DRC-IHP: Trip Report: Chouahibou Nchamoun

Chouahibou Nchamoun

October 27, 2011

Nutrition, Essential Nutrition Actions, malnutrition, community-based nutrition management

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement AID-OAA-A-10-00054. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Integrated Health Project of the Democratic Republic of Congo (DRC-IHP)
Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155
Telephone: (617) 250-9500
www.msh.org

DRC-PROSANI Trip Report Template

Integrated Health Project
in the Democratic Republic of Congo

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

1. Scope of Work:

Destination and Client(s)/ Partner(s)	DRC, Integrated Health Project
Traveler(s) Name, Role	Chouahibou Nchamoun, Nutrition Consultant
Date of travel on Trip	05 /10 – 27/10/2011
Purpose of trip	Technical assistance to IHP in the appropriate and effective integration of nutrition activities into the Minimum Package of Activities (MPA plus) implemented in the supported health facilities and communities
Objectives/Activities/ Deliverables	1. IHP staff orientation on Essential Nutrition Actions (ENA), Integrated management of Acute Malnutrition (IMAM) and Household Food Security (HFS) 2. Recommendations for (i)- IHP year 2 annual work plan, (ii)-IHP nutrition sectorial plan and (iii)-National protocol for IMAM 3. Development of a community strategy/approach to implement Essential Nutrition Actions (ENA) 4. Definition of key indicators for the implementation and monitoring of ENA, IMAM and HFS 5. Development of strategy/tools to prevent chronic malnutrition in IHP localities
Background/Context, if appropriate.	The implementation of IHP nutrition component has lately started during year 1. For this reason the newly hired Nutrition Advisor needs technical support to improve planning/monitoring and development of appropriate tools for better achievements. Moreover nutrition has connections with other IHP interventions such: • Family planning (FP) • Maternal, new born and child health (MNCH) • Malaria and Tuberculosis • HIV/Aids • WASH Due to this, IHP staff orientation was necessary for deep understanding of nutrition by all technical staff.

2. Major Trip Accomplishments: Should include the major programmatic goals realized, relevant metrics, and stories of impact from the trip.

Key achievements: 1. Introduction of the Consultant to IHP Team

2. Review of scope of work and adoption of Consultant work plan with focus on the main deliverables to produce. Consultant work plan was produced during pre-visit preparation
3. Courtesy visits with the Ministry of Health (PRONANUT) and other partners working on Nutrition (UNICEF, WHO, WFP and ACF)
4. Review/exploitation of nutrition related technical documents both from national counterpart and IHP.
5. IHP Staff orientation on Essential Nutrition Actions (ENA), Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM) and Household Food Security (HFS). A power point presentation was used as the main tool followed by questions/answers.
6. Recommendations for IHP year 2 annual work plan improvement with focus on nutrition interventions to cover ENA and IMAM
7. Development of community approach to support ENA implementation. Technical document with objectives, strategies, activities, implementation and monitoring mechanisms is elaborated and submitted to IHP technical team
8. A list of key indicators for IHP Nutrition component is produced and submitted to IHP technical team
9. Development of relevant strategies and tools for chronic malnutrition management. Technical document is elaborated and submitted to IHP technical team.
10. Recommendations for IHP nutrition sectorial plan improvement are submitted
11. Debriefing with USAID

3. Next steps: Key actions to continue and/or complete work from trip.

Description of task	Responsible staff	Due date
Development of simplified guidelines for community workers in the use of MUAC to identify acute malnutrition	Nutrition Advisor	Before training sessions start
Finilize tools for essential nutrition actions (ENA) data collection for community workers and health workers	Nutrition Advisor	Before training sessions start
Development of monitoring check list for Nutrition	Nutrition Advisor	Before training sessions start
Development of nutrition database for IHP		ASAP

4. Contacts: List key individuals contacted during your trip, including the contacts' organization, all contact information, and brief notes on interactions with the person.

Name	Contact info	Home organization	Notes
Ousmane Faye	COP, ofaye@msh.org	MSH	
Gilbert Andriasanandrasana	Senior Technical Advisor IHP, gandrianandrasana@msh.org	MSH	
Matthieu Koy	Nutrition Advisor, IHP mkoy@msh.gov	MSH	
Prof Mbanea	Nutrition Program Director	Ministry of Health	
Adriana Davis	Health Officer, addavis@usaid.gov	USAID/DRC	
John Bernon	Health Officer jbernon@usaid.gov	USAID/DRC	
Richard Matendo	Kinshasa Health rmatendo@usaid.gov	USAID/DRC	
Brigite Kini	Maternal & Child Health	WHO	
Marie Claude Mbuyi	Maternal & Child Health	WHO	
Theophile Basimba	Nutrition Specialist	UNICEF	

DRC-PROSANI Trip Report Template

Name	Contact info	Home organization	Notes
Patrice Badibango		WFP	
Odon Timiti		WFP	
Claude Banywesize	Emergency Nutrition Coordinator	AAH	
Justin Kabuyaya	Programme Nutrition Coordinator	AAH	
Yaya Drabo	COP	C-Change	

5. Description of Relevant Documents / Addendums: Give the document's file name, a brief description of the relevant document's value to other CLM staff, as well as the document's location in eRooms or the MSH network. Examples could include finalized products and/or formal presentations, TraiNet Participant List, Participant Contact sheet, and Meeting/Workshop Participant Evaluation form are examples of relevant documents.

File name	Description of file	Location of file
Community strategy for ENA implementation	• Key components • Objectives • Relevant strategies • Key interventions • Implementation and monitoring	Nutrition Advisor files
Strategy for chronic malnutrition prevention	• Objectives • Strategies • Key interventions • Implementation and monitoring	Nutrition Advisor files
Key indicators for nutrition IHP component	• Impact indicators • Output indicators • Input indicators	Nutrition Advisor files
Recommendations for IHP year 2 annual work plan	7 recommendations suggested	Nutrition Advisor files
Power point document for IHP staff orientation	• Positive impact of Essential Nutrition Action on IHP objectives and achievements • Nutrition connection with IHP interventions	Nutrition Advisor files
Power point document for USAID debriefing	Emphasis on supply procurement (therapeutic foods and equipment) on efficient management of acute malnutrition	Nutrition Advisor files
Power point document for IHP staff debriefing	Emphasis on nutrition connection with IHP interventions which will allow easy integrated supervion	Nutrition Advisor files

APPROCHE COMMUNAUTAIRE

DE

MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS ESSENTIELLES EN NUTRITION (AEN)

DANS LES ZONES DE SANTE DE PROSANI

RDC

Présenté par : Chouahibou Nchamoun ; Consultant MSH en Nutrition

SIGLES ET ABREVIATIONS :

AC: ---------- Alimentation complémentaire
AEN: ---------- Action Essentielle en Nutrition
AME: ---------- Allaitement maternel exclusif
ANJE: ---------- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
AS: ---------- Aire de santé
CPS:---------- Consultation préscolaire
CS: ---------- Centre de santé
ECZS: ---------- Equipe cadre de la zone de santé
FAF: ---------- Fer acide folique
MAM: ---------- Malnutrition aigue modérée
MAMA: ---------- Méthode d'allaitement maternel d'aménorrhée
MAS: ---------- Malnutrition aigue sévère
MICS: ---------- Enquête à indicateurs multiples
MILDA: ---------- Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MUAC: ---------- Mesure du périmètre brachial
OAC: ---------- Organisation à assise communautaire
PROSANI: ---------- Projet de santé intégré
RDC: ---------- République Démocratique du Congo
RECO: ---------- Relais communautaire
SVA: ---------- Supplémentation en vitamine A
TDR: ---------- Termes de référence
TPI: ---------- Traitement présomptif intermittent
VAD: ---------- Visite à domicile
ZS: ---------- Zone de santé

Table de matières

I- Introduction....6

II- Contexte....6

2.1. Données de l'enquête de base....6

2.2. Données scientifiques :....7

III- Définition des concepts....7

3.1. Actions Essentielles en Nutrition (AEN) :....7

3.2. Visite à domicile (VAD) :....7

3.3. Messages clés :....7

IV- Objectifs de l'approche....7

4.1. Objectif général :....7

4.2. Objectifs spécifiques :....7

V- Eléments de l'approche....7

5.1- Les 7 composantes des AEN :....7

5.2- Aire géographique de la mise en œuvre de l'approche :....8

5.3- Comportements et Messages clés des AEN :....8

5.4- Services à assise communautaire pour la promotion des AEN....10

5.4.1- Recensement des ménages:....10

5.4.2- Visite à domicile (VAD) :....10

5.4.3- Causeries éducatives :....10

5.4.4- Assemblées villageoises :....10

5.4.5- Démonstrations culinaires:....11

5.4.6- Administration de la vitamine A aux enfants de 1 – 5 ans :....11

5.4.7- Déparasitage des enfants 1-5 ans :....11

5.4.8- Contrôle du sel iodé dans les ménages :....11

5.4.9- Suivi de la croissance et dépistage de la malnutrition :....11

5.5- Acteurs de la MEO de l'approche 12
5.5.1. Relais communautaires : 12
5.5.1.1. Rôle du relais communautaire : 12
5.5.1.2. Critères d'identification des relais *:* 12
5.5.2. Organisations à assise communautaire (OAC). 12
5.5.3. Ménages 13
5.6- Bénéficiaires des AEN 13
5.7- Administration et services techniques 13
5.8- Outils et supports de l'approche 13
5.9- Ressources essentielles 13
VI- Modalités de mise en œuvre 14
6.1. Le niveau central : 14
6.2. Le niveau provincial : 14
6.3. Le niveau ZS : 14
6.4. Le niveau village/quartier : 14
6.4.1. Lieu de mise en oeuvre de l'approche : 14
6.4.2. Attributions du relais communautaire : 14
VII- Mécanisme de suivi et évaluation 15
7.1. Le suivi 15
7.2. La supervision spécifique 15
7.3. L'évaluation 15
7.4. Les indicateurs 15
7.4.1. Les indicateurs d'impact : 15
7.4.2. Les indicateurs de Couverture : 16
7.4.3. Les indicateurs de processus : 16
VIII- Mécanismes de financement 16
8.1. Financement des activités : 16

8.2. Domaines de financement: 16

IX- Liens entre l'approche et les services de santé :.....16

9.1. Eléments des liens entre l'approche et les structures de santé.....17

9.2. Gestion des informations sur les AEN: 18

9.2.1. Gestion au niveau du village/quartier : 18

9.2.2. Gestion au niveau de l'AS : 18

9.2.3. Gestion au niveau de la ZS : 18

X- Annexes.....19

Annexe 1 : La visite à domicile (VAD).....19

Annexe 2: Causerie éducative 20

Annexe 3 : TDR du groupe de soutien à l'allaitement 22

Annexe 4: Paquet de services du RECO.....23

Annexe 5 : Modèle de fiche de collecte des données sur les AEN dans le ménage : 24

I- Introduction

La RDC dans sa Politique Nationale de Nutrition adoptée en 2000 a donné une grande priorité à la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes.

Les données récentes montrent que la mortalité des enfants de 0-5 ans et celle des 0-11 mois sont respectivement de 158‰ et de 97‰ (MICS 4, 2010).

La malnutrition est une cause directe de décès, particulièrement parmi les enfants et les femmes mais aussi une cause sous jacente de plusieurs autres problèmes de santé qui affectent la population en RDC aggravant l'état de morbidité de plusieurs pathologies.

Le PROSANI qui vise la lutte contre la malnutrition aigue, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments dans 4 provinces de la RDC constituent une réponse susceptible de contribuer à l'amélioration de cette situation assez préoccupante.

II- Contexte

Le PROSANI en collaboration avec la MSP et les partenaires du secteur de la Nutrition accompagne la mise en œuvre des services et pratiques de à haut impact dans 80 ZS de 4 provinces (Kassaï Occidental, Kassaï Oriental, Katanga et Sud Kivu).

2.1. Données de l'enquête de base

Les données issues de l'enquête de base dans les zones couvertes par le PROSANI avant son démarrage sont préoccupantes.

