

PRIMATURE
OFFICE NATIONAL DE NUTRITION

**PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION
COMMUNAUTAIRE**

MANUEL TECHNIQUE D'EXECUTION

Version préliminaire

Août 2005

Plan

UTILISATION DU MANUEL D'EXECUTION PNNC

I- CONTEXTE

a) Pour adresser la situation de malnutrition prévalente à Madagascar telle que les chiffres révèlent

b) Pour traduire en action les engagements pris par le Gouvernement et ses partenaires

c) Pour renforcer la synergie des interventions dans le but d'en améliorer l'efficacité et l'efficience et d'atteindre ainsi les objectifs fixés

Extrait de la PNN

Extrait du PNAN

II- DEFINITION DU PNNC

Objectif général

Objectifs spécifiques

PRINCIPES DIRECTEURS ET MODALITE

LE PAQUET MINIMUM DES ACTIVITES (PMA) :

- 1) AEN/PCIMEC
- 2) Suivi et promotion de la croissance (SPC) :
- 3) Suivi de la santé et de la nutrition des adolescentes (13 à 20 ans)
- 4) Sécurité Alimentaire des ménages

SCHEMA FONCTIONNEL

III- MISE EN ŒUVRE DU PNNC

ORGANISATION ET GESTION DU PROGRAMME

ROLES ET ATTRIBUTIONS DES INTERVENANTS

LES ETAPES DE MISE EN PLACE DES SITES PNNC

IV- SUIVI/EVALUATION ET SYSTEME DE REPORTING

SUIVI-EVALUATION

LES INDICATEURS

REPORTING

ANNEXES : Activités par catégorie de cible

ANNEXE : SPC

ANNEXE : ELABORATION SPOT MAP

UTILISATION DU MANUEL D'EXECUTION PNNC

Ce Manuel d'exécution est élaboré, sur la base des expériences et des acquis en matière de nutrition à base communautaire à Madagascar, dans les buts de **décrire et d'orienter la mise en œuvre du PNNC** afin d'habiliter ses différents acteurs dans la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des interventions en nutrition communautaire.

En d'autres termes, ce manuel technique offre ainsi un éclairage à l'usage :

- D'une part, des agences de mise en œuvre (AMIO), c'est-à-dire les intervenants qui participent directement selon leur niveau de responsabilité et d'engagement dans le processus.
- Et d'autre part, des partenaires techniques et financiers, aussi bien des départements ministériels, que des organismes nationaux et internationaux, qui collaborent avec et appuient les AMIO.

Y sont définis clairement les objectifs du PNNC, la structure communautaire ainsi que le paquet minimum d'activités requises dont chaque AMIO est invitée à suivre en Nutrition communautaire, tout en ayant la latitude d'appliquer sa propre modalité de mise en œuvre. Ainsi, il serait possible (i) d'assurer l'harmonisation et la coordination des interventions en Nutrition communautaire, (ii) de permettre une mise à l'échelle des interventions, et par conséquent (iii) d'avoir un impact plus significatif au niveau du pays, permettant (iv) d'atteindre l'objectif fixé de réduire de moitié la prévalence de la malnutrition en 2015.

Ce document est le fruit d'un processus de concertation et de consolidation, ayant vu la participation active et efficace de différents intervenants à Madagascar (Primature et Ministères concernés : MSPF, MAEP, MENRS, MPPSL, MICDSP, MITC, MDAT, MEM ; Projets de développement et Organismes et nationaux et internationaux : ASERN, MSF, Terre des Hommes, Linkages, SantéNet, SEECALINE, CARE, CRS, UNICEF, USAID, PAM, BM, FAO, GRET, ...).

Cette version préliminaire permet d'orienter la phase pilote au niveau des 22 régions. Au fur et à mesure de l'évolution des idées et des besoins, il pourrait faire l'objet de mise à jour, suivant une démarche consensuelle et impliquant les différents intervenants. Ce document sera amendé tenant compte des expériences vécues au cours du pilotage avant d'être considéré comme Version définitive.

I- CONTEXTE

Pourquoi proposer un Programme National de Nutrition Communautaire

a) Pour adresser la situation de malnutrition prévalente à Madagascar telle que les chiffres révèlent :

Le statut sanitaire et nutritionnel des femmes et des enfants à Madagascar reste très précaire. Selon les résultats de l'EDSMD III (troisième Enquête démographique et de Santé réalisée à Madagascar) 2003/2004:

- le taux de **mortalité infanto-juvénile** est de **94 pour 1000** naissances vivantes
- le taux de **mortalité infantile** de **58 pour 1000** naissances vivantes
- le taux de **mortalité maternelle** est de **469 pour 100 000** naissances vivantes
- **42 %** des enfants de moins de 5 ans souffrent de **l'insuffisance pondérale** (Poids sur Age)
- **48 %** des enfants de moins de 5 ans présentent un **retard de croissance** (Taille sur Age)
- **13 %** des enfants de moins de 5 ans souffrent de la **malnutrition aiguë** (Poids sur Taille)

De même, la **carence en micronutriments** reste encore un problème de santé publique chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes. Plus des deux tiers (**68%**) des enfants âgés de 6 à 59 mois et deux femmes sur cinq (**46 %**) souffrent **d'anémie par carence en Fer ; (carence en Vitamine A à compléter pour les femmes)**

Parmi les enfants de moins de 6 mois, seulement **67 %** sont exclusivement **allaités au sein**; bien qu'insuffisant, ce résultat est en nette amélioration par rapport à 1997 où le taux d'allaitement exclusif à cet âge était de 48 %.

La sécurité alimentaire des ménages est loin d'être satisfaisante, **65 %** de la population étant en état **d'insécurité alimentaire** (selon EPM 2003).

b) Pour traduire en action les engagements pris par le Gouvernement et ses partenaires :

Face à cette situation qui hypothèque sérieusement le développement physique et intellectuel des enfants Malagasy, et afin d'avoir un capital humain pouvant participer activement au développement durable du pays, divers engagements ont été pris par le Gouvernement Malagasy et ses partenaires, entre autres :

- Ratification de la convention relative aux droits de l'enfant en 1990
- Déclaration du Premier Ministre au Sommet Mondial de l'Alimentation à Rome en Novembre 1996
- Elaboration du Plan National d'Action pour la Nutrition, en 1997 faisant suite à la Conférence Internationale sur la Nutrition en 1992
- Adoption de la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire
- Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

Ainsi un document de **Politique Nationale sur la Nutrition** (PNN) a été élaboré et adopté par le Gouvernement le 20 avril 2004 pour adresser la malnutrition à Madagascar de manière concertée suivant **14 stratégies multisectorielles**. La PNN est traduite en programme d'action pour la période de 2005-2009 dans le document de **Plan National d'Actions pour la Nutrition** (PNAN), validé le 10 Août 2005. *L'Intervention de Nutrition au niveau communautaire*, y est mentionnée en tant que **Stratégie n°2**. Pour les différents intervenants qui participent à sa mise en œuvre, le PNAN est proposé dans une perspective **d'harmonisation des interventions**.

c) Pour renforcer la synergie des interventions dans le but d'en améliorer l'efficacité et l'efficience et d'atteindre ainsi les objectifs fixés

:

A titre d'information et de rappel, les documents de la PNN et du PNAN ont établi les objectifs à atteindre conformément au DSRP et aux ODM. L'intervention de nutrition communautaire dispose sa part de responsabilité et de contribution dans ce grand effort collectif.

Extrait de la PNN

But de la PNN

Assurer le droit de la population Malagasy toute entière à une nutrition adéquate en vue d'améliorer la survie des enfants et de permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des mères et des adultes, ce par la synergie des interventions multisectorielles.

Objectifs Généraux

D'ici l'an 2015 :

- i) Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique (Taille/Âge) chez les enfants de moins de 5 ans – c'est-à-dire de 48% (EDSMD 2003-04) à 24%.
- ii) Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 156 pour 1000 naissances vivantes à 111 en 2006 (DSRP) et à 56 en 2015 (ODM).

