

PN: ABU-022

93146



SOUTIEN POUR
L'ANALYSE ET LA RECHERCHE
EN AFRIQUE

Workshop on Complementary Feeding of Infants and Young Children

Alexandria, Egypt: November 20 - 24, 1994

**Loana B. Shafritz
Senior Program Officer
Academy for Educational Development (AED)**



The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (A/R/SD/HRD)

Workshop on Complementary Feeding of Infants and Young Children

Alexandria, Egypt: November 20 - 24, 1994

**Lonna B. Shafritz
Senior Program Officer
Academy for Educational Development (AED)**



Workshop on Complementary Feeding of Infants and Young Children

Alexandria, Egypt: November 20 - 24, 1994

Table of Contents

Abbreviations.....	v
I. Background.....	1
II. Results.....	1
A. <i>Workshop Overview</i>	1
B. <i>Workshop Outcomes and Recommendations</i>	2
III. Conclusions and Recommendations	7
Appendix A - List of Participants and Facilitators	9
Appendix B - Draft Workshop Recommendations for Weaning Programs	19
Appendix C - Program Schedule including work group themes	25
Appendix D - Presentation: Elaboration d'une stratégie de communication sociale pour améliorer les pratiques de sevrage.	35
Appendix E - List of AED materials distributed (in French)	75

Abbreviations

AED	Academy for Educational Development
AFRO	WHO Africa Regional Office
CREN	Nutrition Rehabilitation and Education Center
DHS	Demographic and Health Surveys
IEC	Information, Education, Communication
FAO	Food and Agriculture Organization
MCH	Maternal and Child Health
MOH	Ministry of Health
NGO	Non-governmental Organization
ORSTOM	L'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération
PVO	Private Voluntary Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

I. Background

Lonna Shafritz, Senior Program Officer in Population, Health and Nutrition, with the Academy for Educational Development (AED), attended the Inter-country Francophone Workshop on Complementary Feeding of Infants and Young Children held at Senghor University in Alexandria, Egypt from November 20-24, 1994. The objectives of the workshop were to: review the experience gained in the production of weaning foods in French-speaking African countries; promote exchanges of information among those countries; and formulate a regional strategy to actively promote proper complementary feeding throughout Africa.

This workshop, attended by 39 participants from 20 French- and Portuguese-speaking countries (see appendix A), was organized by the World Health Organization (WHO) and ORSTOM in collaboration with FAO, UNICEF and USAID. (USAID funded the airfare for eight African participants).

At WHO's request, the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) project sent Ms. Shafritz to present to the participants on elaborating social communication strategies to improve weaning practices, and to assist in facilitating the working group sessions. Additionally, SARA requested that she identify people/activities that the project should follow-up with for future collaborative efforts.

Originally this workshop was to have been held in June 1993, and then rescheduled for December 1993 in Brazzaville, Congo. However, due to political unrest, it was decided to hold it in Alexandria.

II. Results

A. Workshop Overview

The workshop, focused on reviewing experiences with and sharing information on activities to improve weaning practices, was designed for maximum participation from participants. Descriptions of weaning practices, with information taken mainly from DHS data, were presented by representatives of the Congo, Burkina Faso, Djibouti, and Egypt. Presentations on experiences with production of weaning cereals were provided by participants from Algeria, Benin, Burundi, Cap Verde, Congo, Morocco, Rwanda and Togo (the latter presented information on two separate weaning food projects). Presentations on technology transfer to the household or community level were given by representatives of Burkina Faso, Benin, and the Congo.

These presentations from the participant countries alternated with presentations and reviews by specialists from international organizations, such as WHO, UNICEF and FAO, and various NGOs (see Appendix C for workshop agenda). Ms. Shafritz's

Workshop Outcomes

presentation, "Elaborating a Social Communication Strategy to Improve Weaning Practices", was given Tuesday November 22 along with a general introduction to Health Education and a presentation on "Multimedia Communication Policies and Impact Measurement" by Dr. Djamil Benbouzid and Dr. Bernard Surugue, both of WHO/Geneva, respectively. (See Appendix D for Ms. Shafritz's presentation.)

In addition to the large plenary sessions, there were four working group sessions, where all the participants were divided into three groups to address specific issues on these four specific topics featured during the presentations:

- ♦ Criteria of quality of complementary foods
- ♦ Program implementation of production units of complementary cereal
- ♦ Role of IEC in promoting complementary feeding
- ♦ Transfer of technology to household or community levels to promote weaning food

The goal for these working groups was to develop directives to guide the implementation of national level programs to promote weaning foods. Ms. Shafritz, along with other facilitators, participated actively in these working groups. They were well attended and taken very seriously by participants. One member of each group was responsible for reporting the group's conclusions back to the plenary session prior to moving to the next topic.

Based on the outcome of the working groups and reaction to the presentations, the facilitators and the two workshop secretaries from participating countries (who had been approved by the total assembly) developed a list of recommendations related to weaning programs. These recommendations were presented to the overall assembly for review and modification on November 24th; their review and agreement were the last order of business of the workshop. (See Appendix B.)

B. Workshop Outcomes and Recommendations

1. Weaning practices and indicators

Those countries presenting on weaning practices, and an overview of practices within those countries by Francis Delpeuch of ORSTOM, indicated a variety of the following problems:

- ♦ Semi-solid food being introduced too soon or too late (sometimes both)
 - ♦ Low energy density of complementary food
 - ♦ Only sugar added to cereal
 - ♦ Lots of imported cereal used – expensive
-

- Numerous food taboos, especially for young children
- Introduction of artificial milk
- High percentage of mothers providing water along with breastmilk very early in life

Mr. Delpuech pointed out that the most commonly used indicators for child feeding focus mainly on identifying length of breastfeeding and percent doing so correctly, but don't provide information about what the problems are for those that are incorrectly fed. He suggested additional indicators to measure broader aspects of child feeding including the level of breastfeeding with solid food and the level of complete weaning. Currently, weaning (from the breast) is mostly complete at 12 months in these countries, but up to 25% of the time there is still an absence of any solid food given to the child. Unfortunately, successful breastfeeding programs do not guarantee successful complementary feeding; as urbanization goes up, length of breastfeeding usually decreases in every country. But the same relationship does not hold true for the introduction of solid foods before four months; for example in Mali it does not occur before eight months, while in neighboring Niger it occurs at three months.

2. Central production of weaning cereals

Presentations on experiences with production of weaning cereals were made by participants from Algeria, Benin, Burundi, Cap Verde, Congo, Morocco, Rwanda and Togo (the latter presented information on two separate weaning food projects).

A synthesis of the experiences by Serge Yves Trèche of ORSTOM of these experiences found that none of the formulas used were adequate compared to currently accepted standards for protein (usually too high) and micronutrients (generally none or little); soy was often used instead of specific local grains, some products used high quantities of sorghum which can be harmful to infants, etc.

A number of the cereal productions were sponsored by the health sector, either at the national or local level, and some were undertaken by private producers. In some countries, UNICEF was a collaborating agency in the development of the product. Some were distributed to malnourished children needing care through the health sector or women's groups; others were sold in grocery stores or through pharmacies. Two of the countries, Benin and Togo, had a separate weaning product targeted at children from 3 to 6 months of age.

Several of the presenters commented that their products had problems due to low acceptability of the product itself as well as the price. Other problems were related to issues of production, storage, and distribution. In general, none or very limited research was done with potential users of these products, on the product itself, the

Workshop Outcomes

price, the package design, names, prices, or instructions for preparation. The only country that mentioned having tested product elements with the public prior to “commercialization” was the Congo that pretested the brand name and product label for their Vitafort product. The products distributed were very unsophisticated from a marketing point of view, often lacked an ingredient list, and sometimes had no preparation instructions.

3. Transferring weaning food production technology to the household/community level

This is the area that appears to offer the most long-term potential for collaboration for SARA because in this area there is a greater focus on involving the end-user and a more holistic project approach than those presented above, which often seem to be driven by a top-down approach. It is interesting to note, however, that all three countries that described experiences with transferring technology to the household or community level (Burkina, Congo, and Benin), also had developed products at a more central level, described earlier in the workshop by other representatives from these countries.

Ms. S. Soubiega of Burkina Faso explained the Misola Cereal, a millet-soy-peanut-sugar mixture, made since 1982. (Also produced in Mali since 1993.) The production is artisanal and decentralized, which creates a remunerative activity for the women’s groups that produce it, on a cost-recovery basis. The coordination is provided by a French organization that monitors the different production units in liaison with the MOH and UNICEF. Each mother can come with her own grains to the production units, located in the MCH centers or CRENs, to be ground, and prepare her own cereal in the quantity necessary for her child until the next session. Teaching of the recipe is done from the nutritional education perspective.

Dr. A. Moukolo of the Congo described how “animators” are used to transfer production technology of weaning cereal to the community level on the Kukuya plateau, with the objective of assuring sustainability in the communities. There are 12 animators who were selected by the community and trained. They hold meetings on specific themes, during which they demonstrate preparation of weaning and other foods. They also participate in health consultations to “interpret” for the mothers, whom they know well. There are bi-monthly meetings of the animators, run by a supervisor who monitors their work. After two years, the animators are integrated into the health system; four are already integrated. According to the presenter, the knowledge and attitude of the mothers plays an important role in the success of the program.

