domicile .....	104
Analyse de l'EDP dans Différents Pays .....	106

VUE  
D'ENSEMBLE

ETAPE 1

ETAPE 2

ETAPE 3

ETAPE 4

**ETAPE 5**

<b>CHAPITRE 5: Etape 5 - Conception des Séances Foyer .....</b>	<b>113</b>
A. Programme des Séances Foyer .....	114
B. Planifier les Menus des Séances Foyer .....	114
C. Conception des Messages d'Education Sanitaire .....	119
D. Le choix de Sites pour les Séances Foyer .....	124
E. Elaborer les Protocoles pour les Séances Foyer .....	124
F. Elaborer un Plan d'Activités d'Un An .....	127
Questions et Réponses .....	129
Informations supplémentaires sur les micro nutriments .....	130
Formulaire d'Inscription au Foyer .....	133
Protocole pour une Identification Précoce des Enfants Malnutrits "A Risque" .....	134

**ETAPES 6-8**

<b>CHAPITRE 6: Etapes 6,7 et 8 - Diriger, Appuyer et Reprendre les Séances Foyer .....</b>	<b>135</b>
<i>Etape 6: Diriger les Séances Foyer .....</i>	<i>135</i>
A. Rassembler le Matériels et Organiser la Séance Journalière Foyer .....	136
B. Accueillir et Enregistrer les Responsables et leurs Enfants et Collecter Les Aliments des Déviantes Positifs .....	136
C. Diriger les Séances Foyer .....	137
D. Superviser les Activités Foyer .....	140
<i>Etape 7: Appuyer les Nouveaux Comportements par les Visites à Domicile.....</i>	<i>141</i>
<i>Etape 8 : Reprendre les Séances Foyer Si Nécessaire .....</i>	<i>142</i>
Questions et Réponses .....	143
Liste de Contrôle de Supervision pour Observer les Séances Foyer .....	146
Guide de l'Interview du Responsable de l'Enfant .....	147
Guide du Superviseur .....	148

**ETAPE 9**

<b>CHAPITRE 7: Etape 9 - Expansion des Programmes DP/Foyer .....</b>	<b>149</b>
Approche d'Expansion .....	149
A. Elaborer un Modèle Réduit Efficace .....	150
B. Elaborer un Modèle Elargi Efficace .....	150
C. Etendre le Programme DP/Foyer au Niveau du District .....	150
D. Créer une "Université Vivante" .....	151
E. Aider les Nouveaux Lauréats à Retourner dans leurs Communautés .....	151
La Réussite de l'Extension .....	162
Viabilité .....	154

<b>CHAPITRE 8: Suivi et Evaluation .....</b>	<b>157</b>
A. Choix des Résultats du Projet .....	158
B. Contrôle de l'Avancement du Programme .....	159
C. Evaluation de l'Efficacité et de l'Impact du Programme .....	168
Résultats recueillis sur terrain Des Formularies de Suivi et Evaluation	

<b>RESSOURCES .....</b>	<b>185</b>
-------------------------	------------

<b>REFERENCES .....</b>	<b>189</b>
-------------------------	------------

# Vue d'Ensemble du Programme Déviance Positive/Foyer

## Qui est le Destinataire de ce Guide?

**C**e guide de référence est conçu à l'intention des directeurs de programme impliqués dans la mobilisation des communautés en vue de la réhabilitation durable des enfants malnutris.

## Comment Utiliser ce Guide

**L**e chapitre premier vous permettra de déterminer si l'approche Déviance Positive/Foyer (DP/Foyer) est adapté à votre communauté. Les chapitres qui suivent contiennent des exercices utiles, des conseils et des leçons collectés par des organisations non gouvernementales utilisent l'approche DP/Foyer avec succès de par le monde. Des informations et du matériel pratiques vous guident aux différentes étapes de l'exécution efficace d'un programme de DP/Foyer. Nous vous recommandons de lire ce guide en entier avant de commencer la mise en œuvre du programme, car la compréhension approfondie du processus aide à planifier le programme.

Une adaptation au niveau locale est indispensable, qu'il convient d'intégrer les éléments essentiels énumérés dans ce chapitre, puis faire appel à votre créativité et à votre sens de l'expérimentation. Il existe une multitude de variations qui permettent d'adapter cette approche à votre projet. Le profil de chaque projet dépend des ressources disponibles et du processus utilisé pour les combiner. Au fur et à mesure de la mise en place du programme, vous tirerez plusieurs leçons de votre expérience particulière. Il faut documenter votre expérience pour la partager avec le Foyer mondial. Le Foyer mondial est alimenté et entretenu par des gens comme vous qui sont en quête de solutions applicables au problème de la malnutrition.

## Qu'est-ce que DP/Foyer ?

**D**P/Foyer est une approche efficace utilisée pour réduire la malnutrition. L'approche Déviance Positive/Foyer a permis à certaines communautés de réduire le niveau de malnutrition infantile et de prévenir la malnutrition pendant des années après la réalisation du programme.



*Nous vous recommandons de lire ce guide en entier avant de commencer la mise en place du programme, car la compréhension approfondie du processus aide à planifier le programme.*

*DP/Foyer est une approche efficace utilisée pour réduire la malnutrition. L'approche Déviance Positive/Foyer a permis à certaines communautés de réduire le niveau de malnutrition infantile et de prévenir la malnutrition pendant des années après la réalisation du programme.*



*Le processus DP/Foyer puise dans la sagesse locale pour pouvoir traiter et prévenir la malnutrition et diffuse cette sagesse dans la communauté.*

### Les objectifs du programme DP/Foyer

1. Réhabilitation rapide des enfants malnutris identifiés au sein de la communauté.
2. Permettre aux familles de continuer elles-mêmes la réhabilitation de ces enfants à la maison.
3. Prévenir dans l'avenir la malnutrition chez tous les enfants nés dans la communauté, par le changement des normes de la communauté en matière de soins aux enfants, d'alimentation et de recours aux services de santé.

DP/Foyer combine deux approches qui ont fait leurs preuves dans la réduction de malnutrition infantile et dans la promotion du développement normal de l'enfant au niveau communautaire.

### Approche de Déviance Positive

L'approche de Déviance Positive part de l'hypothèse selon laquelle certaines solutions aux problèmes d'une communauté existent déjà au sein de cette même communauté et qu'il faut juste les découvrir. Etant donné que les comportements changent lentement, la plupart des praticiens de la santé publique sont d'accord sur le fait que des solutions découvertes au sein de la communauté sont plus durables que celles de provenance extérieur. Le processus DP/Foyer puise dans la sagesse locale pour pouvoir traiter et prévenir la malnutrition et diffuse cette sagesse dans la communauté.

La Déviance Positive est une approche fondée sur de la conviction selon laquelle il existe dans chaque communauté certains individus ("les Déviants Positifs") qui ont des pratiques et des comportements peu communs leur permettant de trouver les meilleurs moyens de prévenir la malnutrition plus que leurs voisins alors qu'ils disposent des mêmes ressources et sont confrontés aux mêmes risques. Par un processus dynamique appelé l'Enquête sur la Déviance Positive (EDP), le personnel du programme invite les membres de la communauté à découvrir ces pratiques exceptionnelles dont les résultats contribuent à un meilleur état nutritionnel chez l'enfant. Le personnel du programme et les membres de la communauté élaborent ensuite un plan d'intervention visant à aider les familles ayant des enfants malnutris à apprendre et à mettre en pratique ces comportements et habitudes bénéfiques.

Dans chaque communauté, que ce soit dans les villes américaines, dans les bidonvilles de Manille, Addis-Abeba, La Caire, ou dans les villages ruraux pauvres de Myanmar ou du Nicaragua, il est possible de trouver des **Déviants Positifs**. Tous ces déviants positifs ont certains comportements et pratiques qui leur ont permis de réussir à résoudre des problèmes et à surmonter des obstacles redoutables. L'approche de Déviance Positive a été largement utilisée dans la lutte contre la malnutrition, mais elle est actuellement utilisée aussi dans d'autres domaines tels que les soins à la mère et du nouveau-né, de même que l'usage du préservatif dans les groupes à haut risque.

### Approche Foyer

Dans l'approche Foyer, des volontaires communautaires et des responsables des enfants malnutris mettent en pratique les nouveaux comportements manifestement efficaces en matière de préparation des aliments, d'alimentation, d'hygiène et de soin pour la réhabilitation des enfants malnutris. Les pratiques choisies proviennent à la fois des résultats de l'Enquête sur la Déviance Positive (EDP) et des comportements recommandés par des experts en Santé Publique. Les



*Les déviants positifs manifestent certains comportements et pratiques qui leur ont permis de réussir à résoudre des problèmes et à surmonter des obstacles redoutables.*

## FOYER

### LES SEANCES DE FOYER SONT CENTRES SUR LE REHABILITATION ET L'EDUCATION NUTRITIONNELLE



*Des changements perceptibles chez l'enfant, associés avec la méthode "d'apprentissage sur le tas" améliorent la confiance et les compétences du responsable de l'enfant en matière de pratiques d'alimentation, de soin à l'enfant, d'hygiène et de recours aux services sanitaires.*

volontaires associent activement sur une période de douze jours, dans un environnement familial, la mère et l'enfant à la réhabilitation nutritionnelle et à l'apprentissage des pratiques qui permettront de maintenir l'enfant en bonne santé. La séance est suivie de visites aux domiciles des responsables / volontaires.

L'approche Foyer favorise le changement de comportements et amène les responsables des enfants à se charger de la réhabilitation nutritionnelle de leurs enfants en se servant de la connaissance et des ressources locales. Après deux semaines sous un régime additionnel riche en calories, les enfants acquièrent de l'énergie et leur appétit s'améliore. Les changements perceptibles chez l'enfant, associés à l'amélioration «apprentissage sur le tas» la confiance et les compétences du responsable de l'enfant en matière de pratiques d'alimentation, de soins à l'enfant, d'hygiène et de recours aux services sanitaires.

Des pratiques améliorées, indépendamment du niveau d'éducation des mères, favorisent la croissance et le développement de l'enfant. Cette approche parvient à réduire la malnutrition dans la communauté cible en amenant les membres de cette communauté à découvrir la sagesse des mères déviantes positives et à l'appliquer au cours des séances quotidiennes de Foyer.

L'approche de Déviance Positive/Foyer est un instrument efficace de mobilisation de la communauté qui galvanise des communautés dans l'action en permettant aux différentes couches de la communauté d'œuvrer ensemble pour résoudre un problème et trouver une solution interne. Elle vise la maximisation des ressources, des compétences et des stratégies existantes afin de surmonter un problème, et utilise largement des méthodologies participatives et le processus d'apprentissage et d'action participatifs.

Bien que l'approche DP/Foyer doive être adaptée aux réalités locales et que nombre d'étapes de sa mise en œuvre soient flexibles, il existe plusieurs éléments essentiels qui doivent être pris en compte pour maintenir l'efficacité de l'approche.

#### L'expérience a Démontré que tous les Programmes Efficaces:

- ♥ Intègrent l'Enquête sur la Déviance Positive dans chaque communauté cible.
- ♥ Emploient des femmes volontaires de la communauté pour diriger les séances Foyer et effectuer des visites de suivi à domicile.
- ♥ Avant les séances Foyer, traiter tous les enfants par des vermifuges et donner des micronutriments dont ils ont besoin;
- ♥ Utiliser la surveillance/promotion de la croissance pour identifier les enfants nouvellement malnutris et surveiller le progrès nutritionnel
- ♥ Veillent à ce que les responsables des enfants apportent chaque jour leur contribution en nourriture et/ou en matériels lors des séances Foyer.
- ♥ Etablissent des menus à base d'aliments localement disponibles et à un prix abordable lors des séances Foyer.
- ♥ Veillent à la présence et à la participation active des responsables des enfants à toutes les séances Foyer.
- ♥ Tiennent les séances Foyer pendant 10 à 12 jour s'étendant sur une période de deux semaines.
- ♥ Intègrent les visites de suivi à domicile pendant deux semaines après a séance Foyer pour assurer le couvreur de 21 jours de pratique nécessaires pour qu'un nouveau comportement devienne une habitude.
- ♥ Associent activement la communauté à tout le processus.

## ELÉMENTS ESSENTIELS

### LES PROGRAMMES EFFICACES DE DÉVIANCE POSITIVE/FOYER

# Comportements et Pratiques Positifs Encouragés par l'Approche DP/Foyer

Les pratiques ménagères bénéfiques qui constituent le noyau du programme DP/Foyer sont groupées en trois ou quatre catégories: alimentation, soin, hygiène et recours aux services sanitaires.

**PRATIQUES DE SOINS:** L'interaction positive entre l'enfant et ses responsables de premier et de second ordre favorise le développement affectif et psychologique. Ces pratiques positives comprennent: l'interaction verbale fréquente avec l'enfant, la manifestation de l'attention et de l'affection envers l'enfant, la répartition du travail qui prévoit du temps pour la supervision et les soins adéquats à l'enfant, de même que la participation active des pères aux soins à l'enfant. Ces pratiques et d'autres en matière de soins à l'enfant sont indispensables pour son développement normal et sont souvent négligées.

**PRATIQUES D'HYGIÈNE** (*quelquefois incorporées aux pratiques de soins*): l'hygiène du corps, des aliments et de l'environnement joue un rôle capital dans la sauvegarde de la bonne santé de l'enfant et dans la prévention des maladies diarrhéiques et de parasites. Une seule pratique a constitué le thème d'une campagne de l'OMS visant à réduire l'incidence des maladies diarrhéiques: celle de se laver les mains avec du savon avant de manger et après la défécation.

**RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ:** A part l'administration à l'enfant de la gamme complète des vaccins avant son premier anniversaire, le traitement à temps des maladies infantiles et le recours à temps à l'aide d'un professionnel jouent un rôle capital dans le maintien de l'enfant en bonne santé.

**PRATIQUES ALIMENTAIRES:** Les bonnes pratiques comprennent l'alimentation des jeunes enfants qui ont atteint six mois avec des aliments variés, en petites quantités pendant toute la jour, qui viennent s'ajouter au lait maternel, nourrir activement les enfants malades ou convalescents et s'occuper particulièrement de ceux qui ont peu d'appétit.



*Ces pratiques bénéfiques doivent être imprégnées dans le contexte culturel des communautés dans lesquelles le programme DP/Foyer est mis en œuvre.*

Ces pratiques doivent être examinées dans le contexte culturel des communautés dans lesquelles le programme DP/Foyer est mis en œuvre. Le personnel du programme collabore avec les partenaires locaux pour établir des comportements clés prioritaires dans chaque communauté. Le chapitre 4 contient des exemples des pratiques bénéfiques découvertes dans différentes communautés par le biais de l'approche DP/Foyer. Il est aussi utile de consulter les seize pratiques familiales clés adoptées par l'OMS et l'UNICEF pour la Prise en Charge Intégrée Des Maladies Infantiles dans les Ménages et la Communauté (PCIME) en vue de diminuer les causes principales de mortalité et de morbidité infantiles.

**TABLEAU 0.1 Pratiques Familiales Clés de la Communauté  
Préconisées par le PCIME**

<p><b>Croissance Physique et Développement Mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♥ Allaitement exclusif des enfants pendant six mois.</li> <li>♥ A partir d'environ six mois: nourrir les enfants avec des aliments complémentaires récemment préparés, riches en énergie et en nutriments, tout en continuant d'allaiter l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus.</li> <li>♥ S'assurer que les enfants reçoivent des quantités suffisantes de micro nutriments (vitamine A et fer en particulier) que ce soit par les aliments ou par ajout.</li> <li>♥ Promouvoir le développement mental et social de l'enfant en le stimulant par les conversations, les jeux et la voie.</li> </ul>	<p><b>Prévention des Maladies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♥ Faire bénéficier vos enfants de la gamme complète des vaccins (BCG, DPT, OPV, rougeole) avant leur premier anniversaire.</li> <li>♥ Enlever les selles y compris ceux des enfants. Lavez les mains après la défécation, avant la préparation des repas et avant de nourrir les enfants.</li> <li>♥ Dans des régions où la malaria est endémique, protégez les enfants en s'assurant qu'ils dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide.</li> <li>♥ Adopter et maintenir un comportement correct en ce qui concerne la prévention et le soins atteints par le VIH/SIDA, y compris les orphelins.</li> </ul>
<p><b>Soins Appropriés à la Maison</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♥ Continuer de nourrir les enfants et leur donner davantage de liquides dont le lait maternel en cas de maladie.</li> <li>♥ Donner aux enfants malades un traitement approprié contre les infections à la maison.</li> <li>♥ Prendre des mesures nécessaires pour prévenir et soigner les blessures et les accidents de l'enfant.</li> <li>♥ Prévenir les abus contre l'enfant et la négligence et prenez des mesures appropriées lorsqu'ils ont eu lieu.</li> <li>♥ S'assurer que les hommes participent activement aux soins de l'enfant et à la santé reproductive de la famille.</li> </ul>	<p><b>Recours aux Services de Santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♥ Il faut savoir quand les enfants nécessitent un traitement à l'extérieur de la maison et recourir aux responsables des soins compétents.</li> <li>♥ Suivre les conseils de l'animateur de santé en matière de traitement, de suivi et d'orientation médicale.</li> <li>♥ S'assurer que chaque femme enceinte bénéficie des soins prénatales. Ces derniers comprennent au moins quatre consultations prénatales chez un responsable des soins de santé compétent, recevoir des doses recommandées du vaccin contre le tétanos.</li> <li>♥ Support familiale et communautaire pour recourir dans le recours au services de soins pendant l'accouchement, le post-natale et l'allaitement.</li> </ul>



*Seize pratiques familiales  
clés réduisent  
signifiquement les  
maladies et la mortalité  
infantiles*

*Source: Présentées lors de l'Atelier International sur l'Amélioration de la Santé et la Nutrition Infantiles, tenu à Durban du 20 au 23 juin 2000 (1).*

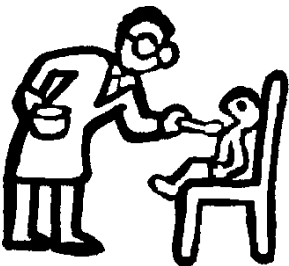
## COMPARAISON ENTRE LE PROGRAMME DP/FOYER ET LES PROGRAMMES NUTRITIONNELS TRADITIONNELS

Les interventions nutritionnelles traditionnelles comprennent le contrôle de la croissance, le counseling et la fourniture des aliments supplémentaires et des micro nutriments comme la vitamine A.

Le contrôle de la croissance est une importante composante de toute intervention nutritionnelle et remplit de multiples fonctions. Alors que son premier objectif est d'identifier des enfants malnutris, il peut également permettre aux responsables des enfants de surveiller la croissance de leurs enfants, encourager ceux/celles qui ont des enfants en bon santé à continuer dans la même voie, identifier des enfants qui ont des maladies non encore visibles et les référer aux services sanitaires pour traitement, contrôler l'état nutritionnel d'un groupe cible pour une période déterminée et offrir un instrument de mesure quantitative de l'impact et servir d'instrument durable de mesure de l'impact.

Pendant au moins les deux dernières décennies, des agents de santé locaux ont sensibilisé des millions de villages à peser régulièrement leurs enfants dans un effort de lutte contre la malnutrition. Des balances Salter, des balances du marché et des pèse-personnes ont été utilisées à travers le monde en voie de développement pour contrôler le poids des enfants de moins de cinq ans. Des ministères de la santé des gouvernements centraux ont établi des fiches de contrôle de la croissance qui retracent le poids de l'enfant.

Mais qu'est-ce qui se passe après la pesée? La croissance de chaque enfant s'est-elle améliorée? L'état nutritionnel des enfants dans la communauté s'est-il amélioré? La pesée en soi améliore-t-elle l'état nutritionnel? Souvent, lorsque les données sur la croissance mensuelle de tous les enfants dans la communauté sont classées, que les tendances sont revues annuellement, on remarque clairement que beaucoup de communautés tirent peu de changement des séances de contrôle de la croissance. Comme s'exclame un éminent docteur en santé publique, nous sommes pratiquement «en train de peser les enfants pour la mort» (2). Le fait de tracer une courbe de croissance descendante d'un enfant dont le poids tombe par la suite dans la zone de malnutrition sévère, laisse souvent l'animateur de santé volontaire imperturbable. Il/elle peut se réjouir d'avoir pu retracer correctement le poids, mais elle perd la prochaine étape importante, l'interprétation de la signification du changement de poids. La croissance de l'enfant est un processus dynamique. L'intérêt porté au gain du poids suffisant chaque mois oriente l'attention vers ces enfants qui présentent un problème. L'impossibilité de gagner du poids pour un enfant est souvent le premier symptôme d'un problème qui en est la cause.



*Les programmes traditionnels se fondent sur la fourniture des ressources alimentaires les enfants retombent souvent dans leur état antérieur de malnutrition aussitôt que ces séances de nutrition se terminent.*

Le counseling est une étape essentielle du programme nutritionnel pour fournir au responsable de l'enfant des informations sur la manière de changer l'état nutritionnel de l'enfant et d'influer positivement sur le taux de croissance. Cependant, lorsque l'animateur sanitaire volontaire de la communauté parvient à interpréter correctement les informations répertoriées, elle peut parler à la mère d'une bonne alimentation, au cours de ces séances de pesée bruyantes. Il est possible qu'on n'ait pas assez de temps pour évoquer l'allaitement, le traitement à domicile des maladies, l'orientation médicale ou d'autres sujets en rapport avec la malnutrition.

Dans ce cas, le/la responsable de l'enfant quitte la séance sans savoir ou sans se souvenir des mesures pratiques qu'elle peut adopter à la maison.

Pendant des décennies, des organisations humanitaires et de développement à travers le monde ont mis sur pied des programmes d'alimentation thérapeutique supplémentaire en faveur des enfants classés dans la catégorie des malnutris, et ils ont réussi à réhabiliter plusieurs enfants. Cependant, étant donné que ces programmes se fondent sur la fourniture des ressources alimentaires provenant de l'extérieur, le plus souvent dans des centres employant des animateurs de santé rémunérés, au lieu de chercher à parvenir au changement de comportement dans les familles, les enfants retombent souvent dans leur état antérieur de malnutrition aussitôt que ces séances de nutrition se terminent.

Les approches traditionnelles d'intervention nutritionnelle ont tendance à chercher des problèmes à résoudre dans la communauté. L'approche DP/Foyer cherche des comportements positifs et des forces qui existent dans la communauté et sur lesquels on peut bâtir. L'analyse des questions typiques utilisées dans ces deux approches illustrent leur différence.

**TABLEAU 0.2** TRADITIONNELLE CONTRE L'APPROCHE DP/FOYER

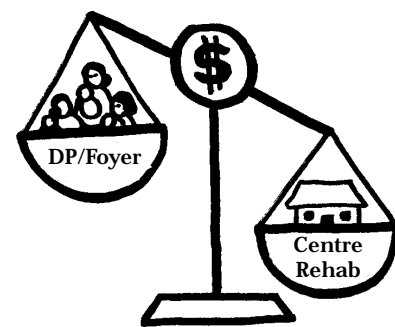
Approche Traditionnelle	Approche DP/Foyer
Quels sont vos besoins?	Quelles sont vos forces?
Qu'est-ce qui ne va pas?	Qu'est-ce qui fonctionne ici?
Que pouvons-nous offrir?	Quelles sont vos ressources?
Qu'est-ce qui manque à votre communauté?	Qu'est-ce qui est bon dans votre communauté?
Qu'est-ce qui manque ici?	Sur quoi pouvons-nous bâtir?

### Avantages de l'Approche DP/Foyer

L'approche DP/Foyer présente plusieurs avantages. Elle est:

**RAPIDE**- L'approche fournit une solution qui peut répondre rapidement à un problème immédiat. Des enfants doivent être réhabilités maintenant, raison pour laquelle l'alimentation surveillée est organisée pendant les séances Foyer. Par la suite, les responsables des enfants mettent en œuvre les mêmes pratiques à la maison et font part de leurs expériences lors des séances Foyer. Les responsables des enfants et bénéficient d'appui par des visites de suivi à effectuée par les volontaires à domicile.

**ABORDABLE**- L'approche DP/Foyer est abordable et les familles ne dépendent pas des ressources extérieures pour mettre en pratique de nouveaux comportements. L'approche DP/Foyer est beaucoup plus rentable que l'embauche du personnel d'un centre de réhabilitation nutritionnelle ou l'investissement dans un pavillon dans un hôpital. Au Vietnam, le coût du programme était d'environ US\$ 2 par enfant. Le coût par enfant participant au Foyer constitue un niveau de coût. Le niveau suivant à intégrer dans l'équation est constitué de plus jeunes frères/sœurs des participants qui ne souffrent pas



*DP/Foyer est beaucoup plus rentable que l'embauche du personnel d'un centre de réhabilitation nutritionnelle ou l'investissement dans un pavillon dans un hôpital.*

de la malnutrition grâce aux meilleures pratiques à la maison. Et il y a encore un troisième niveau. Lorsque la malnutrition est éradiquée dans la communauté, beaucoup d'enfants qui ne sont pas encore nés vont également bénéficier de Foyer. Par conséquent, le coût par bénéficiaire devient excessivement insignifiant si on considère le nombre de personnes en faveur auxquelles la malnutrition et souvent la mort, ont été épinguées.



*Foyer ne contribue pas seulement au changement de comportements des familles, mais aussi de la perception de la malnutrition par la communauté et la capacité de celle-ci à modifier la situation.*

**PARTICIPATIVE** - La participation communautaire est un ingrédient crucial de la réussite de l'approche DP/Foyer. La communauté joue un rôle important tout au long du processus DP/Foyer, à partir de la découverte des pratiques et stratégies fructueuses au sein de la communauté jusqu'à l'appui au responsable de l'enfant au terme des séances Foyer.

**DURABLE** - Elle est durable parce que de nouveaux comportements sont intériorisés et se maintiennent après les séances Foyer. Les responsables des enfants ne sont pas formés simplement en matière de réhabilitation de leurs enfants malnutris, mais aussi pour poursuivre à la maison. Les compétences affinées lors des séances Foyer pour qu'elles entrent dans leur habitude et que les petit(e)s frères/sœurs des enfants malnutris profitent des avantages nutritionnels acquis au cours de ces séances sans avoir à participer à aucune d'elles. L'approche Foyer ne contribue pas seulement au changement de comportements des familles, mais aussi au changement de la perception de la malnutrition par la communauté et la capacité de celle-ci à modifier la situation. Elle inculque des normes positives au sein de nombreuses familles en matière de bons soins de santé et pratiques alimentaires en faveur des enfants. Par-dessus tout, les communautés acquièrent les compétences pour poursuivre le programme DP/Foyer, en ne se servant que des apports locaux, en cas de nécessité

**INDIGENE** - Parce que la solution est locale, le progrès est rapide, sans beaucoup recourir à l'analyse ou aux ressources externes. Cette approche peut être appliquée largement, étant donné que des déviants positifs se rencontrent presque dans toutes les communautés.

**ADAPTEE À LA CULTURE** - parce que l'approche Foyer se fonde sur des comportements indigènes identifiés au sein du contexte social, ethnique, linguistique et religieux des communautés, elle est, par définition, appropriée à la culture.

**CENTRE SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT** (*pas forcément l'acquisition des connaissances*) - Les trois phases du processus de changement de comportements qui font partie de cette approche sont:

1. La découverte (Etude sur la Déviance Positive)
2. La démonstration (séances Foyer)
3. La mise en œuvre (séances Foyer et la maison)



**Le programme DP/Foyer au Vietnam** est un exemple frappant de la façon dont l'approche peut avoir des résultats impressionnants et s'élargir en un programme national. Lancé en 1991 avec quatre villages et une population totale de 20.000 personnes, ce programme a été adopté par le Ministère de la Santé et atteint plus de 256 villages avec un total de 1,2 millions de personnes.



## SAVE THE CHILDREN/US AU VIETNAM

En 1990, quand Save the Children fut sollicité par le Gouvernement Vietnamien pour mettre sur pied un programme permettant aux villageois pauvres de résoudre le problème de la malnutrition endémique, on eut l'impression d'être en face d'un défi énorme. Pour trouver une solution durable à la malnutrition des enfants au niveau des structures de base, il ne s'agissait pas tout simplement de réhabiliter des enfants mais aussi de trouver une voie permettant leurs familles de maintenir cet état amélioré.

**Save the Children chercha une nouvelle approche** qui pourrait permettre d'identifier des solutions aux problèmes communautaires au sein de la communauté même. Cette recherche a abouti à l'utilisation de l'Approche de Déviance Positive. Même si l'on connaissait le concept depuis des années, son application s'était initialement limitée aux recherches universitaires, excepté quelques projets des ONG implantées en Haïti et au Bangladesh (4). Pour appliquer cette approche, Save the Children a commencé par travailler avec quatre communautés pauvres au nord du Vietnam. Même si, dans ces villages, plus de 70% d'enfants de moins de trois ans étaient touchés par la malnutrition, environ 30% de la population pouvaient bien nourrir leurs enfants.

**En se servant de l'Etude sur la Déviance Positive**, des villageois locaux formés ont identifié ces familles très pauvres dont les enfants étaient pourtant bien nourris - les Déviants Positifs - et se sont rendus dans ces familles pour connaître les comportements particuliers qui leur ont permis de surpasser leurs voisins. On a découvert que dans chacune de ces familles, la mère ou la personne responsable des enfants cueillait des légumes verts de patate douce et allait à la rivière ramasser de minuscules crevettes et crabes qu'elle ajoutait au régime de l'enfant

**Même si ces aliments étaient facilement accessibles et gratuits**, tout le monde les considérait comme mauvais, ou même comme nuisibles aux jeunes enfants. Outre la découverte de ces aliments, l'enquête a révélé qu'il y avait une autre déviance positive au niveau de l'alimentation et des soins à savoir l'allaitement, l'alimentation active, la propreté des mains, et la fourniture des repas et boissons suffisants aux enfants en cas de maladie. Sur base de ces résultats, un programme d'éducation nutritionnelle et de réhabilitation a été mis sur pied. Des mères ou responsables des enfants atteints de malnutrition ont été invités à participer à une séance de deux semaines au cours de laquelle ils ont appris de nouvelles façons de nourrir et de prendre soin de leurs enfants.

**Le programme a fourni, pour la réhabilitation des enfants, des aliments disponibles** au niveau local à savoir le riz, le tofu, le poisson et la graisse. Toutefois, afin d'atteindre l'objectif le plus difficile de permettre aux familles de maintenir l'amélioration de l'état des enfants au terme de la réhabilitation, Save the Children a exigé de toutes les responsables d'apporter une poignée de crevettes, de crabes et de légumes verts (les aliments «déviants positifs») comme «frais d'admission» à la séance de nutrition. On espérait qu'en exigeant des mères de ramasser les crevettes, crabes et légumes verts, et les donner à leurs enfants comme nourriture pendant les 14 jours du programme; elles poursuivraient cette pratique après la réhabilitation de leurs enfants.



*Le programme DP/Foyer au Vietnam est un exemple frappant de la façon dont l'approche peut avoir des résultats impressionnants et s'élargir en un programme national. Lancé en 1991 avec quatre villages et une population totale de 20.000 personnes, ce programme a été adopté par le Ministère de la Santé et atteint plus de 256 villages avec un total de 1,2 millions de personnes.*



**Les données de Save the Children au Vietnam ont eu un impact très important** sur les actions ultérieures de prévention de la malnutrition. En 1991, 3% des enfants de moins de trois ans souffraient d'une malnutrition sévère, 12% d'une malnutrition moyenne et 26% d'une malnutrition légère. Vers 1995, deux ans après l'exécution initiale du programme, la malnutrition du troisième degré était complètement éradiquée, et seuls 5% d'enfants souffraient d'une malnutrition moyenne, et 21% d'une malnutrition légère. Grâce à ce programme, la malnutrition du deuxième et troisième degré a été réduite à environ 80%. Les responsables des enfants ont pu maintenir l'amélioration de la situation nutritionnelle durant les deux années qui ont suivi leur participation au programme. Les petit (e)s frères/sœurs de ces enfants, ainsi que d'autres enfants au sein de la communauté qui sont nés à la fin du programme Foyer, ont joui de cette situation nutritionnelle au même degré que ceux qui y ont participé. (4)



*“Nous sommes coupables de pas mal d’erreurs et de fautes, mais l’abandon des enfants, ainsi ignorant la fontaine de la vie, est le pire de nos crimes. La plupart de nos besoins peuvent attendre.*

*L’enfant ne peut pas.*

*A cet instant même ses os se forment, son sang se compose et ses sens se développent. Nous ne pouvons pas lui répondre “Demain”. Son nom est “Aujourd’hui”.*

*Le Nom de l’Enfant est  
Aujourd’hui.*

*Par Gabriele Mistral, Poète  
Chilien, prix Nobel*

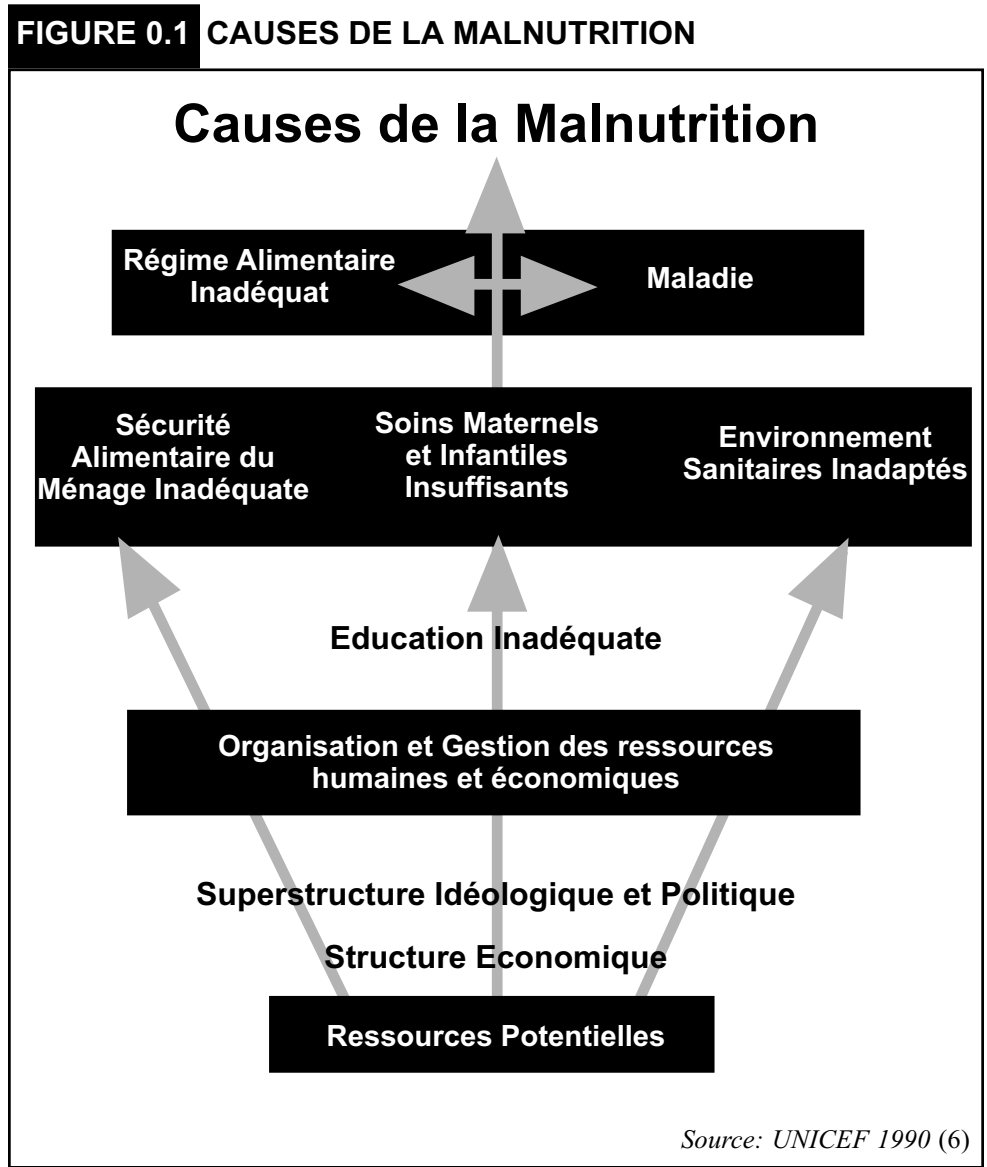
L’approche DP/Foyer ne concerne pas seulement des crevettes, crabes ou légumes verts, encore moins constitue-t-elle un “modèle”, d’autant plus qu’un modèle implique quelque chose de fixe. Elle est plutôt une approche qui est axée sur des pratiques locales adaptées à la culture d’une communauté donnée.

## **Pourquoi la malnutrition constitue-t-elle un problème?**

**L**a malnutrition est à la base de la mort de plus de la moitié des enfants qui meurent dans le monde. Elle agit lentement, de façon persistante et échappe souvent au diagnostic. Elle est une crise qui menace en silence la santé des enfants, des mères et des familles, et enfin de compte, la viabilité de l’ensemble de la société. Cette crise est réelle et sa ténacité se répercute profondément sur l’avenir de tout le village. Outre la mort et l’invalidité des enfants sur une énorme échelle, la malnutrition a d’autres conséquences très significatives. Par l’affaiblissement du développement physique et mental, les enfants malnutris ne peuvent pas jouir pleinement de leurs potentialités d’être humain. La faim chronique fait partie du quotidien de plusieurs enfants. D’après l’Organisation Mondiale de la Santé, même un enfant avec une légère insuffisance de poids court un risque accru de mourir.

Quelques enfants malnutris auront des cheveux fins et rougeâtres ou sont sans énergie, apathiques, et n’ont pas envie de jouer, manger ou causer. D’autres peuvent paraître renfermés et hésitants. D’autres encore ont l’air normal, mais ils sont plus âgés que ne le fait apparaître leur apparence. Enfin, il y a des enfants atteints de marasme et de Kwashiorkor classique qui manifestent les symptômes de malnutrition sévère dans son état avancé, et qui nécessitent un transfert médical immédiat. Etant donné son insertion graduelle, et sa prévalence élevée, la malnutrition est souvent ignorée par les responsables des soins, les familles, les communautés et les gouvernements. Toutefois, chaque enfant mal nourri lance un S.O.S., sollicitant l’appui de la famille et de la communauté. Ce signal d’alarme attire l’attention à un problème dans lequel la pénurie alimentaire, la distribution inadéquate des aliments disponibles, les mauvaises pratiques d’allaitement et de sevrage, le manque de stimulation dès les premiers jours de l’enfance, les mauvaises pratiques des responsables des soins, l’eau et les systèmes sanitaires peu sûrs et les maladies peuvent tous avoir un rôle à jouer.

Figure 1.1. Représente les interactions entre les causes sous-jacentes et immédiates de la malnutrition. L'approche DP/Foyer est centrée sur les causes sous-jacentes au niveau des ménages, à savoir les comportements en rapport avec les pratiques inadéquates des soins maternels et infantiles afin de s'attaquer aux deux causes directes de la malnutrition que sont le régime alimentaire inadéquat et la maladie.



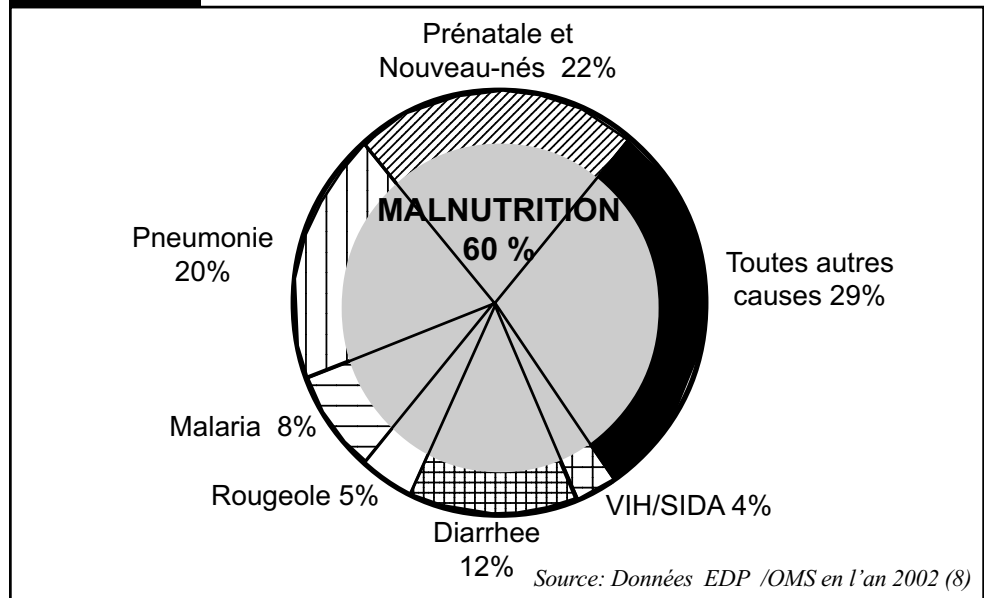
“Des pratiques alimentaires inadéquates et leurs conséquences constituent des obstacles majeurs au développement socio-économique et à la réduction de la pauvreté durables. Les gouvernements ne pourront pas réussir dans leur effort de promouvoir le développement économique significatif à long-terme, à moins de garantir la croissance et le développement optimum des enfants”.

*Stratégie Globale de l’OMS sur l’Alimentation des Bébés et Jeunes Enfants, Rapport du Secrétariat, 55<sup>e</sup> Assemblée Mondiale sur la Santé, avril 2002. (5)*

Les conséquences de la malnutrition légère ne doivent pas être négligées. La faible résistance aux maladies chez l'enfant mal nourri défie tous les efforts conjugués en matière de santé publique. Elle diminue la récupération des ressources importantes engagées pour s'assurer que les familles ont accès à la vaccination, à la thérapie de réhydratation orale (TRO), à l'hygiène, au traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) et du paludisme, ainsi qu'à l'éducation en matière du VIH/SIDA. 83% des cas de mortalité infantile due à la malnutrition proviennent des complications des cas bénins et moins sévères par opposition aux cas sévères de malnutrition (7). Et une fois la malnutrition réduite, tous les efforts en matière de santé publique réalisent de plus en plus les résultats escomptés.

Bien que la pauvreté influe beaucoup sur l'état nutritionnel, certaines familles pauvres ont démontré que la solution peut être trouvée. L'approche DP/Foyer implique la communauté dans l'identification des pratiques susceptibles de contribuer à la bonne alimentation et au bon développement des enfants et mobilise également la communauté à réhabiliter de façon durable les enfants malnutris.

**FIGURE 0.2 LA PART DE LA MALNUTRITION DANS LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT, 2000**



La malnutrition a été longtemps considérée comme une conséquence de la pauvreté. Il devient de plus en plus clair qu'elle en est aussi la cause. Une fois malnutris les enfants deviennent très faibles et par-là leur apprentissage devient difficile voire même impossible et leur capacité de gagner plus tard leur vie en pâtit. La carence en certaines substances nutritives est susceptible de réduire la capacité mentale et la résistance aux maladies et par conséquent entraîne la réduction de la productivité.

### Etapes Importantes de l'Approche DP/Foyer

Les étapes de mise en œuvre d'un Programme DP/Foyer efficace seront détaillées dans les chapitres qui suivent. Voici en bref les étapes et les résultats clé :



#### ETAPE 1

**Décider si l'approche DP/Foyer est réalisable dans la communauté cible : Chapitre 1**

**Résultat:** Evaluation des composants clé pour son efficacité dans la communauté, organisation de sa mise en oeuvre, environnement et décision informée pour voir si l'approche DP/Foyer peut être initiée.



#### ETAPE 2

**Commencer la mobilisation communautaire, sélectionner et former les personnes ressources de la communauté : Chapitre 2**

**Résultat:** Appui à la communauté par l'identification et l'implication des décideurs et des personnes influentes; création et/ou renforcement d'un Comité de Santé du Village; et identification et formation du personnel DP/Foyer y compris les superviseurs, les formateurs, les directeurs de projet et les Volontaires de Santé Communautaires.



### Préparer une Etude sur la Déviance Positive : Chapitre 3

ETAPE 3

**Résultat:** Prise de conscience des pratiques courantes et normatives ayant un impact sur l'état nutritionnel et le développement des enfants, classement des familles par niveau de richesse, évaluation nutritionnelle de référence chez tous les enfants issus du groupe cible afin d'identifier les enfants malnutris et les personnes Déviantes Positives (DP) au sein de la communauté.



### Mener une Enquête sur la Déviance Positive (EDP) : Chapitre 4

ETAPE 4

**Résultat:** Les conséquences de la malnutrition légère ne doivent pas être négligées. Identification des comportements clé en matière d'alimentation, de soins, d'hygiène et de recours aux soins de santé à enseigner lors des séances Foyer, qui sont axés sur les visites à domicile faites aux familles DP.



### Concevoir les séances Foyer : Chapitre 5

ETAPE 5

**Résultat:** Un calendrier de douze séances à domicile avec des menus riches en nutriments ainsi que des messages efficaces en matière d'éducation sanitaire.



### Tenir les séances Foyer avec les enfants malnutris et leurs responsables: Chapitre 6

ETAPE 6

**Résultat:** Guérison des enfants malnutris et amélioration des connaissances et pratiques en matière de nouveaux comportements chez les responsables des enfants.



### Appuyer les nouveaux comportements par des visites de suivi: Chapitre 6

ETAPE 7

**Résultat:** Les participants adoptent les nouveaux comportements dans les ménages.



### Reprendre les séances Foyer en cas de besoin : Chapitre 8

ETAPE 8

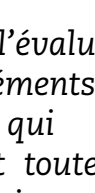
**Résultat:** La majorité des enfants sont réhabilités et grandissent bien.



### Etendre les programmes DP/Foyer aux autres communautés : Chapitre 7

ETAPE 9

**Résultat:** D'autres communautés réhabilitent les enfants malnutris.



De plus, la viabilité du projet doit être renforcée et planifiée dès le début du projet Foyer et pas prise comme un rajout de dernière minute à traiter à la fin d'un projet Foyer. Le Chapitre 7 comprend une discussion sur ces éléments et sur la façon dont ils doivent être pris en considération lors des premières phases de la planification d'un programme DP/Foyer. Chaque chapitre commence avec un sommaire des neuf étapes et il souligne les points clés pour que vous pourriez bien suivre la progression de processus.

*La suivi et l'évaluation sont des éléments importants qui embrassent toutes ces étapes et qui sont compris dans tout le processus et détaillés dans le Chapitre 8.*

## DÉFINITIONS

### TERMINOLOGIE DU PROGRAMME DÉVIANCE POSITIVE/ FOYER

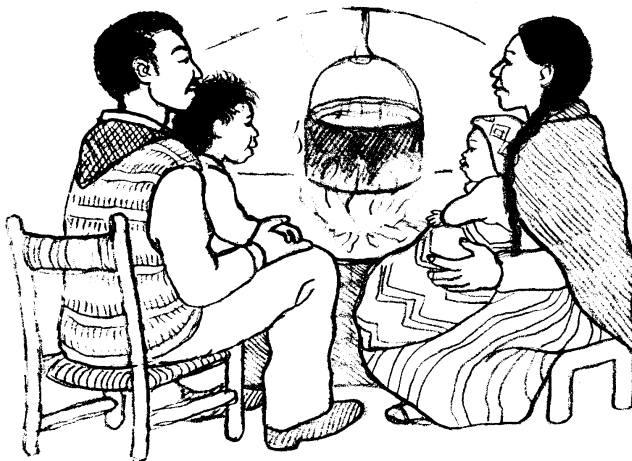
*“L’âtre de la maison/la cuisine qui normalement évoque le sentiment de chaleur, de confort, du chez soi, et de la famille.”*

**Responsable de l’enfant :** La personne qui est la plus directement concernée par les soins de l’enfant. Elle peut être une mère, une grand-mère, un père ou un(e) frère/sœur plus âgé(e). Bien que ce manuel parle parfois de la mère au lieu du responsable de l’enfant, il est important d’avoir à l’esprit que la personne responsable peut être n’importe qui dans la vie de l’enfant. C’est cette personne responsable de l’enfant en premier lieu qui doit être invité aux séances du Foyer.

**Déviant:** Une personne ou un comportement qui s’écarte de la manière traditionnelle d’agir. Un changement de la ligne de conduite qui se détourne de la voie actuelle pour emprunter une nouvelle voie. Normalement le terme «déviant» a une connotation négative. Cependant, il peut être négatif ou positif, étant donné qu’il ne s’agit qu’une déviation par rapport à la norme.

**Foyer:** L’âtre de la maison/la cuisine qui normalement évoque le sentiment de chaleur, de confort, du chez soi, et de la famille. Le terme est utilisé pour décrire le cadre dans

lequel se déroulent les séances de formation et de réhabilitation nutritionnelle.



**Séance Foyer(s):** Série de séances de 12 jours destinées à réhabiliter des enfants malnutris et à enseigner des pratiques et des comportements déviants positifs. Situés dans un cadre familial, les responsables des enfants et les volontaires préparent un

repas additionnel, ou un snack, riche en énergie et en calorie pour nourrir les enfants malnutris. Les personnes responsables des enfants préparent des repas Déviants Positifs et mettent en pratique d’autres comportements positifs en matière de soin infantile.

**Positif:** Quelque chose qui fonctionne ou quelque chose que les gens font correctement. Un comportement positif consiste à utiliser des ressources localement disponibles au lieu des ressources «spéciales» qui ne sont pas disponibles pour tous les membres de la communauté. La recherche des comportements positifs focalise sur l’identification du succès plutôt que de l’échec.

**Approche de Déviance Positive dans le Développement:** L’approche développementale qui aide la communauté et ses membres à redécouvrir des solutions existantes et durables à un problème par la compréhension des comportements des individus déviants positifs au sein de la communauté

**Comportement ou Pratique de Déviants Positifs:** Une pratique peu commune qui réussit de façon manifeste.

## DÉFINITIONS

**Famille Déviant Positif:** Membres de famille qui adoptent des pratiques peu communes et bénéfiques pour avoir comme résultat un enfant en bonne santé et bien nourri.

**Alimentation Déviant Positif:** Alimentation nutritive spécifique prise par des personnes déviant positifs au sein de la communauté. Cette alimentation est constituée d'aliments abordables et disponibles pour tous.

**Enquête sur la Déviance Positive (EDP):** Un instrument d'enquête utilisé pour découvrir des pratiques réussies ou désirées déviant positifs. Un processus de découverte de soi de la communauté dans lequel ses membres observent des pratiques de leurs voisins qui ont des enfants bien nourris et en bonne santé. L'observation de ces enfants qui se développent convenablement dans des conditions communes et ordinaires comprend l'observation de leurs familles qui ont adopté des mécanismes positifs pour s'en sortir, lesquels mécanismes peuvent être reproduits dans la communauté.

**Equipe d'Enquête sur la Déviance Positive (Equipe EDP):** L'équipe qui mène l'EDP. Cette équipe peut comprendre les membres de la communauté, le personnel du projet, le personnel sanitaire et les personnes œuvrant en dehors du secteur sanitaire.

**Individu Déviant Positif:** Un individu dont les pratiques et les comportements spéciaux lui permettent de réussir à surmonter un problème mieux que ses voisins qui ont accès aux mêmes ressources et ont les mêmes facteurs de risque. Dans le contexte de la malnutrition, un enfant déviant positif est un enfant bien nourri appartenant à une famille pauvre (selon les normes du village).

**Note:** Ces termes doivent être traduits en langage courant dans la langue locale avant la formation de la communauté et des volontaires Foyer. Dans certains pays, un individu déviant positif est appelé "**personne modèle (rôle)**" ou "**maman lumière**".



*En Guinée et au Mali, les pratiquants de cette approche l'appellent les **Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation (FARN)***

## DEFINITIONS

### TERMINOLOGIE USUELLE DE NUTRITION (9)

**Anémie:** Réduction des globules rouges due à la déficience en fer. Chez l'enfant, elle peut résulter d'une perte de sang, des parasites (comme l'ankylostome) et la carence en d'autres vitamines et minéraux comme la vitamine A, la vitamine C, la vitamine B-12 et l'acide folique.

**Kwashiorkor:** Malnutrition aiguë sévère caractérisée par des cheveux fins, clairsemés et qui se perdent facilement, le gonflement des deux pieds (œdème), la peau sèche et squameuse notamment aux bras et aux jambes, un visage bouffi et un abdomen gonflé.

**Malnutrition:** Impossibilité de satisfaire aux exigences en nutriments qui peut compromettre la santé physique et mentale. Insuffisance nutritionnelle généralisée qui se manifeste par l'arrêt de la croissance, le poids insuffisant et l'amaigrissement chez les individus, de même que la carence en micro-nutriments tels que la vitamine A, le zinc, l'iode, le fer, et l'acide folique; selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui utilise des normes les standards de poids pour âge pour des enfants de moins de 5 ans.

**Marasme:** Amaigrissement grave visible qui nécessite une intervention médicale d'urgence. L'enfant est mince (la peau et les os), avec peu de graisses et de muscles, la forme de ses côtes est clairement visibles.

**Arrêt de Croissance:** L'enfant sous-alimenté qui n'arrive pas à grandir pour atteindre sa taille normale proportionnellement à son âge.

**Poids insuffisant:** L'enfant sous-alimenté dont le poids est excessivement en dessous du poids normal par rapport à son âge. C'est la mesure la plus communément utilisée dans les programmes DP/Foyer

**Amaigrissement :** Enfant accusant une sous-alimentation aiguë, très en dessous du poids par rapport à sa taille. Nécessite une intervention médicale.

**Scores-Z:** Egalement appelé un score d'écart type: Pour mesurer la proportion dans laquelle l'état nutritionnel de l'enfant s'écarte de la population de référence internationalement recommandée des autres enfants de même âge et de même taille. Le poids d'un écart type ( $< -1$  Z scores) en dessous de la norme est considéré comme un cas de malnutrition légère, celui des deux écarts type ( $< -2$  Z scores) est un cas de malnutrition modérée et celui de trois écarts-type ( $< -3$  Z scores) est un cas de malnutrition sévère.

# CHAPITRE UN

## Etape 1 - Déterminer si DP/Foyer est adapté à la communauté cible



### ETAPE 1

**Décider si l'approche DP/Foyer est faisable dans la communauté ciblée en tenant compte:**

- A. Des conditions générales
- B. De l'engagement communautaire
- C. De l'engagement de l'agence d'exécution du projet

La décision de mettre en œuvre un programme de DP/Foyer nécessite la prise en compte de nombreuses variables dont les conditions générales, l'engagement de la communauté et l'engagement de l'agence d'exécution. Ce n'est pas une intervention à prendre à la légère, juste comme un supplément à apporter à un programme déjà existant. Il faut sérieusement tenir compte des critères suivants lorsqu'il s'agit de décider si l'approche DP/Foyer est appropriée à votre situation.

### A. Conditions Générales

Les programmes DP/Foyer qui réussissent ont certaines caractéristiques générales.

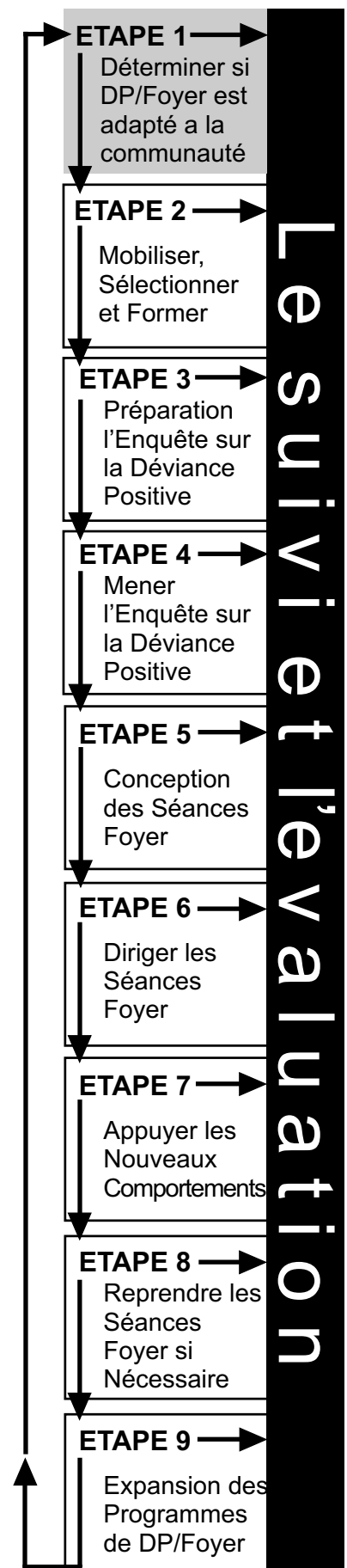
### Prévalence de la malnutrition dans la communauté

Il devrait y avoir une masse critique d'enfants malnutris pour justifier l'effort DP/Foyer. L'approche DP/Foyer est plus efficace dans des communautés où au moins 30% des enfants sont malnutris (y compris une malnutrition légère, modérée et sévère). Etant donné que l'approche exige un niveau assez élevé de participation communautaire, ce serait un gaspillage de ressource que de la mettre en œuvre là où la prévalence de la malnutrition est moins de 30%. La méthode utilisée pour déterminer la malnutrition est basée sur les mesures standards du poids par rapport à l'âge utilisées par la plupart des Fiches de Contrôle de la Croissance des Ministères de la Santé.

Si les taux initiaux de malnutrition paraissent peu élevés, il faut considérer la possibilité que tous les enfants peuvent ne pas avoir été enregistrés. Un enregistrement au porte à porte et la pesée sont importants pour garantir une évaluation précise du taux de malnutrition. Les registres des Centres de Santé locaux ont souvent besoin d'être actualisés pour y inclure des immigrants ou des enfants nés l'année précédente. Vous pouvez aussi considérer les enfants qui ne sont pas encore malnutris, mais dont les fiches de croissance indiquent une perte de poids pendant plus de deux mois. Intervenir chez ces enfants peut prévenir contre une malnutrition ultérieure.(1)

### Disponibilité des aliments locaux à des prix abordables

OÙ ETES-VOUS?







*La nourriture locale doit être disponible à prix abordable pour que la communauté puisse maintenir les comportements alimentaires.*

*Quoique la majorité des projets DP/Foyer ont été implantés en milieux ruraux, à ce jour, les projets urbains existent et son liste de pays augment.*

La nourriture locale doit être disponible à un prix abordable pour que la communauté puisse maintenir les comportements alimentaires. L'approche DP/Foyer n'est pas recommandé dans des régions qui connaissent des périodes prolongées (plus de trois mois) d'insécurité alimentaire et dans des régions où des programmes d'assistance alimentaire sont la principale source de nourriture. Pour si la nourriture est disponible à un prix abordable, il faut:

- ♥ Mener une étude informelle du marché
- ♥ Visiter les marchés et les magasins locaux pour vérifier la disponibilité des vivres et les prix
- ♥ S'enquérir de la disponibilité saisonnière des aliments
- ♥ Evaluer la disponibilité des stocks alimentaires des familles, y compris des denrées cultivées dans les potagers ou dans les champs, le bétail et la volaille

### **Proximité géographique des habitations**

L'approche DP/Foyer fonctionne mieux lorsque les habitations sont relativement proches les unes des autres parce que les responsables des soins pourront prendre part aux séances quotidiennes sans devoir faire des heures supplémentaires de marche. La proximité facilitera également les visites des volontaires aux domiciles des familles participant au programme.

### **Cadre rural ou urbain**

L'expérience montre que l'approche DP/Foyer peut être mis en œuvre aussi bien en milieu urbain que rural. En milieu urbain, la nourriture est achetée. Dans la majorité des régions rurales on cultive des fruits et des légumes et les gens peuvent pêcher ou faire de l'élevage. L'Enquête sur DP va révéler les mécanismes de solution que les familles utilisent et qui sont adaptés à leur situation. En plus, les milieux urbains sont très peuplés ce qui signifie qu'il y a peu de longues distances à parcourir entre les habitations lors des visites de foyers. Quoique la majorité des projets DP/Foyer ont été implantés en milieu rural, à ce jour, les projets urbains existent en Haïti, en Ethiopie, en Guinée, au Madagascar, en Indonésie, et en Inde.

### **Existence d'aide alimentaire (Titre II, nourriture contre travail, PAM, etc.)**

L'approche DP/Foyer entend explorer les connaissances et les ressources locales pour lutter contre la malnutrition. Assurer la nourriture de provenance extérieure en forme de donations ou de Nourriture contre Travail compromet l'objectif de recourir aux denrées alimentaires locales disponibles. Cependant, dans les pays qui bénéficient de l'aide alimentaire il est important de trouver des façons créatives d'utiliser ces sources alimentaires de manière à ce que l'impact du programme Foyer ne soit pas diminué et que ses principes ne soient pas mis en danger.

Une Etude sur la Déviance Positive (EDP) peut révéler que certaines familles font un meilleur usage des contributions alimentaires que d'autres. Il se peut que ces familles préparent la nourriture de façon à la rendre agréable au goût ou la vendent pour acheter d'autres denrées. A la fin de l'aide alimentaire, une nouvelle EDP doit être menée pour trouver des solutions à la malnutrition qui ne dépend pas des apports en aide alimentaire.

Une façon dont l'assistance alimentaire peut être intégrée dans le Foyer est de fournir les aliments de base et l'huile pendant une période limitée, pour aider à atteindre les objectifs de réhabilitation du programme. On devrait encore exiger des responsables de soins d'apporter la nourriture "déviant positif" à la séance Foyer et travailler à

d'autres comportements actifs d'alimentation, d'hygiène et de soins. Une autre idée serait d'utiliser l'aide alimentaire comme un incitatif en nature par les formateurs/superviseurs qui dirigent les séances Foyer. Dans tous les cas, on doit comprendre que l'assistance alimentaire est limitée dans le temps et n'est pas durable, dès lors un plan visant à amener la communauté à se passer de l'assistance d'elle doit être intégré dans la conception de Foyer.

### **Personnes déplacées dans leur pays et les réfugiés**

L'approche DP/Foyer n'est pas la meilleure pour des projets impliquant des populations déplacées et des réfugiés. Cependant l'approche DP peut constituer un outil efficace pour l'identification des stratégies et des compétences que certains individus ou familles utilisent pour faire face à ces situations.

### **Populations sans terre ou communautés des bidonvilles**

Ce type de communauté est instable. Cependant, des Déviants Positifs existent. Une stratégie combinée avec un élément générateur de revenu pour appuyer la sécurité alimentaire de ménages serait nécessaire.

### **Existence de programmes complémentaires de Santé Publique et de développement**

Il existe plusieurs programmes de Santé Publique qui fonctionnent de façon synergique avec DP/Foyer pour améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des enfants. Il est important d'évaluer la situation actuelle de ces programmes et prendre des décisions à la lumière des objectifs du programme et des ressources disponibles. Quoique DP/Foyer peut être implanté dans des communautés dépourvues de services de santé, un projet au Myanmar a trouvé que des gains nutritionnels chez les jeunes enfants du projet étaient retardés par un taux élevé de tuberculose et une épidémie de rougeole. Autant que possible, les programmes devraient penser à implanter ces activités ou entrer en partenariat avec d'autres organisations qui peuvent assurer ses services :

- ♥ Programme de Vaccination
- ♥ Supplémentation aux Micro-nutriments
- ♥ Déparasitage
- ♥ Système de transfert vers les infrastructures sanitaires locales pour enfants malades

Des volets nutritionnels peuvent être intégrés dans une variété de programmes existants y compris l'agriculture, la sécurité alimentaire, le développement économique, l'eau et les installations sanitaires. Là où la Prise en Charge Intégrée des Maladies Infantiles (PCIME) existe, DP/Foyer peut servir de complément aux messages d'éducation sanitaire et profiter de l'évaluation communautaire du PCIME, des mécanismes de classification, de traitement et de transfert. En plus, la malnutrition est à la fois une cause et un effet de nombreux autres problèmes de santé publique et ne peut pas être traitée seule. Les programmes DP/Foyer s'adaptent bien aux programmes de survie de l'enfant et, lorsqu'ils sont correctement mis en œuvre, peuvent avoir des effets spectaculaires sur les indicateurs de Santé Publique tels que l'incidence de la maladie diarrhéique et les taux de mortalité due à la pneumonie et au paludisme.

### **Systemes d'identification et d'observation des enfants malnutris**

Les programmes suivants sont bénéfiques dans une communauté engagée à mettre en œuvre DP/Foyer et maintenir durablement des taux peu élevés de malnutrition



*Des volets nutritionnels peuvent être intégrés dans une variété de programmes existants y compris l'agriculture, la sécurité alimentaire, le développement économique, l'eau et les installations sanitaires.*

*La malnutrition est à la fois une cause et un effet de nombreux autres problèmes de santé publique et ne doit pas être traitée seule.*

infantile. Bien que leur existence caractérise une situation optimale de mise en œuvre de DP/Foyer, leur absence dans une communauté donnée ne doit pas automatiquement empêcher la communauté d'être prise en considération. Il est important d'évaluer si ces programmes de contrôle existent et à quel niveau. On doit dès lors prendre une décision sur la base des autres critères, les objectifs du programme, et les ressources disponibles, décider s'il faut continuer la mise en œuvre du programme en leur absence, s'il faut continuer à consolider un ou tous les aspects, ou entrer en partenariat avec d'autres organisations qui peuvent apporter des ressources et l'expertise nécessaires.

### ♥ *Volonté de commencer ou continuer les programmes de promotion de la croissance*

Le contrôle de la croissance est le moyen de surveiller l'état nutritionnel des enfants dans le temps. Il va identifier les enfants malnutris qui nécessitent des séances Foyer et des enfants qui ne maintiennent pas un taux de croissance adéquat après qu'ils aient participé aux séances Foyer.

### ♥ *Enregistrement de chaque enfant dans le groupe ciblé*

Un enregistrement axé sur la population est nécessaire pour atteindre chaque enfant de la communauté au sein du groupe d'âge prioritaire (0-3 ans) et avoir des renseignements sur la situation sanitaire au niveau de tout le pays. Ceci permet de définir clairement la communauté cible des enfants malnutris et de ceux qui s'en occupent.

### ♥ *Événements de la vie qui aident à noter les nouvelles naissances, les morts et les migrations*

Pour pouvoir suivre chaque enfant et enregistrer de nouveaux membres dans la communauté, soit par suite d'une naissance ou d'une migration, il est nécessaire de recueillir des renseignements sur les événements de la Vie. Si cela ne se fait pas encore, les leaders villageois, devraient avoir la volonté de créer et d'organiser des systèmes de collecte de données de base.

## **B. Engagement Communautaire**

L'engagement au nom de la communauté est vital pour le succès de l'effort DP/Foyer. Des contributions de la part de la communauté sont attendues et reflètent leur niveau d'appui. Les contributions des responsables de soins individuels qui assistent au Foyer, des volontaires Foyer qui accueillent et mettent en œuvre les DP/Foyers, des leaders communautaires et des comités de santé qui assurent un support moral et matériel constituent des atouts inestimables qui sont difficiles à quantifier. Cependant ce sont ces contributions qui réellement financent le programme et déterminent son succès ou son échec:

### **Présence d'un leadership communautaire engagé**

Lors des rencontres avec des leaders communautaires formels et informels, faire une évaluation pour voir si l'on se préoccupe de la santé et s'il y a un désir d'essayer de réduire la malnutrition. Si les leaders communautaires ne s'investissent pas dans le processus de DP/Foyer, aucun effort ne doit être entrepris.