Objectifs spécifiques

D'ici l'an 2015 :

- i) Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans, c'est-à-dire de 42% (EDSMD 2003-4) à 21%; -
- ii) Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aiguë (poids/taille<-2ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 13% (EDSMD 2003-4) à 7,5% ;
- iii) Réduire de trois quart la malnutrition aiguë sévère (poids/taille<-3ET) chez les enfants de moins de 5 ans – de 2,8% (EDSMD 2003-04) à 0,7% ;
- iv) Réduire la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance (< 2.500 grammes) à moins de 10% ;
- v) Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de 67% à 90% et maintenir le taux d'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au-delà à plus de 95%.
- vi) Réduire de moitié la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire - c à d n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique de 2.300 kilocalories par personne par jour - c'est-à-dire de 65% à 30%.

D'ici l'an 2010 :

- i) Éliminer virtuellement¹ l'avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans ;

¹ Se référer aux normes recommandées par l'OMS.

ii) Réduire de moitié l'anémie ferriprive chez les enfants de moins de 5 ans (de 67% à 30%)², les enfants d'âge scolaire, et chez les femmes enceintes (de 44% à 20%)³.

D'ici l'an 2005 :

i) Éliminer virtuellement¹ les troubles dus à la carence en iode chez toute la population.

Principes Directeurs

Les principes directeurs pour la mise en œuvre du Plan National d'Action pour la Nutrition sont :

- Adoption de l'Approche Droit (CDE, CDH, CEDAW).
- Renforcement de la coordination multisectorielle et de la cohérence des interventions ;
- Décentralisation des interventions et des moyens suivant les zones à risque ;
- Implication effective des autorités nationales, régionales, locales et traditionnelles ;
- Priorité aux stratégies préventives dans la lutte contre la malnutrition ;
- Intégration de la lutte contre la malnutrition dans tous les programmes de développement.
- Collaboration avec les ONGs et la société civile et consolidation de l'approche 3P : Partenariat Public Privé à tous les niveaux.

Extrait du PNAN

Stratégie n°2 : Intervention de Nutrition au niveau communautaire

Contexte

Les interventions à base communautaire ont une vocation **prioritairement préventive**. Ces interventions, même si elles comportent certaines nuances sont toutes menées avec la **participation active de la communauté**. Ces expériences ont montré une amélioration sensible de l'état nutritionnel des enfants dans les sites d'intervention communautaire.

Objectifs spécifiques

Cette stratégie s'adresse à tous les objectifs spécifiques cités au Chapitre 2, mais contribuera particulièrement aux objectifs suivants :

D'ici l'an 2015 de :

- i) Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge <-2 ET) chez les enfants de moins de 5 ans de **42%** (EDS 2003-04) de à 21 %.
- ii) Réduire de **moitié** la prévalence de l'insuffisance de poids de naissance.

Le tableau suivant donne le chronogramme pour l'atteinte de ces objectifs :

Objectifs spécifiques	Résultats clés	Indicateurs de progrès (processus et ou résultats)	Chronogramme			Source de vérification
			2005-2007	2008-2010	2011-2015	

² Niveau d'hémoglobine de moins de 12.0 g/dl.

³ Niveau d'hémoglobine de moins de 11.0 g/dl.

<u>OS I</u> et	Insuffisance Ponderale reduite	P/A<-2ET (Enfant <5 ans)	35%	28%	21%	EDS (Résultats National/ Région), MICS, EPM
<u>OS IV</u> (Voir chapitre 2)	Faible poids à la naissance réduit	Nombre d'enfant ayant un poids > 2,5 kg à la naissance	>11%	réduire de 1,5% à 2%	<10%	EDS, MICS, EPM

Objet de la Stratégie

Habiliter les communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des interventions nutritionnelles en vue **de prévenir la malnutrition et la mortalité** chez les enfants tout en renforçant la synergie entre activités nutritionnelles et d'autres activités de développement socio-économique au niveau de la **Commune**.

Résultats clés

Les résultats clés de cette stratégie et les indicateurs de progrès sont présentés dans le tableau suivant.

Résultats clés (2009)	IOV
<p>1. <i>Adoption et mise en œuvre du PNNC au niveau national</i></p> <p>Les interventions de nutrition communautaire sont fonctionnelles au niveau des communes vulnérables des 111 Districts avec une approche harmonisée et une couverture progressive touchant les couches les plus vulnérables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et % de sites fonctionnels au niveau commune/district/région - Nombre et % enfants suivis dans les sites communautaires - Nombre et % des sites ayant adopté une approche harmonisée d'interventions et de gestion - Nombre et % enfants ayant un poids > 2,5 Kg à la naissance - Nombre et % enfants pesés ayant gain de poids adéquat - Taux de malnutrition
<p>2. <i>Les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et la couverture en micronutriments améliorés dans les sites communautaires.</i></p> <p><u>ANJE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie ; ▪ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent l'alimentation complémentaire adéquate à partir du sixième mois, en parallèle avec la poursuite de l'allaitement exclusif jusqu'à deux ans et au-delà ▪ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent l'alimentation de l'enfant durant et après la maladie; ▪ 80% des mères dans les sites fonctionnels pratiquent une meilleure alimentation durant la grossesse et l'allaitement; <p><u>Micronutriments :</u></p>	<p><u>ANJE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - % des mères ayant adopté les pratiques optimales de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie - % des mères ayant adopté les pratiques adéquates de l'alimentation du jeune enfant, y compris l'Allaitement maternel et l'alimentation complémentaire - % des mères ayant adopté les pratiques de l'alimentation de l'enfant durant et après la maladie ; - % des mères ayant adopté les pratiques d'une meilleure alimentation durant la grossesse et l'allaitement; <p><u>Micronutriments :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux des ménages consommant le sel

Résultats clés (2009)	IOV
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90% de la population consomment du sel adéquatement iodé ▪ 90% de la population ayant reçu une supplémentation en vitamine A ▪ 50% de la population ayant reçu une supplémentation en fer 	<ul style="list-style-type: none"> - adéquatement iodé (enquêtes et écoles) - % des mères ayant reçu une supplémentation en Vit A - % des enfants ayant reçu une supplémentation de Vit A - % des mères ayant reçu une supplémentation en Fer - % des enfants ayant reçu une supplémentation en Fer
3. <i>Tous les enfants sévèrement malnutris dans les sites communautaire sont pris en charge</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et % des enfants sévèrement malnutris référés vers le CSB et CRENI/CRENA - Nombre et % des enfants sortis guéris des CRENI/CRENA suivis au niveau des sites communautaires
4. <i>Intégration des sites communautaires aux services de santé renforcée.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% de la population des sites communautaires utilisent le service de santé ; ▪ 40% de la population sont couvertes par le système à base communautaire (PF, MII, SRF, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de fréquentation du service de santé - Taux de vaccination des enfants - Taux d'utilisation du service CPN du CSB par les femmes enceintes - Nombre de femmes accouchées sous assistance médicale dans les sites formés - Nombre et % des sites avec AT formées et équipées - Couverture du système à base communautaire
5. Au moins 80% des sites reçoivent un appui des services agricole/pêche/élevage en vue d'améliorer la sécurité alimentaire de ménage	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et % des sites bénéficiaire d'appui - Nombre et % de ménages bénéficiaires par site/commune - Prévalence de la malnutrition durant la période de soudure
6. La convergence des activités de la SRP et de développement renforcée au niveau de sites communautaire dans 90% des communes vulnérables des 111 districts.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et % des communes vulnérables ayant intégré la nutrition au Plan Communal de Développement - Nombre et % des communes faisant la coordination et le suivi des activités de nutrition au niveau du Comité Communal de Développement - Nombre et % des bénéficiaires des activités AGR, VCT, PS, ...