Indicateurs	Couvertures (%)
Proportion d'enfants de 0-23 mois qui ont été allaités dans la 1ere heure après la naissance	51,9
Proportion d'enfants de moins de 6 mois vivant avec leur mère, qui sont exclusivement allaités au sein	54,3
Proportion d'enfants de 6-23 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou des bouillies le nombre minimum de fois ou plus le jour précédant l'enquête	23,1
Proportion d'enfants âgés de 6-23 mois qui ont reçu une dose de vitamine A au cours des 6 derniers mois	76,0
Proportion d'enfants de 0-23 mois qui : (a) se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) par rapport à la médiane poids-pour-âge de la population de référence OMS (modéré et sévère) (b) se situent en dessous de moins 3 écarts-type (-3 ET) par rapport à la médiane poids-pour-âge de la population de référence OMS (sévère)	13,9 4,8
Proportion d'enfants de 0-23 mois qui : (a) se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) par rapport à la médiane taille-pour-âge de la population de référence OMS (modéré et sévère) (b) se situent en dessous de moins 3 écarts-type (-3 ET) par rapport à la médiane taille-pour-âge de la population de référence OMS (sévère)	31,3 17,8
Proportion d'enfants de 0-23 mois qui : (a) se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) par rapport à la médiane poids-pour-taille de la population de référence OMS (modéré et sévère) (b) se situent en dessous de moins 3 écarts-type (-3 ET) par rapport à la médiane poids-pour-taille de la population de référence OMS (sévère)	8,7 5,3

2.2. Données scientifiques :

Des évidences dans la littérature internationale (Lancet 2008) ont montré que la mise en œuvre des AEN au niveau des familles/ménages peut contribuer à réduire la mortalité chez les enfants de :

- 13% pour l'allaitement exclusif des nourrissons jusqu'à 6 mois
- 6% pour l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois
- 7,2% pour la SVA avant l'âge de 3 ans

Pour appuyer le Ministère de la santé dans la MEO des activités à base communautaire le PROSANI à juger nécessaire de développer une « Approche communautaire pour la mise en œuvre des AEN ».

III- Définition des concepts

3.1. Actions Essentielles en Nutrition (AEN) :

Les Actions Essentielles en Nutrition (AEN) sont des interventions à mettre en œuvre pour permettre un bon développement des enfants, contribuer à prévenir les maladies notamment la MA et les carences en micronutriments essentiels pour la croissance et la bonne santé.

3.2. Visite à domicile (VAD) :

La visite à domicile est une rencontre organisée dans un ménage ou une famille par le RECO pour informer les membres et vérifier l'adoption des comportements et des pratiques relatifs aux AEN.

3.3. Messages clés :

Messages à diffuser aux populations pour leur transmettre les connaissances nécessaires sur les AEN et les inciter à adopter les comportements et les pratiques.

IV- Objectifs de l'approche

4.1. Objectif général :

L'approche communautaire des AEN vise à promouvoir les comportements, les pratiques et les services à base communautaires dans les villages en vue de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel, la croissance et le développement de l'enfant 0-5 ans dans les 80 ZS de PROSANI .

4.2. Objectifs spécifiques[1] :

D'ici fin 2015 et dans les 80 ZS de PROSANI :

- Augmenter le taux d'initiation de précoce de l'AM de 52% à xxx%
- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif de 54% à xxx%
- Augmenter le taux d'alimentation complémentaire de 23% à xxx%
- Augmenter le taux de SVA des enfants de 76% à xxx%
- Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 14% à xxx%
- Réduire la prévalence de la malnutrition aigue de 31% à xxx%
- Réduire la prévalence de la malnutrition chronique de 9% à xxx%

V- Eléments de l'approche

5.1- Les 7 composantes des AEN :

1. Allaitement maternel optimal des nourrissons pendant les 6 premiers mois de la vie

[1] Objectifs à quantifier par le PROSANI

2. Alimentation complémentaire Optimal à partir de 6 mois avec poursuite de l'allaitement à 24 mois et au-delà
3. Prise en charge nutritionnelle des enfants malades et malnutris
4. Amélioration de la nutrition pour les femmes enceintes et allaitantes
5. Supplémentation en vitamine A
6. Lutte intégrée contre l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants
7. Promouvoir l'utilisation du sel iodé

5.2- Aire géographique de la mise en œuvre de l'approche :

L'aire géographique de la mise en œuvre de l'approche communautaire des AEN est le village. Les principales activités sont conduites dans tous les ménages du village. Des regroupements communautaires sont à organiser pour optimiser la mise en œuvre communautaire des AEN. Lesdits regroupements sont initiés par les relais communautaires. Ils peuvent solliciter l'appui des autorités traditionnelles, religieuses et les élus locaux en cas de besoin. Tout autre canal de communication peut être mis à contribution pour la transmission des messages clés et l'adoption des comportements favorables à la mise en œuvre des AEN.

5.3- Comportements et Messages clés des AEN :

Comportements à promouvoir	Messages clés
AEN 1: Allaitement maternel optimal des nourrissons pendant les 6 premiers mois de la vie	
C_1 : La mère met le NNé au sein dans l'heure qui suit l'accouchement	**M_1** : La tétée par le bébé provoque la montée du lait **M_2** :L'aliment de choix pour le nouveau-né de faible poids de naissance ou les prématurés est le lait maternel
C_2 : La nouvelle accouchée donne le colostrum au nouveau-né	**M_3** : Le colostrum est le 1er vaccin du bébé à cause de sa richesse en vitamines et en anticorps
C_3 : La mère nourrit son bébé exclusivement au sein pendant les six 1er mois	**M_4** : Le lait maternel satisfait les besoins du bébé en aliments et en liquides pendant les 6 1er mois de vie **M_5** : Le lait maternel contient des vitamines et des micronutriments nécessaires à la croissance du cerveau, des yeux et vaisseaux sanguins **M_6** : Les enfants nourris exclusivement au sein sont moins affectés par des maladies courantes telles que la diarrhée et d'autres infections **M_7** : L'allaitement maternel exclusif retarde le retour de la fécondité
AEN 2: Alimentation complémentaire Optimal à partir de 6 mois avec poursuite de l'allaitement à 24 mois et au-delà	
C_4 : Les mères allaitantes donnent les aliments complémentaires au bébé à partir de 6 mois	**M_8** : Les aliments à donner au bébé à 6 mois sont des bouillies et des purées **M_9** : Le plat familial enrichis est donné à l'enfant à 12 mois **M_9** : Augmenter le nombre de repas au fur et à mesure que le

Comportements à promouvoir	Messages clés
	bébé grandit • 6-8 mois : 2 ou 3 repas par jour • 9-24 mois : 2 ou 3 repas par jour
C_5 : La mère allaite jusqu'à 2 ans et plus	**M_{10}**: L'allaitement maternel associé aux aliments de complément jusqu'à 2 ans diminue les risque de morbidité et de mortalité
AEN 3: Prise en charge nutritionnelle des enfants malades et malnutris	
C_6: La mère augmente la fréquence de l'allaitement et des aliments pendant et après la maladie de l'enfant	**M_{11}**: Donner de plus en le lait maternel au bébé malade âgé de moins de 6 mois **M_{12}**: Donner de plus en le lait maternel et des repas à l'enfant malade âgé de plus de 6 mois **M_{13}**: Donner suffisamment à boire et des aliments liquides à l'enfant âgé de plus de 6 mois souffrant de la diarrhée
AEN 4: Amélioration de la nutrition pour les femmes enceintes et allaitantes	
C_7: La femme enceint et/ou la femme allaitante augmente le nombre de repas par jour, boit beaucoup d'eau, réduit sa charge de travail et applique une bonne hygiène de vie	**M_{14}**: Pendant la grossesse et l'allaitement, les besoins alimentaires de la femme augmentent **M_{15}**: Pendant la grossesse, le poids de la femme enceinte augmente pour lui permettre de préparer l'allaitement de son futur bébé **M_{16}**: Ajouter 1 ou 2 repas jour dans l'alimentation de la femme enceinte et/ou la femme allaitante pour assurer l'accroissement des besoins alimentaires **M_{17}**: Diversifier l'alimentation et manger beaucoup de fruits et légumes durant la grossesse et l'allaitement pour permettre à la femme enceinte et/ou la femme allaitante assurent les besoins nécessaires pour elle et son bébé
AEN 5: Contrôle de la carence en vitamine A	
C_8: Tous les 6 mois, la mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait supplémenter le nourrisson et l'enfant de 6 à 59 mois en Vitamine	**M_{18}**:La carence en vitamine A peut conduire à la cécité crépusculaire **M_{19}**:La supplémentation des enfants en vitamine A réduit la fréquence des maladies et prévient les décès
C_9: La nouvelle mère prend la vitamine A après l'accouchement et au plus tard dans les 8 semaines	**M_{20}**: La mère donne la vitamine A à son bébé durant les 6 1er mois à travers le lait maternel
AEN 6: Lutte intégrée contre l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants	
C_{10}: La femme enceinte prend du Fer Acide Folique pendant la grossesse et après l'accouchement	**M_{21}**: Les comprimés de Fer Acide Folique préviennent l'anémie chez la femme enceinte et le faible poids chez le nouveau-né
C_{11}: La femme enceinte et l'enfant de 0-5 ans dorment sous moustiquaire imprégnée à longue durée d'action	**M_{22}**: Dormir sous moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) prévient le paludisme

Comportements à promouvoir	Messages clés
(MILDA)	**M_{23}**: Femmes enceintes et enfants 0-5 ans sont plus vulnérables face au paludisme
C_{12}: La femme enceinte et l'enfant 1-5 ans se fait déparasiter	Le déparasitage aide à prévenir l'anémie chez les enfants **M_{24}**: L'anémie augmente le risque des problèmes chez la femme enceinte et chez le nourrisson pendant et après l'accouchement
AEN 7: Promouvoir l'utilisation du sel iodé	
C_{12}: Les ménages consomment tous les jours du sel iodé dans leur alimentation	**M_{24}**: Consommer du sel iodé prévient le goitre, le crétinisme et le retard mental. **M_{24}**: Conserver le sel iodé loin des sources de chaleur et d'humidité **M_{24}**: Ajouter le sel iodé dans la nourriture juste avant de la servir

5.4- Services à assise communautaire pour la promotion des AEN

5.4.1- Recensement des ménages:

Les relais communautaires recensent tous les ménages où vivent les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de 0-5 ans. Lesdits ménages sont prioritaires dans l'identification des bénéficiaires des interventions communautaires des AEN. Les coordonnées des ménages ainsi recensés sont mentionnées dans le cahier du RECO. Les informations issues de ce recensement sont transmises au centre de santé (CS) ou à l'équipe cadre de zone de santé (ECZS).

5.4.2- Visite à domicile (VAD) :

Chaque relais organise au moins une VAD par mois pour chaque ménage du village et du quartier dont il/elle a la responsabilité. Pendant le VAD, un paquet de service est offert par le relais. Les relais doivent être formés sur les techniques de communication pour mieux conduire les VAD (Annexe 1).

5.4.3- Causeries éducatives :

La causerie est une mméthode d'animation de groupe; c'est un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue de lui apporter un message précis pour un changement ou un renforcement de comportement. La causerie éducative sera utilisée comme technique de communication pour transmettre les messages clés sur les AEN (Annexe 2).

5.4.4- Assemblées villageoises :

Elles se tiennent une fois par trimestre dans chaque village. Lors de ces assemblées, les données sur les performances des AEN au niveau du village sont restituées aux populations. Des résolutions sont prises pour le renforcement des acquis et les actions correctrices pour améliorer les insuffisances.

5.4.5- Démonstrations culinaires:

Elles permettent aux femmes allaitantes d'apprendre des recettes appropriées à base des aliments locaux pour renforcer l'alimentation complémentaire des nourrissons dès l'âge de 6 mois. Les relais donnent des enseignements pratiques sur les techniques pour améliorer le contenu nutritif des aliments pour bébés ainsi que l'amélioration de la qualité de l'alimentation locale.
Cette activité est liée la composante No2 des AEN.

5.4.6- Administration de la vitamine A aux enfants de 1 – 5 ans :

L'administration de la vitamine A aux enfants 2 fois par an permettra de les supplémenter correctement au cas où des campagnes de masse n'ont pas lieu. C'est une approche de pérennité de la supplémentation des enfants en vitamine A qui est un des moyens de lutte contre la carence en vitamine A.
En cas de campagne d'administration de masse, le relais note dans le cahier de suivi de la vitamine A les enfants ayant été supplémentés.
Cette activité est liée la composante No5 des AEN.

5.4.7- Déparasitage des enfants 1-5 ans :

L'administration du Mébendazole aux enfants âgés de 1-5 ans 2 fois par an permettra de les déparasiter correctement au cas où des campagnes de masse n'ont pas lieu. C'est une approche de pérennité du déparasitage des enfants qui est un des moyens de lutte contre les anémies nutritionnelles.
En cas de campagne de déparasitage de masse, le RECO dans le cahier de suivi de la vitamine A les enfants ayant été supplémentés.
Cette activité est liée la composante No6 des AEN.