Mr. A. Sagbohan of Benin described the PAHOU project which is very interactive and responsive to mothers – meetings are held in the evening when they’re avail-

able. After a nutritional surveillance study, simple formulas were developed and tested among individual and groups of mothers. The project staff worked with the mothers to develop local measures (tomato and soup cans) and to use local ingredients. In addition to working to enrich weaning foods by adding ingredients such as beans, nuts, soy, fish, and eggs, they also worked with mothers to improve the sauces for the family dishes by developing a nutritional base sauce recipe. Promotion of these recipes was done through traditional education channels, such as creating women's groups among mothers of malnourished children. Leaders were trained to monitor the mothers in the group, health education activities occurred bi-monthly and baby-weighing once to monitor growth. For the evaluation, the focus is more on whether the women practice what they learned rather than nutritional status outcomes.

4. IEC Aspects

Unfortunately, a number of invited African participants who work in communication did not attend. This resulted in minimal exchange among participants of experiences with communication activities related to improving weaning practices (despite Ms. Shafritz's attempt to stimulate discussion on this topic following her presentation).

The focus of Ms. Shafritz's presentation was that communication is an integral part of the whole program and that all elements of a weaning practices program (communication, product/practice, price, distribution aspects) should be designed with as much involvement of the intended beneficiaries of the program as possible throughout the whole process.

She distributed to all participants three documents in French related to child nutrition: a monograph recently produced by SARA and two documents produced by AED's Nutrition Communication Project. (See Appendix E for a list of these documents.)

5. Workshop Recommendations

Recommendations called for:

1. Action to reinforce WHA/WHO resolution related to promoting breastfeeding rather than milk substitutes.
2. Not recommending sale, promotion or free distribution of complementary foods specifically destined for use by children under six months old.
3. Complementary foods to meet energy, protein and micronutrient needs of child.

Workshop Recommendations

4. Establishing directives on nutritional value for complementary foods, if not at the national level, then the international standards should be observed.
5. Quality control with critical criteria including: innocuity, salubrity, accessibility, acceptability, nutritional quality.
6. Basing the program development on a thorough multi-sectorial analysis of weaning practices.
7. Production units to be justified and focused on local level.
8. Particularly taking into account the needs of the most needy groups and emergency situations.
9. Developing programs to promote correct weaning practices that would:
 - a. be linked with national policy and, specifically, the primary health care system and particularly with the promotion of growth monitoring.
 - b. include in their evaluation, in addition to weaning practices, the nutritional status of infants which is the definitive objective of such programs.
 - c. include action-oriented research at regional and national levels.
 - d. include training in promotion and management of production units.
 - e. promote the active participation of the concerned communities at all stages of their elaboration, implementation and evaluation.
10. Establishing and disseminating a data bank of the nutritional composition of primary foodstuffs used in manufacturing complementary foods.
11. Adopting, in conjunction with FAO, WHO, and UNICEF, standardized scientific and technical terminology and orms relating to complementary foods.

III. Conclusions and Recommendations

The SARA project should consider:

1. Becoming involved with the ongoing efforts of the three countries that are working to transfer technology (Burkina Faso, Benin, and the Congo), perhaps to work on developing evaluation methods and diffusion of results and recommendations to other African countries.
2. Working with WHO/Brazzaville and ORSTOM/Brazzaville to help develop cost-effective community-participation research and evaluation techniques that could be used to accomplish the previous recommendation.

Appendix A - List of Participants and Facilitators

Appendix A - List of Participants and Facilitators

LISTE DES PARTICIPANTS

Algérie

Jean-Paul GRANGAUD
 Professeur
 Chef du service de Pédiatrie, CHU d'Alger
 Conseiller du Ministre de la santé
 Direction de la santé maternelle et infantile
 Alger, Algérie
 Téléphone 66 57 89
 Télécopie : 86 76 51

Mohamed KELLOU
 Médecin
 Chef Division de la nutrition
 Président du Comité National de Nutrition
 Institut national de santé publique
 4 Chemin El Bakr, El Biar, Alger, Algérie
 Téléphone 2 91 80 48
 Télécopie : 2 912737

Bénin

Cyriaque GNINTOUGBE
 Médecin nutritionniste
 Responsable du service de santé maternelle et infantile, de planification familiale et de nutrition
 Ministère de la santé publique
 Cotaonou, Bénin

Aristide SAGBOHAN
 Chercheur en nutrition
 ISBA/CREDESA
 BP 03 0457 Cotonou, Bénin
 Téléphone : 229 31 11 42
 Télécopie : 229 31 25 20

Robert METOHOUE
 Responsable de fabrication des farines de Ouando
 Ouando, Bénin

Burkina Faso

Jean Célestin SOMDA
 Nutritionniste
 Direction de la santé de la famille
 Ministère de la santé publique
 BP 7247, Ougadougou, Burkina Faso
 Téléphone : 30 68 64

Bambara SAIDOU
 Nutritionniste
 Unité de nutrition, Direction la Santé de la Famille, Ministère de la santé publique .
 BP 7247, Ougadougou, Burkina Faso
 Téléphone 30 6864

Simone SOUBEIGA
 Directrice de production, projet de farine Misola/Kasona
 Centre féminin d'aliments de sevrage
 Ougadougou, Burkina Faso

Marie Berthe OUEDRAOGO

Médecin
Administrateur Programme Santé
01 BP 3420 Ougadougou, Burkina Faso
Téléphone : 30 02 35
Télécopie : 30 06 69

Burundi
Boniface KABURENTE
Conseiller technique en nutrition, projet de lutte contre les maladies tropicales
Ministère de la santé publique
Bujumbura, Burundi

Fitina MWAJUMA
Nutritionniste
Projet de lutte contre les maladies transmissibles
Buyenzi, Burundi
Téléphone : 22 4746

Jean Baptiste NSAVYIMANA
Coordinateur technique du projet Musalac,
Ministère de la santé publique, Centre de santé de Musaga
Bujumbura, Burundi
Téléphone 22 29 99

Cameroun
Jean Claude LOWE
Chef du service de nutrition, Ministère de la santé publique
Yaoundé, Cameroun
Téléphone : 22 66 28

Edmond NDJIPKEU
Chef du service national d'éducation pour la santé
Ministère de la santé publique
Yaoundé, Cameroun
Téléphone : 22 39 17

Cap Vert
Ana Paula MONTEIRO FREITAS
Nutritionniste
Hospital de Baptista de Somsa
Sao Vicente, Cap Verde
3 118 79

Eugenio Alberto VERA -CRUZ
Ingénieur technique
FAMA SARL
San vicente, cap Vert
Téléphone : 31 22 09

Congo
Dr. Félicité TCHIBINDAT
Direction de la Santé de la famille, Projet d'appui aux activités de nutrition, Ministère de la santé publique
BP 13127 Brazzaville, Congo
Téléphone 242 83 55 53

Dr. Abel Zéphirin MOUKOLO
Technicien supérieur de santé publique
Direction de la Santé de la famille, Ministère de la santé publique
BP 13217 Brazzaville, Congo
Téléphone : 242 83 55 53

Côte d'Ivoire**Ambroise TEBI**

Médecin nutritionniste

Laboratoire de nutrition, Institut national de santé publique

Abidjan, Côte d'Ivoire

Téléphone : 22 44 04 Poste 260

Djibouti**Mahdi Ali MOHAMED**

Coordinateur des programmes de nutrition,

Hôpital de Balhale

Djibouti

Téléphone : 34 08 38

Egypte**Sadek ABDELAAL**

Conseiller du Ministre de la santé, Ministère de la santé

Pédiatre, Université du Caire

Le Caire, Egypte

Téléphone : 340 55 10

Télécopie : 340 5510

Guinée**Sékou Tidiane KOUROUMA**

Médecin, pédiatre, nutritionniste

Directeur de l'Institut de nutrition et de santé de l'enfant

M. Macoura OULARE

Médecin nutritionniste

Division de l'alimentation et de la nutrition, Direction nationale de la santé, Ministère de la santé publique

BP 585, Conakry, Guinée

Téléphone : 224 44 20 10

Madagascar**Hary RALAIARISON-RAHARIZELINA**

Enseignant-chercheur

Laboratoire d'anthropologie nutritionnelle, Faculté des Sciences

Université d'Antananarivo

BP 906, Antananarivo 101

Mali**Djebril SEMEGA**

Chef du Service de nutrition, Division de la santé familiale, Ministère de la santé publique

BP 1149 E, Bamako, République du Mali

Téléphone : 223 22 45 26

Maroc**Mimoun AOURAGHE**

Ministère de la santé publique

Rabat, Maroc

Téléphone : 07 69 12 67

Mozambique**Maria de Lourdes FIDALGO**

Responsable du département de nutrition, Ministère de la santé

CP 264 Maputo, Mozambique

Téléphone : 285 1 42 17 38

Télécopie : 285 1 421738

Ismael Carina Hassane SUMALGY
Département de nutrition, Ministère de la santé
CP 264 Maputo, Mozambique
Téléphone : 285 1 42 17 38
Télécopie : 285 1 421738

Niger

Haoua MOUSTAPHA
Nutritionniste
Unité de nutrition, Direction de la santé familiale, Ministère de la santé publique
Niame, Niger
Téléphone : 72 36 00 Poste 3172

Jérôme-Oumarou TRAPSIDA
Economiste
Ministère de l'Industrie
BP 11700 Niamey, Niger
Téléphone : 73 42 61/41 66

Rwanda

Thomas KARENGERA
Directeur de la Santé, Ministère de la santé publique
Kigali

Edith MUKAMURENZI
Nutritionniste-diététicienne
Unité de nutrition, Ministère de la santé publique
Kigali, Rwanda
Téléphone : 250 74866-752 23