Activités principales :

1. Elaborer et mettre en œuvre un Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC) qui prend en compte les aspects suivants :
 - la vocation préventive de cette intervention ;
 - la participation communautaire dans les différentes étapes de la planification, la mise en œuvre, et le suivi/évaluation des interventions ;
 - le renforcement des capacités des familles, y compris des hommes ;
 - gestion des activités par les agents communautaires qui sont encadrés par des ONG et des agents des services techniques ;
 - l'appropriation des interventions par la communauté et les autorités locales ainsi que la pérennisation des interventions ;
 - le ciblage des communes vulnérables et des couches les plus pauvres de la communauté et extension progressive des interventions;
 - l'adoption de l'approche intersectorielle et de l'approche PCIME-communautaire ;
 - des actions qui peuvent améliorer la sécurité alimentaire des ménages : activités génératrices de revenus (AGR) et des actions de protections sociales (Food for Work, Cash for Work...) pour les groupes vulnérables (mères des enfants malnutris, familles nécessiteuses, femmes enceintes et allaitantes ;

- l'harmonisation graduelle de l'approche au niveau communautaire en ce qui concerne : (i) le paquet minimum d'activités (PMA), (ii) la stratégie de mise en œuvre, et (iii) la gestion des interventions, tout en accueillant le pilotage et extension des bonnes innovations ;
 - la formation adéquate des intervenants (SPC, CCC, gestion, ...) et la dotation en équipement et supports de communication.
2. Consolider et étendre graduellement la couverture des interventions de nutrition communautaire au niveau des 111 districts :
 - Définir les critères de vulnérabilité pour établir la classification des communes ;
 - Consolider les interventions dans les 60 districts existants tout en couvrant progressivement les communes vulnérables et les couches les plus pauvres de la communauté ;
 - Étendre les interventions au niveau des 51 nouveaux districts tout en priorisant les communes les plus vulnérables.
 3. Mettre en œuvre - dans tous les sites - un programme de communication pour le changement de comportement en faveur des sept pratiques des « Actions Essentielles en Nutrition » dans les contacts au niveau communautaire durant le cycle de la vie (grossesse, accouchement, période post-natale et planning familial, stratégies avancées de vaccination, surveillance et promotion de la croissance, et l'enfant malade).
 4. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de développement intégral du jeune enfant (DIJE) en intégrant les activités de développement psychosocial de l'enfant aux activités nutritionnelles. Cette stratégie d'apprentissage pré primaire se liera avec la stratégie nationale d'alphabétisation et d'éducation communautaire.
 5. Renforcer les liens entre les sites de nutrition communautaire et les CSB :
 - Promotion de l'utilisation effective des soins de santé primaires par la communauté (PEV, PCIME, PF, CPN, IST/SIDA, etc.) – voir Stratégie No.3 ;
 - Référence des enfants sévèrement malnutris vers le CSB et CRENA/CRENI et suivi au retour dans la communauté ;
 - Mobilisation des communautés pour des activités de santé en stratégies avancées, ex. PEV, PF, CPN, supplémentation en micronutriments, etc. ;
 - Mise en place et renforcement du système à base communautaire (PF, MII, SRF, ...) ;
 - Collaboration améliorée avec les accoucheuses traditionnelles (formation, équipement) au niveau des sites.
 6. Renforcer l'appui et l'encadrement des services agricole/pêche/élevage (y compris le PSSA et PSDR) aux sites de nutrition communautaire en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages surtout durant la période de soudure (voir Stratégie 6).
 7. Assurer la convergence des actions entreprises dans le cadre du DSRP, des actions de Protection Sociale et des actions des autres programmes de développement en intégrant la nutrition dans les Plans Communaux de Développement ainsi que l'utilisation de l'indicateur de la malnutrition pour le suivi des PCD (voir Stratégie No. 9). La Commune assurera la coordination et suivi des interventions multisectorielles.

II- DEFINITION DU PNNC

Le PNNC est la traduction en action concrète de la stratégie n°2 définie dans le PNAN. Il est le fruit d'un processus de **capitalisation des acquis** et **d'harmonisation** des démarches existantes, dans le but de renforcer les interventions à base communautaire à travers une **stratégie de proximité et d'intensité**.

Objectif général

Contribuer à la réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans et celle de l'insuffisance de poids à la naissance (voir objectifs spécifiques de la Stratégie n°2 du PNAN)

Objectifs spécifiques

Contribuer à l'atteinte des résultats-clé pour 2005-09 de la Stratégie n°2 du PNAN (voir plus haut) à savoir :

- (1) Les interventions de nutrition communautaire sont fonctionnelles au niveau des communes vulnérables des 111 Districts,
- (2) Les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la couverture en micronutriments améliorés dans les sites communautaires,
- (3) Tous les enfants sévèrement malnutris dans les sites communautaire sont pris en charge,
- (4) Intégration des sites communautaires aux services de santé renforcée,
- (5) Au moins 80% des sites reçoivent un appui des services agricole/pêche/élevage en vue d'améliorer la sécurité alimentaire de ménage, et
- (6) La convergence des activités de la SRP et de développement renforcée au niveau de sites communautaire dans 90% des communes vulnérables des 111 Districts.

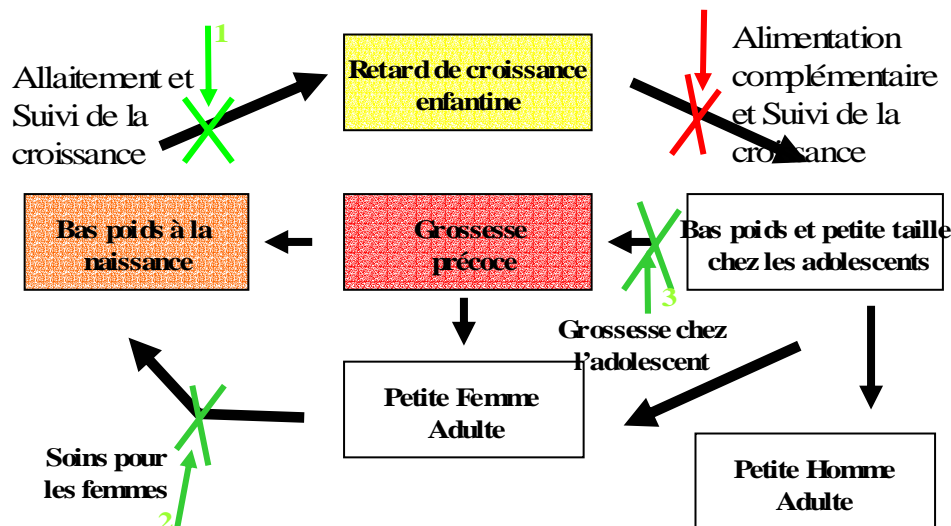
PRINCIPES DIRECTEURS ET MODALITE

Sa mise en œuvre répond à une modalité opérationnelle et des principes directeurs s'inscrivant dans le processus d'**appropriation** du programme. Pour ce faire, le PNNC s'appuie sur :

- ✚ Les interventions **multisectorielles** de nutrition ayant une vocation prioritairement **préventive**
- ✚ L'ancrage du programme au niveau de la **Commune**, s'insérant ainsi dans toute la **planification** du développement communal ; La Nutrition étant un facteur du développement humain durable
- ✚ La **synergie** entre les secteurs **public et privé**
- ✚ Le ciblage de **tout le Fokontany** et non un quartier ou deux seulement, afin de pouvoir toucher plus particulièrement **tous** les enfants de moins de cinq ans, toutes les femmes enceintes et allaitantes améliorant ainsi la **couverture** des interventions et **l'atteinte des objectifs** assignés.

- La prévention de la **transmission intergénérationnelle** du défaut de croissance, c'est-à-dire qu'à **chaque stade** de la vie, -depuis la naissance, ensuite l'enfance, l'adolescence, la vie d'adulte-, en particulier chez le **sexe féminin**, des actions ciblées permettent d'améliorer le statut nutritionnel (voir schéma tiré du rapport de l'ACC / SCN par Prof P. James).