5.4.8- Contrôle du sel iodé dans les ménages :

Les RECO utilisent le kit de control du sel iodé pour tester la teneur en iode du sel consommé dans les ménages du village/quartier dont ils/elles ont la charge pour le suivi des AEN.

Cette activité est liée la composante No7 des AEN.

5.4.9- Suivi de la croissance et dépistage de la malnutrition :

Les relais mesurent le poids et la taille des enfants âgés de 0-5 ans dans le village/quartier et remplissent la courbe de croissance. Ils donnent des conseils aux mères d'enfants de 0-5 ans sur les bonnes pratiques alimentaires avec un accent sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Le PB est mesuré pour les enfants dont les rapports poids/âge et taille/âge sont en dehors de la zone de croissance normale. Ils sont référés au CS pour d'autres investigations et conseils appropriés au cas où les données du PB sont dans les zones jaune ou rouge. La zone jaune représente la malnutrition aigue modérée (MAM) et la zone rouge la malnutrition aigue sévère (MAS). Les enfants présentant soit les œdèmes bilatérales soit le Marasme et soit le kwashiorkor sont également référés au CS.
Cette activité est liée la composante No3 des AEN.

5.5- Acteurs de la MEO de l'approche

La mise en œuvre de l'Approche communautaire des AEN' nécessite l'intervention des acteurs que sont les relais communautaires, les ménages, les organisations à base communautaire (les associations/ONG), les communicateurs traditionnels, les radios de proximité et les services techniques

5.5.1. Relais communautaires :

Le relais constitue l'acteur central de l'approche. Il relève du chef de village/quartier, bénéficie de l'appui et du soutien du comité de santé et est sous la supervision technique du personnel du CS qui collabore avec les autres intervenants communautaires à l'instar des ONGs.

5.5.1.1. **Rôle du relais communautaire** :

- Encadrer les ménages et de la communauté à travers la visite à domicile, la causerie éducative et les démonstrations culinaires.
- Organiser des prestations de services dans les villages /quartiers : Suivi et promotion de la croissance des enfants, dépistage et référence au CS de cas de malnutrition aigue, distribution de la vitamine A, contrôle du sel iodé et déparasitage des enfants âgés de 1-5 ans.

5.5.1.2. **Critères d'identification des relais** *:*

Pour choisir un relais communautaire, il faut :

Privilégier les relais existants dans le village pour éviter la duplicité.
Veiller à la parité homme/femme dans le choix des relais.

Le relais étant un homme ou une femme choisi par la communauté, dans la communauté pour travailler avec la communauté, il/elle doit :

- Être résident du village et parler la langue locale.
- Être alphabétisé ou scolarisé de préférence.
- Être actif.
- Être disponible, volontaire et accepter le bénévolat.
- Être crédible (honnête, respectueux, sociable, discret, tolérant, courtois)
- Avoir de préférence une expérience en mobilisation sociale (anciens relais, organisateurs, leaders, etc.)

- Le processus d'identification des relais devrait impliquer les techniciens de l'équipe cadre de la zone de santé (ECZS) qui devraient clairement expliquer aux leaders des villages :
- L'importance du respect des critères ci-dessus dans le choix des relais du village.
- La motivation du relais par les populations qui sont sous son encadrement.
- Le ratio ***un relais pour 20 à 35 ménages*** pour assurer un meilleur encadrement et un bon suivi.

5.5.2. Organisations à assise communautaire (OAC).

Il s'agit de :

- Groupe de soutien pour l'ANJE (Annexe 3)

- Mouvements associatifs,
- Autres regroupements communautaires

D'une manière générale ces OAC ont pour rôles :
- La sensibilisation et la mobilisation des ménages dans l'application des pratiques relatives aux AEN
- La collaboration avec les relais selon leurs compétences

5.5.3. Ménages

Le ménage est le premier lieu où l'enfant reçoit les soins pour sa survie et son développement.
Le rôle du ménage dans la mise en œuvre des AEN est de:
- Assurer la disponibilité des intrants nécessaires à la mise en application des comportements et des pratiques (sel iodé, aliments locaux pour les démonstrations culinaires et MILDA) ;
- Mettre en application les comportements et des pratiques relatifs aux AEN au quotidien ;
- Participer aux activités du relais (VAD, causerie éducative…etc).

5.6- Bénéficiaires des AEN

Les bénéficiaires sont les enfants de 0-5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les ménages

- Les enfants de 0-5 ans sont concernés par 6 AEN (1, 2, 3, 5, 6 et 7)
- Les femmes enceintes sont concernées par 4 AEN (4, 5, 6 et 7)
- Les femmes allaitantes sont concernées par 6 AEN (1, 2, 4, 5, 6 et 7)
- Les ménages sont concernés par toutes les 7 AEN.

5.7- Administration et services techniques

Les services techniques impliqués dans la mise en œuvre et le suivi de l'approche communautaire de MEO des AEN sont : la Santé à travers les CS et les ECZS
Ils assurent et garantissent :
- La mise à disposition des outils,
- La formation et la supervision des relais
- L'analyse des données collectées par les relais

5.8- Outils et supports de l'approche

Ils sont élaborés au niveau national. Il s'agit de :

- Le document de l'approche communautaire des AEN
- Modules de formation des relais ;
- Cahier de relais pour le suivi des AEN dans la communauté;
- Supports éducatifs ;
- Guide de l'animateur radio

5.9- Ressources essentielles

Les ressources essentielles sont des intrants devant accompagner la promotion des comportements et des relatifs aux AEN. Elles sont fournies soit à travers les services à base communautaire, soit à travers les réseaux de distribution des produits de consommation courante.

Liste des intrants retenus pour la MEO de l'approche

- Vitamine A,
- Mebendazole
- Fer / acide folique ;
- MILDA ;
- Le kit de test de l'iode dans le sel

VI- Modalités de mise en œuvre

Les quatre niveaux de mise en œuvre sont :

- Le niveau central ***pour les orientations stratégiques***
- Le niveau provincial ***pour les appui***s techniques
- Le niveau ZS ***pour la coordination technique***
- Le village ***pour la mise en œuvre concrète*** avec focus sur les activités dans les ménages.

6.1. Le niveau central :

- Elabore les directives,
- Développe les supports,
- Fait le plaidoyer pour l'adhésion des partenaires
- Mobilise les ressources pour la mise en œuvre,
- Fait l'évaluation
- Met en place et gère la base de données

Il veille aussi à la pérennisation de l'approche.

6.2. Le niveau provincial :

- Plaidoyer pour l'adhésion des partenaires et la mobilisation des ressources;
- Mise en place une base de données;
- Coordination de la mise en œuvre des activités;

6.3. Le niveau ZS :

- Plaidoyer pour l'adhésion des partenaires et la mobilisation des ressources
- Formation et suivi des acteurs
- Coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités
- Mise en place d'une base de données

6.4. Le niveau village/quartier :

6.4.1. Lieu de mise en oeuvre de l'approche :

La Mise en œuvre de l'approche se focalise sur les ménages qui constituent le village en milieu rural et le quartier en milieu urbain. Les ménages sont encadrés par les relais communautaire.

6.4.2. Attributions du relais communautaire :

- Informer les ménages sur l'importance des AEN
- Collecter et transmettre au CS des informations sur les AEN
- Conduire des VAD pour inciter et suivre les comportements et les pratiques relatifs aux AEN

- Conduire les causeries éducatives et les entretiens individuels dans la communauté pour transmettre les messages clés sur les AEN
- Identifier les nouvelles naissances et les nouvelles grossesses pour les inscrire dans le cahier du RECO.
- Tester le sel au niveau des ménages et des vendeurs
- Informer les Organisations à Base Communautaires (OBC) sur les comportements, les pratiques et les services communautaires relatifs aux AEN à mettre en œuvre dans le village.

VII- Mécanisme de suivi et évaluation

7.1. Le suivi

Les acteurs chargés du suivi à tous les niveaux utiliseront les mécanismes existants pour vérifier le bon déroulement des activités et l'atteinte des résultats. Des évaluations spécifiques devront être faites pour vérifier l'atteinte des objectifs fixés.

A cet effet des outils de suivi et/ou d'évaluations seront développés

7.2. La supervision spécifique

Les fréquences sont différentes du fait de l'importance relative accordée à chaque niveau en général et au niveau du village/quartier en particulier :

- Rythme semestriel pour la supervision des niveaux central et provincial
- Rythme trimestriel pour le niveau ZS/CS
- Rythme mensuel pour le niveau CS/village

7.3. L'évaluation

Elle peut être interne ou externe et de ce fait, à la fin de la première année de mise en œuvre, une revue devra être organisée pour tirer les leçons et développer des orientations appropriées.

Une évaluation peut être faite à mis parcours et à la fin de la mise en œuvre de PROSANI.

7.4. Les indicateurs

Trois types d'indicateurs sont retenus : Les indicateurs d'impact, les indicateurs de couverture et les indicateurs de processus

7.4.1. Les indicateurs d'impact :

- Taux de malnutrition de malnutrition aigue
- Taux de malnutrition de malnutrition chronique
- Proportion des faibles poids à la naissance
- Prévalence de l'avitaminose A
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes
- Prévalence de l'anémie chez les enfants 0-5 ans
- Prévalence de la carence en iode

7.4.2. Les indicateurs de Couverture :

- Pourcentage des ménages ayant accès aux services des relais formés et équipés selon la norme 1 relais pour 20 à 35 ménages
- Pourcentage des ménages appliquant correctement les comportements et les pratiques relatifs aux AEN
- % de FE correctement supplémentées en Fer Acide Folique
- % de FA supplémentées en vitamine A
- % d'enfants 6-59 mois supplémentés en vitamine A
- % d'enfants 0-6 mois allaités exclusivement
- % de nourrissons recevant l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois
- % d'enfants allaités jusqu'à 24 mois ou plus
- % d'enfants 1-5 ans déparasités
- % de femmes enceintes dormant sous MILDA
- % d'enfants 0-5 ans dormant sous MILDA
- % de femmes enceintes ayant reçu le TPI durant la grossesse

7.4.3. Les indicateurs de processus :

- Nombre des ménages effectivement recensés dans l'aire de santé
- Nombre des relais recrutés, formés et équipés
- Pourcentage (%) de relais organisant les VAD selon les directives (au moins une visite par mois et par ménage encadré)
- Taux de visite de suivi et de supervision des relais communautaires effectués
- Pourcentage (%) de relais formés qui remplissent les supports de collecte des données sur les AEN selon les normes

VIII- Mécanismes de financement

8.1. Financement des activités :

Les différentes activités retenues par niveau et les ressources essentielles devant les accompagner seront prises en compte dans l'élaboration des plans d'action des ECZS et le plan d'action consolidé de PROSANI du niveau central.

8.2. Domaines de financement:

Les domaines de financement sont

- Formation des relais,
- Supports éducatifs
- Outils de collecte des informations sur les AEN au niveau communautaire,
- Supervisions,
- Matériel anthropométrique (MUAC, Balane et Toise)
- Intrants essentiels (Vit A, Mébendazole, MILDA, FAF et Kit de control de sel iodé)

IX- Liens entre l'approche et les services de santé :

Les sites de soins communautaires là où ils existent seront exploités comme point d'encrage institutionnel de la mise en oeuvre des AEN au niveau communautaire.