Tchad

Oscar Yomadji Outengar
Nutritionniste
Centre national de nutrition et de technologie alimentaire, Ministère de la santé publique
BP 440, Ndjamena, Tchad

Barounga Nouhou FATIME
Responsable nationale du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Ministère de la santé publique
Ndjamena, Tchad
Téléphone : 235 51 46 40/05
Télécopie : 235 51 31 59

Togo

Somdou TELOU TABOU
Directrice du centre social du quartier de Zongo
BP 1247 Lomé, Togo
Téléphone : 21>55 40

Kodjo Doh AGBO
Directeur de l'Institut de nutrition et technologie alimentaire (INTA)
BF 1242 Lomé, Togo
Téléphone : 228 25 4118

Kodjo Crédo PLETH-SUKA
Responsable technique de production de Viten
BP 10057 Lomé, Togo
Téléphone : 27 97 77
Télécopie 27 97 77

Abdou Rahmane Diparidé AGBERE

Pédiatre
Responsable de l'Unité D, U.R.O., Centre d' Intégration de soins à l'Enfant, Hôpital de jour, Hôpital de jour, Centre hospitalier universitaire Tokoin
BP 57 Lomé , Togo
Téléphone : 21 48 62/212501

Tunisie

Sarra JARRAYA

Médecin

Responsable du programme national de périnatalité, Direction des soins de santé de base, Ministère de la santé publique

Bab Saiadoun, Cité Welvert

Tunis, Tunisie

ORGANISATIONS INTERNATIONALES

FAO

Selma DOYRAN

Fonctionnaire chargé des normes alimentaires

Division de la nutrition et des politiques alimentaires,

Via delle terme di Caracalla

00100 Rome, Italie

Téléphone : 52 255826

UNICEF

Joanne CSETE

Conseiller en nutrition

Section de nutrition

3 UN Plaza (H-10F)

New York, NY 10017, Etats Unis d'Amérique

Téléphone : 212 326 7382

Télécopie : 212 326 7336

Amadou KONTE

Chef du projet de nutrition

Nouakchott, BP 620, Mauritanie

Téléphone 53760/53784

ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Academy for Education Development

Lonna Shafritz

Animatrice

1255 23rd St

NW Washington DC 20037, Etats Unis d'Amérique

Agrisud

Olivier Legros

Ingénieur agro-économiste

18 route de Lorrion

33760 Frontenac

Téléphone 56 23 50 74

Télécopie : 56 23 50 73

Groupe de recherche et d'échange technologique

Mémina Sanogho

213 rue La Fayette

75010 Paris, France

Téléphone : 33 1 40 056169

Télécopie : 33 1 40 05 61 10

INSTITUTIONS ET UNIVERSITES

INSTITUTIONS ET UNIVERSITES

Université de Montpellier II
Pierre Besançon
Professeur
GBSA Unité de nutrition
34095 Montpellier Cedex 5 France
Téléphone : 33 67 63 36 49
Télécopie : 33 67 63 36 49

Université de California, Davis
Kenneth Brown

MEDIA

Syfia - Periscoop
Pierre Barrot
Journaliste
parc scientifique Agropolis
34397 Montpellier Cedex 5
Téléphone : 67 61 13 61
Télécopie : 67 61 13 11

SECRETARIAT

Organisation mondiale de la santé
Djamil BENBOUZID
Fonctionnaire médical
Unité de nutrition, Division de l'alimentation et de la nutrition
1211 Genève 27, Suisse
Téléphone : 41 22 791 3322
Télécopie : 41 22 791 4156

Bruno de BENOIST
Conseiller régional en nutrition
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
B.P. 6 Brazzaville, Congo
Téléphone : 242 83 91 08
Télécopie : 242 83 94 00

Yasmine MOTARJEMI
Spécialiste scientifique
Unité FOS, Division de l'alimentation et de la nutrition
Genève, Suisse
Téléphone : 22 791 3558
Télécopie : 22 791 07 46

Bernard SURUGUE
Education et promotion de la santé
1211 Genève 27, Suisse
Téléphone : 41 22 791 2756
Télécopie : 41 22 791 4186

Barbara UNDERWOOD
Unité de nutrition, Division de l'alimentation et de la nutrition
1211 Genève 27, Suisse
Téléphone : 41 22 791 3322
Télécopie : 41 22 791 4156

Anna VERSTER
Conseiller régional en nutrition
Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

ORSTOM
Francis Dolpeuch
Directeur de recherche ORSTOM
Laboratoire de nutrition tropicale
Centre ORSTOM
BP 5045 F 34032 Montpellier Cedex 1
Téléphone : 33 67 61 74 66
Télécopie : 33 67 54 78 00

Charles-Edouard de Suremain
Socio-anthropologue
ORSTOM Département santé
ORSTOM Montpellier
911 avenue Agropolis

34100 Montpellier
Téléphone : 67 71 74 73
Télécopie 07 71 74 73

Dr. Bernard Maire
Chercheur scientifique
Laboratoire de nutrition tropicale
Centre ORSTOM
BP 5045 F 34032 Montpellier Cedex 1
Téléphone : 33 67 61 74 68
Télécopie : 33 67 54 78 00

Dr. Yves Marin-Prevel
ORSTOM/Nutrition
Epidémiologiste
BP 181 Brazzaville, Congo
Téléphone 242 83 62 65
Télécopie : 242 83 13 37

Serge Yves Trèche
Directeur de recherche ORSTOM
Laboratoire de nutrition tropicale
Centre ORSTOM
BP 5045 F 34032 Montpellier Cedex 1
Téléphone : 33 67 61 74 66
Télécopie : 33 67 54 78 00

Appendix B - Draft Workshop Recommendations for Weaning Programs

Appendix B - Draft Workshop Recommendations for Weaning Programs

questions et faire en sorte que la spécificité des pays africains soit prise en compte; aussi les Etats membres devraient-ils être encouragés à participer plus régulièrement aux réunions du Codex alimentarius et à commenter les documents soumis aux sessions des comités du Codex alimentarius;

5. Les critères de qualité des aliments de complément destinés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant incluent l'innocuité et la salubrité, qualité microbiologique et toxicologique, l'accessibilité, coût, disponibilité des matières premières, l'acceptabilité par les utilisateurs, la commodité d'usage et la qualité nutritionnelle, densité énergétique, composition en nutriments, biodisponibilité; pour prendre en compte ces critères il conviendrait de:
 - mettre en place un système de contrôle de qualité,
 - promouvoir de bonnes pratiques de fabrication et établir des mesures de contrôle basées sur le système HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point System);
 - informer les mères et éduquer les futures mères sur les règles de la salubrité et les aspects nutritionnels de l'alimentation de complément du nourrisson et du jeune enfant;
 - identifier et promouvoir des technologies permettant d'améliorer la qualité hygiénique et nutritionnelle des aliments de complément destinés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;
 - former le personnel de santé et d'autres secteurs dans les structures concernées;
 - conduire des études HACCP sur les pratiques de préparation des aliments de complément destinés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
6. Le processus d'élaboration d'un programme visant à promouvoir une alimentation de complément correcte chez le nourrisson et le jeune enfant devrait se fonder sur une analyse approfondie des pratiques de sevrage respectant la dimension multifactorielle des déterminants du sevrage; cette analyse devrait donc intégrer en plus des déterminants sanitaires, nutritionnels, agricoles et technologiques, les aspects culturels, socio-économiques, et la sécurité alimentaire.
7. La décision d'implanter une ou des unités de production d'aliments de complément destinés au nourrisson et au jeune enfant repose sur des analyses pertinentes, prenant en compte la question de la taille de l'unité, mais aussi sa raison d'être; au cas où l'implantation s'avérerait nécessaire, il conviendrait de privilégier les unités de petite taille qui favorisent les initiatives locales et communautaires.
8. Les mesures envisagées pour améliorer et promouvoir l'alimentation de complément du nourrisson et du jeune enfant tiennent particulièrement compte des besoins des groupes les plus démunis et des situations d'urgence.
9. Les programmes visant à promouvoir une alimentation de complément correcte chez le nourrisson et le jeune enfant:

BEST AVAILABLE DOCUMENT

RECOMMANDATIONS

Définissant:

le sevrage comme étant la période pendant laquelle l'enfant passe progressivement d'une alimentation lactée au plat familial et

Reconnaissant que:

l'allaitement maternel pendant les deux premières années de la vie, est une importante condition au maintien du bon état nutritionnel de l'enfant;

la qualité de l'allaitement maternel est déterminée par l'état nutritionnel de la mère;

Les participants recommandent que:

1. Les Etats membres s'efforcent de mettre en oeuvre rapidement les résolutions relatives à la promotion de l'allaitement maternel, au Code de commercialisation des substituts du lait maternel et à l'alimentation de complément du nourrisson et du jeune enfant adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique¹.
2. Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'alimentation de l'enfant et du nourrisson (WHA/47.5), les aliments de complément destinés à l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson soient introduits à partir de l'âge de 6 mois environ; cela implique par conséquent que la vente, la promotion ou la distribution gratuite d'aliments de complément spécifiquement destinés aux enfants âgés de moins de 6 mois ne soit pas autorisée.
3. Les aliments de complément destinés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant venant en appoint au lait de la mère - ils aient une valeur nutritive telle que la couverture des besoins du nourrisson et du jeune enfant, en énergie, en protéines et en micronutriments - notamment en fer, en vitamine A et en iode - soit assurée.
4. La valeur nutritive des aliments de complément destinés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et leurs modalités de fabrication industrielle ou artisanale fassent l'objet de directives spécifiques; en l'absence de directives nationales, des directives internationales pourraient servir de cadre de référence à l'élaboration d'une réglementation nationale; dans cette optique, les comités du Codex alimentarius apparaissent comme un lieu approprié pour aborder ces

¹ En particulier les résolutions sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant (WHA/47.5) et sur la situation nutritionnelle dans la région africaine (AF/RC44/R10).