*L'engagement au nom de la communauté est vital pour le succès de l'effort DP/Foyer. Si les leaders locales ne sont pas engagés dans le processus, l'effort ne devrait pas être fait.*

### **Présence d'un comité de santé engagé**

Evaluer la présence et la fonctionnalité du Comité de Santé. Si ce comité n'existe pas, il faut le créer. Le rôle du Comité de Santé est de:

- ♥ Gérer et coordonner les activités sanitaires au niveau local
- ♥ Etablir des critères, sélectionner et superviser les volontaires communautaires
- ♥ Collaborer avec l'organisation d'exécution du programme Foyer et avec le personnel sanitaire du district



### **Disponibilité des volontaires potentiels dans la communauté**

La ressource humaine clé du Foyer et le volontaire Foyer. Une ou deux femmes volontaires en provenance de chaque site Foyer sont nécessaires. Les volontaires mènent des séances Foyer dans leurs maisons, en préparant la nourriture, en supervisant les responsables de soins, en faisant une démonstration de l'alimentation active et en délivrant des messages simples aux autres mères. Leur engagement au programme dure au minimum deux mois et pendant cette période, on s'attend à ce qu'elles consacrent assez de temps et d'effort à la réalisation des objectifs du projet. Les programmes DP/Foyer peuvent recruter des animateurs de Santé Communautaires là où ils existent. Le Chapitre 2 contient d'amples informations sur la description de poste, le recrutement et la formation des volontaires Foyer.

*Les volontaires mènent des séances Foyer dans leurs maisons, en préparant la nourriture, en supervisant les responsables de soins, en faisant une démonstration de l'alimentation active et en délivrant des messages simples aux autres mères.*

### **C. Engagement de l'Agence d'Exécution**

Le directeur national de l'agence principale d'exécution doit vraiment croire en son projet. A moins que la direction et le personnel ne s'engagent à focaliser leur attention sur cette méthodologie, il est recommandé de ne pas l'utiliser. Il a été démontré que les programmes Foyer qui réussissent sont ceux qui connaissent l'engagement total de l'agence d'exécution aux niveaux national et international. Etant donné l'intensité des besoins en ressources humaines le programme peut souffrir de l'absence d'une volonté de le soutenir de la part de la direction supérieure. Le plus grand investissement dans DP/Foyer est le travail dur et l'engagement de la part du personnel et des volontaires.

Le programme ne doit pas compter sur de gros investissements dans les infrastructures ou sur des apports tangibles mais sur la méthode et la mise en marche d'un concept. Par conséquent, les ressources humaines sont extrêmement cruciales et on doit en tenir compte avant d'initier cet effort. Le tableau suivant décrit les besoins en personnel pour la prise en charge d'une population de soixante enfants malnutris.

### **Chef de Projet Foyer et/ou Formateur Principal**

Un Chef de Projet est nécessaire pour surveiller tout le projet y compris la formation du personnel, la surveillance du processus, la planification des menus, la coordination avec les leaders communautaires, le Ministère de la Santé, les autres partenaires, le contrôle et l'évaluation des résultats, etc. Les organisations ont des points de vue différents décisions en rapport avec l'engagement d'un chef de projet local ou un expatrié. L'échantillon du budget à la fin du chapitre comprend un Chef de Projet, qui graduellement passe la responsabilité au formateur local principal après la première année. Des consultants Internationaux Foyer sont disponibles pour établir des programmes DP/Foyer, former le personnel, intervenir lorsqu'un programme connaît des difficultés et pour évaluer les programmes Foyer. Une alternative est celle d'utiliser un consultant DP/Foyer qui aiderait à la mise en marche du programme,

Noter que toutes les organisations n'ont pas jugé nécessaire d'employer les connaissances externes. Beaucoup de projets qui réussissent ont été dirigés par des chefs de projet locaux et n'ont fait recours à l'aide extérieure qu'en cas de besoin.

à évaluer le programme après six mois à une année pour s'assurer que le programme fonctionne de façon optimale et donner des recommandations pour rationaliser l'approche et planifier son expansion. On doit cependant noter que toutes les organisations n'ont pas jugé nécessaire d'employer les connaissances externes. Beaucoup de projets qui réussissent ont été dirigés par des chefs de projet locaux et n'ont fait recours à l'aide extérieure qu'en cas de besoin.

### Superviseurs/Formateurs

On a besoin de superviseurs/formateurs pour chaque groupe de dix à vingt volontaires. Ces individus sont payés par le projet et servent à former les volontaires et superviser le processus de Foyer.

### Ressources Alimentaires

D'après les plans, les coûts alimentaires pour un projet DP/Foyer sont minimales puisque le projet est basé sur une nourriture pas chère, localement disponible, principalement fournie par la communauté. La responsabilité de la collecte du matériel de base pour les séances Foyer devrait être partagée entre la communauté, l'agence d'exécution et les responsables des soins. Au début, l'agence d'exécution devrait contribuer en quantité plus élevée de nourriture, surtout en nourriture pour la réhabilitation. Une fois que la communauté a compris la valeur des séances Foyer et a vu que les enfants qui étaient malades et léthargiques sont devenus actifs et sont en bonne santé, la valeur perçue du programme s'intensifie et la communauté est prête à supporter les frais. La démonstration du pouvoir des ressources et de l'ingéniosité de la communauté n'est possible que si les apports externes sont minimisés. Il est important de tenir compte des ressources disponibles des responsables des soins, de la communauté et de l'organisation à ce stade.

**TABLEAU 1.1. ECHANTILLON DE BESOINS EN PERSONNEL POUR 60 ENFANTS**

Dotation en effectifs	Total	Calcul	Commentaires
Volontaires Foyer	10-20	Avec 5-10 enfants/site, on a besoin de 10 sites Foyer pour 60 enfants. Avec 1-2 volontaires par site Foyer, on a besoin de 10-20 volontaires.	Les volontaires préfèrent souvent travailler par paires, donnant ainsi 2 volontaires par site Foyer
Superviseur/Formateur	1-2	1 pour chaque groupe de 10-20 volontaires	A cause de la distance, les superviseurs ruraux peuvent généralement encadrer 10 volontaires alors les superviseurs urbains peuvent généralement encadrer 20 volontaires
Chef de projet Foyer/ Formateur Principal	1	1 pour le projet	

## **Autres Coûts du Projet**

D'autres coûts du projet comprennent le matériel, les voyages, l'équipement, les communications et le logement. Une feuille du budget détaillant les dépenses sur une période de trois ans est incluse à la fin du chapitre. Les plus importants investissements financiers se trouvent au début du programme, mais ne réapparaissent généralement pas. Les coûts seront moins élevés pour une agence ou un département de santé qui a déjà un bureau que pour une ONG qui devra couvrir les dépenses, pour la location des bureaux, le personnel, les communications, etc.



## **Un Programme DP/Foyer Implique Différents Acteurs**

C'est souvent une ONG internationale ou le Ministère de la Santé qui agit comme chef de file. Leur rôle est d'orienter et former le personnel de santé local ou des ONG locales quant à la mise en œuvre de DP/Foyer au niveau de la communauté. Pour s'assurer d'une mise en œuvre de qualité, l'agence principale doit accorder une attention particulière au contrôle et au soutien de la qualité de la mobilisation, la formation et la supervision menées par l'agence d'exécution locale et s'assurer qu'ils respectent les principes fondamentaux de l'approche.

L'agence locale est responsable de la mobilisation de la communauté, de l'encadrement lors de la création d'un Comité de Santé de village et de la sélection des Volontaires Foyer, de la formation de ces groupes ou individus et le suivi de la mise en œuvre journalière de Foyer pendant les rotations initiales. Ils peuvent également aider la communauté à mettre en place un programme de contrôle de la croissance et assurer les services de santé complémentaires.

Finalement, les Comités de Santé de village, avec l'appui des leaders locaux, assument l'entière responsabilité de la gestion du Foyer et de la reprise du programme, en cas de besoin ultérieur.

*Finalement, les Comités de Santé de village, avec l'appui des leaders locaux, assument l'entière responsabilité de la gestion du Foyer et de la reprise du programme, en cas de besoin ultérieur.*



### ***Etude de cas: Echantillon du Personnel de Projet/ Calcul des Bénéficiaires***

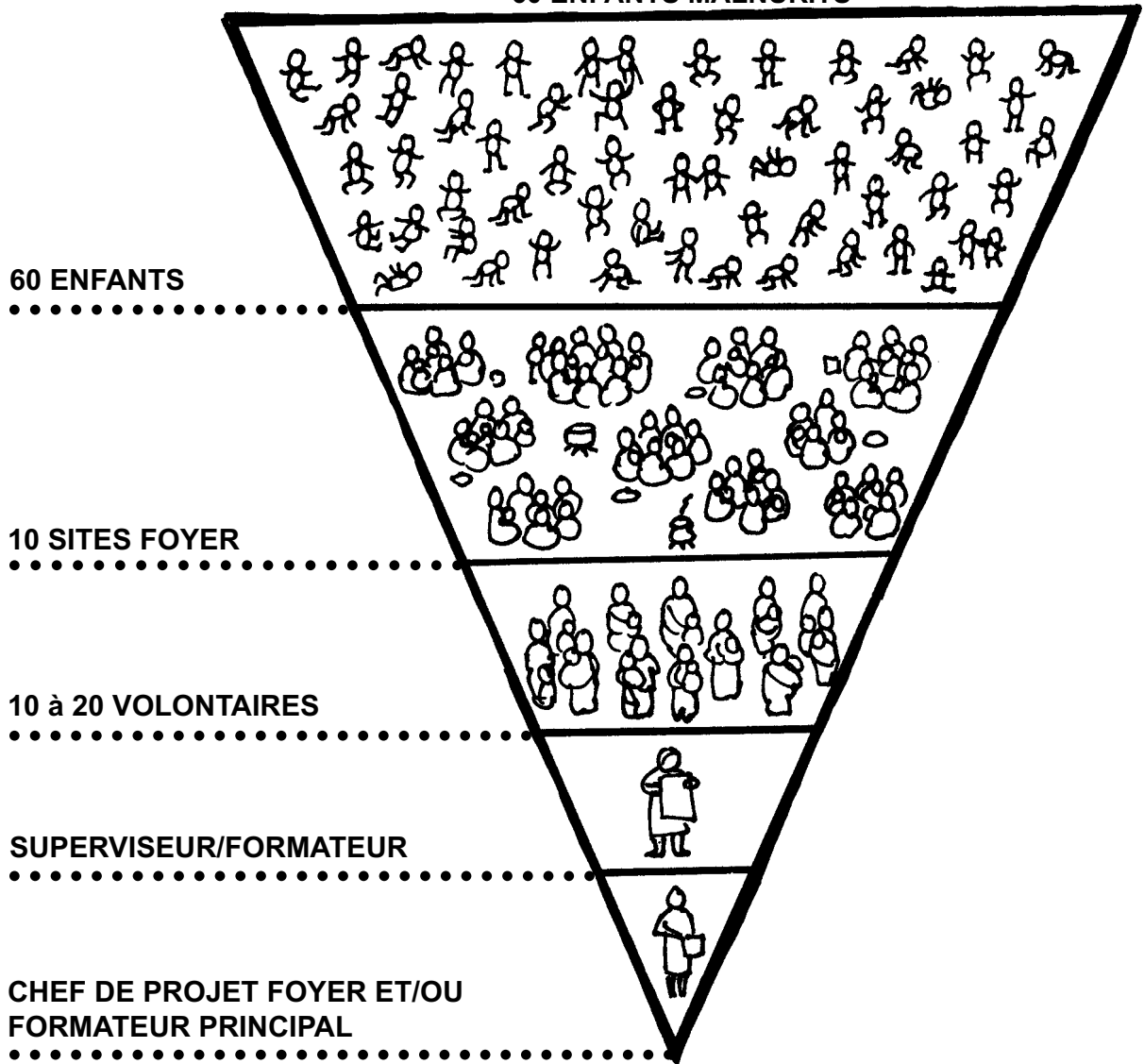
***Site du Projet: Zone urbaine de Jakarta, Indonésie***

- ♥ Huit superviseurs/formateurs travailleront directement avec les volontaires Foyer.
- ♥ Chaque superviseur/formateurs encadrera entre quatre et dix paires de volontaires.
- ♥ A peu près cent soixante volontaires seront formés.
- ♥ Quatre-vingts sites Foyer sont prévus pour toute la durée du projet.

Cent vingt six enfants sur les quatre-vingt sites Foyer donneront approximativement 10.000 enfants malnutrits atteints pendant les trois années de projet à Jakarta.

- ♥ Cinq à six enfants malnutrits et ceux qui en prennent soin seront affectés à une paire de volontaires à tout moment. (Ces enfants vont alterner après approximativement deux mois de participation aux séances Foyer).
- ♥ Quarante-deux enfants seront servis sur chaque site en une année avec sept différents enfants malnutrits alternant tous les deux mois (7x6).
- ♥ Cent vingt six enfants seront servis sur chaque site de Foyer pendant les trois années.
- ♥ Cent vingt six enfants dans les quatre-vingt sites Foyer donneront approximativement le nombre de 10.000 enfants malnutrits qu'on aura atteint pendant les trois années de l'existence du projet.
- ♥ Cinquante mille familles bénéficiaires auront été atteintes pendant les trois années (en supposant trois enfants et deux responsables des soins par famille).

**REPRESENTATION DE BESOIN DE PERSONNEL POUR 60 ENFANTS MALNURITS**



**TABLEAU 1.2 FEUILLE BUDGETAIRE DP/FOYER**

<b>Ligne Bugetaire</b>				
<b>PERSONNEL:</b>	<b>1<sup>er</sup> Année</b>	<b>2<sup>ème</sup> Année</b>	<b>3<sup>ème</sup> Année</b>	<b>Total</b>
Professionnel Foyer (expatrié ou national)				
Formateur en chef (national)				
Superviseur/Formateur				
Administrateur/Directeur/Personnel de Soutien				
Directeur national (%)				
Directeur financier (%)				
Chauffeurs				
Responsable du programme sanitaire (basé au siège)				
<b>CONSULTANTS:</b>				
Visites d'assistance technique de l'administration centrale				
Visites des consultants				
<b>MATERIELS:</b>				
T-shirts/chapeaux/insignes pour les volontaires				
Pots chaque Foyer				
Cuillères et ustensiles de cuisine				
Huile et riz				
Savon				
Sceaux				
Vitamine A*				
Médicaments Anti-helminthe *				
Fiches de surveillance de la croissance*				
Calculatrices				
Fournitures de bureau				
Outils de contrôle: registres et formulaires				
Matériel de formation				
Production: leçons apprises Hearth				
Fournitures pour la formation				
<b>Voyage:</b>				
Locations de véhicules:voitures/motocyclettes				
Contre-visite de formation du Superviseur				
Contre-visite de formation du Formateur en Chef				
<b>EQUIPEMENT:</b>				
Machines à peser				
Balance de cuisine				
Ordinateurs et imprimantes				
Fournitures de bureau				
<b>COMMUNICATIONS:</b>				
Frais de l'Internet				
Téléphones/fax				
<b>Logement:</b>				
Loyer de bureaux				
<b>EVALUATION:</b>				
Equipe extérieure				
<b>TOTAL:</b>				

\* Le programme Foyer peut souvent les obtenir gratuitement du Ministère de la Santé (MS) ou, de préférence, transférer les enfants au MS pour bénéficier de ces services.





# CHAPITRE DEUX

## Etape 2: Mobiliser, Sélectionner, et Former



### ETAPE 2

**Commencer à mobiliser la communauté, sélectionner et former les personnes ressources**

#### A. Mobiliser la communauté

1. Rencontrer les leaders clé de la communauté
2. Orienter le personnel de santé local
3. Organiser ou renforcer un Comité de Santé local

#### B. Sélectionner et former les personnes ressources

1. Ecrire les descriptions de poste
2. Mener une analyse des tâches
3. Elaborer des critères de sélection des participants
4. Recruter le personnel et les volontaires
5. Faire une évaluation des besoins en formation
6. Sélectionner le contenu du cours
7. Elaborer une stratégie de formation
8. Etablir une méthodologie de formation
9. Etablir une stratégie d'évaluation de la formation
10. Préparer du matériel de formation et d'évaluation
11. Mener la formation

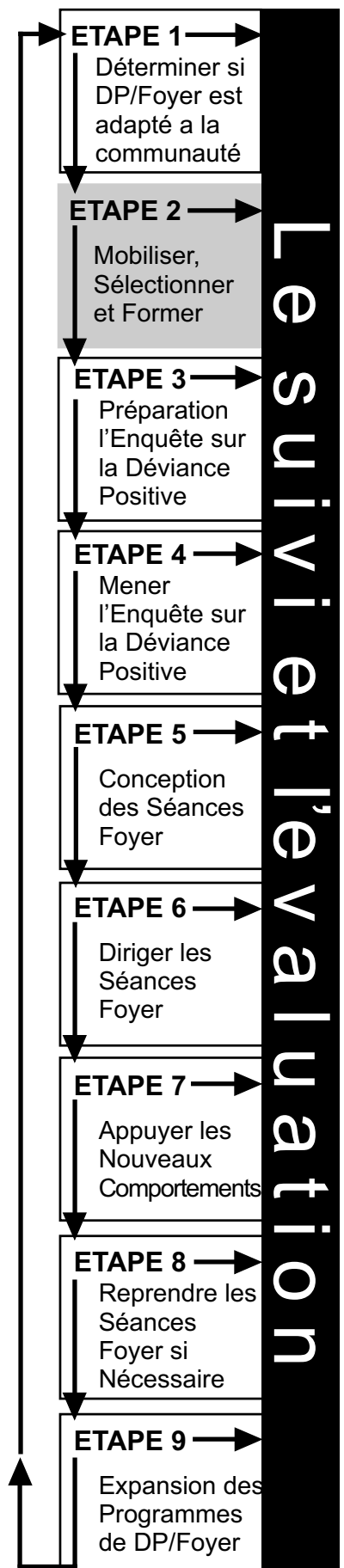
Une fois que vous avez décidé que le programme DP/Foyer est faisable dans votre contexte géographique et culturel, vous pouvez commencer l'Étape 2.

### A. Mobiliser la Communauté

DP/Foyer est un programme dirigé par la communauté qui exige donc une participation communautaire active. Puisque le processus exige de la communauté une action et une découverte de soi, une agence d'exécution ne peut pas gérer avec succès un programme DP/Foyer sans la participation et le soutien de la communauté.

Quoiqu'une agence d'exécution puisse initier le processus DP/Foyer par la formation des membres de la communauté, il revient à la communauté dès le départ, d'apprendre à gérer et superviser le projet. Cela nécessite un investissement initial intense pour transférer ces compétences en matière de gestion à la communauté, transfert qui constitue un principe cardinal de l'approche DP/Foyer.

OÙ ETES-VOUS?





*Pour que DP/Foyer fonctionne, tout le village doit être excité à l'idée de se débarrasser de la malnutrition*

*Impliquer les gens influents dans le processus DP/Foyer, surtout ceux qui pourraient faire obstacle s'ils n'y prenaient pas part.*

## 1. Rencontrer les principaux leaders de la communauté, y compris les :

- ♥ Leaders et chefs locaux des villages
- ♥ Représentants informels du secteur de santé tels que les guérisseurs traditionnels et les accoucheuses traditionnelles, et les vendeurs locaux de médicaments
- ♥ Leaders religieux
- ♥ Leaders des tribus et des castes
- ♥ Grands-mères
- ♥ Directeurs d'école/enseignants
- ♥ Groupes locaux, clubs, associations
- ♥ Décideurs, leaders d'opinion, héros locaux
- ♥ Leaders du monde des affaires

Discuter de la situation sanitaire dans la communauté, spécialement pour les enfants de moins de cinq ans. Vérifier s'il y a une préoccupation ou un intérêt chez les membres de la communauté et les leaders en ce qui concerne le niveau de malnutrition dans leur communauté. Est-ce une priorité? Quels groupes d'âge d'enfants sont-ils à risque de malnutrition? Les moins de 5 ans? De 3 ans? De 2 ans? Les gens la considèrent-ils comme un problème? Comprennent-ils le potentiel qu'on perd avec les enfants malnutris? Essayer de présenter ces thèmes en utilisant des dessins ou des images et en demandant aux leaders de la communauté de discuter de ce qu'ils voient et ses rapport avec la situation dans leur propre communauté. Présenter les données sur la santé locale et la nutrition sous un format facile à comprendre constitue souvent une bonne source de motivation à l'action.



**EXEMPLE**

### PRESENTER LES DONNEES SOUS UNE FORME COMPREHENSIBLE

Au Mali, le personnel de CARE a préparé de grands graphiques en barre pour montrer l'état nutritionnel moyen des enfants dans la communauté par rapport à celui des enfants d'autres villages. Lorsqu'on a expliqué les graphiques aux leaders du village, l'un d'eux s'est exclamé: "Je suis embarrassé par le fait que les enfants d'ici soient plus malnutris que ceux d'ailleurs. Il faut que nous fassions quelque chose maintenant . "

## 2. Orienter le personnel local de santé

Les ressources formelles et non-formelles en matière de santé publique doivent être identifiées et impliquées en vue de coordonner les efforts en faveur du programme Foyer. Le personnel des infrastructures du Foyer peut identifier les ressources et les services disponibles en faveur des enfants malades et des enfants qui sont sérieusement malnutris. Les enfants identifiés lors des séances de Promotion du Contrôle de la Croissance (PCC) comme souffrant de malnutrition au 3<sup>ème</sup> degré ou d'autres maladies ont besoin d'être transférés vers un dispensaire local. Les décisions en rapport avec les cures de vermifuge universelles, les protocoles de distribution de la Vitamine A, le contenu approprié et le renforcement des messages de santé lors des séances Foyer requièrent qu'il y ait un lien étroit avec les services de santé.

Le rôle du personnel des centres de santé inclus le soin des enfants malnutris avec les maladies sous-jacentes tels que la pneumonie, la rougeole, l'héméralopie, la tuberculose, ou le paludisme; de coordonner les activités de vulgarisation pour les séances de Contrôle et de Promotion de la Croissance; d'accroître et de maintenir la couverture vaccinale; de faciliter la distribution des suppléments en fer et en Vitamine A aux femmes enceintes et de la Vitamine A et des cures de vermifuge aux enfants; et de participer à l'examen et l'analyse des résultats du Foyer.

### 3. Mobiliser le comité de santé

La gestion de Foyer est une affaire de la communauté. Le renforcement des capacités du Comité de Santé est nécessaire pour le transfert des compétences et l'établissement de l'appropriation. Si un tel comité n'existe pas, il faut le créer dès les premières réunions des leaders. L'idéal serait que le comité soit élu, mais il peut être nommé par les responsables locaux. Les critères pour le choix des membres efficaces sont une préoccupation en vue d'améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle dans la communauté, avoir du temps à consacrer à cet effort, de bonnes aptitudes de travail en équipe et le respect des autres. Il est bon d'avoir des leaders communautaires formels et informels, dans le Comité. Les leaders formels, ou ceux qui sont proches de la structure de leadership formelle, peuvent influencer les décisions de la communauté, l'établissement des priorités et l'allocation des ressources.

Les activités du Comité de Santé peuvent commencer avec Foyer, mais une fois que les membres ont acquis de l'expérience, ils peuvent s'attaquer à d'autres problèmes communautaires. Un bon programme de formation pour le personnel œuvrant avec les Comités de Santé et impliqué dans d'autres efforts de mobilisation communautaire est référencé dans la section de ressources dans ce manuel.

#### Par le biais des Comités de Santé, les communautés peuvent être amenées à pouvoir:

- ♥ Superviser les animateurs de santé communautaire
- ♥ Diriger les séances Foyer
- ♥ Contrôler les événements importants
- ♥ Produire les Tableaux Visuels d’Affichage des Résultats pour illustrer l’impact du Foyer et les échanger avec les membres et les leaders de la communauté.
- ♥ Gérer le contrôle et la promotion de la croissance

Le renforcement des capacités de la communauté locale commence avec la réunion initiale pour discuter d'une intervention en nutrition. Par la suite, le Comité acquiert les compétences requises pour gérer le Foyer et la surveillance de croissance en s'impliquant dans le processus de mise en œuvre. L'établissement d'un partenariat commence dès le premier jour, suivi de réunions mensuelles ou bimensuelles qui utilisent le cycle «Triple A» de UNICEF consistant à l'évaluation, l'analyse et l'action pour appuyer la formation de la communauté. Ces trois activités, **évaluation**, **analyse**, et **action** deviennent le cadre de gestion du programme.

### ***B. Processus de développement de la formation***

La formation est l'élément qui est au cœur de l'approche DP/Foyer. Le personnel, les Volontaires Foyer, et le Comité de Santé du Village ont tous besoin d'être préparés à mener le processus DP/Foyer pour qu'il ait un impact sur la malnutrition infantile. La séance Foyer avec les mères est en elle-même alors un atelier de formation visant à les

#### Le cycle «Triple A» comprend:

### EVALUATION

Recueillir de récentes informations quantitatives et qualitatives sur les indicateurs clés.

### ANALYSE

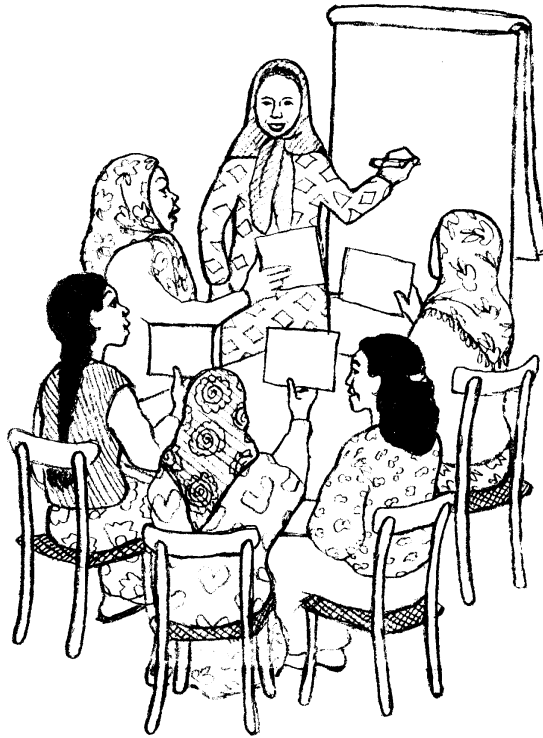
Interpréter l'information, en saisir la signification, identifier les domaines qui réussissent et ceux qui ont besoin d'être améliorés.

### ACTION

Elaborer des stratégies et des plans d'action pour résoudre les problèmes qui ont été identifiés et améliorer les activités de mise en œuvre. Ces trois activités deviennent le cadre de gestion du programme.

impliquer dans le processus de réhabilitation de leurs enfants et d'apprentissage de nouveaux comportements pour le maintien des enfants en bonne santé.

*L'approche de déviance positive, qui est au cœur de Foyer, est basée sur la croyance selon laquelle les réponses aux problèmes de la communauté se trouvent déjà dans la communauté. Ceci nécessite une inversion de rôle de l'enseignant à l'apprenant, du formateur à la personne en formation.*



L'approche de la formation constitue un des plus grands défis de Foyer. L'approche de déviance positive, qui est au cœur du Foyer, est basée sur la croyance selon laquelle les réponses aux problèmes de la communauté se trouvent déjà dans la communauté. Ceci nécessite une inversion de rôle de l'enseignant à l'apprenant, du formateur à la personne en formation. Les volontaires Foyer apprennent des responsables des soins DP et le personnel DP apprend des volontaires Foyer. Ceci inverse le paradigme traditionnel de la façon utilisée pour enseigner les familles pauvres dans les pays en voie de développement.

Chaque Foyer est un «atelier de formation», qui englobe les concepts d'apprentissage des adultes: participation active, démonstration, pratique et renforcement. Le

processus débute par la saisie des messages à véhiculer pendant la formation en menant l'Enquête sur la Déviance Positive (EDP) pour ensuite passer au stade de conception du programme de la formation de sa planification, de sa logistique et de la formation des volontaires Foyer à mener la séance Foyer.

**La préparation des séances de formation appropriées pour le personnel, les volontaires Foyer, et le Comité de Santé passe par les étapes suivantes :**

### **1. Ecrire les descriptions de poste**

Les descriptions de poste énumèrent les rôles, responsabilités et activités à effectués par chaque acteur. Ecrire une description de poste aide les postulants à savoir ce qu'on attend d'eux et guide le développement d'une formation qui va les préparer à assumer ce rôle. Un exemple de descriptions de poste est présenté à la fin de ce chapitre.

### **2. Mener une étude des tâches**

Une étude des tâches est un examen rapide de la description de poste en vue d'identifier les connaissances et les compétences requises du postulant au poste pour assumer son rôle avec succès. Il faut considérer les aptitudes et le savoir-faire du candidat dans des domaines tel que la confection des rapports, la tenue des registres, les qualités relationnelles, les techniques de communication, etc. C'est aussi le lieu de considérer ce qu'on ne peut pas enseigner. Y a-t-il certaines aptitudes que les gens ont besoin d'avoir initialement mais qu'on ne peut pas aisément leur apprendre?

### **3. Elaborer les Critères de Sélection du Personnel et des Volontaires**

L'étude des tâches permet de déterminer les critères de sélection du personnel et ces guident le recrutement.

#### **Pour la sélection du personnel, les critères devront inclure:**

- ♥ Soif d'apprendre, esprit ouvert aux nouvelles idées
- ♥ Excellentes qualités relationnelles et bonnes aptitudes d'écoute
- ♥ Intérêt pour le travail sur le terrain
- ♥ Volonté d'apprendre des gens moins éduqués.

#### **Pour les volontaires les critères vont varier selon les pays mais, généralement, comprennent:**

- ♥ Volonté de travailler comme volontaire
- ♥ Femme mariée avec enfants vivant dans le village
- ♥ Respectée par la communauté et jouissant de sa confiance
- ♥ Soif d'apprendre, esprit ouvert aux nouvelles idées
- ♥ Sachant lire et écrire (Dans les pays où le taux d'alphabétisation est bas, une illettrée peut être associée à un volontaire lettré).
- ♥ Il est important qu'un volontaire ait des enfants qui soient relativement en bonne santé et bien nourris. Cependant, lors de l'évaluation nutritionnelle, quelques volontaires Foyer ont découvert que leurs enfants ne sont pas bien nourris et par la suite elles sont devenues des volontaires plus efficaces.

*Il faut guider le Comité de Santé dans l'élaboration des critères et dans le choix des meilleurs volontaires Foyer.*

La priorité est souvent donnée à des gens qui, dans la communauté, étaient déjà des bénévoles sanitaires. Ceci doit être fait avec précaution: Disposent-ils suffisamment de temps à consacrer au Foyer? Sont-ils disposés à apprendre de gens pauvres et de classe sociale inférieure après avoir passé tant de temps à "enseigner"?

### **4. Recrutement du personnel et des volontaires**

Il faut impliquer le Comité de Santé du Village dans le choix de volontaires.

### **5. Mener une évaluation des besoins en formation**

L'étape suivante est l'identification des compétences et des connaissances préalables des stagiaires. Pour chaque poste, le niveau de connaissance requis devrait guider la conception d'un programme approprié de formation. Tout programme de formation devrait intégrer les techniques d'apprentissage des adultes. La comparaison entre les connaissances et compétences des stagiaires avec celles requises dans la description des tâches permet de déterminer les lacunes à combler par la formation.

Pour chaque poste, le niveau des connaissances requis devrait guider la conception d'un programme approprié de formation, mais toute formation devrait intégrer les techniques d'apprentissage des adultes.

**TABLEAU 2.1. PROPOSITION DU NIVEAU D'INSTRUCTION REQUIS AUX POSTES CLE DE DP/FOYER**

Poste	Niveau d'Education Requis
Coordinateur PD/Foyer	Diplôme universitaire
Superviseur/Formateur	Niveau 5 <sup>ème</sup> au moins
Volontaire Foyer	Instruction utile, mais pas indispensable
Comité de Santé	Variable, certains membres doivent être capable d'écrire

## 6. Sélectionner le Contenu du Cours

Le contenu du cours diffère selon les groupes et doit tenir compte des étapes précédente. Les lignes directrices suivantes sont extraites des programmes Foyer antérieurs.

**Le Foyer doit être expliqué aux leaders communautaires, aux membres des Comités de Santé du Village, au personnel de l'agence d'exécution, et aux volontaires Foyer. Ils devront comprendre:**

- ♥ Le concept de déviance positive
- ♥ La base des menus (les pratiques DP des familles et la nourriture pour la réhabilitation)
- ♥ Pourquoi Foyer dure deux semaines.
- ♥ Les concepts de base de la nutrition (variété, protéine/calorie, fréquence, quantités)
- ♥ Les concepts du base de développement de la petite enfance

**Les volontaires Foyer auront besoin d'une formation spécialisée en:**

- ♥ Activités d'évaluation/promotion de la croissance (pesée, tracé, counseling)
- ♥ Nutrition et nutriments de base, l'usage du tableau de composition alimentaire
- ♥ Rappel du régime simplifié des 24 heures.
- ♥ Enquête alimentaire sur la place du marché
- ♥ Techniques de visite à domicile
- ♥ Valeur des aliments: 3 ou 4 groupes d'aliment de l'enfant «déviant positif» sur les «trois bons» (bonne alimentation, recherche de bons soins de santé, et bonne prise en charge soins)
- ♥ Principes du traitement à domicile de la malnutrition
- ♥ Comprendre le cycle de nutrition et d'infection
- ♥ Calendriers de vaccination
- ♥ Prévenir et traiter la déshydratation lors d'une diarrhée
- ♥ Reconnaître les signes de maladie aiguë, y compris la pneumonie, le paludisme et la diarrhée grave, qui nécessitent un transfert
- ♥ Événements marquants du développement de l'enfant
- ♥ Techniques de stimulation de la petite enfance.

**Le Foyer doit être expliqué à plusieurs groupes auront besoin d'orientation au Foyer**

Etant donné l'intense participation communautaire requise par un programme DP/Foyer, plusieurs groupes communautaires qui auront besoin de comprendre les concepts généraux de DP et Foyer. Il s'agit des responsables des soins de santé locaux, des leaders religieux, des commerçants, des guérisseurs traditionnels et des accoucheuses traditionnelles, des vendeurs de rue, des parents, des grand-mères, et des enfants de mêmes parents. Chacun doit comprendre son rôle pour appuyer Foyer et les responsables des soins qui y participent.

**Les superviseurs-formateurs auront besoin de comprendre en plus de ce dont les volontaires ont besoin:**

- ♥ Les techniques de supervision
- ♥ Les systèmes d'information
- ♥ Les techniques de surveillance et d'évaluation
- ♥ L'utilisation des tableaux de composition alimentaire et planification des menus.

**L'équipe chargée des séances Foyer a besoin de comprendre ce qui suit:**

- ♥ L'approche de DP/Foyer
- ♥ La planification d'une séance
- ♥ L'établissement d'un programme
- ♥ L'organisation d'une séance Foyer
- ♥ Le rassemblement du matériel
- ♥ L'achat et la préparation des aliments Foyer
- ♥ L'enregistrement des résultats Foyer
- ♥ Les messages d'éducation sanitaire
- ♥ Les protocoles journalier Foyer
- ♥ L'interprétation des résultats Foyer
- ♥ Le suivi Foyer (Visites à domicile et critères pour répéter Foyer)

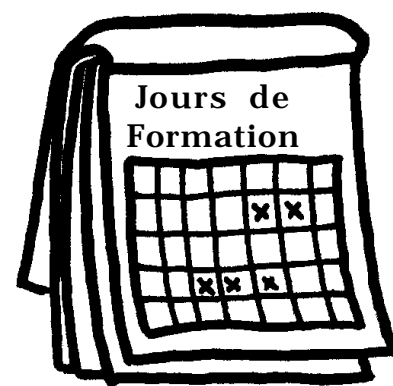
## **7. Elaborer une stratégie de formation**

En fonction du programme à couvrir, il faut élaborer une stratégie globale de formation pour le projet. La formation doit être répartie dans le temps afin de ne pas surcharger les participants. Il faudra veiller à ce que les aptitudes acquises soient mises en pratique au fur et à mesure. L'étude de certains thèmes tel que la philosophie de l'approche DP/Foyer, va débiter après tout tandis que les autres messages d'éducation sanitaire à présenter pendant les séances Foyer ne seront abordées qu'après le recueil des informations par l'EDP. La formation sur la conduite de l'EDP et des séances Foyer sera mise en le tableau 2.2. donne une idée du temps nécessaire pour chaque poste.

## **8. Etablir une méthodologie de formation**

L'usage d'une gamme d'outils de formation rend la formation plus intéressante et plus amusante. Lors de la conception des séances de formation doit intégrer des exercices de mise en train, des jeux de rôle, des jeux de clarification des valeurs, des exercices d'application et de démonstration. Il est très important de former le personnel de la même façon que vous voulez qu'ils forment les volontaires et les mères. L'éducation sanitaire lors des séances Foyer ne peut se faire de façon magistrale. Au contraire, les mères participantes sont guidées graduellement à travers une série d'expériences (apprentissage de comment nourrir idéalement leurs enfants) pendant plusieurs semaines et sont ensuite suivies à la maison lorsqu'elles mettent en pratique ces nouvelles techniques de préparation d'aliments et d'alimentation. Aussi, la formation des volontaires suit le même modèle où ils sont guidés à travers des expériences et soutenus par des superviseurs lorsqu'ils appliquent les nouvelles techniques d'EDP et de direction des séances Foyer.

*Des compétences particulières seront nécessaires pour les différentes étapes. Les thèmes de formation pour l'équipe d'EDP sont énumérés dans le chapitre 3.*



*La formation doit être répartie dans le temps afin de ne pas surcharger les participants. Il faut veiller à ce que les aptitudes acquises soient mises en pratique au fur et à mesure.*



**TABLEAU 2.2. TEMPS DE FORMATION REQUIS PAR POSTE**

Poste	Formation Requise	Timing
Directeur / Coordinateur de Foyer	Une semaine de formation et d'orientation en EDP et Foyer	Avant la décision de mettre à exécution le projet DP/Foyer
Superviseur/ Formateur	Deux à trois semaines de formation	Avant l'exécution de DP/Foyer
Volontaire de Foyer	Cinq jours de formation (deux à trois heures/jour)	Pendant l'Etape 3 (préparation pour l' EDP), pendant l'EDP, et avant la mise en place d'un site Foyer
	Stage de recyclage	Selon le besoin
Comite de Santé	Formation périodique en gestion Foyer, Promotion du Controle de la Croissance, suivi et évaluation	Continu – quatre heures/mois

Il est très important de former le personnel de la même façon que vous voulez qu'ils forment les volontaires et les mères.

L'éducation sanitaire lors des séances Foyer ne peut se faire de façon magistrale.

L'apprentissage est d'abord un processus social. On apprend par observation et interaction et on modelant son comportement sur celui des autres et les systèmes d'appui sociaux renforcent l'apprentissage.

La méthodologie Foyer d'apprentissage est basée sur la Pratique, le Comportement, et la Connaissance. L'accent est mis sur le changement de comportement pour changer la façon de penser plutôt que le changement de la façon de penser pour changer de comportement. DP/Foyer commence immédiatement avec la mise en pratique du comportement voulu. C'est seulement après la pratique que le comportement du parent commence à changer lorsque son enfant commence à s'animer. Après avoir été témoin du changement qui s'est produit chez son enfant, elle commence à comprendre les causes de ce à quoi est due la réhabilitation de son enfant.

Ces connaissances changent alors puisqu'elle est convaincue qu'elle peut guérir son enfant grâce à de nouvelles pratiques.

Il est tentant pour le personnel (surtout les professionnels de santé, les infirmières, les éducateurs ou les nutritionnistes) de faire passer leurs propres messages nutritionnels, menus et théories. Le personnel du programme doit se mettre dans la peau d'apprenants et délibérément communiquer aux volontaires Foyer (et les volontaires Foyer aux mères participantes) que la sagesse des mères du village est ce qu'ils enseignent et pratiquent pendant les séances Foyer.



Il est tentant pour le personnel (les professionnels de santé, les infirmières, les éducateurs ou les nutritionnistes) de faire passer leurs propres messages nutritionnels, menus et théories.

Les principes d'apprentissage des adultes diffèrent des méthodes traditionnelles d'enseignement et de la façon dont la plupart d'entre nous a été formée. Les apprenants adultes ont une grande expérience et ne sont pas de simple "vaisselles vides" à remplir avec des connaissances. Leur expérience de la vie doit être respectée et exploitée. Les discussions participatives où les gens en formation sont capables de découvrir des concepts et appliquent leurs propres expériences sont beaucoup plus efficaces que les cours magistraux avec les tableaux. Les adultes sont des apprenants très impliqués et veulent voir des résultats immédiats, des applications utiles de l'information qu'ils reçoivent. L'apprentissage résulte de l'action et de la découverte.

### Les bonnes techniques de formation:

- ♥ Présenter la nouvelle information lentement
- ♥ Créer une atmosphère porteuse dans laquelle le personnel et les responsables des soins se sentent utiles
- ♥ Répéter et appuyer l'information
- ♥ Demander aux participants de répéter et de vous expliquer l'information
- ♥ Donner aux participants l'occasion d'apprentissage actif et pratique: les gens apprennent mieux par l'action
- ♥ Toujours prévoir du temps pour les questions ou discussions
- ♥ Discuter avec tous les volontaires ou responsables des soins, pas seulement avec ceux qui participent activement
- ♥ Organiser des séances de formation courtes et simples
- ♥ Commencer par réviser ce qui a été appris et discuté lors de la séance précédente
- ♥ Utiliser les supports visuels et la démonstration autant que possible pour impliquer tous les sens dans le processus.

### Discussion Ouverte

Une discussion ouverte est une méthodologie efficace pour amener les apprenants à découvrir l'information. Cette méthode peut être utilisée pour des sujets variés. Chaque question amène les apprenants à aborder le sujet plus en profondeur et avec plus de clarté. Voici un exemple. Comparer le type de discussion et d'acquisition que cette méthode permet avec les résultats de la méthode magistrale.

#### EXEMPLE DE DISCUSSION OUVERTE



IDEE

**Q:** *Qui est chargé de maintenir les enfants en bonne santé après la réhabilitation?*

**R:** *Les parents/responsables des soins*

**Q:** *Que peuvent faire même les familles pauvres?*

**R:** *Utiliser les pratiques DP*

**Q:** *Comment les familles peuvent-elles apprendre pour maintenir leurs enfants en bonne santé?*

**R:** *En changeant de comportements; en apprenant de nouveaux comportements accessibles à tous*

### Exercice de l'Aveugle

Diviser les participants en paires et expliquer qu'un membre de chaque paire sera «aveugle» et que l'autre va le guider dans la salle. L'aveugle ne peut pas ouvrir ses yeux (au retraiter son bandeau). Il ne faut pas causer. Après trois minutes, leur demander de changer de rôles. Demander aux participants leur sentiment lorsqu'ils guidaient l'aveugle et leur ressenti lorsqu'ils étaient aveugles. Demander leur pourquoi ils pensent que ce jeu à des rapports avec DP/ Foyer.

Dans l'approche DP/ Foyer, les experts font l'expérience d'une inversion de rôles du leader/expert conduisant l'aveugle, i.e., les "villageois", à l'aveugle, qui est conduit par les villageois. L'exercice peut mener à des discussions intéressantes sur des sujets tels le contrôle et le pouvoir.

## SOUVENIR :

“Si je l’entends, je l’oublie  
Si je le vois, je m’en souviens,  
Si je le fais, je le sais.  
Si je le découvre, je l’utilise.”



Les questions de sondage sont semblables aux questions ouvertes mais sont associées à des affiches décrivant les bonnes ou les mauvaises habitudes ou situations.

**Q:** Comment peut-on apprendre de nouveaux comportements?

**R:** En les mettant en pratique quotidiennement. En apportant de la nourriture tous les jours.

**Q:** Si les responsables des soins apportent de la nourriture chaque jour au Foyer, que pensez-vous qu’elles feront à la maison?

**R:** Continuer les pratiques apprises au Foyer et l’introduire à la maison

## Questions de Sondage

Les questions de sondage sont semblables aux questions ouvertes mais sont associées à des affiches décrivant les bonnes ou les mauvaises habitudes ou situations. La discussion débute par des questions générales sur les photos de l’affiche puis passe à des questions plus exploratrices qui se réfèrent à l’expérience de l’apprenant.



## Echantillon des questions de sondage ayant trait aux aliments et à l’hygiène corporelle

IDEE

Poster	Questions introductives	Questions de Sondage
Femme se lavant les mains	Que voyez-vous dans l’image? Pourquoi la femme se lave-t-elle les mains ?	Combien de fois vous lavez-vous les mains? Quand vous les lavez-vous ?
Femme lavant les légumes	Pourquoi cette femme lave-t-elle les légumes?	Lavez-vous généralement les légumes avant de les cuire? Pourquoi? Pourquoi non?
Enfant jouant dans la cour OU Enfant utilisant une latrine ou déféquant sur le sol	Que fait l’enfant ? Pourquoi?	Qu’est-ce qui peut se passer si l’enfant ne se lave pas les mains avant de manger?
Femme couvrant sur une nourriture préparée	Pourquoi cette femme couvre-t-elle la nourriture?	Pourquoi est-il important de couvrir la nourriture ?
	Pouvez-vous pratiquer ces comportements à la maison? Pourquoi ? Pourquoi non?	Combien de fois devriez-vous pratiquer ces comportements ? Pourquoi?

## Jeu de rôles

Les jeux de rôle peuvent être adaptés de nombreuses situations. Un instructeur peut interpréter une situation et ensuite amener le groupe à discuter ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont ressenti, ce qu'ils auraient fait, etc. De même, l'instructeur peut impliquer plusieurs apprenants dans l'interprétation d'une situation et ensuite amener les «acteurs» et le groupe à en discuter.

Avec les jeux de rôle les participants peuvent appliquer au sein de petits groupes, leur nouvelles compétences. Des techniques, telles que la direction d'une visite EDP peuvent être pratiquées dans un environnement sûr. Les volontaires ont l'opportunité de s'habituer à la visite, de recevoir un feedback sur leur style, et apprendre à anticiper les questions ou problèmes qui peuvent surgir en situation réelle. Le personnel du programme à l'occasion de faire part de leurs remarques et s'assurer de la qualité des interactions futures.

*Les volontaires ont l'opportunité à s'habituer à la visite, de recevoir un feedback sur leur style, et apprendre à anticiper les questions ou problèmes qui peuvent surgir en situation réelle.*



IDEE

### Jeu de rôle pour conseiller les parents

- 1. Demander a trois participants** de venir devant et de jouer le rôle des trois différentes mères: l'une avec un enfant qui gagne assez de poids et qui réussit le programme Foyer, une autre avec un enfant qui gagne du poids, mais pas assez pour réussir; et une autre avec un enfant dont le poids est stationnaire.
- 2. Comme formateur, jouer le rôle d'un Volontaire Foyer** qui dialogue avec chacune des «mères» et qui leur prodigue des conseils sur les soins à donner à leur enfant.
- 3. Après le jeu de rôle**, demander aux participants de faire part de leurs réactions et commentaires sur l'exercice. Qu'ont-ils vu? Comment le «volontaire» a-t-il joué? Qu'a-t-il/elle dit et fait? Comment les «mères» ont-elles répondu? Que pouvaient penser les mères? Le counseling sera-t-il efficace?
- 4. Après les trois jeux de rôle**, diviser les participants en groupes de trois. Les participants vont à tour de rôle jouer les rôles du Volontaire Foyer, la mère et un observateur. Chaque participant va jouer le rôle d'un Volontaire Foyer pour une des trois situations. L'observateur observe et fait des commentaires à la fin.
- 5. A la fin de cet exercice**, demander aux participants de donner leurs impressions et faire des commentaires.

### Les activités du programme DP/Foyer qui peuvent faire l'objet d'un jeu de rôle:

- ♥ Mener la visite EDP
- ♥ Diriger une séance Foyer
- ♥ Dispenser l'éducation sur la santé lors des séances Foyer
- ♥ Assurer le counseling en nutrition aux grand-mères et aux pères à domicile
- ♥ Présenter les résultats du Foyer lors d'une réunion du Comité de Santé
- ♥ Donner conseil aux responsables des soins à la fin de la séance Foyer

## Raconter des Histoires

Les histoires constituent une façon amusante et intéressante d'apprendre. Les histoires peuvent être adaptées, racontées et ensuite discutées pour enseigner des leçons importantes. Le Chapitre 6 présente un exemple de l'histoire «Soupe de Pierre» utilisée pour démontrer le pouvoir de plusieurs petits dons au sein d'une communauté. La plupart des cultures ont des contes populaires transmis par les aînés et les sages. Il faut explorer les histoires indigènes, chercher des histoires décrivant des messages qui appuient les bonnes pratiques nutritionnelles ou qui peuvent être adaptées pour transmettre un message, chercher des citations des livres religieux ou des saintes Ecritures qui militent en faveur de la santé et la nutrition.

Cette histoire indique que, des fois, les solutions sont juste devant nous.



## UN EXEMPLE D' HISTOIRE

Nasirudin, le grand mystique Saufi, apparaît sous différents déguisements dans différentes histoires. Dans une histoire, il est un contrebandier renommé. Chaque soir quand Nasirudin arrive à la douane, les inspecteurs fouillent fébrilement le contenu des paniers sur le dos de son âne pour essayer de voir ce qu'il fait passer en contrebande. Mais chaque jour, leurs efforts restent vains. Malgré qu'ils fouillent de fond en comble, ils ne trouvent rien que de la paille.

Les années passent et Nasirudin devient de plus en plus riche. Les douaniers continuent vainement de faire leur fouille quotidienne, plus par routine que par espoir de découvrir l'origine de sa richesse. Finalement, Nasirudin, maintenant devenu vieillard, abandonne de son métier de contrebandier. Un jour il rencontra le douanier en Chef, qui est aussi en retraite. "Dis, moi, Nasirudin", supplie son ancien adversaire, "Maintenant que tu n'as rien à cacher, et moi, rien à trouver, qu'est-ce que tu faisais passer en contrebande pendant toutes ces années?"

Nasirudin regarda le douanier en Chef dans les yeux, hausse les épaules et répond: "Des ânes, bien sûr".



Les chants et les danses rendent facile la souvenir des messages importants. De plus, ils constituent une exercice amusant et interactif.

Des exemples d'exercices adaptés à Foyer se trouvent à la fin de ce chapitre.

### Chants et Danses

Les Chants et les Danses rendent facile la souvenir des messages importants. De plus, ils constituent une exercice amusant et interactif. Lorsqu'on utilise les chansons, il faut changer les paroles pour y incorporer les messages nutritionnels. Au Mozambique, les Volontaires Foyer ont créé une chanson sur Foyer. A Myanmar, les Volontaires ont créé une chanson pour enfants, qui est chantée lors des séances Foyer.

## 9. Etablir une stratégie d'évaluation de la formation

Il est important de connaître l'effectif ds apprenants et les compétences qui peuvent leur causer des difficultés pour pouvoir adapter la formation si nécessaire. Observer les participants pendant les jeux de rôle et poser des questions pour évaluer leurs connaissances sont des techniques d'évaluation informelle.

## 10. Préparer la formation et le matériel d'évaluation

Il faut finaliser la conception de la formation et déterminer le responsable du développement de chaque partie de la formation. Il faut élaborer un programme pour chaque séance de formation de même que le matériel visuel et pédagogique. Deux échantillons de modules pour la formation des volontaires Foyer sont présentés à la fin de ce chapitre.

## 11. Diriger la formation

La dernière étape est de diriger et d'évaluer les séances de formation proprement dites.

## EXEMPLE DE DESCRIPTION DE POSTE

### 1. Exemple de Description de Poste de DIRECTEUR DU FOYER/FORMATEUR PRINCIPAL

#### Responsabilités

- ♥ Former les Superviseurs/Formateurs à la formation des volontaires
- ♥ Diriger le processus EDP et faciliter l'analyse des résultats
- ♥ Responsable de la conception, de la sélection et de l'utilisation de tout le matériel d'éducation utilisé au Foyer, lors des réunions du Comité de Santé, et lors des visites à domicile
- ♥ Analyser les données sur la nutrition et en informer la communauté
- ♥ Discuter avec les leaders locaux et le personnel des infrastructures sanitaires de l'introduction et de l'évaluation du programme
- ♥ Coordination avec le Ministère de la Santé
- ♥ Créer des liens avec les ONG, les universités et les organisations internationales (UNICEF, etc.)
- ♥ Surveiller le processus et les résultats de EDP
- ♥ Avec l'équipe et les volontaires, planifier les menus, calculer leur valeur calorifique et protéique
- ♥ Assurer la gestion globale de toutes les séances Foyer
- ♥ Etablir un système de contrôle à base communautaire

#### Qualifications

- ♥ Diplômé universitaire
- ♥ Expérience sur le terrain en matière de nutrition communautaire
- ♥ Expérience en organisation/développement communautaire
- ♥ Expérience en apprentissage participatif des adultes

#### Compétences Clés

- ♥ Principes d'éducation des adultes
- ♥ Techniques d'évaluation participative (ex. PLA, PRA)
- ♥ Techniques de supervision
- ♥ Aptitude technique en Promotion du Contrôle de la Croissance (PCC): usage des méthodes anthropométriques
- ♥ Principes de base en nutrition
- ♥ Mobilisation de la communauté
- ♥ Concept de DP
- ♥ Usage des tableaux des valeurs nutritives
- ♥ Enquête sur les places du marché
- ♥ Planification des menus pour satisfaire les besoins en calorie et en protéine
- ♥ Stimulation de la petite enfance et technique de développement
- ♥ Techniques de contrôle et d'évaluation à base communautaire

Ces exemples de description de poste donnent des idées à adapter pour votre région

1. *Directeur Foyer/ Formateur Principal*
2. *Superviseur/ Formateur*
3. *Comité de Santé*
4. *Volontaire du Foyer*



**Les qualifications** sont identiques aux critères de sélection

**Les compétences clés** Identifier les connaissances et compétences nécessaires pour réussir au poste – elles sont identifiées dans l'analyse de tâche.

## EXEMPLE DE DESCRIPTION DE POSTE

### 2. Exemple de Description de Poste de SUPERVISEUR/FORMATEUR



*L'une des responsabilités du Superviseur/ Formateur Foyer est d'apprendre aux volontaires à faciliter l'apprentissage des responsables des soins et à diriger les séances Foyer.*

#### Responsabilités

- ♥ Aider à sélectionner les volontaires communautaires
- ♥ Apprendre aux volontaires à faciliter l'apprentissage des responsables des soins à mener les EDP et les séances Foyer
- ♥ Identifier les familles déviantes positives et aider à mener les EDP
- ♥ Discuter avec les leaders du village, le personnel des infrastructures sanitaires, et les comités communautaires de santé
- ♥ Superviser de multiples séances Foyer à la fois
- ♥ Aider les volontaires à mobiliser les mères qui sont plutôt réservées pour que les mères participantes aient l'occasion de faire la pratique avec tous les comportements
- ♥ Fournir les ingrédients pour les menus Foyer et enseigner aux volontaires et aux mères à assumer cette responsabilité
- ♥ Créer un plan mensuel (ordre du jour/ itinéraire) pour la mise en œuvre du Foyer dans une zone géographique donnée
- ♥ S'assurer de la mise en œuvres du protocole Foyer (se laver les mains, casse-croûte, cuisson, nutrition et formation)
- ♥ Comprendre suffisamment la nutrition pour substituer les menus (addition de fruits, remplacement des légumes, identifier le calendrier saisonnier des aliments)
- ♥ Aider les volontaires à diriger les responsables des soins dans le processus de cuisson pour que la nourriture soit savoureuse et appropriée aux jeunes enfants
- ♥ Mener les visites de suivi au domicile des participants en compagnie des volontaires

#### Qualifications

- ♥ Vit avec les communautés cible
- ♥ S'entend bien avec les femmes et les groupes de femmes
- ♥ Humble
- ♥ Niveau 5eme au minimum
- ♥ Expérience en santé communautaire souhaitable

#### Compétences Clés

- ♥ Principes d'éducation des adultes
- ♥ Techniques d'évaluation participative (ex.PLA, PRA)
- ♥ Techniques de supervision
- ♥ Aptitude technique en Promotion du Contrôle de la Croissance (PCC): usage des méthodes anthropométriques
- ♥ Principes de base en nutrition
- ♥ Mobilisation de la Communauté
- ♥ Concept de DP (Déviance Positive)
- ♥ Usage des tableaux des valeurs nutritives
- ♥ Enquête sur les places du marché
- ♥ Planification des menus pour satisfaire les besoins en calorie et en protéine
- ♥ Stimulation de la petite enfance et technique de développement
- ♥ Techniques de suivi et d'évaluation à base communautaire

## EXEMPLE DE DESCRIPTION DE POSTE

### 3. Exemple de description de poste du Comité de SANTÉ DU VILLAGE

#### Responsabilités

- ♥ Analyser l'état sanitaire de la communauté et partager les préoccupations avec elle
- ♥ Participer à l'identification des enfants malnutris par une évaluation nutritionnelle et la surveillance de la croissance
- ♥ Participer à l'identification des familles Déviants Positifs et mener l'EDP
- ♥ Participer à la conception du programme et en fixer les objectifs
- ♥ Plaider auprès des leaders communautaires pour les programmes de surveillance de la croissance
- ♥ Gérer et coordonner les activités du Foyer au niveau local, y compris l'établissement du programme, l'acquisition des fournitures et équipements nécessaires, la sélection des participants et veiller à la participation des concernés
- ♥ Fixer les critères de sélection, sélectionner, et superviser les volontaires Foyer
- ♥ Collaborer avec l'organisation exécutrice du programme Foyer et avec le personnel sanitaire local
- ♥ Suivre les événements importants et en rendre compte aux leaders communautaires, au M.S. et à la communauté dans son ensemble
- ♥ Gérer le surveillance et la promotion de la croissance
- ♥ Promouvoir la participation au Foyer
- ♥ Recueillir et interpréter les données sur le Foyer et les données sur la surveillance de la croissance et les échanger avec les leaders communautaires, les membres de la communauté et les animateurs de santé
- ♥ Créer et actualiser régulièrement les Tableaux d'Affichage Visuels
- ♥ Evaluer les résultats de Foyer et déterminer les critères de réussite
- ♥ Rechercher si nécessaire d'autres supports en faveur des familles Foyer notamment l'aide alimentaire, l'emploi, le crédit, les intrants agricoles, etc.



*L'une des responsabilités du Comité de Santé du Village est d'apprendre les volontaires à participer à l'élaboration de programme et la fixation des objectifs.*

#### Qualifications

- ♥ Intérêt pour l'amélioration du statut sanitaire et nutritionnel de la communauté
- ♥ Disponibilité
- ♥ Bonne aptitude au travail d'équipe
- ♥ Respecter par les autres



## EXEMPLE DE DESCRIPTION DE POSTE

### 4. VOLONTAIRE DU FOYER



*L'une des responsabilités du Volontaire du Foyer est superviser le traitement des aliments, la cuisson des repas, et l'alimentation des enfants pendant le Foyer.*

#### **Responsabilités:**

- ♥ Peser les enfants, enregistrer le poids sur le graphique de croissance et prodiguer des conseils aux mères
- ♥ Participer activement à l'EDP
- ♥ Inviter les enfants et leurs parents aux séances Foyer
- ♥ Acheter des aliments supplémentaires et les préparer selon le menu fixé
- ♥ Motiver les mères à assister aux séances Foyer et à apporter leurs contributions en nourriture
- ♥ Encourager une alimentation active
- ♥ Superviser les responsables des soins lors du traitement des aliments, de la cuisson des repas, et de l'alimentation des enfants pendant le Foyer
- ♥ Transmettre des messages simples sur la nutrition, la sécurité des aliments et l'hygiène lors des activités de Foyer
- ♥ Contrôler l'assiduité, le progrès et les contributions en aliments
- ♥ Rendre compte au Comité de Santé local
- ♥ Soutien appuyé pendant deux semaines et à domicile, aux mères ayant participé au Foyer

#### **Qualification:**

- ♥ Volonté de mettre à disposition son temps et sa maison
- ♥ Mariée avec enfants
- ♥ Tous ses enfants sont en bonne santé et bien nourris
- ♥ Avoir la confiance et respect de la communauté
- ♥ Instruction minimum si possible
- ♥ Soif de la connaissance

# EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

## 1. CONSTRUCTION DU VILLAGE

**Contribution du Dr. Tarig, Conseiller Régional en Matière de Santé, Save the Children**

**But:** Illustrer le concept de Déviance Positive par l’usage d’un «outil à 3 dimensions» et provoquer une discussion au sein du groupe.

**Avec qui:** Une assemblée de membres d’une communauté, un groupe d’hommes et un groupe de femmes.

**Quand l’utiliser:** Lors d’une réunion d’information, comme première étape de EDP, ou lors de la réunion de concertation à propose des résultats de EDP

**Matériel:** Quelque chose pour représenter les maisons, (petites maisons en carton, pierres, briques, boules faites d’aigle feuille de différentes tailles); 3-5 petites images d’enfants en bonne santé; 10-15 petites images d’enfants en mauvaise santé; de la craie, un morceau de bois, et des marqueurs. En absence d’image, utiliser des feuilles d’arbre intactes pour les enfants en bonne santé et les feuilles déchirées pour ce qui sont malnutrits.

**Durée:** 20 à 30 minutes

### Étapes:

1. Dessiner les limites d’un village fictif. Demander aux participants de placer des boîtes ou des pierres là où les maisons devraient être et y dessiner d’autres points de repère importants (route, rivière, pont, édifice religieux, école, etc...)
2. Placer les images d’enfants face contre terre sous quelques «maisons» en veillant à ce que plusieurs maisons pauvres aient l’image d’un enfant bien nourri.
3. Expliquer aux membres de la communauté que c’est un village où la plupart des gens vivent dans les mêmes conditions socio-économiques et que dans chacune de ces maisons (en indiquant celles avec un bout de papier) vivent des enfants de moins de trois ans. La plupart d’entre eux souffrent de malnutrition.
4. Demander aux volontaires de ramasser les pierres ou briques
5. Demander à chacun ce qu’il a trouvé dans sa maison. Ils répondront qu’ils ont trouvé soit enfant bien-nourri ou un enfant mal-nourri
6. Faire compter par un volontaire le nombre d’enfants malnutrits et celui des bien nourris et ensuite poser la question: “Combien d’enfants malnutrits avons-nous dans ce village? Comment pouvons-nous résoudre ce problème?”
7. Ecouter le suggestions faites par les villageois. Vous devriez les entendre dire: “Nous pouvons apprendre des familles qui ont des enfants bien nourris ce qu’elles font AUJOURD’HUI pour maintenir leurs enfants en bonne santé et pour rendre les autres enfants malnutrits bien portants également!” Si vous entendez cette réponse, il faut la renforcer. Sinon, en faire la suggestion a après avoir ouvert un débat.

**Cette section est consacré à des exercices adaptés au Foyer**

Plusieurs exercices peuvent être adaptés et utilisés au Foyer. Il faut identifier le message ou le comportement qu’on veut enseigner et ensuite développer un moyen efficace pour le véhiculer en ayant recours aux principes d’apprentissage des adultes.

En voici des exemples créés et adaptés pour Foyer. Consulter les ouvrages sur les activités pour d’apprentissage des adultes pour d’amples informations.

## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

- Inviter les villageois à faire des commentaires et guider la discussion pour les aider à se rendre compte que le même principe peut être appliquée pour apprendre à maintenir les enfants de leur village en bonne santé.

### 2. COMPORTEMENTS DE DÉVIANCE POSITIVE

*Contribution du Dr Hien, Service de Santé du District de Dakrong, Save the Children/Vietnam*

**But:** Développer “l’appropriation communautaire” et permettre aux membres d’une communauté d’identifier immédiatement des solutions accessibles au problème de malnutrition infantile.

**Avec qui:** Parents des enfants de moins de trois ans (ou autre groupe d’âge ciblé); hommes et femmes des réseaux formels et informels; cadres de santé; leaders villageois; etc.

**Quand:** Lors des réunions communautaire de concertation à propos des résultats de EDP et de planification d’action.

**Matériel:** Grands tableaux de croissance codifiés par des couleurs et qui ont été préparé lors d’une réunion initiale avec la communauté; feuille de tableau de conférence, marqueurs, bandes de papier; 4 images d’enfant en bonne santé; 4 images d’enfant malade; scotch.

**Durée:** 2 heures

#### Etapes:

1. Avant la réunion

A. Placer une image d’un enfant en bonne santé au centre du premier poster et une image d’un enfant malade au centre du second poster. Veiller à ce que chaque groupe ait les deux posters.

B. Ecrire et illustrer les comportements/pratiques en rapport avec le recours aux soins de santé et la prise en charge sanitaire, l’alimentation et l’hygiène corporelle découverts lors des visites aux familles DP et non DP sur les bandes de papier séparées (un comportement par bande de papier).

2. Demander aux villageois d’analyser la signification du grand tableau de croissance précédemment préparé. Les faire venir au tableau et indiquer les différentes conduites. Mettre l’accent sur le fait que bien que la plupart d’enfants de familles pauvres étaient malnutris, il y avait plusieurs familles pauvres dont les enfants étaient “bien nourris.”



IDEE

#### REMARQUE SUR ■ LE MATÉRIEL:

Le grand tableau de croissance codifié par couleurs peut être préparé avec la communauté après l’évaluation de l’état nutritionnel de base et le classement selon la richesse pour l’identification des enfants DP (voir chapitre 3). En utilisant le poids de chaque enfant, mettre étoile ou figurine sur le tableau à la place appropriée pour chaque enfant. Utiliser une étoile noire ou figurine pour les enfants des familles “pauvres” et une étoile jaune pour les enfants des familles “aisées”

## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

3. Diviser les participants en quatre groupes. Donner à chaque groupe deux grandes feuilles de la taille du tableau de conférence (une avec une image d'un enfant bien nourri et l'autre avec une image d'un mal nourri). Donner à chaque groupe un paquet de bandes de papiers avec des comportements/pratiques de ayant trait à la santé écrits dessus. (Groupe 1: Recours aux soins; Groupe 2: Pris en charge; Groupe 3: Alimentation; Groupe 4: Hygiène). Le facilitateur explique soigneusement que les comportements/pratiques écrits sur les bandes de papier ont été chez les familles vivant dans leur communauté.
4. Demander aux groupes d'analyser les comportements et scotcher chaque comportement sur un tableau. Les comportements qu'ils considèrent comme bons devraient être sur le tableau avec les enfants bien nourris et les comportements considérés comme mauvais devraient être placés sur le tableau avec les enfants malnutris.
5. Après 10 à 15 minutes, reconstituer un groupe unique et discuter des résultats. Par exemple, le groupe dont le paquet de bandes de papier contenait les comportements / pratiques en rapport avec l'alimentation (tel que le recours au colostrum, le non-recours au colostrum, l'allaitement au sein immédiatement après l'accouchement, ou l'initiation à l'allaitement au sein après quatre jours, etc.) doit expliquer pourquoi ils ont décidé de mettre chaque comportement sur l'un ou l'autre tableau.
6. Après que chaque groupe ait fait sa présentation, demander à tous les participants de marquer leur accord ou désaccord et d'argumenter. Encourager les discussions. L'expérience et la sagesse du groupe est un excellent moyen pour corriger le peu d'erreurs commises.
7. Après que tout le monde aient fait sa présentation, insister sur le fait que, "tous les comportements que vous avez énuméré proviennent des familles de CETTE communauté."
8. Demander une personne de chaque groupe de venir au tableau avec l'image de l'enfant bien nourri et les "bonnes pratiques" qui ont été choisies. Faire placer un "X" sous les comportements qu'une famille pauvre pourrait adopter et un "X" rouge sous les comportements que les familles riches pourraient adopter.

### Note provenant du Vietnam:

L'exercice a été pris au sérieux que les groupes ont identifié quelques comportements que SEULES les familles riches pourraient adopter, tels que l'usage du savon pour laver les habits et pourvoir suffisamment d'habits chauds aux enfants pendant l'hiver. Tous les autres comportements/pratiques ont été identifiés avec à la fois un "X" noir et un "X" rouge signifiant qu'ils étaient accessibles à tout le monde dans la communauté.