Les liens à établir entre l'approche communautaire de la mise en oeuvre des AEN et les structures sanitaires permettent de:

- Assurer le continuum des services et la référence /contre référence entre le niveau communautaire (villages ou quartiers) et les structures de santé. Les agents de santé offrent des services pour accompagner l'adoption des comportements et des pratiques relatifs aux AEN. Elles peuvent également contribuer à la transmission des messages clés sur les AEN au niveau des six points de contacts des AEN avec les structures de santé. Les points de contact des AEN avec les structures de santé sont : La CPN, l'Accouchement assisté, la CPON/PF, le PEV, la CPS et la PCIME.
- Assurer le suivi et la supervision formative des relais
- Organiser la collecte et l'analyse des données sur les AEN

9.1. Eléments des liens entre l'approche et les structures de santé

AEN à promouvoir au niveau communautaire	Points de contact	Actions à entreprendre
1. Allaitement maternel optimal des nourrissons pendant les 6 premiers mois de la vie	Maternité	Promouvoir la mise au sein du nouveau-né dans l'heure qui suit l'accouchement
	CPON/PF	• Promouvoir l'AME • Promouvoir la MAMA à travers l'AME
2. Alimentation complémentaire optimale à partir de 6 mois avec poursuite de l'allaitement à 24 mois et au-delà	PEV CPS PCIME	Promouvoir l'AC à partir de 6 mois
3. Prise en charge nutritionnelle des enfants malades et malnutris	PCIME	• Confirmation et classification des cas de malnutrition dépistés et • Traitement en UNS, UNTA et UNTI selon la classification • Alimentation appropriée de l'enfant pendant et après la maladie • Alimentation appropriée de l'enfant souffrant de la diarrhée
4. Amélioration de la nutrition pour les femmes enceintes et allaitantes	CPN CPON	• Conseils sur l'alimentation de la femme enceinte • Conseils sur l'alimentation de la femme allaitante
5. Supplémentation en vitamine A en vitamine A	PEV CPS PCIME CPON	• SVA de l'enfant 6-11 mois pendant la CPS ou la vaccination • SVA de la nouvelle accouchée
6. Lutte intégrée contre l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants	CPN CPON CPS PCIME	• Supplémentation de la FE en FAF • Administration du TPI à la FE • Déparasitage de l'enfant 1-5 ans • Déparasitage de la FE • Promotion de la MILDA

AEN à promouvoir au niveau communautaire	Points de contact	Actions à entreprendre
7. Promouvoir l'utilisation du sel iodé	CPN CPON PEV CPS PCIME	• Promotion de la consommation du sel iodé dans les ménages

9.2. Gestion des informations sur les AEN:

9.2.1. Gestion au niveau du village/quartier :

Les informations collectées par les RECO sur les comportements et pratiques relatifs aux AEN dans les villages/quartiers sont transmises au CS avec une fréquence mensuelle. L'outil de collecte des données sur les AEN sera élaboré sous forme de fiches de suivi des ménages (Annexe 5). Ces fiches seront consolidées dans le cahier du RECO. Le nombre de fiches dans le cahier devra permettre au RECO de collecter les données pour au moins 35 ménages.

9.2.2. Gestion au niveau de l'AS :

Les données des villages/quartiers sont traitées au CS avec la participation du comité de santé et du comité de développement de l'aire de santé. Les données du CS sont transmises à l'ECZS à la fin du trimestre. Une rencontre de discussions des résultats des données est organisée un fois par trimestre au CS. Lors de cette rencontre, les performances des RECO et des ménages sur le respect des comportements et pratiques relatifs aux AEN sont analysées, les goulots identifiés et des solutions correctrices proposées et planifiées. Cette rencontre peut être couplée au monitorage du PMA si celui est appliqué. Une retro information est faite dans chaque village lors des assemblées villageoises par les RECO avec l'appui des délégués des villages du comité de santé et/ou de l'équipe du CS.

9.2.3. Gestion au niveau de la ZS :

Les données des CS sont compilées et traitées au niveau ZS par l'ECZS. Les résultats de l'analyse des données faite par l'ECZS sont diffusés chaque semestre lors d'une rencontre regroupant les représentants des comités de santé des AS couvertes par la ZS.

X- Annexes

Annexe 1 : La visite à domicile (VAD)

Définition de la VAD:

- Se rendre dans la famille d'une personne pour mener une activité quelconque :
- Donner des informations
- Donner des conseils
- Aider à résoudre un ou des problèmes
- Collecter des données
- Suivre les pratiques sur les AEN

Les motifs d'une VAD dans le contexte de l'approche communautaire de mise en oeuvre des AEN:

- Informer et inciter les membres du ménage à respecter les comportements et pratiques relatifs aux AEN
- Vérifier le respect des comportements et pratiques relatifs aux AEN

Exécution d'une VAD :

- Saluer les gens avec courtoisie
- Se présenter
- Donner l'objet de la visite (informations sur des choses à faire pour assurer une bonne santé des enfants de 0-5 ans)
- Identifier les comportements et pratiques relatifs aux AEN applicables dans le ménage
- Faire connaître les avantages de chaque comportements et pratiques relatifs aux AEN
- Encourager les membres du ménage au respect des comportements et pratiques relatifs aux AEN
- Vérifier le respect des comportements et pratiques relatifs aux AEN et remplir le cahier de suivi (cahier du relais).
- Féliciter les membres du ménage pour le respect des comportements et pratiques relatifs aux AEN

Annexe 2: Causerie éducative

La causerie est une mméthode d'animation de groupe; c'est un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue de lui apporter un message précis pour un changement ou un renforcement de comportement.

Démarche à suivre lors d'une causerie éducative :

Trois **(**3) étapes :

- Préparation
- Exécution (animation)
- Evaluation

Préparation :

- Choix du site (espace suffisant, bien aéré, calme et loin des distractions)
- Choix de la date et de l'heure
- Mobilisation du public – cible (prendre rendez-vous avec en accord avec la population cible, informer les autorités locales)
- Choix et élaboration du sujet/thème (prévoir un thème simple et unique; ne pas s'engager à traiter plusieurs thèmes à la fois).
- Choix des supports de communication
- Préparation du site

Conduite de la causerie :

- Etablir une ambiance de confiance à travers les salutations d'usage appropriées
- Disposer l'auditoire en V, U ou demi-cercle pour que l'animateur puisse voir tout le monde.
- Présentation de l'animateur et des autres membres de l'équipe si nécessaire.
- Introduction du sujet/thème
- Questions/anecdotes d'éveil pour susciter la discussion et la participation du public
- Débats : Questions au public suivies du résumé des points importants
- Remercier l'auditoire et si possible fixer la date de la prochaine séance.

Résumé ou synthèse :

- Faire une synthèse générale de la causerie
- Amener le public à voir comment les points abordés touchent leur vie quotidienne
- Amener le public à continuer la discussion en famille ou entre amis

Evaluation :

Pendant la causerie :

- Regarder continuellement l'auditoire afin de voir s'il est intéressé et s'il comprend
- Poser des questions au public pour s'assurer que le message a passé

Après la causerie :

Voir si les gens viennent pour des renseignements individuels

Au cours des causeries suivantes :

- Voir si le nombre de participants augmente ou diminue
- Vérifier si les participants assidus ont retenu les messages des dernières causeries.

Qualités d'un bon animateur :

- Accueillant
- Respectueux, poli, courtois
- A l'écoute du public
- Répond aux préoccupations du public
- Pose des questions
- Utilise un langage simple et clair
- Maîtrise son sujet
- Attentif aux réactions du public
- Encourage la participation du public
- Guide la discussion
- Fait des synthèses

Avantages de la causerie éducative :

- Donner à plus d'une personne à la fois des informations sur les comportements et pratiques relatifs aux AEN. NB : Il est conseillé de développer 2 thèmes au maximum au cours d'une causerie.
- Aider des personnes ayant le même problème à partager leurs expériences et à se soutenir mutuellement dans leurs décisions en la matière.
- Aider à exercer une influence du groupe sur la prise de décision de l'individu.
- Susciter une interaction et une participation active de chacun au sein du groupe par rapport au thème débattu.

Caractéristiques du groupe :

- Homogénéité (sexe et âge) : Exemples : Jeunes femmes mariées (18 – 25 ans), Femmes (40 ans et plus), Garçons célibataires (18 – 25 ans), Hommes mariés (25 – 35 ans), guérisseurs traditionnels,…….etc.
- Effectif facilement gérable (10 à 15 personnes).

Annexe 3 : TDR du groupe de soutien à l'allaitement

Composition :
- Femmes ayant une expérience dans la procréation (multipare)
- Femmes leader ou influentes dans la communauté
- Femmes allaitantes
- Femmes enceintes

Missions :
- Recruter et encadrer les femmes enceintes et allaitantes pour les pratiques adéquates de l'ANJE
- Participer activement aux séances de démonstration culinaires
- Faire la promotion des AEN dans le village/quartier

Besoins :
- Formation
- Matériel éducatif comportant les messages clés sur les AEN
- Suivi

NB : Il est fortement conseillé que les femmes influentes des groupes de soutien à l'allaitement soient choisies comme RECO

Annexe 4: Paquet de services du RECO

1. Informer les ménages sur l'importance des AEN
2. Collecter et transmettre au CS des informations sur les AEN
3. Conduire des VAD pour inciter et suivre les comportements et les pratiques relatifs aux AEN
4. Conduire les causeries éducatives et les entretiens individuels dans la communauté pour transmettre les messages clés sur les AEN
5. Identifier les nouvelles naissances et les nouvelles grossesses pour les inscrire dans le cahier du relais.
6. Tester le sel au niveau des ménages et des vendeurs
7. Informer les Organisations à assise communautaires (OAC) sur les comportements, les pratiques et les services communautaires relatifs aux AEN à mettre en œuvre dans le village

Annexe 5 : Modèle de fiche de collecte des données sur les AEN dans le ménage :

No MENAGE----------
NOM MENAGE ----------

ZONE DE SANTE ----------

VILLAGE----------

ACTIONS ESSENTIELLES EN NUTRITION (AEN)	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois4	Mois 5	Mois 6	Mois 7	Mois 8	Mois 9	Mois 10	Mois 11	Mois 12	Score Ménage
AEN 1: Allaitement maternel optimal des nourrissons pendant les 6 premiers mois de la vie													
AEN 2: Alimentation complémentaire Optimal à partir de 6 mois avec poursuite de l'allaitement à 24 mois et au-delà													
AEN 3: Prise en charge nutritionnelle des enfants malades et malnutris													
AEN 4: Amélioration de la nutrition pour les femmes enceintes et allaitantes													
AEN 5: Supplémentation en vitamine A													
AEN 6: Lutte intégrée contre l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants													
AEN 7: Promouvoir l'utilisation du sel iodé													

X Pour AEN correctement suivie dans le ménage

0 Pour AEN non correctement suivie dans le ménage

- Pour AEN non applicable dans le ménage

NOM DU RELAIS_____ **ANNEE**_____

Approche opérationnelle de prévention de la malnutrition chronique dans les zones sanitaires de PROSANI

Présentée par : Chouahibou Nchamoun

Consultant MSH en Nutrition

Sommaire

Acronymes :....4

I. Introduction :....5

II. Objectif :....5

III. Eléments clés de la prévention de la malnutrition chronique:....5

3.1. Eléments de plaidoyer....5

3.2. Eléments de soutien....6

3.3. Les interventions essentielles....6

3.3.1. Interventions de nutrition de la mère durant la grossesse....6

3.3.2. Interventions de nutrition de la mère durant l'allaitement....7

3.3.3. Interventions de nutrition pour le nourrisson et le jeune enfant....7

3.3.4. Interventions pour l'alimentation de l'enfant malade....7

3.4. L'assistance alimentaire :....7

3.5. Les ressources essentielles....7

IV- Modalités de mise en œuvre....7

4.1. Plaidoyer et partenariat....8

4.1.1. Au niveau des villages....8

4.1.2. Au niveau de la zone de santé....8

4.1.3. Au niveau national....8

4.2. Mise en œuvre des AEN....8

4.2.1. Au niveau communautaire....8

4.2.2. Dans les structures sanitaires....8

4.3. La prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA)....9

V- Mécanisme de suivi/évaluation....9

5.1. Indicateur traceur de suivi des actions de prévention de la malnutrition chronique....9

5.2. Indicateurs de sécurité alimentaires dans les ménages....9

VI- Mécanisme de financement....9

7.1. Financement des activités 9

7.2. Domaines de financement 9

VII- ANNEXES: 10

Annexe 1: Messages clés pour la bonne alimentation de la femme enceinte. 10

Annexe 2: Messages clés pour la bonne alimentation de la femme allaitante 10

Annexe 3: Messages clés sur PF et la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) 10

Annexe 4: Messages clés sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) 10

Annexe 5: Messages clés sur l'alimentation de l'enfant malade 10

Annexe 6 : Liste des intrants pour la lutte contre la malnutrition chronique 11

Acronymes

AEN : Action essentielle en nutrition

ANJE : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation postnatale

CPS : Consultation préscolaire

CS : Centre de santé

ECZS : Equipe cadre de la zone de santé

FAF : Fer acide folique

MAMA : Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée

MILDA : Moustiquaire imprégnée de longue durée d'action

MMS : Mélange mais et soja

MSP : Ministère de la santé publique

MUAC : Mesure du périmètre brachial

OAC : Organisation à assise communautaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAM : Programme alimentaire mondiale

PCIMA : Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

PEV : Programme élargi de vaccination

PROSANI : Projet de santé intégré

SPC : Surveillance et promotion de la croissance

SRO : Sel de réhydratation oral

T/A : Rapport Taille sur Age pour mesurer la malnutrition chronique

TPI : Traitement présomptif intermittent du paludisme chez la femme enceinte

I. Introduction :

La malnutrition chronique se manifeste généralement par un retard dans la croissance et le développement de l'enfant. Il n'existe aucun traitement pour soigner ou rattraper le retard de croissance lorsqu'il se manifeste.