BEST AVAILABLE DOCUMENT

- i) s'articulent avec les politiques nationales de développement sanitaire et, plus spécifiquement, avec le système de soins de santé primaire, de façon à être étroitement associés aux activités de promotion de la croissance au niveau des formations sanitaires;
 - ii) portent dans leur évaluation non seulement sur les pratiques de savrage, mais aussi sur l'état nutritionnel, car en définitive l'objectif de tels programmes est d'améliorer l'état nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants;
 - iii) s'appuient également sur des recherches orientées vers l'action; ces dernières devraient être conduites:
 - au niveau régional, sur l'inventaire, la mise au point et la sélection de procédés et d'équipements utilisables;
 - au niveau national: sur l'amélioration de la valeur nutritive, sur l'acceptabilité et l'accessibilité des aliments de complément du nourrisson et jeune enfant, sur la valorisation des recettes traditionnelles, sur les aspects socioculturels et économiques et sur les technologies liées à la transformation des produits alimentaires;
 - iv) incluent un volet de formation sur la promotion et la gestion des unités de production d'aliments de complément;
 - v) se fondent à tous les stades de leur élaboration, de leur mise en oeuvre et de leur évaluation sur les communautés concernées et que leur participation interactive soit promue;
10. une banque de données sur la composition en nutriments des matières premières utilisables dans la fabrication des aliments de complément du nourrisson et du jeune enfant soit établie au niveau international et largement diffusée auprès des groupes d'utilisateurs dans les pays;
 11. la terminologie scientifique et technique et le mode d'expression des normes relatives aux aliments de complément du nourrisson et du jeune enfant devraient être actualisés avec l'assistance des agences du système des Nations Unies concernées, particulièrement la FAO, l'OMS et l'UNICEF.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Appendix C - Program Schedule including work group themes

Appendix C - Program Schedule including work group themes

10/15

PROGRAMME DE TRAVAIL

DIMANCHE 20 NOVEMBRE

SEANCE D'OUVERTURE

- 9.00 Allocution du Directeur régional de l'OMS pour le Bureau régional de la Méditerranée orientale
- 9.10 Allocution du Directeur régional de l'OMS pour le Bureau régional de l'Afrique
- 9.20 Allocution du Représentant de l'ORSTOM
- 9.30 Allocution du Professeur Seck, Doyen de l'Université Senghor
- 9.45 Pause
- 10.15 Introduction des participants
Election du Bureau
Présentation et adoption du programme de travail
- SESSION 1 : ALIMENTATION DE COMPLEMENT EN AFRIQUE; APERÇU ET AMELIORATIONS NECESSAIRES**
- 10.30 Alimentation de complément et nutrition du jeune enfant
B. de Benoist, OMS.
- 10.45 Exposés des pays sur les pratiques de sevrage
- Pratiques de sevrage au Congo
F. Tchibindat
- Pratiques de sevrage au Burkina Faso
J.C. Somda
- Pratiques de sevrage à Djibouti
A. Mohamed
- Pratiques de sevrage en Egypte
S. Abdelaal
- 11.10 Synthèse sur les pratiques de sevrage dans la région et perspective sur les améliorations nécessaires
F. Delpeuch, ORSTOM
- 11.30 Discussion générale
- 12.00 Pause

11/15

SESSION 2 : PRINCIPES GENERAUX D'AMELIORATION' DES ALIMENTS DE COMPLEMENT

- 14.00 Contrôle de qualité des aliments de complément
S. Doyran
- 14.15 Hygiène des aliments et sevrage
Y. Mortajemi, OMS
- 14.30 Innocuité et disponibilité des nutriments dans les aliments de complément
P. Besançon, Université de Montpellier II
- 14.50 Critères de qualité et techniques pour augmenter la densité énergétique des bouillies
S. Trèche, ORSTOM
- 15.10 Discussion
- 15.30 Pause

SESSION 3 : TRAVAUX DE GROUPE

- 16.00 Thème : critères de qualité des aliments de complément
- 18.00 Fin

LUNDI 21 NOVEMBRE

- 9.00 Critères de qualité des aliments de complément
Rapport des travaux de groupe

- 10.00 Pause

SESSION 4 : PRODUCTION DES FARINES DE SEVRAGE EN ATELIER

- 10.30 Exposé sur des expériences en cours

Farine Superamine
J.P. Grangaud, Algérie

Superfarine de Ouando
F. Akadiri, Bénin

Farine Musalac
J.B. Nsavyimana, Burundi

Farine Micaf
E. Vera Cruz, Cap Vert

Farine Vitafort
F. Tchibindat, Congo

Farine Actamine
M. Aouragh, Maroc

Farine Sosoma
F. Mukamurenzi, Rwanda

BEST AVAILABLE DOCUMENT

12/15

Farine Nutrimix
K.D. Agbo, Togo

Farine Viten
M. Fleth Suka, Togo

- 12.30 Pause
- 14.00 Synthèse sur les expériences de production de farines de sevrage en atelier
S. Trèche, ORSTOM
- 14.30 Discussion générale
- 14.50 Technologies et équipement utilisables pour la fabrication de farine infantile
M. Sanogho, Groupe de recherche et d'échange technologique
- 15.10 Création et gestion d'un atelier de fabrication de farines infantiles
O. Legros, Agrisud
- 15.30 Pause

SESSION 5 : TRAVAUX DE GROUPE

- 10.00 Thème : Unités de production d'aliments de complément
- 18.00 Fin

MAKDI 22 NOVEMBRE

- 9 00 Unités de production d'aliments de complément
Rapport des travaux de groupe
- 10.00 Pause

**SESSION 6 : APPROCHES POUR PROMOUVOIR L'ALIMENTATION DE
COMPLEMENT**

- 10.30 L'éducation pour la santé : introduction générale
D.Benbouzid, OMS
- 10.40 Elaboration d'une stratégie de communication sociale pour améliorer les pratiques de
sevrage
L. Shafritz, Academy for Educational Development
- 11.10 Politiques de communication multimédia et mesures d'impact
B. Surugue, OMS

SESSION 7 : TRAVAUX DE GROUPE

- 11.30 Thème : rôle de l'IEC dans la promotion des aliments de complément
- 12.30 Pause
- 14.00 Thème : rôle de l'IEC dans la promotion des aliments de complément
- 15.30 Pause

BEST AVAILABLE DOCUMENT

13/15

- 16.00 Thème : rôle de l'IEC dans la promotion des aliments de complément (suite)
- 16.30 Rôle de l'IEC dans la promotion des aliments de complément
Rapport des travaux de groupe
- 18.00 Fin

MERCREDI 23 NOVEMBRE 1994

**SESSION 8 : OPERATIONS DE TRANSFERT DE TECHNOLOGIES A LA PORTEE
DES MENAGES OU DES COMMUNAUTES**

- 9.00 Exposés sur des expériences en cours

Farina Misola
S. Soubeiga, Burkina Faso

Opération d'éducation nutritionnelle et de transfert de technologie sur le plateau de Kukuya,
A. Moukolo, Congo

Projet PAHOU,
A. Sagbohan, Bénin
- 9.20 Technique de maitage et de fermentation : exemple de mise en oeuvre au niveau national
A. Verster, OMS
- 9.40 Discussion générale
- 10.00 Pause
- 10.30 Evaluation d'Impact des stratégies mises en oeuvre
Y. Martin-Prevel, ORSTOM

SESSION 9 : TRAVAUX DE GROUPE

- 11.00 Thème 4 (session 8) : transfert de technologies à la portée des ménages ou des
communautés pour promouvoir l'alimentation de sevrage
- 12.30 Pause
- 14.00 Thème 4 (session 8) : transfert de technologies à la portée des ménages ou des
communautés pour promouvoir l'alimentation de sevrage (suite)
- 14.30 Thème 4 (session 8) : transfert de technologies à la portée des ménages ou des
communautés pour promouvoir l'alimentation de sevrage (suite)
Rapport des travaux de groupe
- 16.30 Pause
- 18.00 Fin

BEST AVAILABLE DOCUMENT

24

14/15

JEUDI 24 NOVEMBRE 1994

SESSION 10 : PERSPECTIVE D'AVENI

- 9.00 Préparation du rapport final
Secrétariat
- 10.00 Pause
- 11.30 Présentation du rapport de l'atelier

CEREMONIE DE CLÔTURE

- 12.00 Adoption du rapport de l'Atelier
Cérémonie de clôture
- 12.30 Fin

BEST AVAILABLE DOCUMENT

TRAVAUX DE GROUPE

OBJECTIF

Elaborer les lignes directrices qui serviront de cadre à la mise en oeuvre d'un programme de promotion des aliments de sevrage au niveau national.

THEMES DE REFLEXION :

Thème 1 : critères de qualité des aliments de complément

- 1) Quel est l'ordre d'importance des critères de qualité des aliments dans les différents environnements représentés?
- 2) Comment pensez-vous qu'ils puissent être pris en compte ?
- 3) Quels sont les critères qui peuvent faire l'objet d'une standardisation ?
- 4) Quels sont les éléments nécessaires aux structures nationales concernées pour définir et contrôler la qualité des aliments de complément ?