IDEE

### ■ Conseil pour l'étape 2

Le facilitateur peut faire venir plusieurs personnes au tableau et répéter ainsi l'explication pour s'assurer que tout le monde a compris.



EXEMPLE

### ■ Exemple pour l'étape 6

Un groupe a initialement identifié l'usage du colostrum comme pratique négative (l'a placé sur le tableau avec les enfants). Après discussion, tout le groupe a décidé que c'était une bonne pratique et l'a déplacé pour le mettre sur le tableau présentant les enfants bien nourris.



### Note du Vietnam

Le casse-tête initial des participants porte d'une part sur les

visites à faire par les familles pauvrement nourries à celles qui sont bien nourries et d'autre part sur l'apprentissage de ce qu'elles faisaient pour avoir des enfants bien nourris. En les incitant un peu, les villageois ont ajouté qu'il était plus important/utile de faire PRATIQUER ou FAIRE les nouveaux comportements et pas seulement en entendre parler. La réunion a duré deux heures et c'était une façon brillante de démontrer comment les idées, l'expérience et les connaissances collectives d'une communauté pouvaient être explorées et utilisées pour résoudre ses problèmes avec des ressources existantes.

Le facilitateur a sans cesse fait référence au fait que la pesée des enfants, l'établissement du tableau de croissance et la découverte du fait qu'il était possible pour une famille pauvre d'avoir un enfant bien nourri, ont été accompli par la communauté. De même, la découverte de bons comportements permettant même aux familles pauvres d'avoir des enfants bien nourris, était basée sur les comportements/pratiques découverts chez des membres de leur communauté! La mise en évidence de ces faits a eu comme effet une vraie appropriation communautaire" de la définition du problème et de l'identification des stratégies pour combattre la malnutrition, qui sont manifestement AUJOURD'HUI accessibles à tout les membres de la communauté.

## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

9. En vue de établir un plan d'action, demander aux participants ce qu'ils veulent faire des enfants malnutris dans la communauté. On peut espérer qu'ils vont tous être d'accord qu'ils veulent que les enfants malnutris deviennent bien nourris. Il faut alors leur demander de dire comment ils peuvent utiliser les tableaux nouvellement créés des comportements conduisant à un enfant "bien nourri" pour améliorer l'état de santé/nutritionnel de tous les enfants dans la communauté.

### 3. CONSTRUIRE JUSQU' AU CIEL

**But:** Illustrer le concept de durabilité.

**Avec qui:** Groupe de membres de la communauté (leaders, enseignants, décideurs, hommes, femmes) et gens en formation.

**Quand:** Lors des réunions communautaires de concertation à propos des résultats de EDP et de planification d'actions; formation des formateurs sur le concept d'EDP.

**Matériel:** Quatre objets de même taille (ex. briques, livres, annuaires téléphoniques, dictionnaires).

**Durée:** 5 minutes

#### Étapes:

1. Diviser les participants en trois équipes au minimum. Demander à chaque équipe de se mettre à l'écart des autres.
2. Expliquer que chaque équipe à besoin de construire la structure la plus élevée possible, le plus rapidement possible, en utilisant les objets disponibles dans la salle. L'équipe qui construit la structure la plus élevée gagne.
3. Pour le rendre plus difficile, donner à chaque équipe un objet de même taille (une brique ou un livre) et leur demander de s'en servir comme fondation.
4. Donner trois minutes pour la construction.
5. Après les 3 minutes, féliciter l'équipe gagnante. ENSUITE PRENEZ UNE PAUSE.
6. Retirer les bases qui ont servi pour la construction des structures et assister à l'effondrement des structures.
7. Demander aux participants ce qui s'est passé.
8. Guider la discussion pour expliquer comment que cela montre le besoin de construire sur une base qui implique les partenaires communautaires dès le premier jour. C'est un jeu amusant et un exercice puissant pour l'illustration des concepts de construction à partir des ressources existantes et l'usage des approches basées sur les atouts.

# EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

## 4. ALLUMAGE DES BOUGIES

*Contribution du Personnel de Terrain de Save the Children au Camp de Réfugiés Afghans.*

**But:** Illustrer la façon dont les individus apprennent les uns des autres et disséminent de nouvelles pratiques parmi les membres de la communauté.

**Avec qui:** Groupe de membres de la communauté (leaders, enseignants, décideurs, hommes et femmes).

**Quand:** Lors de la réunion communautaire de concertation à propos des résultats d'EDP et de planification d'actions; le dernier jour de la séance Foyer.

**Matériel:** 25 à 30 bougies et une boîte d'allumettes

**Durée:** 3 à 5 minutes.

### Étapes:

1. Distribuer les bougies à tout le monde dans le groupe.
2. Identifier deux ou trois membres actifs de la communauté parmi l'audience et allumer leurs bougies.
3. Demander à chaque membre de la communauté qui a été identifié d'allumer les bougies de leurs voisins d'un côté ou de l'autre.
4. Demander à ces individus d'allumer les bougies d'autres autour d'eux, etc...
5. Demander aux participants d'expliquer ce que l'activité signifie.
6. Guider la discussion pour illustrer l'impact de l'implication des participants dans la dissémination de ce qu'ils ont appris des autres (parents, amis, etc.). Cette activité illustre aussi l'idée de progrès de "l'obscurité à la lumière", surtout si l'activité est menée le soir.



### Variantes de l'exercice "Allumage des Bougies"

#### # 1: Illustration du concept DP en matière d'appui

Au lieu que le facilitateur allume les bougies, il demande à deux ou trois individus de l'audience de porter des bougies et des allumettes (représentant les individus DP avec des comportements DP). Chacun d'eux allume ses propres bougies et ensuite se tourne vers ses voisins pour allumer les leurs.

**#2: Comparaison des systèmes sociaux du Ministère de Santé et ceux à base communautaire** (à utiliser pendant la formation). Une fonctionnaire sociale supposée allume sa bougie, ensuite se met à allumer chaque bougie dans l'audience. L'exercice est alors répété en utilisant la version originale décrite plus haut. Discuter les différences entre les deux expériences et le temps que cela prend.

## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

### 5. LA DEBROUILLARDISE



*Plier les feuilles de papier petites que seul un groupe peut s'y tenir.*

**But:** Pour illustrer l'aptitude de certains à se débrouiller mieux que d'autres avec peu de moyens.

**Matériel:** Plusieurs grandes feuilles de papier/pièces de tissu .

**Durée:** A peu près 10 minutes.

**Etapes:**

1. Diviser les participants en groupes de trois ou quatre et donner à chaque groupe une feuille de papier ou pièce de tissu ayant les mêmes dimensions. (Pour bien faire, il devrait y avoir un minimum de trois groupes pour cet exercice).
2. Expliquer que chaque équipe aura besoin de s'arranger pour que tous les membres se tiennent debout sur la feuille de papier sans qu'aucune partie de leurs corps ne touche le sol. Le groupe qui y parvient aura gagné.
3. Une fois que les équipes terminent l'exercice avec succès, les féliciter. Ensuite, leur demander de descendre, plier chacune des feuilles de papier en deux et leur demander de répéter l'exercice. Répéter cette étape jusqu'à ce que les feuilles de papier deviennent si petites que seul un groupe est capable de se tenir dans les limites de leur feuille de papier. Féliciter le groupe gagnant.
4. Demander aux participants d'expliquer la pertinence de l'exercice par rapport au sujet en discussion. Par exemple: comment est-ce que les gens font lorsque les ressources s'amenuisent; quelles aptitudes à trouver des solutions certains individus ou groupes développent-ils pour faire face à une crise? Quelles sont les caractéristiques d'un comportement DP?

### 6. EXERCICE DE PETIT GROUPE

**But:** Mieux comprendre l'approche de Déviance Positive.

**Matériel:** Aucun

**Durée:** 30 minutes (15 minutes en petits groupes: 15 minutes pour la discussion en groupe élargi).

**Etapes:**

1. Diviser les participants en trois groupes. Donner à chaque groupe une des questions ou des assertions suivantes comme sujet de discussion.
2. Demander à chaque groupe de faire part des résultats de leur discussion à toute l'assemblée.

## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

**Groupe 1: Répondre à la question suivante:** En quoi l'Approche de Déviance Positive diffère des outils traditionnels de résolution des problèmes de développement? Tracer un tableau avec deux colonnes (une pour les outils traditionnels et une pour DP) et demander aux participants de noter leurs réponses dans la colonne appropriée.

**Groupe 2: Discuter cette déclaration:** "L'approche DP est un outil utilisé pour s'assurer de la durabilité d'un projet de développement."

**Groupe 3: Discuter cette déclaration:** "Déviance Positive = trouver des solutions aux problèmes de la communauté au sein de la communauté."

### 7. SUPPOSITIONS

**But:** Identifier les causes de la malnutrition et défier les hypothèses pré-existantes.

**Matériel:** Tableau et marqueurs

**Durée:** 20 à 30 minutes

**Etapas:**

1. Demander aux participants de rédiger ce qu'ils croient être les cinq causes de la malnutrition.
2. Fusionner les différentes listes et écrire au tableau, par ordre de fréquence décroissante les points cités.
3. Amener le groupe à identifier les causes qui sont "supposées" et pas nécessairement vraies.
4. Discuter de la façon dont la malnutrition n'est pas directement liée à la condition économique. On suppose généralement que lorsque le revenu s'accroît, la nutrition s'améliore. Ceux dont le revenu s'accroît peuvent s'acheter des produits de luxe au lieu d'acheter des aliments nutritifs pour leur famille. C'est pourquoi la visite d'une famille aisée avec un enfant mal nourri est parfois incluse dans l'Etude sur la Déviance Positive.

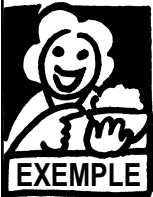


*On suppose généralement que lorsque le revenu s'accroît, la nutrition s'améliore. Ceux dont le revenu s'accroît peuvent s'acheter des produits de luxe au lieu d'acheter des aliments nutritifs pour leur famille.*



## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

### 8. COÛTS DES COMPORTEMENTS DE DP



#### Coût des comportements DP

Démontrer les avantages en matière de coût de l'approche DP/Foyer en demandant aux participants de comparer et discuter les coûts et les méthodes suivants de réhabilitation d'un enfant mal nourri:

♥ Coût d'hospitalisation = US\$ 100

♥ Coût d'une admission dans un centre de réhabilitation = US\$ 35

♥ Coût de la participation à un Foyer = US\$ 4

**But:** Développer une prise de conscience des comportements et pratiques pas chers qui peuvent réduire la malnutrition même chez ceux qui vivent dans la pauvreté.

**Matériel:** Aucun

**Durée:** 15 à 20 minutes

#### Etapes:

1. Demander aux participants combien ça coûte:

- ♥ D'utiliser une nourriture de Déviance Positive qu'on peut récolter
- ♥ D'allaiter
- ♥ De se laver les mains
- ♥ De pratiquer l'hygiène personnelle
- ♥ De prendre soin d'un enfant
- ♥ De stimuler un enfant
- ♥ De prévenir la déshydratation.

2. Expliquer que malgré que la plupart des gens indiquent la pauvreté comme étant la cause principale de la malnutrition, il existe de bonnes pratiques nutritionnelles qui ne sont pas liées au revenu, qui ne coûtent pas cher et sont même parfois gratuites.

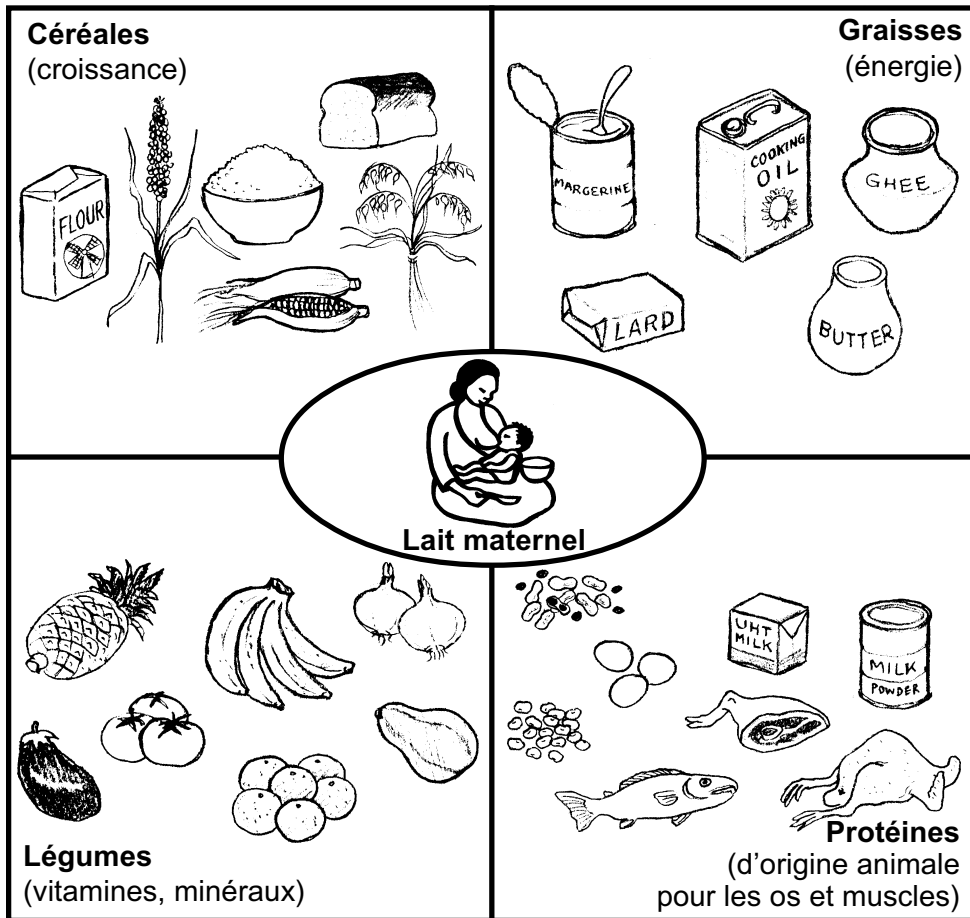
# EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

## 9. REPAS TRADITIONNELS

**But:** Démontrer la valeur des repas traditionnels et l'utilisation des outils de planification des repas.

**Matériel:** Dessiner le carré des aliments.

### Le Carré des Répas



**Durée:** 30 minutes

### Étapes:

1. Circuler dans la salle et demander à chaque participant de décrire son repas ou son plat préféré que sa grand mère avait l'habitude de préparer.
2. Utiliser la méthode du carré des aliments (chapitre 5) pour analyser la valeur nutritive des repas traditionnels.
3. Discuter la façon dont les repas traditionnels sont généralement bien équilibrés et nutritifs et comment aujourd'hui nous avons oublié en quelque sorte la sagesse de nos ancêtres.

## EXERCICES ADAPTÉS AU FOYER

### 10. CHOIX DES ALIMENTS



*Amener les participants à faire un rapide rappel de tout ce qu'ils ont mangé durant les 24 précédents heures.*

**But:** Enseigner les principes de bonne nutrition

**Matériel:** Aucun (tableau ou papier au choix)

**Durée:** 15 à 20 minutes

**Étapes:**

1. Amener les participants à faire un rapide rappel de tout ce qu'ils ont mangé durant 24 précédentes heures.
2. Discuter leur choix alimentaires et le valeur nutritive de ces aliments.

# PLAN DE FORMATION DES VOLONTAIRES

## MODULE UN

**Participants:** Volontaires Foyer choisi(e)s par les communautés et provenant des différents communautés.

**Durée/Délais:** 2 jours (6 heures par jour)

### Objectifs de la Formation:

A la fin de cette formation, les étudiants seront capables de:

1. Expliquer les deux objectifs du projet aux mères et aux responsables des soins
2. Convaincre les mères et les membres de la famille d'apporter leur contribution journalière de nourriture "spéciale" à la séance DP/Foyer
3. Etablir et mener une séance DP/Foyer chez eux ou chez d'autres membres de la communauté
4. Apprendre aux mères et aux membres de la famille, en utilisant un support visuel (poster), leurs rôles et responsabilités pour effectuer DP/Foyer avec succès
5. Créer et utiliser le livre DP/Foyer

### JOUR 1 (6 heures)

#### Plan

##### I. Révision

- A. Salutation/Introduction
- B. Analyse des résultats de EDP (Tableaux des résultats)
- C. Analyse: Qui veut-on aider ? (Tableau des résultats de la Promotion de la surveillance de croissance communautaire)
- D. Objectifs de la formation DP/Foyer (Tableau 1)

##### II. Informations sur DP/Foyer

- A. Quels sont les deux objectifs de DP/Foyer) (Tableau des objectifs)
- B. Qu'est-ce qu'une séance DP/Foyer? Quand effectuer le Foyer? (Tableau/Calendrier)
- C. Quelle est l'équipe qui travaillera à la réhabilitation des enfants malnutris et quelle est le rôle de chaque personne?
- D. Rôle du volontaire
- E. Critères d'admission à la séance Foyer
- F. Contribution nutritionnelle de chaque familiale à la réhabilitation conjointe des enfants malnutris
- G. Exercice 1 – Conception d'affiches pour les deux objectifs et la contribution nutritionnelle familiale
- H. Jeu de rôle avec affiches

Ce volet présente le plan de formation pour volontaires Foyer établi par Save the Children au Myanmar

### Materiels:

- ♥ Tableau a feuille, tableau blanc, effaceur et marqueurs.
- ♥ Affiche avec résultats de la surveillance de croissance locaux
- ♥ Affiche avec les résultats DP dans tout le zone d'intervention
- ♥ Carré des Aliments
- ♥ Aliments des quatre groupes alimentaires, surtout les aliments DP
- ♥ Images ou illustrations des aliments PD pour confection d'affiche
- ♥ 350 grammes de riz cuit et non cuit
- ♥ Outils locaux de mesure (boîtes de conserve, verres, cuillères, poids locaux, balance, etc.)
- ♥ Support visuel de menus et feuille du menu DP/Foyer.
- ♥ Calendrier mensuel
- ♥ Deux exemplaires du livre sur DP/Foyer (un pour chaque groupe)
- ♥ Modèle d'une affiche sur le but des messages DP/Foyer pour chaque site
- ♥ Crayons de couleur et grandes feuilles de papier (deux feuilles de papier pour chaque groupe)

## PLAN DE FORMATION DES VOLONTAIRES



*Confectionner un menu special pour familles pauvres avec des enfants bien nourris*

### III. Fabriquer des Menus pour DP/Foyer

- A. Analyse du carré des aliments
- B. Etablir le menu Foyer
- C. Etablir un menu spécial:le menu des familles pauvres avec des enfants bien nourris
- D. Calculer chaque portion par enfant avec les outils de mesure utilisés à la maison
- E. Le calendrier du menu Foyer
- F. Préparer le dîner ensemble /donner un nom local au projet
- G. Invention d'une chanson pour DP/Foyer, jeu de rôle

### JOUR 2 (6 HEURES)

.....

#### I. Révision du premier jour

- A. Jeu de rôle avec affiche sur les objectifs de DP/Foyer et la contribution familiale
- B. Analyse des comportements bénéfiques en matière d'alimentation, de soins d'hygiène et de recours aux soins au niveau des ménages (y compris les pratiques DP)

#### II. Protocoles

- A. Qu'est-ce qu'un livre Foyer?
- B. Exercice 2: Faire un livre Foyer
- C. Outils nécessaires pour une séance Foyer
- D. Procédures et taches pour la première séance Foyer

#### III. Logistique

- A. Préparation pour la séance Foyer
- B. Que dire à la famille des enfants malnutrits (jeu de rôle)C. Pratique de chanson interactive
- D. Fin de la Jour de formation

# PLAN DE FORMATION DES VOLONTAIRES

## MODULE DEUX

*Le module deux mise en oeuvre entre le première et deuxième semaine de Foyer.*

**Participants:** Volontaires choisies par la communauté et provenant des différents communautés.

**Durée/Délais:** 2 jours (Jour 1: 4 heures; Jour 2: 6 heures)

### Objectifs de la formation

A la fin de la formation, les participants seront capables de:

1. Utiliser efficacement les supports visuel
2. Mener des discussions de groupe avec les responsables des soins aux enfants malnutris sur différents sujets pendant les séances Foyer quotidiennes
3. Evaluer le progrès fait par chaque enfant et conseiller les responsables des soins en conséquence à la fin de la séance Foyer
4. Rendre compte des résultats de la séance Foyer au Comité de Santé local

### JOUR 1 (4 HEURES)

#### I. Etudes de Foyer en cours

- A. Salutation et introduction; Objectifs de la formation Foyer
- B. Examen des objectifs du Foyer (Tableau)
- C. Retour sur la semaine 1: leçons apprises (Tableau)
- D. Examen du menu Foyer (carré des aliments-tableau et prospectus)
- E. Rôle des pères (facultatif)

#### II. Sujets de discussion au Foyer au sein des Groupes de Discussion Dirigées (GDD)

##### A. Vue d'ensemble

1. Examiner les pratiques d'alimentation, de soins et de recours au soin de santé
2. Présentation des quatre supports visuels
3. Expliquer le calendrier des messages de base (tableau et prospectus)

##### B. Sujet Un: Nourriture et hygiène corporelle

1. Faits (tableau et savon)
2. Comment présenter le support visuel (questions)
3. Formateur joue le rôle de la facilitation d'un GDD
4. Volontaires jouent le rôle de la facilitation d'un GDD

##### C. Sujet Deux: Allaitement maternelle

1. Faits (tableau, questions, et démonstration)
2. Etude de comment avoir une GDD avec des questions sur l'allaitement
3. Volontaires jouent le rôle de GDD sur le sujet 2 et font part de leurs réactions

# PLAN DE FORMATION DES VOLONTAIRES

## JOUR 2 (6 HEURES)

.....  
**Mise en train:** Deux chansons pour enfants impliquant les mouvements

### I. Revision du Premier Jour

#### II. Sujets Foyer

##### A. Sujet Trois: Prévention et traitement des maladies

1. Les Faits (tableau - SRO fait à domicile)
2. Etude des questions pour des GDD
3. Comment mesurer la fréquence respiratoire chez enfants et préparer la solution de rehydratation orale à la maison (exercice avec des enfants)
4. Volontaires jouent le rôle de la facilitation pour le GDD sur le sujet 3 et donnent leurs impressions/feedback

##### B. Sujet Quatre: Prendre soins des jeunes enfants

1. Faits (tableau et jeu/chanson interactif)
2. Etude des questions pour GDD
3. Volontaires jouent le rôle de la facilitation pour un GDD sur le sujet 4 et donnent leurs impressions/feedback

##### C. Sujet 5: Message du dernier jour: Que pouvons nous faire à la maison par nous-mêmes

1. Affiche montrant une variété de nourriture et les résultats de l'enquête DP

### III. Procédures du dernier jour du Foyer

#### A. Procédures et tâches pour les Jours 1 et 2 de la séance Foyer

#### B. Conseiller les mères et les membres de la famille à la fin de la séance Foyer

#### C. Utiliser le jeu de rôles pour pratiquer le counseling des mères et membres de la famille

#### D. Faire un rapport sur Foyer



*Etudier les sujets de Foyer comme la prévention et le traitement des maladies au moyen d'une affiche présentant la préparation à la maison d'une solution de rehydratation orale.*

# CHAPITRE TROIS

## Etape 3: Préparation d'une Enquête sur la Déviance Positive



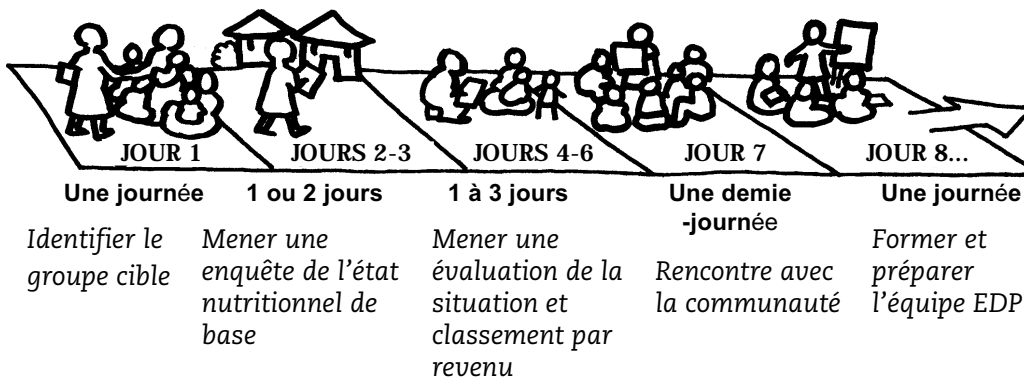
### ETAPE 3

#### Préparation d'une Enquête sur la de Déviance Positive:

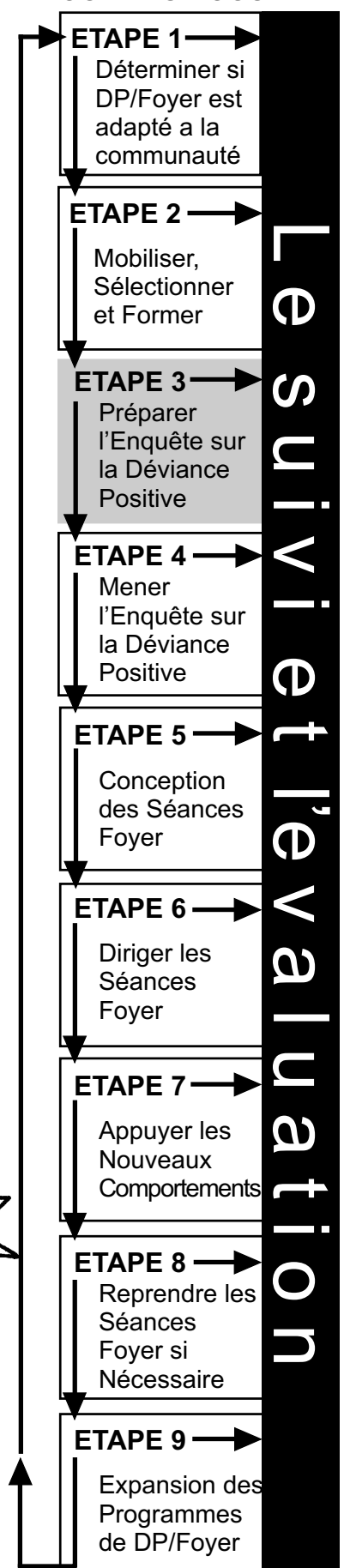
- A. Identifier le groupe d'âge cible
- B. Mener une évaluation de l'état nutritionnel de base
- C. Mener une analyse de la situation
- D. Etablir un classement selon le revenu
- E. Rencontre avec la communauté pour le feedback sur l'étude de l'état nutritionnel de base, la présentation du concept DP ainsi que la fixation des objectifs.
- F. Identifier les Déviants Positifs.
- G. Former et préparer l'équipe chargée de l'EDP (Enquête sur la Déviance Positive)

Une **Enquête sur la Déviance Positive (EDP)** est un outil spécifique d'étude communautaire destiné à découvrir les attitudes efficaces des responsables d'enfant "Déviants Positifs" afin qu'elles soient mis en pratique par les autres membres de la communauté pour résoudre un problème communautaire. Dans les programmes DP/Foyer, l'accent est mis sur les attitudes susceptibles de réduire la malnutrition infantile.

Avant de mener l'EDP, les étapes A à G listées ci-dessous, doivent être mis en oeuvre. Ce processus dure généralement entre une et trois semaines. Puisque l'état nutritionnel des enfants peut se détériorer rapidement, il faut réduire au maximum l'intervalle entre l'évaluation nutritionnelle, le classement par niveau de richesse et l'identification des familles DP. Les meilleurs résultats sont mises en oeuvre ces étapes sont suivies par une équipe multidisciplinaire, chaque membre apportant une contribution spécifique à l'étude.



### OÙ ETES-VOUS?





*Au cas où il y a un trop d'enfants de moins de 5 ans pour qu'ils soient tous inclus; il faudrait limiter aux enfants âgés entre 7 à 36 mois.*

*Certaines études prouvent qu'à cet âge, l'enfant sont les plus vulnérables sur le plan nutritionnel.*

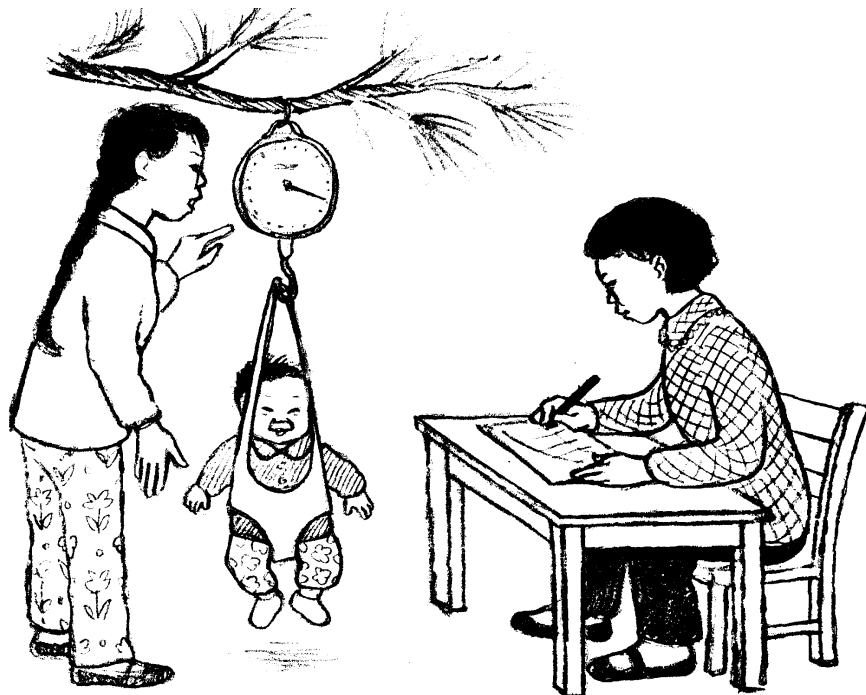
### **A. Identifier le groupe d'âge cible**

Dans beaucoup de cas, votre source de financement pourrait déterminer le groupe d'âge cible du programme de DP/Foyer. Si ce n'est pas le cas, il faut associer la communauté au choix du groupe cible: Les moins de 3 ans ou les moins de 5 ans? Etant donné que le sevrage ne survient pas avant l'âge de six mois, le plus jeune enfant cible devrait avoir sept mois. Au cas où il y avait trop d'enfants de moins de 5 ans pour qu'ils soient tous inclus, il faudrait se limiter aux enfants âgés de 7 à 36 mois. Plus que tous les autres, les enfants de moins de 3 ans connaissent une croissance rapide, sont plus vulnérables aux maladies, à l'émaciation et au rabougrissement. Ils répondent mieux à une intervention rapide. En plus, certaines études prouvent qu'à cet âge, l'enfant sont les plus vulnérables sur le plan nutritionnel. Si la malnutrition est très répandues au sein d'une communauté et que le nombre de malnutrits est élevé, il serait mieux de concentrer vos efforts sanitaires sur les enfants âgés de sept à vingt-quatre mois.

### **B. Mener une évaluation nutritionnelle de base**

L'évaluation nutritionnelle de base identifie les enfants malnutrits et sert d'outil de mobilisation communautaire. On doit peser tous enfants du groupe cible. Le poids par rapport à la taille est l'indicateur préféré pour évaluer la malnutrition aiguë ou l'émaciation. Cependant, le poids par rapport à l'âge étant la mesure la plus sensible au changement, elle est la méthode utilisée dans la plupart des programmes DP/Foyer, pour évaluer les enfants au poids insuffisant.

*Les indications relatives à la pesée et à la mesure des enfants sont présentées à la fin de ce chapitre et les Normes d'Age correspondant au Poids figurent dans le tableau 3.5.*



Tout enfant au poids insuffisant doit être classé selon le critère du poids par rapport à l'âge, en malnutrit léger, modéré ou sévère. Les indications relatives à la pesée et à la mesure des enfants sont présentées à la fin de ce chapitre et les Normes d'Age correspondant au Poids figurent dans le tableau 3.5. Si la Promotion et le Contrôle de la Croissance (PCC) existent déjà dans la communauté, l'évaluation nutritionnelle peut commencer lors des séances de contrôle de la croissance, tout en utilisant les données du mois en cours. Si la surveillance de la croissance n'existe pas, il faut envisager la mise en place de la PCC conjointement et simultanément avec DP/Foyer, afin d'identifier et contrôler l'état de la croissance de chaque enfant.

**Il convient d'identifier celui qui n'a pas gagné de poids suffisant.** Il est rare que 100% du groupe cible participent aux séances mensuelles de pesée de la PCC, et les enfants malnutris sont souvent les premiers à sauter ou manquer une séance de contrôle de la croissance. Les enfants qui y participent régulièrement, en général se proposent eux-mêmes et sont issus des familles déjà motivées, s'intéressant aux problèmes de santé.

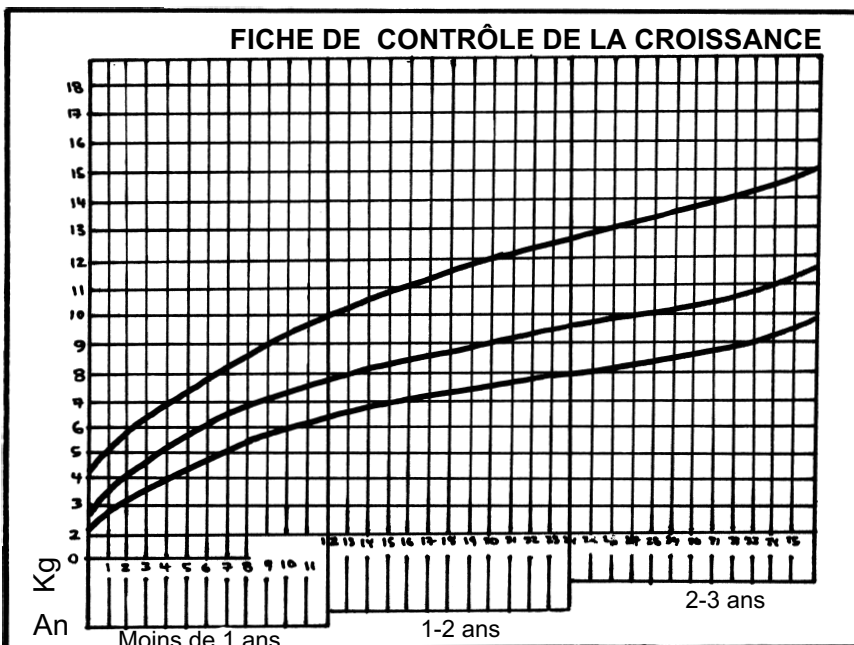
Dans les endroits où le contrôle de la croissance n'est pas en place ou lorsque les enfants ne se présentent pas, le personnel du projet et les volontaires devront faire du porte à porte pour identifier les enfants du groupe cible comme pendant un recensement et les peser. Cette procédure permet de s'assurer que tout enfant a été atteint et d'éviter le stress et le désordre provoqués par la pesée de groupes.

### Analyse des données

Les données sur chaque enfant sont enregistrées sur une Fiche de contrôle de la Croissance qui doit être gardée par le responsable de l'enfant. Ces données sont importantes pour le responsable de l'enfant et à la longue montrent graphiquement si l'enfant croît convenablement ou regresse et a besoin d'une assistance spécialisée. Sur la Fiche de Contrôle de la Croissance figurent typiquement trois parties indiquant l'état nutritionnel de l'enfant. Dans certains pays, ces parties sont colorée, comme indiqué au tableau 3.1.

**TABLEAU 3.1 FICHE DE CONTRÔLE DE LA CROISSANCE**

Lignes sur graphique	Etat de malnutrition	Couleur (plus commune)
1 <sup>ère</sup> ligne	Normal	Verte
2 <sup>ème</sup> ligne	Légère	Jaune claire
2 <sup>ème</sup> ligne	Modérée	Jaune
En-dessous de la 3 <sup>ème</sup> ligne	Sévère	Ligne rouge



**Lorsque les enfants ne prennent pas du poids, c'est souvent pour une des raisons suivantes:**

**Les pesées ne sont pas effectuées dans la communauté**

Ou

**On pèse les enfants mais:**

- ♥ La famille n'est pas informée pas
- ♥ La famille n'est pas assez motivée pour y participer
- ♥ La famille est gênée d'y aller parce que leur enfant a un poids suffisant
- ♥ La famille a vécu de mauvaises expériences lors de précédentes séances de pesée
- ♥ Les séances précédentes n'ont pas eu de résultats tangibles au de suivi significatif
- ♥ La famille croit que la pesée est nuisible pour les enfants

Il existe d'autres normes plus sophistiquées pour évaluer l'état nutritionnel de l'enfant. Le tableau 3.5. présente le poids pour l'âge pour les garçons et filles de 0 à 60 mois. Les tableaux sont souvent disponibles au Département de Nutrition du Ministère de la Santé du pays. Les poids qui sont inférieurs à la norme ou à la médiane d'un écart-type définissent la malnutrition légère. Ceux qui sont inférieurs à la norme ou à la médiane de deux écart-type définissent la malnutrition modérée et ceux qui sont inférieurs à la norme ou à la médiane de trois écart-type définissent la malnutrition sévère. Les écarts types d'une norme internationale sont communément appelés les "scores-Z". On peut voir ci-dessous une comparaison entre ces trois thèmes d'appellation. Les études de la recherche utilisent souvent les "scores-Z" pour pouvoir comparer des données collectées dans différents pays.

**TABLEAU 3.2 NIVEAUX DE MALNUTRITION SELON L'ÉCART-TYPE OU LE SCORE-Z**

Etat de Malnutrition	Ecart-Type (E) en dessous de la norme	Notation en Score-Z
Normal	Médiane	Médian
Légère	1	< - 1 scores-z
Modérée	2	< - 2 scores-z
Sévère	3	< - 3 scores-z



**Parcourir Les Enfants**

**IDEE**

Vérifier par recoupement si vous avez identifié tous les enfants d'une catégorie d'âge donnée (il est possible que tous les enfants n'aient pas été pesés).

**Quelques données empiriques dans les pays en voie de développement:**

♥ Si vous avez ciblé les moins de 5 ans, ils devraient constituer 16-20% de la population totale.

♥ Si vous avez ciblé les moins de 3 ans, ils devraient être entre 10-14% de la population totale.

Dans le reste de ce manuel ressource, on utilisera les termes de malnutrition, légère, modérée et sévère. Informez-vous sur les normes de votre pays auprès du Ministère de la Santé. Quelle que soit la méthode utilisée, il est important de pouvoir suivre le changement du poids de l'enfant au fil du temps.

L'état nutritionnel et le poids de chaque enfant peuvent être représentés graphiquement sur un tableau d'affichage ce qui permet à la communauté de comprendre l'état nutritionnel global des enfants dans cette communauté. Si les enfants malnutris sont nombreux, cette représentation graphique motivent la communauté à prendre des mesures. Pour que les familles ne se sentent pas gênées, les tableaux d'affichage ne doivent présenter que des marques ou des symboles et non les noms des enfants.

En utilisant le nombre total d'enfants de moins de 3ans (ou des moins de 5 ans), présenter sous forme de tableau le nombre d'enfants par chaque catégorie d'état nutritionnel. Utiliser un tableau semblable au Tableau 3.3. Une fois que tous les enfants sont pesés, l'évaluation nutritionnelle est basé sur l'ensemble des inscriptions de la population cible. Le nombre total des moins de 3ans (ou des moins de 5 ans) sert de dénominateur à la fraction des enfants malnutris de la communauté. Ensuite, calculer le pourcentage de chaque catégorie de malnutrition: Prendre le nombre total par catégorie, multipliez le par 100 et divisez le résultat par la population cible.

**TABLEAU 3.3****POURCENTAGE DES ENFANTS CIBLES  
PAR ETAT NUTRITIONNEL**

Etat nutritionnel	Effectif	Pourcentage
Normal		
Malnutrition légère		
Malnutrition modérée		
Malnutrition sévère		
Total		

**Préparer les résultats graphiquement**

Cette première évaluation est une base importante pour l'intervention. La communauté a besoin de ces informations. Elles proviennent d'elle et doivent être échangées. Il y a plusieurs façons de présenter les données pour qu'elles puissent être facilement comprises et que la communauté se rende compte de l'ampleur du problème. Les agents de santé locaux, le comité de santé du village, les autorités communautaires et tout autre groupe communautaire doivent accéder à ces informations. C'est le début de la mise en place des tableaux d'affichage visuels permettant d'évaluer le progrès réalisé dans la lutte contre la malnutrition. Le premier camembert (ou autre aide visuel) présente les informations de référence. Les informations ultérieures sont comparées aux premières.

**Les camembert**

Les camemberts sont importants pour rendre compte de l'effectif des enfants pour chaque état nutritionnel. Les agents de santé pourront montrer aux membres de la communauté comment dresser un camembert en se servant des proportions d'enfants bien nourris, légèrement malnutris, modérément malnutris, et sévèrement malnutris. La meilleure illustration serait de ne faire apparaître que deux groupes dans le graphique circulaire: ceux qui souffrent de toute forme de malnutrition et ceux qui sont bien portants.

**Bâton coloré**

Un bâton peut être peint avec différentes couleurs suivant le pourcentage des enfants de chaque catégorie de malnutrition.

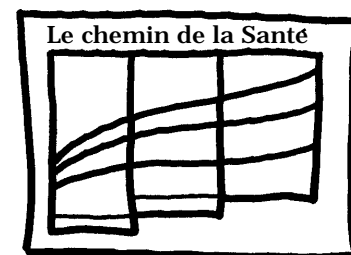
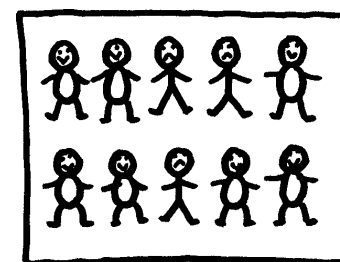
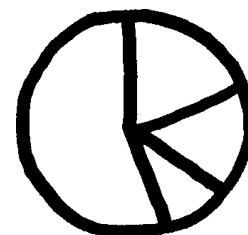
**Représentation en colonnes**

On utilise des colonnes pour montrer le pourcentage d'enfants dans chaque catégorie. Si vous utilisez 10 colonnes, chacune d'entre elle représente 10% de la population. Si 30% de la population étaient malnutris, 3 des 10 colonnes seraient peintes en rouge.

**Grande affiche**

Le poids par rapport à l'âge de chaque enfant pourra paraître sur une affiche ou sur une version géante de la Fiche de Contrôle de la Croissance. Cette représentation montre la fréquence de la malnutrition chez les enfants et l'impact du programme en plus de l'amélioration du niveau de compréhension de la population.

*Il faut mettre l'accent sur les tableaux à base communautaire, faciles à comprendre, pour que les gens puissent se rendre compte de l'impact de l'approche Foyer sur les statistiques communautaires et la santé en général.*



## C. Conduire l'Analyse de la Situation

Pour bien planifier le programme, il faut avoir une vue d'ensemble de la situation au sein de la communauté. En plus de l'évaluation de la situation nutritionnelle de base, il est important de recueillir les informations suivantes:



*Dans certaines régions du Mozambique, on croit qu' » un mauvais esprit assis sur l'enfant » cause le marasme chez l'enfant. Seul un sorcier peut exorciser ou chasser le mauvais esprit de l'enfant. L'enfant reste généralement chez le sorcier pendant deux semaines. L'amélioration de la condition de l'enfant au moment des séances Foyer s'observe à partir de deux semaines. Les mères se sentent à l'aise avec les séances Foyer de deux semaines car elles leur étaient familières comme " période de convalescence".*

**La situation sanitaire générale:** la couverture de vaccination, l'incidence et la prise en charge des cas d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA), surtout la pneumonie, les maladies diarrhéiques, le paludisme, les vers intestinaux chez les enfants, la déficience en vitamine A, l'acceptation du planning familial et l'accès aux soins de santé maternel et infantile.

**Le taux et les causes de mortalité des moins de 5 ans,** y compris les causes médicales (diagnostic) et les causes de structure (retard à recourir aux soins, mauvaise qualité des soins).

**Les comportements et croyances:** l'alimentation de la famille, le recours aux soins de santé et les croyances qui entourent la nourriture et la santé y compris les tabous et les normes la prise en charge sanitaire ainsi que l'accès à l'eau potable.

La planification de Foyer exige des agents de santé la compréhension totale des croyances et comportements. Bien qu'ils soient du milieu, ils peuvent n'avoir pas fait beaucoup attention aux habitudes relatives à l'alimentation ou aux soins de l'enfant, en particulier celles des groupes socio-économiquement démunies. Etant donné que le Foyer DP vise à changer la connaissance traditionnelle et permettre à la communauté d'adopter des mesures d'éradication de la malnutrition, il convient de décrire de façon détaillée les normes communautaires déjà existantes. La clarification de la norme facilite l'identification des déviants positifs et sert de base qualitative pour évaluer les changements en nutritionnels ainsi que les comportements relatives à la prise en charge et aux soins de santé.

Il existe une variété de méthodologies pour collecter des informations et amener la communauté à parler de sa propre expérience. Il est conseillé d'utiliser différentes méthodes pour que l'information soit fiable; c'est ce qu'on appelle "la triangulation" de l'information. L'équipe du projet devra utiliser l'information à la fois qualitative et quantitative. L'information quantitative comprend les documents écrits, tels que les archives nationales ou les données des structures de santé; ce qui permettra à l'équipe et à la communauté de comprendre les causes majeures de mortalité et les maladies chez les enfants. Si l'on ne dispose pas de ces données, l'équipe devra mener une Enquête sur les Connaissances, les Pratiques et la Couverture (CPC) du milieu pour mieux saisir l'ampleur du problème de nutrition et de maladies chez les enfants. L'enquête CPC consiste en la prédétermination d'une série de questions destinées à un groupe d'informateurs pris au hasard. Pour de plus amples informations sur la façon dont l'enquête CPC est menée, les références figurent à la fin de ce manuel.

Les données quantitatives sont complétées par les informations qualitatives qui fournissent des renseignements détaillés sur les pratiques et croyances dans des milieux différents. Un bon nombre d'outils dérivent de l'anthropologie sociale. Les outils les plus utilisés dans le cadre DP/Foyer sont connus sous l'appellation "Evaluation Participative Rurale ou Rapide" (PRA) ou "Apprentissage Participatifs et Action" (PLA). PRA est une entreprise communautaire, une approche de résolution de problèmes où des facilitateurs collaborent avec les communautés pour examiner les causes d'un problème donné, trouver des solutions et enfin élaborer et mettre en œuvre un plan d'action.

Les volontaires DP/Foyer et le personnel du programme commencent souvent le PRA et le PLA par mener des interviews informatifs auprès des représentantes des femmes ou lors des groupe de discussions dirigées (GDD) avec les femmes et d'autres décideurs, afin de comprendre les pratiques relatives à l'allaitement maternel, le sevrage, la charge de travail de la mère, les concepts de soins de l'enfant, les croyances en matière d'éducation de l'enfant, les pratiques de l'hygiène environnementale, les points de vue sur les causes de la malnutrition infantile. Les interviews et GDD devraient être renforcés par d'autres méthodes de collecte d'informations pour mieux comprendre les différents facteurs qui influencent la malnutrition. Les informations collectées par le personnel et les volontaires seront comparées et discutées pour identifier les pratiques et croyances qui sont à changer.

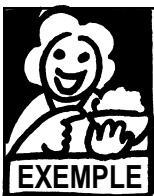
Une liste d'exemple de sujet d GDD se trouve dans les méthodes de collecte d'information se trouve à la fin de ce chapitre.

**Les groupes de discussions dirigées (GDD)** dans une zone de projet révélées que l'accès à la nourriture des champs par l'enfant reste problématique. Les pères sont généralement absents; ils travaillent à l'étranger et ne peuvent pas aider les mères dans les travaux ménager ou contribuer moralement à l'éducation de l'enfant. La mère s'occupe toute la journée des travaux des champs pour nourrir la famille. Quand elle rentre elle puise l'eau et prépare à manger. Il lui est difficile de trouver de temps ou de l'énergie pour s'asseoir et nourrir convenablement ses enfants. Par conséquent, les enfants doivent se débrouiller et sont souvent obligés de partager le même plat avec leurs grands frères. Ce sont les enfants les plus rapides, les plus forts et les plus-âgés qui mangent plus.

En général l'allaitement maternel dure deux ans. Cependant, la mère qui tombe enceinte avant ce délai, sèvre prématurément son enfant. Cette pratique est considérablement encouragée par les belles-mères qui interdisent formellement l'allaitement pendant la grossesse. Lorsque l'enfant est prématurément privé du lait maternel, sa croissance vacille.



Il est difficile pour plusieurs mères de trouver suffisamment du temps de s'asseoir et nourrir leurs enfants convenablement.



**Une étude du repas quotidien des enfants au Sri Lanka a montré que le menu typique se présente comme suit:**

**Petit déjeuner:** Biscuits et thé

**Déjeuner:** Riz et ignames aux feuilles vertes et noix de coco, poisson sec et légumes au curry

**Entre les repas:** Une tasse de thé

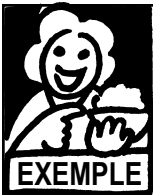
**Dîner:** Pain ou sauterelles au curry.

Le tableau 3.4 livre un certain nombre de méthodes de collecte d'informations qu'on peut utiliser et le type de données obtenue par chaque méthode. Ces méthodes doivent être utilisées pour la collecte de l'information requise.

Un asterix (\*) indique que les instructions relatives à l'utilisation de la méthodologie figurent à la fin de ce chapitre.

**TABLEAU 3.4 MÉTHODES DE COLLECTE D'INFORMATION**

Méthode/outil	Informations collectées
<b>A. Interview d'un Simple Informateur</b>	
Discussion ouverte avec un informateur-cléf	Résultats provenant de différentes ménages sont comparables; permet de déterminer les pratiques anciennes et courantes relatives aux soins de l'enfant
Rappel du régime des 24 heures	La mère inventorie la ration consommée pendant les 24 heures passées, l'accent doit être mis sur la qualité plutôt que sur la quantité; la fréquence et les types de casse-croûte (d'interview à question ouverte)
Discussion ouverte au semi-structure avec un informateur cléf	Entraîne plus de participation de la part des ménages et améliore la compréhension des pratiques de soins infantiles et leur contexte tels que les rôles dans la famille dans les soins à l'enfant, la prise de décisions etc (généralement utilisé lors des programmes DP/ Foyer)
<b>B. Interviews de Groupes</b>	
Groupes de discussions dirigées (GDD) *	Donne des informations sur le contexte des pratiques recensées relatives à l'alimentation, aux soins de l'enfant à l'hygiène et aux soins de santé
Plan/carte de la communauté *	Montre l'emplacement des ménages pauvres et riches, les centres de santé, les établissements scolaires, les églises etc.
Lignes de tendance *	Représentation visuelle des grandes tendances de l'état nutritionnel, l'accès à la nourriture, la situation économique, la croissance démographique etc, au cours des cinq dernières années
Calendrier saisonnier *	Représentation visuelle de la disponibilité alimentaire, la charge de travail, et la prévalence des maladies dues aux changements climatiques
Usage du temps	Représentation visuelle de l'usage du temps par les femmes et les hommes
Lignes du temps (histoire du milieu)	Changements de coutumes et pratiques alimentaires au fil du temps
<b>C. Interviews Systématiques</b>	
Classement des habitudes de recours aux soins de santé	A qui les membres de la communauté font-ils recours quand l'enfant tombe malade?
Types de maladies	Perceptions sur les causes générales de maladies et de malnutrition chez l'enfant
<b>D. Observation Directe</b>	
Visites à domicile	Habitudes courantes relatives à la préparation des aliments, à l'alimentation, aux soins de santé par l'observation d'un participant
Contrôle continu	Le changement dans différentes familles des pratiques relatives à l'alimentation et aux soins de santé.



**De nombreuses croyances et coutumes découvertes au cours d'une enquête qualitative ont été utilisées pour formuler des messages DP/Foyer. :**

- ♥ Les aliments complémentaires telles que l'orange broyée, la papaye et la coriandre peuvent être données pendant le sevrage au lieu d'attendre que l'enfant ait l'âge d'une année
- ♥ Les enfants ont besoin de protéines et ne doivent pas éviter de manger de la viande et des oeufs
- ♥ Les pères et les grand-parents contribuent à l'alimentation de l'enfant et doivent s'impliquer dans le programme DP/Foyer
- ♥ Puisque la mère décide, en général, de ce que l'enfant doit ou non manger, les messages sur le choix de l'alimentation doivent être adressés à la mère
- ♥ Les messages supplémentaires sont nécessaires pour une alimentation appropriée pendant que l'enfant est malade parce que l'on a l'habitude de ne lui donner que de la bouillie
- ♥ Les messages ayant trait aux soins de l'enfant au moment des crises d'infection respiratoire aiguë (IRA) devront être incorporés au DP/Foyer parce que les IRA sont les plus fréquentes des maladies
- ♥ La famille est préoccupée par la diarrhée et les convulsions et souhaite mieux comprendre à la fois la prévention et les soins qui y sont relatifs
- ♥ Les mères sont plus préoccupées au goût des aliments que par leur valeur nutritive. Les messages sur la pyramide des aliments de base s'avèrent importants
- ♥ Les mères perdent beaucoup de temps en préparant la nourriture qui n'est pas riche en matières nutritives: les recettes nutritives seront utiles lors du DP/Foyer



*Les pères et les autres personnes qui aident à la nutrition des enfants doivent être impliqués dans le programme DP/Foyer.*

*Le classement par richesse peut se faire au moment de l'évaluation nutritionnelle, pendant la classification des résultats du contrôle de la croissance, lors de l'analyse de la situation ou juste après.*

#### **D. Le Classement Selon le Revenu**

Il faut élaborer les critères de classement selon le revenu avec les membres de la communauté et travailler avec eux pour classer les ménages en fonction de la situation socio-économique. Cela peut consister simplement à distinguer les ménages pauvres des ménages riches. Les Volontaires Foyer et les membres des Comités de Santé local travaillent en étroite collaboration avec la communauté et occupent une position privilégiée pour concevoir le classement par richesse car les critères sont très spécifiques à chaque culture.



## Questions pour guider l'établissement des critères de classement par richesse:

- ♥ Comment décririez-vous les ménages pauvres ou riches?
- ♥ Où habitent les familles pauvres et riches? Comment leurs maisons sont-elles bâties?
- ♥ Quels habits portent-elles?
- ♥ Quelles sortes de nourriture prennent-elles?
- ♥ Quelles sont leurs activités de loisir?
- ♥ Qui sont les principaux responsables des enfants?
- ♥ Combien dépensent-elles annuellement pour les soins de santé?
- ♥ Quel type d'occupation ont les pères, les mères ou les enfants?



### Les critères de classement par richesse d'une communauté au Mali :

Les familles **les plus riches** possèdent des ânes et une charrette;

Celles qui sont **moyennes** possèdent une ou plusieurs ânes

Les familles **pauvres** ne possèdent pas d'ânes

### Le critère de classement par richesse pour une communauté au Guatemala :

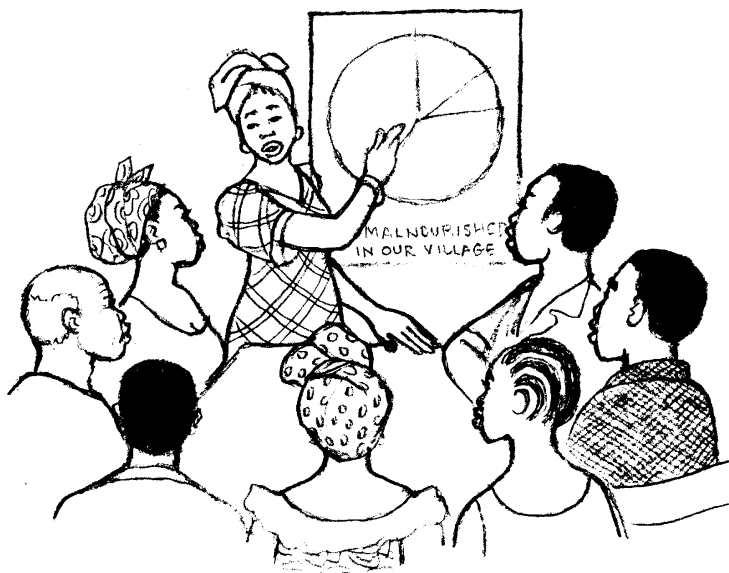
**La plus riche:** Les enfants de la famille portent les sandales en cuir et les chaussures fermées

**Moyenne:** Les enfants de la famille portent des sandales ou bottes en plastique

**Pauvre:** Les enfants de la famille ne portent ni chaussures ou ni sandales

## E. Rencontre avec la Communauté

Organiser une rencontre avec la communauté pour le feedback sur l'enquête nutritionnelle de base, présenter le concept DP et fixer collectivement les buts et les objectifs. Les éléments ci-après peuvent servir d'ordre du jour de cette rencontre:



♥ Echange interactif des résultats de l'enquête nutritionnelle de base avec une représentation graphique

♥ Analyse des signes de malnutrition (sur le plan physique et psychologique)

♥ Exploration des conséquences à court terme et à long terme de malnutrition

♥ Analyse de certaines causes de malnutrition (y compris les informations issues des GDD et des activités PLA)

♥ Fixer les objectifs

♥ Présentation du concept DP (voir chapitre 2 pour l'exemple d'exercices)

*L'objectif principal d'un projet de réhabilitation nutritionnelle utilisant l'approche DP/Foyer est la réhabilitation durable des enfants malnutris*

### Fixer les buts et les objectifs

Lors de la rencontre communautaire, il faut amener le groupe à élaborer formellement les objectifs du programme. L'objectif principal d'un projet de réhabilitation nutritionnelle

utilisant l'approche DP/Foyer est la réhabilitation durable des enfants malnutris. Cet objectif est beaucoup plus vaste que la simple réhabilitation des enfants qui souffrent de malnutrition au moment du Foyer. Il s'étend: aux frères et sœurs de l'enfant, à ceux qui ne sont pas encore atteints de malnutrition au sein de la communauté et aux futures naissances. Tous ces groupes sont intéressés étant donné que l'approche DP/Foyer est basé sur le changement de normes de comportement dans la communauté et par là, contribue à la prévention de la malnutrition future.

Il faut fixer des objectifs clairs, formulés en termes mesurables pour l'ensemble du programme et avec chaque communauté spécifique. Par nature, les programmes Foyers sont limités dans le temps; les séances Foyer ne s'étendront que sur une période de 8 à 12 mois, et ne seront, espérons-le, plus nécessaires. S'ils se déroulent convenablement, ils devront atteindre l'objectif: de changement durable des comportements pour éviter de nouveaux cas de malnutrition dans cet intervalle.



**IDEE**

### **Exemple du processus pour guider la communauté à fixer les buts et les objectifs**

#### **Le personnel introduit la communauté dans une discussion pour les questions suivantes:**

**Q:** Quel est le problème qu'on veut résoudre?

**R:** Malnutrition

**Q:** Comment veut-on résoudre le problème?

**R:** Les réponses devraient inclure: "Réhabiliter tous les enfants atteint de malnutrition"

**Q:** Est-ce assez de réhabiliter les enfants?

**R:** Non, on doit également continuer de bien nourrir les enfants après les séances Foyer

#### **Le personnel présente à la communauté un tableau avec les objectifs ci-après:**

- ♥ Réhabiliter les enfants
- ♥ Maintenir la réhabilitation
- ♥ Prévenir la malnutrition future

#### **Les discussions ultérieures aboutissent à l'engagement de la communauté à poursuivre jusqu'au bout leur rôle pour l'atteindre des objectifs:**

- ♥ Donner aux enfants malnutris une nourriture appropriée, participer aux séances du Foyer
- ♥ Apporter la contribution en aliments / combustibles à chaque séance du Foyer; échanger les pratiques appropriées relatives à l'alimentation et aux soins
- ♥ Aider les mères/responsables des enfants à utiliser les nouvelles pratiques d'alimentation et de soins dans leurs ménages



*Les discussions devraient amener la communauté à comprendre leur rôle dans:*

- ♥ *La réhabilitation des enfants*
- ♥ *Le maintien de la réhabilitation*
- ♥ *La prévention de futurs cas de malnutrition*

## F. IDENTIFIER LES DÉVIANTS POSITIFS

Après la réunion de toute la communauté, les autorités du village et les volontaires Foyer aidés par le personnel identifient les déviants positifs en dressant une liste des enfants bien nourris et en identifiant ceux issus de familles pauvres. Le tableau 3.4. est un exemple de présentation de cette information.

**TABLEAU 3.4**

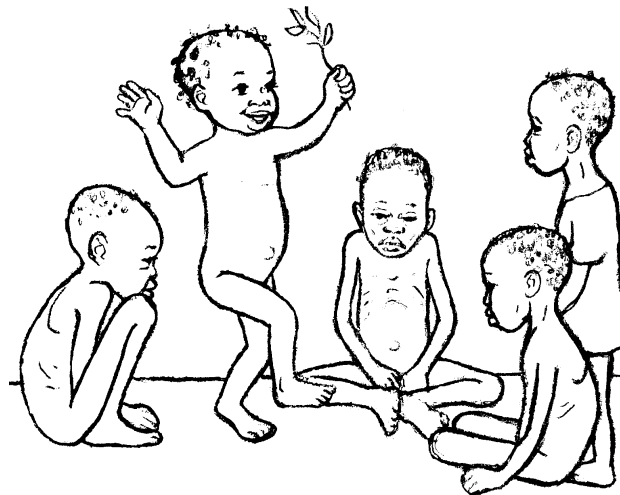
**MATRICE DU STATUT NUTRITIONNEL ET SOCIO-ECONOMIQUE**

	Nombre d'enfants issus des familles pauvres	Nombre d'enfants issus des familles riches
Enfant Bien Nourris	Nb Enfants (Déviants positifs)	Nb Enfants
Enfants Malnutrits	Nb Enfants	Nb Enfants (Déviants négatifs)

### Critères généraux pour la sélection des familles DP :

- ♥ Famille pauvre (à faible revenu)
- ♥ Etat nutritionnel normal de l'enfant
- ♥ Deux enfants au minimum (doit être plus ou moins égal à la taille moyenne de la famille)
- ♥ La famille doit représenter géographiquement, professionnellement et socialement les groupes habitant la communauté
- ♥ Pas de problèmes sanitaire graves
- ♥ La famille DP doit faire partie de la "communauté moyenne"
- ♥ Le chef de ménage doit avoir une occupation semblable à celle la majorité des habitants du village.
- ♥ Doit avoir accès aux mêmes ressources que les autres membres de la communauté
- ♥ La famille fait partie de la minorité identifiée (au cas où le programme ne vise que les communautés minoritaires)
- ♥ Le sexe de l'enfant DP peut servir de critère dans les cultures qui prennent parti contre l'un ou l'autre sexe

Les volontaires recherchent chez ces enfants des facteurs qui auraient pu les rendre particuliers, tels qu'être enfant unique dans la famille, avoir des grands-parents riches, etc. Ces familles spéciales seront éliminées. Les familles restantes connaissent les mêmes risques que le ménage moyen. Ce sont des familles de Déviance Positive et c'est à partir d'elles que les enfants et ménages DP sont sélectionnés. On doit garder à l'esprit que la communauté doit être assez grande pour trouver un Déviant Positif et il



est avantageux d'avoir une communauté en quelque sorte homogène sur le plan démographique. Pour des raisons culturelles, les critères de sélection des familles DP peuvent être variables. On prendra en considération la taille moyenne du nombre de membres de la famille dans la zone ainsi que les préjugés relatifs au genre. L'EDP devra être menée le plus tôt possible après l'identification des Déviants Positifs.

### Un enfant PD ne peut pas:

- ♥ Etre un gros bébé qui perd du poids
- ♥ Etre un enfant qui a été, mendiant ou fouilleur d'ordures
- ♥ Etre l'aîné de la famille ou enfant unique car un tel enfant devrait bénéficier des soins spéciaux
- ♥ Avoir des frères/sœurs atteint de malnutrition sévère
- ♥ Avoir des problèmes sociaux ou sanitaires graves ou atypiques
- ♥ Avoir une famille inscrite dans un autre programme alimentaire (ceci constitue un obstacle aux résultats fiables)
- ♥ Etre un de petit poids à la naissance et qui maintenant grandit bien

## **G. Préparer et Former l'Équipe Chargée de l'EDP**

Etant donné que l'Etude sur la Déviance Positive est au cœur de la conception des programmes Foyer, l'équipe EDP doit être bien formée et préparée. Cette formation et préparation se feront en deux jours.

### **Les sujets ci-après doivent être étudiés:**

- ♥ Concept général de l'approche DP
- ♥ L'objectif de l'EDP
- ♥ Examen des habitudes d'alimentation, de soins et de recours aux soins.
- ♥ Présentation de deux outils de collecte d'informations lors d'une EDP: Checklist d'Observations et le Guide d'Interviews Semi-Structurées. (Ces outils seront discutés plus en détail dans le chapitre 5.)
- ♥ Protocoles d'enregistrement d'informations
- ♥ Normes et directives pour les visites à domicile

### **Lors de la formation, les techniques les plus importantes à apprendre sont:**

- ♥ Identification exacte des pratiques ménagères qui contribuent ou non à au bon état nutritionnel des enfants locaux, et
- ♥ Techniques efficaces d'observation et d'interview avec un accent mis sur les techniques de sondage et d'écoute.

Ces techniques peuvent être apprises par le biais des jeux de rôle.

*L'entraînement à la conduite des entretiens à travers des jeux de rôle est une bonne occasion d'apprendre mais aussi pour adapter au besoin l'outil EDP. Il faut faire attention à la confusion des termes de la langue locale. Tâcher également d'ajouter plus d'espace sur le formulaire ou d'arranger de nouveau les questions selon le déroulement de l'interview. Le chapitre 2 comprend les informations sur la formation et de nombreux exercices.*

# METHODES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

## 1. GROUPES DE DISCUSSIONS DIRIGÉES (ECHANTILLON DES QUESTIONS)

Cette liste présente un choix de questions pour les **Groupes de Discussions Dirigées**.

Choisir les questions qui sont les plus utiles à votre analyse de la situation et diriger le groupe vers une discussion participative sur le sujet donné.

**NOTE:** Faire précéder des questions relatives aux faits découverts par les expressions *“habituellement”* ou *“normalement”* et *“dans votre communauté.”*

Faire précéder les questions relatives aux attitudes par les expressions *“selon vous...”* ou *“d’après vous...”*

### I. Questions pour les mères de jeunes enfants

#### PRATIQUES D'ALLAITEMENT

1. Qu'est-ce qui serait bon à donner aux nouveaux-nés à la naissance? Pourquoi?
2. Après combien de temps donne-t-on du lait maternel à un nouveau-né ? Pourquoi ?
3. Comment appelez-vous le premier lait qui sort du sein d'une femme après avoir accouché?
4. Serait-il bon de donner à vos bébés ce liquide jaune (nom) qui sort dans la première heure suivant la naissance? Pourquoi ?
5. Jusqu'à quel âge il serait bon de donner au bébé uniquement du lait maternel seulement? Pourquoi?
6. Pourquoi certaines mères ne donnent-elles pas seulement du lait maternel pendant les six premiers mois?
7. Que donnent-elles d'autre à leurs bébés?
8. Quels sont les problèmes qui empêchent les mères d'utiliser uniquement le lait maternel pendant les six premiers mois?
9. Qu'est-ce qui, d'après vous, peut faire sécher le lait maternel des seins de la mère?
10. Que peut faire une mère pour produire plus de lait?
11. Comment les mères et les bébés profitent-ils de l'allaitement au sein?
12. Quelles sont les maladies du bébé qui peuvent l'empêcher de se nourrir par allaitement?
13. Quand les mères stoppent l'allaitement, quel genre d'aliments ou boissons donnent-elles à leurs enfants et dans quels ustensiles?
14. Jusqu'à quel âge la majorité des mères allaitent les enfants?