Le caractère irréversible des effets liés au retard dans la croissance et le développement des enfants rend très critique les réponses à y apporter.

De ce fait, une approche opérationnelle à développer pour la prise en charge de cette pathologie devrait beaucoup plus se focaliser dans l'identification et la gestion des éléments de prévention mais également des facteurs de risque qui leurs sont liés.

Les données de l'enquête de base effectuée pour le démarrage du Projet de Santé Intégré (PROSANI) montrent que 31,3% des enfants âgés de 0-23 mois souffrent du retard de croissance ou de malnutrition chronique qui se mesure par le rapport Taille-Age (T/A) comparée à la valeur de référence .

Selon l'OMS, la situation de la malnutrition chronique au sein d'une population est classifiée comme suit :

Situation de la malnutrition chronique au sein de la population	Valeurs
Acceptable	< 20%
Modérée	20-30%
Grave/sévère	30 – 40%
Critique	> 40%,

Les enfants des populations dans les zones de santé couvertes par le PROSANI sont caractérisés par une malnutrition chronique grave (31,3%). Pour renverser cette tendance, des actions convergentes impliquant plusieurs secteurs notamment le secteur de la sécurité alimentaire doivent être entreprises.

II. Objectif :

Réduire la malnutrition chronique de 31,3% à xxx% dans les 80 zones de santé d'ici fin 2015.

III. Eléments clés de la prévention de la malnutrition chronique:

Les éléments clés de la prévention de la malnutrition chronique visent la promotion et le soutien des actions pour assurer la bonne santé, les bonnes pratiques alimentaires et les bonnes conditions de vie au couple mère-enfant.

3.1. Eléments de plaidoyer

- Partenariat avec les media, la société civile et les organisations à assise communautaire (OAC) pour accroitre la transmission des messages clés sur la santé, les bonnes pratiques alimentaires et les bonnes conditions de vie pour la mère, le nourrisson et le jeune enfant.
- Collaboration soutenue entre les Directions techniques et les Programmes du Ministère de la santé publique (MSP) pour une convergence des actions et des messages dans tous les points de contact avec la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Lesdits points de contact sont : La consultation prénatale (CPN), l'accouchement assisté, la consultation post natale (CPON), la vaccination infantile

(PEV), la consultation préscolaire (CPS) et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

- Partenariat entre les différents secteurs pour valoriser la complémentarité des acteurs travaillant pour l'amélioration de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Ce partenariat visera beaucoup plus les acteurs impliqués dans la sécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire est un grand facteur de risque pour la malnutrition et ce risque est aggravé lorsqu'il est associé aux mauvaises conditions de vie.

3.2. Eléments de soutien

- Aide alimentaire aux groupes vulnérables. La vulnérabilité de la femme enceinte, de la femme allaitante et de l'enfant 0-5 ans est un facteur de risque de la malnutrition chronique. L'assistance alimentaire permet à ces groupes de combler certains déficits alimentaires pouvant contribuer à l'apparition de la malnutrition chronique et/ou l'accélérer.

- Fortification des aliments de grande consommation et promotion de l'utilisation des préparations de complexes en micronutriments multiples (multivitaminés et multi minéraux) dans les ménages. Les complexes en micronutriments multiples sont destinés aux enfants âgés de 6-24 mois, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

- Contribution à l'amélioration de la sécurité alimentaire au sein des ménages et des actions de nutrition à assise communautaire. L'encadrement des ménages soit pour accroitre leur production agricole ou leur accessibilité aux denrées alimentaires, soit pour accompagner les actions de nutrition à assise communautaire orientées vers la lutte contre les causes de la malnutrition pour une meilleure prévention. Ces actions devraient inclure des approches de solution pour éviter les problèmes de soudure prolongée, l'insuffisance dans la diversification de la ration alimentaire, les soins familiaux inappropriés, les mauvaises habitudes alimentaires et les mauvaises conditions de vie. Les actions à assise communautaire devront s'appuyer sur les actions essentielles en nutrition (AEN).

3.3. Les interventions essentielles

Les interventions de lutte contre la malnutrition chronique se basent sur les interventions de Nutrition suivant les besoins à couvrir pour le cycle de vie du couple mère-enfant. Ce cycle de vie comporte des étapes critiques pour lesquelles toute défaillance en matière de Nutrition est très préjudiciable pour la santé soit de la mère, soit du nourrisson et soit du jeune enfant.

3.3.1. Interventions de nutrition de la mère durant la grossesse

1. Prévention de l'anémie chez la femme enceinte par le biais des AEN

- Supplémentation en fer acide folique (FAF)
- Déparasitage au Mébendazole/Albendazole
- Traitement présomptif intermittent (TPI)
- Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA)

2. Promotion de la bonne alimentation de la femme enceinte par le biais des AEN

3. Formation des relais communautaires et des agents de santé sur la transmission des messages clés (Annexe 1 liste des messages)

3.3.2. Interventions de nutrition de la mère durant l'allaitement

- Poursuite de la supplémentation en FAF
- Supplémentation en vitamine A en post partum (dans les 8 semaines suivant l'accouchement)
- Promotion de la bonne alimentation de la femme allaitante par le biais des AEN
- Promotion de la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) pour la planification familiale (PF)
- Formation des relais communautaires et des agents de santé sur la transmission des messages clés (Annexe 2 liste des messages)
- Formation des relais communautaires et des agents de santé sur la transmission des messages clés de la MAMA (Annexe 3 liste des messages)

3.3.3. Interventions de nutrition pour le nourrisson et le jeune enfant

- Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) par le biais des AEN
- Supplémentation en vitamine de l'enfant de 6-59 mois
- Déparasitage de l'enfant de 1-5 ans
- Suivi et promotion de la croissance et dépistage des cas de malnutrition
- Promotion de l'utilisation de la MILDA
- Formation des relais communautaires et des agents de santé sur la transmission des messages clés sur l'ANJE (Annexe 4 liste des messages)

3.3.4. Interventions pour l'alimentation de l'enfant malade

- Promotion de l'alimentation de l'enfant malade par le biais des AEN
- Formation des relais communautaires et des agents de santé sur la transmission des messages clés sur l'alimentation de l'enfant malade (Annexe 5 liste des messages)

3.4. L'assistance alimentaire :

L'assistance alimentaire est préconisée pour contribuer à assurer la sécurité alimentaire au sein des ménages ayant des groupes vulnérables et à risque pour la malnutrition chronique (femmes enceintes, femmes allaitantes et enfants 0-5 ans). De ce fait le PROSANI devra mener un fort plaidoyer pour le soutien des organisations spécialisées dans l'aide alimentaire et la sécurité alimentaire telles que le programme alimentaire mondial (PAM), l'organisation mondiale pour l'agriculture (FAO) et les ONG.

3.5. Les ressources essentielles

Les ressources essentielles sont des intrants et matériels devant accompagner la mise en œuvre des AEN et de la PCIMA (Annexe 6 Liste des intrants et matériels).

IV- Modalités de mise en œuvre

La lutte contre la malnutrition chronique comprend plusieurs aspects et implique plusieurs secteurs. Les actions à mettre en œuvre par le PROSANI vont s'intégrer dans les AEN[1] et la prise en charge intégrée de

[1] Les deux grands axes stratégiques de Nutrition dans le PROSANI sont les AEN et la PCIMA

la malnutrition aigue (PCIMA). Un plaidoyer pour assurer la sécurité alimentaire au sein des ménages est indispensable car le non accès aux aliments est une des causes sous-jacentes de la malnutrition.

4.1. Plaidoyer et partenariat

Des actions de plaidoyer doivent être soutenues pour organiser les communautés à porter assistance aux ménages et les groupes vulnérables pour assurer leur accessibilité aux denrées alimentaires

4.1.1. Au niveau des villages

Les relais communautaires avec l'appui des équipes de CS vont mener des actions d'information et sensibilisation des OAC pour la promotion des champs communautaires, des greniers villageois et des mécanismes d'entraides communautaires.

4.1.2. Au niveau de la zone de santé

L'équipe cadre de la zone de santé (ECZS) sur la base des informations collectées par les relais et les sites de soins communautaires informe et sensibilise les organismes d'aide alimentaire à mieux cibler les ménages et les groupes vulnérables pour contribuer à maintenir leur sécurité alimentaire lors des périodes critiques.

4.1.3. Au niveau national

Les informations collectées par les relais et les sites de soins communautaires des localités couvertes par le PROSANI seront compilées, analysées et disséminées régulièrement. Ces résultats vont permettre d'alimenter les outils de plaidoyer en faveur de l'assistance alimentaire ou du soutien aux ménages et groupes vulnérables.

Des actions de soutien à la promotion des comportements et pratiques favorables aux soins familiaux essentiels, aux bonnes pratiques alimentaires et des bonnes conditions du milieu de vie seront conduites (production des supports de communication pour la diffusion des messages clés et implication des acteurs de communication de masse).

4.2. Mise en œuvre des AEN

La mise en œuvre des AEN comporte deux volets :

4.2.1. Au niveau communautaire

L'encadrement des ménages pour l'adoption des comportements et pratiques relatifs aux AEN par les relais avec l'appui des sites de soins communautaires et des équipes de CS. Les activités essentielles sont la visite à domicile (VAD), la causerie éducative et l'offre de services à base communautaire.

4.2.2. Dans les structures sanitaires

Les agents de santé assurent la prise en compte des différentes composantes des AEN dans les points d'entrée identifiés dans l'offre des soins des formations sanitaires. Ces points d'entrée sont La CPN, l'accouchement assisté, la CPON, le PEV, la CPS et la PCIME.

4.3. La prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA)

La prise en charge précoce et efficace de la malnutrition aigue permet à l'enfant de recouvrer et de rattraper rapidement les insuffisances occasionnées dans sa croissance et son développement normales. Les localités couvertes par le PROSANI devront bénéficier de l'appui nécessaire pour assurer une PCIMA performante dont les conditions sont :

- Acteurs compétents
- Supports de gestion disponibles et correctement utilisés
- Matériel anthropométrique disponible
- Intrants et ME essentiels disponibles
- Supervisions effectives et régulières

V- Mécanisme de suivi/évaluation

Le mécanisme de suivi/évaluation sera intégré dans celui que PROSANI utilise pour les AEN et la PCIMA et un volet relatif à la sécurité alimentaire sera développé.

5.1. Indicateur traceur de suivi des actions de prévention de la malnutrition chronique

L'indicateur traceur est le rapport Taille-Age (T/A). Cet indicateur est collecté lors de la consultation préscolaire (CPS) dans les formations sanitaires. Pour optimiser son suivi, les localités couvertes par le PROSANI devront introduire la surveillance et la promotion de la croissance (SPC) au niveau communautaire par le biais des sites de soins communautaires et des relais communautaires.

5.2. Indicateurs de sécurité alimentaires dans les ménages

Les indicateurs additionnels relatifs à la sécurité alimentaire au sein des ménages sont :

% de ménages où les membres ont 3 repas par jour

% de personnes ayant un apport énergétique journalier supérieur à 2 100 Kcal

% ayant accès à au moins 15 litres par jour

VI- Mécanisme de financement

7.1. Financement des activités

Les différentes activités retenues et les ressources essentielles devant les accompagner seront prises en compte dans l'élaboration des plans d'action des ECZS et le plan d'action consolidé de PROSANI au niveau central.

7.2. Domaines de financement

Les domaines de financement sont

- Formation
- Plaidoyer et Communication
- Production des outils de gestion
- Matériel anthropométrique (MUAC, Balane et Toise)
- Intrants essentiels (Vitamine A, Mébendazole, MILDA, FAF et Kit de control de sel iodé)
- Supervisions,

VII- ANNEXES:

Annexe 1: Messages clés pour la bonne alimentation de la femme enceinte.