Quand intervenir pour prévenir la transmission intergénérationnelle du défaut de croissance



- L'**approche participative** permettant d'**associer**, d'**impliquer** et d'**engager** tous les acteurs concernés –autorités locales, agents et relais communautaires, communauté- à toutes les étapes du programme –depuis l'identification des déterminants de la malnutrition, la recherche de solutions aux problèmes, la planification des activités, la mise en oeuvre, le suivi, et l'évaluation-, et aussi de départager la **responsabilité** correspondant à chacun dans la lutte contre la malnutrition (les mères, les parents, les agents et relais communautaires, les membres du village, les leaders d'opinion locaux, les autorités locales, les agents des services techniques, les ONG).
- Le **renforcement des capacités** des acteurs locaux afin qu'ils puissent accomplir convenablement leur rôle et attribution
- La leçon tirée des expériences concernant la **motivation pour les relais** communautaires. Différentes possibilités ont fait leur preuve : en nature (ex : sac de riz), sous forme de service à rendre (ex : la communauté prête main forte pour le repiquage du riz du relais), avantages sociaux (ex : le relais et sa famille bénéficient de prise en charge par le « Fonds d'équité » de la Commune lorsqu'ils vont au CSB), en indemnité (monétaire). L'esprit de la motivation étant de « compenser » le relais par rapport au service qu'il rend à la communauté, en guise de reconnaissance et de participation.
- L'utilisation des **outils standardisés** en particulier concernant les **indicateurs** à observer et les **outils de gestion des activités**, pour faciliter la coordination des interventions.
- La latitude pour chaque AMIO d'étendre le paquet minimum des activités selon ses moyens et sa propre démarche

LE PAQUET MINIMUM DES ACTIVITES (PMA) :

Le PMA consiste à l'observation d'un **ensemble d'activités considérées essentielles** dans toute intervention de nutrition communautaire, qui forment un **tout indivisible**, défini en considérant d'une part les **réalités de Madagascar**, par rapport aux **déterminants** de la malnutrition, et d'autre part, les actions permettant de rompre le cycle de la malnutrition à différents stades du développement humain.

Le PMA comprend quatre composantes :

1) AEN/PCIMEC

Promotion des bonnes pratiques et des comportements-clé sur :

- ✓ l'allaitement maternel exclusif
- ✓ l'alimentation complémentaire
- ✓ l'alimentation de l'enfant malade
- ✓ l'alimentation de la femme
- ✓ la lutte contre les carences en Vit A
- ✓ la lutte contre les carences en iode
- ✓ la lutte contre les carences en fer et anémie
- ✓ l'importance d'avoir un bon poids à la naissance (= ou > 3 Kg)
- ✓ l'eau potable
- ✓ l'hygiène et l'assainissement
- ✓ la vaccination à jour avant l'âge de 1 an
- ✓ la santé reproductive des adolescentes (SRA)
- ✓ l'utilisation de moustiquaire imprégnée
- ✓
- ✓ la prévention :
 - du paludisme
 - maladies des enfants: diarrhées, IRA, etc....
 - maladies cibles du Programme Elargie de Vaccination
 - SIDA

2) Suivi et promotion de la croissance (SPC) :

- Collaboration agent de santé – relais – matrone pour la pesée et la mensuration des nouveaux nés afin d'avoir leur poids et taille à la naissance
- Suivi mensuel et promotion de la croissance pour les enfants de 0-24 mois avec l'approche « gain de poids adéquat »
- Suivi trimestriel pour les enfants 25-59 mois
- Counseling pour les mères
- Référence et contre-référence des enfants malnutris

3) Suivi de la santé et de la nutrition des adolescentes (13 à 20 ans)

Chez le sexe féminin, il importe de mener des actions ciblées pour rompre la transmission intergénérationnelle du défaut de croissance ; d'où la nécessité de faire :

- Education/causerie 1 fois par mois sur
 - ✓ SRA pour éviter les grossesses précoces
 - ✓ Hygiène : corporel, environnement, alimentaire
 - ✓ Alimentation équilibrée
 - ✓ La prévention des IST/SIDA
- Supplémentation en Fer
- Vaccination anti-tétanique
- Alphabétisation fonctionnelle

4) Sécurité Alimentaire des ménages

L'amélioration de la SAM est envisagée à travers la promotion de la technique douce qui consiste à prioriser les simples pratiques adéquates sans faire des investissements (en intrants) pour augmenter la production du ménage. Exemples : utilisation de tuteurs, repiquage en ligne, bonne rotation culturale, engraissement, élagage, respect de calendrier cultural, etc.

Se fait en collaboration avec les Centres de Service Agricole et en utilisant les outils GRAAM pour la promotion :

- De système des cultures de case, permettant d'occuper toute l'année l'espace disponible autour de la maison. Donc faire de la polyculture et des aménagements en strate (ex : culture sur planche, en bac, superposé, etc)
- des jardins potagers domestiques
- de l'élevage à cycle court
- des techniques de conservation et de transformation des produits agricoles
- des techniques de stockage et de réserve de denrées alimentaires

SCHEMA FONCTIONNEL

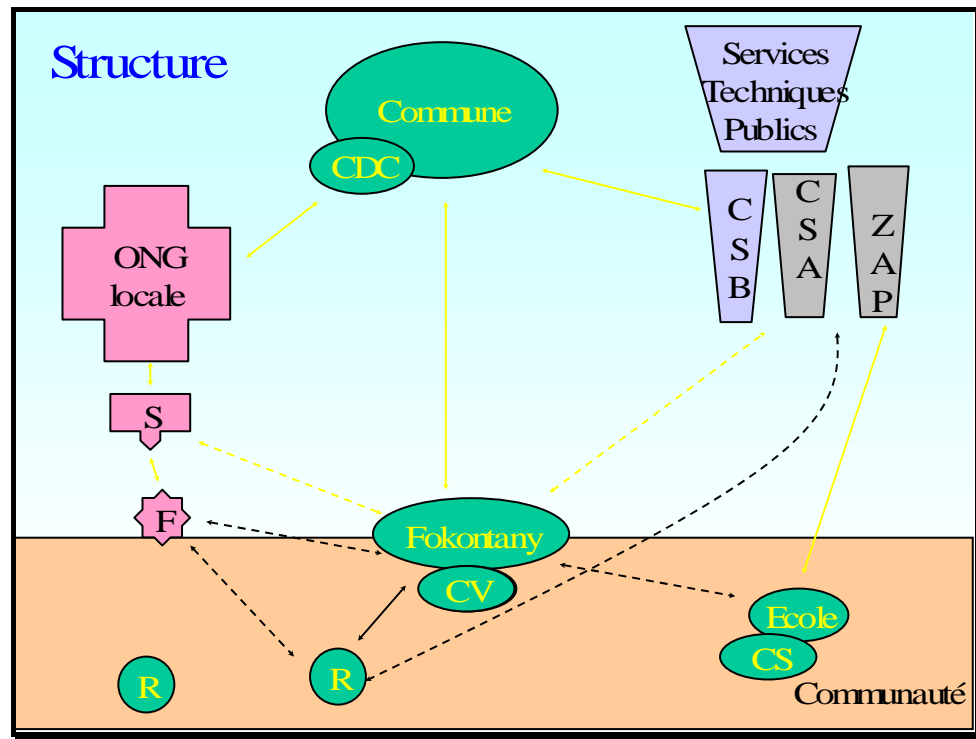
Le PNNC suit un mécanisme organisationnel simplifié axé sur la participation et la responsabilisation des différents acteurs d'une part, et d'autre part sur le partage des informations avec plus d'interaction et d'efficacité.

Au niveau d'un Fokontany ciblé, un **site PNNC** est mis en place. Il comprend plusieurs **relais communautaires** en fonction du nombre de ménages existants, à raison de 1 relais pour 20 à 50 ménages. Plus tard, ces relais pourront évoluer et être considérés comme OCB (organisation communautaire de base). Compte tenu de la nouveauté du schéma, une approche graduelle serait judicieuse pour ce faire. Néanmoins les agences d'exécution qui ont déjà des structures performantes peuvent appliquer directement le schéma avec OCB.

Le Comité du Village dirigé par le Chef de Fokontany qui lui-même fait partie du CDC (Comité de développement communal) constitue l'**interlocuteur** direct de la Commune vis-à-vis de toutes les activités de nutrition de son Fokontany (pour tous les relais existant).