#### HABITUDES DE NUTRITION COMPLEMENTAIRE

1. A quel âge introduit-on la nourriture et les liquides autres que le lait maternel? Pourquoi?
2. De quoi est composée la première nourriture de sevrage? Pendant combien de temps est-elle utilisée?
3. Quels sont les aliments qui sont considérés comme sains pour les jeunes enfants?
4. Quels aliments ne doit-on pas donner aux jeunes enfants?
5. Combien de fois par jour donne-t-on à manger aux enfants (repas et casse-croûtes)?
6. Jusqu'à quel âge un enfant mange-t-il ce nombre de fois? Pourquoi?
7. Dans quel ustensile donnez-vous de la nourriture à vos enfants quand ils commencent à manger?
8. Qui donne à manger à l'enfant et comment l'enfant mange-t-il? (main, cueillère, mâcher)

## METHODES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

9. D'autres personnes donnent-ils aussi à manger à l'enfant?
10. Quels sont les problèmes que vous rencontrez au cours de l'alimentation de votre enfant?
11. Quand l'enfant n'a pas envie de manger, que faites-vous?
12. Quand l'enfant est en convalescence, lui donnez-vous des aliments différents?
13. Qui décide de ce que l'enfant peut ou ne peut pas manger dans le ménage?

### MALNUTRITION

1. Qu'est-ce qu'un enfant mal nourri?
2. Qu'est-ce que une malnutrition?
3. Comment reconnaissez-vous les enfants malnutris?
4. Comment la malnutrition affecte-t-elle les enfants dans le futur?
5. Qu'est-ce qui cause la malnutrition chez les enfants ?

### HABITUDES DES SOINS DE PRISE EN CHARGE

1. Combien de fois les jeunes enfants sont-ils lavés? Les mains sont-elles lavées?
2. Combien de temps les mères passent-elles avec leurs enfants chaque jour?

### RECOURS AUX SOINS DE SANTE

1. Donnez-vous de la nourriture aux enfants quand ils sont malades? Que leur donnez-vous?
2. Quand un enfant est malade, quels aliments faudrait-il éviter de lui donner?
3. Quand l'enfant tombe malade, qui appelez-vous en premier pour vous aider?
4. Quand vos enfants ont de la diarrhée, que faites-vous? Lui donnez-vous les mêmes, plus ou moins d'aliments et liquides? Pourquoi?
5. Achetez-vous de la nourriture pour enfants à l'extérieur? Si oui, quel nourriture? (casse-croûtes, denrées fraîches) Combien de fois?
6. De qui (étalage d'un vendeur précis) et pourquoi?
7. Pour les mères qui allaitent seulement, que faites quand vous êtes malades?

## II. Questions pour les Informateurs Communautaires

### HABITUDES DES SOINS DE PRISE EN CHARGE

1. Dans votre communauté, comment préparez-vous la nourriture pour vos enfants?
2. Normalement, combien de fois lavez-vous vos mains et quand?
3. Combien de fois lave-t-on les enfants?
4. Combien de fois lave-t-on les mains des enfants ?
5. Combien d'heures restez-vous éloignés des enfants pendant la journée?
6. Qui surveille les enfants à part vous?
7. Encouragez-vous votre enfant à jouer avec d'autres enfants? Pourquoi ? Pourquoi pas?
8. Quand jouez-vous avec votre enfant? Que faites vous avec lui/elle?
9. D'après vous, quelle est la chose la plus importante dont un enfant a besoin?
10. Que fait votre mari pour les enfants dans le ménage? Vos frères et sœurs? Vos grand-parents?

### RECOURS AUX SOINS DE SANTE

1. Quelles sont les maladies qui constituent la plus grande préoccupation des parents dans votre communauté?



### Conseils pour mener des GDDs:

- ♥ Choisir un cadre informel
- ♥ Créer une

atmosphère agréable

- ♥ Respecter les idées, les croyances et les valeurs du groupe

- ♥ Ecouter attentivement et manifester de l'intérêt aux réponses et aux échanges des participants

- ♥ Encourager tout le monde à prendre part à la discussion

- ♥ Soyez observateur et noter le niveau de confort des participants

- ♥ S'assurer que tout le monde peut exprimer ses idées ou opinions

- ♥ Ne pas laisser un individu dominer la discussion – reconnaître la contribution d'un individu au groupe, ensuite insister sur le besoin d'apprendre et d'écouter ce qui vient de tout le monde

## METHODES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

2. A part la diarrhée, quelles sont les maladies dont les enfants souffrent-ils?
3. Comment savez-vous que votre enfant est malade (signes de maladie)
4. Qui consultez-vous en premier? Qui consultez-vous ensuite?
5. Qui décide de ce qu'il faut faire lorsqu'il y a un problème de santé grave à la maison?
6. Quels sont les remèdes pour soigner les enfants?
7. Que faites-vous pour protéger vos enfants contre les maladies?
8. A quoi sert l'eau?
9. Les enfants sont-ils vaccinés dans votre communauté?

### III. Questions pour les frères et sœurs qui sont responsables des enfants



*“Qui décide la nourriture à donner et du moment où il faut donner à manger ton petite sœur ou frère?”*

1. Allez-vous à l'école?
2. Que faites-vous à part vous occuper de vos petit(e)s frères ou sœurs?
3. Que faites-vous avec votre petit(e) frère/sœur?
4. Que faites-vous lorsqu'il/elle pleure? Lorsqu'il/elle se fait mal ou tombe malade?
5. Que faites-vous lorsqu'il/elle n'est pas sage?
6. Qu'aimez-vous faire avec votre petit(e) frère/sœur? Pourquoi?
7. Que n'aimez-vous pas faire? Pourquoi?
8. L'impliquez-vous dans vos jeux? Pourquoi?
9. Comment le nourrissez-vous? (sondage)
10. Qui décide de la nourriture qu'il faut lui donner?
11. Qui décide du moment où il faut lui donner à manger?

# METHODOLOGIES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

## 2. CARTE DE LA COMMUNAUTE

**Objectif:** Identifier les villages riches et les villages pauvres, les centres de santé, les pompes d'eau, les champs cultivables, les écoles, les lieux de culte, etc...

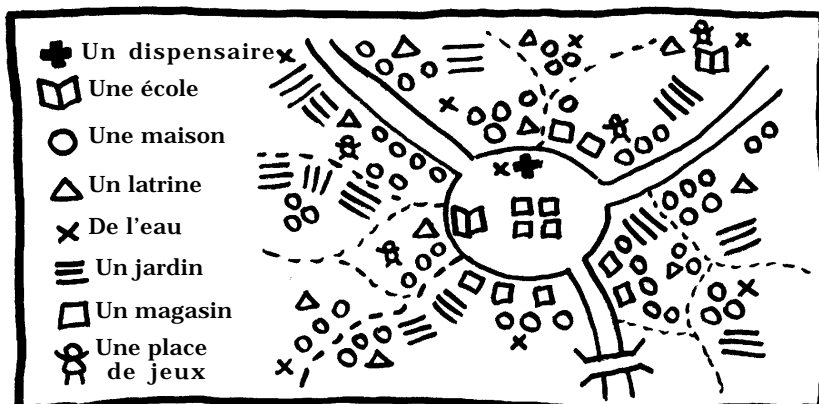
**Partenaires:** Les membres de la communauté et les responsables

**Matériaux:** Les matériaux locaux (pierres, les batons de bois, les feuilles, la poudre colorée, etc.) ou du papier-graphique, les marqueurs, les crayons de couleurs et le ruban adhésif.

**Temps:** A peu près 1 heure

### Etapas:

1. Trouver une place convenable où peuvent se rassembler un grand nombre de gens
2. Demander aux responsables communautaires de dessiner (soit au sol ou sur papier) le schéma de leur village comme il apparaîtrait à un oiseau qui le survolerait.
3. Encourager les participants à marquer (avec le stylo ou les matériaux locaux) différents points de repère comme les différents communautés, les routes principales, les bâtiments importants, etc.
4. Utiliser les questions de sondage ci-dessous pour encourager les participants à fournir d'amples détails et à apporter des idées et des suggestions. S'assurer que la communauté guide la confections de la carte et que la carte finale montre la communauté comme elle est perçue par le groupe.
5. Etablir une légende pour les symboles utilisés et encourager les participants à utiliser un codage à base de couleur et d'autres symboles pour différents types de ressources (ex. le rouge pour les installations sanitaires, jaune pour le marché, le bleu pour les écoles, etc.)
6. Assigner à un membre du personnel la tâche d'enregistrer les commentaires des participants au fur et à mesure qu'ils progressent dans l'activité et produire une petite copie conforme de la carte, qui peut être utilisée par l'équipe dans la planification des efforts ultérieurs.



### QUESTIONS DE SONDAGE

**Habitations :** Où se trouve votre habitation?

**Santé:** Où vivent les accoucheuses traditionnelles? Combien sont-elles? Où sont les guérisseurs traditionnels?

**Divertissement:** Où sont les vidéothèques, les magasins de liqueur, les salons de thé, les places de jeu pour enfants, les associations et les bâtiments administratifs?

**Ecoles:** Où sont les écoles? Combien d'enfants sont-ils admis? Combien d'enfants ne fréquentent pas l'école? Pourquoi?

**Alimentation:** Où sont les marchés, les boutiques alimentaires, les coins pour acheter les casse-croûtes et les marchands?

**Occupation:** Où vivent les gens pauvres? Quelles sont leurs occupations principales dans la communauté?

**Ethnies:** Combien y-a-t-il de groupes ethniques? Où vivent-ils?

**Religions:** Où sont-ils les mosquées, les églises, les pagodes et/ou les temples? Quels sont les différents groupes religieux? Quels sont les jours de congé religieux?

**Enfants:** Les enfants travaillent-ils? Que font-ils comme travail?

**Hommes:** Quels sont les endroits de distraction pour les hommes? La consommation de boissons alcoolisées constitue-t-elle un problème dans votre village?

**Femmes:** Quels sont les lieux de rencontre des femmes.



# METHODOLOGIES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

## 3. LIGNES DE TENDANCE



### QUESTIONS DE SONDAGE:

**Infrastructure:** Y a-t-il des magasins, des routes, de l'électricité?

**Socio-économie:** Y a-t-il plus d'emplois, plus d'affaires, plus d'argent?

**Population:** Y a-t-il plus ou moins de gens, d'enfants, de jeunes gens? Pourquoi?

**Habitat:** L'habitat s'est-il amélioré? Comment? (Ex. eau, électricité, etc.)

**Santé:** Y a-t-il de meilleures infrastructures de santé, accès aux médicaments et aux soins? Y a-t-il moins de maladies?

**Enseignement:** Y a-t-il beaucoup plus d'écoles et d'enseignants?

**Alimentation:** Y a-t-il beaucoup plus de nourriture, beaucoup plus de cultures, une plus grande récolte, etc.?

**Religion:** Y a-t-il beaucoup plus de chefs religieux?

**Objectif:** Développer la capacité de description visuelle des principales tendances de la malnutrition, la disponibilité des aliments, la situation économique, la croissance la population, etc. pendant les cinq à dix dernières années.

**Partenaires:** Les sages issues de différentes couches de la communauté.

**Matériaux:** Affiches, marqueurs et images / symboles.

**Temps:** Approximativement 1 heure

### Etapes:

1. Expliquer aux participants qu'ils vont explorer ensemble les événements qui ont marqué la communauté pendant les dix dernières années; ce qui a été à la base de différents changements et les changements positifs et négatifs.
2. Sur l'affiche, tracer deux colonnes. Etiqueter la 1<sup>ère</sup> "Il y a Dix Ans" et la seconde "Maintenant".
3. Demander aux participants de parler de ce qu'était le village dix ans auparavant et comparer leurs observations à la situation actuelle. Utiliser les questions de sondage ci-dessous pour guider les discussions. Enregistrer les réponses dans les colonnes appropriées.
4. En collaboration avec les participants, revoir / résumer les résultats de l'activité.
5. Question facultative de discussion: "Que souhaiteriez-vous avoir dans dix ans? Quels sont vos rêves pour vos enfants?"

IL Y A 10 ANS			MAINTENANT		
Magasins ☐ = ☐ =	Maisons ☁ 20 ☁ 12	Emplois ☎ = ☎ = ☎ =	Magasins ☐ = ☐ = ☐ = ☐ =	Maisons ☁ 42 ☁ 8	Emplois ☎ = ☎ = ☎ =
Santé ☹ = ☹ =	Ecoles ☁ =	Nour- riture ☉ ☉ ☉ ☉ ☉	Santé ☹ = ☹ = ☹ =	Ecoles ☁ = ☁ = ☁ =	Nour- riture ☉ ☉ ☉
Eau ☵ 2 ☵ 6	Adultes ☎ = ☎ =	Enfants ☎ = ☎ =	Eau ☵ 1 ☵ 4	Adultes ☎ = ☎ =	Enfants ☎ = ☎ =

# METHODOLOGIES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

## 4. CALENDRIER SAISONNIER

**Objectif:** Développer la description visuelle de la disponibilité de la nourriture, de la charge de travail et de la prévalence des maladies due aux changements de saisons.

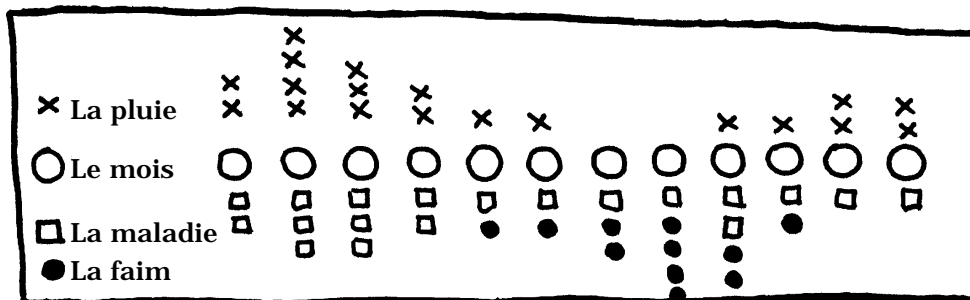
**Partenaires:** Echantillon de la communauté, comprenant les femmes, les responsables et les prestataires.

**Matériaux:** Affiche, crayon de couleur, objets disponibles, fiches munies de dessin, haricots, etc.

**Temps:** 1 heure, approximativement.

### Etapes:

1. Expliquer le but des activités aux participants.
2. Guider les participants dans la confection d'un calendrier montrant les mois.
3. Utiliser les questions de sondage ci-dessous pour enregistrer les changements au cours de l'année.
4. Encourager les membres de la communauté à enregistrer leurs observations sur le calendrier.
5. Assigner à un membre du personnel la tâche d'enregistrer les commentaires des participants au fur et à mesure qu'ils progressent dans leur activité.
6. En collaboration avec les participants, examiner et résumer les conclusions.



### PROBING QUESTIONS

**Alimentation:** Quelles sont les saisons pour les différents fruits et légumes? Combien de temps durent les saisons? Quand les plantes poussent-elles et quand sont-elles récoltées? Dans quelles saisons mange-t-on différentes sortes de viande ou de fruits de mer? Comment le volume des aliments change-t-il au cours de l'année? Y a-t-il des périodes où il est difficile de se procurer de la nourriture?

**Climat:** Quel temps fait-il à différentes périodes de l'année?

**Événements:** Quand ont eu lieu les événements religieux ou les fêtes?

**Migration:** Y a-t-il une migration saisonnière des habitants? Des animaux?

**Ecole:** Quand les enfants sont-ils à l'école?

**Maladie:** Quelles sortes de maladies les enfants contractent-ils à différentes périodes de l'année? Pourquoi?

**Volume de travail:** Le travail est-il reparti d'une façon égale au cours de toute l'année?

## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

Cette partie montre les standards de poids selon l'âge pour la **pesée des enfants**.

Cette section donne les normes de l'âge correspondant au poids pour la Pesée des Enfants. Pour peser et mesurer les enfants, voir les lignes directrices au début de la page 78.

### 1. Tableau des Normes de Poids pour Age

GARÇONS					FILLES				
Age en mois	Médiane	"-1 DS	"-2 DS	"-3 DS	Age en mois	Médiane	"-1 DS	"-2 DS	"-3 DS
0	3.3	2.9	2.4	2.0	0	3.2	2.7	2.2	1.8
1	4.3	3.6	2.9	2.2	1	4.0	3.4	2.8	2.2
2	5.2	4.3	3.5	2.6	2	4.7	4.0	3.3	2.7
3	6.0	5.0	4.1	3.1	3	5.4	4.7	3.9	3.2
4	6.7	5.7	4.7	3.7	4	6.0	5.3	4.5	3.7
5	7.3	6.3	5.3	4.3	5	6.7	5.8	5.0	4.1
6	7.8	6.9	5.9	4.9	6	7.2	6.3	5.5	4.6
7	8.3	7.4	6.4	5.4	7	7.7	6.8	5.9	5.0
8	8.8	7.8	6.9	5.9	8	8.2	7.2	6.3	5.3
9	9.2	8.2	7.2	6.3	9	8.6	7.6	6.6	5.7
10	9.5	8.6	7.6	6.6	10	8.9	7.9	6.9	5.9
11	9.9	8.9	7.9	6.9	11	9.2	8.2	7.2	6.2
12	10.2	9.1	8.1	7.1	12	9.5	8.5	7.4	6.4
13	10.4	9.4	8.3	7.3	13	9.8	8.7	7.6	6.6
14	10.7	9.6	8.5	7.5	14	10.0	8.9	7.8	6.7
15	10.9	9.8	8.7	7.6	15	10.2	9.1	8.0	6.9
16	11.1	10.0	8.8	7.7	16	10.4	9.3	8.2	7.0
17	11.3	10.1	9.0	7.8	17	10.6	9.5	8.3	7.2
18	11.5	10.3	9.1	7.9	18	10.8	9.7	8.5	7.3
19	11.7	10.5	9.2	8.0	19	11.0	9.8	8.6	7.5
20	11.8	10.6	9.4	8.1	20	11.2	10.0	8.8	7.6
21	12.0	10.8	9.5	8.3	21	11.4	10.2	9.0	7.7
22	12.2	10.9	9.7	8.4	22	11.5	10.3	9.1	7.9
23	12.4	11.1	9.8	8.5	23	11.7	10.5	9.3	8.0
24	12.3	11.2	10.1	9.0	24	11.8	10.6	9.4	8.3
25	12.5	11.4	10.2	9.0	25	12.0	10.8	9.6	8.4
26	12.7	11.5	10.3	9.1	26	12.2	11.0	9.8	8.5
27	12.9	11.7	10.4	9.1	27	12.4	11.2	9.9	8.6
28	13.1	11.8	10.5	9.2	28	12.6	11.3	10.1	8.8
29	13.3	12.0	10.6	9.3	29	12.8	11.5	10.2	8.9
30	13.5	12.1	10.7	9.4	30	13.0	11.7	10.3	9.0

# EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

## 1. Tableau des Normes de Poids pour Age

GARÇONS					FILLES				
Age en mois	Médiane	"-1 DS	"-2 DS	"-3 DS	Age en mois	Médiane	"-1 DS	"-2 DS	"-3 DS
31	13.7	12.3	10.9	9.4	31	13.2	11.9	10.5	9.1
32	13.9	12.4	11.0	9.5	32	13.4	12.0	10.6	9.2
33	14.1	12.6	11.1	9.6	33	13.6	12.2	10.8	9.4
34	14.3	12.7	11.2	9.7	34	13.8	12.3	10.9	9.5
35	14.4	12.9	11.3	9.7	35	13.9	12.5	11.0	9.6
36	14.6	13.0	11.4	9.8	36	14.1	12.6	11.2	9.7
37	14.8	13.2	11.5	9.9	37	14.3	12.8	11.3	9.8
38	15.0	13.3	11.7	10.0	38	14.4	12.9	11.4	9.9
39	15.2	13.5	11.8	10.1	39	14.6	13.1	11.5	10.0
40	15.3	13.6	11.9	10.2	40	14.8	13.2	11.6	10.1
41	15.5	13.8	12.0	10.3	41	14.9	13.3	11.8	10.2
42	15.7	13.9	12.1	10.4	42	15.1	13.5	11.9	10.3
43	15.8	14.1	12.3	10.5	43	15.2	13.6	12.0	10.4
44	16.0	14.2	12.4	10.6	44	15.4	13.7	12.1	10.5
45	16.2	14.4	12.5	10.7	45	15.5	13.9	12.2	10.6
46	16.4	14.5	12.6	10.8	46	15.7	14.0	12.3	10.7
47	16.5	14.6	12.8	10.9	47	15.8	14.1	12.4	10.8
48	16.7	14.8	12.9	11.0	48	16.0	14.3	12.6	10.9
49	16.9	14.9	13.0	11.1	49	16.1	14.4	12.7	10.9
50	17.0	15.1	13.1	11.2	50	16.2	14.5	12.8	11.0
51	17.2	15.2	13.3	11.3	51	16.4	14.6	12.9	11.1
52	17.4	15.4	13.4	11.4	52	16.5	14.8	13.0	11.2
53	17.5	15.5	13.5	11.5	53	16.7	14.9	13.1	11.3
54	17.7	15.7	13.7	11.6	54	16.8	15.0	13.2	11.4
55	17.9	15.8	13.8	11.8	55	17.0	15.1	13.3	11.5
56	18.0	16.0	13.9	11.9	56	17.1	15.2	13.4	11.5
57	18.2	16.1	14.0	12.0	57	17.2	15.4	13.5	11.6
58	18.3	16.3	14.2	12.1	58	17.4	15.5	13.6	11.7
59	18.5	16.4	14.3	12.2	59	17.5	15.6	13.7	11.8
60	18.7	16.6	14.4	12.3	60	17.7	15.7	13.8	11.9

**NOTE:** Les données de ce tableau proviennent de deux populations de différents enfants. Pour le cas du groupe d'âge de 0-23 mois les données sont basées sur les études de Fels Research Institute, Yellow Springs, Ohio. Tandis pour le groupe d'âge de 24-60 mois, les données proviennent des échantillons nationaux des statistiques de le National Center for Health. Ceci explique quelques incohérences au point de chevauchement (1).

## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

### 2. INSTRUCTIONS GENERALES POUR PESER ET MESURER LES ENFANTS



IDEE

#### PREPARATION INITIALE:

S'assurer que la mère ou le responsable comprenne ce qui se passe. La mesure du poids et de la taille peut être traumatisant. Les participants ont besoin de se sentir à l'aise pendant le processus.

L'équipement doit être gardé dans un endroit frais, propre et sécurisé. Ne pas travailler dans un endroit où l'on est directement exposé au soleil, puisque cela peut affecter la lecture de la balance et d'autres équipements. D'ailleurs, c'est plus confortable pour l'enfant et la personne qui le mesure.

#### Il faut deux personnes

**qualifiées:** Si possible, les mesures du poids et de la taille de l'enfant doivent être prises par deux personnes qualifiées en la matière. Le **Mesureur** tient l'enfant et lui prend les mesures. L'**Assistant** aide à tenir l'enfant et enregistre ces mesures. S'il n'y a qu'un(e) assistant(e) non qualifié(e) comme par exemple la mère, il revient à la personne qualifiée d'enregistrer les mesures.

#### Instructions à suivre pour peser un enfant à l'aide d'une balance suspendue de type salter

- 1. Peseur ou Assistant:** suspendre la balance à un endroit sûr comme par ex. la porte. Vous pouvez avoir besoin d'une corde pour mettre la balance au niveau de tes yeux. Demander à la mère de déshabiller l'enfant aussi complètement que possible.
- 2. Peseur:** Attacher une culotte utilisée pour peser l'enfant au crochet de la balance et régler celle-ci à zéro et ensuite enlever la culotte.
- 3. Peseur:** Demander à la mère de bien tenir l'enfant. Enfonce vos bras dans les trous de la culotte (flèche 1). Bien saisir les pieds de l'enfant à ce que l'enfant de façon fasse passer ses jambes dans les trous de la culotte (flèche 2). S'assurer que la sangle du pantalon se trouve devant l'enfant.
- 4. Peseur:** Attacher la sangle du pantalon au crochet de la balance. **IL NE FAUT PAS PORTER L'ENFANT PAR LA SANGLE UNIQUEMENT.** Il faut le laisser descendre doucement et suspendre librement.



Les lignes directrices suivantes ont été tirées et adaptées à partir des documents "How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children in Household Survey" du Département de l'ONU chargé de la Coopération Technique auprès du Bureau de Développement et des Statistiques, 1966 et "Anthrometric Indicators Measurement Guide", Bruce Cogill, Projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition, 2001.

## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

**5. Assistant:** Se mettre à côté derrière le peseur et être prêt à enregistrer le poids. Avoir le formulaire prêt (flèche 4).

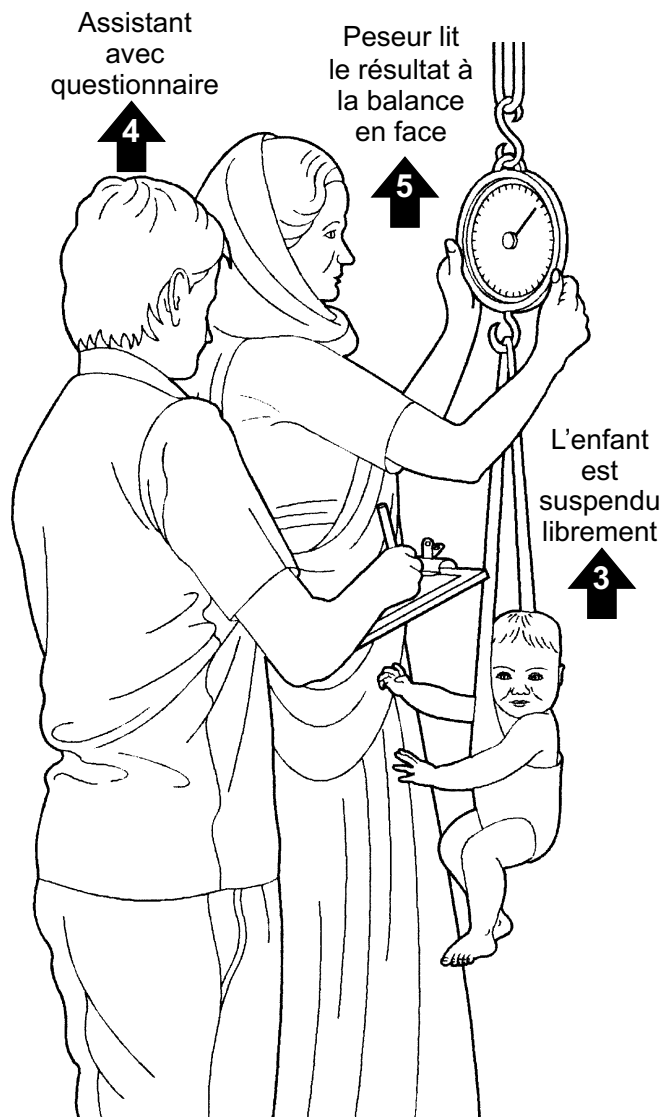
**6. Peseur et Assistant:** Vérifier la position de l'enfant. S'assurer qu'il est suspendu librement et qu'il ne touche rien. Recommencer les étapes nécessaires.

**7. Peseur:** Tenir fermement la balance et lire le poids à 0.1 kg près (flèche 5) Donner le poids une fois que l'enfant ne bouge plus et que l'aiguille de la balance est fixe. Même les enfants agités restent immobiles pendant assez longtemps pour une mesure. **IL FAUT ATTENDRE QUE L'AIGUILLE ARRETE DE BOUGER.**

**8. Assistant:** Enregistrer directement le poids et le montrer au peseur.

**9. Peseur:** Au moment où l'assistant enregistre le poids, soulever doucement l'enfant par son corps. **IL NE FAUT PAS LE SOULEVER EN TENANT SEULEMENT LA SANGLE DU PANTALON DE PESEE.** Dégager la sangle du crochet de la balance.

**10. Peseur:** Vérifier le poids enregistré pour son exactitude et sa lisibilité. Demander à l'assistant d'effacer ou de corriger les erreurs.



**Quand faut-il peser et mesurer:** Mesurer le poids et la taille de l'enfant seulement après avoir collecté toutes les informations orales. Cela permettra de se familiariser avec les membres de la famille et d'aider la mère et l'enfant à se sentir à l'aise avant la mesure.

**Peser et mesurer un seul enfant à la fois:** Interroger et mesurer un enfant à la fois. Ne prenez pas la taille et le poids de tous les enfants en même temps. Cela peut facilement causer une confusion et il y aura beaucoup plus de chance de commettre des erreurs comme celle de mettre sur la fiche d'un enfant les mesures d'un autre.

**Contrôlez l'enfant:** Quand vous mesurez la taille et le poids des enfants, vous devez les tenir calmes. Un enfant excité ou qui a peur peut rendre difficile l'obtention de mesures exactes. Soyez ferme mais en restant doux avec les enfants. Votre calme et assurance seront ressentis par l'enfant et la mère.

**Enregistrement des mesures:** Toutes les mesures doivent être enregistrées au crayon. Ainsi, quand une erreur est commise lors de l'enregistrement, elle peut être corrigée facilement.

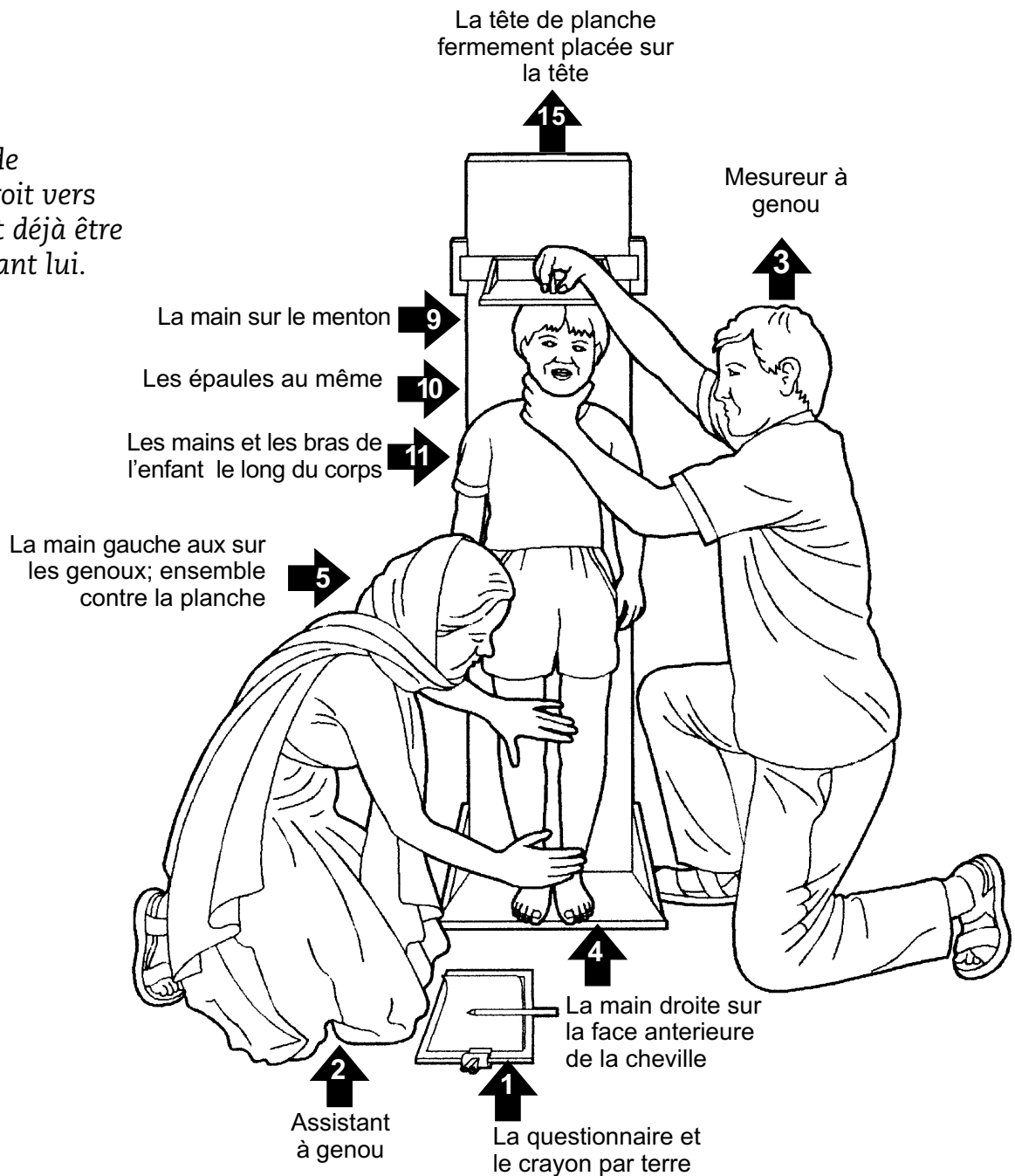
## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

### Instructions à suivre pour mesurer la taille des enfants âgés de 24 mois et plus

**1. Mesureur ou Assistant:** Placer la planche de mesure sur une surface plate et dure, contre un mur, une table, un arbre, un escalier, etc. S'assurer que la planche ne puisse pas bouger.

**2. Mesureur ou Assistant:** Demander à la mère d'enlever les souliers de l'enfant et de defaire toute tresse qui peut gêner la mesure. Il faut lui demander de faire marcher l'enfant jusqu'à la planche et de s'agenouiller devant l'enfant.

*Dire à l'enfant de regarder tout droit vers sa mère qui doit déjà être agenouillée devant lui.*



## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

**3. Assistant:** Déposer le formulaire et le crayon à même le sol. S'agenouiller sur les deux jambes à droite de l'enfant (flèche 2).

**4. Mesureur:** S'agenouiller sur sa jambe droite à gauche de l'enfant (flèche 3). Cela vous permettra un maximum de mobilité

**5. Assistant:** Tenir l'enfant debout, ses pieds à plat, et de la planche s'aider que les talons sont contre la base de la planche. Mettre la main droite sur la face antérieure des chevilles de l'enfant (flèche 4), la main gauche placée sur le genou de l'enfant (flèche 4) et le pousser contre la planche. Il faut s'assurer que les jambes de l'enfant sont droites et que ses talons et mollets tiennent bien contre la planche (flèches 6 et 7). Après avoir bien positionné les pieds et les jambes, en informer le Mesureur.

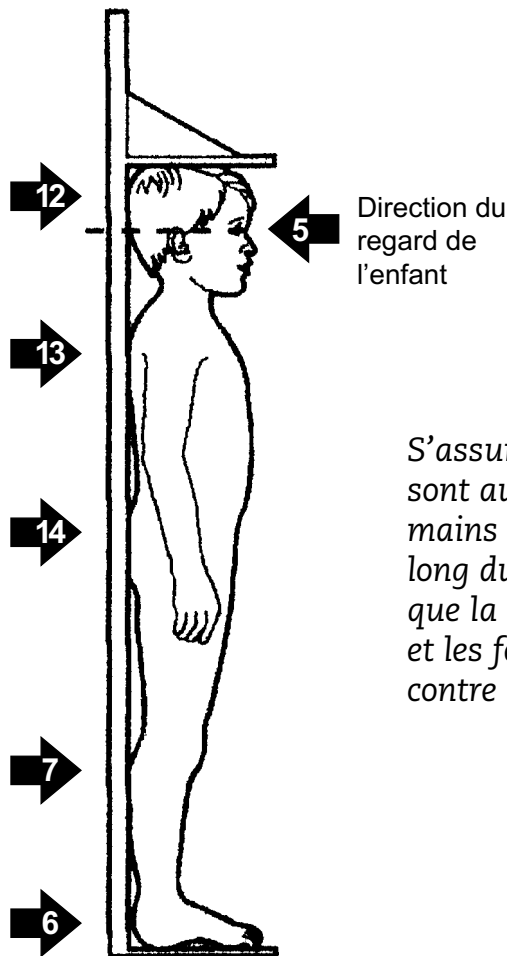
**6. Mesureur:** Dire à l'enfant de regarder tout droit vers sa mère qui doit déjà être agenouillée devant lui. Il faut s'assurer également que le regard de l'enfant est parallèle au sol (flèche 8). Placer la main gauche ouverte sous le menton de l'enfant. Fermer progressivement ta main (flèche 9). Eviter de couvrir la bouche et les oreilles de l'enfant. S'assurer que les épaules sont au même niveau (flèche 10), et que les mains se trouvent le long du corps (flèche 11) et enfin que la tête, les omoplates et les fesses tiennent bien contre la planche (flèches 12,13 et 14). Avec la main droite, baisser le pièce supérieure sur le sommet de la tête de l'enfant. S'assurer de traverser les cheveux de l'enfant (flèche 15).

**7. Mesureur et Assistant:** Vérifier la position de l'enfant (flèche 1-15). Répéter les étapes si nécessaires.

**8. Mesureur:** Si la position de enfant est correcte, lire et dicter la mesure à 0.1 cm près. Relever la pièce supérieure de la tête de l'enfant et la main gauche de son menton.

**9. Assistant:** Enregistrer directement la taille et la montrer au mesureur.

**10. Mesureur:** Vérifier la mesure enregistrée sur le formulaire pour son exactitude et sa lisibilité. Demander à l'assistant d'effacer et de corriger toutes eventuelles erreurs.



*S'assurer que les épaules sont au même niveau, les mains se trouvent au long du corps, et enfin que la tête, les omoplates et les fesses tiennent bien contre la planche.*



## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

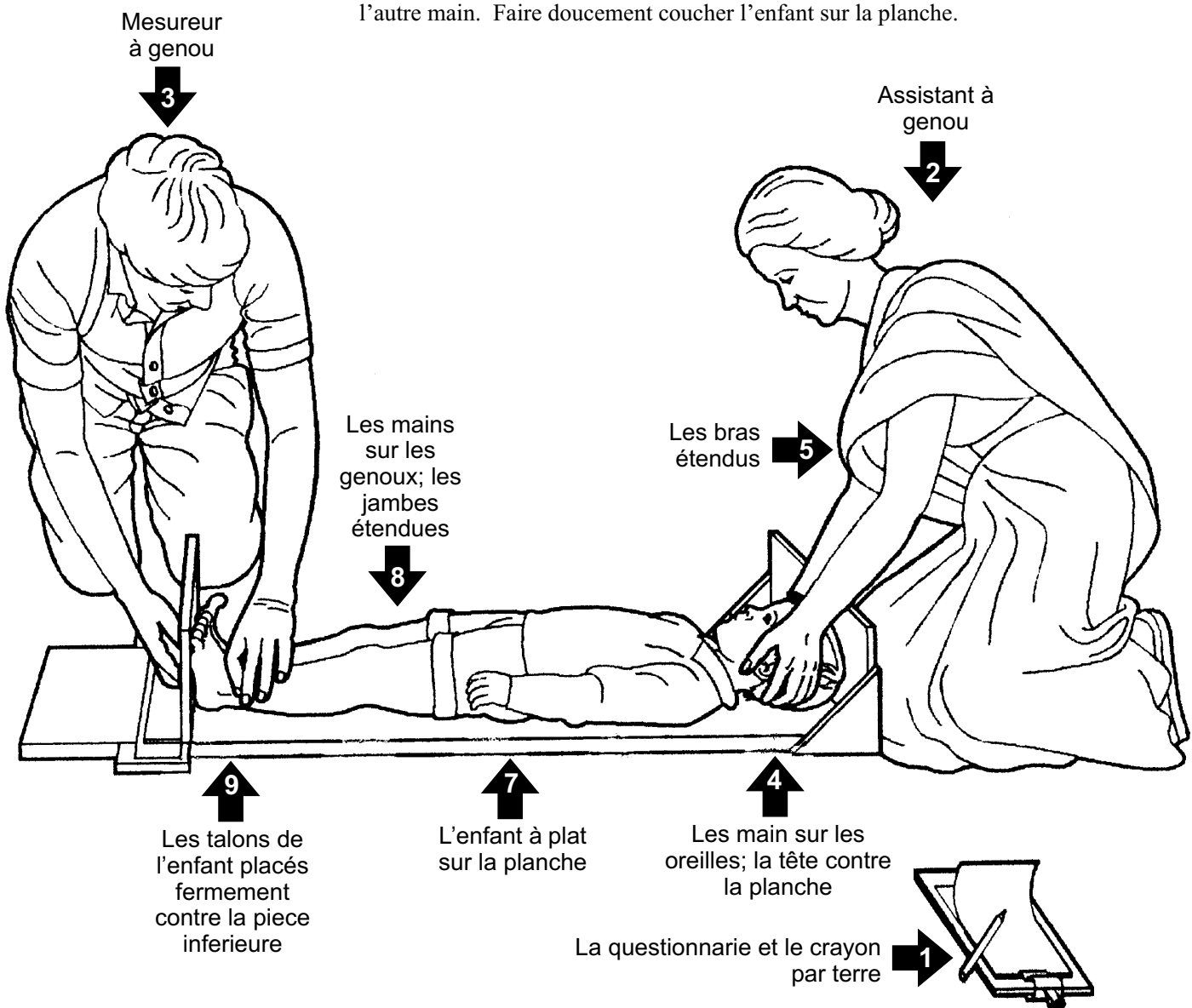
### Instructions à suivre pour mesurer la taille des bébés et des enfants de 0 à 23 mois

**1. Mesureur ou Assistant:** Placer la planche de mesure sur une surface plate et dure, comme le sol, le plancher ou une table fixe.

**2. Assistant:** Déposer le formulaire et le crayon à même le sol, sur le plancher ou sur la table (flèche 1). S'agenouiller sur tes deux jambes derrière la planche si elle est placée sur le sol ou sur le plancher (flèche2).

**3. Mesureur:** S'agenouiller à droite de l'enfant pour pouvoir tenir la pièce inférieure de la planche avec la main droite (flèche 3).

**4. Mesureur et Assistant:** Avec le concours de la mère, placer l'enfant sur la planche en supportant la tête de l'enfant avec une main et le tronc du corps de l'enfant avec l'autre main. Faire doucement coucher l'enfant sur la planche.

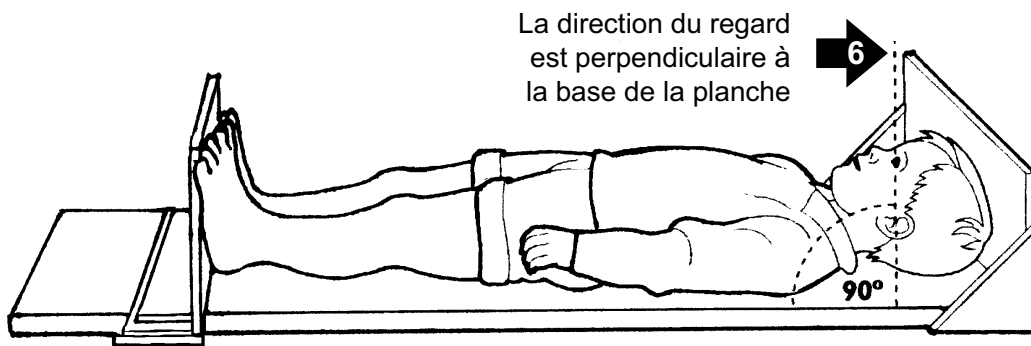


## EVALUATION DES DONNEES NUTRITIONELLES

**5. Mesureur ou Assistant:** Demander à la mère de s'agenouiller tout près de l'autre côté de la planche en face de mesureur pour empêcher l'enfant de bouger.

**6. Assistant:** Poser les mains sur les oreilles de l'enfant (flèche 4). Avec les mains tendues toutes droites (flèche 5), placer la tête de l'enfant contre la base de la planche à tel point que l'enfant regarde tout droit en haut. La direction du regard de l'enfant doit être perpendiculaire au sol (flèche 6). Votre tête doit être juste au-dessous de celle de l'enfant. Il faut fixer directement l'enfant dans les yeux.

**7. Mesureur:** Il faut s'assurer que l'enfant se tient tout droit au centre de la planche (flèche 7). Placer la main gauche sur les tibias de l'enfant (au-dessus des chevilles) ou sur ses genoux (flèche 8). Serrer les fermement contre la planche. Avec la main droite, placer la pièce inférieure fermement contre les talons de l'enfant (flèche 9).



*La direction du regard de l'enfant doit être perpendiculaire au sol. Votre tête doit être juste au-dessous de celle de l'enfant.*

**8. Mesureur et Assistant:** Vérifier la position de l'enfant (flèche 1-9). Répéter toutes les étapes nécessaires.

**9. Mesureur:** Quand la position de l'enfant est correcte, lire et dicter la mesure à 0.1 cm près. Enlever la pièce inférieure.

**10. Assistant:** Relâcher immédiatement la tête de l'enfant. Enregistrer la mesure et la montrer au mesureur.

**11. Mesureur:** Vérifier la mesure enregistrée sur le formulaire pour son exactitude et sa lisibilité. Donner à l'assistant les instructions pour effacer et corriger toute erreur éventuelles.



# CHAPITRE QUATRE

## Etape 4 - Mener une Enquête sur la Déviance Positive



### ETAPE 4

#### Mener une Enquête sur la Déviance Positive (EDP)

- A. Planification de la logistique d'EDP
- B. Visites à domicile
- C. Compilation des résultats
- D. Partager les résultats avec la communauté

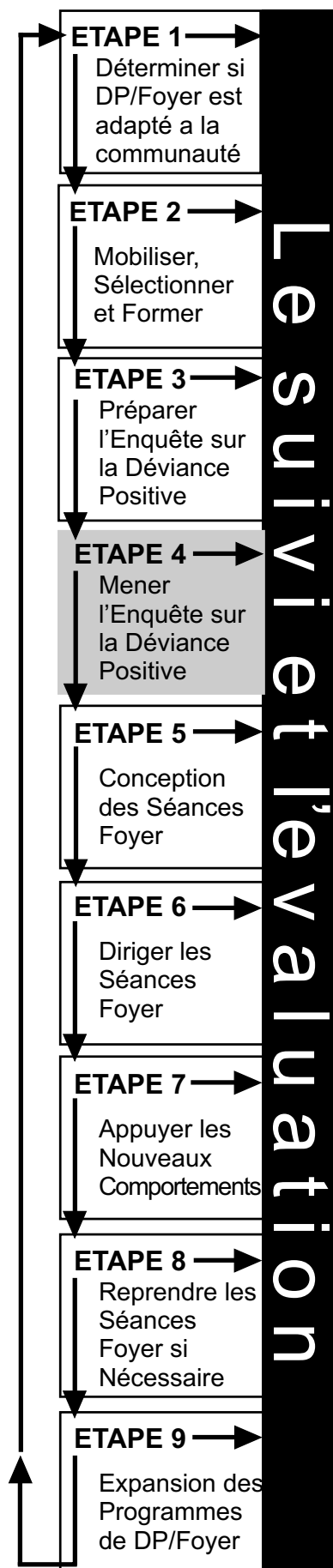
Une Enquête sur la Déviance Positive (EDP) est un instrument de découverte pour découvrir des habitudes efficaces ou du Déviant Positif. Elle est indispensable pour l'acceptation des habitudes qui seront découvertes et puis enseignées dans un Foyer. Si les membres de la communauté ne peuvent pas voir ce que les autres, membres de la communauté, sont en train de faire pour lutter contre la malnutrition, ils ne croiront pas qu'il y ait de bonnes habitudes locales qu'ils peuvent apprendre et mettre en pratique pour atteindre les mêmes résultats. L'EDP fournit les informations nécessaires à la conception de menus et au contenu de l'éducation sanitaire destinés aux séances Foyer qui seront développées au chapitre 5.

L'EDP est rapide et effectuée par les membres de la communauté, les volontaires Foyer ainsi que les superviseurs qui mènent des visites à domicile et qui observent le comportement des familles et des responsables des enfants. L'EDP et l'analyse des résultats peuvent être réalisées dans un délai de moins d'une semaine.

On observe trois ou quatre catégories fondamentales de pratiques:

1. **Les pratiques alimentaires:** usage des aliments spécialement riches en matières nutritives, fréquence et quantité de nourriture.
2. **La prise en charge:** interaction entre les membres d'une famille et les enfants (soins psycho-sociaux) et stimulation de la petite enfance.
3. **Les pratiques d'hygiène:** il s'agit de l'hygiène corporelle, alimentaire et l'environnementale (quelque fois l'hygiène va de pair avec la prise en charge).
4. **Les pratiques de soins de santé:** les mesures préventives en matière de santé, le traitement à domicile des maladies et le recours aux services sanitaires.

OÙ ETES-VOUS?





*Le processus de l'EDP est basé sur des comportements efficaces, sains, et non sur des échecs.*

### **Le processus de l'EDP est:**

- ♥ Une nouvelle manière d'aborder les problèmes anciens; de rechercher des solutions qui sont applicables aujourd'hui.
- ♥ Une manière d'observer la réalité. Notre entourage est constitué par les gens qui pratiquent des comportements qui sont applicables pour d'autres.
- ♥ Chercher des comportements peu communs mais bons, culturellement acceptables qu'on peut rendre communs.
- ♥ Basé sur des comportements efficaces, sains, et non sur des échecs.
- ♥ Axé sur une découverte de soi par les volontaires qui représentent la communauté.
- ♥ Un processus immédiat et rapide, plutôt que prolongé avec beaucoup de données et d'analyse.
- ♥ Basé sur un petit échantillon de 4 à 6 visites à domicile.
- ♥ Centré sur l'observation des habitudes applicables dans une communauté particulière.
- ♥ Non passif - les observateurs utilisent tous leur sens.
- ♥ Un processus qui mobilise la communauté pour la résolution d'un problème.

## **A. Planification de la logistique d'EDP**

### **1. Ligne de temps**

L'Etude sur la Déviance Positive comporte la formation; les visites à domicile aux familles DP, et la synthèse des information EDP dans en une serie de pratiques efficaces qui peuvent être enseignées lors des séances Foyer. Ces activités peuvent être réalisées pendant une ou deux semaines.

- |                                                       |              |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Formation des membres de la communauté participant | 2 jours      |
| 2. Visites à domicile (6) dans chaque communauté      | 1 ou 2 jours |
| 3. Consolidation et compilation des résultats d'EDP   | 1 jour       |

### **2. Matériel requis pour l'EDP est composé par**

- ♥ Affiches pour la consolidation des résultats
- ♥ Bloc-notes
- ♥ Récapitulation des informations nutritionnelles par famille
- ♥ Checklist des observations
- ♥ Guide d'interviews semi-structurées
- ♥ Rapport sur les résultats des visites à domicile

Avant qu'ils ne mènent des visites à domicile, les volontaires doivent recueillir et compiler les données de l'état alimentaire dans chaque famille en se servant des informations fournies par les fiches d'inscription des familles (si disponibles), l'évaluation alimentaire de base ainsi que le classement des familles selon le revenu. Il faut utiliser un formulaire similaire à celui mentionné au Tableau 4.1. pour la compilation de ces informations.

**TABLEAU 4.1****FORMULAIRE DE RECAPITULATION DES INFORMATIONS NUTRITIONNELLES SELON LE SITUATION DP**

Famille	Nom	Poids (kg)	Etat de malnutrition (normal, 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> degré)	Situation socio-économique (Non pauvres, pauvres, très pauvres)	Age de l'enfant
DP					
DP					
DP					
DP					
DN					
DN					
Non DP					
Non DP					

**DP= Déviant Positif DN= Déviant Négatif Non DP = Pauvre et malnutrit**

**Le Checklist d'Observations comprend:**

- ♥ L'observation des membres du ménage (enfant sélectionné, principal responsable d'enfant/maman, responsables secondaires d'enfants, enfants de mêmes parents, père et autres membres de famille)
- ♥ L'observation des pratiques (hygiène, alimentation, interactions, allaitement maternel, préparation des aliments ainsi que l'usage de l'eau)
- ♥ L'observation de la disponibilité des aliments (quantité, variété, provenance, conservation, préservation ainsi que la préparation)
- ♥ L'observation de l'environnement des ménages (résidence, jardins qui entoure le ménage, sources d'eau, latrines ainsi que les animaux)

**Les directives pour mener l'Interview Semi-structurée comprennent:**

- ♥ Les questions générales concernant la famille
- ♥ Les questions destinées aux mères sur les pratiques alimentaires, de prise en charge recours aux soins
- ♥ Les questions destinées aux autres responsables des enfants (parents, pères et grand-parents)

**2. Mission des équipes**

L'Equipe EDP est constituée par les leaders de la communauté, les Volontaires Foyer, ainsi que le personnel du centre de santé local. L'équipe est divisée en sous-équipes composées de deux ou trois personnes chacune qui mènent des visites à domicile et doivent être constituées d'une association de différents types des membres. Une équipe de plus de trois personnes rend une visite à domicile plutôt indiscrete et intimidante. Chaque membre d'une sous-équipe doit assumer un seul rôle: enquêteur, observateur, ou celui chargé d'enregistrement. Si l'équipe est constituée seulement de deux membres (enquêteur ou observateur). L'un d'eux doit également effectuer les enregistrements.

**Le Checklist des Observations ainsi qu'un Guide d'Interview Semi-Structurée sont repris à la fin de ce chapitre et peuvent être adaptés et/ou traduits au contexte et dans la langue locaux avant d'être utilisés.**

Les informations collectées grâce à ces deux outils sont compilées et se trouvent dans le **Rapport sur les Résultats des Visites à Domicile** Effectuées dans la Famille. (Voir le format aux pages 104 – 105).

*Quelque fois l'équipe peut remarquer que, pendant l'analyse minutieuse d'une visite à domicile, une famille, considérée au départ comme déviant positif, ne remplit pas à vrai dire ces critères.*

Au total, l'équipe EDP va visiter au moins quatre familles pauvres dont les enfants sont bien nourris (déviants positifs) et au moins deux familles qui ne sont pas pauvres mais dont les enfants sont malnutris (déviants négatifs). Si l'équipe n'est pas en mesure de visiter les familles plus riches, il faut choisir les familles pauvres dont les enfants sont malnutris. Là où la communauté est importante (plus de 3000 personnes) il faut faire plus de visites. Quelque fois l'équipe peut remarquer que, pendant l'analyse minutieuse d'une visite à domicile, une famille, considérée au départ comme déviant positif, ne remplit pas à vrai dire ces critères. Les raisons de l'erreur de classement peuvent être la mesure inexacte du poids, les circonstances particulières (enfant unique) ou que la famille n'est pas aussi pauvre qu'on ne le pensait au départ.

Les visites à domicile doivent être réparties de sorte que chaque sous-équipe atteigne un grand nombre de familles Déviant Positif, Déviant Non-positif et Déviant Négatif. Il est aussi important de choisir des familles dont les enfants ont moins de trois ans pour s'assurer qu'on trouve un bon nombre de pratiques alimentaires appropriées à l'âge et des pratiques des responsables d'enfants. Il faut établir un calendrier des visites à domicile afin que chaque équipe sache à qui et quand il effectuera la visite. Le tableau 4.2. donne un exemple des missions d'échantillon des activités de l'équipe d'EDP.

**TABLEAU 4.2** EXEMPLES DES ATTRIBUTIONS DE L'ÉQUIPE D'EDP

Équipe	Enquêteur	Chargé de l'enregistrement	Observateur	Type de famille enquêtées
1	Volontaire Foyer	Le personnel de projet sur terrain	Superviseur/ Formateur	1 DP, 1 Non DP
2	Volontaire Foyer	Membre du Comité de Santé	Infirmier/ère	1 DP, 1 Non DP
3	Volontaire Foyer	Leader de la Communauté	Infirmier/ère	1 DP, 1 DN
4	Volontaire Foyer	Volontaire Foyer	Superviseur formateur	1 DP, 1 DN

Total d'Interviews: 4 Familles Déviants Positifs, 2 familles Non-Déviant Positif, 2 familles Déviant Négatif

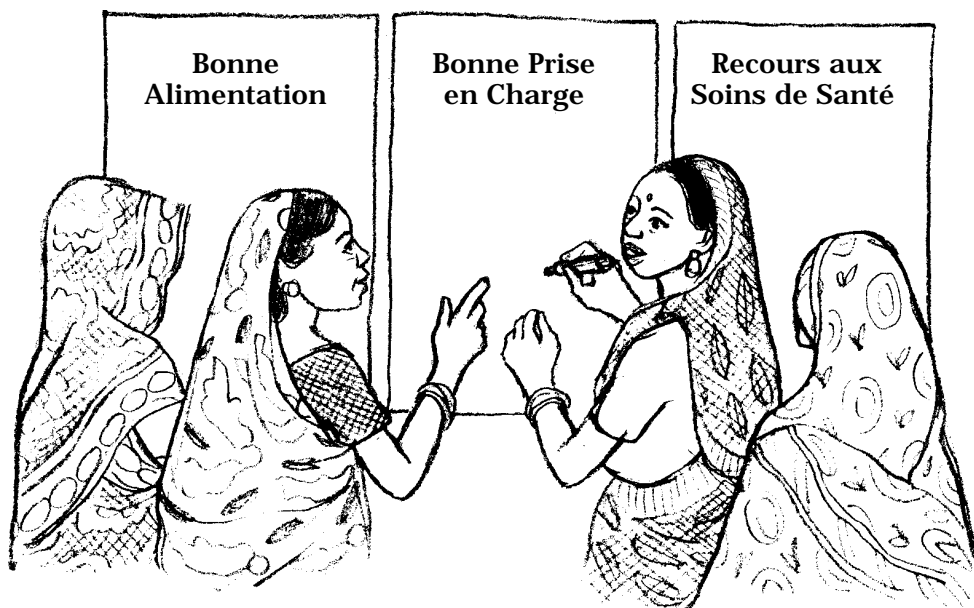
Les familles visitées ne doivent pas être informées de leur état DP, Non DP ou Déviant négatif (DN). La visite doit être présentée tout simplement comme une collecte d'informations et une visite d'observations au cours de laquelle l'équipe se garde de porter des jugements. Il est à rappeler aux membres de l'équipe EDP d'être polis, respectueux et amicaux; de se présenter non pas comme un enseignant, mais comme quelqu'un qui sait écouter; et se servir des questions ouvertes plutôt que des questions de type oui ou non, ou des questions tendancieuses. Il ne faut pas oublier le but de la visite qui est celui d'apprendre les pratiques alimentaires dans la communauté.

## B. Les Visites à Domicile

Il faut prévoir les visites à domicile au moment de la préparation et de la consommation des aliments pour s'assurer qu'on va être capable d'observer les vraies pratiques. Les visites à domicile ne doivent pas durer plus de deux heures. Veiller à ne pas abuser de l'hospitalité qui vous est accordée.

## C. Compilation des Résultats

Une fois les visites à domicile terminées, les membres choisis de l'équipe du projet examinent tous les Rapports sur les Résultats de Visites à Domicile effectuées dans la Famille. Ils cherchent les points communs dans les comportements des familles DP qui pourraient influencer positivement sur l'état alimentaire de l'enfant. A partir de ces comportements, l'équipe dresse une liste maîtresse des pratiques bénéfiques du ménage. L'équipe peut se servir d'une matrice (Tableau 4.3) pour comparer les pratiques DP à travers les ménages.



**TABLEAU 4.3**

**ECHANTILLON DE MATRICE POUR L'ANALYSE DES RÉSULTATS DP**

Ménage	Bons Aliments Bonne alimentation	Bons soins infantiles	Bons Soins de Santé

L'équipe peut alors identifier ces pratiques DP qui sont accessibles à tous les membres de la communauté. Cette liste sert de base pour la conception des séances Foyer et des messages pour l'éducation sanitaire qui y sont véhiculés est présentée ci. Soulignons que les comportements positifs et les messages constituent un amalgame de meilleures pratiques issues de plusieurs familles.



### Le Processus Étape par Étape de la Visite à Domicile

1. Présenter l'équipe aux membres de famille et exposer les motifs de votre visite ainsi que sa durée.
2. Obtenir l'approbation de la famille afin de pouvoir prendre part à ses activités journalières et accepter de lui donner un coup de main.
3. Traiter en ami les membres de la famille. Assurer l'interaction avec les membres de la famille en se touchant, en jouant, etc.
4. Visiter la cuisine, les latrines, les chambres à coucher, les fermes ainsi que les salles à manger.
5. Utiliser un style de conversation informel dans une interview avec le principal responsable de l'enfant.
6. Se renseigner sur le passé de la famille, sa situation financière, ainsi que sur les attentes du responsable à propos de l'avenir l'enfant.
7. Après la visite à domicile, noter les observations sur le Checklist des Observations.
8. Résumer les informations fournies par les observations et les interviews dans le Rapport sur les Résultats de Visites à Domicile effectuées dans la Famille qui se trouve à la fin de ce chapitre.
9. En moins d'une journée, écrire une histoire sur cette famille en mettant l'accent sur le(s) responsable(s) des enfants et les enfants de moins de 5 ans en se servant de ce que les membres de la famille ont dit.



**TABLEAU 4.4****EXEMPLES D'ALIMENTS IDENTIFIÉS DANS DIFFÉRENTS PROJETS**

Pays	Aliment DP	Accessibilité
Vietnam	Crevettes, légumes verts	Gratuit: ramassées dans les écorces du riz
Mozambique	Noix de Marula	Gratuit: poussent dans la forêt et ramassés au sol
Nepal	Baies sauvages, escargots, grenouilles	Gratuit
Sri Lanka	Plat de graines de soya	Bas prix, disponibles



*Ces pratiques favorables fournir des exemples de types de comportements "découverts" lors d'une EDP dans plusieurs pays*

**Exemple d'aliments et de pratiques alimentaires:**

- ♥ Introduction d'une alimentation complémentaires appropriée vers six mois
- ♥ Fréquence de l'alimentation
- ♥ Variété de nourriture
- ♥ Quantité et consistance (abondance) des aliments
- ♥ Pas de préjugés liés au sexe concernant la priorité d'alimentation, la quantité et le type de nourriture
- ♥ Allaitement maternel continu et fréquent
- ♥ Prise en charge appropriée de l'enfant qui n'a pas d'appétit
- ♥ Supervision lors de l'alimentation (alimentation active)

**Exemple de prise en charge des enfants:**

- ♥ Répartition du travail et des soins d'enfant entre les responsables des enfants pour qu'un temps suffisant soit consacré à chaque enfant
- ♥ Les responsables des enfants pratiquent l'apprentissage sur le terrain (activités interactives et stimulantes avec l'enfant pendant l'exécution des tâches ménagères journalières)
- ♥ Usage des chansons (berceuses)
- ♥ Interaction positive entre l'enfant, les responsables principaux et secondaires des enfants favorisant l'évolution émotionnelle et cognitive (attention et signes d'affection, interaction verbale fréquente)
- ♥ Interaction positive entre l'enfant et les autres membres de famille favorisant la familiarisation de l'enfant (usage du renforcement/éloge positif, de la patience et de la modélisation de bons comportements)
- ♥ Supervision de tous instants
- ♥ Stimulation et jeux appropriés à l'évolution globale de l'enfant favorisant l'expérimentation de l'enfant avec l'environnement et permettant la découverte.
- ♥ Usage des jouets et des jeux conçus faits à la maison selon l'âge.
- ♥ Attention et affection du père
- ♥ Un environnement sain

### Exemple des pratiques d'hygiène:

- ♥ Hygiène des aliments, du corps et de l'environnement (se laver à l'eau le visage, les mains et les pieds avant le repas)

### Exemple de méthodes préventives de santé:

- ♥ Vaccination complète
- ♥ Contrôle régulier du poids de l'enfant (si disponible)
- ♥ Emploi des moustiquaires dans les régions touchées par le paludisme
- ♥ Tous les membres de famille emploient des latrines ou autres sortes d'infrastructures sanitaires
- ♥ Cures de vermifuge régulières à donner à l'enfant et aux membres de la famille dans des régions endémiques



### Exemple de la prise en charge de l'enfant malade:



- ♥ Traitement approprié à domicile d'un enfant malade pendant et après sa maladie
- ♥ Régime et boisson appropriés pendant et après la maladie
- ♥ Traitement approprié à domicile des maladies simples et blessures (rhumes, toux, fièvre, mal d'oreilles, inflammation des yeux, incisions, brûlures, morsures, ecchymoses, rougeur, etc.)
- ♥ Poursuite de l'allaitement continu ainsi que des boissons et des aliments appropriés lors de la diarrhée; repas supplémentaires à l'enfant après la diarrhée
- ♥ Emploi des SRO ou des liquides préparés à domicile pour la prévention contre la déshydratation pendant la diarrhée
- ♥ Demande opportune de l'aide professionnelle pour le traitement des maladies et des blessures

### Exemple des facteurs de ménage qui affectent l'état nutritionnel de l'enfant:

- ♥ Accès à l'eau en quantité suffisante
- ♥ Accès à l'eau potable
- ♥ Fumée dans la maison
- ♥ Maison et fermes séparées
- ♥ Revenu
- ♥ Utilisation de l'argent ou des autres avoirs
- ♥ Abus de stupefiants par les parents
- ♥ Violence familiale ou abus des enfants
- ♥ Age et connaissance de la personne qui s'occupe de l'enfant en l'absence de la mère

### Note sur le Déparasitage

Les maladies parasitaires influent largement et négativement sur la croissance et l'évolution des enfants de moins de 24 mois. Auparavant, les jeunes enfants étaient exclus des programmes de déparasitage, mais d'après les nouvelles directives de l'OMS, tous les enfants des régions endémiques ayant un an doivent bénéficier des programmes systématiques de déparasitage. Vérifiez avec le Ministère de la Santé de votre pays ce qui est prévu par la politique nationale.

Source: Allen 2002 (1)



**Madagascar**

Le "Catholic Relief Services" mène des Séances Foyer dans des milieux urbains. L'EDP a fait remarquer que les mères des enfants malnutris achètent le bois de chauffage et l'argent qui leur reste suffit seulement pour l'achat du riz pour leurs enfants. Les mères DP se rendent à l'extérieur de la ville pour collecter du bois mort qui doit servir de chauffage et y récoltent des légumes sauvages pour accompagner le riz acheté pour leurs enfants. L'argent économisé du fait de n'avoir pas acheté du bois de chauffage sert à l'achat d'autres aliments nutritifs.

Les exemples aux tableaux 4.5, 4.6 et 4.7 montrent les observations des familles déviantes positives, déviantes non-positives et déviantes négatives au Bangladesh.

Notez que les pratiques des familles déviantes négatives et déviantes non-positives ne sont pas toutes mauvaises; souvent il y a mélange de bonnes et de mauvaises pratiques. Les différences peuvent être tranchées ou minimales. Il est nécessaire de mener des observations particulières et d'utiliser une « loupe » pour discerner les différences comportementales particulières, mais les pratiques qui contribuent le plus au bien-être de l'enfant deviendront progressivement apparentes.