- Augmenter la ration alimentaire journalière par ajout d'un repas additionnel.
- Varier l'alimentation en mangeant les céréales, les tubercules, la viande, le poisson, les légumes et les fruits
- Réduire la charge de travaux ménagers et se reposer régulièrement.
- Utilisation du sel iodé par les membres du ménage
- Préparation à l'allaitement : Mise au sein précoce du nouveau-né (dans les 60 minutes suivant l'accouchement, importance du colostrum, allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois
- Suivi du gain de poids durant l'accouchement (10 à 12 kg)

Annexe 2: Messages clés pour la bonne alimentation de la femme allaitante

- Varier l'alimentation en mangeant les céréales, les tubercules, la viande, le poisson, les légumes et les fruits
- Réduire la charge de travaux ménagers et se reposer régulièrement.
- Utilisation du sel iodé par les membres du ménage
- Continuer d'allaiter le bébé en cas de maladie.

Annexe 3: Messages clés sur PF et la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)
L'espacement de naissance par le biais de l'allaitement maternel est efficace sous les conditions suivantes :

1. La femme allaitante n'a pas le retour des menstruations;
2. Le bébé est exclusivement et fréquemment allaité au sein
3. Le bébé est âgé de moins de 6 mois.
4. L'utilisation des contraceptifs n'a pas d'effets néfastes sur l'allaitement

Annexe 4: Messages clés sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

- Mettre le nouveau-né en contact peau contre peau immédiatement après l'accouchement
- Initier l'allaitement dans les 60 mn suivant l'accouchement
- Donner le Colostrum ou 1er lait jaunâtre au nouveau-né
- Toujours vider un sein avant de passer à l'autre
- Ne pas donner autre liquide au nouveau-né en attendant la montée du lait
- Faire téter le nouveau à la demande de jour comme de nuit (au moins 8 fois)
- Commencer l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois
- Continue à allaiter jusqu'à 2 ans ou plus
- Donner aux enfants de petites quantités de nourriture plusieurs fois par jour
- Faire manger à l'enfant des reps variés
- Assister l'enfant lors des repas
- Conserver proprement les repas de l'enfant

Annexe 5: Messages clés sur l'alimentation de l'enfant malade

- Augmenter les repas de l'enfant durant et après la maladie
- Donner exclusivement le lait maternel à l'enfant malade âgé de 0-6 mois
- Augmenter la fréquence de tétées chez le nourrisson pendant et après sa maladie pour éviter la perte de poids et accélérer la guérison totale
- Consulter immédiatement un agent de santé pour tout nourrisson qui a des difficultés à téter
- Augmenter la fréquence des repas chez l'enfant déjà sevré pendant et après sa maladie pour éviter la perte de poids et accélérer la guérison totale
- Donner un repas supplémentaire très riche par jour durant les 2 semaines suivant la maladie pour un prompt rétablissement
- Donner le SRO/Zinc à l'enfant âgé de plus de 6 mois faisant la diarrhée

Annexe 6 : Liste des intrants pour la lutte contre la malnutrition chronique

1. Vitamine A,
2. Mebendazole
3. Fer / acide folique ;
4. MILDA ;
5. Aliments thérapeutiques :
    a. Laits F75 et F100
    b. Plumpy-Nut
    c. Mélange mais et soja (MMS)
6. Matériel anthropométrique
    a. Balance
    b. Toise
    c. Mesure du périmètre brachial (MUAC)

Définition des indicateurs pour les interventions en Nutrition de PROSANI :

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
Indicateurs d'impact à utiliser lors des évaluations (mis parcours et fin de projet)		
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-5 ans (ou 0-3 ans)	Proportion d'enfants de 0-5 ans (0-3 ans) dont le rapport **Poids-pour-Age** • **P/A <** -2 ET de la référence (globale) • -3 ET **≤ P/A <** -2 ET de la référence (modérée) • **P/A <**-3 ET de la référence (sévère)	• Rapport d'enquête • **Base de données**[1] de PROSANI
Prévalence du retard de croissance chez les enfants de 0-5 ans (ou 0-3 ans)	Proportion d'enfants de 0-5 ans (0-3 ans) dont le rapport **Taille-pour-Age** • **T/A <** -2 ET de la référence (globale) • -3 ET **≤ T/A <** -2 ET de la référence OMS (modérée) • **T/A <**-3 ET de la référence (sévère)	• Rapport d'enquête • Base de données de PROSANI
Taux de malnutrition de malnutrition aigue chez les enfants de 0-5 ans (ou 0-3 ans)	Proportion d'enfants de 0-5 ans (0-3 ans) dont le rapport **Poids-pour-Taille** • **P/T <** -2 ET de la référence (globale) • -3 ET **≤ P/T <** -2 ET de la référence (modérée) • **P/T <**-3 ET de la référence (sévère)	• Rapport d'enquête • Base de données de PROSANI
Pourcentage de faible poids à la naissance	Proportion de nouveau-nés avec un poids inférieur à 2,500g	• Rapport d'enquête • Base de données de PROSANI
Prévalence de l'anémie chez les enfants de	Proportion d'enfants avec un taux d'hémoglobine ; Hb (g/dl) • Hb < 11 : Anémie globale	• Rapport d'enquête

[1] La base de données de PROSANI permettra de compiler, d'analyser et de disséminer les informations provenant de 3 sources : (a)- SNIS, (b)- Rapportage des sites de soins communautaires et (c)- Outils de collecte des données sur les AEN renseignés par les relais communautaires.

DRAFT

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
0-5 ans	• 11 > Hb ≥ 10 : Anémie moyenne • 10 > Hb ≥ 7 : Anémie modérée • Hb < 7 : Anémie sévère :	
Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréation (15-49 ans)	Proportion de femmes 15-49 ans avec un taux d'hémoglobine ; Hb (g/dl) • Hb < 12 : Anémie globale • 12 > Hb ≥ 11 : Anémie moyenne • 11 > Hb ≥ 8 : Anémie modérée Hb < 8 : Anémie sévère :	• Rapport d'enquête
Prévalence de la dénutrition chez les femmes en âge de procréation (15-49 ans).	Proportion de femmes dont l'indice de masse corporelle(IMC) • IMC < 16 : Dénutrition sévère • 16 ≤ IMC < 17 : Dénutrition modérée • 17 ≤ IMC < 18,5 : Dénutrition légère • 18.5 ≤ IMC < 25 : Normale • 25 ≤ IMC < 30 : Surcharge pondérale • IMC ≥ 30 : Obèse	• Rapport d'enquête
Indicateurs de couverture à utiliser pour le suivi et l'assurance qualité des interventions		
% d'enfants 0-6 mois allaités exclusivement	Proportion d'enfants de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités au sein	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
% de nouveau-nés mis au sein dans l'heure suivant la naissance.	Proportion d'enfants de 0-23 mois qui ont été allaités dans la 1ere heure après la naissance	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI

DRAFT

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
% d'enfants allaités jusqu'à 24 mois ou plus	Proportion d'enfants de 24 mois et/ou plu qui sont allaités	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
% d'enfants 6-24 mois recevant une alimentation complémentaire adéquate	Proportion d'enfants de 6-24 mois qui reçoivent des aliments de complément (solides, semi-solides ou des bouillies en nombre requis) l'enquête	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
% d'enfants 6-24 mois recevant une alimentation appropriée pendant et après la maladie	Proportion d'enfants ayant reçu davantage de repas pendant et après la maladie Proportion d'enfants ayant reçu d'aliments liquides pendant et après la diarrhée	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
Efficacité de la PCIMA	Proportion d'enfants malnutris sauvés : Numérateur = Nombre d'enfants malnutris déchargés guéris des UNS, UNTA et UNTI Dénominateur = Nombre d'enfants malnutris reçus dans les UNS, UNTA et UNTI des localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI
Couverture d'enfants 6-59 mois en vitamine A	Proportion d'enfants âgés de 6-59 mois qui ont reçu une dose de vitamine A au cours des 6 derniers mois : Numérateur = Nombre d'enfants ayant reçu de la vitamine A Dénominateur = Nombre d'enfants recensées par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI
Couverture des femmes allaitantes en vitamine A	Proportion de nouvelles accouchées qui ont pris de la vitamine A dans les 8 semaines suivant l'accouchement : Numérateur = Nombre de femmes allaitantes ayant reçu de la	• SNIS • Base de données de PROSANI

DRAFT

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
	vitamine A Dénominateur = Nombre de femmes allaitantes recensées par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	
Couverture des femmes enceintes en FAF	Proportion de femmes enceintes qui ont pris du FAF durant la grossesse et après l'accouchement Numérateur = Nombre de femmes enceintes ayant reçu du FAF Dénominateur = Nombre de femmes recensées par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI
% de femmes enceintes et allaitantes recevant une alimentation appropriée	Proportion de mères d'enfants 0-11 mois allaitant leurs nourrissons et bien alimentées Numérateur = Nombre de mères d'enfants 0-11 mois bien alimentées Dénominateur = Nombre de mères d'enfants 0-11 mois recensées par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
% de ménages consommant du sel iodé	Proportion de ménages avec du sel testé et suffisamment iodé : Numérateur = Nombre de ménages ayant du sel testé et suffisament iodé Dénominateur = Nombre de ménages recensés par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI

DRAFT

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
% de femmes enceintes déparasitées	Proportion de femmes ayant reçu du Mebendazole/Albendazole durant la grossesse Numérateur = Nombre de femmes enceintes ayant reçu du Mebendazole/Albendazole : Dénominateur = Nombre de femmes enceintes recensées par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
% d'enfants 1-5 ans déparasités	Proportion d'enfants 1-5 ans ayant reçu du Mebendazole/Albendazole au cours des 6 derniers mois : Numérateur = Nombre d'enfants ayant reçu du Mebendazole/Albendazole Dénominateur = Nombre d'enfants recensés par les relais dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
Indicateurs de processus à utiliser pour la mise en œuvre des interventions de Nutrition		
% de relais communautaires connaissant les messages clés sur les AEN	Proportion de relais connaissant les messages clés sur les AEN : Numérateur = Nombre de relais connaissant les messages clés sur les AEN Dénominateur = Nombre de relais formés encadrant les ménages dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • Base de données de PROSANI
% d'organisations à assise communautaire formées en techniques de communication pour le changement de comportement	Proportion des OAC formées Numérateur = Nombre d'OAC formées Dénominateur = Nombre d'OAC identifiées dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • Base de données de PROSANI

DRAFT

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
% d'enfants 0-3 ans ou 0-5 ans bénéficiant du suivi et promotion de la croissance	Proportion d'enfants bénéficiant du suivi de la croissance : Numérateur = Nombre d'enfants régulièrement pesés au cours des 6 derniers mois Dénominateur = Nombre d'enfants recensés par le relais au cours des 6 derniers mois dans les localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI
% de mères et/ou de gardiennes d'enfants connaissant les AEN	Proportion de mères connaissant les AEN : Numérateur = Nombre de mères connaissant les AEN Dénominateur = Nombre de mères encadrées par les relais qui sont évaluées dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • Base de données de PROSANI
% de mères connaissant des recettes pour assurer la bonne alimentation de l'enfant pendant et après la maladie	Proportion de mères connaissant les recettes : Numérateur = Nombre de mères connaissant les recettes Dénominateur = Nombre de mères participant aux séances de démonstration culinaire qui sont évaluées dans les localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • Rapports des sites de soins communautaires • Base de données de PROSANI
Disponibilité des intrants essentiels des AEN (FAF, SP, MILDA, vitamine A, Mebendazole/Albendazole, MMS, Plumy-Nut, Lait F75/F100, Antibiotique, Antipaludéen et Resomal)	Proportion de CS avec intrants disponibles: Numérateur = Nombre de CS sans rupture de stock des intrants : Dénominateur = Nombre total de CS des localités couvertes par le PROSANI	• Rapport d'enquête • SNIS • Base de données de PROSANI
Taux de dépistage communautaire de la malnutrition chez les enfants de 0-5 ans	Proportion d'enfants dépistés/référés : Numérateur = Nombre d'enfants dépistés/référés par l'utilisation du MUAC Dénominateur = Nombre total d'enfants ayant participé au programme de SPC CS des localités couvertes par le PROSANI	• Rapport des sites de soins communautaire • SNIS • Base de données de PROSANI

DRAFT

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
Couverture en PCIMA	Proportion d'enfants malnutris admis dans les unités de PCIMA : Numérateur = Nombre d'enfants malnutris reçus dans les UNS, UNTA et UNTI Dénominateur = ***Nombre d'enfants malnutris***[2] attendus dans les localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI
Taux de performance du traitement des enfants malnutris modérés	Proportion d'UNS performantes : Numérateur = Nombre d'UNS répondant aux indicateurs SPHERE[3] pour le traitement des cas de malnutrition aigue modérée Dénominateur = Nombre total d'UNS des localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI
Taux de performance du traitement des enfants malnutris sévères	Proportion d'UNTA /UNTI performantes : Numérateur = Nombre d'UNTA/UNTI répondant aux indicateurs SPHERE[4] pour le traitement des cas de malnutrition aigue sévère Dénominateur = Nombre total d'UNTA/UNTI des localités couvertes par le PROSANI	• SNIS • Base de données de PROSANI

[2] Ce nombre est calculé selon les données de l'enquête de base de PROSANI

[3] SPHERE pour la malnutrition aigue modérée : Guérison >75%, Décès <3%, Abandon <15%

[4] SPHERE pour la malnutrition aigue sévère : Guérison >75%, Décès <10%, Abandon <15%, Gain de poids 8g/kg/j, Durée de traitement 4 semaines

DRAFT

Revue de la composante Nutrition du plan d'action de la 2ème année de PROSANI et recommandations pour une amélioration en vue d'obtenir de bons résultats:

Thématiques développées dans le plan d'action:

1. Nutrition à base communautaire
2. Suivi de la croissance et du développement de l'enfant
3. Supplémentation en micronutriments (vitamine A et Fer/acide folique)
4. Réhabilitation nutritionnelle

Objectif visé par la revue :
S'assurer que les activités planifiées contribueront à la mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) et de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigue (PCIMA).

