

ACTIONS ESSENTIELLES EN NUTRITION

GUIDE POUR LES RESPONSABLES DE SANTÉ



ACTIONS ESSENTIELLES EN NUTRITION

GUIDE POUR LES RESPONSABLES DES
ACTIVITÉS DE SANTÉ



 **BASICS**

unicef 
Fond des Nations Unies pour l'enfance

REMERCIEMENTS

Tina Sanghvi (BASICS) est le principal auteur de cette publication. Elle a travaillé avec plusieurs collaborateurs dont : Bruno de Benoist (OMS), Karabi Bhattacharyya (BASICS), Bart Burkhalter (BASICS), Eyunyong Chung (USAID), Graeme Clugston (OMS), Frances Davidson (USAID), Serigne Mbaye Diène (BASICS), Leslie Elder (projet Mothercare/JSI), Michael Favin (Manoff Group), Rebecca Fields (BASICS), Holly Fluty (USAID), Rae Galloway (BASICS), Stuart Gillespie (Consultant), Peter Gottert (AED), Marcia Griffiths (Manoff Group), Agnès Guyon (BASICS), Philip Harvey (MOST), Sandra Huffman (LINKAGES et « Ready to Learn »), Samuel Kahn (USAID), Maryanne Stone-Jimenez (LINKAGES/LLL), Saskia van der Kam (Médecins Sans Frontières), Rose Lungu (NFNC/Zambie), Kristen Marsh (USAID), Reynaldo Martorell (Emory University), José Mora (MOST), Altrena Mukuria (MACRO International), Ritu Nalubola (MOST), Maguette Ndiaye (BASICS), Robert Northrup (BASICS), Nosa Orobato (BASICS), Ellen Piwoz (SANA/AED), Sjoerd Postma (DANIDA), David Pyle (BASICS), Timothy Quick (USAID), Mark Rasmuson (BASICS), Jay Ross (LINKAGES), Randa Saadeh (OMS), Robert Steinglass (BASICS), Ronald Waldman (BASICS), Jelka Zupan (OMS) ainsi que d'autres personnes. Traduction française appuyée par Serigne Mbaye Diène, Agnès Guyon et Magdalena Serpa. Mise en page par Kathy Strauss.

Les Sections Nutrition et Santé de la Division des Programmes de l'UNICEF, basées à New York ont reçu les différentes versions provisoires du document, dont ils ont largement contribué aux révisions.

Rosemarie Philips et Pat Shawkey sont les responsables de la publication.

LES ILLUSTRATIONS PHOTOGRAPHIQUES SONT À METTRE AU CRÉDIT DES ORGANISMES CI-APRÈS :

Couverture et page 25, UNICEF/93-1726/Lemoyne; page de garde et page 29 : Soudan, 1993, UNICEF 93-1007/Presse; page 48 : Mark Edwards/Still Pictures, page 67 : UNICEF/95-0134/Charton, page 81 : UNICEF/Afrique du Sud, page 123 : Shehzad Noorani/Still Pictures. Toutes les autres photos appartiennent au projet BASICS.

Le présent document n'est pas une publication officielle du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ni de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et tous les droits de reproduction sont réservés à l'Organisation. Cependant, le document peut être librement revu, résumé, reproduit et traduit, en partie ou dans son intégralité, mais il ne peut être vendu ni utilisé à des fins commerciales.

Les points de vue exprimés dans des documents par d'auteurs nommément cités n'engagent que ces auteurs.

© ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1999

BASICS est un projet mondial d'appui à la survie de l'enfant, financé par la Direction de la santé et de la nutrition du Bureau pour les programmes mondiaux, le soutien de terrain et la recherche de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). La Division de la survie de l'enfant de cette agence donne des orientations techniques et soutient le processus d'élaboration de stratégies et de mise en œuvre des programmes de survie de l'enfant, y compris les interventions concernant la morbidité et la nutrition des nourrissons et des petits enfants.