**TABLEAU 4.5** Déviant Positif, Bangladesh

Information générale	Pratiques alimentaires	Pratiques des soins	Pratiques soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continue allaité au sein</li> <li>-Bien nourri</li> <li>-Famille de 5 membres</li> <li>-Grand-mère – responsable des soins</li> <li>-Papa – travail de jour, à la maison tous les 20 jours</li> <li>-Environnement propre</li> <li>-Mère gère un petit magasin</li> <li>-Pas de latrines</li> <li>-Présence de savon et de l'eau</li> <li>-Boit l'eau du tuyau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menu d'hier: riz, dhal, œuf, poisson, biscuit</li> <li>-Nourri 4 à 5 fois par jour</li> <li>-Manage œuf deux fois par semaine</li> <li>-Nourriture complémentaire a commencé à partir du 8<sup>ème</sup> mois</li> <li>-Nourri aux biscuits quand pas d'appétit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bonne interaction mère-enfant</li> <li>-Maman joue avec l'enfant</li> <li>-Papa s'assure toujours qu'il y a de la nourriture pour sa famille</li> <li>-L'enfant mange de lui-même</li> <li>-Bonne interaction grand-mère - enfant</li> <li>-Joue avec des jouets en argile et une poupée</li> <li>-Voisins sont serviables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfant vacciné (pas de carte)</li> <li>-Prise en charge de la diarrhée à la maison avec SRO</li> <li>-Refroidir la tête en cas de fièvre</li> <li>-Laver les mains avec du savon</li> <li>-Bain régulier</li> <li>-Environnement de la maison propre</li> <li>-Toute la nourriture est couverte</li> </ul>

**TABLEAU 4.6** Déviant Négatif, Bangladesh

Information générale	Pratiques alimentaires	Pratiques des soins	Pratiques soins de santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continue allaité</li> <li>-Malnourit</li> <li>-Neuf membres de la famille</li> <li>-Le père: cultivateur, propriétaire de terre, engage les ouvriers</li> <li>-Les vaches dorment avec la famille (peur de voleur)</li> <li>-Une grande maison</li> <li>-Pas de latrine</li> <li>-Pas de jardin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Regime d'hier: du lait de vache, du riz, du poisson, de la viande, du sag et légume sec</li> <li>-Lorsque l'enfant n'a pas faim on ne lui donne rien</li> <li>-Nourrir 3 à 4 fois par jour</li> <li>-Pas d'alimentation active</li> <li>-Pendant la maladie, prendre le lait maternel uniquement</li> <li>-La mère ne prend pas une alimentation supplémentaire lorsqu'elle allaite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Papa n'est pas proche de l'enfant</li> <li>-Maman ne montre pas d'affection à l'enfant, il n'y a pas d'interaction</li> <li>-Les parents ont une relation agressive</li> <li>-Maman ne se cherche pas à savoir si l'enfant joue ou pas</li> <li>-Enfant ne s'intéresse pas aux étrangers</li> <li>-Enfant n'est pas propre, il est plein de boue</li> <li>-On ne s'occupe pas de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de toilette/ latrines</li> <li>-On ne se lave pas les mains</li> <li>-Vaccination complète (pas de carte)</li> <li>-Maman ne sait rien en ce qui concerne la prise en charge des maladies à la maison ou de la diarrhée</li> <li>-Cuisine propre</li> <li>-Ustensiles dans la mare, puis placés sur la bouse de vache pour sécher</li> </ul>

**TABLEAU 4.7 Non-positif Déviant, Bangladesh**

Information générale	Pratiques alimentaires	Pratiques des soins	Pratiques soins de santé
-Malnourit avec un développement moteur retardé -Dix membres de famille - 5 soeurs et 2 frères -Seulement un enfant va a l'école -Le père est cultivateur, seul gagnant de l'argent -L'environ de la maison est sale -Pas de jardinage des legumes -Latrine ouverte	-Continue allaité -Donner du lait de vache depuis l'age de 2 mois -Nourri 2 fois par jour -Alimentation forcée -L'enfant est puni physiquement s'il ne mange pas -Regime- du riz et du lait	-L'enfant n'est pas supervisé -Pas de jouets -Pas de stimulation -Les enfants les plus âgés ne reçoivent plus les conseils de leurs parents -Pas d'image aux murs -Un couteau tranchant à la portée de l'enfant -Développement de communication retardé -Utilisation de coups de bâton pour punir les enfants -Les parents se querellent devant les enfants -La mère était passive, timide, et malade	-Maman sait préparer et utiliser les SRO -L'enfant est vacciné -L'enfant souffre des vers intestinaux -Confusion en ce qui concerne le traitement pas les vermifuges -Voit les médecins traditionnels du village lorsque l'enfant est malade

Comité de Santé local aide a trouver et diffuser l'information sur les comportements positifs dans toute la communauté.

#### D. Partager les Résultats avec la Communauté

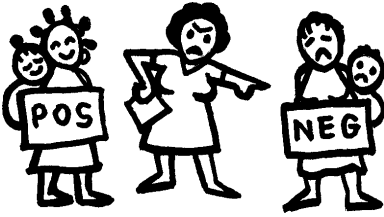
Faire confectionner par les membres d'équipe une affiche pour illustrer les pratiques efficaces permettant à une famille pauvre d'avoir un enfant bien-nourri. Travailler avec le Comité de Santé en vue de trouver des moyens locaux de diffuser cette information dans toute la communauté.

##### Une séance de retour avec la communauté comprend:

- ♥ Un bilan des activités réalisées jusqu'à ce jour
- ♥ Un bilan des buts et des objectifs
- ♥ Une présentation interactive des résultats EDP (voir exemple des exercices à la fin du chapitre 2)



Confectionner une affiche pour illustrer les pratiques efficaces permettant même à une famille pauvre d'avoir un enfant bien-nourri.



*On ne doit jamais dire aux membres d'une famille qu'ils sont déviant positifs ni négatifs. Le but d'EDP est de ne pas trouver des «acteurs» mais des «comportements modèles».*

### **Dit-on aux gens qu'ils sont Déviants "Positifs" ou "Négatifs"?**

On ne doit jamais dire aux membres d'une famille qu'ils sont déviants positifs ou déviants négatifs. Ils doivent être informés du fait qu'on les observe et interview dans le but d'aider la communauté à trouver des solutions au problème de malnutrition. Faire référence aux gens comme étant DP ou DN les stigmatise. Le fait de faire remarquer à une personne ses propres pratiques négatives peut conduire au suicide social. Dans certaines cultures, il en est de même quand on fait remarquer. Lorsque toute la communauté sait déjà qui sont ces mères, il peut se produire un rejet de leurs comportements pour des raisons qui n'ont aucun rapport avec des facteurs sociaux tels que le caste ou le condition économique. Au Vietnam, beaucoup de ces mères étaient même plus pauvres que la norme. Tout comme avec les agents de santé communautaire, lorsqu'une personne est considérée comme exemplaire, cela peut susciter des jalousies chez les autres. "Pourquoi est-elle mieux que nous? Tenez, elle ne peut même pas..." Le but d'EDP est de ne pas trouver des "acteurs" mais des "**comportements modèles**".

### **Peut-on utiliser un terme autre que "Déviant"?**

Le mot "déviant" en soi semble dénigrant. Choisir un mot culturellement plus approprié. Au Guatemala, les mamans DP étaient désignées sous le nom de "**mamans informatrices**" ou "cas d'étude". Aux Philippines, les mamans DP étaient désignées comme "**mamans débrouillardes**" puisque le terme "**mamans qui réussissaient**" impliquait que d'autres avec des enfants bien nourris n'avaient pas réussi. En Haïti, elles sont appelées "**mamans lumières**".

### **Que faire lorsqu'il n'y a pas d'aliment DP particulier qui se distingue? Que faire si le processus a pour résultat un nombre limité d'aliments qui ne sont pas nécessairement nutritifs ou accessibles, mais sont pourtant utilisés par les familles DP?**

Il est impossible qu'à partir de l'EDP qu'une nourriture soit "unique" et qu'on puisse l'étiqueter comme aliment DP. En fait un aliment particulier DP peut ne pas être nécessairement nutritif ou accessible. C'est bien d'être capable d'identifier un aliment particulier DP, mais ceci n'est pas toujours possible. D'autres caractéristiques comme la fréquence d'alimentation et la quantité d'aliments peuvent être également importantes. La manière dont les aliments sont préparés peut être le comportement qui fait la différence. A titre d'exemple, si les légumes sont trop cuits jusqu'à perdre leur valeur nutritive, alors la bonne façon de cuisson peut être une pratique déviant positif. Dans une EDP, il a été constaté que lorsque les légumes sont hachés menu, les enfants les mangent et les trouvent agréables au goût. Les familles ayant les enfants malnutris n'ont pas haché menu de grosses légumes et par conséquent les enfants n'en n'ont pas consommé. Ceci est un exemple de préparation de nourriture qui fait une différence énorme.

### **Que se passe-t-il lorsque la disponibilité des aliments change selon les saisons?**

Dans ce cas, l'Enquête sur la Déviance Positive doit être effectuée à différentes saisons pour voir comment les gens se débrouillent dans les différentes conditions. Le menu doit changer pour s'adapter aux aliments disponibles et à des prix abordables pendant cette période. Pendant la "saison de faim" ou "saison sèche", la disette va probablement provoquer la montée des prix. Les fruits et les légumes peuvent ne pas être disponibles pendant certaines périodes de l'année.

## EDP QUESTIONS ET REPONSES

### Doit-on aborder d'autres questions ?

Lors d'une analyse des résultats d'EDP, d'autres questions peuvent surgir. Peut-être qu'il y a un besoin d'élément générateur de revenu. C'est une occasion de discuter d'un plan plus large de développement, qui est holistique et intégré aux activités nutritionnelles. La conception du programme Foyer est déterminée par le besoin d'influer immédiatement sur la malnutrition avant d'attendre que les autres facteurs responsables ne soient examinés notamment l'approvisionnement en eau, les installations sanitaires, ainsi que la pauvreté structurelle. Cependant Foyer peut également fournir une occasion d'examiner les questions les plus importantes et d'élaborer des plans à long-terme en vue d'améliorer la qualité de la vie des femmes, des enfants et de leurs familles.

### Doit-on mener l'EDP dans chaque communauté ?

Il est essentiel de mener une Etude sur la Déviance Positive dans chaque communauté. Les participants de la communauté découvrent que les solutions existent déjà dans leur propre communauté. Ce processus de découverte permet à la communauté d'accepter les nouvelles pratiques et de participer aux séances Foyer. L'exception est une situation dans laquelle il n'y a pas de DP dans une communauté alors qu'il y en a dans une autre communauté voisine qui lui est étroitement liée par des relations familiales et par la culture et qui a le même profil économique. Dans ce cas, il est possible de faire participer les membres de la première communauté au déroulement de l'EDP ensemble avec les membres de la 2<sup>ème</sup> communauté. Cette stratégie a été adoptée avec succès dans de petits villages des régions montagneuses du Guatemala ainsi qu'au Mali.

### Comment surmonter les préjugés basés sur le genre au sein d'un ménage ?

Lors de l'EDP, il faut chercher les comportements déviants positifs, en relation avec l'implication de l'homme, qui peuvent être encouragés. Le rôle joué par les hommes dans l'appui aux activités alimentaires, tel que Foyer, ne peut pas être négligé. Etant donné le pouvoir qu'ils détiennent généralement, il est important que les pères comprennent la valeur de la bonne alimentation et de l'allocation des ressources limitées à l'alimentation et à la santé. Après la formation de la mère dans Foyer, elle doit être habilitée à mettre en pratique les nouveaux comportements à la maison. Si le mari n'apporte pas d'appui aux activités de la mère, alors elle ne peut pas être en mesure d'essayer ses nouvelles pratiques. Les mêmes problèmes s'appliquent aux belles-mères et aux grands-mères influentes. Il est utile pour le superviseur/formateur de tenir une réunion avec les pères et/ou les belles-mères à mi-chemin d'une séance Foyer de 12 jours pour expliquer les résultats de l'EDP et les messages importants. En Guinée, les hommes ont participé aux deux premières séances Foyer. Lorsque par la suite les femmes leur ont demandé de leur donner plus d'argent pour aller au marché les hommes ont bien compris et ont accepté.



*L'Etude sur la Déviance Positive doit être effectuée à différentes saisons pour voir comment les familles se s'adaptent aux différentes conditions.*

*“Je ne savais rien sur l'alimentation, mais maintenant lorsque ma femme me demande de l'argent pour acheter la nourriture, je le lui donne immédiatement. Aujourd'hui les enfants mangent bien”.*

*Témoignage d'un père de Foyer*

## EDP QUESTIONS ET REPONSES

### **Les mamans avec beaucoup de naissances reprochées souvent sèvrèrent prématurément. Comment surmonter cette pratique?**

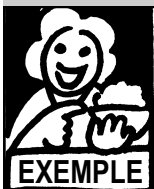
Il faut promouvoir l'espace des naissances et assurer l'accès aux méthodes contraceptives. Il faut chercher les comportements déviants positifs qui montrent les pratiques d'allaitement exclusif et de bon sevrage dans la communauté. Les enfants dont les mères cessent brusquement ou prématurément d'allaiter (avant six mois) risquent d'être sous-alimentés. Plusieurs raisons peuvent être à la base de ce phénomène notamment l'insuffisance d'hygiène, le lait en poudre dilué l'insuffisance de la nourriture, ainsi que l'eau sale est une source de diarrhée. Quelquefois, même les enfants âgés de plus de six mois n'ont pas encore appris à bien manger. Le lait maternel assure une nutrition adéquate jusqu'à ce que l'enfant puisse consommer et digérer assez de nourriture par lui-même. Le lait maternel contient également des anti-corps qui aident l'enfant à éviter de contracter des maladies. Les messages éducatifs doivent souligner que l'allaitement maternel est important pour une bonne santé. Lorsqu'un enfant est prêt à être sevré, les messages doivent se focaliser sur l'importance des aliments nutritifs complémentaires. Il faut utiliser les techniques de recherche qualitative pour élaborer des messages appropriés.

### **Peut-on utiliser l'Enquête sur la Déviance Positive pour les problèmes autres que la malnutrition?**

L'EDP est un outil rudimentaire, culturellement approprié pour la résolution des problèmes. Pour les objectifs de ce manuel, elle est appliquée aux problèmes de malnutrition. Cependant, une fois que le processus est appris, elle peut être appliquée à d'autres domaines, y compris celui du plaidoyer. Les exemples de DP appliqués se trouvent sur les pages suivantes à l'allaitement, aux soins maternels et du nouveau-né, et aux conséquences des naissances.

## EDP QUESTIONS ET REPONSES

### L'APPLICATION DE L'APPROCHE DP A D'AUTRES SUJETS



#### Allaitement Maternel au Viêt Nam

Alors que l'allaitement maternel est une pratique commune au Vietnam, l'allaitement maternel exclusif ne l'est pas. Depuis 1990, «Save the Children» a mis en œuvre les programmes alimentaires en se servant de l'approche DP en vue de réduire la malnutrition sévère des enfants. Depuis 1999, «Save the Children», l'Université d'Emory ainsi que le projet LINKAGES, ont reconnu que, quoique les efforts existants dans la réhabilitation des enfants malnutris avaient été couronnés de beaucoup de succès, EDP pouvait également servir dans la prévention contre la malnutrition par l'appui à l'allaitement maternel optimal. Ils ont mené une évaluation quantitative et qualitative transversale, c'est-à-dire une évaluation des connaissances, attitudes et pratiques d'allaitement des mères.

Ils ont découvert que la plupart des mères étaient conscientes des comportements appropriés, y compris l'introduction précoce de l'allaitement maternel ainsi que l'allaitement maternel exclusif, et ont reconnu la nature complète du lait maternel. Cependant, la plupart des femmes ont repris les travaux agricoles peu après l'accouchement et il était moins probable pour celles qui travaillaient hors de leur maison de pratiquer l'allaitement exclusif. Néanmoins, il y avait des rares mamans DP qui travaillaient hors de leur maison et en même temps pratiquaient l'allaitement exclusif. Généralement elles interrompaient leur journée de travail pour retourner à la maison allaiter leurs enfants. Plusieurs efforts sont en cours pour élaborer des programmes issus de ces résultats et d'autres stratégies négociées. Ce travail diffère des programmes DP précédents par le fait qu'il cible les femmes enceintes et les mères des enfants de moins de six mois et qu'il se concentre sur l'allaitement maternel afin de maintenir une bonne nutrition plutôt que sur une alimentation complémentaire afin de rétablir une bonne nutrition.

Voici trois exemples illustrant l'expérience de «Save the Children» dans l'application d'une approche DP aux autres problèmes de santé.



#### Soins Maternel et du Nouveau-né au Pakistan

En Février 2001, «Save the Children» en collaboration avec l'Antenne du Pakistan/Afghanistan a appliqué pour la première fois l'approche DP aux soins du nouveau-né. L'équipe a mené EDP avec à la fois les réfugiés afghans et les pakistanais locaux dans le district de Haripur au Nord-Ouest de la Province Frontalière. Dans les deux endroits, EDP a révélé les pratiques déviantes positives, comme l'accouchement propre, le lieu d'accouchement chaleureux, la coupe du cordon ombilical avec une lame de rasoir bien propre, la belle-mère encourageant l'allaitement exclusif. Les interventions déviantes positives comprenaient la réception des réunions des femmes enceintes facilitées par les volontaires de santé locaux où les femmes cousaient les couvertures pour accouchement, rassemblaient les kits d'accouchement propre et encourageaient et pratiquaient les comportements relatifs aux soins maternels et du nouveau-né. Ce travail continue puisque plusieurs communautés y sont impliquées et que le processus est raffiné.



## EDP QUESTIONS ET REPONSES

### L'APPLICATION DE L'APPROCHE DP A D'AUTRES SUJETS



#### Consequences des Naissances en Egypte

Une équipe de Save the Children/Tufts University a effectué une EDP en rapport avec la grossesse dans deux communautés rurales et socio-culturellement divergentes à Al-Minya, Haute Egypte en juin et novembre 2000.

L'EDP a montré que :

- ♥ Une augmentation du temps de repos,
- ♥ Plus de visites prénatales,
- ♥ Un meilleur régime alimentaire, et
- ♥ Une réduction des symptômes d'infections de l'appareil urinaire étaient associées à un meilleure augmentation gain ponderal pendant la grossesse de meilleurs poids de naissance.

Ces résultats ont contribué à un projet pilote en cours qui enregistre le poids mensuel de toutes les femmes enceintes avec les séances hebdomadaires sur la Grossesse Améliorée par l'Education et la Supplémentation (IMPRESS) qui, en relation avec Foyer, délivrent des messages pertinents de santé, des micro nutriments et des suppléments de nourriture basés sur les aliments identifiés par l'EDP (dans ce cas, les légumes qui coûtent moins cher et la viande si possible).

## CHECKLIST D'OBSERVATION POUR L'EDP

Nom de l'Enfant Choisi \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Nom de la Famille \_\_\_\_\_ Communauté \_\_\_\_\_

Choisir une Catégorie: (DP) (non-DP) (DN)

Début: \_\_\_\_\_ Fin: \_\_\_\_\_

### I. Membres de Ménage:

### Observations:

#### 1. Enfant Choisi

Est-il/elle bien ou mal nourri(e)?

Comment l'enfant est-il/elle? (énergique, content ?)

Est-il/elle propre ou pas? (corps et habits)

Autres observations :

#### 2. Responsable Primaire:

Qui est-il/elle? (la mère?)

Comment est-il/elle ?

Est-il/elle propre ou pas?

Autres observations :

#### 3. Responsable Secondaire:

Qui est-il/elle? (la grand-mère?)

Comment est-il/elle ?

Est-il/elle propre ou pas?

Autres observations :

#### 4. Frères et Sœurs de l'Enfant:

Sont ils/elles bien ou mal nourri(e)s?

Comment sont-ils/elles?

Sont ils/elles propres?

Autres observations :

#### 5. Père de l'Enfant:

Qui est-il (le grand-père) ?

Comment est-il?

Est-il propre ou pas ?

Autres observations:

#### 6. Autres Membres de la Famille:

Qui sont-ils?

Comment sont-ils?

Sont-ils propres ou pas?

Autres observations:

### II. Pratiques:

#### 1. Pratiques Alimentaires

Laver les mains avant de et après avoir nourri l'enfant?

Enfant mange une nourriture ramassé au sol?

Enfant mange une nourriture touchée par les animaux?

Lave les assiettes/plats?

Autres observations:

#### 2. Alimentation Active/Passive

Enfant est seul(e) quand il/elle mange?

Type d'alimentation?

Que mange l'enfant?

Consistance de la nourriture?

Quantité de nourriture (en cuillerées)?

## CHECKLIST D'OBSERVATION POUR L'EDP (suite)

### 3. Habitudes Alimentaires de la Famille

Famille mange ensemble?

Priorité aux males: quantité/fréquence?

Autres:

### 4. Interaction entre Responsable et Enfant

Supervision et soins de l'enfant?

Comportement affectueux?

Apprendre l'enfant à marcher, parler, jouer?

Autres:

### 5. Interaction entre Membres de la Famille et l'Enfant

Supervision et soins de l'enfant ?

Comportement affectueux?

Apprendre l'enfant à marcher, parler, jouer?

Autres:

### 6. Hygiène Personnelle

Laver l'enfant?

Ongles de l'enfant coupés?

Enfant tenu loin des excréments des animaux?

Mère lave les mains après que l'enfant ait été aux cabinets?

Ongles de la mère sont coupés?

### 7. Préparation de la nourriture

Laver les mains avant la préparation de la nourriture?

Conserver la nourriture couverte avant/après la cuisson?

Laver les fruits et légumes crus?

### 8. Eau

Eau à boire bouillie?

Conserver l'eau couverte?

Eau pour se laver propre ?

Source d'eau?

Source d'eau, proche ou éloigné (donner distance/temps approx. pour marcher jusqu'à la source)?

## III. Disponibilité de la Nourriture

Quantité et variété de nourriture?

Denrées provenant du jardin familial?

Denrées d'origine animale?

Stockage de nourriture?

Conservation et préparation des aliments?

## IV. Environnement Domestique

### 1. Maison

Comment la cuisine est-elle?

Endroits où l'on dort?

### 2. Latrines

Y en a-t-il, sont-elles propres ou pas?

Sont-elles proches ou éloignées?

Qui l'utilise?

Si pas de latrines, où dépose-t-on les excréments ?

### 3. Animaux

Viennent-ils à l'intérieur de la maison?

Sont-ils dans un enclos?

L'enfant joue-il/elle avec eux?

## EXEMPLE D'UNE INTERVIEW SEMI-STRUCTUREE

### Guide d'EDP: L'interview pour les responsables des soins pendant les Visites à Domicile

#### I. Questions Générales

1. Combien de gens vivent-ils dans la maison? Combien prennent-ils les repas ensemble?
2. Combien y a-t-il d'enfants ? Quel âge ont-ils ? Combien d'enfants ont-ils de moins de trois ans?
3. Est-ce que les enfants plus âgés vont-ils à l'école?
4. Comment gagnez-vous la vie? Le père? Autres membres de la famille?
5. Combien la famille gagne-t-elle par jour?
6. Combien de temps dure leur travail? Matin? Soir? Toute la journée? Toute la nuit ?
7. Où travaillent-ils? Combien de temps faut-il pour se rendre là-bas?

#### II. Questions sur les Pratiques Alimentaires du Responsable des Soins

1. Nourrissez-vous encore cet enfant au sein? Si oui, combien de fois? La nuit?
2. Quelle autre nourriture donnez-vous à votre enfant en plus du sein ?
3. Quand avez-vous commence l'alimentation complémentaire? Quelle nourriture complémentaire était utilisée?
4. Combien de fois par jour donnez-vous de la nourriture à votre enfant?
5. Quelle quantité de nourriture donnez-vous à votre enfant (montrer cuillère et plat)?
6. Qui donne à manger à l'enfant et comment l'enfant mange-t-il? (à la main, avec cuillère, mâcher)
7. Qu'avez-vous donné à manger à l'enfant jusqu'ici aujourd'hui? (Enumérer la nourriture y compris le petit déjeuner)
8. Quelle nourriture vas-tu donner à l'enfant ce soir?
9. Votre enfant est-il nourri par d'autres personnes? Qui? (grand(e)s frères et sœurs, voisin, etc.)
10. Que faites-vous quand votre enfant ne veut pas manger ou a peu d'appétit?
11. D'après-vous quels sont les aliments qui ne sont pas bons pour les enfants encore très jeunes? Pourquoi ?
12. Quand votre enfant à la diarrhée, le/la nourrissez-vous de la mêmes manière, plus ou moins d'aliments et boissons? Pourquoi?
13. Achetez-vous la nourriture pour l'enfant à l'extérieur? Si "oui", Quelle nourriture? (casse-croûtes, aliments frais)
14. De qui (et/age d'un vendeur bien précis)? Pourquoi ?
15. **Pour les mères qui allaitent seulement:** Que faites-vous de l'allaitement lorsque vous êtes malade?



Poser les questions sur les pratiques alimentaires pendant la maladie, **“Quand votre enfant était à la diarrhée, est-ce que vous lui donnez plus, le même, ou moins d'aliment et liquide? Pourquoi?”**

## Guide d'EDP: L'interview pour les responsables des soins pendant les Visites à Domicile



S'informer sur le temps consacré au jeu par l'enfant : qui sont les compagnons de jeu ? le jeu est-il encouragé ? L'enfant a-t-il des jouets ?

### III. Questions sur la prise en charge

1. A part vous, avec qui votre enfant parle-t-il/elle? Que font-ils avec l'enfant ?
2. Quand vous n'êtes pas là, qui s'occupe de votre enfant
3. Quels conseils donnez-vous à cette personne ?
4. Que faites-vous quand votre jeune enfant n'est pas sage? (sale, casse quelque chose)? **Sondage**, Comment le/la battez-vous? Où? Combien de fois?
5. Comment endormez-vous votre enfant?
6. Encouragez-vous votre enfant à jouer avec d'autres enfants? Pourquoi ? Pourquoi pas?
7. Quand jouez-vous avec votre enfant ? Que faites-vous avec lui/elle ?
8. Que pensez-vous être la chose la plus importante dont un enfant a besoin?
9. Que fait votre mari pour l'enfant dans le ménage?
10. Combien d'enfants avez-vous? Combien en voulez-vous?
11. Avez-vous entendu parler de l'espacement des naissances? Cela vous intéresse-t-il?

### IV. Questions sur le recours aux soins

1. Combien de fois lavez-vous votre enfant?
2. Comment enseignez-vous votre enfant à aller aux toilettes?
3. A quoi utilisez-vous l'eau? le savon? (laver les mains avant de manger ?
4. Votre enfant est-il/elle vaccin(é)e ?
5. Quel genre de maladies votre enfant a-t-il/elle le plus souvent?
6. Que faites-vous quand votre enfant a un rhume?
7. Que faites-vous lorsqu'il/elle a la diarrhée?
8. Votre enfant a-t-il/elle eu la diarrhée les deux dernières semaines
9. Si oui, comment l'avez-vous soigné? Si avec les SRO, comment les préparez-vous?
10. Quand votre enfant a la diarrhée, qui lui donne à manger ?
11. Que l'empêchez-vous de manger?
12. Quels sont les signes de danger d'une pneumonie ?
13. Que faites-vous quand l'enfant manifeste ces signes?
14. Comment savez-vous que votre enfant est malade? (signes de maladie)
15. Qui consultez-vous d'abord?
16. Qui décide de ce qu'il faut faire quand il y a un problème grave de santé à la maison?
17. Quels sont les problèmes de santé des jeunes enfants qui vous préoccupent le plus?
18. Comment résolvez-vous ces problèmes?

## **Guide d'EDP: L'interview pour les responsables des soins pendant les Visites à Domicile**

### **V. Questions pour les Grand(es) Frères ou Sœurs, Responsables des Soins**

1. Allez-vous à l'école?
2. Que faites-vous à part vous occuper de vos petit(e)s frères ou sœurs?
3. Que faites-vous avec votre petit(e) frère/sœur?
4. Que faites-vous lorsqu'il/elle pleure?  
Lorsqu'il/elle se fait mal ou tombe malade?
5. Que faites-vous lorsqu'il/elle n'est pas sage?
6. Qu'aimez-vous faire avec votre petit(e) frère/sœur? Pourquoi?
7. Que n'aimez-vous pas faire? Pourquoi?
8. L'impliquez-vous dans vos jeux? Pourquoi?
9. Comment nourrissez-vous l'enfant? (*sondage*)

### **VI. Questions pour le Père**

1. A votre avis, comment va votre enfant?
2. Comment savez-vous que votre enfant est en bonne santé?
3. Combien de temps passez-vous avec votre enfant?
4. Que faites-vous lorsque vous êtes avec votre enfant pendant la journée?
5. Que faites-vous quand votre enfant est malade?
6. Dans votre ménage, qui décide de ce qu'il faut faire quand votre enfant est malade?
7. Combien d'enfant avez-vous? En voulez-vous d'autres?
8. Avez-vous entendu parler de l'espacement des naissances?

### **VII. Questions pour la Grand-mère ou la Belle-mère**

1. A votre avis, à quel âge devrait-on donner de la nourriture en plus du lait maternel?
2. Quels sont les bons aliments pour les enfants de moins de trois ans?  
Pourquoi?
3. Quels aliments ne devrait-on pas donner aux enfants de moins de trois ans?
4. Inclure les questions mentionnées dans les sections recours aux soins et pratiques alimentaires.

Les visites à domicile doivent être réparties de sorte que chaque sous-équipe puisse visiter différentes familles déviants positifs, non-positifs et déviants négatifs.

<b>MODELE DE RAPPORT DES RESULTATS DE VISITE FAMILIALE A DOMICILE</b>	
<i>(renseignements recueillis par observation et interviews semi-structurées)</i>	
<b>INFORMATIONS GENERALES</b>	<b>PRATIQUES ALIMENTAIRES</b>
Age /Sexe / Etat nutritionnel	Calendrier d'allaitement au sein
Situation d'allaitement au sein	Régime journalier détaillé de l'enfant
Taille de la famille / Nombre et age des frères et sœurs	Rappel du repas/régime d'aujourd'hui et d'hier
Responsable primaire des soins	Fréquence des repas
Responsable secondaire des soins	Quantité de nourriture par enfant
Occupation des parents /Horaire	Appétit de l'enfant
Revenu (journalier)	Prise en charge du manque d'appétit
Type d'habitation (grandeur, nombre de chambres,etc..)	Aliments tabous (à éviter) pour les jeunes enfants
Propreté de l'environnement	Supervision des moins de 3 ans pendant l'alimentation
Présence des latrines	Alimentation active
Alimentation en eau	Nourriture et liquides données pendant la période de maladie et de guérison
Jardin / arbres / animaux	Nourriture achetée auprès vendeurs de rue
Cuisine	Critères de sélection des casse-croûtes
Apparence physique de l'enfant / Membre de la famille	L'ordre dans lequel la famille mange
Préoccupations des parents en rapport avec la santé de l'enfant	

**MODELE DE RAPPORT DES RESULTATS DE VISITE  
FAMILIALE A DOMICILE (suite)**

*(renseignements recueillis par observation et interviews semi-structurées)*

<b>PRISE EN CHARGE</b>	<b>RECOURS AUX SOINS</b>
Apparence émotionnelle / psychologique de l'enfant et des membres de la famille	Hygiène corporelle, couper les ongles
Réaction de l'enfant vis à vis des étrangers	Hygiène alimentaire
Interaction entre l'enfant et le responsable des soins, les frères et sœurs, et les autres membres de la famille	Laver les mains avant de manger
Relation du responsable secondaire à l'enfant (frère ou sœur plus âgés)	Eau potable propre, savon
Jeu et stimulation de l'enfant avec d'autres personnes	Hygiène environnementale
Jeu et stimulation des parents avec l'enfant (détails)	Vaccinations complètes
Rôle du père dans les soins de l'enfant	Traitement à la maison des maladies et blessures bénignes
Temps consacré à l'enfant par les responsables de soins	Prise en charge de la diarrhée à la maison (thérapie de réhydratation orale)
Répartition du travail et des tâches ménagères entre les membres de la familles adultes	Identification des signes de maladie
Méthode de discipline utilisée pour l'enfant	Recours à temps à une assistance qualifiée
	Identification des signes de danger (maladie respiratoire aiguë et diarrhée)
	Prise de décision pour le recours à l'assistance
	Utilisation de moustiquaire dans des régions de paludisme
	Utilisation de vermifuge
	Utilisation du sel iodé

*Il est a rappeler que les membres d'équipe EDP doivent être polis, respectueux et amicaux, de se présenter pas comme un enseignant mais comme un auditeur. Il vaut mieux utiliser des questions ouvertes plutot que des questions fermées.*





Les exemples suivants proviennent de:

- EXEMPLE**
1. Mozambique
  2. Myanmar (rural et urbain)
  3. Bolivie
  4. Pays Africains
  5. Pays du Sud-Est Asiatique
  6. Pays d'Asie du Sud

Ces formulaires présentent les résultats obtenus jusqu'à ce jour. Ils ont pour seul but de fournir des exemples de comportements et des pratiques DP et ne devraient pas remplacer une EDP menée dans une communauté. Il est nécessaire de mener une EDP dans chaque communauté pour qu'elle soit adaptée localement et que la communauté fasse l'expérience du processus clé de découverte de soi.

## ANALYSE DE L'ETUDE SUR LA DEVIANCE POSITIVE DANS DIFFERENTS PAYS

### 1. Mozambique

#### Results de L'Etude sur la Déviance Positive, Nacala-a-velha, Mozambique, 1997

Bonnes pratiques alimentaires	Bonnes prise en charge	Bons recours aux soins de santé
Porridge fait de mélasse de fruit de cajou et de farine de manioc	Récipient d'eau potable couvert	Vaccination
Utilisation des noix de cajou ou arachides à Mathapa	Lavage de la nourriture avant de la préparer	Achat de médicaments sur prescription seulement
Trois repas par jour	Laver les mains avant de manger	Usage approprié du paquet de ORS ou de l'équivalent fait à la maison
Introduction d'une alimentation complémentaire à 5 mois	Supervision des jeunes enfants tout le temps	
	Soutien des jeunes enfants pendant les repas	

#### Mauvaises Pratiques ou Nuisibles des Familles Pauvres avec Enfants Malnutrits (NPD)

Mauvaises pratiques alimentaires	Mauvaises prise en charge	Mauvaises recours aux soins de santé
Seulement deux repas par jour	Beaucoup de responsables	Pas de vaccination
Pas de noix de cajou ou d'arachides dans la nourriture	Récipient d'eau non couvert	
Pas de légumes dans le menu quotidien	Mauvaise hygiène corporelle & alimentaire	

### 2. MYANMAR

#### 2a: Résultats de l'EDP à YANGON, Quartiers Pauvres Urbains

##### Pratiques Alimentaires DP

- ♥ Nourrir le jeune enfant trois fois par jour, plus les casse-croûtes
- ♥ Nourrir le jeune enfant de fruits tels que les papayes, les goyaves, les bananes et les oranges
- ♥ Nourrir le jeune enfant d'une variété de nourriture tels que de légumes secs (choux, cressons d'eau avec huile végétale) aliments protéino-énergétique (arachides, haricots secs et mélasse), œufs (œufs de caille), soupe épaisse de lentilles (dhal)
- ♥ Nourrir le jeune enfant d'eau de riz bouillie
- ♥ Nourrir l'enfant de casse-croûtes nutritifs tels que les beignets de crevette, les biscuits secs
- ♥ Ne pas acheter de repas chauds des vendeurs de rue pour le jeune enfant

## Prise en charge DP

- ♥ L'enfant est supervisé tout le temps
- ♥ Le responsable secondaire a de l'expérience
- ♥ La mère joue avec l'enfant (chansons et stimulation)
- ♥ La supervision de l'enfant pendant les repas (alimentation active)
- ♥ Interaction entre les frères/sœurs ou autres membres de la famille et l'enfant (causerie)
- ♥ Le père joue avec les enfants

## Recours aux soins de santé DP

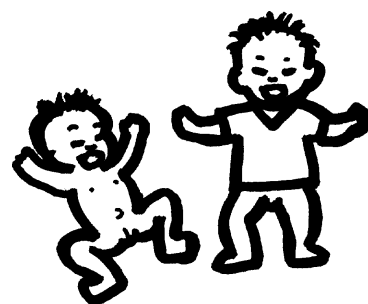
- ♥ Couper les ongles régulièrement
- ♥ Se laver le corps deux fois par jour
- ♥ Se laver les mains avant de manger
- ♥ Se laver les mains après avoir aidé l'enfant à aller aux toilettes
- ♥ Aller au dispensaire pour le traitement de l'enfant malade

Une comparaison entre les deux exemples urbain et rural de Myanmar souligne plusieurs différences entre les deux contextes.

### 2b: Resultats De L'EDP-Milieu Rural

Pratiques Alimentaires DP	Pratiques Prise en Charge DP	Recours au Soins de Sante DP
<p><b>Enfants de moins de 12 mois</b> Allaitement exclusif pendant 4 mois</p> <p>Alimentation complémentaire 3 fois par / jour</p> <p>Variété d'aliments complémentaires: riz + huile + patate ou 1/2 oeuf ou haricots</p> <p>Quantité: 1 tasse de thé pleine</p> <p>La mère nourrit l'enfant avec une petite cuillère</p> <p>Casse-croûte: frites de patate ou de poisson</p> <p><b>Enfant de 12 à 36 mois</b> Alimentation fréquente: 4 ou 5 fois par jour</p> <p>Quantité de nourriture: 4 tasses pleines par repas</p> <p>Variété de nourriture dans chaque repas: petit déjeuner Mohinga, riz, haricots, légumes (Famille végétarienne)</p> <p>Riz, huile, haricots, petits poissons, crevettes ou anguille (Ma Yin)</p> <p>Dejeuner Riz, cresson d'eau. Œuf de canard, légumes, viande bon marché (porc/grenouille) + huile</p> <p>L'enfant mange avec une cuillère, sa propre assiette</p> <p>L'enfant prend des repas régulièrement avec sa famille</p> <p>L'enfant boit l'eau de riz 3 fois par semaine</p> <p>L'enfant est supervisé pendant qu'il mange</p>	<p>L'enfant est toujours supervisé</p> <p>L(a)e grand(e) frère ou sœur formé pour s'occuper du/ de la petit(e) frère ou sœur</p> <p>Le père supervise le dîner, raconte des histoires et chante des chansons</p> <p>La mère et d'autres membres de la famille apprennent à l'enfant à parler</p> <p>La mère cause avec l'enfant à propos de la nourriture</p>	<p>Utilise le savon pour laver l'enfant</p> <p>Utilise du savon pour laver les mains avant &amp; après les repas</p> <p>Utilise du savon après avoir été aux toilettes</p> <p>Couper les ongles avec une lame de rasoir</p> <p>Utilise du savon et de la cendre pour nettoyer les marmites et les assiettes</p> <p>Vaccination complète y compris la rougeole</p> <p>Utilisation du sel iodé</p> <p>Seuls les parents donnent les médicaments à l'enfant quand il/ elle est malade.</p>

*Dans l'exemple de Myanmar rural, remarquer comment les pratiques ont été distingués par tranche d'âge. Les pratiques des moins de 12 mois différent des pratiques des enfants de 1 à 3 ans. Il est important de le prendre en compte quand on élaborera le PD/Foyer.*



## 2c: Comportements Dominants pour Myanmar

### COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

- ♥ Alimentation complémentaire vers 6 mois
- ♥ Nourrir le jeune enfant de 4 à 6 fois par jour: 3 repas + casse-croûtes
- ♥ Donner au jeune enfant une bonne quantité de nourriture par repas
- ♥ Donner au jeune enfant une variété de nourriture telles que des oeufs, du poisson, des haricots et des légumes
- ♥ Cuire la nourriture avec de l'huile
- ♥ Donner au jeune enfant des casse-croûtes nutritifs

### PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

- ♥ L'enfant est supervisé tout le temps
- ♥ Les responsables pratiquent une alimentation active
- ♥ Les responsables jouent et chantent avec l'enfant
- ♥ Le père est impliqué dans les soins infantiles (chanter, raconter des histoires)
- ♥ Les grand(e)s frères et sœurs apprennent à prendre soin du plus jeune enfant
- ♥ La mère et d'autres membres de la famille apprennent l'enfant à parler
- ♥ Alimentation active: cajoleries, échange de regards, sourires
- ♥ Les responsables encouragent les enfants qui ont peu d'appétit



Les pratiques de déviant positif incluent une bonne hygiène corporelle de l'enfant tel que laver les mains et la figure avant et après lui avoir donné à mangé.

### RECOURS AUX SOINS DE SANTE

#### Hygiène alimentaire

- ♥ Laver les légumes au moins 3 fois
- ♥ Conserver la nourriture non cuite en un lieu sûr
- ♥ Couvrir la nourriture tout le temps
- ♥ Laver les mains avec du savon avant de manipuler de la nourriture
- ♥ Chauffer le reste de nourriture avant de le manger

#### Hygiène corporelle

- ♥ Laver les mains avec du savon avant et après avoir nourri l'enfant
- ♥ Laver les mains et la figure de l'enfant avant et après l'avoir nourri
- ♥ Après avoir été aux latrines se laver les mains avec du savon
- ♥ Vérifier les ongles des enfants régulièrement et couper les ongles si nécessaire

#### Hygiène environnementale

- ♥ Balayer le sol avant et après avoir mangé
- ♥ Nettoyer les bols, cuillères, marmites et casseroles avec du savon et de la cendre

#### Pratiques préventives/curatives

- ♥ Utiliser du sel iodé
- ♥ Identification les signes de danger
- ♥ Traitement de l'enfant malade à la maison
- ♥ SRO fait à la maison

### 3. BOLIVIE

#### Déviants Positifs

BONNES PRATIQUES ALIMENTAIRES	BONNES PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE	BONS RECOURS AU SOINS DE SANTE
<p>Allaitement exclusif pendant 6 mois</p> <p>Allaitement sur demande</p> <p>Utilisation d'une variété de nourriture tels que le jus de carotte, poulet, navet et radis</p> <p>Nourriture fréquemment mangée:</p> <p>Viande: viande de Lama œufs lait de vache/mouton, graisse d'agneau</p> <p>Légumes et fruits : haricots verts, persil, papaye, orange et mandarines</p> <p>Grain et Légumes : fèves sèches, petits pois secs, blé, avoine, cacahouètes</p> <p>Donner la nourriture 3 à 5 fois par jour</p> <p>Casse-croûte au milieu de la matinée</p> <p>10-20 cuillerées de nourriture à chaque repas</p> <p>Jardin communautaire qui est bien entretenu avec des plantes capables de pousser pendant les mois d'hiver</p>	<p>Alimentation active: interaction affectueuse et patiente</p> <p>Utilisation de sa propre assiette par l'enfant</p> <p>Utilisation des jeux, chansons et aliments spéciaux pour l'enfant ayant peu d'appétit</p> <p>Aide et supervision pendant le repas</p> <p>Les pères aident les mères à s'occuper des enfants</p> <p>Les pères et les frères /sœurs sont affectueux et joyeux et enseignent l'enfant</p>	<p>Préparation hygiénique de la nourriture</p> <p>Bouillir l'eau à boire</p> <p>L'enfant prend son bain 2-3 fois par semaine pendant les mois d'hiver</p> <p>Laver la figure et les mains de l'enfant avec du savon et de l'eau pendant la journée</p> <p>Bonne utilisation du SRO</p> <p>Remèdes domestiques: thés à base d'herbes, liquides bouillis avec de la farine de blé</p> <p>Bain d'alcool avec des branches vertes lorsque l'enfant a de la fièvre</p> <p>Recourir aux soins médicaux à l'hôpital</p> <p>Augmentation de nourriture et liquides pour l'enfant pendant et après une maladie</p> <p>Vaccinations complètes, y compris la Vitamine A.</p>



*Les pratiques déviantes positives comprennent le fait de bouillir et de couvrir de l'eau à boire.*

## 5. AFRIQUE

### Résumé des Pratiques des Déviants Positifs Découvertes lors des EDP

Pratiques	Egypte	Mozambique/ Nord	Mali	Tanzanie
Pratiques Alimentaires	<p>Nutrition avec repas cuit plus d'une fois par semaine</p> <p>Nourrir le jeune enfant avec une variété de nourriture: légumes vertes, oeufs, haricots</p> <p>Nourrir l'enfant malade avec jus de citron frais et autres liquides</p>	<p>Nourriture du petit déjeuner: Porridge fait de mélasse de noix de cajou et farine de manioc</p> <p>Noix de cajou ou cacahouètes à Mathapa (repas avec légumes) 3 repas par jour</p> <p>Nutrition complémentaire à 5 mois</p>	<p>Porridge avec huile de Karite à 6 mois</p> <p>Sauces, poisson et viande, oeufs, plat familial,</p> <p>Fruits saisonniers vers les 6 mois</p> <p>6 repas/jour, ne pas manger sur le sol sale</p> <p>Pas de tabous alimentaires</p>	<p>Arachides-tous le jours</p> <p>Haricots/petits pois-2 à 3 fois par semaine</p> <p>Légumes vertes-2 à 4 fois</p> <p>Patates douces 4 à 5 fois</p> <p>Fruits 4 à 5 fois par semaine</p>
Prise en Charge	<p>Alimentation active &amp; supervision des repas</p> <p>Ne laisse pas l'enfant jouer dans le canal</p> <p>On ne laisse pas l'enfant sur le sol, on ne le frappe pas, crie pas sur lui/elle.</p> <p>Supervision d'un adulte tout le temps</p>	<p>Couvrir le récipient contenant l'eau potable</p> <p>Laver la nourriture avant sa préparation</p> <p>Laver les mains avant de manger</p> <p>Supervision de l'enfant à tout moment</p> <p>Assistance à l'enfant aux repas</p>	<p>Implication du père dans la nutrition et le développement global de l'enfant.</p> <p>Bonnes relations entre les parents et le responsable secondaire</p> <p>Cajoler l'enfant ayant peu d'appétit</p> <p>Aimer beaucoup l'enfant</p>	Non Applicable (N/A)
Reours aux Soins de Santé	<p>Bonne hygiène corporelle</p> <p>Couper les ongles, laver les mains</p> <p>Prendre le bain une fois la semaine</p> <p>Bonne hygiène environnementale</p> <p>Recourir à l'aide d'un professionnel lorsque l'enfant souffre de fièvre, toux et de diarrhée</p> <p>Faire le contrôle pour les vers intestinaux</p>	<p>repas</p> <p>Vaccination complète</p> <p>Achat de médicaments sur prescription appropriée seulement</p> <p>Usage approprié du paquet de SRO ou de l'équivalent fait à la maison</p>	<p>2 bains par jour</p> <p>Laver les mains avant/après les repas</p> <p>Vaccination complète</p> <p>Tout Adulte peut décider de chercher de l'aide pour le traitement</p> <p>Le père suit le développement de l'enfant</p> <p>Inscription et utilisation des plans d'assurance santé disponible</p>	N/A



“Les pratiques de déviant positif incluent l'implication du père dans le développement global de leurs enfants”

## 6.SUD-EST ASIE

### Résumé des Pratiques des Déviants Positifs Découvertes lors des EDP

Pratiques	Cambodge	Myanmar (quartiers pauvres péri-urbains)	Vietnam
Pratiques Alimentaires	<p>Nutrition complémentaire vers les 6-7 mois, 3+repas par jour</p> <p>Poisson fumé, crabes, cafard, œufs de canard, escargot, araignée noire, courtes et longues cuisses de grenouille</p> <p>Légumes de forêt: cuisson d'eau, feuilles et fleurs d'Anaon</p> <p>pâte amère, pâte de poisson et sauce d'araignée</p> <p>Conserver le reste des aliments comme casse-croûte entre les repas</p>	<p>3 repas par jour, plus casse-croûtes</p> <p>Papaye, goyave, bananes et oranges, légumes secs, arachides, haricots frites et mélasses, oeufs de caille, soupe épaisse de lentille "dhal"</p> <p>Pas d'achat de repas chaud du vendeur de rue</p>	<p>Nutrition complémentaire à 4 mois</p> <p>Variété de nourriture: oeufs, crabes, crevettes, escargot, produits de soja, fruits et légumes saisonniers</p> <p>Inclusion de graisse (cacahouète &amp; sésame, graisse de porc) dans le régime du jeune enfant</p> <p>Nourrir l'enfant 4-5 fois par jour, y compris les casse-croûtes</p>
Prise en Charge	<p>Le père s'occupe de l'enfant</p> <p>La mère laisse des instructions au responsable lorsqu'elle sort</p> <p>Le père nourrit l'enfant avec toutes sortes d'aliments parce qu'il croit qu'une bonne alimentation donne une bonne santé</p> <p>Les parents manifestent de l'affection et de l'attention</p>	<p>Supervision permanente</p> <p>Le responsable est secondaire expérimenté</p> <p>La mère joue avec l'enfant (chansons et stimulation)</p> <p>Alimentation active</p> <p>Interaction entre frères / sœurs ou autres membres de la famille et l'enfant</p> <p>Le père joue avec les enfants</p> <p>Pas de vidéo à regarder au salon</p>	<p>Répartition du travail permettant de s'occuper des enfants</p> <p>Implication du père dans les soins des enfants</p> <p>Prise en charge appropriée de l'enfant sans appétit</p>
Reours aux Soins de Santé	<p>Laver les mains avant de manger</p> <p>Cruche d'eau, reste de nourriture couverts</p> <p>Utiliser SRO localement fait d'écorces du tronc de tamarin et de goyave bouillie dans l'eau</p> <p>Continuer à allaiter l'enfant lorsqu'il a la diarrhée</p> <p>Donner des vermifuges lorsque l'enfant a l'estomac ballonné</p> <p>Identification précoce des signes de maladie (respiration rapide, toux, fièvre et diarrhée)</p>	<p>Couper les ongles régulièrement</p> <p>Bain deux fois par jour</p> <p>Laver les mains avant de manger</p> <p>Laver les mains après avoir aidé l'enfant à aller aux toilettes</p> <p>Aller au dispensaire pour le traitement de l'enfant malade</p>	<p>Laver les mains avant les repas et l'allaitement au sein, après défécation</p> <p>Bien couvrir l'eau potable</p> <p>Couper les ongles régulièrement</p> <p>Attention et soins rapide à l'enfant malade</p> <p>Pas de diminution de quantité de nourriture quand l'enfant est malade</p> <p>Consulter le prestataire de soins en ce qui concerne les médicaments (pas d'auto prescription)</p>



*“les pratiques de déviant positif incluent les pères qui nourrissent leurs enfants avec toutes sortes d'aliments”*

## 6.SUD-EST ASIE

### Résumé des Pratiques des Déviants Positifs Découvertes lors des EDP

Pratiques	Bangladesh	Bhutan	Népal (collines)
Pratiques Alimentaires	<p>Nourrir le jeune enfant avec du poisson, des légumes et des œufs (le régime normal pour des jeunes enfants consiste en poudre de riz ou riz doux avec sel, en plus du lait maternel)</p> <p>Introduire une nutrition complémentaire à six mois (Famille Shapla seulement)</p> <p>Alimentation active, supervision de l'enfant pendant les repas</p>	<p>Nourriture complémentaire "lep" faite de céréales mélangées avec des légumes</p> <p>Soupe d'os de viande, oeufs</p> <p>Nourrir 4 fois par jour</p> <p>Donner la nourriture que l'enfant aime lorsqu'il a peu d'appétit (banane, Fromage)</p>	<p>Nourriture complémentaire vers 5 mois</p> <p>Variété de nourriture: petit pois, aubergine, igname, feuille d'oignon, choux, tomates, poisson, escargot, chèvre, porc, poulet, crabes, citron, mûre, goyave, chiuri, nibuwa, mangue</p>
Pratiques des Soins Infantiles	<p>Berceuses, chansons, histoires, jeux</p> <p>Les responsables jouent avec l'enfant</p> <p>Le responsable secondaire compétent</p> <p>Le père attentif au bien être de l'enfant*</p> <p>Maintenir une atmosphère familiale sécurisante</p>	<p>Supervision de l'enfant par un responsable expérimenté à tout moment</p> <p>Le responsable est impliqué dans les activités de l'enfant</p>	<p>Le père prend part aux soins</p> <p>La mère passe son temps avec l'enfant</p> <p>L'enfant mange avec les parents</p> <p>Le responsable manifeste de l'affection</p>
Pratiques des Soins de Santé	<p>Enlèvement immédiat des selles et se laver les mains avec du savon après avoir aidé l'enfant à aller aux toilettes,</p> <p>Laver les mains avant de manger.</p> <p>Laver les marmites et les casseroles de cuisine avec l'eau du tuyau (pas celle de l'étang)</p> <p>Utiliser une éponge froide lors d'une crise de fièvre</p>	<p>Quand l'enfant est malade, le nourrir fréquemment avec de petites quantités de nourriture</p> <p>Quand l'enfant est malade pendant 1 jour, faire le puja ensuite le transporter à l'Unité Sanitaire de Base</p>	<p>Laver les mains avant de manger</p> <p>Baigner l'enfant chaque jour ou tous les deux jours</p> <p>Utiliser des herbes médicinales pour les petites maladies</p> <p>Nourrir fréquemment pendant la maladie</p> <p>Continuer à allaiter/ou donner des fluides &amp; de la nourriture lors des crises de diarrhée</p>



*Les pratiques déviantes positives comprennent que les responsables jouent avec les enfants.*

# CHAPITRE CINQ

## Etape 5 - Conception des Séances Foyer



### ETAPE 5

#### Conception des Séances Foyer

- A. Programme des Séances Foyer
- B. Planification des Menus des Séances Foyer
- C. Elaboration des messages d'éducation sanitaire
- D. Choix des sites pour la tenue des séances Foyer
- E. Elaboration des protocoles des séances Foyer
- F. Elaboration d'un plan annuel

Le Foyer est organisé pour une période de douze jours (six jours par semaine) dans les maisons des membres d'une communauté pour au maximum dix enfants malnutrits ainsi que leurs responsables. A chaque séance ces derniers préparent des repas riches en énergie et en calories et nourrissent leurs enfants sous la direction des volontaires. Aussi ces responsables des enfants acquièrent des connaissances sur les aliments nutritifs, les pratiques positives de soins infantiles et les soins de santé y compris l'hygiène. En guise de frais d'admission, les responsables des enfants doivent apporter une contribution journalière sous forme de nourriture Déviant Positif propre à la communauté, qui a été identifiée par l'EDP ou d'autres aliments disponibles au niveau local dont on a besoin pour la préparation du repas.

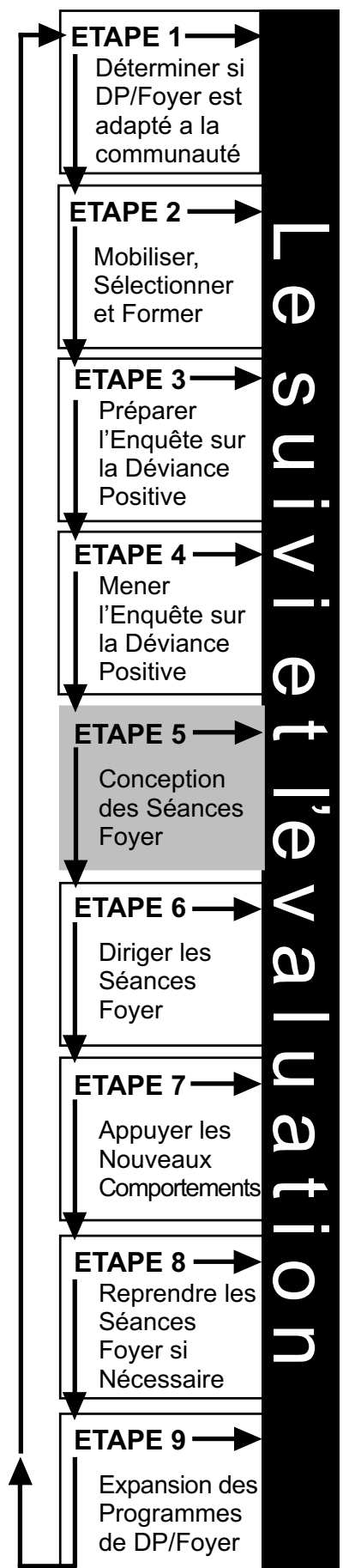
Les séances Foyer durent généralement deux heures et chacune d'elles comprend les éléments suivants:

- ♥ Choisir les espaces pour la cuisine, le lavage des mains et prendre des repas
- ♥ Laver les mains
- ♥ Préparer la nourriture
- ♥ Donner à manger
- ♥ Intégrer les messages et les pratiques d'éducation sanitaire et nutritionnelle.

Les séances Foyer sont élaborées juste après l'Etude sur la Déviance Positive (EDP). Cette dernière guide le choix des aliments à préparer, les comportements à promouvoir et le type d'information à échanger afin de permettre aux responsables des enfants d'adopter des comportements DP. C'est lors de telles séances que les nouvelles pratiques d'alimentation, de soins et d'hygiène sont démontrées et pratiquées en groupe pour être par la suite répétées à la maison à titre individuel. Ces séances offrent également aux enfants l'occasion de recevoir une alimentation nutritive supplémentaire pour leur réhabilitation.

Ce chapitre comprend les activités-clé menées lors de la conception des séances Foyer.

OÙ ETES-VOUS?





**N.B.:** Si dans certaines communautés, les séances sont programmées la matinée, et l'après-midi dans d'autres, les superviseurs pourront visiter deux communautés par jour. Les lancements des séances Foyer dans une région cible ne devraient pas se faire simultanément pour permettre au superviseur de participer à la première semaine de toutes les séances dans une communauté donnée. Lorsque les volontaires auront acquis assez d'assurance pour diriger seuls les séances, il pourra assister à d'autres lancements.

## A. PROGRAMME DES SÉANCES FOYER

Lors de la planification/programmation des séances Foyer de 12 jours, il faut garder à l'esprit les critères suivants :

- ♥ Tenir ces séances aussitôt après la pesée des enfants.
- ♥ Programmer les séances chaque mois ou tous les deux mois, ou pendant les saisons qui correspondent à l'époque où le taux de malnutrition est le plus élevé. Les séances ne sont généralement plus nécessaires au delà d'une période d'un an.
- ♥ Programmer les séances Foyer suivant les saisons pour offrir aux familles des menus adaptés à chaque saison.

Programmer les séances Foyer quotidiennes en tenant compte des critères suivants:

- ♥ Choisir un moment de la journée qui convient aux mère/responsables des enfants pour qu'ils puissent participer en nombre aux séances.
- ♥ Puisque les enfants sont supposés continuer à prendre part au repas familial aussi souvent que d'habitude, il vaut mieux choisir un moment intervallé entre les repas familiaux où on peut leur donner un autre repas complémentaire (10 heures ou 15 heures).



## B. PLANIFIER LES MENUS DES SÉANCES FOYER

Le repas supplémentaire requis pour le réhabilitation des malnutrits est servi tous les jours de la séance de deux semaines. Selon l'OMS, pendant cette période de réhabilitation, l'enfant doit recevoir entre 150 et 220 kilocalories par kilo de son poids par jour. Il ne pourra se remettre de la malnutrition s'il prend moins de 130 kilocalories/kilo/jour. Les programmes doivent s'efforcer préparer des menus de 600 à 800 kilocalories chaque jour avec 25-27 grammes de protéine pour chaque enfant.

Grâce à ces menus et à la récupération rapide qui en résulte, les responsables des enfants seront témoins d'un changement manifeste sur une période de deux semaines et seront amenés à adopter les nouveaux comportements relatifs à l'alimentation infantile.



**Dans certaines régions, il est très difficile de préparer des menus qui satisfont ces conditions sur base des seules aliments locaux.**

Dans de pareils cas, les menus contenant un minimum de 500 à 600 kilocalories et 18 à 20 grammes de protéine suffiront pour réhabiliter les enfants malnutrits et ce, sur une plus longue période. Dans ce cas, il est fort probable que les enfants devront reprendre la séance Foyer plus d'une fois. Une telle répétition présente l'avantage de laisser aux personnes responsables des enfants et aux membres de famille plus de temps pour apprendre les pratiques nécessaires à la croissance et au développement de l'enfant sans oublier l'élaboration d'autres stratégies communautaires en vue de l'éradication de malnutrition. Cela favorise une réhabilitation plus soutenue et la prévention de futurs cas de malnutrition dans la communauté.

### Les menus doivent:

- ♥ Comprendre des casse-croûtes nutritifs et non gourmatifs pour occuper les enfants pendant que leurs mères ou responsables préparent.
- ♥ Comprendre les aliments DP spéciaux (fruits et légumes, crevettes, huile ou noix).
- ♥ Indiquer les différentes façons de préparer des aliments.
- ♥ Utiliser les ingrédients qui sont localement accessibles, appropriés à la saison et pas chers.
- ♥ Utiliser les aliments riches en Vitamine A, en fer et d'autres micro nutriments en fonction de la disponibilité.
- ♥ Utiliser les produits l'huile ou de la graisse d'origine animale chaque fois que possible.
- ♥ S'assurer que tous les groupes d'aliments sont présents dans chaque plat repas pour que l'enfant ait un repas équilibré.

Elaborer des menus sur base des résultats de l'EDP en matière de pratiques alimentaires, d'une étude sommaire du marché et d'une analyse de la valeur nutritive des denrées alimentaires locales.

Matériel nécessaire:

- ♥ Calculatrices
- ♥ Cuillères et gobelets de mesure locaux
- ♥ Tableau de composition des aliments
- ♥ Balance (facultatif).

### 1. Mener une étude du marché

Une simple étude du marché menée par les volontaires permet d'identifier des aliments appropriés à des prix abordables que chaque famille peut acheter et utiliser (voir exemple ci-dessous). Examiner la variété d'aliments et l'unité de coût locale. S'informer auprès des vendeurs des variations saisonnières et des «mois de vaches maigres» ainsi que des écarts des prix éventuels (exemple: pendant la saison sèche, le prix des fruits double). Il est à rappeler que les familles peuvent récolter certaines denrées déviant positives (PD) dans les jardins, les champs ou l'eau gratuitement.



*Une simple étude du marché menée par les volontaires permet d'identifier des aliments appropriés à des prix abordables que chaque famille peut acheter et utiliser.*

**TABLEAU 5.1 ENQUÊTE SUR LE MARCHÉ AU SRI LANKA**

Aliment	Quantité	Prix (en Rupees)	Aliment	Quantité	Prix (en Rupees)
Oeuf	1	4	Thon	1 kg	100
Pomme de terre	1 kg	50	Thon réquin	1 kg	120
Riz	1 kg	22.5	Poisson	1 kg	200
Poisson sec	100 g	12	Poisson	1 kg	140
Haricots	100 g	28	Poisson (petit)	1 kg	40
Petit pois	500 g	30	Poisson salé	1 kg	100
Huile végétale	500 g	115	Poisson "crayon"	1 kg	100
Huile de coco	1 l	55	Poisson de village	1 kg	60
Lait de coco	1 l	65	Bouef	1 kg	120
Carottes	1 kg	40	Poulet	1 kg	140



Les épices et les ingrédients comme la sauce de poisson, le curcuma, le sel, l'oignon, l'ail et le gingembre souvent utilisés pour l'assaisonnement ne sont pas considérés dans le calcul de la valeur nutritive d'autant plus qu'ils n'ajoutent aucune valeur nutritive significative.

Aubergine	1 kg	24	Foie de poulet	1 kg	160
Tomate	1 kg	56	"Coco Roi"	1	70
Courgette	500 g	15	Laitue	1 kg	80
Betlerave	1 kg	36	Plantain	1 kg	40
Haricots verts	1 kg	36	Kangkung	500 g	4
Feuilles vertes	1 emballage	5	Semelles	500 g	4
Haricots "gilums"	1 kg	40	Dambelo	1 kg	40

## 2. Calculer la Valeur Nutritive des Repas Foyer

Les tableaux de composition des aliments, généralement distribués par le Ministère de la Santé donnent la composition nutritive de 100 grammes d'aliment consommable en terme d'énergie, de graisse, de protéines et de micronutriments (calcium, carotène B (équivalent de la Vitamine A), riboflavine, niacine, etc.). A l'aide de ces tableaux, l'équipe détermine la valeur nutritive des repas Foyer et des casse-croûtes distribués par de sorte que la teneur totale en calories et en protéines soit suffisante pour rattraper le retard de croissance et la consommation adéquate de vitamines et de minéraux soit garantie. Le tableau 5.3. peut être remplie à l'aide des denrées proposés pour le menu et leur valeur nutritive. Ajuster les quantités d'aliments contenus dans le menu de sorte que tout enfant reçoive une ration alimentaire d'au moins 600 à 800 kilocalories et 25 à 27 grammes de protéines.

Les repas et les casse-croûte peuvent être «enrichis» de calories en y associant de l'huile et des noix. Le fait d'ajouter de l'huile dans un bol de bouillie pour augmenter sa valeur calorifique peut réduire de moitié la quantité de la bouillie que l'enfant aurait dû consommer. Une fois que les enfants ont récupéré leur croissance, le menu DP (sans autant d'huile) devrait dès lors leur suffire pour maintenir leur croissance et leur éviter une nouvelle rechute.

On doit considérer les Vitamines A et C, le fer et le zinc lors de la planification des repas. Les niveaux requis des micronutriments spécifiques se trouve dans le tableau 5.2. Les informations supplémentaires sur l'importance et les sources de différents micro-nutriments se trouvent à la fin de ce chapitre.

\*Le Zinc n'est pas bien absorbé par les végétariens (sans produits animaux), alors qu'il est bien absorbé par les non-végétariens. Les végétariens doivent prendre deux fois (la quantité entre parenthèses).

**Source:** Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board of the National Academy of Sciences, in publication.

**TABLEAU 5.2 NIVEAUX REQUIS DE MICRONUTRIMENTS**

Age	Vitamine A	Vitamine C	Fer	Zinc*
7 à 12 mois	400 UI	50 mg	11 mg	3 (6) mg
1 à 3 ans	500 UI	15 mg	7 mg	5 (10) mg
4 à 6 ans	300 UI	25 mg	10 mg	5 (10) mg

**TABLEAU 5.3 ENQUÊTE SUR LE MARCHÉ AU SRI LANKA**

Aliment	Quantité	GMS	K-Calorie		Protein		Fer		Vitamin A		Zinc		Acide Folique	
			100 gms	Total	G/100g	Total	Mg/100g	Total	IU/100 g	Total	Mg/100g	Total	Mg/100g	Total
1.Exemple d'aliment	200g	200g	90	180	12	24	4	8	0	0	2	4	9	18
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
Total														



**3. Opérer Toute Adaptation Nécessaire des Menus**

Les menus doivent être adaptés au contexte culturel et ajustés en fonction de l'âge des participants malnutris. Si la majorité des enfants sont âgés de moins de 12 mois, un complément suffisant de nourriture (sévrage) est nécessaire. Si le groupe est composé d'enfants de différent âge, l'on peut généralement préparer un même repas et pour les plus jeunes les laisser cuire un peu plus longtemps et ensuite les servir en purée.

D'autres adaptations de menus peuvent s'avérer nécessaires dans certaines communautés:

- ♥ **Menus pris lors du jeûne:** pour des raisons religieuses, certains pays observent le jeûne. Bien que souvent celui-ci ne concerne pas les enfants, les adultes peuvent ne pas vouloir faire la cuisine ni toucher aux aliments interdits pendant le jeûne. Lors de l'élaboration des menus et la fixation du programme des séances Foyer l'on ne doit pas ignorer ce phénomène.
- ♥ **Menus de saison sèche:** Certains pays connaissent une période presque de sécheresse totale pendant leur saison sèche. Les fruits et les légumes deviennent rares et introuvables. Il faut prévoir la saison de disette et élaborer des menus ingénieux par l'utilisation de ce qui est accessible, ou recourir à l'imagination pour utiliser des denrées qui ont été séchées et stockées au temps de l'abondance.
- ♥ **Menus végétariens:** pour les communautés ne consommant pas de produits animaux ni du poissons, il faut préparer des menus très riches en protéine à l'aide d'une combinaison d'aliments (du riz et des haricots) ou d'autres produits très riches en protéine tels que le tempeh et les produits de soja notamment le tofu.

**4. Déterminer la Taille des Portions**

A partir des quantités requises de calories et de protéine et à l'aide d'une balance, il faut déterminer la qualité et le poids d'une portion élémentaire. Puisque au cours des séances Foyer la nourriture est servie en fonction du volume et non du poids, il faut déterminer la façon dont doit se faire la mesure du volume requis à l'aide des instruments de mesure locaux entre autres bidons, poignées, trois pinées par doigts, bouteilles à eau etc. Cette méthode permet aux volontaires de mesurer les rations à donner à chaque enfant pendant les séances Foyer. Les personnes responsables des enfants peuvent aussi s'en servir facilement à la maison.