Démarche adoptée lors de la revue: Pour chacune des activités planifiées :

- Vérifier la concordance avec la thématique

- Identifier les éléments positifs et faire des recommandations pour les aspects à améliorer.

Résultats de la revue :

1. Nutrition à base communautaire (RI1, activité 5).
Les tâches de l'activité sont effectivement liées à la thématique et contribueront à la mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) et la composante de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue (PCIMA).

De ma modeste expérience, une formation crédible des relais communautaires sur le paquet communautaire de la Nutrition nécessite généralement 5 jours. Un autre élément à intégrer est que le module de formation des relais communautaires en Nutrition (AEN) utilisé en RDC préconise une formation en 4 jours alors que cette activité est planifiée pour 3 jours.
Recommandation No1 ***: Planifier 5 jours pour la formation des relais communautaires en promotion des actions essentielles en nutrition (AEN) et le volet communautaire de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigue (PCMA) sauf si les contraintes budgétaires ne soient un goulot.***

Le dépistage et la référence des cas de malnutrition tel que développés dans le module de formation des relais communautaires sont beaucoup plus focalisés sur la malnutrition aigue sévère (MAS) au détriment de la malnutrition aigue modérée (MAM) dépistée par la mesure du périmètre brachial (MUAC).
Recommandation No2 ***: Développer une fiche technique à l'attention des formateurs sur la mesure et l'interprétation du MUAC pour permettre aux relais communautaires de dépister les cas de malnutrition aigue modérée (MAM) qui non pris en charge peuvent facilement basculer dans la malnutrition aigue sévère (MAS)***.

<u>Recommandation No3</u> : Au vu des données de l'enquête de base (Alimentation complémentaire = 23,1%, MAS = 4,8% et MCS = 17,8%), un accent devra être mis sur la NAC (RI1, 5.7). Il serait souhaitable d'intégrer dans toute campagne qui sera organisée dans les ZS de PROSANI les aspects suivants : (i)- Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), Suivi et promotion de la croissance (SPC) et (iii)- Dépistage actif/référence des cas de malnutrition

2. Suivi de la croissance et du développement de l'enfant (RI2, activité 11)

Les tâches de l'activité sont effectivement liées à la thématique et contribueront à la mise en œuvre des actions essentielles en nutrition (AEN). Les principaux acteurs que sont les prestataires de santé seront performants à travers la consultation préscolaire après leur formation et équipement.

<u>Recommandation No4</u> : Plaider voir convaincre les agents de santé à bien s'investir dans le suivi de la croissance et développement de l'enfant en intégrant effectivement le suivi et la promotion de la croissance (SPC) dans le PMA. De ce fait le SPC devra figurer dans la grille de supervision des CS.

<u>Recommandation No5</u> : Utiliser les séances de démonstrations culinaires (RI1, 5.3.) comme porte d'entrée pour introduire le suivi et la promotion de la croissance au niveau communautaire. Ceci va nécessiter l'équipement des relais communautaires en balances et toises.
Les données de l'enquête de base sur la malnutrition chronique (17,8% des cas sévères) étant préoccupantes, le suivi et la promotion de la croissance (SPC) contribueront certainement à une amélioration de la situation.

Supplémentation en micronutriments : (RI2, activité 12)

Les tâches de l'activité sont effectivement liées à la thématique et contribueront à la mise en œuvre des actions essentielles en nutrition (AEN).

Réhabilitation nutritionnelle (RI2, activité 17)

Les tâches de l'activité sont effectivement liées à la thématique et contribueront à la mise en œuvre des actions essentielles en nutrition (AEN) et de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigue (PCIMA). La tâche 17.3 prévoit l'approvisionnement des formations sanitaires (FOSA) en aliments thérapeutiques.

<u>Recommandation No6</u>: Prévoir les médicaments essentiels (ME) pour la prise en charge systématique de la malnutrition aigue selon le protocole de PCIMA (Antibiotique, antipaludéen, Mebendazole, vitamine A et VAR).

<u>Recommandation No7</u> : Au cours de la mise en œuvre de la NAC (RI1, 5.7), il faudra commencer la préparation de l'introduction de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigue sévère sans complication. Cette approche a donné des résultats très appréciés dans d'autres pays. Elle est fortement recommandée par l'OMS, le PAM, le Comité permanent des Nations Unies pour la Nutrition et l'UNICEF lors de la réunion conjointe de Mai 2007.

Integrated Health Project
in the Democratic Republic of Congo

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

APPUI TECHNIQUE AU VOLET NUTRITION DU PROJET SANTE INTEGRE

DEBRIEFING DE L'USAID

Kinshasa 24 Octobre 2011

RAPPEL

Interventions appuyées à travers PROSANI

- Planification familial,
- Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant,
- **NUTRITION**,
- Lutte contre le paludisme et la tuberculose,
- VIH/Sida et
- Eau/Hygiène/Assainissement.

RAPPEL (suite)

Interventions de Nutrition de PROSANI

- Mise en des AEN
- Lutte contre la malnutrition (PCIMA)

Stratégies de PROSANI pour la Nutrition

- Utilisation des acteurs communautaires (RECO)
- Utilisation des structures de santé dans la MEO des AEN et de la PCIMA

TDR DU CONSULTANT

- Elaborer une approche communautaire de MEO des AEN y compris les outils de collecte d'informations

- Définir une liste d'indicateurs pertinents pour le suivi des AEN, de la PCIMA et la SA

- Elaborer une approche de PEC de la malnutrition chronique

TDR DU CONSULTANT (suite et fin)

- Faire des recommandations pertinentes pour:
  - Finalisation du volet Nutrition du plan d'action de la 2ème année
  - Finalisation du plan sectoriel de Nutrition de PROSANI
  - Utilisation facile du protocole de la PCIMA par les acteurs
- Faire une orientation de PROSANI sur les AEN, la PCIMA et la SA.

DEROULEMENT DE LA MISSION

- Séances de travail avec PROSANI

- Visites de courtoisie et d'échange avec:

  - Acteurs nationaux (PRONANUT)

  - Partenaires: UNICEF, OMS,

    PAM, ACF

DEROULEMENT DE LA MISSION (fin)

- Revue des documents nationaux
- Revue des documents de PROSANI
- Production des documents techniques
- Formulation des recommandations

RESULTATS OBTENUS

- Orientation de l'équipe de PROSANI
  - Points de connexion de Nutrition avec autres interventions de PROSANI
  - Supervision intégrée

- Recommandations pour le plan d'action année II (Nutrition)

RESULTATS OBTENUS (fin)

- Document « Approche communautaire de mise en œuvre des AEN » élaboré

- Liste d'indicateurs de Nutrition développée

- Approche de prévention de la malnutrition chronique (en cours)

THEMATIQUES DE NUTRITION IDENTIFIEES PAR LE PROSANI POUR L'APPUI DU CONSULTANT

- AEN: Actions Essentielles de Nutrition

- PCIMA: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue

- SA: Sécurité Alimentaire dans les ménages

Actions Essentielles en Nutrition (AEN)

Interventions à mettre en œuvre pour:

- Un bon développement des enfants,
- Contribuer à prévenir les maladies
  - Malnutrition et
  - Carences en micronutriments essentiels pour la croissance et la bonne santé
  - Groupes vulnérables: 0-5 ans, femmes enceintes/allaitantes et FAR

IMPORTANCE DES AEN

- Grand impact sur la réduction des morbidités et MMR et 5MR.
- Contribuent significativement à l'atteinte des OMD 1, 4, et 5.

- AME = 13% 5MR; AC = 6% 5MR
- SVA = 6,9% (12m), 7,1%(24m), 3,6%(36m)

(cf Lancet 2008)

PCIMA (RDC)

3 composantes :

1. Composante communautaire

2. Composante CS:

- UNS pour la MAM
- UNTA pour MAS non compliquée

3. Composante Hôpital/CSR:

- UNTI pour MAS avec complication
- Complication = Manque d'appétit et/ou maladie associée

INTERET DE PROSANI POUR LA PCIMA?

1. Résultats de l'enquête de base:

INDICATEURS	COUVERTURES
Malnutrition aigue (P/T) globale	9%
Malnutrition aigue (P/T) sévère	**5% (2%)**
CLASSIFICATION ETAT NUTRITIONNEL (OMS)	
Acceptable	<5%
Modérée	**5 - 10%**
Grave	10 – 15%
Critique	>15%

INTERET DE PROSANI POUR LA PCIMA?

1. Résultats de l'enquête de base:

INDICATEURS	COUVERTURES
Malnutrition chronique (T/A) globale	31%
Malnutrition chronique (T/A) sévère	18%
CLASSIFICATION ETAT NUTRITIONNEL (OMS)	
Acceptable	< 20%
Modérée	20 – 30%
Grave	**30 – 40%**
Critique	> 40%

INTERET DE PROSANI POUR LA PCIMA?

1. Résultats de l'enquête de base:

INDICATEURS	COUVERTURES
Insuffisance pondérale (P/A) globale	14%
Insuffisance pondérale (P/A) sévère	5%
CLASSIFICATION ETAT NUTRITIONNEL (OMS)	
Acceptable	< 10%
Modérée	**10 – 20%**
Grave	20 – 30%
Critique	> 30%

CONDITIONS DE SUCCES DE LA PCIMA

- Politiques et directives
- Acteurs compétents
- Supports de gestion disponibles et correctement utilisés
- Matériel anthropométrique disponible
- Intrants et ME essentiels disponibles
- Supervisions effectives et régulières

SECURITE ALIMENTAIRE DES MENAGES

Définition de la SA :

Situation dans laquelle tous les individus ont en tous temps un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive satisfaisant leurs besoins et préférences alimentaires et leur permettant de mener une vie saine et active

(Sommet mondial de l'alimentation 1996)

SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITION

3 piliers de la Sécurité Alimentaire :

- Disponibilité alimentaire
- Accessibilité aux aliments
- Utilisation des aliments (influence la situation nutritionnelle)