La Commune à travers son CDC dirigé par le Maire, est le **premier responsable** du programme de nutrition dans sa circonscription. Les activités de nutrition doivent figurées dans son PCD ainsi que

les indicateurs y afférents. Le CDC joue le rôle d'interface entre le Fokontany et le bureau régional de Nutrition. Les **services techniques publics** (CSB, CSA, ZAP) et **privés** (ONG) travaillent en **appui technique** auprès de la Commune selon une démarche concertée. D'ailleurs, ils sont membres eux aussi du CDC. Ce dernier envoie la **planification** et la **requête de financement** auprès du bureau régional de Nutrition. Une fois le financement disponible, il veillera à sa **bonne utilisation** selon les normes et procédure admises.



III- MISE EN ŒUVRE DU PNNC

ORGANISATION ET GESTION DU PROGRAMME

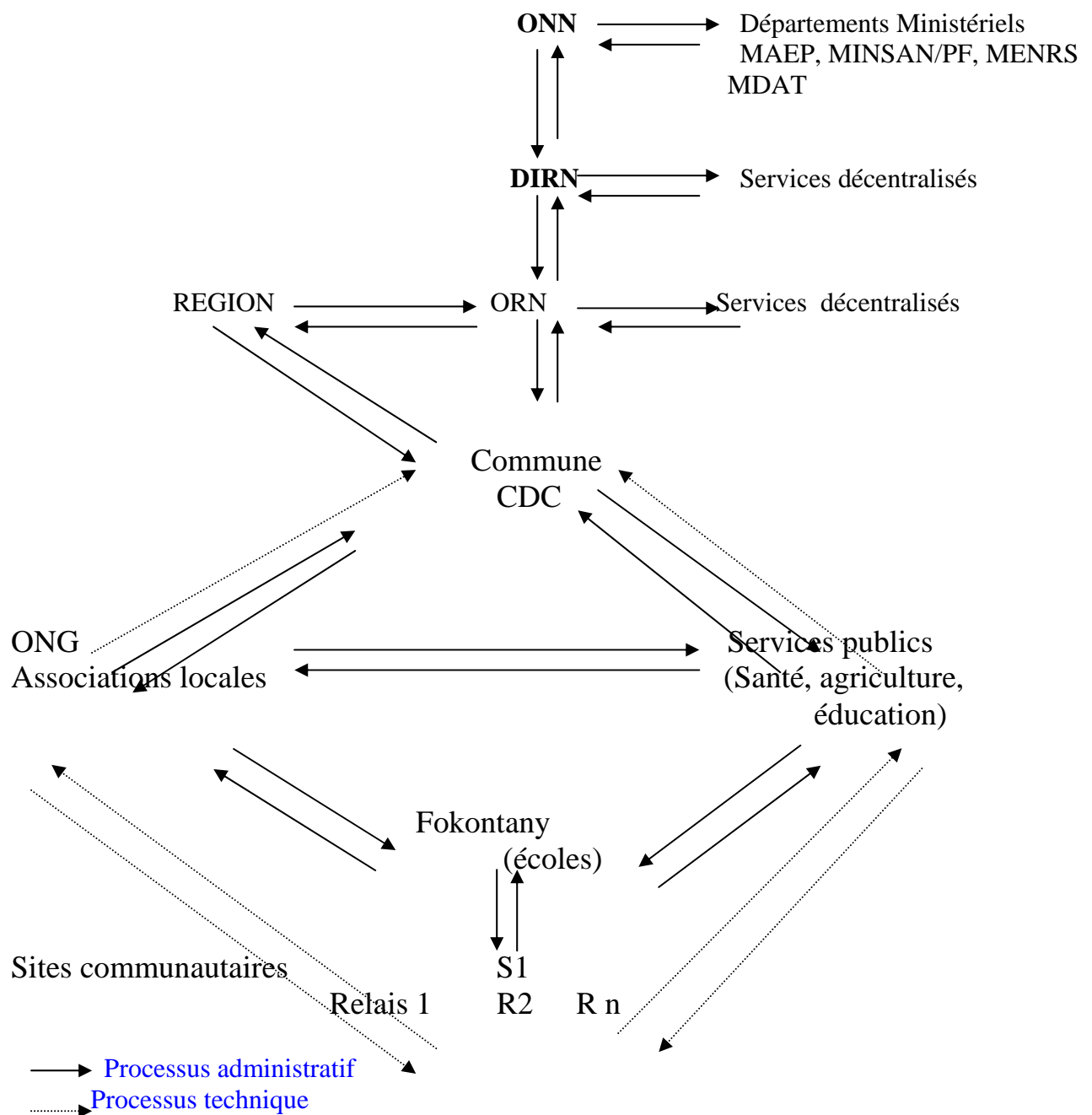
Le Bureau d'Execution National du PNNC assure:

- la conception, l'appui et le suivi du programme
- la coordination et la gestion des activités

Les Bureaux inter régionaux assurent:

- la programmation et la mise en œuvre du PNNC dans leurs régions respectives
- le suivi des activités et supervision des ONG

Les agences de mise en œuvre (AMIO) signent les conventions avec ONN, avec la commune



ROLES ET ATTRIBUTIONS DES INTERVENANTS

Relais

- Responsable de la mise en œuvre des activités de nutrition des groupes de 20-50 ménages
 - o Sensibilisation des ménages et des mères
 - o Identification des besoins du groupe cible
 - o Animation de groupe et visite à domicile
 - o Gestion du site
- Enregistrement et collecte des données
 - o Recensement annuel de la population avec l'appui des comités de recensement
 - o Recensement mensuel des enfants de moins de 5 ans

- Remplissage des carnets de santé et registreCollaboration avec les services techniques

Santé:

Administration de Vitamine A et Mebendazole pendant les campagnes
 Dépistage des enfants malnutris et des enfants malades, référence et contre référence
 Organisation des activités de santé

Agriculture:

Interface entre services technique et ménages
 Suivi des activités de SAM

Education:

Déparasitage
 Démonstration culinaire
 Cantine scolaire

Comité de Fokontany (dirigé par le Chef de Fokontany)

- Recensement et élaboration Spot map (membre comité de recensement)
- Mobilisation communautaire
- Sensibilisation des ménages
- Appui à l'organisation et facilitation des activités des relais
- Suivi des activités et garant de l'opérationnalité des relais

ONG: Facilitateurs - Superviseurs

- Encadrement comité de recensement et élaboration Spot Map
- Sensibilisation des autorités locales et de la communauté
- Mobilisation de la communauté
- Encadrement, accompagnement et orientation des communautés vers les bailleurs
- Appui à 10-20 relais
- Supervision formative et encadrement
- Suivi des activités et rapportage
- Compilation des données
- Appui matériels et technique
- Suivi des services
- Appui technique à la formation et supervision
- Planification des besoins
- Compilation des données
- Prestation de services

Communes/ CCD

- Maître d'ouvrage
- Introduction de la lutte contre la malnutrition dans le PCD , et les actions à entreprendre
- Planification du programmeEtablissement de convention avec l'ONG et services techniquesCoordination des activités
- Requête de financement avec l'appui des services techniques et ONG
- Suivi et évaluation des activités avec l'appui des services techniques et ONGCompilation des données

LES ETAPES DE MISE EN PLACE DES SITES PNNC

1. Sensibilisation des autorités (Provincial, Régional, District) sur la mise en œuvre du PNNC: [\(guide à voir avec Commission Communication\)](#)
 - Explication de la nutrition et malnutrition
 - Information sur les objectifs du Programme et les activités à mettre en œuvre
 - Plaidoyer auprès de ces autorités pour susciter leur engagement d'intégrer la lutte contre la malnutrition dans le PRD
 - Discussion et choix des communes vulnérables

Sélection des communes

Taux d'insuffisance pondérale > 20 % en priorisant les communes ayant des taux les plus élevés par rapport aux données collectées au niveau des CSB croisés avec les critères de vulnérabilité (à définir)