Thème 2 : mise en place d'un programme d'unités de production de farine de complément

- 1) Le secteur public et plus particulièrement le secteur sanitaire a-t-il un rôle à jouer dans la production, la promotion et la distribution des aliments de complément. Si la réponse est positive, que devrait-être ce rôle ?
- 2) Quelles sont les conditions de mise en oeuvre d'un programme d'unités de production de sevrage, qu'elles relèvent du secteur public ou du secteur privé, notamment en ce qui concerne :
 - le choix de ces modalités et les étapes d'une stratégie d'implantation ;
 - le développement de technologie appropriée.

Thème 3 : rôle de l'information , de l'éducation et de la communication dans la promotion de l'alimentation de complément

- 1) Quels sont les groupes cibles qui devrait bénéficier d'un programme de promotion des pratiques de sevrage et sur quels critères les définiriez-vous ?
- 2) Pour chacun de ces groupes cibles, préciser :
 - La nature des informations à collecter pour élaborer les messages
 - Le type de messages à communiquer ?
 - A qui revient la responsabilité d'élaborer ces messages ?
 - Les médias les plus appropriés pour véhiculer ces messages ?
 - Comment évaluer l'impact des messages ?

Thème 4 : transfert de technologies à la portée des ménages ou des communautés pour promouvoir l'alimentation de sevrage

1) Faites ressortir les points forts et les faiblesses des expériences de transfert de technologies présentées et analyser les conditions de leur applicabilité dans les différents pays représentés au sein de votre groupe de travail. Chaque groupe travaillera sur une expérience différente :

- Groupe A : Projet Misola, Burkina Faso
- Groupe B : Projet de Pahou, Bénin
- Groupe C : Opération d'éducation nutritionnelle et de transfert de technologie sur le plateau de Kukuya

2) Quelles autres modalités de transfert adaptées aux contextes de vos pays pouvez-vous proposer ?

**Appendix D - Presentation: Elaboration d'une stratégie de communication sociale
pour améliorer les pratiques de sevrage.**

**Elaboration des strategies de
communication sociale
pour ameliorer les pratiques de sevrage**

Lonna B. Shafritz, Claudia C. Fishman, Ellen G. Piwoz

**le 22 novembre, 1994
Alexandrie, Egypte**

**Elaboration d'une stratégie de communication sociale
pour améliorer les pratiques de sevrage**

Première partie : Communication en tant que partie d'un programme complet

La communication est un outil efficace qui a aidé des millions de gens à changer pour le mieux leur comportement nutritionnel. En Afrique, l'USAID a collaboré avec des programmes d'amélioration des pratiques de sevrage dans de nombreux pays, y compris au Burkina Faso, au Cameroun, au Ghana, au Mali, au Niger, au Nigéria, au Sénégal et au Swaziland.

Pratiquement tous les programmes de sevrage commencent par un énoncé du problème.

(1)

Pour répondre au problème, le programme prend une approche particulière.

(2)

L'énoncé du problème du programme de sevrage

Lorsque les nourrissons arrivent à l'âge de 4-6 mois, le lait maternel à lui seul n'est plus assez nutritif pour l'enfant qui grandit. Les suppléments traditionnels sont des bouillies diluées faite avec l'aliment de base (mil, maïs ou manioc) qui ne suffisent pas nutritionnellement et sont souvent nuisibles à cause des bactéries qu'elles contiennent. Si l'on ne donne pas, à ce moment là, un aliment avec suffisamment de calories et les niveaux appropriés de protéines et de micronutriments, la croissance des enfants est ralentie et l'on note des taux élevés de morbidité et de mortalité dus aux infections et aux maladies nutritionnelles.

Choix des objectifs du programme de sevrage

- 1. Encourager la modification des comportements actuels d'alimentation du nourrisson liés à l'introduction d'aliments complémentaires (par exemple, encourager les mères à nourrir activement les bébés de six mois plutôt que d'attendre que l'enfant demande à manger)**
- 2. Encourager les modifications dans les recettes préparées à la maison pour des aliments utilisés couramment pour l'alimentation complémentaire (par exemple, ajouter de l'huile ou du sucre)**
- 3. Développer et promouvoir de nouveaux ingrédients pour les recettes préparées à la maison (par exemple, des beignets d'haricots frits ou des préparations grillées avec de la farine de niébé)**
- 4. Développer et promouvoir de nouveaux produits alimentaires qui seront fabriqués et distribués au niveau communautaire**
- 5. Développer et promouvoir de nouveaux produits alimentaires qui seront fabriqués et distribués par un distributeur/fournisseur central**

Ou toute combinaison des éléments ci-dessus.

En gérant un de ces programmes, nous devons commencer par comprendre que, dans toute son intégralité et portée, la communication n'est qu'un volet d'un programme en multiples parties qui comprend également la recherche, la mise au point du service et du produit, la fixation du prix, la formation, la prestation du service ou la distribution du produit et l'évaluation.

(3)

Un cadre complet et bien développé pour gérer tous les volets d'une campagne de changement du comportement nutritionnel est

le "marketing de comportement social" ou

le "marketing social."

(4)

Au cœur du marketing social, est le principe que les gens ont un choix continu entre divers comportements dont les bénéfices offerts et les sacrifices demandés varient.

VOLETS DU PROGRAMMES DES PRATIQUES DE SEVRAGE

RECHERCHE

SUIVI /
POINT
EVALUATION

MISE AU
DU PRODUIT

COMMUNICATION

FORMATION

DISTRIBUTION DU PRODUIT /
POINT
PRESTATION DE SERVICE

MISE AU
DE SERVICE

FIXATION DES PRIX

Le principe fondamental du marketing social:

Face à un choix de produits (ou de comportements), les gens choisiront le produit (ou adopteront le comportement) qui est le plus attrayant pour leurs propres raisons.

(5)

Pour chaque comportement alternatif (par exemple, donner à manger à la cuillère une bouillie épaisse ou donner de force une bouillie liquide), le consommateur va peser les bénéfices perçus et les coûts du point de vue économie, temps, énergie ou valeur psychosociale. Le but est de guider le programme pour que le comportement préconisé soit choisi par un plus grand nombre de personnes que les comportements compétitifs. Comment peut-on faire ?

(6) Le défi pour le concepteur du programme c'est de se mettre à la place du consommateur pour voir comment le comportement proposé pourrait être plus bénéfique que les autres options. Ce processus repose sur plusieurs étapes de recherche faites auprès des gens qui devront essayer le "nouveau" comportement.

(7)

Vu brièvement, le processus comprend les six étapes montrés :

toutes ces étapes doivent être prises en compte par un programme de marketing social et des décisions doivent être prises à chaque étape.

Le reste de la présentation se concentrera sur les trois premières étapes.

Exemples de comportements de sevrage compétitifs

Comportement souhaité

Comportement courant

A 6 mois, "faire manger" des aliments complémentaires à l'enfant	Attendre que l'enfant réclame à manger ou mange lui-même
Donner à manger à la cuillère une bouillie épaisse	Donner un biberon ou forcer l'enfant à prendre une bouillie liquide
{Ecraser des arachides} {Ecraser des feuilles vertes} {Verser de l'huile et du sucre} et ajouter à la bouillie de féculents	Donner uniquement des féculents
Acheter un produit ou des ingrédients de sevrage	Acheter toutes les autres choses pour la même somme
Donner des aliments de sevrage 3-4 fois par jour	Faire autre chose pendant ce temps

Le défi de marketing social

Mettez-vous à la place d'un autre

pour déterminer

pourquoi "votre" comportement

est meilleur que

TOUTES

les autres options

compétitives

Processus de marketing social

1 - Analyse

2 - Planification

3 - Test

4 - Application

5 - Suivi

6 - Feed-back

Deuxième partie : Définir le programme de marketing social

Maintenant, je vais décrire les éléments nécessaires d'un programme de marketing social. Tel que mentionné au début, il existe plusieurs options différentes pour améliorer le comportement de sevrage, par exemple, modifier le comportement ou les recettes et la mise au point de nouveaux produits.

Suivant la première étape du cadre de marketing social, la sélection d'une approche par rapport à une autre devrait se faire en fonction d'une analyse approfondie de plusieurs types d'information. Les programmes d'amélioration du sevrage soutenus par l'USAID et décrits dans cette monographie (MONTRE-LA) ont réalisé ces cinq activités de recherche avant d'élaborer définitivement leur stratégie de marketing ou de communication social:

(8)

Exemples des essais de recettes:

Indonésie : Le Projet Communication nutritionnelle et Changement de Comportement (1977-1982) a fait des essais auprès des ménages concernant une nouvelle bouillie de sevrage fortifiée avec des ingrédients trouvés dans le cadre d'une recherche précédente (Griffiths, 1991).

Pérou : Le Projet de Prise en charge alimentaire de la Diarrhée a utilisé des essais de recettes faits dans la communauté pour mettre au point un aliment pouvant être utilisé pendant la diarrhée et le rétablissement. Des nutritionnistes et des

**Cinq activités de recherche
pour déterminer l'approche du programme de sevrage**

- 1. Revoir les informations existantes sur les pratiques alimentaires, les croyances en ce qui concerne le régime alimentaire et les maladies ainsi que l'épidémiologie nutritionnelle (étude sur document).**

- 2. Réunir de nouvelles informations culturelles pour aider à choisir des aliments possibles. Pour le moment, il est important de déterminer des fluctuations saisonnières dans la disponibilité des aliments et des prix (enquête rapide auprès de la communauté et discussions de groupe dirigées).**

- 3. Formuler des combinaisons adéquates du point de vue nutritionnel de ces aliments en utilisant des principes nutritionnels types -- par exemple, les méthodes de transformation traditionnelles telles que malter ou fermenter -- si c'est approprié (laboratoire/cuisine).**

**Cinq activités de recherche
pour déterminer l'approche du programme de sevrage**

- 4. Faire participer les mères à la mise au point de nouvelles recettes et pratiques de sevrage en utilisant les combinaisons d'aliments et les techniques de préparation identifiées auparavant (communauté).**

Exemples:

Indonésie : Le Projet Communication nutritionnelle et Changement de Comportement (1977-1982): le bouillie de sevrage fortifiée.