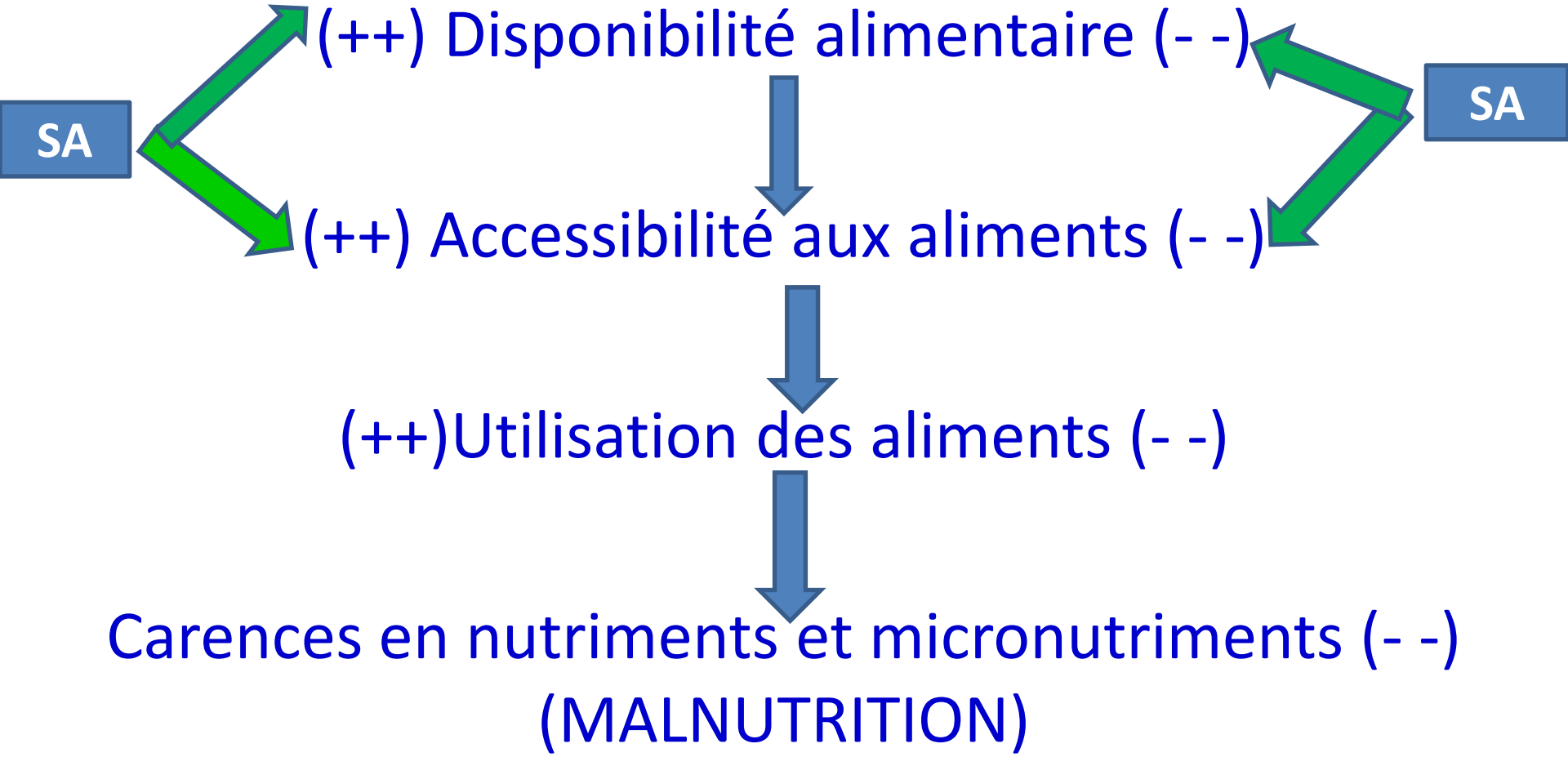
SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITION (suite)

Etat nutritionnel fortement lié à:

- Utilisation des aliments via la consommation alimentaire (quantité & qualité) ⟹ AJR
- Capacité d'adsorption et métabolisation des nutriments
- Fréquence des maladies et leur prise en charge
- Hygiène du milieu de vie

SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITION (fin)

Chaine d'efficacité et de défaillances :



PERTINENCE THEMATIQUES (AEN,PCIMA,SA)

- Engagement de la communauté internationale
  - Soutenir les interventions pertinentes
  - Rapport cout/efficacité prouvé
- Accélération de l'atteinte des OMD.
- Interventions de Nutrition MEO à grande échelle contribuent directement pour 3 sur 8 OMD.
- Indicateurs définis pour le suivi de chaque OMD.

Effets des interventions de nutrition sur la mortalité des moins de 5 ans , Le Lancet, 2008

COUVERTURE des Interventions	Réduction de décès avant	Réduction de décès avant	Réduction de décès avant
	l'âge de 12 mois	**L'âge 24 mois**	**L'âge de 36 mois**
99% avec régime équilibré en énergie et protéines	**3,6%**	**3,1%**	**2,9%**
99% avec complexe Multiple Micronutriments durant la grossesse	**2,0%**	**1,7%**	**1,6%**
99% avec promotion et soutien à Allaitement maternel Exclusif	**11,6%**	**9,9%**	**9,1%**
99% avec promotion de l'alimentation de complément et autres stratégies	**0%**	**1,1**	**1,5%**
99% de Supplémentation en Vitamine A	**6,9%**	**7,1%**	**7,2%**
99% avec supplementation/fortification en zinc	**1,3%**	**2,8%**	**3,6%**
99% avec traitement présomptif intermittent	**2,4%**	**2,1%**	**1,9%**
99% avec interventions d'Hygiène	0%	0.1%	0.2%

NUTRITION / INTER. DE PROSANI

- **Planification familiale:**
- **Allaitement exclusif et MAMA**
- **Santé de la mère, du NNE et enfant:**
- **CPN & FAF**
- **Nutrition FE & FA**
- **Faible poids à la naissance**

NUTRITION / INTER. DE PROSANI

- **Santé de la mère, du NNE et enfant:**
  - **ANJE (AM, AC)**
  - **SVA: FA et enfant 6-59 mois**
- **PEV/PCIME:**
  - **Suivi & Promotion de la croissance**
  - **SVA: Enfant 6-11 mois**
  - **Alimentation enfant malade: Diarrhée**

NUTRITION / PROSANI

- **VIH/Sida:**
  - **PTME et Nourrisson de mère VIH+**
  - **Alimentation Nourrisson VIH+**
  - **TT de la MA chez les PVVIH**
- **Lutte contre le paludisme et la tuberculose:**
  - **Alimentation de l'enfant malade**
  - **TT de la MA chez les tuberculeux**

NUTRITION / PROSANI

Eau/Hygiène/Assainissement

↓

NUTRITION

RECOMMANDATIONS

- Utilisation des documents produits par le consultant pour améliorer l'élaboration des AWP pour les années 3, 4 et 5 de PROSANI
  - Approche communautaire des AEN
  - Approche de prévention de la malnutrition chronique
- PCIMA performante dans les localités couvertes par le PROSANI
- Introduction de la SPC dans les sites de soins communautaire (comp. communautaire de la CPS)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

CONTRIBUTIONS ?

QUESTIONS ?

Integrated Health Project
in the Democratic Republic of Congo

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

APPUI TECHNIQUE AU VOLET NUTRITION DU PROJET SANTE INTEGRE

Débriefing du Consultant Nutrition

Kinshasa 26 Octobre 2011

RAPPEL TDR DU CONSULTANT

- Faire une orientation de PROSANI sur les AEN, la PCIMA et la SA.
- Faire des recommandations pertinentes pour:

1. Finalisation du volet Nutrition du plan d'action de la 2ème année

1. Finalisation du plan sectoriel de Nutrition de PROSANI

2. Utilisation facile du protocole de la PCIMA par les acteurs

RAPPEL TDR (fin)

- Elaborer une approche communautaire de MEO des AEN y compris les outils de collecte d'informations

- Définir une liste d'indicateurs pertinents pour le suivi des AEN, de la PCIMA et la SA

- Elaborer une approche de PEC de la malnutrition chronique

DEROULEMENT DE LA MISSION

- Séances de travail avec PROSANI

- Visites de courtoisie et d'échange avec:

1. Acteurs nationaux (PRONANUT)

2. Partenaires: UNICEF, OMS,
   PAM, ACF

DEROULEMENT DE LA MISSION (fin)

- Revue des documents nationaux
- Revue des documents de PROSANI
- Formulation des recommandations
- Production des documents techniques

RESULTATS OBTENUS

- Orientation de l'équipe de PROSANI
  - Points de connexion de Nutrition avec autres interventions de PROSANI
  - Supervision intégrée

- Recommandations pour le plan d'action année II (Nutrition)

RESULTATS OBTENUS (fin)

- Document « Approche communautaire de mise en œuvre des AEN » élaboré

- Liste d'indicateurs de Nutrition développée

- Approche de prévention de la malnutrition chronique élaborée

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DES AEN

Contenu du document:

- Introduction
- Contexte
  - Données de l'enquête de base
  - Données scientifiques
- Définition des concepts

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DES AEN (suite)

Eléments de l'approche

- Aire géographique de la mise en œuvre
- Comportements & messages clés
- Services communautaires
  - Recensement des ménages
  - VAD
  - Causerie éducative
  - Assemblée villageoise

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DES AEN (suite)

- Services communautaires (suite)
  - Démonstration culinaire
  - Administration vitamine A aux enfants
  - Déparasitage des enfants
  - Dépistage de la malnutrition
  - Contrôle du sel iodé dans les ménages
- Acteurs: RECO , OAC & Ménages

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DES AEN (suite)

- Bénéficiaires des AEN
  - Femmes enceintes
  - Femmes allaitantes
  - Enfants 0 – 5 ans
- Rôles des services techniques
- Outils & supports
- Ressources essentielles

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DES AEN (suite)

- Modalités de mise en œuvre
  - Niveau central
  - Niveau provincial
  - Niveau ZS
  - Niveau village/quartier
- Mécanisme de suivi/évaluation

  Suivi, Evaluation, Indicateurs

APPROCHE COMMUNAUTAIRE DES AEN (fin)

- Liens Approche & services de santé
  - Comment maintenir les liens
  - Gestion des informations
    1. Niveau village/quartier
    2. Niveau ZS
    3. Niveau central (PROSANI)
- Financement de l'Approche
- Annexes

LISTE DES INDICATEURS DE NUTRITION

Eléments clés:

Indicateurs	Définitions et modes de calcul	Sources de vérification
Indicateurs d'impact (évaluation à mi-parcours et fin de PROSANI)		
Indicateurs de couverture (résultats de la mise en œuvre des activités)		
Indicateurs de processus (suivi de la mise en œuvre des activités)		
Base de gestion des données de PROSANI (intégration)		

PREVENTION MALNUTRITION CHRONIQUE

Eléments clés de la prévention

- Eléments de plaidoyer
- Eléments de soutien
- Interventions essentielles (paquet) pour le couple mère/enfant

1. **Femme enceinte**
2. **Femme allaitante**
3. **ANJE,**
4. **Enfant malade**

PREVENTION MALNUTRITION CHRONIQUE (fin)

Modalités de la mise en œuvre

1. Mise en œuvre des AEN
2. PCIMA précoce et performante
3. Plaidoyer/partenariat pour l'assistance alimentaire (sécurité dans les ménages)
4. Suivi à intégrer dans les AEN et la PCIMA

- Annexes
- Messages clés pour la nutrition du couple mère/enfant

RECOMMANDATIONS

Plan d'action année II

Démarche adoptée: Pour chaque activité

1. Vérifier la pertinence avec la thématique
2. Identifier les aspects à améliorer et
3. Faire des recommandations

4. Sept (7) recommandations faites pour le AWP 2012

PLACE DE NUTRITION DANS LE PROSANI

Planification familiale:

- **Allaitement exclusif et MAMA (paquet ANJE)**

Santé de la mère, du NNE et enfant:

- **CPN & FAF**
- **Nutrition FE & FA**
- **Gestion des faible poids à la naissance**

PLACE DE NUTRITION DANS LE PROSANI

Santé de la mère, du NNE et enfant:

- **ANJE (AM, AC)**
- **SVA: FA et enfant 6-59 mois**

PEV/PCIME:

- **Suivi & Promotion de la croissance**
- **SVA: Enfant 6-11 mois**
- **Alimentation enfant malade: Diarrhée**

PLACE DE NUTRITION DANS LE PROSANI

VIH/Sida:

- PTME et Nourrisson de mère VIH+
- Alimentation Nourrisson VIH+
- TT de la MA chez les PVVIH

Lutte contre le paludisme et la TB:

- Alimentation de l'enfant malade
- TT de la MA chez les tuberculeux

PLACE DE NUTRITION DANS LE PROSANI

Eau/Hygiène/Assainissement

NUTRITION - SECURITE ALIMENTAIRE

RECOMMANDATIONS

- Utilisation des documents produits par le consultant pour améliorer l'élaboration des AWP pour les années 3, 4 et 5 de PROSANI
  - Approche communautaire des AEN
  - Approche de prévention de la malnutrition chronique
- PCIMA performante dans les localités couvertes par le PROSANI
- Introduction de la SPC dans les sites de soins communautaire (comp. communautaire de la CPS)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

CONTRIBUTIONS ?

QUESTIONS ?