BASICS est exécuté par « Partnership for Child Health Care, Inc. » (contrat N° : HRN-C-00-93-00031-00 initialement numéroté HRN-6006-C-00-3031-00). Les différents partenaires sont « the Academy for Educational Development, John Snow, Inc., et Management Sciences for Health. » Les sous-traitants comprennent « the Office of International Programs of Clark Atlanta University, Emory University, The Johns Hopkins University's School of Hygiene and Public Health, Porter/Novelli. » et « the Program for Appropriate Technology in Health. »

Le présent document ne reflète pas nécessairement les points de vue ou opinions de l'USAID.

Préface

Les responsables des activités de santé qui travaillent au niveau central ou district dans les pays en développement pourront utiliser les informations présentées dans ce guide pour renforcer les volets nutritionnels de leurs différents programmes. Les responsables d'autres secteurs tels que agriculture, éducation, développement rural, et programmes de bien être social découvriront aussi l'utilité du guide pour le renforcement de leurs activités de nutrition.

Le guide n'est ni une revue complète, à caractère social et multisectorielles des problèmes de nutrition ni un ensemble de réponses pour la solution de ces problèmes.

Cependant, les responsables et les agents de santé peuvent s'en servir pour :

- consulter les protocoles et les orientations actuels des programmes de nutrition,
- connaître les raisons techniques de la nécessité de se concentrer sur certains résultats et certaines activités de nutrition,
- trouver des listes de contrôle qui peuvent être adaptées au niveau local pour la planification des programmes, la formation, la supervision et l'évaluation,
- trouver de nouvelles idées pour la solution de certains problèmes courants, et
- élaborer des guides de formation, concevoir des programmes d'études, et préparer des retroprojecteur ainsi que des imprimés à distribuer.

Bien que le guide se concentre sur la nutrition, les responsables des activités de santé devraient, en suivant les recommandations qui leur sont faites, intégrer la nutrition dans les services de santé et ne pas créer de

programme de nutrition séparé. Le guide peut orienter les responsables dans le processus d'intégration des interventions nutritionnelles prioritaires au niveau des structures sanitaires et des communautés des zones géographiques dont ils ont la charge. Il se concentre sur des interventions concernant un groupe précis de résultats, comprenant l'allaitement maternel exclusif, une alimentation complémentaire appropriée couplée à la poursuite de l'allaitement maternel pendant deux ans, des soins nutritionnels appropriés pour les enfants malades et malnutris, une consommation suffisante de vitamine A, de fer et d'iode. A l'instar des vaccinations, ces interventions constituent des moyens efficaces et rentables pour réduire la mortalité et les maladies chez les enfants. Elles favorisent et préservent aussi la croissance, le développement mental et les capacités d'apprentissage de l'enfant, ainsi que sa productivité à l'âge adulte.

Les principaux groupes cibles des interventions nutritionnelles prioritaires sont les femmes et les enfants âgés de moins de deux ans. Dans certains milieux, la prise en charge des problèmes nutritionnels requiert pour les responsables de la santé un élargissement des groupes cibles, la mise en œuvre d'interventions supplémentaires, et la collaboration étroite avec d'autres secteurs. Pour chaque résultat prioritaire, les questions « quoi » et « pourquoi » sont clairement expliquées dans ce guide. Il s'agit de faits et de recommandations universels, scientifiquement vérifiés qui englobent les besoins nutritionnels des femmes et des enfants, des directives concernant l'alimentation des enfants, des protocoles pour la supplémentation en micronutriments, et des normes de soins préventifs et curatifs. Dans ce domaine, les praticiens et non seulement les responsables de la santé — pourront constater l'utilité de ce guide. Même si la plupart des réponses aux questions « quoi » et « pourquoi » sont connues, certaines questions d'ordre technique restent encore à résoudre, et les lecteurs sont encouragés à mettre à jour ces informations de façon périodique.

Contrairement aux questions « quoi » et « pourquoi », le « comment » de la mise en œuvre des directives en matière de nutrition dépend des zones géographiques spécifiques concernées. Dans la mesure du possible, le guide présente les leçons apprises et les « meilleures pratiques » ayant trait à la manière de mettre en œuvre des activités de nutrition. Mais le choix des méthodes et des processus à appliquer devrait reposer sur la

connaissance des causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition au niveau local. Des mesures appropriées répondant aux besoins et aux opportunités existant au niveau local devraient être adoptées à court et à long terme. Sur la base d'autres expériences réussies, ce guide donne des informations sur la manière d'appliquer une stratégie à trois volets comprenant : (1) le renforcement des activités de nutrition dans les structures sanitaires, (2) la fourniture de services de nutrition au niveau communautaire, et (3) l'utilisation de canaux de communication appropriés pour renforcer les activités et les résultats clés en matière de nutrition. L'objet de ces activités consiste essentiellement à permettre au personnel sanitaire d'aider les prestataires de services, les familles et l'ensemble des membres de la communauté à prendre en charge eux-mêmes leur nutrition.