Pérou : Le Projet de Prise en charge alimentaire de la Diarrhée: un aliment utilisé pendant la diarrhée et le rétablissement.

- 5. Faire des essais à domicile où l'on demande aux mères de préparer et de donner à leurs enfants les nouvelles recettes pendant un temps donné et de fournir un feed-back à l'équipe du projet (communauté).**

Exemple: Dans l'Etat de Kwara au Nigéria, le Projet de Prise en charge alimentaire de la Diarrhée, soutenu par l'USAID (1985-1990): tests rigoureux au niveau des ménages du produit avec l'adjonction de malt pour rendre la bouillie moins visqueuse.

spécialistes des sciences sociales faisant partie de l'équipe du projet ont demandé à des groupes de mères de mettre au point leurs propres recettes en utilisant des ingrédients fondamentaux identifiés par les nutritionnistes en fonction de considérations commerciales et nutritionnelles (Esrey et al., 1990).

Exemple de la recherche au niveau des ménages:

Dans l'Etat de Kwara au Nigéria, le Projet de Prise en charge alimentaire de la Diarrhée, soutenu par l'USAID (1985-1990) a mis au point et a testé une recette de bouillie nutritive pour le sevrage pouvant être fabriquée et vendue commercialement par les vendeuses traditionnelles (*ogi*) dans les villages. La recette a fait l'objet de tests rigoureux au niveau des ménages, d'où l'adjonction de malt pour rendre la bouillie moins visqueuse sans en diluer la valeur nutritionnelle. Ainsi les consommateurs qui pensaient que les autres bouillies fortifiées étaient trop épaisses ont été satisfaits. (Cabañero-Verzosa, u.m. ; Esrey et al., 1990).

Ce n'est qu'après cette étape, lorsque l'approche est déterminée et les buts du comportement et des objectifs du programme clairs sont définis, que tous les autres volets du programme

(3) peuvent être élaborés.

A présent, nous regarderons les éléments d'un plan ou d'une "campagne" de communication. Bien qu'elle ait des dates précises, une campagne de communication n'est pas forcément un événement de courte durée mais une "activité organisée, planifiée pour atteindre des objectifs définis auparavant."

Le plan de la campagne de communication comprend des réponses à quatre questions-clés.

(9)

Tel qu'indiqué auparavant, le but de la campagne est relié tout en étant distinct du but général du programme. Par exemple,

(9A).

Le but général d'un programme est d'introduire et établir un nouveau produit ou une nouvelle mesure – mais le but de la campagne de communication pourrait être d'enseigner, d'encourager, de rassurer, d'effrayer, de provoquer, de stimuler ou encore, d'influencer ou de permettre de toute autre manière à l'un des groupes de personnes concernées par l'utilisation du nouveau comportement ou aliment de sevrage d'adopter le comportement souhaité.

C'est en voyant dans quelle mesure le public cible est prêt à adopter le nouveau comportement que les planificateurs du programme décident quel est l'aspect que doit souligner leur programme de communication.

(10)

Quatre questions-clés pour la planification de la communication

- I Quel est le but de la campagne de communication ?**

- II A qui se destine la campagne ?**

- III Quels sont les messages qui seront donnés ?**

- IV Quel est le média qui communiquera les messages ?**

COMMUNICATION N'EST QU'UN ELEMENT DU PROGRAMME

But du programme : établir l'utilisation régulière d'une farine de sevrage riche en amylase.

But de la communication : apprendre aux mères comment préparer la farine et les motiver à la donner régulièrement à leur enfant âgé de 6 à 24 mois.

Continuum de l'adoption de comportement¹

N'est pas conscient du problème

Conscient mais non concerné (le problème ne me concerne pas)

Concerné mais ne sait pas où obtenir l'information

Informé mais n'a pas encore essayé (peut-être effrayé)

A essayé une fois mais n'est pas prêt à adopter entièrement

Adopte régulièrement le nouveau comportement

**Est prêt à encourager le nouveau comportement
auprès d'autres**

¹ Lyra Srinivasan, leader de renom mondial de la Formation participative, appelle cela le continuum "de la résistance au changement."

Une des manières de penser au but de la campagne de communication est de découvrir (par le biais de la recherche préliminaire) là où la plupart du public cible est bloqué sur le continuum d'adoption et pourquoi – et ensuite, de voir si la campagne peut avoir un impact important sur ce comportement.

Exemple: Dans un projet de "kimea" en Tanzanie, (dans la monographie) une barrière identifiée se situait dans les premières étapes de ce continuum: les mères n'attachaient pas un caractère prioritaire à l'enrichissement des aliments de sevrage. Même si on a trouvé un très bon moyen pour enrichir des aliments, si on n'est pas convaincu, est-ce qu'on va l'utiliser?

Exemple: Pour le produit eko ilera au Nigeria, ils ont trouvé que 85% des mères qui connaissaient la recette l'avaient essayée au moins une fois, mais seulement 34% de celles qui l'avaient essayée l'avaient adoptée. La connaissance, l'essai et l'adoption de la recette étaient corrélés de manière négative à l'idée que se faisaient les mères de son coût et de son temps de préparation. Si quelqu'un essaie quelque chose et trouve que cela coûte beaucoup et prend trop de temps, il faut adresser ces barrières pour qu'il continue ce comportement.

Là où le public est situé sur ce continuum peut aussi influencer le choix de média pour diffuser le message. Par exemple, si le public cible est freiné par un manque de compétences appropriées et de confiance pour accepter un nouveau comportement, la communication de masse (par exemple, la radio) ne réussira probablement qu'à les diriger vers un endroit où ils peuvent recevoir le soutien et

les conseils individuels nécessaires pour surmonter cette barrière. Par ailleurs, si le public cible est "bloqué" parce qu'il ne se sent pas concerné par la question, la communication de masse peut être utile pour supprimer cette barrière.

Par conséquent, la première étape de la planification d'une campagne de communication est de définir un but et/ou des objectifs spécifiques. Ceci devrait être donné en termes de résultats mesurables et de calendrier.

Par exemple, l'objectif pourrait être ce qui est montré :

(10A)

(9) 2. La seconde question de stratégie demande une description du public cible qui devrait être claire et explicite. Il faut décider qui le message visera

(11)

Dans de nombreux cas, le changement de comportement nécessaire au niveau du foyer pour accepter un nouveau comportement suppose une décision conjointe. Par conséquent, pendant l'étape de recherche préliminaire, il est important de voir qui influence la prise de décisions, quelle est l'autorité d'une mère ou de la personne qui s'occupe de l'enfant et quelle est l'influence des pères et des dirigeants locaux.

Objectifs alternatifs - exemples

- **faire connaître le nouveau produit de sevrage par 40% du public cible en 12 mois.**
- **augmenter le premier essai du comportement préconisé de 15% à 30% parmi le public cible en six mois.**

Cibles alternatives à qui le message peut être destiné

- 1. L'utilisateur final du produit ou du comportement de sevrage (par exemple, la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant)**
- 2. Un prestataire de santé ou autre intermédiaire (par exemple, le distributeur d'aliments de sevrage)**
- 3. Un individu ou un groupe qui influence l'un des deux (par exemple, le dirigeant communautaire, le grand-parent, le père).**

Choisir le ou les public(s) cible(s) correct(s) est une question qui doit être bien pesée.

Combien de publics cibles doit-on viser ?

Cela dépend surtout de la taille du budget du programme. Les agents de programmes, comme vous, savent que des ressources limitées ont plus d'impact lorsqu'elles sont concentrées sur une ou deux cibles que lorsqu'elles sont dispersées. Il n'est pas toujours facile de suivre ce conseil mais il est logique de cibler les efforts là où ils peuvent avoir le plus grand impact.