*On doit encourager l'allaitement des enfants âgés de moins de deux ans. Néanmoins, il ne faudrait pas inclure le lait maternel dans le calcul de calories. On doit le donner aux enfants chaque fois qu'ils le demandent étant donné que le lait maternel dépasse un repas complémentaire (et tous les autres repas).*

Le fait qu'au cours des séances Foyer l'on doit servir la nourriture en fonction du volume et non du poids, il faut déterminer la façon dont doit se faire la mesure du volume requis à l'aide des instruments de mesure locaux.



### 5. Faire une Analyse de Coûts

Le coût de chaque matériel doit être évalué en fonction des cours collectés lors de l'étude du marché. Etant donné que les prix sur le marché sont sujets aux fluctuations, ils doivent être évalués en tenant compte des différentes saisons ou des périodes de changements économiques. Dans ce cas, il faut se rappeler qu'on cherche des produits qui ne sont pas chers pour tout le monde. Voir le tableau 5.4 pour les coûts des menus et des rations en Inde.

**TABLEAU 5.4 EXEMPLE D'UN MENU QUOTIDIEN EN INDE**

Aliment	Contribution	Mesure locale	Quantite	Calories	Protein (grammes)	Prix (en Rupees)
Riz	ONG	4 cuillères à soupe	50 g	200	4.5	1.35
Feuilles vertes	Famille	1/4 d'emballage	80 g	35	2	1.00
Noix de coco	Famille	1 main pleine	20 g	222	2.2	1.25
Poisson sec (DP)	Famille	2 "tickels"	20 g	50	11	4.00
Huile de Coco	ONG	1 cuillère à soupe	1	100	0	0.50
Dahl	Famille	2 cuillères à soupe	15 g	15 g	35	3.00
1.7						
Viande de soja (DP)	Famille	1 main pleine	10 g	43	4	1.00
"Récréation"	ONG	1 main pleine	5 g	55	3	2.00
Grain de poiron						
TOTAL				740	29.7	12.80

## 6. Elaborer le Programme de Repas

A la lumière des informations précédentes, il faut élaborer un programme de repas pour chacun des 12 jours que dure une séance Foyer. Il doit comprendre:

- ♥ Les menus (on peut alterner 2 menus de base jour après jour) (voir le tableau 5.5)
- ♥ La quantité nécessaire de tous les ingrédients
- ♥ Qui donnera quel ingrédient et quelle quantité?
- ♥ La taille des rations

**TABLEAU 5.5 ECHANTILLON DE MENUS AU SRI LANKA**

<b>MENU A :</b> <b>Lait maternel plus...</b>	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Riz Viande de soja+ dahl Feuilles vertes + noix du coco Huile de coco	A	B	A	B	A	B pas d'huile	Répos
<b>MENU B:</b> <b>Lait maternel plus...</b>	Jour 8	Jour 9	Jour 10	Jour 11	Jour 12	Jour 13	Jour 14
Sprats séchés Riz Haricots verts, papaye L'huile de coco	A	B	A	B	B	B moins d'huile	Pesée la fin

## C. Conception des Messages d'Education Sanitaire

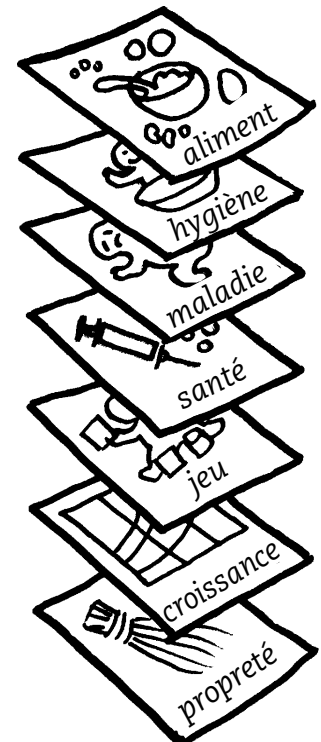
Etant donné que les séances Foyer sont organisées dans un environnement restreint et intime dans lequel les mères se focalisent sur la santé de leurs enfants, elles offrent une excellente occasion de diffuser des messages d'éducation sanitaire.

Non seulement les participants constituent "un public captif", ils sont également réceptifs aux messages soucieux de la bonne santé de leurs enfants.

### 1. Identification des Messages-Clé

Le processus EDP devrait avoir identifié un certain nombre de comportements qui ont favorisé une bonne santé et une alimentation saine des familles DP. Ces pratiques doivent servir de base pour les messages d'éducation sanitaire. Pour s'assurer que les leçons tirées de l'EDP sont compatibles avec les normes internationales de pratiques saines, il faut vérifier si ces messages recourent ceux du Ministère de la Santé sur la santé publique ou ceux de l'UNICEF baptisés «Facts for Life» (Pratiques pour la Vie)(3). Ces messages doivent se focaliser sur les habitudes alimentaires, l'hygiène, la prise en charge des enfants et sur les importantes mesures de prise en charge sanitaire y compris l'administration des soins aux enfants malades à la maison.

Bien que beaucoup de messages clé aient été démontrés au cours du processus d'organisation des séances Foyer (notamment le lavage des mains et l'alimentation active), les messages reflétant directement les pratiques telles qu'identifiées par l'EDP ont besoin d'être éclaircis et amplifiés.



Les messages d'éducation de santé devraient surtout souligner les pratiques DP identifiées en matière d'alimentation, d'hygiène, et de prise en charge de l'enfant malade.

Les encadrés donnent des exemples de pratiques identifiées et de messages choisis au Myanmar, au Tajikistan, au Mozambique et au Vietnam.

### Au Takijistan, les enfants DP étaient:

- ♥ Allaités à la demande au delà de six mois
- ♥ Suivis de près et protégés toujours contre la déshydratation pendant la diarrhée à l'aide des boissons familiales.

### Message-Clé Choisis Parmi les Données de l'EDP au Mozambique

Les enfants de moins de 3 ans ont besoin de :

- ♥ De manger cinq à six fois par jour en plus du lait maternel
- ♥ D'avoir un supplément de graisse et d'huile dans leur régime
- ♥ D'avoir un régime enrichi en protéine avec les noix locaux (le Marula)
- ♥ De manger des aliments de protection notamment les fruits et légumes

### Pratiques Alimentaires Identifiées par Groupe d'Age au Myanmar

#### Enfants de 6 à 11 mois:

- ♥ Un complément de nourriture donné trois fois par jour, en plus du lait maternel à la demande
- ♥ Une variété de nourriture supplémentaire: riz, huile, pommes de terre, un demi-œuf de poule, haricots
- ♥ Quantité de nourriture: une tasse à thé pleine à chaque repas
- ♥ La mère nourrit l'enfant à l'aide d'une petite cuillère
- ♥ La mère donne à l'enfant des casse-croûtes faits de frites de patate ou de poisson

#### Enfants de 12 à 36 mois:

- ♥ Alimentation habituelle: quatre à cinq fois par jour en plus du lait maternel
- ♥ Quantité d'aliments: quatre tasses à thé pleines à chaque repas
- ♥ Variété de nourriture à chaque repas [Petit déjeuner au ragoût de poisson ; Riz + haricots + légumes (pour famille végétariennes) ; Riz + petits poissons ou Crevettes et anguille + huile ; Riz + Cresson + œuf de cane + huile ; Riz + légumes + viande à bon marché (porc/grenouille) + huile]
- ♥ L'enfant mange avec la cuillère dans sa propre assiette
- ♥ L'enfant partage régulièrement les repas avec les membres de famille
- ♥ L'enfant prend l'eau de riz trois fois par semaine
- ♥ Quand l'enfant mange, on le suit de près

### Six Messages-Clé Choisis au Vietnam

- 1. Allaitement:** le lait maternel constitue le meilleur aliment pour l'enfant. Il protège l'enfant contre les maladies et renforce l'affection entre la mère et l'enfant. Ne pas sevrer l'enfant avant 12 mois.
- 2. Bons aliments-bol coloré:** Il faut donner aux enfants de moins de trois ans une variété d'aliments trois à cinq fois par jour. Ces aliments comprennent les «aliments sains» dont se servent quelques familles très pauvres ayant les enfants bien nourris et qui sont disponibles dans la région. L'on peut faire «un bol coloré» de ces «aliments sains» nutritifs qui sont...
- 3. Nourriture supplémentaire:** A partir de six mois, en plus du lait maternel, il faut donner une nourriture supplémentaire aux enfants. On peut commencer par leur donner du gruau de riz léger coupé d'eau et progressivement passer à un mélange plus fort et plus épais de poudre de riz cuit dans du bouillon de crevette, crabe et légumes à la place de l'eau.
- 4. Bons soins infantiles :** A partir de six mois, les enfants ont besoin qu'on s'occupe d'eux, les nourrisse, joue avec eux et les guide. Les bons soins favorisent chez l'enfant une bonne croissance, une intelligence et la capacité d'aimer les gens.
- 5. Bons soins de santé:** On peut protéger les enfants contre les maladies grâce au maintien dans de meilleures conditions hygiéniques de la maison; du corps et de la nourriture. Il faut les immuniser contre de sévères maladies, les faire soigner au Centre de Santé local, peser régulièrement pour dépister au plutôt la malnutrition.
- 6. S'occuper des enfants bien nourris à la maison:** A la maison les familles peuvent maintenir en bon état et améliorer la santé de leurs enfants grâce à: «de bons aliments» disponibles dans la région qui sont... Pratiquer les «bons soins de l'enfant», et «les bons soins de santé» appris des «familles modèles» telles que....

## **Messages Relatifs à la Planification des Repas Sains et Bien Équilibrés**

Les repas préparés durant les séances Foyer sont une combinaison de calories, d'hydrate de carbone, de graisse, de protéines et de micronutriments. Néanmoins, les volontaires et les responsables des enfants ont besoin d'apprendre une méthode facile tel que les groupages d'aliments, afin de pouvoir équilibrer leurs propres repas. Il faut vérifier l'existence de groupages d'aliments spécifiques utilisés dans les politiques nationales de nutrition.

Les études ont montré que les responsables des enfants ont du mal à retenir les informations sur trois ou quatre groupes d'aliments. Plus encore, ils peuvent fixer leur attention sur la combinaison d'ingrédients et leur catégorie tout en oubliant l'importance de la fréquence et de la quantité. Dans de cas pareils, le concept de "met à trois couleurs" ou de "met coloré" peut être utile. Si trois couleurs différentes sont disponibles (blanc, jaune, vert, rouge et orange), le repas est équilibré. Puisque la nourriture de base est souvent blanche ou jaune, il faudrait ajouter deux aliments d'autres couleurs pour avoir un repas équilibré.

Le **Carré Alimentaire** est une autre façon d'enseigner le groupage des aliments. Dans le Carré Alimentaire, chacune des quatre sections représente un important élément d'un régime alimentaire équilibré. Dessiner un grand carré sur le sol avec un bâtonnet et placer la nourriture à cuire lors de la séance Foyer à l'intérieur des cadres appropriés pour montrer l'importance de la variété dans un régime alimentaire sain.

### **Messages Relatifs au Processus de Repas**



Ce processus peut constituer une importante pratique déviant positif. **Au Mali, l'expérience montre qu'un enfant nourri dans sa propre assiette d'une meilleure santé qu'un enfant partageant le repas avec la famille.**

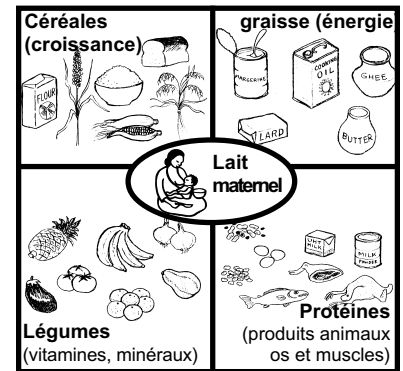
Ce important résultat a été intégré aux pratiques de sessions Foyer et dans les messages-clé. D'après les études déviant positif, une alimentation active constitue une pratique importante à encourager.

### **Messages Relatifs à l'Introduction d'Aliments**

Puisque plusieurs enfants ne deviennent malnutrits qu'après l'âge de six mois, il est important de recourir aux comportements DP afin de lutter contre la malnutrition pendant la période d'introduction de la nourriture complémentaire. L'introduction de nouveaux aliments dans le régime de l'enfant en plus du lait maternel exige de la part des parents un effort supplémentaire. Certaines pratiques-clé sont entre autres:

- ♥ Nourrir l'enfant plusieurs fois par jour. Leur estomac étant petit et de faible capacité, les bébés et les enfants consomment une petite quantité de repas mais de manière fréquente.
- ♥ Donner à l'enfant une nourriture suffisante à chaque repas. Contrairement aux enfants un peu plus âgés, les bébés prennent beaucoup de temps pour manger et l'on doit les amadouer pour les encourager à manger suffisamment cuillerée par cuillerée (c'est ce que l'on appelle "**alimentation active**").
- ♥ Utiliser une alimentation équilibrée riche en matières nutritives. Une bonne alimentation de sevrage est souvent composée de riz, blé, pommes de terre ou d'autres types de purées molles de céréales associés aux aliments protéiques

### **Le carré alimentaire**



### **Conseils pour une alimentation active**

- ♥ Nourrir les bébés et aider les plus âgés à se nourrir eux-mêmes.
- ♥ Leur donner les aliments qu'ils préfèrent et les encourager à manger en cas d'inappétence ou de négligence.
- ♥ En cas de refus de l'enfant de manger plusieurs aliments, essayer différentes combinaisons d'aliments, de goûts, de formes et de méthodes pour l'encourager.
- ♥ Parler à l'enfant quand on le nourrit et établir un contact visuel.
- ♥ Le nourrir lentement patiemment et réduire les distractions pendant le repas.
- ♥ Ne pas le forcer à manger.

Source: LINKAGES, 2001 (3)





S'assurer que les mains et le matériel sont propres lors de la préparation des repas et avant le repas.

(œufs, lait maternel, légumineuses), huile et une purée de légumes ou de fruits cuits.

- ♥ Réduire les maladies causées par les aliments contaminés. S'assurer que les mains et le matériel sont propres lors de la préparation des repas et avant de manger. Donner à l'enfant une nourriture fraîchement préparée et bien cuite. Une nourriture préparée et gardée pendant des heures dans une température ambiante développe des bactéries et peut nuire à la santé de l'enfant. Laver les fruits avec de l'eau propre avant de les éplucher.

L'EDP révélera les pratiques locales particulières et les préparations d'aliments permettant la réussite du sevrage. Le tableau 5.6. présente une suggestion de la fréquence de l'alimentation en fonction de l'âge d'enfant.

**TABLEAU 5.6** FRÉQUENCE D'ALIMENTATION / TYPE D'ALIMENTS EN FONCTION D'ÂGE

Age de l'enfant	Besoins énergétiques alimentaires quotidiens (kcal, lait maternel exclus)	Fréquence d'alimentation complémentaire/jour et forme d'aliment	Fréquence d'allaitement (jour et nuit)
6 à 8 mois	275	2 à 3 fois par jour Donner une purée de céréales semi-solides avec des légumineuses/haricots, lait maternel. Ajouter de petites portions de purée de produits animaux (œufs, viande, poisson, fromage) et fruits/légumineuses	Chaque fois que l'enfant le demande et diminuer progressivement jusqu'à environ 8 allaitements par jour/nuit à 6 mois
9 à 11 mois	450	3 à 4 fois/jour Continuer à donner une purée de gruau (comme pour les enfants de 6 à 8 mois), introduire également les casse-croûtes et les aliments frits. Augmenter la quantité de produits animaux et fruits/légumes	Chaque fois que l'enfant le demande
12 à 23 mois	750	4 à 5 fois/jour Idem que précédemment Adapter l'enfant progressivement aux repas familial haché au mâché après 12 mois	Autant de fois que l'enfant le demande et diminuer progressivement à une fois au moins chaque jour/nuit autour d'âge de 23 mois

Source: Sanghvi 1999 (5)


## 2. Elaboration du Programme Quotidien des Messages d'Éducation Sanitaire

Il faut choisir un maximum de six messages clé pour l'ensemble des deux semaines. Après avoir épuisé les six messages durant la première semaine, répéter les mêmes messages pendant la deuxième semaine (7-12 jours), selon une méthode de présentation différente afin de renforcer l'assimilation des leçons apprises. Les participants au Foyer discutent chaque jour d'un seul message Foyer. La concentration sur un seul thème de discussion par jour évite de surcharger les mères avec de nouvelles information.

Le personnel et les volontaires sont souvent tentés (particulièrement les professionnels de santé, les infirmiers, les éducateurs, nutritionnistes) de faire assimiler leurs propres messages de nutrition, leur menus et leurs théories. Le personnel du programme (y compris les volontaires) doivent se mettre dans la peau d'apprenants et communiquer aux mères pendant les séances les leçons tirées de l'EDP et expliquant qu'il s'agit de connaissances provenant de mères de leur propres communauté qu'elles sont entrain d'apprendre et de pratiquer.

L'éducation sanitaire au cours des séances ne peut se faire sous magistrale. Les séances sont par contre une occasion d'apprentissage par la pratique, de questions-réponses et de discussion de groupe dont le suivi se fait à la maison au fur et à mesure que les participants mettent en pratique les nouveaux comportements de préparation de nourriture et d'alimentation dans leurs cuisines.

Le chapitre 2 comprend quelques conseils sur les techniques d'apprentissage pour adultes. Pour d'amples informations sur l'élaboration de message d'éducation sanitaire et des techniques d'apprentissage pour adultes, il faut se référer à la fin de ce manuel.



**Moments pour Enseigner**

**EXEMPLE**

Pendant les séances Foyer, il faut profiter des "moments pour enseigner". Dans l'un des projets de World Relief, une volontaire Foyer a découvert qu'un enfant souffrait d'une pneumonie. Elle profita de l'occasion pour discuter des façons de reconnaître les signes de danger et de recourir aux soins de santé.

**TABLEAU 5.7** ECHANTILLON D'UN PLAN D'EDUCATION SANITAIRE POUR LES SÉANCES FOYER

Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6
Allaitement maternel	Hygiène	Infection respiratoire aiguë (IRA)/ Prévention de la diarrhée à la maison y compris la thérapie par réhydratation orale (TRO)	Stimulation de la petite enfance	Alimentation complémentaire	Techniques de préparation de la nourriture
Jour 7	Jour 8	Jour 9	Jour 10	Jour 11	Jour 12
Leçons apprises lors de l'essai de menu à la maison. Allaitement maternel	Hygiène	IRA/ Traitement de la diarrhée à la maison par le solution par réhydratation orale (SRO)	Stimulation de la petite enfance	Alimentation complémentaire	Revoir tous les messages. Renforcer la capacité à mettre en pratique ces méthodes à la maison

*Un exemple de plan d'éducation sanitaire avec les thèmes, le contenu des messages et les activités se trouvent à la fin de ce chapitre.*

## Critères du Choix du Site pour les Séances Foyer

- ♥ L'emplacement doit être accessible et situé au centre
- ♥ Espace pour 10 à 12 enfants (souvent les frères et sœurs viennent aussi) et 10 personnes responsables des enfants
- ♥ Accès aux latrines
- ♥ Accès à l'eau potable qu'on pourra aussi utiliser pour la cuisine et le lavage des mains
- ♥ Ombre et espace disponible pour la cuisine

## D. Le choix de Sites pour les Séances Foyer

Le terme “Foyer” évoque un groupe de femmes qui mettent de leur propre gré les expériences de leurs familles et maisons à la disposition des mères ayant des enfants souffrant de malnutrition pour les aider à initier le processus de réhabilitation. Tout volontaire est supposé utiliser sa maison comme lieu où se tient la séance Foyer. La tenue de toute la séance de 12 jours sur un même site offrirait un avantage mais les séances ultérieures peuvent se tenir dans différentes familles de volontaires pour que l'engagement n'ait pas besoin d'être de longue durée. Si le temps le permet, les séances peuvent se tenir en plein air sur les nattes sous un arbre. L'atmosphère doit être détendue et “de famille”. Les séances ne doivent pas se tenir dans un centre de santé ou dans d'autres installations.

## E. Elaborer les Protocoles pour les Séances Foyer

Les protocoles doivent être élaborés avec la participation et l'appui communautaires pour permettre au programme de poursuivre sans relâche la réalisation de ses objectifs et pour réduire les risques d'ignorer tout enfant qui aurait besoin d'être réhabilité.

### 1. Décider de l'état nutritionnel limite habilité à participer aux séances Foyer.

Tous les enfants souffrant de malnutrition sont-ils concernés? Où seuls les enfants souffrant d'une malnutrition modérée ou sévère seront-ils invités à participer aux séances Foyer? Quelques Foyers commencent à faire face aux défis de la prévention et de la réhabilitation de malnutrits ainsi qu'à l'invitation de futures mamans et de nouvelles mamans ayant des bébés qui grandissent bien. Ces nouvelles mamans recourent exclusivement à l'allaitement pour nourrir leurs enfants pendant les séances mais participent à la préparation des repas et à d'autres activités d'apprentissage en attendant le jour où leurs bébés seront prêts pour prendre une alimentation complémentaire.) Les modalités d'admission devraient être déterminées sur base des priorités ainsi que des considérations pratiques notamment la disponibilité des volontaires, du budget, etc. Au Vietnam, où presque 70% des enfants de moins de trois ans participant au foyer souffraient de malnutrition (légère, modérée, sévère) seuls les enfants souffrant d'une malnutrition modérée et sévère étaient prioritaires(6).

Certains projets tiennent compte du taux de croissance au lieu de l'état nutritionnel. En utilisant la courbe de la croissance, le projet accorde la priorité aux enfants à risque des problèmes ultérieurs et qui n'auraient pas pu être sélectionnés autrement. Le critère de croissance s'avère important d'autant plus l'incapacité de gain pondéral peut être la première manifestation d'un problème sous-jacent. Imaginer l'**Enfant 1** qui a actuellement un poids en rapport avec son âge mais qui d'après la dernière pesée n'a gagné du poids et l'**Enfant 2** qui a un poids insuffisant par rapport à son âge mais qui prend constamment du poids. Sur base de l'état nutritionnel, l'**Enfant 2** devrait être ciblé. La méthode de la courbe de la croissance donnerait priorité à l'**Enfant 1** comme à haut risque (7).

### 2. Déterminer les Critères d'Arrêt de Participation aux Séances

Deux manières différentes servent à déterminer si un enfant peut terminer Foyer ou continuer d'autres séances.

**a. A l'aide des Fiches de Contrôle de la Croissance:**

Les critères d'arrêt de participation aux séances se basent sur le mouvement entre les états de malnutrition sévère, modérée et l'état nutritionnel normal. C'est la méthode la plus facile à utiliser et expliquer aux membres de la communauté. La communauté devrait décider d'arrêter la participation aux séances dans les cas suivants:

- ♥ L'enfant a atteint l'état nutritionnel normal
- ♥ L'enfant passe de malnutrition modérée à la malnutrition légère.
- ♥ L'enfant passe de malnutrition sévère à la malnutrition modérée.

**b. A l'aide de la méthode utilisant sur le poids comme référence:**

Les critères pour l'arrêt de la participation aux séances se fondent sur le rattrapage du retard de croissance par l'enfant au cours des séances. Grâce à cette méthode, les enfants dont le poids a augmenté de 400 à 800 grammes et présentant une croissance aussi ou plus rapide que la Médiane de la Norme Internationale sont considérés comme avoir atteint un résultat satisfaisant. L'on suppose qu'une fois que l'enfant a rattrapé son retard de croissance, sa croissance se poursuivra.

Au cas où l'enfant ne prend pas de poids, l'on doit consulter le médecin et le volontaire ou le superviseur devra visiter la famille pour se rendre compte de la disponibilité d'aliments dans la maison. Etudier la participation de l'enfant et de son responsable pour s'assurer que tous les deux participent régulièrement aux séances (souvent seule la personne responsable participe aux séances sans faire venir l'enfant). Le personnel devrait revoir les menus Foyer pour s'assurer que les enfants reçoivent une alimentation riche et suffisante en protéines et en calories.

**3. Décider du maximum nombre de séances auxquelles l'enfant doit participer même si son état ne s'est pas amélioré:**

Le choix du nombre dépendra des premiers objectifs élaborés par la communauté et de la situation locale. Si de tels objectifs visaient à aider l'enfant à passer de malnutrition sévère à la malnutrition modérée deux ou trois séances devraient suffire. Et si par contre, ils visaient à aider l'enfant à passer de malnutrition sévère, modérée ou légère à l'état nutritionnel normal, davantage de séances serait nécessaires.

La plupart des programmes DP/Foyer soumettent tous les enfants concernés par le projet ou ceux qui souffrent d'une malnutrition sévère ou modérée à un contrôle médical obligatoire a une étape précoce de participation. Les enfants souffrant d'une malnutrition sévère (Kwashiorkor ou marasme) méritent une intervention médicale d'urgence. Si l'état nutritionnel ne s'améliore pas et ce, malgré la participation répétée aux différentes séances, l'adoption d'une stratégie autre que le foyer s'avère nécessaire.

Au Vietnam où 65% d'enfants souffraient de malnutrition dans les projets pilotes, seuls les enfants souffrant de malnutrition sévère (Paramètre Poids pour Age [P/A] < - 3 Score Z) étaient inscrits au programme et la "réhabilitation" consistait à passer à une malnutrition modérée (Paramètre P/A < - 2 Score Z ) ou à un état encore amélioré. La période moyenne pour que l'enfant passe de malnutrition sévère (Paramètre P/A <-3 Score Z) à la malnutrition modérée (Paramètre P/A < - 2 Score Z) allait de 2.8 séances dans les villages-pilote au Vietnam à environ 1.9 séances au fil du programme. (8)

*Si le situation nutritionnel le ne s'améliorer pas après une participation répétetée, une strategie autre que DP/Foyer serait nécessaire.*



## Egypte

Un protocole spécial pour les cas des enfants à croissance insuffisante aura l'avantage d'attirer l'attention sur de tels enfants. En Egypte, l'identification anticipée des enfants "à risque" souffrant de malnutrition au moyen d'un questionnaire et d'une attention particulières par des visites régulières aux familles a permis aux responsables du programme à réduire sensiblement le nombre d'enfants à croissance insuffisante. Le protocole utilisé dans ce projet se trouve à la fin de ce chapitre.

*Compte tenu de toutes les conditions et circonstances précédentes, il n'est pas aisé de déterminer d'avance le nombre de séances à tenir dans une communauté donnée.*

(Les Scores Z ou écarts-types, sont des méthodes internationalement reconnues pour l'évaluation de l'état nutritionnel et se retrouvent dans le tableau 4.5.). Compte tenu de l'importance du nombre de nouveaux enfants entrant chaque jour dans la catégorie des enfants souffrant de malnutrition avant que la sagesse populaire au sein de la communauté ne change, il est possible de continuer les séances Foyer dans une communauté de 300-500 enfants âgés de moins de 3 ans sur une période d'environ 1 an en vue de pouvoir les intégrer tous.

En Haïti, 60-70% des enfants Foyer suivis de près sur une période de trois à six mois après la séance Foyer, connaissaient une croissance aussi ou plus rapide que le norme internationale de référence pour le poids et l'âge. D'après l'enquête, la moitié des 30-40% dont la croissance ne suivait pas le rythme normal souffraient d'une infection cachée surtout de la tuberculose alors que l'autre moitié croupissaient dans une pauvreté extrême. De tels enfants ont été soit traités soit inscrits dans un programme de lutte contre la pauvreté en fonction de la situation. Etablir une liaison avec le personnel du secteur formel de la santé doit être un préalable pour s'assurer de l'existence d'un mécanisme de transfert de ces enfants. Les familles pauvres devraient être sensibilisées à la création des activités génératrices de revenus. Cela consisterait à encourager la petite épargne, l'octroi de prêt, l'élevage, l'aviculture ou la distribution de graines à semer dans les jardins ou l'assistance technique en vue d'aider ces familles à augmenter leur production agricole. Il faut chercher à comprendre davantage les causes des cas d'enfants qui ne réussissent pas à rattraper le retard de croissance pour mieux savoir pourquoi certains enfants ne répondent pas au programme Foyer.

### **Les scénarios comprennent une série de situations et leur Impact sur le nombre de séances par enfant:**

**Scénario 1:** Le programme DP/Foyer œuvre dans une région en proie aux inondations, à la sécheresse ou aux tremblements de terre ou connaissant des difficultés économiques qui sont à l'origine des migrations saisonnières de certains sinon de tous les membres de famille. Ainsi, eu égard à la vulnérabilité de la communauté, il y a nécessité d'organiser plus de séances, avec des possibilités interruptions périodiques

**Scénario 2:** Le programme DP/Foyer œuvre sans une assistance suffisante du personnel de Santé Publique. Dans une telle situation, les causes sous-jacentes, au manque d'amélioration malgré la consommation d'une nourriture complémentaire additionnelle telle que la tuberculose, ne sont pas pris en charge et les enfants malnutrits peuvent avoir besoin de participer à plus de séances Foyer.

**Scénario 3:** Le projet s'implique dans un programme de survie de l'enfant ou prend part au programme "d'hôpital mobile" facilitant aux familles l'accès au centre de santé. Les concepteurs du projet et la communauté peuvent s'entendre sur un certain nombre de séances par enfant (ex. deux à quatre) pour éviter que la famille ne dépende du projet.

Compte tenu de toutes les conditions et circonstances précédentes, il n'est pas aisé de déterminer d'avance le nombre de séances à tenir dans une communauté donnée. Même au sein d'une même communauté, quelques groupes de famille ou hameaux peuvent organiser moins de séances que d'autres. Les responsables du programme pour éviter les tentatives perverses de maintenir les Foyers le plus longtemps possible (même au prix de "maintenir" un niveau de malnutrition). Ceci est particulièrement vrai si le projet évalue les apports de la communauté (en espèces, nourriture, etc.) sur base du nombre d'activités ou des enfants qui ont été affectés.

### **Exemple de Protocoles Foyer Choisis par la Communauté**

1. Faire un contrôle et une promotion réguliers de la croissance trimestriellement pour tous les enfants âgés de moins de 3 ans.
2. Tous les enfants de moins de 3 ans souffrant d'une malnutrition modérée ou sévère doivent participer aux séances.
3. Les volontaires effectuent des visites familiales de suivi conjointement avec les séances Foyer.
4. Les enfants participant aux séances et soupçonnés d'avoir une infection quelconque doivent être transférés au poste locale de santé.
5. Référer tous les enfants qui n'ont pas présenté une amélioration après les séances de 12 jours (dans un délai de 2 mois) pour un contrôle médicale.
6. Les femmes enceintes doivent être encouragées à manger beaucoup pendant la grossesse et à bénéficier des soins prénatales.
7. Les mères qui allaitent doivent allaiter les enfants chaque fois que ceux-ci le demandent.
8. La Vitamine A sera administrée à tous les enfants 2 fois par an.
9. Avant d'assister à la première séance Foyer tous les enfants doivent être déparasités.

### **F. Elaborer un Plan d'Activités d'Un An**

Planifier de façon détaillée les activités de l'année en collaboration avec le Comité de Santé, les Superviseurs/Formateurs du projet, les volontaires de santé communautaires et le personnel de santé en vue de fixer les dates pour le Contrôle de la Croissance et les séances Foyer. Le tableau 5.8 expose un exemple de plan annuel d'activité dans une grand communauté.

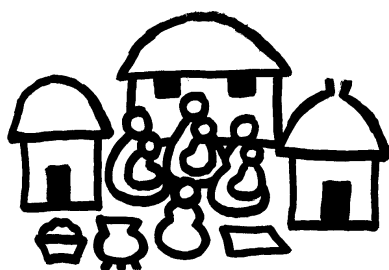
Si un programme de contrôle de croissance est déjà en place, les participants et les enfants dont l'état s'est amélioré peuvent continuer par y participer. Les volontaires peuvent encourager les mères à y amener leurs enfants par des visites familiales visant à le leur rappeler. En cas d'absence du programme, son élaboration devrait être la toute première activité figurant sur le plan de travail annuel. Le Comité de Santé peut se charge d'encourager la participation des familles jusqu'à ce que tous les enfants de moins de 5 ans soient régulièrement pesés. Les mères dont les enfants ont un le rythme normal de croissance seront encouragées tandis que les enfants souffrant de malnutrition seront identifiés et transférés au Foyer.

### **Le contrôle de la croissance est un aspect important du plan en cours car il vise à:**

- ♥ Permettre aux responsables des enfants et aux membres de la communauté à suivre de près le développement normal de jeunes enfants et encourager ceux parmi eux dont les enfants sont en bonne santé à continuer dans la bonne voie.
- ♥ Identifier les enfants malnutris pour être réhabilités par le programme Foyer.
- ♥ Surveiller la situation nutritionnelle du groupe cible.
- ♥ Evaluer l'impact de DP/Foyer sur les bénéficiaires.
- ♥ Evaluer la durabilité de la réhabilitation 6 à 12 mois après.

**TABLEAU 5.8 EXEMPLE DU PLAN D'ACTIVITÉ ANNUEL**

Une Grande Communauté avec Beaucoup d'Enfants Malnutrits		Mois	Semaine
1	Feedback des résultats de l'étude nutritionnelle locale, établir le partenariat et l'objectif général avec les dirigeants de communauté	1	1
2	Un atelier sur l'analyse participative de la situation de santé des enfants, y compris EPD pour les formateurs	1	2
3	L'analyse de situation participative dans 2 sites et établir un plan d'action communautaire	1	2-3
4	Etablir ou rétablir les Comités de Santé locaux (CSs) et sélectionner des volontaires Foyer (VF)	1	3
5	Discuter l'analyse de situation et Formation de Formateurs (FOF) sur la Promotion et le Contrôle de la Croissance (PCC)	1	4
6	Former les CSVs et les VFs dans la PCC et la mise à jour des inscriptions des ménages	2	1
7	La première séance de PCC dans 2 sites et feedback	2	2
8	Former les Formateurs (Les Superviseurs) pour le FOYER (séance 1)	2	2
9	Former les VFs et CSVs pour le FOYER (séance 1)	2	2
10	Le premier FOYER 1 supervisé; l'éducation nutritionnelle et les séances de réhabilitation commencent	2	3 et 4
11	La séance de feedback / les leçons apprises	3	1
12	Formation de Formateur sur la Gestion de Foyer (les outils de surveillance et contrôle); la préparation+ formation FOYER 2	3	1
13	Former les VFs et CSVs pour le FOYER 2, y compris les techniques de communication, la formulaire de visite à domicile et la gestion/supervision	3	2
14	FOYER 2 dans deux sites	3	3 et 4
15	Superviser les visites a domicile par VF	4	1
16	Formation des Formateurs pour la PCC 2, y compris le contrôle des événements essentiels et créer le tableau d'affichage	4	1
17	Former les VFs et CSVs pour la PCC 2	4	2
18	Séances de PCC 2 dans deux sites	4	2
19	FOYER 3	4	3 et 4
20	FOYER 4	5	3 et 4
21	PCC 3	6	2
22	FOYER 5	7	3 et 4
23	FOYER 6	8	3 et 4
24	Formation des Formateurs de l'évaluation de six mois de l'éducation nutritionnelle et la réhabilitation	9	1
25	PCC 4 et l'évaluation de six mois pour le FOYER	9	2
26	Discussion de l'évaluation des six mois (qualitative et quantitative) et les nouvelles stratégies (le nouveau plan d'action)	9	3
27	FOYER 7 and FOYER 8	9 10	3 et 4 3 et 4
28	Séance de PCC 5	11	2
29	Séance PCC 6	13	2
30	Séance PCC 7	15	2
31	Evaluer la 1 <sup>er</sup> phase du projet	15	3 et 4



## FOYER QUESTIONS ET REPONSES

### Qu'en est-il des aliments traditionnelles?

La cuisine d'un pays est souvent équilibrée. Les préparations peuvent s'avérer difficiles ou prendre beaucoup de temps et ainsi on n'en fait plus assez souvent. Il faut s'adresser aux personnes âgées pour s'enquérir des options alimentaires éventuelles que l'on peut apprendre du passé («vieux jours»). Dans la plupart des pays, on trouve des feuilles indigènes qui ne sont plus mangées au profit des légumes tels que les choux et les aubergines. Ces feuilles indigènes, souvent riches en fer, en calcium, en acide folique et en vitamine A, peuvent être réintroduites dans le régime standard par le biais de Foyer.

### Comment dépasser les systèmes de croyances attribuant la malnutrition aux facteurs autres qu'une mauvaise alimentation?

L'une des raisons du lancement de DP/Foyer dans de petites régions pilotes est de démontrer son impact positif sur les enfants souffrant de malnutrition sur une période d'un mois. Une fois réhabilités les enfants constituent une preuve tangible de l'importance des pratiques Foyer. Les membres de la communauté deviennent des défenseurs de ce changement. Le changement des croyances résultera de ces témoignages. Par leur exemple, les croyances pourront finalement changer. Pour mener un tel programme pilote, il faut y faire participer des mères qui ne croient pas beaucoup à de telles croyances.

### Que se passe-t-il quand les systèmes de castes interdisent aux gens de différentes castes de manger ensemble?

Il faut mener une EDP et chercher les déviants positifs capables de casser cette habitude. En attendant, il faut grouper des gens appartenant à une même caste pour favoriser la cohésion de groupe.



### Vaincre les Sorciers au Mali

Au Mali, les grand-mères ont vu les enfants se rétablir du Kwashiorkor qu'elles attribuaient à un œil maléfique et qu'elles croyaient guérir par la sorcellerie. Elles racontent, *"on a vaincu les sorciers"*.





*Le lait maternel est une source riche en vitamine A pour les premiers mois de la vie. L'alimentation associée à l'allaitement maternel après l'âge de 6 mois doit être riche en vitamine A.*

*Dans les endroits où les aliments riches en vitamine A sont rares et dans le pays où l'insuffisance en cette vitamine a été justifiée, l'OMS recommande le supplément en vitamine A pour les mamans et les enfants en période post-natale. Vérifier la politique du Ministère de la Santé en la matière.*

## INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES SUR LES MICRO NUTRIMENTS

### Vitamine A

Il existe une relation entre la carence en Vitamine A et l'augmentation de la fréquence d'infections ainsi que la malnutrition protéino-énergétique. Le Vitamine A aide à protéger l'organisme contre l'héméralogie, la rougeole, les infections respiratoires et la diarrhée.

- ♥ Le lait maternel est une source riche en vitamine A pour les premiers mois de la vie. L'alimentation associée à l'allaitement maternel après l'âge de 6 mois doit être riche en vitamine A.
- ♥ La Vitamine A d'origine animale retinol est préformée (prête à être utilisée comme Vitamine A par l'organisme). On la trouve dans la viande et la chair de poissons gras, dans le jaune d'œuf et dans la graisse laitière. Le foie en est particulièrement riche.
- ♥ La Vitamine A d'origine végétale est une provitamine ou carotène (une forme de vitamine que l'organisme peut convertir en vitamine A). Les sources les plus importantes de carotènes sont les légumes jaunes clairs ou oranges telles que les carottes, les citrouilles, les patates douces rouges; les fruits comme la papaye ou les mangues; l'huile de palme rouge et les feuilles de légumes d'un vert foncé. La vitamine A est suffisamment stable pendant la cuisson normale et ne se dissout pas dans l'eau. Toutefois, si la couleur disparaît sous l'effet d'une cuisson prolongée, la vitamine en question disparaît également. Les feuilles commencent à perdre leur valeur en carotène dès qu'elles sont coupées en morceaux ou déchirées.
- ♥ Dans les endroits où les aliments riches en Vitamine A sont rares et dans le pays où l'insuffisance en cette vitamine a été justifiée, l'OMS recommande le supplément en vitamine A pour les mamans et les enfants en période post-natale. Au moment de la publication de ce document, on recommandait une dose de 200.000 IU à la maman durant les premières huit semaines après l'accouchement; une dose de 100.000 IU pour les enfants entre 6 et 11 mois et 200.000 UI pour les enfants entre 12 et 59 mois tous les 4 à 6 mois. (10). Il faut vérifier la politique du Ministère de la Santé en la matière.

### Vitamine C

La Vitamine C joue un rôle dans la prévention de maladies et de l'anémie. La meilleure source de la Vitamine C pour les enfants en très bas âge est le lait maternel. Elle est aussi présente dans les fruits frais, dans les légumes et dans quelques tubercules frais. Les agrumes (citrons, oranges et les tomates) en sont aussi une bonne source. La Vitamine C est très soluble dans l'eau et est rapidement détruite par la chaleur.

### Fer

Si la prévalence d'anémie est très élevée (40% ou plus), donner le supplément en fer chaque jour (12.5mg/jour) aux enfants âgés de 6 mois à 1 année. Continuer avec le

## INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES SUR LES MICRO NUTRIMENTS

supplément et si nécessaire jusqu'à 24 mois. Pour les enfants ayant un petit poids de naissance, commencer le supplément en fer à partir de l'âge de 3 mois (11).

Le thé empêche l'absorption du fer. Dans les cultures où les habitudes de prendre du thé pendant le repas sont courantes, il faut conseiller aux familles de substituer une tisane locale, l'eau claire bouillie ou le jus, au thé pendant le repas. Le thé pris entre les repas n'affecte pas l'absorption du fer.

La viande rouge et le jaune d'œuf sont d'excellentes sources de fer facilement absorbable tandis que l'organisme absorbe plus difficilement le fer d'origine végétale. Quelques sources végétales du fer sont: les légumes à feuilles vertes, les fruits secs comme les raisins, les légumes et la mélasse. La Vitamine C permet à l'organisme de mieux absorber le fer des aliments.

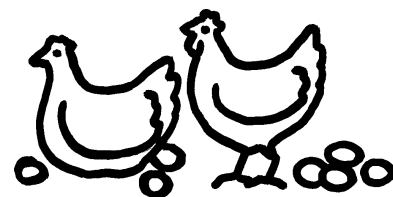
### Zinc

Le zinc joue un rôle positif dans la réduction des maladies diarrhéiques et permet aux enfants de grandir et de bien se développer. Les minéraux permettent également de lutter contre la pneumonie chez les enfants, de guérir les plaies plus rapidement et de contribuer au renforcement du système immunitaire de l'enfant. Il faut donner un complément de fer aux enfants à croissance retardée. Le zinc se retrouve dans toutes les céréales et dans les aliments d'origine animale tels que la viande, le lait et les œufs.



#### **N.B.:**

Il faut donner tous les compléments de micronutriments ou les vermifuges à l'enfant avant et indépendamment des séances Foyers, que ce soit au Centre de Santé ou aux séances mensuelles de contrôle de la croissance. Si non, les mères peuvent être amenées à croire que les enfants ne se sont remis que grâce aux micronutriments plutôt qu'aux pratiques et aliments Foyer.



*Le thé empêche l'absorption du fer. Dans les cultures où les habitudes de prendre du thé pendant le repas sont courantes, il faut conseiller aux familles de substituer une tisane locale, l'eau claire bouillie ou le jus au thé pendant le repas.*

Les messages du jour un à six sont répétés au cours du jours sept à douze pour renforcer les leçons de Foyer pour leur application à la maison.



Une bonne prise en charge de l'enfant passe par de fréquentes et positives interactions avec l'enfant, des marques d'affection et une surveillance constante au cours du jeu.

**TABLEAU 5.9** EXEMPLE DE PROGRAMME: UNE SÉANCE FOYER DE DOUZE JOURS

JOUR	THEME PRINCIPAL	CONTENU	ACTIVITES
Jour 1	Allaitement au sein	Lait maternel comme meilleur aliment pour l'enfant Bienfaits du colostrum Initiation immédiate de l'allaitement après l'accouchement Allaitement exclusif pour au moins trois mois Durée de l'allaitement (jusqu'à 24 mois)	Discussions  Utilisation d'un support visuel interactif (poster) pour livrer le message
Jour 2	"Bonne nourriture" et variété de nourriture	Inventaire des aliments pour enfants disponibles dans le village Aliments DP Contribution journalière de nourriture, menu Foyer Importance de la graisse dans le régime du jeune enfant Donner trois repas par jour à l'enfant et des casse-croûtes entre les repas	Discussions  Utilisation des ingrédients du menu Foyer, jeux, poster
Jour 3	Alimentation complémentaire	Quand introduire l'alimentation complémentaire Pourquoi introduire une nouvelle nourriture en plus du lait maternel Ingrédients pour une nourriture complémentaire Consistance et quantité, méthode de nutrition	Discussions Recettes pour une nutrition complémentaire Message, jeux, poster
Jour 4	Bons soins infantiles	Hygiène personnelle Hygiène liée à l'alimentation Supervision pendant l'alimentation Comment nourrir l'enfant qui a peu d'appétit	Discussions Pratique pendant la séance Foyer Message
Jour 5	Bons soins de santé	Hygiène environnementale et corporelle Promotion de la vaccination et de la pesée régulière Diarrhée: traitement de la diarrhée à domicile (symptômes, régime, usage de SRO démonstration) Identification des signes de danger et demande d'aide Prévention de la diarrhée	Démonstration de comment utiliser les paquets de SRO ou de son équivalent fabriqué à la maison  Message
Jour 6	Maintien ses enfants en bonne santé à la maison	Utiliser les aliments DP à la maison Pratiquer une bonne hygiène autour de la nourriture et lorsqu'on mange Maintenir une bonne hygiène personnelle et environnementale	Discussion  Le tableaux de famille modèle
Congé		Pratiquer à la maison	
Jour 7	Allaitement	Comment augmenter la production du lait maternel Allaitement Durant la maladie de la mère ou de l'enfant Le régime de la mère pendant l'allaitement Allaitement et espacement des naissances	Discussions Supports visuels interactifs, poster Message
Jour 8	"Bonne nourriture" et variété de nourriture	Revoir les points du Jour 2 Rôle des différents aliments pour une bonne croissance Revoir les menus Foyer	Discussion Usage des ingrédients du menu Foyer Message, jeux, poster
Jour 9	Alimentation complémentaire	Revoir les points du Jour 3 Alimentation complémentaire Allaitement	Poster Recettes pour alimentation complémentaire Message
Jour 10	Bons soins infantiles	Interaction positive et fréquente avec l'enfant Manifester de l'affection Supervision pendant le jeux à tout moment	Jeux de mains Chansons
Jour 11	Bons soins de santé	Revoir les points du Jour 5 Traitement de l'enfant malade à la maison Infection Respiratoire Aiguë (IRA): identification des signes de danger de l'IRA Régime pendant et après la maladie Recours aux soins Prévention	Discussion Démonstration des façons de respiration Revoir le message Discussion Poster de famille modèle
Jour 12	Maintien ses enfants en bonne santé à la maison	Usage des aliments DP à la maison Pratiquer une bonne hygiène autour de la nourriture et lorsqu'on mange	Discussion Famille modèle Affiches

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU FOYER

Nom du VFF: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Age (mois): \_\_\_\_\_ Genre: Feminin  Masculin   
 Poids de l'Enfant (kg): \_\_\_\_\_  
 Nom de la Mère: \_\_\_\_\_

**Poser les questions suivantes à la mère de l'enfant au début de la séance Foyer de 12 jours**

<b>Section I: Critères majeurs</b> <i>(UN OU PLUSIEURS REPONSES 'b' EST SONT CONSIDERES COMME A RISQUE)</i>			
No.	Questions et Filtres	Catégories de codage	
1	Quel est le rang de naissance de cet enfant?	[ ] a. 1 <sup>er/ère</sup> -4 <sup>ème</sup> enfant [ ] b. 5 <sup>ème</sup> et plus	b: [ ]
2	Cet enfant est-il un(e) jumeau/jumelle?	[ ] a. Non [ ] b. Oui	b: [ ]
3	Quel âge aviez-vous à la naissance de cet enfant?	[ ] a. 30 ans et moins [ ] b. 31 ans et plus	b: [ ]
4	Jusqu'ici combien de grossesses avez-vous eu? _____ Combien d'accouchements? _____ Combien de naissances vivants? _____ Avez-vous eu un de vos enfants qui soit décédé?	[ ] a. Non [ ] b. Oui	b: [ ]
5	Jusqu'ici, a combien de séances Foyer précédentes cet enfant a-t-il participé? <i>(Ne pas inclure la session en cours)</i>	[ ] a. 0-1 séance [ ] b. 2 or plus	b: [ ]
<b>Section II: Critères mineurs</b> <i>(Deux ou Plus de Deux Reponses "b" est consideree comme A RISQUE)</i>			
No.	Questions et Filtres	Catégories de Codage	
6	Votre maison a -t- elle des latrines?	[ ] a. Oui [ ] b. Non	b: [ ]
7	Les deux dernières semaines, votre enfant a -t-il eu la diarrhée?	[ ] a. Non [ ] b. Oui	b: [ ]
8	L'enfant était-il "anormalement petit" <i>(sous poids)</i> à sa naissance par rapport aux autres nouveaux-né?	[ ] a. Non [ ] b. Oui	b: [ ]
9	<i>(Poser cette question seulement à la mère d'un enfant âgé de 6-12 mois)</i> Combien de temps consacrez-vous à nourrir et jouer avec votre enfant?	[ ] a. Plus qu'une heure [ ] b. Moins d'une heure	b: [ ]
10	Avez-vous nourri cet enfant exclusivement avec du lait maternel au moins pendant quatre mois ?	[ ] a. Oui [ ] b. Non	b: [ ]

**Total nombre des réponses 'b' en Section I (Critères majeurs):** \_\_\_\_\_  
**Total nombre des réponses 'b' en Section II (Critères mineurs):** \_\_\_\_\_

**A RISQUE: OUI**  **NON**

Ce formulaire est destiné à identifier des enfants particulièrement à risque qui auraient besoin de plus d'attention durant ou après les séances Foyer et durant les visites familiales. Ces enfants ont peu de chance de se remettre malgré l'intensité de l'intervention en cours et requièrent ainsi beaucoup plus d'effort de la part des Volontaires Foyer en vue d'augmenter les chances de réhabilitation.

Les volontaires devront remplir un formulaire pour chaque enfant dès le premier jour de la séance Foyer et après avoir mesuré le poids de l'enfant. A la fin du premier jour Foyer le volontaire devra analyser les données et identifier les enfants à haut risque dans son groupe.

Cocher le code qui cadre bien avec la réponse de la maman. Si la réponse à n'importe quelle questions est "b", cochez dans la dernière colonne.

***Si la réponse à n'importe quelle question de la section I (critères majeurs) est «b» ou si il y a deux réponses «b» dans la section II (critères mineurs), l'enfant faire l'objet d'une attention particulière en tenant compte des points de la page suivante.***

*Fiche de Save the Children /U.S:  
Antenne d'Egypte.*

## PROTOCOLE POUR UNE IDENTIFICATION PRÉLIMINAIRE DES ENFANTS MALNUTRITS “A RISQUE”

Si les reponses du **Formulaire d’Inscription au Foyer**(voir page précédente) indiquent qu’un enfant est à risque il devrait faire l’objet d’une attention particulière comme préconisé dans le présent “protocole”.



Consacrer beaucoup plus de temps aux visites des familles et essayer de découvrir les causes sous-jacentes les problèmes, leurs contraintes et leurs points de résistance.

1. S’assurer que la maman et son enfant sont présents pendant les 12 jours de la séance Foyer (vérifier chaque jour)
2. Rendre des visites supplémentaires à ces ménages
3. S’assurer que la maman a compris tout les messages de la séance et les pratiques recommandées et sait comment les utiliser convenablement.
4. Décrire les pratiques et leur importance à d’autres personnes influentes dans la famille (ex. la belle-mère et / ou le mari) pour gagner leur soutien.
5. S’assurer que tous les enfants âgés de 6 mois ou plus prennent une nourriture complémentaire en plus du lait maternel. S’assurer aussi que l’enfant est en train d’être activement nourri par sa maman/papa/autres responsables (spécialement les enfants qui n’ont pas d’appétit), qu’il y a différentes sortes d’aliments (surtout les aliments DP) dans le régime quotidien de l’enfant et que la fréquence de la prise d’aliments est appropriée (au moins 3-4 repas par jour) avec la quantité requise à chaque prise. Encourager les parents à chercher toujours des casse-croûtes riches en substances nutritives pour l’enfant à la maison.
6. Durant les visites familiales, faire beaucoup plus attention aux mamans qui utilisent l’alimentation complémentaire pour la première fois. Vérifier la présence des ingrédients dans le régime, sa consistance et sa quantité ainsi que la méthode d’alimentation.
7. Consacrer beaucoup plus de temps aux visites des familles et essayer de découvrir les causes sous-jacentes des problèmes, leurs contraintes et leurs points de résistance en s’entretenant avec la maman, la belle-mère, le mari et d’autres membres de la famille (ex. S’informer sur les contraintes du temps des mamans, le manque de moyens d’action pour qu’elles effectuent les pratiques Foyer à la maison, les objections de la belle-mère/ du mari aux nouvelles pratiques, les contraintes économiques, le manque de latrines sanitaires et de source d’eau potable, etc.)
8. S’assurer que la mère dispose suffisamment de temps pour appliquer les pratiques Foyer recommandées, nourrir et jouer avec son enfant. Si ce n’est pas le cas, il faut voir dans quelle mesure on pourrait réduire les travaux de la mère avec l’aide de la belle-mère, du mari et d’autres membres de la famille. Ce problème peut également être résolu grâce à une meilleure gestion du temps tout en privilégiant les besoins des enfants dans les travaux quotidiens, etc.
9. S’assurer que le(s) responsable(s) indirect(s) des enfants bénéficient de la part des mères des conseils appropriés pour les soins de l’enfant en cas d’absence de ces mères à la maison.
10. Mener une enquête sur l’application des pratiques hygiéniques dans les ménages (c-à-d l’hygiène du corps, l’utilisation de l’eau potable, l’hygiène lors de la nutrition des enfants, la manipulation et la préparation des aliments, etc.)
11. S’assurer que la mère/la belle-mère/le mari sont capables d’identifier les signes de gravité chez l’enfant malade et leur faire comprendre l’importance de recourir à l’assistance immédiate et appropriée. Il faut souligner l’importance de continuer à nourrir l’enfant malade et à augmenter sa ration après sa maladie pour l’aider à rattraper sa croissance.
12. Vérifier la disponibilité des sachets de SRO à la maison et leur utilisation adéquate par la mère.
13. Pour toute visite familiale, au cas où l’enfant souffre de la diarrhée, il faut s’assurer que la mère administre le SRO à l’enfant (surtout en votre présence).

# CHAPITRE SIX

## Étapes 6, 7 et 8:

# Diriger, Appuyer et Reprendre les Séances Foyer



### ETAPE 6

#### Diriger les Séances Foyer

- A. Rassembler le matériel et organiser les séances journalières Foyer
- B. Accueillir, enregistrer les responsables et leurs enfants et collecter les aliments DP
- C. Diriger la séance Foyer
- D. Superviser les activités Foyer

**A**près avoir terminé tous les préparatifs, il est temps de commencer les séances Foyer. Ce chapitre couvre les Etapes 6-8:

### Etape 6: Diriger les Séances Foyer

Voici une fable européenne connue qui illustre les dynamiques rencontrés dans les séances Foyer:



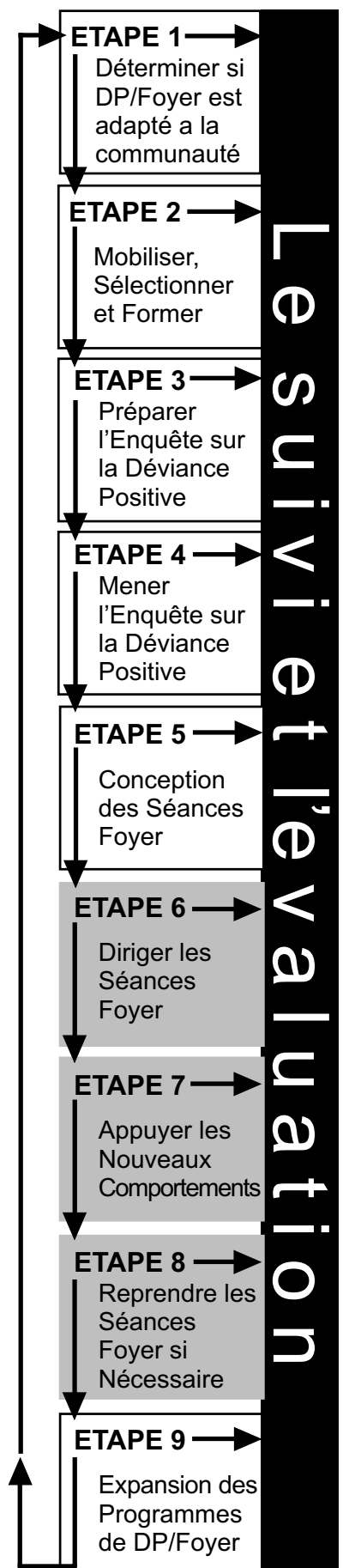
#### Soupe de Pierres

Après des années de guerre deux soldats en quête de nourriture arrivèrent dans un village. Ils entrèrent dans la première maison et demandèrent à manger. Fatiguée d'approvisionner sans cesse des soldats pendant la guerre et n'ayant pas assez de nourriture pour elle-même, la première famille dit aux soldats qu'elle n'avait pas de nourriture à leur donner. Ils reçurent la même réponse en allant dans la deuxième maison.

Les malins soldats décidèrent alors de préparer une "soupe de pierres". Ils empruntèrent une marmite, y mirent une grosse pierre ronde, ajoutèrent de l'eau et commencèrent à faire bouillir la "soupe".

Curieux, les habitants du village allèrent voir ce que les soldats préparaient. Ces derniers dirent "Celle soupe est bonne mais quelques carottes rendraient sa saveur meilleure." Une femme s'exclama: "Je crois que j'ai quelques carottes dans mon placard à provisions, je cours les chercher". Ils coupèrent les carottes et les ajoutèrent dans la marmite. Ensuite les soldats dirent "Celle soupe de pierres serait si délicieuse si nous avions quelques patates". Un instant après, un voisin amena les patates, après quoi ils suggèrent d'ajouter des oignons, tomates et courges qui rendraient la soupe encore plus excellente. Bientôt la marmite fut pleine à ras bord d'une soupe nutritive. Ce fut la fête pour toute la communauté et les habitants du village félicitèrent les soldats pour leur délicieuse recette.

OÙ ETES-VOUS?





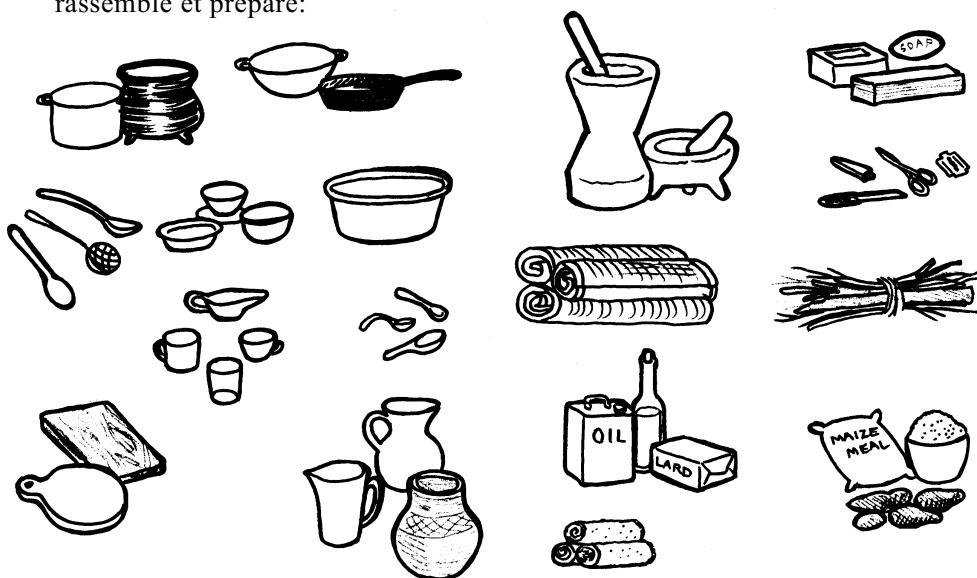
La morale qu'on peut tirer de cette histoire "Soupe de Pierres" est que beaucoup de petites contributions ont donné comme résultat un repas nutritif pour tout le monde. De même, il est possible de combiner les aliments locaux fournis par le programme Foyer et les membres de la communauté pour nourrir et réhabiliter les enfants souffrant de la malnutrition.

### Liste du matériel

- ♥ Balances (peuvent être également utilisées dans le programme de contrôle de la croissance)
- ♥ Registre de contrôle des présences et du poids
- ♥ Menus et recettes journalier
- ♥ Matériel d'éducation sanitaire
- ♥ Savon, bassine, essuie-mains (pour la démonstration et la pratique du lavage des mains)
- ♥ Cruches d'eau
- ♥ Nattes (pour y mettre les enfants)
- ♥ Marmite casseroles et ustensiles de cuisine
- ♥ Planches à découper, mortier et pilon
- ♥ Gaz / bois (pour la cuisson)
- ♥ Gobelets, bols, assiettes et cuillères (ou les responsables des enfants peuvent les apporter de chez (eux)elles)
- ♥ Aliments de base (ex = riz, fufu, ignames)
- ♥ Huile
- ♥ Autres ingrédients

## A. Rassembler le Matériels et Organiser la Séance Foyer Quotidienne

Quelques heures avant le début de la séance, le matériel ci-après devrait être rassemblé et préparé:



Les contributions de la communauté et des responsables des enfants constituées de la plupart de ces articles augmentent les stocks de la communauté et visent la viabilité du programme Foyer. En plus d'une paignée de nourriture DP, les mères devraient apporter à tour de rôle des aliments de base, de l'huile et d'autres ingrédients. Elles peuvent également apporter des bols, gobelets, cuillères et essuie-mains chaque jour et alterner pour apporter quelques marmite et ustensiles de cuisines. Le Tableau 6.1 présente une liste de matériel de base et des colonnes pour identifier leur source.

Une fois le matériels collecté, mettre en place un point de lavage de mains avec du savon et de l'eau propre et un espace avec des surfaces propres pour le nettoyage et le découpage des aliments. On tâchera aussi de placer une natte sur laquelle les enfants pourront s'asseoir et jouer dans un endroit propre et éloigné qui n'est pas tout près de la cuisine. Et enfin dispenser les ustensiles, assiettes et gobelets et les couvrir pour éviter tout contact avec les mouches et la poussière.

## B. Accueillir et Enregistrer les Responsables et leurs Enfants

Les volontaires et le personnel du programme doivent saluer chaleureusement et poliment tous les participants. Le volontaire doit collecter les aliments DP et indiquer aux participants au s'asseoir. Il procédera ensuite à l'enregistrement des présences des responsables des enfants ainsi que des aliments DP et/ou tout autre contribution apportée à la séance.

**TABLEAU 6.1****LISTE DU MATÉRIEL DE BASE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CUISINE FOYER**

Articles	Communauté	Agence chargée de l'exécution	Responsables des enfants
Marmites			
Casserole			
Ustensiles de cuisine			
Bols			
Bassines			
Cuillères			
Gobelets			
Cruches d'eau			
Planches à découper			
Mortier et pilon			
Savon			
Coupe-ongles			
Nattes			
Gaz/bois de chauffage			
Aliments DP			
Aliments de base (riz, fufu, ignames)			
Huile			
Autres Ingrédients			
Essuie-mains			

Pendant les séances Foyer, chaque responsable doit apporter quelques-uns des aliments nutritifs qui ont été identifiés comme déviants positifs au sein de la communauté. Cela tient à plusieurs raisons:

- ♥ Les responsables des enfants apprennent à rassembler ou acheter les aliments DP à base des quels ils préparent des repas nutritifs.
- ♥ Les responsables des enfants prennent l'habitude de collecter et préparer des repas nutritifs.
- ♥ Cela montre que les habitudes alimentaires seront pérennisées après la fin de des saisons.
- ♥ Les familles acquièrent une habitude quotidienne de nourrir leurs enfants avec des aliments nutritifs facilement disponibles.

### **C. Diriger les Séances Foyer**

Une séance Foyer de deux heures comporte une heure pour la préparation de la nourriture une demi-heure pour la servir et une demi heure de nettoyage et discussions des sujets relatifs à la santé. Chaque jour les participants remplissent les tâches Foyer à tour de rôle pour que tout le monde maîtrise toutes les pratiques.

Pendant que certains participants préparent le repas, les autres gardent les enfants. Ils lavent les mains, distribuent des casse-croûtes et proposent quelques jeux et chansons dans le but de stimuler les enfants. Les enfants plus âgés peuvent aider au lavage des mains, aux travaux d'hygiène, à la distribution des casse-croûtes et aux jeux et discussions.

Les étapes ci-après sont à suivre lors de chaque séance journalière Foyer:

*Pendant les séances Foyer, chaque responsable doit apporter quelques-uns des aliments nutritifs qui ont été identifiés comme déviants positifs au sein de la communauté.*





**Manger en groupe pendant les séances Foyer est important pour plusieurs raisons:**

- ♥ Manger ensemble stimule l'appétit étant donné que les enfants qui sont assis ensemble ont tendance à manger ensemble.
- ♥ Un groupe de soutien se forme au cours de la préparation d'un repas collectif.
- ♥ Les responsables des enfants peuvent partager et pratiquer différentes techniques de stimulation de la petite enfance.
- ♥ Les volontaires peuvent vérifier que la nourriture est donnée aux enfants atteints de malnutrition plutôt qu'aux autres membres de la famille.
- ♥ Les volontaires peuvent dispenser des cours d'éducation nutritionnelle à une audience attentive des responsables des enfants.
- ♥ Les volontaires peuvent démontrer les aspects émotionnels de l'alimentation entre mère et enfant et entre frères et sœurs.
- ♥ Les volontaires peuvent donner aux responsables des enfants un soutien affectif.

**Les étapes ci-après sont à suivre lors de chaque séance journalière Foyer:**

1. Accueillir tous les participants. Réviser les objectifs Foyer, le programme du jour et répondre aux questions des participants (on peut engager des discussions sur les aliments DP et autres contributions qui ont été apportées ce jour, ainsi que des causes de la croissance lente chez les enfants).
2. Montrer aux participants où laver leurs mains et celles de leurs enfants, démontrer la technique appropriée pour se laver les mains en utilisant du savon et en se frottant les mains au moins trois fois. (En même temps, vérifier l'état de santé des enfants, si l'un d'eux est malade se référer au centre de santé).
3. Distribuer un casse-croûte aux enfants (expliquer comment les casse-croûtes augmentent la quantité de calories, stimulent l'appétit et permettent aux responsables des soins de préparer le repas principal).
4. Engager une discussion en matière d'éducation sanitaire sur un sujet sanitaire du jour.
5. Diviser les participants en équipes pour s'occuper des différentes tâches liées à la préparation du repas, la garde des enfants et le nettoyage.
6. Préparer et cuire le repas pendant que les autres participants jouent avec les enfants.
7. Répéter le lavage des mains des responsables et de leurs enfants.
8. Distribuer le repas et superviser les responsables des enfants pendant qu'ils servent leurs enfants (profiter de cette occasion pour démontrer les techniques alimentation actives des enfants).
9. Faire le nettoyage.
10. Réviser les leçons du jour.
11. Planifier avec les mères ou autres responsables des enfants le menu du jour suivant et la contribution en aliments.

**Jours spéciaux**

Certains Jours ont des activités spéciales qu'il faut inclure dans l'ordre du jour.

***Jour 1 et 12: Pesée des enfants***

Tout enfant doit être pesé le premier et le dernier jour de la séance Foyer.

Matériel nécessaire :

- ♥ Balance
- ♥ Registre Foyer
- ♥ Fiches de Contrôle de la Croissance (apportées par les responsables des enfants)

Les volontaires pèsent chaque enfant, enregistrent le poids dans le registre et sur la fiche de contrôle de la croissance de l'enfant. Les responsables des enfants devraient être informés du poids de l'enfant, de sa croissance et de son état de malnutrition.