Les responsables de la santé devraient adapter ces recommandations selon les contextes dans lesquels ils opèrent, en prenant bien soin d'y inclure les étapes ci-après :

- déterminer la nature et les causes spécifiques des problèmes, des pratiques nutritionnelles qui existent au niveau des populations qu'ils desservent ;
- fournir un appui essentiel aux agents communautaires et aux agents de santé, identifier des partenaires et leur donner les capacités requises pour mettre en œuvre les différentes activités ; et
- revoir et réajuster fréquemment les activités pour les faire correspondre aux besoins des programmes.

Les exemples présentés dans ce guide peuvent aider les responsables de la santé à comprendre la manière dont différentes activités de nutrition ont été planifiées et mises en œuvre dans différents contextes, ainsi que le type et les quantités de ressources requis et les outils disponibles.

L'inclusion dans ce guide de certaines informations pertinentes ayant trait à la nutrition reflète les questions qui sont le plus souvent posées aux responsables de la santé, les sujets pour lesquels de nouvelles orientations ont été récemment définies, les sujets pour lesquels on ne dispose pas de documents de référence, et les sujets sur lesquels il est difficile d'obtenir des informations. Le guide contient aussi des conseils sur la manière d'utiliser le matériel de référence, facilement accessible.

Chacun des chapitres contient des informations spécifiques :

- Les chapitres 1 et 2 expliquent les fondements scientifiques des activités de renforcement de la nutrition ainsi que les raisons pour lesquelles des priorités ont été définies,
- Le chapitre 3 présente les étapes à suivre pour planifier des interventions nutritionnelles améliorées,
- Les chapitres 4 et 5 définissent respectueusement les grandes lignes à suivre pour la mise en œuvre d'actions prioritaires en matière de nutrition au niveau des structures sanitaires et des communautés,
- Le chapitre 6 traite des principaux éléments à inclure dans un programme de communication en matière de nutrition au niveau du district,
- Le chapitre 7 décrit les éléments d'appui requis pour la mise en œuvre des activités de nutrition,
- Le chapitre 8 présente les recommandations et les protocoles actuellement appliqués au niveau international pour la conduite des activités prioritaires de nutrition.

Acronymes

ACDI	Agence canadienne de développement international	IVACG	International Vitamin A Consultative Group (<i>Groupe consultatif international pour la vitamine A</i>)
AM	allaitement maternel		
AME	allaitement maternel exclusif	JNV	Journées nationales de vaccination
ASC	agent de santé communautaire	MA	Mémoire d'accord
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (<i>soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant</i>)	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
BCG	bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)	mg	milligramme
CAP	connaissances, attitudes et pratiques	MICS	Multiple Indicator cluster Survey (<i>enquête basée sur un lot d'indicateurs multiples</i>)
CITDCI	Conseil international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode	OC	organisation communautaire
CVA	carence en vitamine A	OMS	Organisation mondiale de la Santé
DBC	distribution à base communautaire	ONG	organisation non gouvernementale
EDS	Enquête démographique et sanitaire	PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
ERP	évaluation rurale participative	SICM	système d'information sur les carences en micronutriments
IEC	information, éducation et communication	SMI	Santé maternelle et infantile
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés	TBA	Matrone traditionnelle
INACG	International Nutritional Anemia Consultative Group (<i>Groupe consultatif international sur les anémies nutritionnelles</i>)	TCI	troubles dus à une carence en iode
IRA	Infection respiratoire aiguë	UI	unité internationale
		UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USAID United States Agency for
International
Development (*Agence des
États-Unis pour le
développement
international*)

VIH/SIDA Virus
de l'immunodéficience
humaine/Syndrome
de l'immunodéficience
acquise