(12)

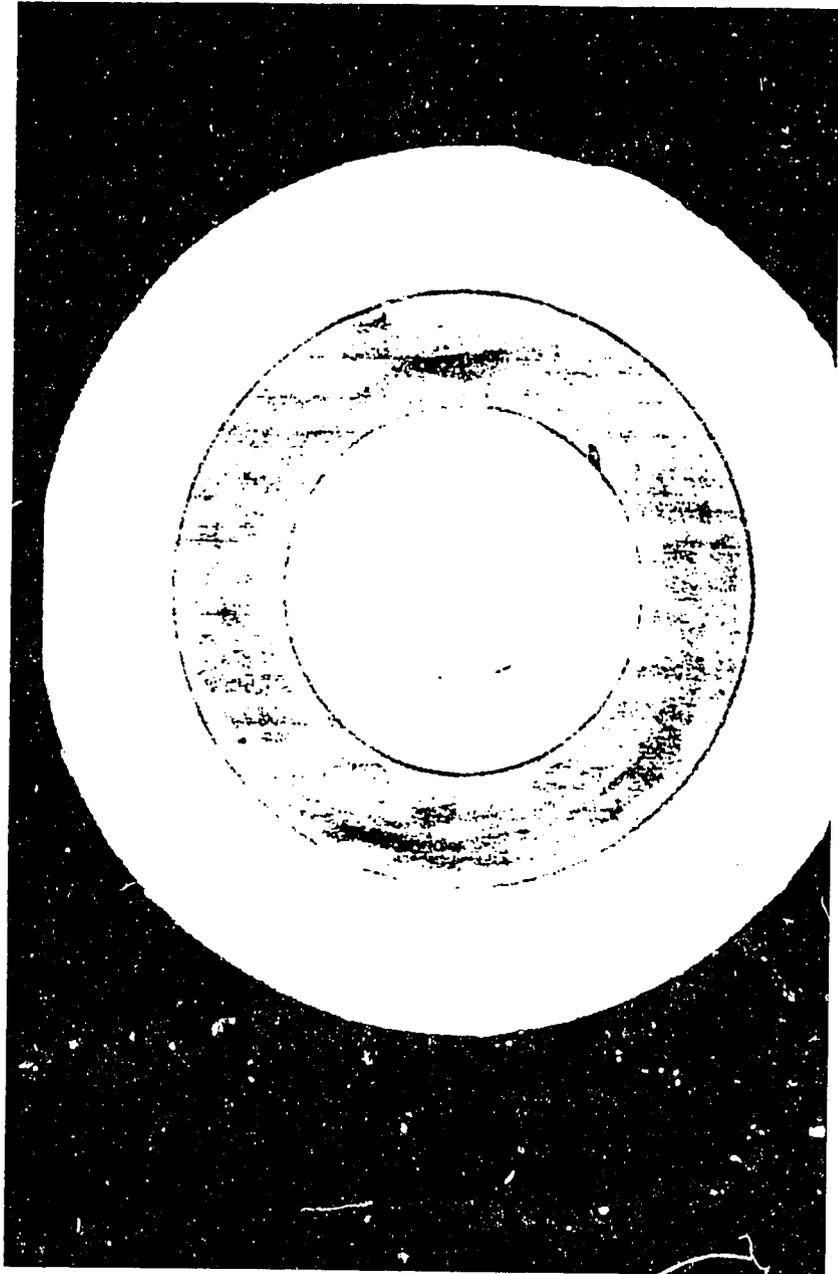
Prenons le centre de la cible comme "point visé" -- c'est-à-dire le meilleur public cible pour le produit ou le comportement. Si les moyens et les messages choisis sont adéquats, le public éventuel au point visé recevra plus de messages que tous les autres.

3. Messages-clés

En plus de décrire le comportement souhaité, les messages les plus forts comprennent l'un des trois éléments-clés : barrières, conséquences et bénéfices.

(13)

Les barrières sont des obstacles ou des points de résistance à l'adoption du produit ou du comportement. Tel que décrit auparavant, elles varient souvent en fonction de l'emplacement du public cible sur le continuum de l'adoption. Elles varient également de manière considérable en fonction de la culture, de la nature du



ELEMENTS DE MESSAGE-CLE

BARRIERES

Barrières physiques

Barrières émotionnelles/psychologiques

Barrières sociales/culturelles

CONSEQUENCES

BENEFICES

Bénéfice final

Bénéfice sous-jacent

"produit" et d'autres aspects liés à la situation. Généralement, les barrières se rangent dans trois catégories. (lis)

Conséquences. Le fait de ne pas accepter le nouveau produit ou comportement peut avoir diverses conséquences pour le public cible. Il est important là aussi de voir où se situe le public cible sur le continuum - est-il totalement inconscient des conséquences s'il ne suit pas le comportement spécifique de sevrage, indifférent ou se sent-il concerné.

Bénéfices

Identifier le bon bénéfice-clé pour les efforts de communication est important mais subtile. Un bénéfice existe dans l'esprit du public cible. C'est une perception.

C'est plus qu'une caractéristique du produit ou du comportement lui-même.

C'est peut-être très difficile d'en trouver, mais lorsque nous cherchons ce que nous appelons le "bénéfice final" ou le "bénéfice sous-jacent", nous allons plus loin que ce qui est évident pour trouver ce qui est vraiment souhaité par le public cible.

(14)

Nous avons, à présent, vu les barrières, les conséquences et les bénéfices. Que devrait contenir le message-clé ? PAS TOUT A LA FOIS !

Si on veut faire passer un message au public cible, il doit aller dans une seule direction, être pénétrant et clair. Il doit parler de la barrière, de la conséquence

Résultats d'une enquête

Pratiques existantes	Croyances	Comportements souhaités	Messages
la mère ne nourrit l'enfant que quand il manifeste l'envie de manger	un enfant qui ne réclame pas à manger n'a pas faim	Que les mères nourrissent plus fréquemment leur enfants	N'attendez pas que l'enfant réclame à manger, nourrissez-le fréquemment
la mère donne le plat familial pimenté le 7ème jour après la naissance	- pour remplir l'estomac de l'enfant - pour que l'enfant dorme bien	Que la mère ne donne que son lait à l'enfant	Mamans, ne donnez qu votre lait à vos enfants, dès le premier jour et jusqu'à 4 à 6 mois

ou du bénéfice le plus convaincant. Généralement, un message-clé par public cible répond au but de la campagne. (14A)

Il n'y a généralement pas de choix "juste" mais, généralement, il y a le meilleur choix pour arriver à l'objectif souhaité à un moment donné dans le temps. On a trouvé que les changements de comportement les plus efficaces se fonderont sur les pratiques existantes où on soulignera l'importance de la continuation des pratiques traditionnelles bénéfiques, chose qui peut être bien comprise à travers de la recherche formative.

4. Quel moyen va communiquer le message ?

Les questions-clés sont les suivantes: (15)

Deux points à retenir:

Un contact fréquent et direct au message est chose capitale.

Les canaux interpersonnels et médiatiques doivent être évalués pour voir s'ils arrivent à atteindre un nombre suffisant des membres du public cible, avec une fréquence suffisante—pour avoir un impact. La plupart des programmes nécessitent une combinaison de media interpersonnels et de mass media pour être efficaces.

Ici une liste de canaux interpersonnels alternatifs. (16)

En regardant un liste de média (17), il vaut bien tenir compte des éléments suivants en répondant à ces questions:

Caractères des messages

Le message doit être:

- * clair
- * concis
- * simple
- * précis
- * faisable
- * réaliste
- * crédible
- * peu coûteux
- * adapté au contexte culturel
- * ne véhiculer qu'une idée

Ne pas oublier:

- * la participation des agents de terrain à la planification, exécution, évaluation de vos campagnes de communication
- * Pré-testez vos messages! révisez vos messages! re-testez vos messages!

QUESTIONS-CLES POUR CHOISIR LES MOYENS DE COMMUNICATION

"Comment, où et dans quelles circonstances le public cible sera-t il le plus réceptif au message ?"

"Quel est le moyen qui fera passer le message au public cible au coût le plus faible ?"

ELEMENTS A CONSIDERER

Ressources disponibles

Efficacite

Caractère Opportun

Ressources : quels sont les fonds disponibles ? Quels sont les personnes et les talents disponible pour la campagne ? Quelles sont les capacités de production qui existent à un coût raisonnable au sein d'une institution ou d'un pays ? Les capacités extérieures peuvent-elles être utilisées ?

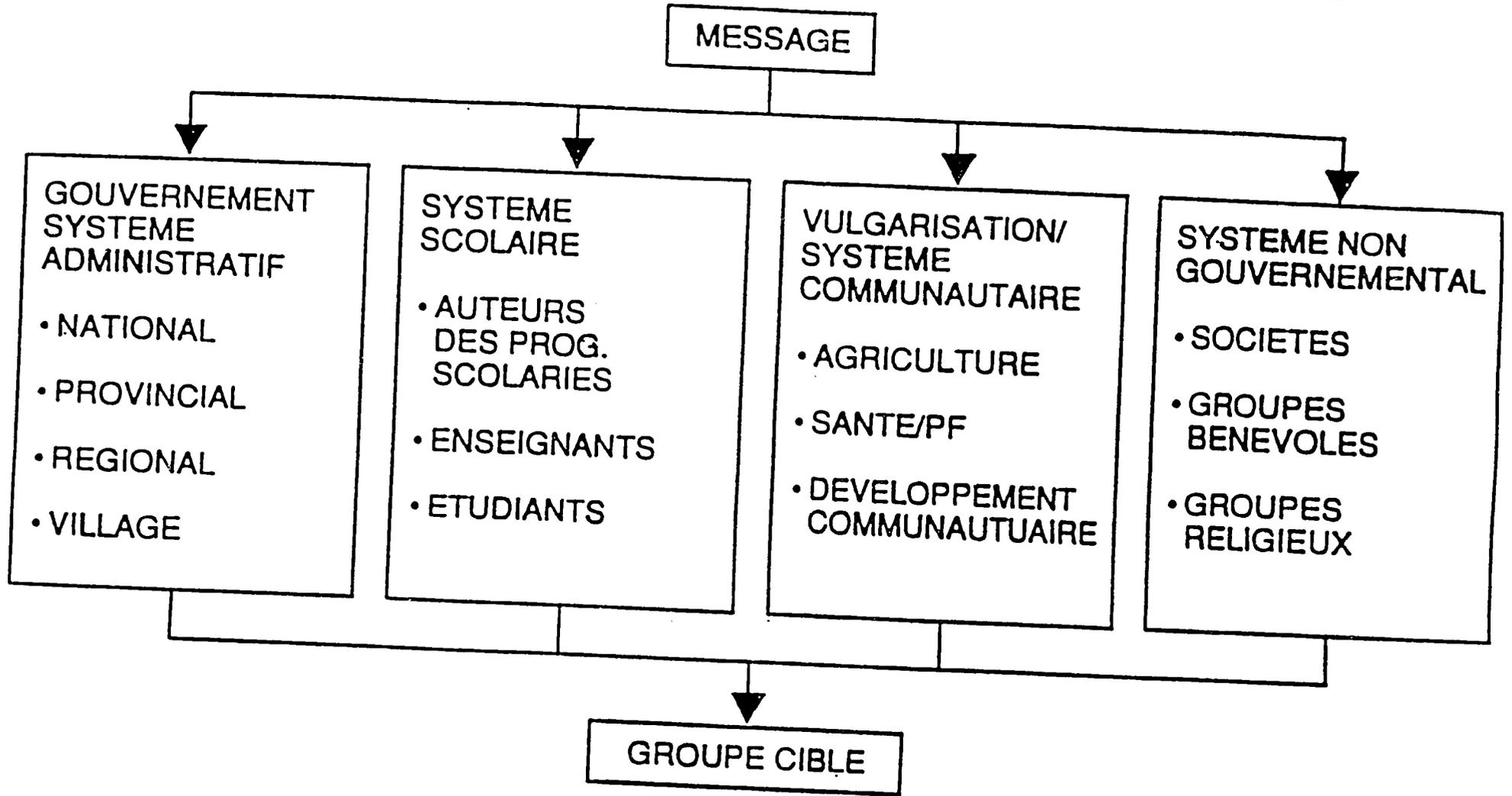
Efficacité : combien de personnes dans le public cible risquent d'être touchées par chacun des moyens envisagés – radio, agents de santé, affiches, etc. Chaque moyen a des avantages et des inconvénients spécifiques.