### ***Jour 7: Jour de Pratique à la Maison***

Après six jours de travail en groupe, au septième jour les participants restent à la maison et pratiquent les nouveaux comportements. Les discussions du Jour 8 doivent tourner autour des difficultés que les responsables des enfants ont rencontré à la maison. Au cas où un des responsables des enfants n'a pas pu faire la pratique à la maison il faut en connaître la raison et l'aider à élaborer une stratégie. Pour identifier tout obstacle rencontré dans les ménages, il faut faire recours aux techniques de sondage. Par le biais des discussions, les responsables des enfants partagent leurs problèmes et proposent des solutions les uns aux autres.

### ***Jour 11: Avant Dernier Jour de la Séance Foyer***

A la onzième séance Foyer les volontaires demandent aux familles d'apporter lors de la dernière séance tous les ingrédients nécessaires pour préparer un repas nutritif pour leurs enfants restés à la maison. Ils leur rappellent également d'apporter les fiches de contrôle de la croissance lors de la dernière séance.

### ***Jour 12: Dernier Jour de la Séance Foyer***

Le dernier jour de la séance, les responsables des enfants préparent un repas tel qu'ils le feraient à la maison. En plus des activités quotidiennes, lors de la douzième séance les enfants seront pesés. Les volontaires enregistrent l'état de l'enfant (si il/elle est réhabilité(e) ou doit reprendre le foyer le mois suivant) dans le registre Foyer et discutent des résultats avec chaque responsable en privé.

**Pour ce qui est des enfants qui sont dans le vert et satisfont les critères de réhabilitation:** Les volontaires félicitent leurs responsables et leur donnent des conseils relatifs à la façon de garder les enfants en bonne santé.

**Concernant les responsables dont les enfants ont pris du poids mais n'ont pas satisfait les critères de réhabilitation:** Les volontaires leur conseillent de continuer à pratiquer ce qu'ils ont appris au Foyer et de revenir à la séance Foyer suivante. Par conséquent les volontaires rendent visites à ces familles pour les informer de la date de la séance suivante et contrôler le progrès de l'enfant.

**Pour le cas des enfants dont le poids n'a pas augmenté,** les volontaires en discutent avec leurs responsables et leur conseillent de pratiquer les menus, l'hygiène et les soins Foyer à la maison. Au cas où l'enfant n'a pas été malade, ils rappellent la mère que le repas Foyer est un repas supplémentaire et non une alternative. Le responsable de l'enfant devra l'amener à la séance Foyer suivante. Entre temps, le superviseur et le volontaire rendront visite à la famille dans le but de l'encourager à appliquer les nouvelles pratiques.

**Si le responsable de l'enfant est son grand frère ou sa grande sœur:** Le volontaire l'informe qu'il y aura une visite familiale pour personnellement informer les parents des résultats de la séance Foyer.

**A la fin de la dernière séance Foyer, les volontaires résumet et enregistrent les informations ci-après:**

- ♥ Le nombre total d'enfants qui ont bénéficié des séances Foyer.
- ♥ Le nombre d'enfants dont le poids a augmenté.
- ♥ Le nombre d'enfants dont le poids n'a pas augmenté.
- ♥ Le nombre d'enfants ayant perdu du poids.
- ♥ Le nombre et le pourcentage d'enfants réhabilités.
- ♥ Le nombre et le pourcentage d'enfants en fonction du type de malnutrition.
- ♥ Le nombre d'enfants qui doivent reprendre les séances Foyer.



*Le superviseur aider le responsable de l'enfant à surmonter les obstacles rencontrés dans la vie familiale de tous les jours, il renforce également les messages clés, soutient et encourage la continuation des nouvelles pratiques jusqu'à ce qu'elles deviennent une routine.*

## **D. Superviser les Activités du Foyer**

Le Directeur du projet contrôle les superviseurs/formateurs qui à leur tour contrôlent les volontaires Foyer. Une supervision adéquate à ces deux niveaux garantit la qualité des séances Foyer et fournit le feedback et les directives nécessaires pour résoudre tout problème éventuel.

Au début du projet, le Directeur du projet et les Superviseurs/Formateurs doivent participer à la supervision des sites Foyer. Etant donné que ce savoir s'acquiert par expérience, le personnel du projet et les superviseurs/formateurs font ensemble autant de visites de supervision que possible. Au fur et à mesure que les superviseurs/formateurs deviennent expérimentés, le personnel du projet peut leur abandonner les tâches de supervision du site.

Les superviseurs/formateurs devraient être disponible lors des séances Foyer initiales pour aider les volontaires dans la résolution de tout problème éventuel. Ceci est particulièrement utile lors des premiers jours de chaque séance Foyer où ils vérifient que tous les aliments appropriés sont utilisés, que les enfants sont pesés correctement et que les volontaires encouragent les responsables des enfants et les mères à participer. La présence des Superviseurs/Formateurs pendant ces premiers jours entraînera l'échelonnement des lancements des séances Foyer.

Le Checklist des Observations et le Guide d'Interview du Responsable de l'Enfant aident le superviseur dans l'évaluation de la qualité des interventions. Le Checklist du Superviseur et le Guide du Diagnostic et la résolution des problèmes constituent des outils pour résumer l'information recueillie, l'analyser avec les volontaires Foyer et aider ces derniers à trouver des solutions. L'analyse et l'interprétation des données sont effectuées ensemble avec les volontaires Foyer et fournissent une preuve quantitative des forces et faiblesses du programme. Des exemples des formulaires de supervision se trouvent à la fin de ce chapitre, et peuvent être adaptés aux besoins du programme.

De plus, le personnel et/ou les superviseurs/formateurs et volontaires devraient rendre des visites périodiques aux familles participantes durant les séances Foyer et pendant une période de 2 semaines à un mois suivant la fin de ces séances. Grâce aux visites à domicile le superviseur recueille des informations précieuses relatives à la faisabilité des nouvelles pratiques dans le Foyer.

Le Superviseur aider le responsable de l'enfant à surmonter les obstacles rencontrés dans la vie familiale de tous les jours, il renforce également les messages clés, soutient et encourage la continuation des nouvelles pratiques jusqu'à ce qu'elles deviennent de la réhabilité. Ces visites sont particulièrement importantes pour tout enfant qui n'a pas été certifié à la fin des séances Foyer. Souvent le superviseur est bien placé pour traiter les problèmes que le volontaire Foyer ne peut pas traiter seul. Par le biais de ces visites le superviseur aide le volontaire et s'assure du succès de l'intervention pendant que le volontaire acquiert les compétences nécessaires pour être à la même de conduire seul les visites à domicile.

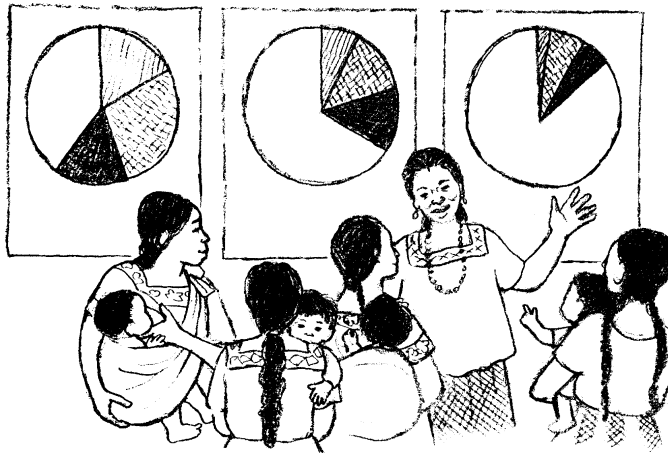
# ETAPE 7: Appuyer les Nouveaux Comportements



## ETAPE 7

### Appuyer les Nouveaux Comportements par les Visites à Domicile

**S**elon la théorie du changement de comportement, on a besoin d'au moins 21 jours de pratique un nouveau comportement pour qu'il devienne une habitude. Le foyer doit être compris comme un exercice de quatre semaines (28 jours): deux semaines de travail avec les homologues dans une ambiance de groupe, suivis de deux semaines de pratique à la maison avec supervision occasionnelle d'un volontaire Foyer. Dans certaines communautés les volontaires rendent des visites quotidiennes aux responsables des enfants et ceci pendant une période de deux semaines pour s'assurer qu'ils sont capables de continuer les nouveaux comportements. Dans d'autres communautés, les habitants contrôlent informellement le progrès des enfants dans leur voisinage avec des visites moins fréquentes des volontaires.



Les visites de suivi du volontaire Foyer jouent un rôle important qui est celui de s'assurer que la nourriture est réellement supplémentaire. Une mère ne devrait pas refuser à son enfant sa portion du repas familial sous prétexte qu'il recoit de la nourriture supplémentaire et des casse-croûtes. L'enfant a besoin de ces aliments supplémentaires pour rattraper son retard de croissance.

Les volontaires Foyer continuent d'enregistrer chaque mois ou tous les deux mois les poids et l'état nutritionnel de tous les enfants âgés de moins de 3 ans dont ils sont responsables. Ils collectent et échangent les données sur la croissance avec le Comité Sanitaire et les responsables de la communauté en utilisant les tableaux d'affichage au centre de santé. Ce système de contrôle donne aux communautés un outil puissant d'évaluation de l'amélioration de l'état nutritionnel de leurs enfants; c'est également une sorte de stimulation positive pour les responsables des enfants.

Une composante majeur de l'approche Foyer consiste en l'implication et au changement de toute la communauté. Il ne s'agit pas simplement de réhabiliter individuellement les enfants malnutris lors des séances Foyer. Il s'agit également de sensibiliser la communauté en matière de la malnutrition des enfants la rendre témoin de l'amélioration nutritionnelle grâce au travail fourni par leurs voisins. Lorsque les responsables de la communauté sont informés des résultats Foyer ils sont en mesure de comprendre son importance. Sans l'intervention de la communauté dans cet effort, la force de la méthodologie est fortement réduite et voire perdue.

*L'argument le plus convainquant pour changement de comportement est le changement visible qui s'opère chez l'enfant. Après deux semaines de séance Foyer, un enfant dont l'état s'améliore recouvre l'appétit et devient joyeux, les œdèmes fondent et il commence à prendre du poids. Les mères attribuent cette amélioration spectaculaire de l'appétit, du comportement général et du niveau d'activité de leurs enfants aux bienfaits de la nourriture supplémentaire.*



**Au Myanmar,** le personnel de l'ONG a affiché les résultats et photos Foyer

dans les gares locales, ce qui a suscité la curiosité les membres de la communauté qui ont par conséquent voulu en savoir davantage. Un tel marketing est un moyen efficace de disséminer les informations et de promouvoir la bonne nutrition.

# ETAPE 8:

## Reprendre les Séances Foyer

*Après avoir réalisé l'impact positif du programme de foyer, beaucoup de communautés tiennent à partager la technique avec leurs voisins ou les communautés avoisinantes.*



### ETAPE 8

### Reprendre les Séances Foyer Si Nécessaire

Les enfants qui n'ont pas été réhabilités sont invités à prendre part à une séance Foyer tenu le mois suivant jusqu'à ce que la majorité des enfants les au sein de la communauté présentent un gain de poids et une croissance adéquats. Le Chapitre 5 présente les critères de réhabilitation et les protocoles de reprise du Foyer.

Dans la plupart des communautés, les programmes Foyer sont repris chaque mois ou périodiquement sur une période d'un an pour réhabiliter tous les enfants malnutrits. La fin de Foyer est déterminée par les résultats émanant des séances de contrôle de la croissance au niveau de l'ensemble de la communauté. La communauté doit des lors s'assurer que les nouveaux comportements soient maintenus après le départ de l'organisation chargée de l'exécution du programme.

#### **“Dans le Vert !”**

Un Directeur de Programme visitait un jour le projet Foyer au Myanmar. Il vit un jeune garçon qui, à la séance Foyer jubilait en s'exclamant fièrement : “Je suis dans le vert maintenant! Je suis dans le vert maintenant!” Le garçon venait d'être réhabilité. Mais lorsqu'il vit la nourriture que recevaient les enfants participants au Foyer ce jour là, il changea de ton et essaya de se contredire et dit: “Je veux dire que je suis encore dans le jaune”. La nourriture était si appétissante et il voulait prétendre qu'il avait encore besoin de Foyer!

Après avoir réalisé l'impact positif du programme de foyer, beaucoup de communautés tiennent à partager la technique avec leurs voisins ou les communautés avoisinantes. Cet enthousiasme attire les responsables dont les enfants sont malnutrits et qui n'ont pas participé aux foyers précédents.

## QUESTIONS ET REPONSES

### **Que faire si les mères passent toute la journée aux champs ou dans une usine et ne sont pas disponibles pour aller au Foyer?**

Au début, l'assistance au programme a tendance à être sporadique avec un nombre limité de participantes qui viennent tous les 12 jours. Cependant, l'état nutritionnel des enfants de ces participantes qui sont régulières s'améliore. Ces enfants servent de bons exemples aux autres et les absences diminuent lorsque la communauté est témoin des résultats Foyer positifs. Le choix d'une période convenable pendant laquelle les mères ou autres responsables des enfants seraient disponibles, s'avère toujours difficile. Au cas où le responsable de l'enfant est une grand-mère ou un(e) grand(e) frère/sœur il peut accompagner l'enfant. Quiconque nourrit l'enfant devrait apprendre les nouvelles pratiques positives et "former" la mère à la maison par des exemples et des discussions.

### **Faudrait-il laisser les frères/sœurs de l'enfant aller au Foyer?**

Le foyer se focalise sur la réhabilitation d'enfants malnutris spécifiques. Les autres enfants ne seront autorisés à manger que lorsqu'il y aura de la nourriture restante ou en surplus. Au cas où un (e) grand (e) frère/sœur vient avec l'enfant il faut voir si il/elle ne peut pas participer d'une façon ou d'une autre, par exemple aider au lavage des mains. Plus il y a un nombre élevé de membres du ménage qui sont exposés aux messages Foyer plus le niveau d'adoption des nouveaux comportements dans la maison devient élevé. Au cas où les responsables des enfants amènent beaucoup d'autres enfants ayant dépassé l'âge Foyer mais ayant toujours besoin d'attention, on peut charger l'un des enfants les plus âgés de les emmener un peu plus loin où ils pourraient jouer, sans distraire.

### **Une mère peut-elle envoyer son enfant seul?**

Non, ceci n'est pas un programme d'alimentation. Un enfant ne peut pas être envoyé seul au Foyer pour y être nourri tout comme on ne peut pas envoyer quelqu'un chercher la nourriture d'un enfant qui ne se présente pas au foyer. Cela est contraire aux objectifs Foyer qui sont basés sur le changement de comportements.

### **Que faire des mères qui amènent leurs enfants mal nourries et ont elles-mêmes faim et sont mal nourries?**

Ce n'est pas facile de refuser de la nourriture aux mères qui la préparent et servent leurs enfants. Il est aussi avantageux de leur permettre de goûter à la nourriture. Il faut ajouter des ingrédients supplémentaires aux rations prévues pour que les mères puissent manger. Ceci peut être une occasion de promouvoir la nutrition maternelle mais le but du programme est naturellement l'alimentation des enfants. Il faut impliquer ces mères dans des projets générateurs de revenus ou les aider à bénéficier d'une aide alimentaire.

### **Que faire si un des responsables des enfants n'apporte pas sa contribution?**

Les responsables des enfants qui n'apportent pas leur contribution ne devraient pas être acceptés aux séances, ceci pour éviter de créer un précédent malsain. Naturellement les aliments DP sont peu chers et accessibles et leur utilisation n'entraîne pas des dépenses supplémentaires. En reprogrammant l'usage des ressources limitées et en changeant les habitudes de dépenses, les familles peuvent s'acheter plus d'aliments nutritifs. Au cas où une famille est trop pauvre (comme définie par la communauté) pour apporter les aliments, elle devrait apporter de l'eau ou du bois de chauffage.



*Le choix d'une période convenable pendant laquelle les mères ou les autres responsables des enfants seraient disponibles, s'avère toujours difficile. Au cas où le responsable de l'enfant est une grand-mère ou un(e) grand(e) frère/sœur il peut accompagner l'enfant. Quiconque nourrit l'enfant devrait apprendre les nouvelles pratiques qui sont positives et "former" la mère à la maison par des exemples et des discussions.*

## QUESTIONS ET REPONSES

### Comment stimuler l'appétit chez les enfants anorexiques?

En aucun cas il ne faut pas forcer l'enfant à manger. Il faut lui permettre de manger lentement et en petite quantité à la fois. La stimulation de la petite enfance et l'interaction avec la mère ou un autre responsable de l'enfant sont des moyens efficaces pour amener l'enfant à manger avec appétit. Essayer d'utiliser des chansons, des jeux le regard et les jeux interactifs.

### Comment peut-on demander à un enfant qui a mangé autant au Foyer du manger la nourriture familiale une fois à la maison?

Ceci peut paraître être une grande quantité de nourriture particulièrement dans le cas d'un enfant anorexique qui n'est pas intéressé par la nourriture. Cependant l'appétit est généralement stimulée comme une fonction pour commencer à manger et les enfants anorexiques auront encore faim. Une fois leur anorexie initiale dépassée, ils sont plus que contents de finir leur repas. Les mères devraient comprendre que la nourriture Foyer est supplémentaire et destinée à aider les enfants malnutrits à rattraper leur retard de croissance. Ce repas ne devrait pas remplacer les autres calories servies à la maison. Si l'enfant n'obtient pas des calories supplémentaires on ne peut pas s'attendre à une récupération de croissance. Il faut insister sur le fait que la nourriture doit être considérée comme un médicament pour l'enfant. Tout enfant qui a fini son repas devrait en recevoir encore jusqu'à ce qu'il soit rassasié. Il faut être conscient du fait qu'un enfant mal nourri peut déféquer immédiatement après le repas, ce qui est normal. Dans ce cas, il faut rassurer la mère et lui montrer les latrines.



*Tout enfant qui a fini son repas devrait en recevoir encore jusqu'à ce qu'il soit rassasié.*

### Que faire si un enfant atteint de malnutrition ne parvient pas à finir son repas pendant la séance Foyer?

On donnera à chaque enfant participant une quantité mesurée de nourriture avec les calories et protéines nécessaires, ainsi il est mieux de ne pas la diluer. Une fois qu'il est clair que l'enfant est rassasié son (sa) grand(e) frère/sœur ou sa mère peut terminer le repas.

Le reste de nourriture ne devrait pas être emporté à la maison. Ceci parce que l'on ne peut pas être sûr que cette nourriture sera donnée à l'enfant et les microbes se multiplient rapidement dans les aliments cuits. L'appétit de l'enfant peut s'améliorer au fur et à mesure que la séance Foyer avance. Il faut augmenter graduellement la quantité de nourriture. Souvent, un enfant mal nourri ne mangera pas beaucoup au début des séances Foyer car il faut quelques jours avant que leur organisme ne s'habitue aux aliments nutritifs contenant beaucoup de calories. Si les responsables des enfants stimulent l'appétit lors de chaque séance et tout le reste de la journée, les enfants le retrouveront assez vite.

## QUESTIONS ET REPONSES

### **Que deviennent les volontaires Foyer à la fin des séances?**

Souvent les volontaires Foyer deviennent des acteurs importants dans d'autres activités sanitaires. Comme résultat du succès de la réhabilitation des enfants malnutrits, les volontaires Foyer gagnent le respect de la communauté et sont considérés comme des références en qui on a confiance. A la fin des séances, les volontaires Foyer sont dotées de compétences qu'elles peuvent appliquer à d'autres activités sanitaires.

### **Que deviennent les mères?**

Les séances Foyer sont pour les femmes une occasion de se rencontrer dans un environnement sécurisé favorable et interactif. Les femmes qui se sentaient isolées et mal à l'aise ont été capables de tisser des relations et de partager leurs problèmes communs avec d'autres. Un résultat important de l'approche Foyer est un sentiment solide de solidarité et d'amitié établi chez les participants. Souvent, après les foyers les femmes créent des réseaux informels d'appui et quelque fois elles s'organisent en groupes formels d'appui à l'allaitement ou de génération des revenus.



*Un résultat important de l'approche Foyer est un sentiment solide de solidarité et d'amitié établi chez les participants.*



Le Superviseur devrait remplir le formulaire suivant pour chaque séance Foyer visité. Vérifier si les points énumérés sont présents ou pas et enregistrer tout commentaire qui pourrait être utile.

<b>CHECKLIST DE SUPERVISION POUR OBSERVER LES SEANCES FOYER</b>			
<b>INFORMATIONS GENERALES</b>			
Date:		Superviseur:	
Village:			
Journée Foyer No.:		Nombre d'enfants participants:	
Relations entre responsables des enfants et enfants (ex. mères, grands-mères, grand(e)s frères et sœurs):			
<b>POINTS A VERIFIER</b>	<b>PRESENT?</b>		<b>COMMENTAIRES</b>
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
<b>Site Foyer:</b> Propreté de l'environnement Présence du savon et de l'eau Cuisine spacieuse et propre Nattes pour s'asseoir pour participants			
<b>Repas Foyer:</b> Contribution en nourriture DP par chaque participant Ingrédients fournis (par l'extérieur) Consistance de la nourriture et la ration par enfant Casse-croûtes fournis			
<b>Pratiques des responsables des enfants:</b> Lavage des mains avant de manipuler les aliments Lavage des mains et la figure des enfants avant et après la nutrition Préparation des aliments Prise en charge adéquate des enfants avec peu d'appétit Bonne interaction responsable de l'enfant-enfant pendant les jeux et en général			
<b>Compétences du volontaire:</b> Supervision d'autres mères lors de la préparation et la cuisson des aliments Encourager les responsables des enfants qui ont des problèmes pour donner à manger à leurs enfants Bonnes techniques de communications Précision des enregistrements dans le livre Foyer			

## GUIDE DE L'INTERVIEW DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

### INFORMATIONS GENERALES

Date:	Superviseur:
Village:	
Jour Foyer No.:	Nombre d'enfants participants:
QUESTIONS	REPOSES
<p><b>Compréhension générale:</b></p> <p>1. Pourquoi êtes-vous ici avec votre enfant?</p> <p>2. Pensez-vous qu'il est possible pour une famille pauvre dans votre communauté d'avoir un enfant bien nourri? Comment ?</p>	
<p><b>Changements visibles chez l'enfant:</b></p> <p>1. L'enfant va-t-il mieux ? Comment le savez-vous?</p> <p>2. Quels changements (physiques, émotionnel, sociaux) vous et les autres membres de la famille avez-vous remarqué chez l'enfant à la maison ?</p> <p>3. Quel était le poids de l'enfant le premier jour? Et maintenant?</p>	
<p><b>Contribution en nourriture:</b></p> <p>1. Qu'avez-vous apporté aujourd'hui?</p> <p>2. Contribuez-vous en nourriture chaque jour? Pourquoi ? Pourquoi pas?</p> <p>3. Pourquoi utilisez-vous ces aliments spéciaux?</p>	
<p><b>Changement de comportements à la maison:</b></p> <p>1. Que faites-vous maintenant à la maison que vous ne faisiez pas avant?</p> <p>2. Quelles sont les choses que vous aviez l'habitude de faire et que vous ne faites plus?</p>	

*Le Superviseur devrait utiliser les questions suivantes pour mener une interview individuelle des responsables des enfants aux séances Foyer pour mieux comprendre leurs connaissances et pratiques. Enregistrer autant que possible les déclarations des participants eux-même.*

*Après avoir mené les interviews, faire le résumé des réponses dans le formulaire ci-dessous et élaborer un à deux profils succincts des bénéficiaires.*

A partir des résultats de l'observation de la séance Foyer et de l'interview des responsables des enfants, le Superviseur est à même d'identifier les problèmes survenus pendant les séances Foyer et guider le personnel et les volontaires dans la recherche de solutions.

FEEDBACK DU SUPERVISEUR ET GUIDE D'IDENTIFICATION ET RESOLUTION DES PROBLEMES			
INFORMATIONS GENERALES			
Date:		Superviseur:	
Village:			
DOMAINES A PROBLEME	FORCES	FAIBLESSES	SOLUTIONS
<b>Responsables des enfants:</b> Présence et participation Profil du responsable de l'enfant			
<b>Site Foyer:</b> Propreté Savon et eau Espace de cuisine Confort du participant			
<b>Repas Foyer:</b> Contributions des participants Achat de nourriture Taille de la ration et consistance Casse-croûtes			
<b>Pratiques du responsables de l'enfant:</b> Lavage des mains et de la figure Préparation d'aliments Prise en charge des enfants Interactions entre responsable de l'enfant-enfant			
<b>Compétences du volontaire:</b> Superviser les mères Encourager les responsables des enfants Techniques de communication Enregistrement			
<b>Connaissances, Attitudes et pratiques du responsable de l'enfant :</b> Compréhension du projet Nouveaux comportements adoptés			
<b>Discussion des sujets spécifiques</b> (éducation sanitaire)			
<b>Autres sujets</b>			

# CHAPITRE SEPT

## Etape 9 - Expansion des Programmes DP/Foyer



### ETAPE 9

#### Expansion des Programmes DP/foyer

- A. Elaborer un modèle réduit efficace.
- B. Elaborer un modèle élargi efficace.
- C. Etendre le programme DP/Foyer au niveau du district.
- D. Créer une «Université Vivante» ou un site de laboratoire pour apprentissage sur terrain.
- E. Aider les nouveaux lauréats à retourner dans leur communautés d'origine pour y reproduire leur expérience.

### Approche d'Expansion

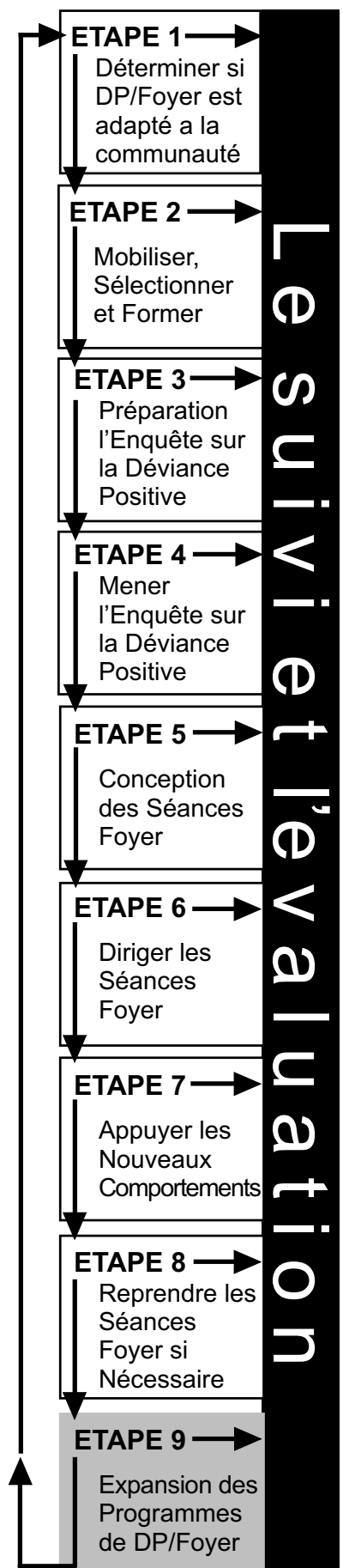
Selon leur conception, les groupes Foyer sont formés de petites unités au niveau du quartier. L'expansion consiste à reproduire une expérience Foyer réussie dans des quartiers, d'abord dans le même village, ensuite dans les villages avoisinants dans d'autres communautés de la région ou du district, et enfin, à l'échelle nationale. Il importe de commencer par un programme réduit et de mettre sur pied un Foyer fort et solide. Il est indispensable de contrôler et d'évaluer cette phase initiale du programme afin de démontrer que l'approche peut réussir dans la région en question. Le programme sert ensuite de modèle pour d'autres villages et d'autres organisations qui mettent en œuvre l'approche.

L'idée d'expansion doit être incorporée dès le début. Si l'organisation qui met en œuvre l'approche veut l'étendre au niveau du district, et peut-être à d'autres districts, un représentant du Ministère de la Santé et l'équipe de direction du service sanitaire du district doivent être associés au processus dès le début. Leur participation au contrôle et à l'évaluation du modèle initial les aidera par la suite à mieux comprendre l'impact potentiel de l'approche, ce qui permettra de s'assurer de leur engagement pour la réussite de sa replication.

Lors de l'extension, se rappeler de n'inclure que des communautés qui répondent aux critères géographiques d'efficacité pour l'approche DP/Foyer (voir chapitre premier).

Save the Children Vietnam (SC/Viêtname) a élaboré un processus en cinq étapes pour l'extension efficace de son programme DP/Foyer, qui, à la fin, a atteint plus de 2,2 millions de personnes en sept ans.

OÙ ETES-VOUS?





Save the Children  
Viêtnam a commencé par  
quatre communautés  
avec une population  
totale d'environ 20.000.

### **A. Elaborer un Modèle Réduit Efficace**

Il est recommandé que l'approche DP/Foyer soit d'abord expérimentée dans quelques villages à incidence élevée de malnutrition sévère. L'efficacité de ce projet pilote doit être contrôlée et évaluée pour s'assurer que le processus et ses instruments produisent des résultats escomptés. (voir chapitre 8).

### **B. Elaborer un Modèle Elargi Efficace**

Une fois que l'approche DP/Foyer est validée, le programme peut s'étendre à un plus grand nombre de communautés. SC/Viêtnam a élargi le programme de quatre à quatorze communautés, soit 20.000 à 80.000 personnes. A ce stade, l'approche a souvent besoin d'être restructurée pour se concentrer sur les objectifs essentiels du programme à savoir la réhabilitation des enfants malnutris, aider les familles à continuer la réhabilitation de leurs enfants à la maison et s'assurer que la communauté s'approprie des nouvelles pratiques de soins aux enfants, d'alimentation et de recours aux services sanitaires.

Malgré l'existence d'autres problèmes sanitaires et sociaux qui auraient dû être traités, SC/Viêtnam s'est focalisé sur les seules pratiques faisables et durables de l'approche DP/Foyer pour son extension. Cela lui a permis de mieux gérer les besoins en personnel et en supervision qui sont essentiels pour maintenir la qualité lors de l'extension. L'expérience acquise lors du projet pilote, combinée avec la restructuration, ont permis de reproduire le programme plus rapidement que lors de la mise en place initiale. Des éléments indispensables de l'approche comme l'Etude sur la Déviance Positive ont été maintenus pour s'assurer de l'appropriation par la communauté.

Après avoir validé l'approche restructurée, et s'être assuré qu'elle est efficace et peut être reproduite, le personnel du programme peut adapter le contenu, les instruments et le matériel de formation en conséquence.

### **C. Etendre le Programme DP/Foyer au Niveau du District**

Le personnel au niveau de district doit être associé aux étapes A et B pour collaborer à l'évaluation du programme et à l'élaboration de la stratégie de l'expansion et des instruments.

Une fois que l'approche est jugée faisable et efficace, l'organisation chargée de sa mise en œuvre peut travailler avec l'équipe de direction du district pour déterminer la pertinence de la reproduction du programme au niveau du district et pour choisir les sous-districts et les communautés dans lesquelles l'approche serait la plus utile. Cette étape prévoit la prise en charge du projet par le Ministère de la Santé et assure la collaboration nécessaire pour appuyer l'appropriation du programme au niveau local, étend les efforts de plaidoyer pour le financement par le Gouvernement et répond aux éventuelles implications politiques. Cette étape se concentre sur le transfert des rôles et des responsabilités du programme à l'équipe sanitaire du district. L'équipe du district peut assumer les responsabilités de la gestion du programme, de la résolution des problèmes, et elle peut servir de catalyseur de la reproduction du programme DP/Foyer.

## **D. Créer une “Université Vivante” ou “Un Laboratoire d’Apprentissage sur Terrain”**

Une fois le programme DP/Foyer essayé et reproduit avec succès, les connaissances et l’expérience acquises servent de base à un laboratoire vivant où d’autres personnes peuvent recevoir la formation et apprendre par l’expérience pratique. Le personnel élabore un programme de formation des formateurs à l’aide duquel ils forment d’autres personnes intéressées par le programme DP/Foyer et qui veulent le mettre en œuvre. Les bénéficiaires de la formation sont choisis dans d’autres districts, d’autres programmes ou d’autres institutions, de préférence par équipe de deux à trois personnes par site, et suivent des cours d’une durée d’une à deux semaines. La formation en équipes favorise la participation active des partenaires et un processus d’apprentissage par équipe qui facilitera plus tard la prise de décisions et la mise en œuvre ultérieures.

Ces cours ont lieu sur les sites du programme DP/Foyer où les bénéficiaires de la formation apprennent à la fois la théorie et la pratique sur le terrain en visitant les villages/sites et en participant activement au Contrôle de la Croissance, l’EDP et aux séances Foyer. Le programme comprend également des séances sur la façon de former les autres, ainsi que la mobilisation et la collaboration avec les communautés. Cette méthodologie participative, réfléchie et qui consiste à poser des problèmes, constitue une nouvelle approche pour nombre de bénéficiaires de la formation, et elle est essentielle pour l’inversion des rôles dont on a besoin dans l’approche DP/Foyer, celle où la communauté joue le rôle aussi bien d’enseignant et formateur que de facilitateur.



### **Un modèle d’“Université Vivante” Inspirer d’Action**

*“J’ai entendu parler du modèle (DP/Foyer) mais je ne croyais pas qu’il puisse fonctionner. Je pensais qu’il exigait un gros budget et beaucoup d’assistance technique. Ce n’est qu’après avoir visité [l’Université vivante] à Guang Xuong, Thnak Hoa que je me suis rendu compte qu’il pourrait être applicable. En 1996, Save the Children/US a commencé à travailler dans notre province, dans deux communes pilotes et je me suis davantage intéressé. J’ai demandé si je pouvais participer à une formation dans une Université Vivante et ma demande a été acceptée. Deux autres agents provinciaux et douze agents de district venus de Quang Ngai ont été également retenus. Peu après, nous avons 34 communes qui avaient adopté le modèle. J’ai remarqué qu’il pourrait s’appliquer à d’autres communes. Aussi ai-je modifié le programme et je l’ai utilisé dans 21 communes supplémentaires dans le cadre du Programme nutritionnel national”.*

*Le programme de DP/Foyer couronnés de succès devient un laboratoire vivant où nouveau exécutants potentiels des autres districts et des autres programmes peuvent apprendre l’approche d’EDP par l’expérience directe.*

*Tiré de la discussion avec des fonctionnaires provinciaux et de district enregistrée dans le cadre de “l’Évaluation de l’Université Vivante en tant que mécanisme d’extension” par David Pyle et Tricia Tibbetts, 2002, Brouillon (1)*

## **E. Aider les Nouveaux Lauréats à Retourner dans leurs Communautés d’Origine pour Reproduire leur Expérience**

Chaque équipe retourne au site de son projet et reproduit le programme DP/Foyer dans deux à quatre communautés afin de vérifier l’efficacité de l’approche dans son milieu. L’équipe formatrice de l’Université Vivante reste aux côtés des nouveaux lauréats et travaille comme consultant pendant la première année pour s’assurer de la réussite de leur projet pilote et pour les aider à résoudre des problèmes et à découvrir des opportunités. Une fois le projet pilote validé, les lauréats travaillent sur l’extension du modèle et sur la création de leurs propres mini-universités vivantes pour repousser plus loin les frontières de l’approche DP/Foyer.



## Résultats du Terrain

**World Relief au Bangladesh, l'Hospital Albert Schweitzer en Haïti, et Save the Children au Viêt Nam,** ont démontré chacune de son côté l'efficacité de l'approche

DP/Foyer et ont contribué aux leçons apprises en matière d'extension de l'approche. (2) Se basant sur ce travail et sur les tâtonnements du personnel d'autres pays et d'autres organisations, l'approche DP/Foyer est actuellement en cours d'application dans plus de vingt-deux pays. Les exemples suivants vous donnent l'idée des variantes possibles utilisées dans l'extension des programmes DP/Foyer.

**Au Mozambique,** le programme a démarré simultanément dans chaque «Groupe de Soins» organisé par World Relief. Un «Groupe de Soins» est un groupe de dix mères bénévoles dont chacune représente et sert un bloc de dix ménages. Le niveau élevé de l'organisation communautaire préexistant a permis à cette l'approche d'être efficace et de s'étendre rapidement.

**En Ethiopie,** Christian Children's Fund a commencé un programme DP/Foyer réduit dans une zone de bidonville péri-urbain proche de son bureau national. Cet emplacement a facilité une supervision rapprochée et a fourni un terrain pratique pour la formation des agents de terrain provenant de tous les coins du pays qui viennent dans la capitale pour des réunions au niveau national.

**Au Nepal,** Save the Children/Japon et le Red Barna du Save the Children/Norvège ont agi en partenariat avec 32 ONG locales dans l'extension du programme. Le partenariat avec ces groupes a conduit à un plus grand développement institutionnel et a permis d'atteindre des grandes populations éloignées et dispersées.

## La Réussite de l'Extension

L'expérience a montré que l'extension du programme DP/Foyer demande plus qu'une stratégie de reproduction bien étudiée. L'extension peut revêtir différentes formes, mais il existe plusieurs facteurs indispensables à sa réussite:

♥ **Leadership/Appropriation:** En plus de l'appropriation locale qui est au centre de l'approche DP/Foyer, l'extension nécessite un promoteur (ou un groupe de promoteurs) qui doit continuer à motiver le personnel, maintenir la présence du programme devant les décideurs politiques et assurer le financement adéquat des efforts d'extension.

♥ **Appui du Ministère de Santé:** Comme indiqué plus haut, la participation et l'appui du Ministère de la Santé sont indispensables à l'extension. Le Ministère peut plaider en faveur de l'appui au programme, faciliter sa mise en œuvre dans plusieurs communautés, fournir d'importantes données sur la santé, assurer la continuité des messages de santé aux communautés, et contribuer aux meilleurs systèmes de transfert médical des enfants

souffrant de malnutrition sévère ou malades vers des centres de santé. Un bon suivi des coûts du projet et des bonnes prévisions des coûts de l'extension peuvent aider les décideurs au niveau national. De bonnes innovations ayant fait leurs preuves dans la diminution de la malnutrition peuvent s'étendre des communautés locales pour devenir une politique nationale.

♥ **Cadre Solide de Contrôle et d'Évaluation:** les données de l'évaluation montrent l'efficacité d'un programme, son impact, et l'impact potentiel sur des populations plus nombreuses. Ce fait est indispensable pour convaincre les autres de l'efficacité de l'approche et pour leur montrer qu'il faut y investir davantage. Les données fournies par le contrôle montrent que les programmes reproduits maintiennent les normes de qualité élevées et que les échecs éventuels sont plutôt l'occasion d'apprendre et d'effectuer des adaptations que de saper les programmes élargis.

♥ **Formation Participative:** La formation des formateurs doit se baser sur de solides principes d'apprentissage des adultes. Les concepts clé et les étapes de l'approche DP/Foyer doivent être bien assimilés. Chaque participant doit prendre part à un réel travail pratique de terrain, de façon à combiner la connaissance avec l'expérience. Chaque participant doit quitter la formation muni de nouveaux talents de formateur, de facilitateur et de mobilisateur de la communauté qui permettront l'apprentissage et l'appropriation de la communauté.

♥ **Flexibilité la Mise en œuvre:** L'approche DP/Foyer est par définition spécifique à chaque communauté et elle doit comme telle être flexible et adaptée à la situation locale. Ces étapes doivent être considérées comme des lignes directrices élaborées à partir de l'expérience, mais susceptibles d'être modifiées pour convenir aux conditions locales. Lorsque vous opérez des changements à l'approche DP/Foyer, contrôlez le programme pour vous assurer que les changements introduits sont capables de réussir. Lors de l'adaptation à la situation locale, il existe plusieurs aspects de l'approche qui doivent impérativement être maintenus afin de pouvoir réhabiliter efficacement les enfants malnutris. Mener une Etude sur la Déviance Positive (EDP) dans chaque communauté en vue de découvrir la sagesse locale constitue l'un de ces aspects. Les résultats de l'EDP dans une communauté ne s'appliquent pas nécessairement à une autre, et l'étude doit être répétée pour chaque communauté.

♥ **Supervision Adéquate:** L'organisation de mise en œuvre initiale du programme doit mener une supervision d'appui, spécialement pour promouvoir l'esprit de volontarisme au sein du personnel, promouvoir leur estime de soi et leur confiance dans la mise en œuvre de l'approche DP/Foyer et développer leur aptitude à résoudre des problèmes. Au fur et à mesure que l'approche DP/Foyer est reproduite dans de plus en plus de communautés, l'évaluation des indicateurs essentiels de contrôle de la qualité aidera les superviseurs à assurer une formation plus ciblée et plus appropriée sur les étapes clé du programme.

♥ **Bonne Gestion des Ressources Humaines:** Il est important de trouver des volontaires et le personnel doués d'un ensemble de connaissances nécessaires, et capables de résoudre les problèmes relatifs au renouvellement du personnel. Les ressources humaines jouent un rôle important dans le bon fonctionnement d'un programme et il est vital d'instaurer un bon système de recrutement, de formation et de conservation du personnel.

*L'expansion de DP/Foyer exige un leadership, une appropriation locale et le soutien du Ministère de Santé*



*Le personnel est indispensable pour le bon déroulement d'un programme. Aussi un recrutement, une bonne formation et des efforts de conservation du personnel sont vitaux.*



Le choix des aliments déviants positifs disponibles et accessible localement permet à la communauté de continuer d'être capable de fournir des repas nutritifs à leurs enfants dans l'avenir.



Avant le Foyer



Pendant le Foyer



Après le Foyer



Dans l'avenir

♥ **Temps Suffisant pour Développer un Modèle Réalisable et Pas Couteux:** Avant de reproduire l'approche DP/Foyer dans plusieurs communautés, il est important que l'approche soit restructurée, rentable et incontestablement efficace dans la réduction de la malnutrition de manière durable. L'agence d'exécution devra apprendre par tâtonnements la meilleure définition des communautés à haut risque, des stratégies pour impliquer la communauté, l'usage des méthodologies participatives, l'adaptation des instruments de formation, de contrôle et de supervision du programme, et des procédés à utiliser lors des séances du foyer.

### Viabilité

**D**es séances particulières Foyer doivent-elles être maintenues? La réponse est non. C'est l'impact du programme qui doit être maintenu et non le programme lui-même. L'une des raisons de la mise sur pied des séances Foyer non permanentes et mobiles est de s'assurer que l'accent soit mis sur le changement de comportement à la maison plutôt que sur la création de la dépendance à l'égard d'un processus de réhabilitation à l'extérieur de la maison.

De nouveaux comportements sont adoptés et intériorisés que ce soit au niveau de la famille ou de la communauté, afin de maintenir le bon état nutritionnel de l'enfant et prévenir les futurs cas de la malnutrition.

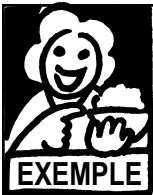
L'accent mis sur l'identification des comportements culturellement acceptables, axée sur le savoir local, avec la participation active et le contrôle par la communauté, sont essentiels dans l'instauration d'une situation dans laquelle le changement de comportement est durable. Le choix des aliments déviants positifs disponibles et accessible localement permet à la communauté de continuer d'être capable de fournir des repas nutritifs à leurs enfants dans l'avenir.

En plus de la réduction de la malnutrition infantile, le processus DP/Foyer responsabilise les familles et les communautés pour faire face à d'autres problèmes et leur trouver des solutions. L'Etude sur la Déviance Positive développe au sein de la communauté l'assurance et les aptitudes nécessaires pour trouver des solutions locales.

L'impact de Foyer doit être mesuré après une année et à la fin de chaque année. Des questions importantes qu'on peut se poser sont entre autres les suivantes:

- ♥ La croissance de l'enfant a-t-elle continué de suivre la courbe de croissance et l'enfant a-t-il un poids proportionnel à son âge?
- ♥ Les enfants qui ont participé au Foyer qui ont été réhabilités maintiennent-ils leur bon état nutritionnel?
- ♥ Continuent-ils de grandir selon les normes internationales?
- ♥ Les frères/sœurs des enfants qui participent au Foyer sont-ils également bien nourris?
- ♥ La malnutrition a-t-elle été réduite dans toute la communauté?

Voir le chapitre 8 pour les lignes directrices du contrôle et de l'évaluation.



**Un exemple de l'Afrique de l'Ouest:  
Comment les principes clé de l'approche DP/Foyer  
servent-ils à favoriser un développement durable.**

**1. L'Approche DP/Foyer Optimalise et Renforce le  
Potentiel de la Communauté**

Les membres de la communauté formulent de façon explicite et consistante leur compréhension de l'impact du projet sur leur vies. Grâce aux séances Foyer, ils établissent le lien entre une bonne alimentation et une bonne santé et entre le bien-être d'un jeune enfant et la restauration du bien-être économique et psychologique de la famille. Au Sénégal et au Mali, des pères racontent qu'après la réhabilitation de leurs enfants, leurs femmes dormaient mieux, travaillé mieux aux champs, contribuant ainsi davantage au revenu de la famille. Des grand-mères racontent que le village dans son ensemble à mieux dormi.

**2. L'Approche DP/Foyer Respecte le Contexte Culturel**

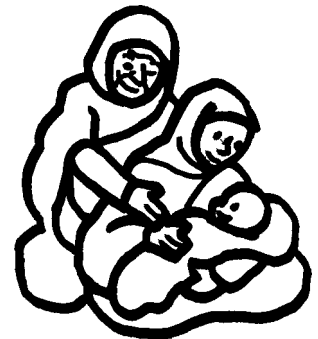
En Afrique de l'Ouest la tâche d'élever et de nourrir le jeune enfant n'est pas l'affaire de la seule mère biologique. La communauté entière participe à l'éducation de l'enfant et le Foyer cible toutes les personnes responsables de soins de l'enfant, notamment les grands-mères. Les connaissances et des pratiques sont traditionnellement transmises aux jeunes femmes par les belles-mères et les séances Foyer exploitent cette approche dans en Afrique de l'Ouest. Le repas en commun est un aspect fondamental du processus de socialisation par lequel les enfants apprennent à partager. Des messages d'éducation sanitaire incorporés aux séances Foyer renforcent cette tradition.

**1. L'Approche DP/Foyer est un Processus Démocratique**

Dans le contexte Ouest Africain, l'approche donne libre voie au formidable pouvoir d'auto-gestion des villages africains. Les gens découvrent et accordent de l'importance à leurs propres ressources, pratiquent la solidarité par des contributions en nourriture, impliquent la base (notamment l'imam et les grand-pères) dans la prise de décisions. L'approche DP permet aux individus ordinaires qui pratiquent des comportements positifs et peu ordinaires (les déviants positifs), d'être reconnus et d'apporter leur contribution à leur communauté.

**4. L'Approche DP/Foyer Associe la Communauté au Contrôle et à l'Evaluation du Processus**

L'approche DP/Foyer utilise le contrôle et la promotion de la croissance comme un instrument multi-fonctionnel qui permet à la mère ou à toute autre personne responsable de l'enfant, aux autres membres de la communauté, et aux agents de santé d'œuvrer ensemble pour identifier le problème et cibler les enfants nécessitant une réhabilitation, de contrôler leur progrès et d'évaluer l'effet à court et à long terme du programme sur la communauté.



*Traditionnellement en Afrique de l'ouest, la connaissance et les pratiques sont transmises aux jeunes femmes par leurs belles-mères; les séances Foyer utilisent cette approche.*

*Source: Diene 2000 (3)*



# CHAPITRE HUIT

## Suivi et Evaluation



**S & E**

### SUIVI ET EVALUATION

- A. Choix des résultats du projet
- B. Suivi de la l'Avancement du programme
- C. Evaluation de l'efficacité et l'impact du programme

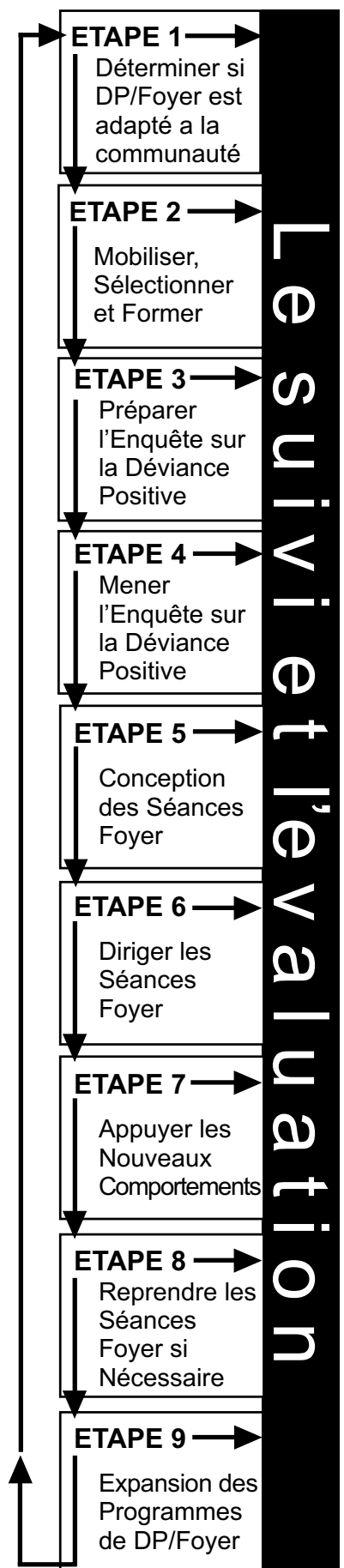
Il ne suffit pas tout simplement “d’introduire” le concept de DP/Foyer (Déviance Positive/Foyer) et croire qu’il donnera des résultats. On a besoin de preuves concrètes, fournies par le Suivi et l’Evaluation afin de garantir que le programme DP/Foyer peut réduire efficacement la malnutrition des enfants. Heureusement, l’approche DP/Foyer présente des preuves évidentes quand les enfants prennent ou non du poids. Après une séance de 12 jours du programme Foyer, les enfants malnutris commencent à manifester des changements au niveau de leur vivacité, de l’activité physique et de l’appétit. Les changements de poids suivront. Quand on pèse et interprète le poids d’un enfant suivant les normes internationales ou nationales, la réussite ou l’échec de l’intervention se manifeste. On pèse les enfants admis au programme au début et à la fin de chaque séance.

Le taux d’augmentation du poids de l’enfant est comparé aux normes (voir tableau 4.5. Du poids selon les normes d’âge). La détermination de la réussite du programme relève des objectifs définis initialement. Si on vise la réhabilitation de tous les enfants admis au programme Foyer, sa réussite se mesure en fonction de l’augmentation de leur poids. Si on vise le maintien d’une situation nutritionnelle améliorée d’une manière durable et/ou la prévention de la malnutrition des petit(e)s frères/sœurs, la réussite sera évaluée sur base des résultats recueillis au fil du temps par la promotion du contrôle de la croissance.

*Le Suivi* permet de vérifier si les résultats attendus sont atteints. C’est un processus continue, régulier, et en général quantitatif. Il implique le recueil des données, le calcul des indicateurs (mesures pratiques, fiables et objectives qui “indiquent” si un programme est sur la bonne voie), et la comparaison de ces indicateurs aux objectifs fixés.

*L’évaluation* est une enquête sélective, souvent partiellement qualitative qui se fait de temps à autre sur base d’une question spécifique concernant le programme notamment “Comment ou pourquoi les résultats ont ou n’ont pas été atteints?”.

OÙ ETES-VOUS?



**Les évaluations DP/Foyer faites dans plusieurs pays ont démontré l'impact du programme sur trois populations:**



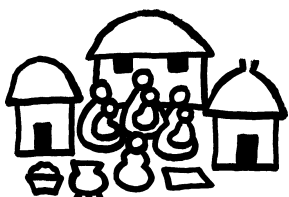
**1. Des enfants admis au programme**

-directement par les repas dont ils bénéficient du programme et le changement comportemental de leurs responsables;



**2. Des frères/Sœurs de ces enfants**

- au fur et à mesure que leurs responsables adoptent de nouveaux comportements, les autres enfants de la famille présentait des taux moins élevés de malnutrition (tel que démontré par les études de suivi menées en Haïti et au Vietnam); et



**3. L'ensemble de la communauté**

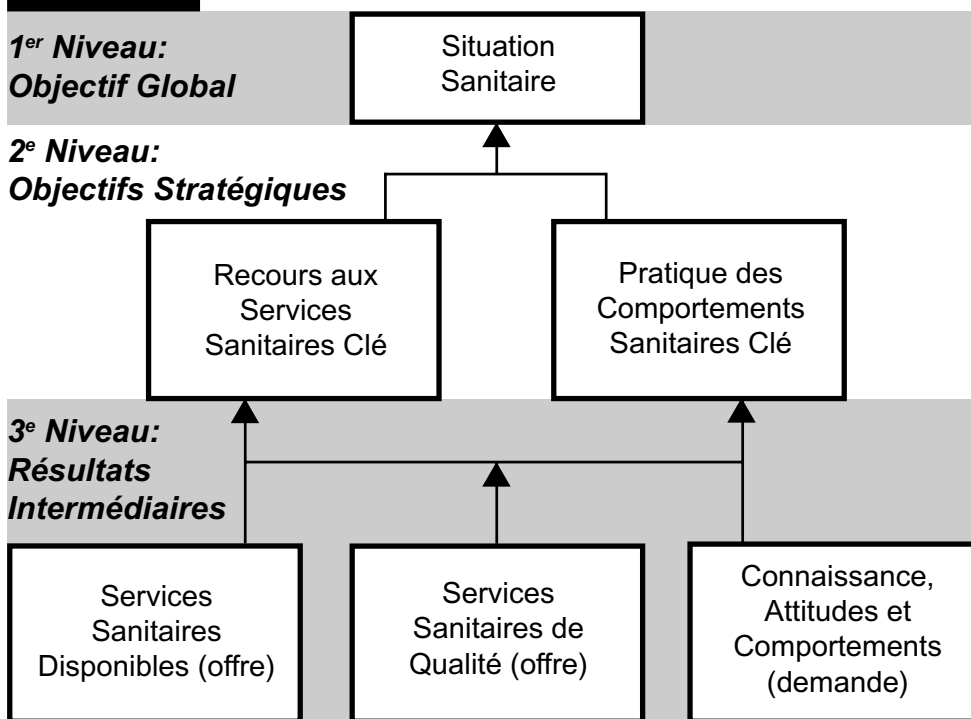
-Un "effet-de-propagation" a lieu chaque fois que des comportements DP manifestement efficaces deviennent une norme, et que tous les enfants du groupe d'âge cible présentent un état nutritionnel amélioré

**A. Choix des Résultats du Projet**

En vue de faire le suivi et l'évaluation du programme DP/Foyer, il importe d'avoir des résultats attendus comparativement auxquels l'avancement du programme peut être évalué. Le Chapitre 3 traite de la définition des objectifs avec la participation de la communauté. Un cadre des résultats (Figure 8.1.) permet de comprendre l'interaction entre les buts, les objectifs du programme et ses résultats intermédiaires. Chaque niveau s'appuie sur le précédent. Pour réaliser l'objectif global, les objectifs stratégiques doivent être atteints, et pour atteindre ces objectifs, les résultats intermédiaires doivent être atteints.

Ce cadre permet au personnel, aux volontaires du programme Foyer, et aux partenaires de mieux comprendre comment le programme fonctionne et la contribution de chacune de parties du plan du programme à l'accomplissement de l'objectif global. Cette compréhension sert de guide aux choix des stratégies et activités à mener pour mieux atteindre les résultats attendus, mais aussi des objectifs et indicateurs d'évaluation de mesure de l'état d'avancement du projet.

**FIGURE 8.1 CADRE DES RÉSULTATS DP/FOYER**



Le niveau supérieur du cadre des résultats représente l'objectif final du projet (une bonne situation sanitaire) et se mesure en général en terme de la mortalité, la morbidité et/ou de l'état nutritionnel.

Les programmes DP/Foyer visent d'habitude les objectifs suivants:

- ♥ Réhabiliter des enfants malnutris.
- ♥ Permettre aux familles de maintenir leur réhabilitation à la maison.
- ♥ Prévenir de futurs cas d'enfant malnutris dans la communauté.

Le niveau moyen les objectifs stratégiques représente les deux voies habituelles pour atteindre un bon état sanitaire et qui soient sous le contrôle du programme.

1. Le recours aux services sanitaires clés (ex. le contrôle de la croissance, les séances Foyer, vaccination, complément de vitamine A, ou des soins curatifs pour les signes de gravité, etc.); et
2. La pratique des comportements sanitaires clés (c-à-d alimentation, soins, hygiène, et recours aux services sanitaires).

Le troisième niveau des résultats intermédiaires sert d'appui aux objectifs stratégiques et comprend ces éléments qui sont susceptibles d'avoir un impact à la fois sur l'offre et la demande. Pour permettre aux responsables des enfants de profiter des séances Foyer et de les intégrer dans les comportements sanitaires clés, ces séances doivent être:

1. Disponible (côté offre);
2. De qualité supérieure (côté offre); et
3. Demandées par la communauté en fonction de ses connaissances, attitudes et comportements. (La demande est influencée par les normes et croyances de la communauté, ainsi que par son efficacité intrinsèque).

Ce cadre des résultats est assez large pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie sanitaire nationale ou d'un projet Foyer au niveau local. Chacun de ces trois niveaux peut être adapté selon les buts, les objectifs stratégiques, et des résultats intermédiaires des programmes sanitaires spécifiques.

## **B. Suivi de l'Avancement du Programme**

Les programmes sanitaires visent en général l'évaluation des résultats au niveau des objectifs stratégiques (le 2<sup>e</sup> niveau) ou à celui des résultats intermédiaires (le 3<sup>e</sup> niveau) du cadre des résultats. Les changements introduits au sein de la population cible par l'objectif global sont souvent perçus sur le long terme et ne sont pas en général faciles à évaluer par le suivi de routine. En partant du cadre des résultats, on suppose qu'une fois qu'on atteint les objectifs stratégiques et des résultats intermédiaires, on atteint l'objectif global. Des enquêtes coûteuses s'étendant sur une longue période sont souvent nécessaires pour s'assurer que les résultats attendus au 1<sup>er</sup> niveau sont finalement atteints. Les programmes Foyer constituent un «cas particulier» dans ce sens qu'ils visent à atteindre un objectif global (baisse de la morbidité causée par la malnutrition) que l'on peut suivre régulièrement.



*Les programmes sanitaires visent à attendre un objectif global (baisse de la morbidité causée par la malnutrition) que l'on peut suivre régulièrement.*

Les programmes Foyer suivent à la fois l'état de santé nutritionnelle de chaque enfant et celui de la communauté. On donne à chaque responsable un tableau de croissance qui

présente l'évolution de l'état nutritionnel de l'enfant. Ces renseignements incitent le responsable à agir des mesures et appliquer les comportements qui pourront améliorer la croissance de l'enfant. Le personnel du projet assure un counseling spécial et le transfère les enfants vers les services sanitaires pour recevoir les soins appropriés susceptibles d'assurer sa croissance. D'après les résultats de suivi de la situation communautaire de la santé nutritionnelle, le programme Foyer atteint un nombre significatif d'enfants, et les pratiques positives font déjà partie de la nouvelle norme communautaire, permettant aux enfants et leurs frères/sœurs le maintien d'une bonne croissance.

Le contrôle de la croissance communautaire constitue une opération efficace, participative et bénéfique. Les renseignements fournis par ces enquêtes ou l'échange des données relatives à la situation sanitaire sont très importants. Toutefois, la qualité du suivi ne dépend que de celle des données recueillies. On a connu des projets qui ont semblé avoir atteint des résultats. On s'est rendu compte plus tard que les données de base étaient manipulées en vue de faire croire qu'il y a eu une contribution importante de la communauté et un important gain ponderal. Dans ce cas, les renseignements relatifs à une falsification du genre permettront de prévenir de faux résultats ultérieurs. Un plan de suivi basé sur un nombre limité d'indicateurs pour les objectifs stratégiques (le 2<sup>e</sup> niveau) et les résultats intermédiaires (le 3<sup>e</sup> niveau) permettront aux directeurs du projet de faire état de l'avancement du programme et d'identifier précocement les problèmes en avance pour pouvoir y remédier par la suite.

### **1. Choisir des Indicateurs Appropriés**

Tel qu'indiqué plus haut, le suivi implique la collecte des données, le calcul des indicateurs et la comparaison de ces derniers aux objectifs pré-établis. Il importe de choisir des indicateurs pratiques, fiables ainsi que des mesures objectives de l'avancement du programme. Les indicateurs seront différents suivant les conditions et les besoins du projet, mais ils devront être définis en termes clairs. Le tableau 8.1. présente des exemples indicateurs organisés par niveau dans le cadre des résultats. Quelques indicateurs figurant sur le tableau sont définis selon les normes internationales. Plusieurs indicateurs comportent un «X» qui représente un phénomène qu'il faut définir au niveau local. Ceux qui ne portent pas d'«X» doivent être clarifiés avant leur utilisation. A titre d'exemple, quelle est la signification exacte du «nombre ou pourcentage de nouvelles naissances enregistrées?» Y inclura-t-on tout simplement des naissances vivantes ou toutes les naissances, et combien de temps durera la collecte?

Les indicateurs à un niveau donné des résultats permettent de faire des inférences concernant les processus à des niveaux inférieurs. Une bonne utilisation des services offerts par le programme Foyer implique que les services soient disponibles. En revanche, l'indicateur d'un niveau bas d'utilisation des services Foyer requiert une analyse de tous les indicateurs au niveau plus bas afin de déterminer la cause du problème. Par exemple, la faible utilisation des services du Programme de Contrôle de la Croissance (PCC) pourrait refléter une présence moins importante des services de ce programme qui reflèterait en retour le manque d'équipements, à savoir des pèse-bébé. Solutionner un problème peut nécessiter le recours provisoire à des indicateurs supplémentaires. Par exemple, la faible fréquentation des séances Foyer pourrait demander une nouvelle formation des animateurs et un suivi intensif limité dans le temps de nombreux aspects de la qualité de ces séances Foyer.

*Il importe de choisir des indicateurs de surveillance pratiques, fiables ainsi que des mesures objectives de l'avancement du programme. Ils ne sont utiles que s'ils guident la prise des décisions.*

**TABLEAU 8.1** EXEMPLE DES INDICATEURS DE CONTRÔLE DE LA CROISSANCE ET DES PROGRAMMES FOYER

Promotion de la Contrôle de Croissance	Foyer
<b>Statut sanitaire</b> <sup>1</sup>	
<p><b>Nb (%) des enfants</b> âge de moins X avec l'état nutritif "verte" normal (<math>&gt; -2</math> Score Z) (X = 2, 3, 5 ans, etc.)</p> <p><b>Nb (%) des enfants</b> âge de moins X avec sous-alimentation ou modérée "jaune" (<math>&gt; -3Z</math> et <math>&lt; -2 Z</math>) (X = 2, 3, 5 ans, etc..)</p> <p><b>Nb (%) Les enfants</b> âge de moins X avec sous-alimentation sévère "rouge" (<math>&gt; -3 Z</math>) (X = 2, 3, 5 ans, etc..)</p> <p><b>Statut nutritionnel general des enfants</b> âge de moins de X (le Score Z moyen) (X = 2, 3, 5 ans, etc..)</p>	<p><b>Statut général de nutrition</b> de population X (le Score Z moyen) (X = les lauréats, le Foyer confere en diplôméen présentant la catégorie nutritionnel, les plus jeunes frères ou soeurs des lauréats de Foyer, etc..)</p> <p><b>Nb (%) des enfants de Foyer</b> qui ont réussi au Foyer, c.-à-d., qui ont été réhabilité ou ont gagné plus que 400 grammes dans les deux mois</p> <p><b>Nb (%) des enfants de Foyer</b> qui n'ont pas réussi, mais qui ont gagnés 200 à 400 grammes dans les deux mois</p> <p><b>Nb (%) des enfants de Foyer</b> qui n'ont pas réussi, mais qui ont gagné <math>&lt; 200</math> grammes dans les 2 mois</p> <p><b>Nb (%) des enfants de Foyer</b> qui n'ont pas réussi et qui n'ont pas gagné de poids</p> <p><b>Nb (%) des enfants de Foyer</b> qui n'ont pas réussiet qui ont perdu de poids</p> <p><b>Nb (%) des enfants de Foyer</b> qui ont démontrés X (X = un attribut physique, de l'émotion, ou social)</p>
<b>L'usage de Services Principaux</b>	
<p><b>Nb (%) de population cible</b> qui participe à la PCC</p> <p><b>Nb (%) des enfants</b> âge de 6 à 23 mois qui ont reçu une dose de vitamine A dans les six derniers mois</p> <p><b>Nb (%) des enfants</b> âge de 12 à 23 mois qui ont reçu toutes les vaccinations avant leur premier anniversaire (confirmer avec la carte)</p>	<p><b>Nb (%) des enfants</b> malnutrits éligibles inscrits dans le Foyer</p> <p><b>Nb (%) Les enfants</b> malnutrits éligibles qui participent au Foyer au niveau X (X à définir)</p> <p><b>Nb (%) Les responsables</b> des enfants présents au Foyer qui sont X (X = les mères, les grands-parents, les frères ou soeurs, etc.)</p>
<b>La Pratique de Comportements Principaux</b>	
<p><b>Nb (%) des responsables</b> qui rapportent que leurs enfants de 6 à 9 mois ont reçu une alimentation complémentaire et du lait maternel pendant les dernieres 24 heures</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> qui rapportent qu'ils ont pratiqué l'alimentation active de leurs enfants de 6 à 24 mois, pendant les dernieres 24 heures</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> qui rapportent qu'ils ont nourri leur enfant de 6 à 24 mois, X fois dans les dernieres 24 heures en plus du lait maternel (X varie avec l'âge)</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> qui rapportent qu'ils ont donné à leurs enfant de 6 à 24 mois diarrhéiques durant les 2 dernieres semaines, la nourriture X dans les 24 dernieres heures (X change selon la saison et selon l'âge)</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> d'enfant diarrhéiques qui rapportent qu'ils ont augmenté les liquides.</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> d'enfant diarrhéiques qui rapportent qu'ils ont donné la memes quantites d'aliments ou plus.</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> qui rapportent qu'ils ont donné plus de nourriture pendant le convalescence</p> <p><b>Nb (%) des responsables</b> qui rapporte le lavage habituel des mains avec la savon ou la cendre avant la préparation de nourriture, l'alimentation de l'enfant, après la défécation.</p> <p><b>Nb (%) des ménages</b> avec du materiel de lavage des mains avec le savon ou autre agent nettoyant</p> <p><b>Nb (%) Les responsables</b> qui rapportent qu'ils ont fait une stimulation cognitive et linguistique à leur enfant dans les dernieres 24 heures</p> <p><b>Nb (%) Les pères</b> qui rapportent qu'ils ont donné la ressource X pour l'enfant dans le dernier mois (X à définir)</p>	

**TABLEAU 8.1**  
**NOTE DE BAS DE PAGE**

1. *La situation sanitaire* de PCC renvoie à la situation sanitaire de l'ensemble de la communauté; tandis que les résultats du programme Foyer ne concernent que les participant au Foyer.
2. *Le recours aux services-clé* se limite à la couverture soit de la Promotion de Suivi de la Croissance (PCC) soit du Foyer, avec les dénominateurs représentant les populations cibles. Davantage de mesures classiques de recours aux services sanitaires (c.-à-d vaccination faite à temps opportun, l'usage des compléments de vitamine A, le recours aux soins contre la fièvre, etc.), peuvent être pris en compte d'autant plus qu'elles intereferent avec la situation sanitaire et font souvent partie de l'éducation sanitaire du programme Foyer.
3. *Les deux interventions* visent à changer les mêmes comportements des ménages.