2. Sensibilisation au niveau commune (maire et membre du CCD, autorités administratives et traditionnelles) sur la mise en œuvre du PNNC:
 - Explication de la nutrition et malnutrition
 - Information sur les objectifs du Programme et les activités à mettre en œuvre
 - Plaidoyer auprès de ces autorités pour susciter leur engagement d'intégrer le PNNC dans le PCD
 - Redynamiser le CDC
3. Ciblage des Fokontany
 - ⇒ Prendre tous les Fokontany de la Commune (vulnérable)
 - ⇒ Prioriser les Fokontany non desservis par des formations sanitaires fixes
4. Sensibilisation des communautés des Fokontany ciblés
 - Explication de la nutrition et malnutrition
 - Information sur les objectifs du Programme et les activités à mettre en œuvre
 - Bien souligner la participation communautaire dans le programme
5. Election des relais par les communautés (profil en annexe)
6. Mise à la disposition d'un local par les autorités et les communautés pour les activités de Nutrition
7. Formation des intervenants : relais, comité Fokontany
8. Etablissement des conventions entre :
 - ⇒ commune et ORN
 - ⇒ ONG et commune
 - ⇒ ONG et services publics
9. Collecte des données de base par des comités issus des Fokontany
 - Formation des comités de recensement
 - Dépistage (pesée) de tous les enfants de moins de 5 ans des Fokontany choisis:
 - Elaboration des monographies des sites
 - Mise en place de la carte de visualisation d'état nutritionnel et sanitaire du village (Spot Map)

10. Sensibilisation de la communauté sur les problèmes de malnutrition, recherche de solution et action à entreprendre après la visualisation de la carte du Fokontany
11. Mise en œuvre du Programme et du paquet minimum d'activités au niveau de la communauté
12. Suivi des activités
13. Evaluation communautaire tous les semestres en se basant sur l'approche 3 A
14. Réactualisation de la carte Spot Map tous les ans
15. Recyclage des intervenants

IV- SUIVI/EVALUATION ET SYSTEME DE REPORTING

Le suivi systématique est assuré par le rapportage sur des indicateurs clés, l'analyse des problèmes et la prise de décision pour améliorer l'efficacité du programme à tous les niveaux.

SUIVI-EVALUATION

Niveau régional

Responsables régionaux : ORN – Chef de Région – DRDR – DRS - CISCO
 Supervision des communes et ONG
 Suivi de la mise en œuvre du plan d'action
 Interprétation et analyse des données
 Recherche opérationnelle et solutions

Niveau Commune

Comité Communal de Développement (CDC) :
 Supervision des relais
 Appui technique des relais
 Collecte des données de base
 Actualisation et interprétation spot map
 Suivi et évaluation des activités des relais

Niveau Fokontany

Comité Villageois :
 Suivi des activités et garant de l'opérationnalité des relais
 Evaluation communautaire toutes les 6 mois

LES INDICATEURS

L'outil principal des relais pour l'enregistrement des données est le registre (voir annexe), les fiches de rapportage pour les Facilitateurs et ONG

Collecte de données de base

Pour le dépistage des Fokontany vulnérables de la Commune

Utilisation du PB (périmètre brachial) pour connaître le niveau de malnutrition globale de chaque Fokontany au niveau de enfants de moins de cinq ans (voir annexe pour la mise en œuvre pratique)

Pour l'élaboration du spot map (pour les Fokontany ciblés)

Activités	Intervenants	Indicateurs	Outils d'enregistrement
Collecte de données de base touchant la population du Fokontany	Comité de recensement	<p>1- Nombre population totale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculin : - Féminin : <p>0-5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculin : - Féminin : <p>6-14 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculin : - Féminin : - mianatra : - tsy mianatra : <p>15-49 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculin : - Féminin : <p>50 ans et plus :</p> <p>2- Nombre Ménages</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homme chef de ménage : - Femme chef de ménage : - Ménage ayant adduction d'eau potable (puits, borne fontaine) : - Ménage ayant latrine : <p>3- Nombre enfants de moins de 5 ans par tranche d'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 mois - 6-11 mois - 12-36 mois - 37-59 mois <p>4- Nombre enfants dans la bande Verte</p> <ul style="list-style-type: none"> 0-5 mois 6-11 mois 12-36 mois 37-59 mois <p>5- Nombre enfants dans la bande Jaune</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 mois - 6-11 mois - 12-36 mois - 37-59 mois <p>6- Nombre enfants dans la bande Rouge</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 mois - 6-11 mois - 12-36 mois - 37-59 mois <p>7- Nombre enfants de 6-59 mois ayant reçu</p>	<p>-Fiche de recensement</p> <p>-Registre du Fokontany</p>

		Vitamine A : 8- Nombre enfants ayant été déparasités : - 12-59 mois : - 6-14 ans : 9- Nombre enfants vaccinés : - 0-5 ans : 10- Nombre femmes de 15-49 taona : 11- Nombre femmes enceintes : 12- Nombre adolescentes 13-20 ans : - déjà mere d'enfant - n'ayant pas été encore enceintes : 13- Principale activité de la population : - Nombre Agriculteurs : - Nombre éleveurs : - Nombre pêcheurs : - Autres :	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Collecte des données de suivi des activités

Activités	Cibles	Intervenants	Indicateurs	Outils d'enregistrement
Enregistrement Poids à la naissance	Nouveau né	Agent de santé, relais, matrone	% des enfants ayant un poids à la naissance > à 2,5 kg	- Registre d'activité
Promotion de la croissance	0 à 23 mois	Relais	% enfants ayant gain de poids adéquat (GPA)	- Registre d'activité
Suivi et surveillance de croissance	24 à 59 mois	Relais	Taux de couverture Taux de malnutrition selon P/A	- Registre d'activité
Surveillance	Enfants contre référés	Relais	% enfants contre référés ayant gain de poids adéquat	- SPOT MAP
AEN (CCC et supplémentation)	Mères et femmes enceintes Enfants 0 à 5 ans	Relais	Taux de présence des mères aux séances de sensibilisation <i>% enfants</i> .supplémentés en Vit A . déparasités <i>% mères</i> .nouvellement accouchées supplémentées en Vit A enceintes supplémentées en Fer	
Sécurité Alimentaire des Ménages	Ménages	Relais	en période de soudure % d'enfants référés : P/T (malnutris aigus modérés et sévères)	

Indicateurs de processus

1. Nombre d'intervenants formés (ONG ; CDC ; relais)
2. Nombre de communes touchées par l'activité
3. Nombre de FKT touchées par l'activité
4. Nombre d'enfants recensés
5. Nombre d'enfants pesés ; nombres enfants malnutris P/A <2ET (ligne jaune et rouge de la courbe de croissance)
6. Nombre d'enfants ayant GPA
7. Nombre d'enfants référés et contre-référés
8. Nombre de mères recensées
9. Nombre de mères ayant participé à l'éducation nutritionnelle
10. Nombre enfants supplémentés en Vit A

11. Nombre de mères nouvellement accouchées supplémentées en Vit A
12. Nombre de femmes enceintes supplémentées en Fer (suivis pour la prise régulière de Fer/folate)
13. Nombre d'enfants déparasités
14. Nombre de ménages pratiquant l'élevage domestique
15. Nombre de ménages ayant de culture de case
16. Nombre de ménages pratiquant la diversification de culture
17. Taux de malnutrition en période de soudure
18. Nombre de démonstrations culinaires effectuées