Caractère opportun : est-ce que le moyen va atteindre le public cible lorsqu'il est plus réceptif? Est-ce qu'il l'atteindra lorsqu'il est prêt à prendre la décision concernant le produit ou le comportement (par exemple, le moyens aux pointes de ventes peuvent jouer un rôle très important dans l'achat d'un produit de sevrage).

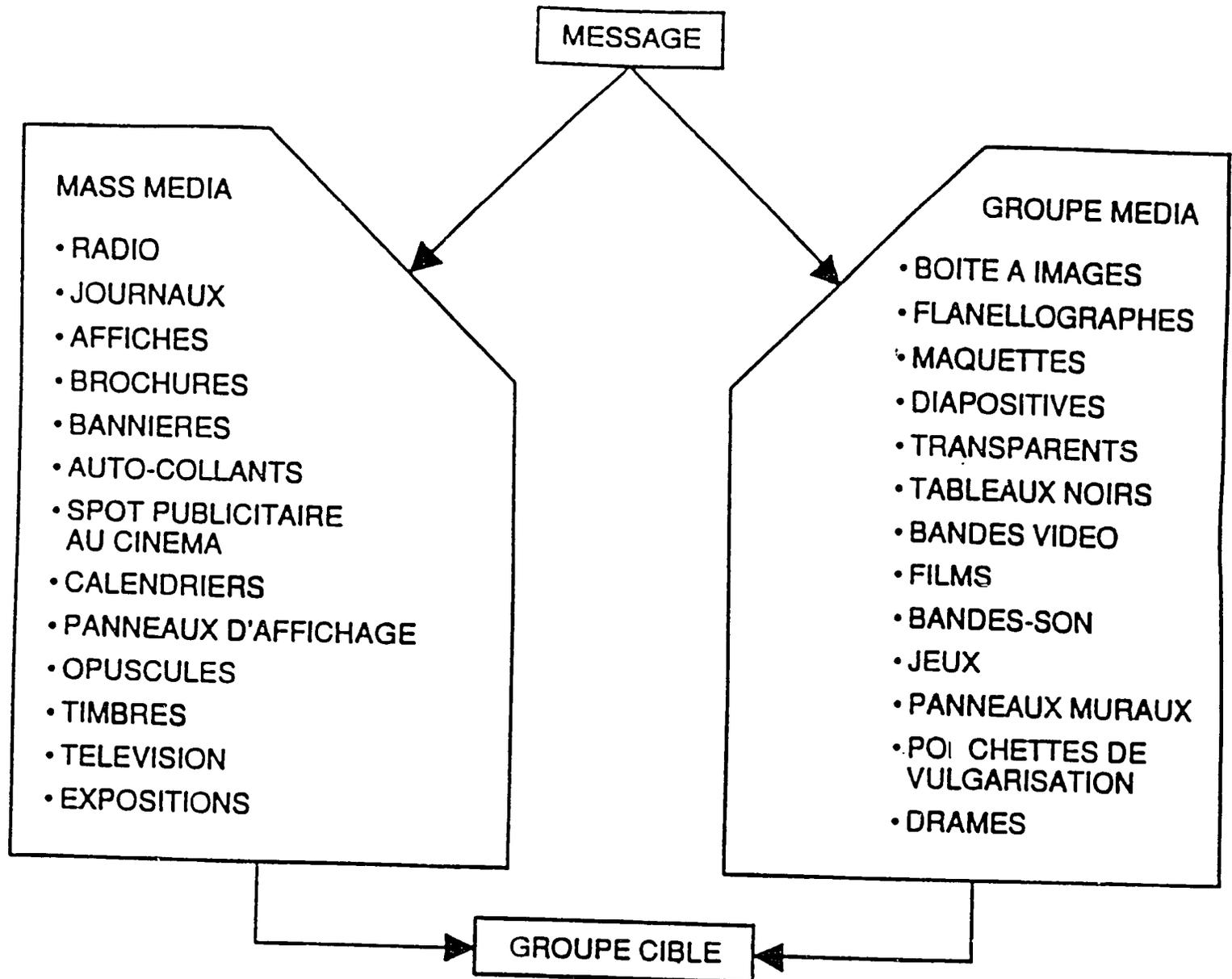
L'utilisation de multiples moyens peut être efficace pour renforcer le message grâce à l'exposition à plus d'une source. En bref, lorsqu'on choisit les moyens, il est importante de tenir compte de ce que le message fait et dit, de l'endroit, du moment et des circonstances. Encore une fois, la recherche formative peuvent aider cette décision.

On a trouvé plusieurs médias efficaces (18) pour motiver les populations rurales à changer leur comportement nutritionnelle dans nos projets du Sahel. Ces médias sont actives, interactives, pas très cher.

CANAUX D'ORGANISATION POUVANT ATTEINDRE LE GROUPE CIBLE



CANAUX DE MEDIA POUVANT ATTEINDRE LE GROUPE CIBLE



MEDIAS EFFICACES POUR MOTIVER

LES POPULATIONS RURALES

Cartes de conseils

Boîtes-à-images

Théâtre

Matériel aux pointes de vente

Feuilles volantes illustrées

Exemple du Projet de Sevrage de CARE au Cameroun:

Objectif: changer les pratiques alimentaires des enfants dans une province reculée connaissant les taux les plus élevés de malnutrition infantile du pays. Vu que la radio et le matériel imprimé n'arrivaient pas jusqu'aux mères dans ces régions, le projet a fait appel aux agents communautaires, leur demandant de fournir une éducation nutritionnelle par le biais de groupes de discussion, de démonstrations culinaires, de suivi de la croissance avec des conseils individuels et des visites de suivi. Une enquête sur l'impact en 1989 a constaté que la proportion d'enfants qui ont participé à un suivi de la croissance dans les 16 villages de l'étude est passée de 13 pour cent à 44 pour cent en l'espace de six mois. Le nombre de mères venant aux séances d'éducation nutritionnelle a augmenté de huit fois passant à pratiquement à 50 pour cent. En outre, les mères dans la zone de l'intervention avaient davantage tendance à donner à leurs enfants des bouillies enrichies et des fruits, comparé au groupe témoin (Hollis et al., 1989).

CONCLUSION

(7)

AVANT de lancer la campagne de communication, le programme proposé devrait être prétesté auprès d'un échantillon significatif du public visé et les modifications nécessaires faites. Il faut également prévoir un moyen de réunir l'information tout au long - le suivi - et faire des plans pour mesurer l'impact à la fin de cette campagne spécifique pour guider les programmes futurs.

DONC, combien de temps cela prendra-t-il ?

De fait, après quelques mois de recherche préliminaire intense et d'essai des produits et des comportements, une équipe de responsables peut probablement répondre à la plupart des questions en quelques semaines.

Changer le comportement d'autres personnes est quelque chose d'extrêmement complexe et un seul outil de communication ne suffira pas. Il faut différents outils pour parler à différents publics et pour arriver à différents objectifs à des moments différents.

Après avoir bien analysé, planifié, et testé les éléments variés du programme, il serait prêt à être lancé. Bonne chance!

Appendix E - List of AED materials distributed

Appendix E - List of AED materials distributed (in French)

1. **Improving Feeding Practices During Childhood Illness and Convalescence: Lessons Learned in Africa.** E. Piwoz. 1994. SARA/AED.
2. **Communication to Improve Nutrition Behavior: The Challenge of Motivating the Audience to Act: A Case Study.** M. Parlato, C.Green, C. Fishman. 1992. Nutrition Communication Project/AED.
3. **Questions and Answers on Infant Feeding: A Panel of Experts Takes a New Look.** P. Koniz-Booher, C. Fishman, M. Parlato, A. Roberts, ed. 1991. Nutrition Communication Project/AED.