4. La disponibilité et la qualité des services s'appliquent aux interventions spécifiques.

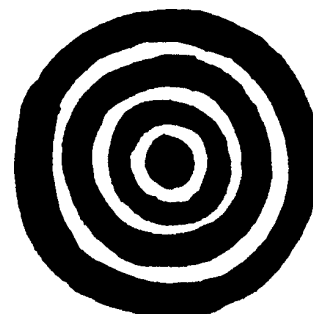
<b>Disponibilité de service</b>	
<p><b>Nb des séances de PCC</b> planifiées et exécutées par trimestre  <b>Nb (%)</b> des séances planifiées qui ont été exécutées</p>	<p><b>Nb de séances Foyer</b> planifiées par an  <b>Nb (%)</b> de séances planifiées du Foyer qui ont été exécutées  <b>Nb (%)</b> des jours Foyer planifiés et qui ont eu lieu par séance ou par année</p>
<b>Qualité de Service</b>	
<p><b>Nb (%)</b> des travailleurs de PCC qui pèsent précisément  <b>Nb (%)</b> des travailleurs de PCC qui tracent les courbes de poids précisément  <b>Nb (%) d'équipement PCC</b> essentiel disponible (les provisions, la balance, le tableau d'affichage, le formulaire de supervision, etc.)  <b>Nb (%) des nouvelles naissances</b> enregistrées  <b>Nb (%) des décès</b> enregistrés dans le groupe cible  <b>Nb (%) des volontaires</b> de la communauté enrôlés dans l'équipe de gestion de la communauté  <b>Nb (%) des volontaires</b> inscrits et qui participent effectivement aux séances  <b>Nb (%) X qui sait Y</b> (X = les dirigeants de communauté, les membres d'équipe de gestion de communauté, PCC implémenteurs, etc.; Y = les pratiques de soin aux enfants; le statut de nutritionnel de communauté, etc.)  <b>Nb (%) des exécuteurs de PCC</b> qui reçoivent un visite de supervision selon la norme X (X = nombre, la forme, le feedback, l'entraînement, solution aux problèmes, examen des enregistrements, etc.)</p>	<p><b>Evaluation des habitudes diététique et alimentaire</b> selon la norme X (X a définir)  <b>EDP</b> a été dirigé selon la norme X (X définir)  <b>EDP</b> a été analysé selon la norme X  <b>Nb (%) des menus</b> du Foyer reflétant X (X = les nourritures de DP locales, l'équilibre de nutrition, etc.)  <b>Nb (%) des Foyers</b> avec un équipement de lavage de mains avec le savon ou autre l'agent nettoyant  <b>Nb (%) des Foyers</b> avec sanitaires  <b>Nb (%) des Foyers</b> avec l'éducation de santé donnée selon la norme X (X = message approprié, la méthode interactive, culturellement approprié, etc.)  <b>Nb (%) des responsables</b> qui contribuent à la nourriture au Foyer sur X jours / séances  <b>Nb (%) des responsables</b> qui nourrissent l'enfant au Foyer sur X jours /séances  <b>Nb (%) des responsables</b> qui aident à la préparation de repas Foyer sur X jours/séances  <b>Nb (%) des facilitateurs</b> de Foyer avec les données X (X = le nom, le sexe, l'âge, le poids, etc.)  <b>Nb (%) des facilitateurs</b> de Foyer qui sait X (X = le but de contribution de nourriture, les rôles de responsables d'enfant, le but de Foyer, les nourritures et les comportements de DP, etc.)  <b>Nb (%) des facilitateurs</b> de Foyer qui rapportent pratiquer le comportement de ménage X  <b>Nb (%) des facilitateurs</b> de Foyer qui exécutent le Foyer selon la norme X  <b>Nb (%) des facilitateurs de Foyer</b> qui reçoivent un visite de supervision selon la norme X (X = Nb, la forme, le feedback, l'entraînement à la résolution des problèmes, enregistrement, etc.)</p>
<b>La Demande</b>	
<p><b>Nb (%) des responsables</b> qui comprennent la signification des zones colorées sur X (X = la carte au route de santé, tableau d'affichage etc.)  <b>Nb (%) des responsables</b> qui savent le statut de nutritionnel de l'enfant  <b>Nb (%) des responsables</b> qui croient qu'ils peuvent réduire avec succès X (X = la malnutrition des enfants de la communauté, etc.)  <b>Nb (%) des responsables</b> qui valorisent le bien-être de l'enfant (a déterminé)  <b>Nb (%) des communautés</b> qui ont reçu X (X = les balances, les dossiers, le matériel d'IEC, etc.)  <b>Nb (%) des volontaires</b> entraînés aux techniques de PCC  <b>Nb (%) des volontaires</b> entraînés au contrôle de PCC  <b>Nb (%) des communautés</b> ayant une Equipe de Gestion</p>	<p><b>Nb (%) des responsables</b> qui savent X (X = le but de contribution de nourriture, les rôles de responsables d'enfant, le but de Foyer, les nourritures et les comportements de DP, etc.)  <b>Nb (%) des responsables</b> qui croient qu'ils peuvent transférer les nouvelles techniques de résolution des problèmes ou de mobilisation aux autres défis de la communauté    <b>Nb (%) des communautés</b> qui ont reçu X (X = la nourriture de Foyer, les dossiers, le matériel d'IEC, etc.)  <b>Nb (%) des volontaires</b> entraînés à la facilitation de Foyer  <b>Nb (%) des volontaires</b> entraînés au contrôle de Foyer  <b>Nb (%) des communautés</b> ayant une Equipe de Gestion</p>

5. Mise à part les connaissances, les indicateurs de demande seraient difficiles à évaluer avec certitude. Plusieurs indicateurs sont appropriés à chacune des interventions.

Une fois que les stratégies et activités aient été choisies, on peut examiner un ensemble des indicateurs afin d'identifier ceux qui sont plus appropriés. Il faut les adapter au contexte local, établir les objectifs et déterminer les moyens de suivi et les essayer. Si les indicateurs choisis constituent un guide important pour le projet, on doit les maintenir et en poursuivre le suivi, sinon on doit soit les modifier ou choisir des indicateurs différents.

## 2. Etablir les Objectifs

Il faut déterminer les objectifs relatifs à chaque indicateur et les délais dans lesquels il faut les atteindre. Les objectifs sont déterminés en tenant compte de la situation du moment (c-à-d; le pourcentage d'enfants malnutris, le pourcentage des responsables qui recourent exclusivement à l'allaitement pendant environ six mois, etc.) et d'une évaluation réaliste de ce qui peut être réalisé dans un temps limité. Le Ministère de la Santé, l'UNICEF et d'autres organismes devront avoir des données disponibles sur d'autres programmes, ce qui permettra de décider du niveau de changement réaliste que l'on peut escompter.



*Les objectifs sont déterminés en tenant compte de la situation du moment et d'une évaluation réaliste de ce qui peut être réalisé dans un temps limité.*

**TABLEAU 8.2** EXEMPLE D'INDICATEURS ET D'OBJECTIF POUR LA PRÉVISION DE CROISSANCE SAINNE

	Indicateurs	Objectifs	Type de Résultat
1	Enfants < 24 mois avec une nutrition normale (>-2 Score Z P/A)	60%	Statut Sanitaire
2	Enfants < 24 mois très en dessous du poids normal (<- 3 Score Z P/A)	< 1%	Statut Sanitaire
3	Allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés 0 à 6 mois	40%	Comportement
4	Alimentation complémentaire chez les enfants âgés de 6 à 9 mois	75%	Comportement
5	Utilisation des séances Foyer communautaires par les enfants les responsables de soins sélectionnés	95 %	Usage des services
6	Responsables de soins qui assistent aux séances et contribuent en nourriture	80%	Qualité des Services
7	Volontaires communautaires qui contrôlent la croissance pèsent correctement les enfants	90%	Qualité des Services
8	Responsables de soins connaissent les aliments et les comportements déviant positif	80%	Connaissance

Signalons que les indicateurs choisis couvrent tous les niveaux du cadre des résultats, de la situation sanitaire aux connaissances. La liste des indicateurs permet de voir clairement que les huit résultats attendus sont ambitieux, exigent la collecte des données chez différentes populations, nécessitent diverses stratégies d'évaluation, et laissent en suspens l'évaluation de nombreux résultats .

## 3. Déterminer les Moyens de Suivi des Indicateurs

Examinons maintenant les moyens de suivre de ces indicateurs. Un bon point de départ est une Matrice de Planification du Système de Suivi (Tableau 8.3) qui énumère, pour chaque indicateur, la personne qui va collecter les renseignements, le lieu où la collecte se fera, la source des données, le formulaire à utiliser, le nombre de fois que la collecte des données se fera et leur utilisation finale.

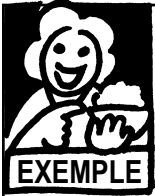
La matrice de planification démontre la complexité de ce système de suivi, avec seulement huit indicateurs. Des agents des quatre zones différentes se chargeront de la collecte des données dans trois endroits différents, en se servant d'informateurs et de formulaires divers. Au moment de la comparaison de ces demandes, le/la concepteur/conceptrice du programme peut décider de ramener les indicateurs à un nombre plus réduit.

**TABLEAU 8.3 MATRICE DE PLANIFICATION DU SYSTÈME DE CONTRÔLE**

	Indicateur	Qui recueille	Où	Source des données	Forme utilisée	Fréquence	Utilisation
1	% < 24 mois avec nutrition normale	Superviseur PCC	Réunion de l'Equipe dirigeante Communautaire	Statut global de tous les enfants < 24 mois	Résumé de participation à PCC	Chaque mois	Evaluer la tendance à la lumière de toutes les autres données et cibles
2	% < 24 mois avec malnutrition grave	Superviseur PCC	Réunion de l'Equipe dirigeante Communautaire	Statut global de tous les enfants < 24 mois	Résumé de participation à PCC	Chaque mois	Evaluer la tendance à la lumière de toutes les autres données et cibles
3	% Allaitement exclusif de 0-6 mois	Volontaires PCC	PCC	Echantillonnage de commodité de 10 responsables de soins	Outil de contrôle de comportement	Tous les deux PCC	Revoir, modifier les Activités de (comportements, connaissances, couverture) BCC et Foyer
4	% Alimentation complémentaire de 6-9 mois	Volontaires PCC	PCC	Echantillonnage de commodité de 10 responsables de soins	Outil de contrôle de comportement	Tous les deux PCC	Revoir, modifier les Activités de BCC et Foyer
5	% Utilisation de Foyer	Superviseurs Foyer	Réunion de l'Equipe dirigeante Communautaire	Participation globale des enfants malnutris < 24 mois	Résumé de participation à Foyer	Chaque mois	Revoir, modifier la qualité, la disponibilité. La mobilisation communautaire
6	% Re-sponsables de soins contribuent en nourriture au Foyer	Superviseur Foyer	Foyer	Rapport des contributions des facilitateurs Foyer	Tableau de service des volontaires	1 à 2 jours (non annoncés) presque toutes les deux séances Foyer	Reconnaître la pratique exemplaire et arriérée (et organiser une autre formation si nécessaire)
7	% Volontaires pèsent correctement	Superviseurs PCC	PCC	Echantillonnage de commodité de 3 + poids différents par chaque volontaire	Résumé de participation à Foyer	Tous les deux PCC	Reconnaître la pratique exemplaire et arriérée (et organiser une autre formation si nécessaire)
8	% Connaissance des aliments/ comportements DP	Volontaires PCC	PCC	Echantillonnage de commodité de 10 responsables de soins	Outil de contrôle de comportement	Tous les deux PCC	Déterminer la pénétration de méthode et le besoin pour une re-mobilisation

#### 4. Choisir, Adapter et/ou Développer des Outils de Suivi pour la Mesure des Résultats

Il est indispensable d'avoir de bons outils de suivi pour un système de suivi efficace. Ces outils sont des formulaires comportant des instructions claires relatives à l'exécution, le décomptage et l'utilisation. Ci-après sont repris des exemples d'outils que l'on peut utiliser en fonction des indicateurs choisis dans le tableau 8.3. On ne peut pas envisager tous les outils dont les responsables ou directeurs du projet auront probablement besoin. Nos exemples ne sont qu'un guide pour inciter à la réflexion.



##### INDICATEURS DE LA SITUATION SANITAIRE

La situation nutritionnelle de l'ensemble de la communauté (dans notre cas: «le pourcentage des enfants cible de moins de 2 ans jouissant d'un état nutritionnel normal» ou « le pourcentage de ces mêmes enfants avec une malnutrition sévère») est calculée en fonction des données fournies par le suivi régulier de la croissance du groupe cible).

*Ex. (Nb. enfants < 2ans avec malnutrition sévère / total nb. enfants pesés) X 100 = pourcentage des enfants < 24 mois avec malnutrition sévère.*

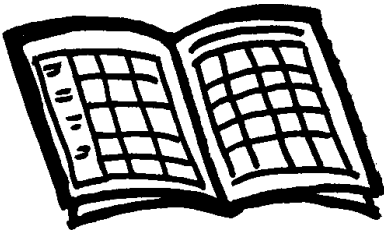
Les numérateurs découlent du nombre d'enfants de chaque catégorie/niveau de situation nutritionnelle, alors que le dénominateur est égal au nombre total d'enfants pesés au cours de PCC donné. Toutefois, les niveaux de faible participation rendront difficile l'interprétation des pourcentages qui en découlent, étant donné que le plus grand nombre d'enfants malnutris font spécifiquement partie de ceux qui fréquentent le moins les services du programme. Ceci étant, le calcul du pourcentage des enfants avec une malnutrition sévère est probablement sous-estimé.

En vue de trouver une solution à ce problème, il est nécessaire d'inclure un indicateur de recours aux services (dans notre cas, le pourcentage des enfants admissibles et leurs responsables ayant recours à la PCC).

*Ex. (Nb. enfants < 2 ans pesés au cours de la séance PCC / Total Nb. des enfants < 2 ans dans la communauté) X 100 = pourcentage des enfants < 2 ans ayant recours aux services PCC.*

Le numérateur est encore une fois le nombre des enfants pesés au cours de la PCC donné. Toutefois, ce numérateur n'est pas direct, étant donné que l'appartenance au groupe cible est lâche. Quand l'âge des enfants dépasse la limite (c-à-d 24, 36, 60 mois), ces enfants ne doivent pas faire partie du numérateur ni du dénominateur. Le dénominateur est aussi contestable parce qu'il augmente au gré des naissances et immigrations, et diminue au fur et à mesure que les enfants sortent du groupe cible suite à la mort, l'émigration et l'âge. Ainsi, il est indispensable de suivre ces phénomènes ou événements de la vie pour ajuster ou actualiser le dénominateur de la population cible. Le suivi peut cependant être compliqué et coûteux, mais des mises à jour trimestrielles suffiront.

La faible taux de participation rend les pourcentage obtenus difficiles à interpréter puisque les enfants les plus touché par la malnutrition sont ceux qui font le moins usage des structures sanitaires.



Registres sont tenus durant toute l'intervention et constituent des outils permettant aux volontaires de suivre le poids, la situation nutritionnelle, les contributions du programme Foyer, etc. par enfant.

Le nombre d'enfants admis se calcule facilement, mais il entraîne une surestimation du recours aux services parce que tous les enfants admis ne suivent pas les séances. Par ailleurs, tous ceux qui suivent ces séances n'en appliquent pas les principes pour en tirer des profits réels. Ainsi, il incombera au responsable du projet de définir l'utilisation du programme.

*Ex. (12/50 enfants < 2 ans étaient très malnutris d'après les résultats d'une séance de suivi de croissance (24%); néanmoins 80 enfants < 24 mois ont été identifiés au sein de la communauté, ce qui implique que seuls 50/80 enfants ont eu recours à ce service (63%). On pourra en déduire que le pourcentage de la malnutrition à l'échelle communautaire dépasse probablement 24%, et qu'on aura besoin de la participation communautaire afin d'identifier ces enfants qui n'ont pas fréquenté les séances de pesée, et donner l'occasion à leurs responsables de participer au programme Foyer si leurs enfants répondent aux critères d'admission.*

#### **Suivi des événements de la Vie**

Les formulaires 8.1., 8.2., et 8.3 représentent des exemples des formulaires pour le suivi respectivement des naissances, des morts, et des immigrations/émigrations. Ces derniers sont importants pour le calcul des dénominateurs dont l'on a besoin pour le calcul plusieurs indicateurs.

#### **Registres de Promotion du Contrôle de la Croissance (PCC) et Foyer:**

Les formulaires 8.4 et 8.5 présentent des exemples des registres de PCC et Foyer. Ces registres sont tenus durant toute l'intervention et constituent des outils permettant aux volontaires de suivre le poids, la situation nutritionnelle, les contributions du programme Foyer, etc. par enfant.

#### **Outils de PCC et Foyer pour la Compilation des Résultats:**

Les formulaires 8.6, 8.7, et 8.8 représentent des exemples des formulaires de compilation et de calcul des résultats de PCC et Foyer dans les villages et dans le temps.



#### **RECOURS AUX SERVICES DU FOYER**

L'indicateur, "pourcentage d'enfants admissibles ayant recours aux services du Foyer", se sert des numérateurs et dénominateurs de deux sources différentes. Le numérateur est le nombre d'enfants qui suivent réellement les séances du programme Foyer ou au nombre d'enfants admis à ce programme. Le nombre d'enfants admis se

calcule facilement, mais le recours aux services en sera surestimé parce que tous ces enfants ne suivent pas les séances. Par ailleurs, tous ceux qui les suivent n'en appliquent pas les principes pour en tirer des profits réels. Ainsi, il incombera au responsable du projet de définir l'utilisation du programme. Une solution serait de compter les enfants qui ont suivi 85% (c-à-d, 10 des 12 jours) d'une séance Foyer donnée.

Le dénominateur est le nombre d'enfants qui, dans une évaluation nutritionnelle, ont été identifiés comme étant dans un état spécifique de malnutrition tel que défini dans le projet. Le pourcentage de ces enfants qui suivent les séances Foyer (à une fréquence établie par le responsable) représentent l'indicateur, "pourcentage des enfants admissibles ayant recours aux services Foyer". Signalons que la définition de "recours" varie tout au long du projet. En premier lieu, il pourrait s'agir du nombre d'enfants admis comme mesure de l'implication initiale de la communauté. Avec une participation communautaire massive manifeste, il pourrait inclure tous les enfants admis, sans tenir compte des niveaux.

Plus tard, après une mobilisation accrue, il pourrait avoir un niveau plus élevé pour évaluer seulement la participation optimale. Rappelons cependant que les indicateurs ne peuvent être comparés dans le temps que si la définition du numérateur et dénominateur reste constante.



### OUTIL DE CONTROLE DES COMPORTEMENTS

Les indicateurs proposés pour le suivi des comportements (“pourcentage des enfants cibles âgés de zéro à six mois nourris exclusivement au lait maternel” et “pourcentage des enfants visés de six à neuf mois bénéficiaires d’une alimentation supplémentaire”) peuvent se calculer en se servant de l’outil de suivi des comportements (Formulaire 8.9). Les instructions pour le calcul de l’indicateur figurent dans le formulaire à la fin de ce chapitre. Son format peut être modifiée pour suivre les pratiques enregistrés ou la connaissance d’autres renseignements-clé relatifs au projet. La fourchette d’âge peut être révisée en fonction du comportement ciblé et de la taille de la population. Cette méthode de collecte des données ne remplace pas une enquête. Son échantillon est réduit et non-aléatoire et sa méthode d’interview est incertaine. Toutefois, si, au fil du temps, il est calculé sur par plusieurs sites, cet outil peut permettre au responsable du projet de tirer de prudentes conclusions. Les niveaux du comportement cible sont ils toujours bas ou s’il y a-t-il eu une amélioration. Au pire, la méthode constitue une “intervention” qui contribue indirectement à la promotion du comportement-clé en soulevant des questions relatives à son existence. En outre, le changement de comportements peut être considéré comme un indicateur quantitatif de la réussite (augmentation du poids ou l’atteinte de la situation sanitaire escomptée).

*L’outil de suivi des comportements ne remplace pas l’enquête. Toutefois, si, au fil du temps, il est calculé sur plusieurs sites, cet outil peut permettre au responsable du projet de tirer de prudentes conclusions: Les niveaux du comportement cible sont-ils toujours bas ou s’il y a-t-il eu une amélioration.*



### OUTIL DE CONTRÔLE DU POIDS

Le dernier exemple, un outil de suivi du poids (Formulaire 8.10) contribue au choix de notre indicateur, “pourcentage des volontaires qui pèsent des enfants avec exactitude.” Il incombera toujours au responsable du projet de décider la définition d’une “pesée exacte”, un processus reconnu complexe. Signalons que, comme dans la tentative de suivi des comportements tel que décrit ci-dessus, la surveillance des technique de pesée sera une occasion excellente de recyclage. Après une ou deux séances de suivi, le responsable pourra certainement remarquer un comportement idéal et voudra diminuer l’intensité du suivi de cet indicateur particulier de qualité, pour introduire d’autres choisis en accord avec les personnes qui feront l’objet du suivi. Un “contrôle-surprise” des compétences assimilées antérieurement pourra exhorter davantage les volontaires au maintien de leurs compétences.

*La surveillance des techniques de pesée est une excellent occasion excellente de recyclage. Après une ou deux séances de suivi, le responsable pourra certainement remarquer un comportement idéal.*

## 5. Comparer les indicateurs aux cibles pré-établis

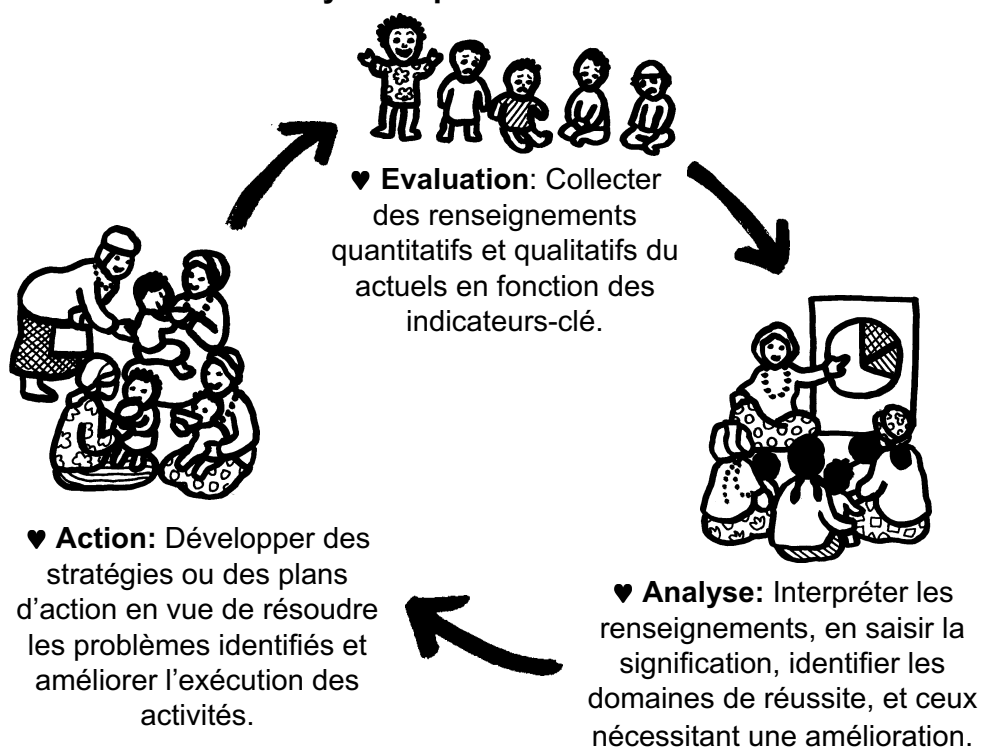
Un graphique simple représentant les résultats réellement atteints par trimestre et comparés aux objectif pré-établis peut donner au Responsable du projet ou aux autres des renseignements clairs sur l’état d’avancement du projet.

## 6. Rendre Compte à la Communauté de l'Etat d'Avancement du Programme

Rendre compte à la communauté, ou au suivi communautaire du projet est important pour encourager les individus mobiliser les groupes, accroître le niveau d'appropriation communautaire, stimuler les discussions et la résolution des problèmes, et se rejouir des résultats. Des réunions mensuelles ou bi-mensuelles axées sur le cycle. "Triple A", cycle d'évaluation, d'analyse et d'action initié par l'UNICEF complètent le cycle du processus de suivi continu. La colonne "Utilisation" des indicateurs dans le tableau 8.3 correspond au cycle Triple A.

Rendre compte à la communauté, ou le suivi communautaire du projet est important pour encourager les individus, mobiliser les groupes, accroître le niveau d'appropriation communautaire, stimuler les discussions et la résolution des problèmes se rejouir des résultats.

### Le cycle Triple "A" consiste en:



Des "tableaux d'affichage" communautaires peuvent suivre les indicateurs-clé, en particulier ceux identifiés par la commission chargée du projet avec l'apport de la communauté. Les résultats qui doivent faire l'objet de suivi comprendront des données claires relatives au niveau de la malnutrition des enfants. Les méthodes de tableaux d'affichage permettront le suivi des évaluations-clé dans le temps. Le chapitre 3 présente plusieurs méthodes pour la présentation graphique des données à la communauté.

## C. Evaluation de l'Efficacité et de l'Impact du Programme

La signification littérale de l'évaluation est l'estimation de quelque chose. Elle constitue une phase très importante du processus général, offrant aux intervenants et aux acteurs l'occasion de s'approprier des réalisations du projet, d'identifier et analyser tous les problèmes et d'émettre des recommandations pour la mise en œuvre ultérieure d'autres projets.

Les évaluations répondent à des questions spécifiques. Le type d'évaluation est déterminé suivant les questions soulevées, la personne qui les soulève, et suivant des ressources disponibles pour y répondre. La série suivante des questions illustre diverses stratégies d'évaluation. Pour de plus amples renseignements relatifs à la réalisation d'une évaluation participative, voir le Chapitre 6 de "How to Mobilize Communities for Health and Social Change" (voir la Section Ressources).



### **Le projet Foyer a-t-il atteint les résultats attendus?**

Un suivi interne du projet, notamment en ce qui concerne les changements de la situation sanitaire, suffira dans certains cas à répondre à cette question. Si l'exécution du projet a été bien faite, on s'attendra à une amélioration satisfaisante de la situation sanitaire. Un autre scénario serait la "N"ième répétition d'un projet dont on a fait plusieurs évaluations qui ont confirmé l'efficacité du modèle. A dans ce cas, le suivi interne pourrait satisfaire les critiques les plus perspicaces comme celles du gouvernement ou des partenaires multilatéraux.

### **Le projet Foyer a-t-il REELEMENT atteint les résultats attendus?**

La différence réside en ce que l'interrogateur ne se contentera pas seulement du suivi interne, soit parce que le modèle est nouveau, soit parce qu'elle s'intéresse aux résultats qui n'ont pas été évalué d'une façon fiable par le suivi (exemple les comportements des ménages), ou parce qu'elle a une raison valable de mettre en doute la base conceptuelle du modèle. Une situation du genre nécessite des évaluations externes, appuyées par des ressources supplémentaires. Les enquêtes de base et les enquêtes finales éclairent ces questions. Entre autres considérations, les chercheurs s'intéressent particulièrement à la taille de l'échantillon pour que le modèle ait un pouvoir biostatistique capable de détecter des changements survenus dans les indicateurs par rapport à la question fondamentale. Des modèles plus rigoureux utilisent des évaluations semblables dans des communautés (suivi) non-bénéficiaires de l'intervention. La différence au niveau des résultats entre les communautés faisant l'objet d'expérience (Foyer) et celles faisant l'objet de suivi permet au chercheur de prendre en considération des changements dus à des causes extérieures au programme tels que le temps, les facteurs socio-économiques et autres du genre (biais). Les modèles encore plus rigoureux classent, d'une façon aléatoire, des communautés soit dans le domaine d'intervention Foyer ou dans le domaine sous suivi pour équilibrer les biais et quantifier la certitude des résultats.

### **Quel est l'avantage du projet Foyer par rapport aux projets non-Foyer?**

Cette question fréquente sur l'évaluation demande la comparaison de deux modèles, ce qui est une question pertinente dans le contexte général de la rareté des ressources exagérément sollicitées. Ce modèle se fonde sur deux ou même trois types d'approche à savoir l'approche du Foyer, d'une intervention non-Foyer, et peut-être de suivi en dehors de ces deux interventions afin de faciliter des comparaisons. On pourrait inclure une analyse des coûts, étant donné que plus le modèle est efficace plus il pourrait coûter trop cher.

### **Comment le projet Foyer a-t-il donné des résultats attendus?**

Cette question vise à comprendre ce qui a exactement conduit aux résultats. Le suivi interne a par exemple confirmé, à plusieurs reprises, que les programmes Foyer améliorent la situation nutritionnelle des bénéficiaires. Cependant, peu d'évaluations ont mesuré les comportements intermédiaires sans compter l'incidence de la morbidité. A notre connaissance, aucune tentative d'évaluation Foyer n'a concerné à la fois le changement des comportements et le changement du déterminant du comportement. La réponse à ce genre de questions s'appuiera probablement sur une combinaison d'enquêtes de base et d'enquêtes finales, ainsi que des techniques qualitatives, notamment des interviews des informateurs-clés des groupes des discussions groupe dirigées avec les responsables des enfants, les leaders de la communauté et d'opinion, et les volontaires.

*Dans certaines circonstances, pour savoir si le Project Foyer a réellement atteint ses résultats prévus, il peut être nécessaire de mener des évaluations externes, appuyées par des ressources supplémentaires, typiquement des enquêtes de base et finales.*



### **Quels indicateurs de la qualité du Foyer sont-ils les plus importants?**

C'est une question spécifique et pratique qui traite du processus de la mise en œuvre du programme Foyer. Tel qu'indiqué plus haut, un bon indicateur a certaines caractéristiques, dont celui de permettre l'obtention de résultats de haut niveau. Autrement dit, quels sont les indicateurs, Foyer de qualité qui présagent le mieux l'amélioration du comportement des responsables des enfants ou de l'état nutritionnel des enfants? Si on pouvait trouver un certain nombre d'indicateurs-clé de qualité à savoir les contributions quotidiennes des mères, la fréquentation, ou la connaissance des aliments de déviance positive (DP); le programme de suivi de qualité serait plus efficace. Cette étude spéciale exigerait la combinaison des données de qualité du programme Foyer avec d'autres résultats, si les ressources le permettent.

*L'évaluation de la viabilité au niveau de la communauté pourrait concerner entre autres la situation sanitaire des anciens bénéficiaires ou des enfants qui sont nés après le projet, le changement des comportements des ménages, le changement des attitudes des membres-clé de la communauté, ou des structures de gestion communautaire.*

### **Les résultats Foyer sont-ils durables?**

Les évaluations de la viabilité du projet ne sont pas fréquentes, étant donné que les ressources réduites sont rarement affectées à l'étude des communautés qui ne sont plus ciblées par le projet. L'évaluation de la viabilité au niveau de la communauté pourrait concerner entre autres la situation sanitaire des anciens bénéficiaires ou des enfants qui sont nés après le projet, le changement des comportements des ménages, le changement des attitudes des membres-clé de la communauté, ou des structures de gestion communautaire. Des enquêtes quantitatives pourraient évaluer l'anthropométrie (le poids et la taille) et enregistrer les comportements des ménages. Des enquêtes qualitatives vérifieront les changements des attitudes à savoir la complaisance en ce qui concerne la malnutrition des enfants, la confiance en soi des responsables des enfants et des volontaires, la résolution communautaire des problèmes comprenant l'application de la Déviance Positive aux nouveaux défis, la situation et la fonction des structures communautaires compétentes, et d'autres du genre.

Il est conseillé à l'équipe de mener, un à deux ans après l'exécution du projet Foyer, une évaluation récapitulative en collaboration avec un auditeur externe. Le tableau 8.4 présente un échantillon d'un cadre d'évaluation récapitulative avec des objectifs, des indicateurs et des méthodes/outils à utiliser.

## RÉSULTATS DU TERRAIN



### Egypte

Save the Children a mené une EDP dans la province (Gouvernorat) de la Haute-Egypte en 1999. Les découvertes de cette enquête ont été les aliments DP à savoir salade, œufs, fromage, légumes et la fourniture des aliments complémentaires aux enfants de moins d'un an. Le programme a intégré ces résultats dans le programme Foyer semblable à ceux du Vietnam (Voir l'étude de cas dans le Sommaire). Une

évaluation externe menée en 1999 a décrit l'impact du programme en détail, faisant état d'une baisse de la malnutrition de 47 à 17% au sein des communautés couvertes par l'intervention, alors qu'il n'y avait aucun changement dans les communautés non-couvertes par l'intervention (48 à 46%). L'Évaluateur a suggéré d'élargir l'approche par la stratégie de l'Université Vivante qui a été appliquée avec succès par Save the Children au Vietnam. En 2000, des chercheurs sont retournés sur le site d'intervention et ont confirmé que les activités de l'ONG avaient eu l'impact escompté. Leur rapport a fait état d'un changement impressionnant des attitudes des mères, des pères, et des belles-mères. Cette réussite a incité l'équipe de la même ONG à élargir le programme pour cibler les femmes pendant la période de grossesse.



### Mali

En mars 1999, Save the Children a mené une EDP avec la participation des membres de la commission de santé en provenance des villages de Falabula et Sogola dans le District de Bougouni de la Région de Sikasso. Certains des comportements et pratiques identifiés en appliquant cette méthode sont entre autres le rôle des pères dans l'alimentation des enfants, leur surveillance pendant les repas, manger six fois par jour, et

se laver les mains avant le repas. Des séances Foyer inspirées des DP ont débuté en mai. D'après les données du programme, on a enregistré une amélioration significative, une déviation standard entière (de 2,8 à 1,8 selon les Score Z) de l'état nutritionnel des enfants qui ont suivi les séances Foyer par opposition à l'absence de changement (statique à 2,5 selon le Score Z) dans l'échantillon de comparaison. Par ailleurs, l'amélioration de l'augmentation du poids s'est maintenue. Six mois après, 68% des mères utilisaient les techniques appropriées de sevrage et l'état nutritionnel de 85% des enfants s'était amélioré. Avant l'introduction de l'approche DP, les séances de contrôle de la croissance avaient moins de succès chez les enfants malnutris. Save the Children utilise encore cette approche pour l'alimentation des enfants et compte ajouter quatorze nouveaux villages en 2002.



### Pakistan

La première étude du genre a été menée en 1999 par Save the Children en collaboration avec l'Université d'Emory en comparant les résultats d'une EDP avec une étude cas-temoin en vue de déterminer les facteurs liés à l'état nutritionnel des enfants Afghans réfugiés au Pakistan. L'analyse a montré que l'enquête et l'étude ont identifié deux comportements associés à un bon état nutritionnel s'identifie, à savoir

allaiter l'enfant plusieurs fois en cas de diarrhée et augmenter le nombre de ses repas pendant les période de maladie et de convalescence. Toutefois, seule l'enquête a retenu des comportements complexes dont l'alimentation active, alors que l'étude n'a identifié que des facteurs tels que le recours aux services de vaccination et de contrôle-de la croissance, l'âge des enfants, et le désir d'avoir plus d'enfants. Les chercheurs ont conclu qu'EDP serait mieux que l'étude cas-temoin pour identifier des attitudes (comme l'affection des mères) et des comportements complexes, vu que ces attitudes sont plus à même d'être identifiées par l'approche d'observation participative de l'EDP. L'Étude

*Save the Children a mené des programmes dans divers pays. Les résultats de l'évaluation de ces programmes sont repris ci-après(1)*

*Au Mali six mois après DP/Foyer, 68% des mères utilisaient les techniques appropriées de sevrage, et l'état nutritionnel de 85% des enfants s'était amélioré. Avant l'introduction de l'approche DP, les séances de contrôle de la croissance avaient moins de succès chez les enfants malnutris.*

## RÉSULTATS DU TERRAIN

a confirmé que cette même approche est une méthode valable, participative et peu coûteuse pour l'identification des comportements alimentaires et des autres facteurs liés à une bonne alimentation. Ces résultats ont permis d'affiner des interventions en cours dans le domaine nutritionnel et ont contribué à la compréhension de la méthodologie.

*Malgré cette situation d'insécurité alimentaire profonde, il a été encourageant de voir ces familles DP avec leurs comportements d'adaptation en Ethiopie.*



### Ethiopie

En octobre et novembre 2000, Save the Children a mené une Etude sur la DP dans le District de Liben dans la Région de Oronia au Sud de l'Ethiopie qui connaît une insécurité alimentaire chronique. Six communautés représentant deux ethnies différentes ont fait l'objet d'enquête en vue d'identifier des comportements et pratiques DP que l'on pourrait adapter, en dépit de l'insuffisance alimentaire. Parmi les comportements identifiés figurent l'initiation à l'allaitement immédiatement après l'accouchement et l'allaitement exclusif pendant quatre ou six mois. Des familles DP ont été en général plus impliquées dans leurs communautés et leurs parents étaient impliqués dans les soins des enfants. Malgré cette situation d'insécurité alimentaire profonde, il a été encourageant de voir ces familles DP avec leurs comportements d'adaptation. Les découvertes sont en cours d'incorporation dans les programmes existants en cours qui s'occupent à la fois des manifestations et des causes fondamentales de la malnutrition.



### Bolivie

En 1999, Save the Children et l'Université d'Emory se sont associées pour évaluer la méthodologie de l'Etude sur la DP tel qu'il en est fait description dans le Guide de l'ONG: "Designing a Community Based Nutrition Program Using The Health Model and the Positive Deviance Approach.". Six communautés des campagnes montagneuses de Ouero ont été concernées par le projet-pilote. Ces méthodes ont révélé des aliments spéciaux tels que jus de carotte, navets, radis et choux ainsi que de bonnes pratiques sanitaires entre autres l'allaitement exclusif pendant six mois et la préparation alimentaire propre. Ces programmes DP sont encore en vigueur en Bolivie en dépit des défis inhérents à sa situation montagnaise. La dispersion de la population ne facilite pas l'apprentissage des groupes de quartier (comme c'est le cas avec le programme Foyer). De plus, le problème nutritionnel fondamental qu'est le retardement de la croissance exige la création de nouveaux indicateurs pour les enfants admis au programme et leur classification selon la taille. L'amélioration de la taille est plus difficile à mettre en évidence que celle du poids. Des actions ultérieures comportent une enquête minutieuse sur les résultats de l'EDP et les pratiques communautaires puisque les légumes DP identifiés pendant l'enquête-pilote ne semblent pas bien expliquer l'impact observé sur la santé des enfants.

*Le tableau 8.5 présente des résultats supplémentaires émanant des efforts de suivi et d'évaluation.*

**TABLEAU 8.5****IMPACT NUTRITIONNEL DU PROGRAMME DP/FOYER DANS PLUSIEURS PAYS**

<b>Pays</b>	<b>Résultats</b>
<b>Haïti</b>	Baisse du 3 <sup>e</sup> degré de malnutrition de 26% à 6%, trois ans après la participation au programme Foyer. L'augmentation du score Z était de 0,34 entre l'entrée dans le programme et le suivi (2 à 6 mois après la participation). Neuf mille enfants ont été réhabilités pendant deux ans avec une baisse de mortalité observée chez les enfants participants (2)
<b>Guinée</b>	Augmentation du poids des participants 2 mois après: 57% ont eu un rattrapage de la croissance et 26% une croissance normale (3)
<b>Bangladesh</b>	Augmentation du poids 2 mois après: 43% ont eu un rattrapage de la croissance et 47% une croissance normale (2)
<b>Vietnam</b>	Eradication de la malnutrition sévère (3% à 0%), baisse du taux de la malnutrition moyenne (12% à 5%), et de la malnutrition légère (26% à 21%) deux ans après le retrait de l'organisation chargée de l'exécution du programme. (2/3 de ces enfants sont nés après cette période). La situation nutritionnelle globale s'est améliorée de 0.3 selon le Score Z. Une étude de cas-temoin a révélé une baisse de malnutrition de 40% par rapport à une zone socio-démographique semblable qui n'a pas bénéficiée de l'intervention Foyer (2)
<b>Népal</b>	73% ont connu une amélioration de la malnutrition moyenne ou sévère à la malnutrition légère ou état de santé normal et l'amélioration de la situation s'est maintenue à 70% pendant 18 mois après l'amélioration initiale

**Le lien** entre les programmes d'assistance et le programme Foyer constitue un domaine qui a besoin davantage de recherches. Des démarches sont déjà entreprises en vue de mettre sur pied des programmes d'urgence qui cadrent avec la philosophie du programme Foyer par ce qui est dénommée Approche des Soins Thérapeutiques Communautaires (STC). Cette approche a orientation communautaire vise le traitement de la malnutrition sévère, même au plus fort d'une crise. Des essais ont réussi jusqu'à ce jour même si des importations alimentaires sont nécessaires pendant l'intérim, l'hypothèse en est que l'on peut établir une continuité entre les programmes humanitaires et les programmes de développement.

Ainsi, dans les endroits où sont implantés les programmes Foyer, on pourra les utiliser pour jeter la base d'une approche d'assistance axée sur la communauté. En cas d'urgence, la STC sera transformée en un programme Foyer pendant la période de transition (3)

**TABLEAU 8.6****EXEMPLE DE CADRE DE SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION**

ACTIVITE	OBJECTIFS ESCOMPTEES	INDICATEURS PROPOSES	METHODES / OUTILS
Promotion du Contrôle de la Croissance (PCC)	50% d'augmentation de l'enregistrement des naissances et des décès	Nb et % d'augmentation de naissances et de morts enregistrés	Registre de PCC/ Foyer
	85% de tous les enfants de moins de 3 ans sont pesés régulièrement	Nb et % d'enfants < 3 ans pesés à chaque PCC	Données de Foyer collectés tous les 2 mois
	85% des responsables connaissent l'état de santé de leurs enfants	% responsables des enfants < 3 connaissant l'état de santé de leurs enfants	Interview des responsables d'enfants
	90% de volontaires enregistreront le poids avec précision	Nb et % de volontaires qui enregistrent le poids avec précision	Registre PCC des volontaires
Cure de Vermifuge	85% des enfants de 1-3 ans ont reçu la cure de vermifuge deux fois par an	Nb et % d'enfants de 1-3 qui ont reçu la cure de vermifuge deux fois par an	Rapports Foyer et registre PCC
			Rapports Foyer
FOYERS	90 % d'enfants malnutris identifiés <3 sont inscrits dans Foyer	Nb et % d'enfants malnutris identifiés impliqués dans Foyer	Registre de PCC/ Foyer
	70 % des participants Foyer sont réhabilités	Nb et % des enfants malnutris modérément et severement passant à l'état nutritionnel normal	Registre Foyer
	50 % des participants au Foyer maintiennent un état nutritionnel amélioré 6 à 12 mois après la réhabilitation	Nb et % des participants maintenant un état nutritionnel amélioré 6 à 12 mois après la réhabilitation	Resultat PCC
	50% d'augmentation des filles qui ont atteint l'état nutritionnel normal	Nb et % des filles qui ont atteint un état normal	Registre de PCC
	20% de réduction de la malnutrition globale chez les enfants moins de 3 ans	Nb et % d'enfants qui ont atteint l'état nutritionnel après 1 an et 2 ans	Registre de PCC
Pratiques d'alimentation	Les responsables introduiront une alimentation complémentaire aux environs de 6 mois	Nb et % des responsables des enfants de 6 à 8 mois qui sont au courant de l'alimentation complémentaire à 6 mois	Interview des responsables des enfants entre 6 et 8 mois
	Les responsables donneront de la nourriture à l'enfant de 12 mois 5 fois par jour y compris un casse-croûte, en plus du lait maternel		GDD avec les mères et d'autres responsables lauréats Foyer
	Les responsables donnent aux enfants une variété de nourriture à chaque repas y compris les aliments DP	Les responsables qui disent avoir nourri leurs enfants à chaque repas avec de la nourriture DP y compris légumes et graisse	GDD avec les mères lauréates, interview en profondeur et observation à domicile
	Les responsables donneront une alimentation appropriée (quantité et variété) pendant que l'enfant est malade.	Les responsables qui disent avoir acquis les nouvelles techniques d'alimentation des enfants malades et convalescents	GDD avec les mères et d'autres responsables lauréats de Foyer.

**TABLEAU 8.6****EXEMPLE DE CADRE DE SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION**

ACTIVITE	OBJECTIFS ESCOMPTEES	INDICATEURS PROPOSES	METHODES /OUTILS
Pratiques de soins	Les pères participeront aux soins des enfants et passeront plus de temps avec leurs enfants	Les pères participants au Foyer qui ont rapporté passer plus de temps avec leurs enfants et participent aux soins des enfants avec la mère.	GDD avec les pères
Pratiques de recours aux soins	Les responsables et les autres membres de la famille fourniront une stimulation cognitive et linguistique à l'enfant	Les personnes apparentées aux participants au Foyer ont rapporté qu'ils chantaient et jouaient avec l'enfant plus souvent, contribuant à l'amélioration des aptitudes d'articulation, de langage et de communication chez l'enfant.	GDD avec les mères et d'autres responsables lauréats Foyer
	Les responsables pratiqueront une bonne hygiène alimentaire	Les participants au Foyer qui ont rapporté avoir développé de nouvelles pratiques d'hygiène (laver les mains, les aliments, protéger la nourriture)	Interview en profondeur à domicile Observations lors des visites à domicile
	Les responsables pratiqueront une bonne hygiène corporelle pour eux mêmes et pour leurs enfants	Les participants qui ont développé les nouvelles pratiques d'hygiène corporelle (couper les ongles, se laver les mains)	GDD avec les mères et d'autres responsables lauréats de Foyer; interview en profondeur à la maison
	Les responsables identifieront les signes de gravité (infection respiratoire aiguë et maladie diarrhéique)	Les responsables connaissant les signes de gravité et pouvant les identifier avec précision	Observations lors des visites à domicile, GDD avec les mères lauréates Foyer et d'autres responsables; interview en profondeur à la maison
	Les responsables feront vacciner leurs jeunes enfants et les feront peser régulièrement (participation à PCC)	Nb et % des responsables ayant des enfants complètement vaccinés et Nb et % d'enfants participants à PCC	Registre des vaccinations et PCC
Réunion de suivi mensuelle	Le Comité de Pilotage et Foyer	Participation de tous les intervenants à toutes les réunions	Visites de suivi du personnel
	Les volontaires Foyer gèrent, évaluent et suivent le programme efficacement	Activités de suivi et de supervision sur le site Rapports précis Fonds utilisés correctement Durabilité des visites à domicile et de PCC Problèmes identifiés et résolus	Formulaires des rapports Audit, rapport financier mensuel Visites de suivi Procès-verbaux des réunions de suivi mensuelles

## EXEMPLE DE FORMULAIRES



Exemple de formulaire:  
Rapport Mensuel des  
Naissances

### FORMULAIRE 8.1 **Contrôle-des Évènements de la Vie: Rapport Mensuel des Naissances**

Nom du Village: \_\_\_\_\_ Période de \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Village	Nom du nouveau né	Nom du père	Sexe	Date de naissance Jour/Mois	Poids. (kgs)	Lieu	Nb de naissance	Commentaires

### FORMULAIRE 8.2 **Contrôle-des Évènements de la Vie: Rapport Mensuel de Décès des Enfants et des Femmes**

Nom du Village: \_\_\_\_\_ Période de \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Village	Nom	Sexe	Date de Naissance		Date de Décès		Age	Commentaires (i.e. cause de la mort)
			Mois	Année	Jour	Mois		

Nombre Total de Décès du Mois: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE 8.3****Contrôle-des Évènements De la Vie :  
Rapport Mensuel des Emigrations/Immigrations**

Nom du Village de Recensement: \_\_\_\_\_ Période de \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

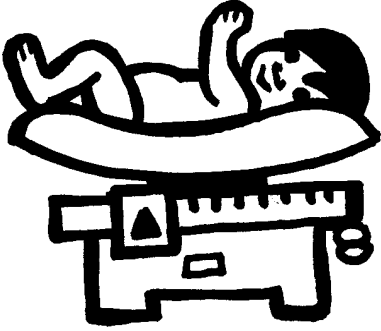
Village	Nom de l'enfant	Sexe	Nom de du père	Date de Naissances		Date de déménagement	La ou sorties	De ou À	Commentaires
				mois	année				
	,								
Nombre Total des Immigrations du Mois: _____ Nombre Total des emigrations du Mois: _____ Signature: _____									

**FORMULAIRE 8.3****Contrôle-des  
Évènements De la Vie :  
Rapport Mensuel des  
Migrations Entrées/  
Sorties**



## FORMULAIRE 8.4

Exemple de la feuille du registre de la Promotion et la Contrôle de la Croissance



### FORMULAIRE 8.4 Exemple de la feuille du registre de la Promotion et du Contrôle-de la Croissance (PCC)

Nom du Volontaire: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_

Ménage Nb	Nom d Menage	Nom de l'Enfant	Sexe M/F	Date de Naissance: Mois/Année	Date de PCC		Date de PCC		Date de PCC		Commentaires
					Poids	Etat	Poids	Etat	Poids	Etat	
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

Note: Laisser au moins deux lignes pour noter les jeunes frères et sœurs



## FORMULAIRE 8.6

Exemple de feuille de compilation des résultats du suivi de la PCC au niveau local

**FORMULAIRE 8.6** Exemple de feuille de compilation des résultats du suivi de la PCC au niveau local

Village	Population <3	Enfants pesés		Normale		Moyenne (jaune)		Sévère (rouge)		Total de malnutrits		Naissances*	Morts*	Entrées/Sorties
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%			
<b>Total</b>														

\* Y inclure les naissances et les décès survenus depuis la dernière séance PCC (les 2 derniers mois)

**FORMULAIRE 8.7** Exemple de feuille de compilation des résultats du suivi de la PCC au niveau local sur une période d'une année

SEANCE DE PCC/ DATE	Population <3	Enfants pesés		Normale		Moyenne (jaune)		Sévère (rouge)		Total malnutrition		Nais- sances*	Morts*
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
PCC 1													
PCC 2													
PCC 3													
PCC 4													
PCC 5													
PCC 6													
PCC 7													

\* Y inclure les naissances et les décès survenus depuis la dernière séance PCC (les 2 derniers mois)

**FORMULAIRE 8.7**

Exemple de feuille de compilation des résultats du suivi de la PCC au niveau local sur une période d'une année

## FORMULAIRE 8.8

Exemple de feuille de suivi mensuel des résultats Foyer

### FORMULAIRE 8.8 Exemple de feuille de suivi mensuel des résultats Foyer

Dates des Séances Foyer: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Village	Nb Enfants admis	Lauréats		Gain de poids		Poids Stationnaire		Perte de poids		Passe du rouge au jaune		# d'Enfants qui reviennent	Commentaires (deces, maladies, etc)
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
<b>Total</b>													

OU

Village	# Participants	Lauréats		Rattrapage de croissance		Croissance adéquate		Perte de poids		Nb. d'enfant qui reviennent	Commentaires (maladies, deces, participation, etc.)
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%		

## FORMULAIRE 8.9 Outil de Suivi de Comportement

#	Nom	Age (mois)	Allaitement au sein exclusif dans les dernières 24 heures?		
			Oui	Non	Ne sais pas
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

### Outil de Suivi de Comportement Tableau des Indicateurs

Nb Responsables interviewés qui ont répondu soit par "OUI" ou par "NON"	
Nb Responsables Interviewés qui ont répondu par OUI	
Pourcentage des Responsables qui ont rapporté avoir eu recours au lait maternel exclusivement pendant les dernières 24 hrs	

#### Instructions:

A une séance spécifique de Foyer, identifier des enfants de moins de 6 mois qui sont accompagnés par des responsables qui sont familiaux avec leur histoire d'alimentation pendant les 24 dernières heures :

- ♥ Interviewer chaque responsable en privé.
- ♥ Écrire le nom de l'enfant et son âge, en s'assurant que l'enfant répond aux critères d'âge tels qu'établis plus haut.
- ♥ Demander au responsable de se souvenir de tout ce que l'enfant a reçu comme nourriture depuis la veille. Si le bébé a SEULEMENT reçu du lait maternel (et pas de l'eau plate, lait en poudre, autre sorte de lait, jus, autres liquides, céréales, fruits, légumes, grains, viande, etc..), alors cocher dans la colonne marquée "Oui." Si l'enfant a reçu comme nourriture autre chose que le lait maternel, cocher dans la colonne marquée "Non." Si le responsable n'a pas une information complète, cocher dans la colonne marquée "Ne Sais Pas."
- ♥ Continuez jusqu'à ce que vous ayez des renseignements sur les dix enfants, en excluant ceux de la colonne "Ne Sais Pas".
- ♥ Faire la somme des "Oui" et "Non" et inscrire ce nombre dans la colonne correspondante dans le Tableau des Indicateurs.
- ♥ Faire la somme des "Oui" est les marquer dans la colonne correspondante du tableau des indicateurs.
- ♥ Diviser le nombre total de "Oui" par le nombre total de "Oui" et "Non" et multiplier par 100 pour avoir le pourcentage des responsables qui ont eu recours exclusivement à l'allaitement au sein dans les dernières 24 heures.



**Outil de Suivi du Poids Encadre Tableau d'Indicateurs**

# Volontaires Observés	
# Volontaires Ayant Pesé Tous Les Enfants Correctement	
Pourcentage de Volontaires Ayant Pesé Tous les Enfants Correctement:	

**FORMULAIRE 8.10 Outil de Suivi du Poids**

Volontaire	#	Poids du Volontaire	Poids du Superviseur	Désaccord?
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

**Instructions:**

- ♥ Demander aux superviseurs/formateurs d'observer les volontaires Foyer peser les enfants
- ♥ Écrire le nom de chaque volontaire.
- ♥ Expliquer au volontaire que cet enfant sera pesé deux fois.
- ♥ Observer le volontaire pendant qu'il/elle pèse le premier enfant et enregistrer le poids indiqué.
- ♥ Peser de nouveau l'enfant correctement(selon le protocole) et enregistrer le poids obtenu.
- ♥ Vérifier si les poids sont les mêmes. Cocher la colonne de "Désaccord?" si le poids est différent de \_\_\_ grammes par rapport au poids du volontaire (déterminer la différence appropriée pour le projet).
- ♥ Répéter le processus pour un total de trois à cinq enfants par volontaire.
- ♥ Discuter de vos observations avec le volontaire.
- ♥ Répéter avec les autres volontaires.
- ♥ Compléter le tableau des indicateurs.
- ♥ Discuter des résultats avec les volontaires Foyer qui sont présents.
- ♥ Enfin, envoyer la feuille à l'équipe sanitaire de la communauté avec votre rapport de supervision.

# RESSOURCES

## Apprentissage d'Adulte

Charleston, R. and B. Kittle, *Adult Learning – Towards Behavior Change: A Training Curriculum*; CARE, 2001

Vella, Jane, *Learning to Teach: Training of Trainers for Community Development* Oef International, 1989

Available: <http://www.janevella.com/books.asp>

Vella, Jane, *Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults, Revised Edition*; San Francisco: Jossey-Bass Publishing, 2002

Available: <http://www.janevella.com/books.asp>

Vella, Jane, *Taking Learning to Task: Creative Strategies for Teaching Adults*; San Francisco: Jossey-Bass, 2002

Available: <http://www.janevella.com/books.asp>

Vor der Bruegge, Ellen and Robb Davis, *Designing for Adults Course Packet*; Freedom From Hunger, 2002

Available: [http://www.coregroup.org/resources/Dialogue\\_Education\\_Course\\_Packet.pdf](http://www.coregroup.org/resources/Dialogue_Education_Course_Packet.pdf)

## Participation Communautaire

Howard-Grabman, Lisa and G. Snetro, *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*; Baltimore: Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Forthcoming (2003)

McNulty, Judiann, S. Mason, and Judi Aubel, *Participation for Empowerment*; Atlanta: CARE, 2000

Available: [www.coregroup.org](http://www.coregroup.org)

Schoonmaker-Freudenberger, Karen, *Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA): A Manual for CRS Field Workers and Partners*; Baltimore: Catholic Relief Services, 1999 Available: [www.catholicrelief.org/what/overseas/rra\\_manual.cfm](http://www.catholicrelief.org/what/overseas/rra_manual.cfm)

EDUCATION  
DE L'ADULTE



COMMUNAUTÉ





## EDUCATION DE SANTÉ



### Education de Santé

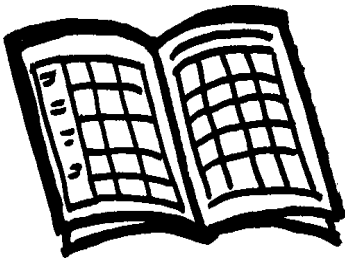
UNICEF, *Facts for Life, 3<sup>rd</sup> Edition*; New York: United Nations Children's Fund, 2002

Available: [www.unicef.org/ffl](http://www.unicef.org/ffl)

Werner, D. and Bill Bower, *Helping Health Workers Learn: A Book of Methods, Aids, and Ideas for Instructors at the Village Level, 2<sup>nd</sup> Edition*; 1995

Available: <http://www.hesperian.org/>

## SUIVI ET EVALUATION



### Outil de Suivi et d'Evaluation

Espeut, Donna, *Knowledge, Practices and Coverage Survey 2000+ Field Guide*; Calverton: The Child Survival Technical Support Project, 2001

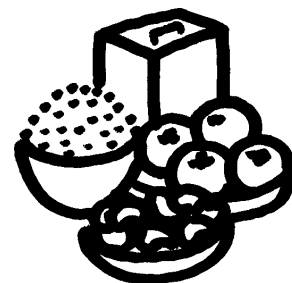
Available: <http://www.childsurvival.com/kpc2000/kpc2000.cfm>

Weiss, William and Paul Bolton, *Training in Qualitative Research Methods for PVOs & NGOs & Counterparts*; 2000

Available: [www.jhsph.edu/refugee/resources.html](http://www.jhsph.edu/refugee/resources.html)

## Nutrition

## NUTRITION



*Fourth Report on the World Nutrition Situation*; Geneva, ACC/SCN in collaboration with IFPRI, 2000  
Available: <http://acc.unsystem.org/scn/Publications/4RWNS/4rwns.pdf>

Cameron, Margaret, Yngve Hofvander, and Rondo Cameron, *Manual on Feeding Infants and Young Children 3<sup>rd</sup> Edition*; Oxford UP, 1989

Cogill, Bruce, *Anthropometric Indicators Measurement Guide*; Washington, DC: Food & Nutrition Tech. Assistance Project, 2001  
Available: <http://www.fantaproject.org/publications/anthropom.shtml>

Griffiths, Marcia, Kate Dickin, and Michael Favin, *Promoting the Growth of Children: What Works: Rationale and Guidance for Programs*; The World Bank, 1996  
Available: <http://wbIn0018.worldbank.org/hdnet/hddocs.nsf/>

Marchione, Thomas J, ed., *Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries*; Gordon and Breach Publishers, 1999

Murray, J., et al., *BASICS Technical Report: Emphasis Behaviors in Maternal/Child Health Focusing on Caretaker Behaviors to Develop Maternal/Child Health Programs in Communities*; 1997  
Available: [http://www.basics.org/publications/abs/abs\\_emphasis.html](http://www.basics.org/publications/abs/abs_emphasis.html)

Sanghvi, Tina, *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers*; World Health Organization, 1999  
Available: [http://www.basics.org/publications/abs/abs\\_nutrition.html](http://www.basics.org/publications/abs/abs_nutrition.html)

Wagman, J., and Peter Winch, eds., *Implementing and Evaluating Nutrition Interventions for Managers of PVO Child Survival Projects: A Guide to Manuals, Guidebooks, and Reports*; Child Survival Technical Support Project, 2000  
Available: <http://www.childsurvival.com/documents/NutritionManual3.pdf>

Zeitlin, Marian, Hossein Ghassemi, and Mohamed Mansour, *Positive Deviance in Child Nutrition: With Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*; United Nations University, 1990.  
Available: <http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/80697e/80697E00.htm>



## Sites Internet

**BASICS II** – Un programme global pour favoriser une approche élargie pour améliorer les comportements nutritionnels et leur résultats.  
[www.basics.org/technical/nutrition.html](http://www.basics.org/technical/nutrition.html)

**CORE Group** - Est une association à laquelle sont affiliées des organisations caritatives Américaines travaillant à l'amélioration de la santé maternelle et infantile.  
[www.coregroup.org](http://www.coregroup.org)

**Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA)**– Un projet intégré de sécurité alimentaire et de programmation nutritionnelle.  
[www.fantaproject.org](http://www.fantaproject.org)

**Projet LINKAGES** – Un projet universel de support à l'allaitement, à l'alimentation complémentaires et à la nutrition maternelle, avec appui de la méthode d'aménorrhée lactationnelle.  
[www.linkagesproject.org](http://www.linkagesproject.org)

**UNICEF** – La page d'information du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance sur la nutrition, les stratégies, les domaines d'intérêts, et les programmes d'action y compris les documents de soutien, les ressources, et les liens.  
[www.unicef.org/programme/nutrition/mainmenu.htm](http://www.unicef.org/programme/nutrition/mainmenu.htm)

**Banque Mondiale** - L'approche multisectorielle de la nutrition de la Banque Mondiale avec des liens, l'information relative au projet, les indicateurs principaux, et les documents de travail.  
[www1.worldbank.org/hnp](http://www1.worldbank.org/hnp)

**Organisation Mondiale de Santé** - L'infopage de l'OMS sur la nutrition traitant des problèmes émergents, de la recherche, et des sujets tels que la carence en micronutriments et les pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants.  
 INK <http://www.who.int/nut/index.htm>» [www.who.int/nut/index.htm](http://www.who.int/nut/index.htm)

# REFERENCES

## Rémerciements:

1. Sternin, M., J. Sternin, and D. Marsh, *Field Guide: Designing a Community-Based Nutrition Education and Rehabilitation Program Using the Hearth Model and “Positive Deviance” Approach*; Westport: Save the Children and BASICS, December 1998
2. Cribbin, M., *Application of a Positive Deviance Inquiry in the Oruro Altiplano*; Emory University, April 2000
3. Conrad, V., *Positive Deviance and Nutrition Education and Rehabilitation Programs: A Field Manual For Use in West Africa*; Save the Children, 2001

## Vue d’Ensemble:

1. *Report of The International Workshop on Improving Children’s Health and Nutrition in Communities*; 20-23 June 2000, Durban, South Africa, 2000
2. Berggren, W., *Personal interviews*
3. Sternin, M, J. Sternin, and D. Marsh. ‘*Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam*’, *Scaling Up, Scaling Down: Capacities for Overcoming Malnutrition in Developing Countries*; Gordon and Breach Publishers, 1999
4. Wollinka, O, K. E. Burkhalter, and N. Bahir (Eds), *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh*; Arlington, VA: BASICS, 1997
5. *WHO Global Strategy on Infant and Young Child Feeding, Report of the Secretariat*; 55<sup>th</sup> World Health Assembly, April 2002  
*de la Santé* 73(4): 443-448, 1995

## REMERCIEMENTS:



## OVERVIEW



6. *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries*; Programme Division, Nutrition Section, UNICEF, June 1990, New York: Monograph, 1990

7. Pelletier, D.L., et al., *The Effects of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries*; Bulletin World Health Organization 73(4): 443-448, 1995

8. *Evidence and Information for Policy*; WHO Child and Adolescent Health and Development, 2001

9. Sanghvi, T. *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers*; BASICS/UNICEF/WHO, 1999

## CHAPITRE 1



### Chapitre 1:

1. Berggren, G, and M. Moreaux, *HEARTH/Positive Deviance Approach to Combating Malnutrition in Haiti: "Ti Foyers" in Haiti; Report on Field Visit and Workshop at Deschapelles, Haiti; 10-19 September 2002*

## CHAPITRE 3



### Chapitre 3:

1. *Reference Data for the Weight & Height of Children in Measuring Change in Nutritional Status*; WHO, 1993

2. *How to Weigh and Measure Children: Assessing the Nutritional Status of Young Children in Household Surveys*; UN Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office, 1996

3. Cogill, B., *Anthrometric Indicators Measurement Guide*; Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2001

## CHAPITRE 4



### Chapitre 4:

1. Allen, H., et al., *New Policies for Using Anthelmintics in High Risk Groups; WHO Informal Consultation on the Use of Praziquantel during Pregnancy/Lactation, and Albendazole/Mebendazole in Children under 24 Months*; April 2002

2. Marsh, D. and K. Lapping, *Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1*; 31 December 2001

## Chapitre 5:

1. *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*; Geneva: WHO, 1999
2. *Dietary Reference Intakes*; Food and Nutrition Board of the National Academy of Sciences, in publication
3. *Facts for Life*; UNICEF, 2002
4. *Facts for Feeding, Guidelines for Appropriate Complementary Feeding of Breastfed Children 6-24 Months of Age*; LINKAGES, 2001.
5. Sanghvi, T., *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers*; WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 22
6. Marsh, D. and K. Lapping, *Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1*; 31 December 2001
7. Griffiths, M. and V. De Alvarado, *Honduras: The AIN Community Experience*; The Manoff Group, 1999
8. Sternin, M, J. Sternin, and D. Marsh, 'Scaling Up a Poverty Alleviation and Nutrition Program in Vietnam', *Scaling Up, Scaling Down: Capacities for Overcoming Malnutrition in Developing Countries*; Gordon and Breach Publishers, 1999
9. Berggren, W. and J. Grant, *Community Health Report to the Grant Foundation*; 1995
10. Sanghvi, T., *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers*; WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 232
11. Sanghvi, T., *Nutrition Essentials: A Guide for Health Managers*; WHO/BASICS/UNICEF, 1999, 228



## CHAPITRE 7



### Chapitre 7:

1. Pyle, D. and T. Tibbetts, *An Assessment of the Living University as a Mechanism for Expansion*; Draft, 2002
2. Wollinka, O, K. E. Burkhalter, and N. Bahir, eds., *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh*; Arlington, VA: BASICS, 1997
3. Diene, S. and M. Sternin, *On the Use of the Positive Deviance Approach and Hearth Model to Combat Malnutrition in West Africa*; Arlington, VA: BASICS, November 2000

## CHAPITRE 8



### Chapitre 8:

1. Marsh, D. and K. Lappi, *Save the Children and the Positive Deviance Approach, Working Paper No. 1*; 31 December 2001
2. Wollinka, O, K. E. Burkhalter, and N. Bahir, eds., *Hearth Nutrition Model: Applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh*; Arlington, VA: BASICS, 1997
3. Meyers, J. *Maternal and Child Health Initiative program in Dabola, Guinea*; PowerPoint presentation at USAID, Africare, May 2000
4. Grobler Tanner, C., *Comments on manuscript review*; November 2001



## Déviance Positive / Foyer Manuel Ressource pour une Réhabilitation Durable des Enfants Malnutrits



**DP/Foyer** est une approche efficace de programme de nutrition basé sur le ménage et la communauté pour les enfants à risque de malnutrition dans les pays en voie de développement. Il a permis à des centaines de communautés de réduire les niveaux de malnutrition infantile et de la prévenir des années après la fin du programme.

L'approche de "Déviance Positive" est utilisée pour trouver les pratiques rares et efficaces des mères ou des responsables d'enfants bien nourris des familles pauvres. Une fois identifié, les moyens sont recherchés pour étendre ces pratiques et ces comportements aux autres membres de la communauté ayant des enfants malnutrits.



Un "Foyer" est le montage de la partie d'éducation de nutrition et de réhabilitation du programme suggérant une famille autour d'une cheminée ou dans une cuisine. Les Foyers sont exécutés dans les maisons où les responsables des enfants et les volontaires préparent "les nourritures déviantes positives". Ils pratiquent les comportements efficaces de protection infantile et nourrissent les enfants malnutrits avec les repas supplémentaires riches en énergie et en calorie.

**Parsemé d'exemples pratiques du terrain, d'outils et d'idées utiles,** ce guide explique point par point comment:

- ♥ Identifier les enfants à risque
- ♥ Conduire une Enquête de Déviance Positive
- ♥ Conduire une séances Foyer
- ♥ Etablir un système de suivi et d'évaluation



**CORE Incorporated**  
220 I Street, NE Suite 270  
Washington DC 20002 (Etats-Unis)  
Téléphone (202) 608-1830 / Fax (202) 543-0121  
[www.coregroup.org](http://www.coregroup.org)