REPORTING

Collecte de données au niveau régional

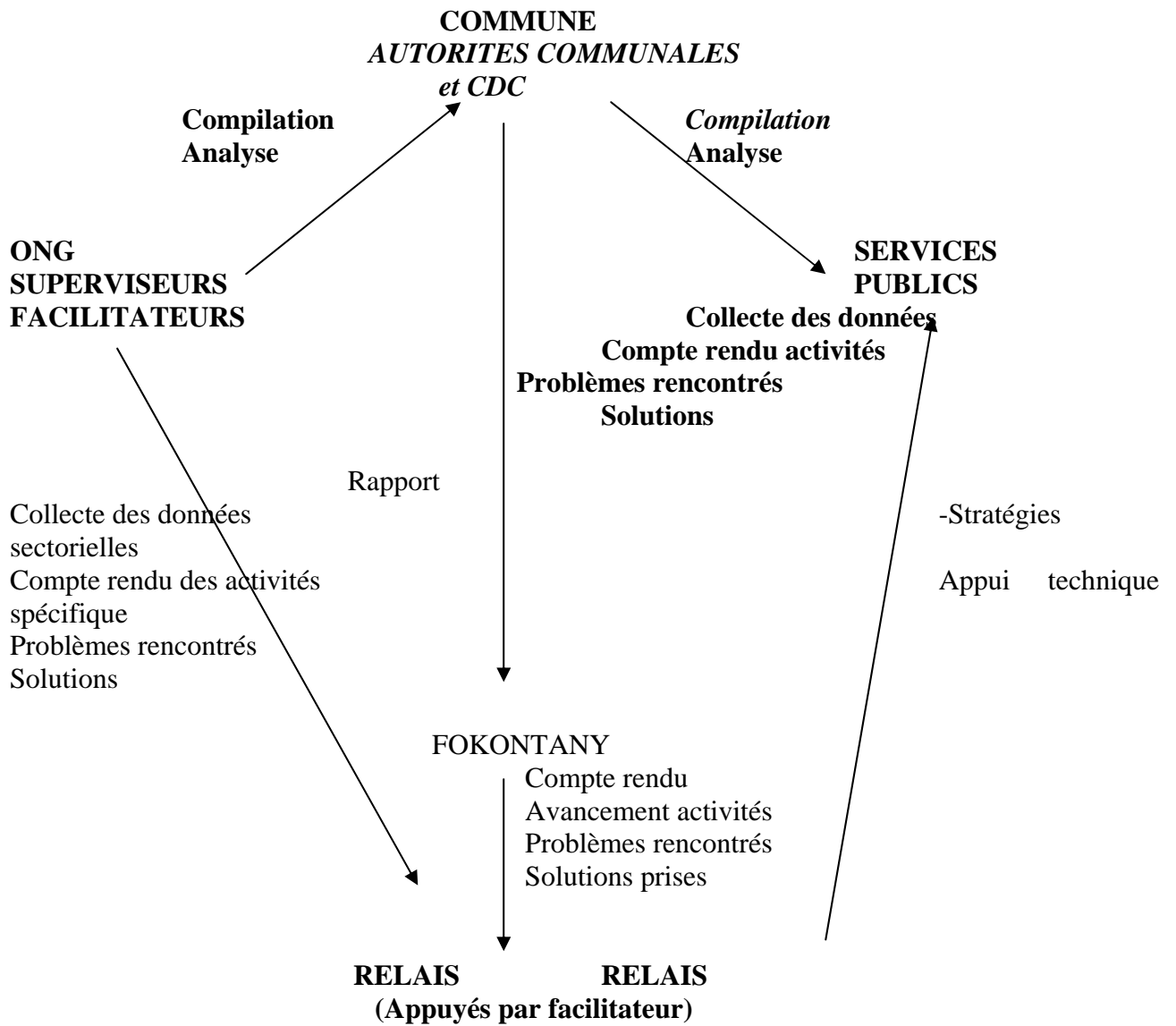
Dernière pesée fin du mois

Relais : Dernière pesée fin du mois	—————>	Facilitateur : collecte des données relais
Remplissage registre		Saison sèche (Mai - Déc) : 10 jours
		Saison de pluie (Déc – Mai) : 15 jours

Facilitateur : Compilation des données relais	—————>	Responsable au niveau Commune
5 jours		ONG

ONG : Compilation et analyse des données	—————>	Responsable au niveau Région
------------------------------------------	--------	------------------------------

Le processus de rapportage, d'analyse et de prise d'action a été visualisé de la manière suivante



ANNEXE : Activités par catégorie de cible

a) Adolescentes et femmes en âge de procréer

- Education/causerie 1 fois par mois sur
 - ✓ SRA par les agents de santé, ONG: savoir se protéger pour éviter les grossesses précoces
 - Méthode ciblée : facile, simple, pratique, à moindre coût
 - ✓ Hygiène : corporel, environnement, alimentaire
 - ✓ Alimentation équilibrée
- Supplémentation en Fer par les agents de santé, suivi par les relais
- Vaccination anti-tétanique par les agents de santé, sensibilisation par les relais
- Alphabétisation

b) Femmes enceintes

- Mise en place des cercles des femmes enceintes
- Consultation pré et post natale(CPN) par les agents de santé, sensibilisation par les relais
- Supplémentation en Fer par les agents de santé, suivi par les relais
- Education/causerie 1 fois par mois sur
 - ✓ L'espace de naissances
 - ✓ L'allègement des charges de travail
 - ✓ L'allaitement maternel exclusif
 - ✓ L'alimentation des femmes enceintes
 - ✓ L'hygiène corporel et alimentaire
- Sensibilisation par les relais sur l'importance du poids à la naissance et l'enregistrement des naissances

c) Mères des enfants de 0-5 mois

- Education/causerie 1 fois par mois sur :
 - La malnutrition des enfants de moins de 5 ans
 - Le bon poids à la naissance
 - L'allaitement maternel exclusif
 - L'alimentation des mères allaitantes
 - La vaccination des enfants avant la première année
 - Le gain de poids mensuel adéquat
 - La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
 - L'hygiène corporel et alimentaire
 - La supplémentation en Vitamine A
 - Le déparasitage
- Sensibilisation sur l'utilisation des soins de santé primaire : CPN, vaccination, PF etc. ...
- Démonstration Culinaire
- Visite à Domicile

d) Mères d'enfants de 6-23 mois

- Education/causerie 1 fois par mois sur :

- La malnutrition des enfants de moins de 5 ans
- L'allaitement maternel
- L'alimentation des mères allaitantes
- L'introduction de complément alimentaire pour les enfants
- La vaccination des enfants avant la première année
- Le gain de poids mensuel adéquat
- La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
- L'hygiène corporelle et alimentaire
- La supplémentation en Vitamine A
- Le déparasitage
- Sensibilisation sur l'utilisation des soins de santé primaire : CPN, vaccination, PF etc. ...
- Démonstration Culinaire
- Visite à Domicile

e) Mères d'enfants de 24-59 mois

- Education/causerie 1 fois par mois sur :
 - La malnutrition des enfants de moins de 5 ans
 - L'allaitement maternel
 - L'alimentation des mères allaitantes
 - L'alimentation complémentaire des enfants
 - La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
 - L'hygiène corporelle et alimentaire
 - La supplémentation en Vitamine A
 - Le déparasitage des enfants
 - Sensibilisation sur l'utilisation des soins de santé primaire : CPN, vaccination, PF etc. ...
- Démonstration Culinaire
- Visite à Domicile

f) Grand mères

- Mise en place d'un cercle de grand mères
- Education/causerie 1 fois par mois sur :
 - L'espacement de naissances
 - L'allègement des charges de travail
 - L'allaitement maternel exclusif
 - La malnutrition des enfants de moins de 5 ans
 - Le bon poids à la naissance
 - L'allaitement maternel
 - L'alimentation des mères allaitantes
 - L'alimentation complémentaire des enfants
 - La vaccination des enfants avant la première année
 - Le gain de poids mensuel adéquat
 - La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
 - L'hygiène corporelle et alimentaire
 - La supplémentation en Vitamine A
 - Le déparasitage des enfants
- Sensibilisation sur l'utilisation des soins de santé primaire : CPN, vaccination, PF etc. ...
- Démonstration Culinaire

g) Hommes

- Education/causerie 1 fois par mois sur :
 - L'espacement de naissances et PF
 - L'allègement des charges de travail des femmes enceintes et allaitantes
 - L'accouchement assisté
 - La malnutrition des enfants de moins de 5 ans
 - L'alimentation des femmes enceintes et mères allaitantes
 - L'alimentation complémentaire des enfants
 - La vaccination des enfants avant la première année
 - Le gain de poids mensuel adéquat
 - La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
 - La supplémentation en Vitamine A
 - Le déparasitage des enfants
- Sensibilisation sur :
 - l'utilisation des soins de santé primaire : CPN, vaccination, PF etc.,
 - l'enregistrement des naissances
 - la sécurité alimentaire des ménages : table jardin, conservation, gestion de stock

h) Education nutritionnelle et sanitaire

L'éducation nutritionnelle sera planifiée en fonction des mauvais comportements existant sur terrain et les changements de comportements attendus

1. Organisation

- ✓ Les relais font l'éducation nutritionnelle avant chaque séance de pesée pour les enfants, pour les autres groupes les relais fixent avec chaque cible l'heure et le jour des séances d'éducation nutritionnelle
- ✓ Les relais, les facilitateurs et les agents des services publics peuvent animer les séances d'éducation nutritionnelle suivant le thème
- ✓ Thème mensuel : choix par les ONG, et services techniques
- ✓ Une préparation des thèmes est obligatoire pour les facilitateurs, services technique et relais
- ✓ Durée 10 à 15 mn: discussion avec utilisation de l'approche 3A: Appréciation du problème, analyse des causes et recherche de solutions et d'action à entreprendre par les mères
- ✓ Un thème par groupe cible par mois (adolescentes, femmes enceintes, mères des enfants de 0-5 mois etc ...)
- ✓ Les séances d'éducation nutritionnelle devraient être appuyées par d'autres canaux de sensibilisation tels que les radio de proximité, des sketches, des mères modèles, l'approche enfant pour enfant à l'école, cercle des grands-mères, cercles des femmes enceintes, cercle des mères modèles (positive déviance)
- ✓ Les relais devrait être des modèles (exemple de thèmes: hygiène corporelle)

- ✓ Supports utilisés (voir en annexe): guide technique pour les relais, Facilitateurs et agents de santé, carte conseil, affiche, jeux, carnet de santé des enfants et des femmes enceintes ...

i) Démonstration culinaire

But

Changement de comportement des communautés en matière de préparation, de cuisson, de conservation et de transformation des aliments en se basant sur les habitudes alimentaires actuelles

- Démonstration et éducation sur:
 - L'alimentation équilibrée et l'hygiène alimentaire
 - La préparation, et cuisson de:
 - ⇒ repas pour la famille
 - ⇒ de bouillie pour les enfants de moins de 2 ans,
 - ⇒ de goûter pour les enfants d'âge scolaire,
 - ⇒ des repas enrichis pour les femmes enceintes et allaitantes
 - L'utilisation des produits qui sont disponibles dans la zone (Conservation; transformation) selon les saisons
- Les démonstrations se déroulent le même jour que la pesée afin de tirer le meilleur parti des visites mensuelles des mères
- Les mères apportent les ingrédients nécessaires à la préparation du repas
- Pratique: en parallèle les recettes choisies par les mères et celles qui ont été proposées par les relais (utilisation des livrets de recettes)
- Les relais montrent aux mères:
 - ✓ pour qui la recette est destinée
 - ✓ les ingrédients
 - ✓ le mode de préparation de la recette choisie
 - ✓ quelles sont les améliorations apportées par rapport à leurs habitudes
- Chaque recette doit suivre le calendrier de disponibilité alimentaire par région et par période
- Une évaluation doit être faite par trimestre ou par semestre pour voir si les mères ont appliqué les nouvelles notions à la maison, quels sont leurs problèmes

j) Visite à domicile

cible:

- enfant avec poids à la naissance inférieur à 2,5 kg, visite pendant les premiers 6 mois
- enfant n'ayant pas eu de gain de poids /poids descendant
- enfant malade
- enfant malnutris (bande rouge)
- mère ayant accouchée récemment

organisation :

Série de 2 à 3 visites en fonction du problème

ANNEXE : SPC

a) La promotion de la croissance pour les enfants de moins de 24 mois

- Promotion de la croissance avec comme point de départ le poids à la naissance de l'enfant et les conseils conséquents pour la mère
- Appréciation de l'état nutritionnel de l'enfant en se basant sur le gain de poids mensuel adéquat pour les enfants de moins de 24 mois
- Après chaque pesée, le relais doit:
 - ⇒ discuter avec chaque mère pour analyser l'état nutritionnel de l'enfant en utilisant l'outil «gain de poids» (voir en annexe)
 - ⇒ rechercher ensemble les problèmes
 - ⇒ donner des conseils individuels aux mères pour une modification des soins à donner à leur enfant
 - ⇒ faire le suivi individualisé des enfants et de leur mère par des visites à domicile

b) Référence -contre référence

- Une aggravation de l'état de santé de l'enfant devrait amener les relais à référer l'enfant à un centre de santé de base pour une prise en charge médicalisée ou une récupération nutritionnelle (enfant sévèrement malnutris) :
 - ⇒ Si l'enfant présente un P/T entre 70% et 80% (malnutrition aigüe modérée) il doit être référé vers un CRENA pour avoir une supplémentation alimentaire afin d'atteindre un P/T égal ou supérieur à 85%.
 - ⇒ Si l'enfant présente un P/T <70% et ou œdème (malnutrition aigüe sévère), il fera l'objet d'une prise en charge médicalisée dans un CRENI jusqu'à atteindre un P/T égal ou supérieur à 85%.
- Pour les enfants sortant des CRENA et CRENI, les relais doivent faire un suivi intensif de ces enfants par des Visites à Domicile

c) Organisation de la pesée

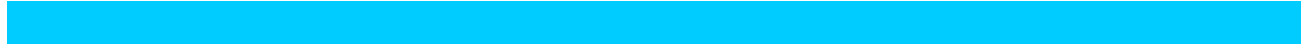
- Pesée de tous les enfants de moins de 2 ans, une fois par mois, les enfants 24 à 59 mois une fois par trimestre
- Plusieurs groupes de pesée par semaine de manière à ne pas avoir trop de mères et d'enfants par groupes (10 enfants en moyenne)
- Organisation des groupes de pesée par tranche d'âge afin de faciliter les conseils et la conduite d'éducation nutritionnelle
 - ⇒ Enfants moins de 6 mois
 - ⇒ Enfants 6-11 mois
 - ⇒ Enfants 12-23 mois
 - ⇒ Enfants 24-59 mois
- Mise en place des groupes de soutien (personnes bénévoles) qui aident les relais à la pesée
- Le jour ou l'heure de la pesée est décidé par les mères et tient compte de leur emploi du temps
- Matériels utilisés: balance salter avec culotte, carnet de santé pour chaque enfant, registre
- Restitution des résultats de la pesée aux groupes après chaque séance:

- ⇒ Nombre de mères présentes
- ⇒ Nombre d'enfant ayant un gain de poids mensuel adéquat
- ⇒ Nombre d'enfant malnutris (bande jaune et rouge)

d) Tenue de registre du relais

Modèle de registre voie Annexe

Remplissage et enregistrement des activités



ANNEXE : ELABORATION SPOT MAP

1. Définition du Spot Map

Au niveau communautaire

Le Spot Map (voir annexe), photographie du village avec les indicateurs de développement qui présente les données de base et permettra de suivre l'évolution de la situation nutritionnelle, sanitaire de la communauté.

C'est la représentation graphique des villages:

- visualiser la situation nutritionnelle du site
- renforcer la visibilité et la compréhension de la malnutrition pour tous les acteurs concernés (mères, pères, autorités...)

Le SPOT MAP étant un outil d'aide à la décision pour la communauté et les autorités, chaque site devrait faire une réunion communautaire après la restitution.

2. Objectif

- Savoir les problèmes nutritionnels des villages et du site (état nutritionnel, santé, hygiène) ainsi que d'autres problèmes touchant de près ou de loin la santé de la population.
- Mobiliser et sensibiliser toute la population pour chercher ensemble les problèmes de la malnutrition, les causes et les solutions

3. Processus de mise en œuvre

- Sensibilisation de la communauté et des autorités
- Recrutement des comités de recensement et d'élaboration de la carte : ONG et communauté (16 personnes au minimum)
- Formation des intervenants
- Recensement et enquête
- Elaboration carte par village
- Finalisation de la carte du site
- Validation et restitution à la communauté
- Restitution aux autorités locales

Recensement des enfants de moins de 5 ans

- Recensement initial pour toute la population avant la mise en place des sites par des comités de recensement (fiche de recensement en annexe)
- Réactualisation annuelle des données par an
- Tenue de registre de recensement par les relais (remplissage mensuel), afin de connaître tous les mouvements par mois des enfants de moins de cinq ans dans le village: naissances, décès, exode des parents