VOP Vaccin oral contre la
Poliomyélite

Table des matières

Préface.....	iii
Acronymes	vii

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

Points clés	1
Données de base concernant la nutrition	3
Soutien mondial en faveur des interventions nutritionnelles	8
Le rôle des programmes de santé dans l'amélioration de la nutrition.....	9

CHAPITRE 2. INTERVENTIONS PRIORITAIRES EN NUTRITION

Points clés	15
Allaitement maternel exclusif.....	17
Alimentation complémentaire appropriée combinée à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans	25
Soins nutritionnels appropriés pour les enfants malades et malnutris	34
Consommation appropriée de vitamine A	38
Consommation appropriée de fer	46
Consommation appropriée d'iode.....	51

CHAPITRE 3. ÉLABORATION D'UN PLAN DE RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS DE NUTRITION AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTÉ DES DISTRICTS

Points clés	57
Identification des principaux problèmes de nutrition	59
Revue des interventions nutritionnelles existantes	66
Définir des groupes cibles, établir les objectifs en matière de nutrition et élaborer une stratégie	69
Identification des ressources du programme et de la communauté	82

CHAPITRE 4. DIRECTIVES TECHNIQUES POUR L'INTÉGRATION DE LA NUTRITION DANS LES ACTIVITÉS DES STRUCTURES DE SANTÉ

Points clés	85
L'intégration des activités de nutrition dans les structures de santé : les étapes clés	86
Les contacts des services de santé en matière de nutrition pour les activités de nutrition	91
Les interventions nutritionnelles dans les services de santé maternelle	91
Les interventions nutritionnelles dans les services de santé infantile	103

CHAPITRE 5. DÉVELOPPEMENT DE PARTENARIATS COMMUNAUTAIRES

Points clés	115
Pourquoi le partenariat communautaire est-il important ?	116
Le rôle du responsable de programme	117
Options pour le développement de partenariats	120
Exemples d'activités communautaires	127

CHAPITRE 6. LES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION POUR L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

Points clés	141
Pourquoi les activités de communication sont-elles importantes ?	142
Le rôle des responsables de santé	144
L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de communication	144

CHAPITRE 7. APPUI AUX ACTIONS DE NUTRITION

Points clés	165
Les directives techniques et les protocoles	166
Approvisionnement	168
Formation, supervision, et motivation	176
Matériels de conseils et d'éducation	179
Suivi et évaluation	181

CHAPITRE 8. LES PROTOCOLES DE NUTRITION

Points clés	197
Protocole de nutrition : la santé maternelle	201
Protocoles de nutrition : la santé maternelle et infantile	210
Protocole de nutrition : santé infantile	241
LECTURES ET RÉFÉRENCES	262
INDEX	268

FIGURES

Fig. 1	Près de la moitié de la mortalité infantile est imputable à la malnutrition sous-jacente	2
Fig. 2	Les causes de la malnutrition sont multisectorielles	5
Fig. 3	Comment la nutrition de la mère et celle de l'enfant sont-elles liées ?	7
Fig. 4	L'allaitement réduit la mortalité	17
Fig. 5	Réduction de la consommation de lait maternel due à une introduction précoce d'autres aliments	19
Fig. 6	Tendances concernant l'insuffisance de poids et la diarrhée chez les enfants de 0 à 35 mois en Ouganda	27
Fig. 7	Calendrier de prise en charge d'un enfant atteint de malnutrition sévère	41
Fig. 8	Étapes de l'évolution de la carence en vitamine A (CVA)	43
Fig. 9	Variations saisonnières de la carence en vitamine A (CVA)	45
Fig. 10	Préservation de l'équilibre en fer compte tenu des quantités consommées et perdues	47
Fig. 11	Les six catégories de contacts de santé qui devraient inclure les interventions prioritaires de nutrition	79
Fig. 12	Carte des ressources communautaires et de l'accès aux services de santé.....	80
Fig. 13	Rôles du personnel de santé : les mobilisateurs et les animateurs	118
Fig. 14	Utilisation de l'approche du « Cycle des Trois A »	125
Fig. 15	Modèles de cartes-conseils	180
Fig. 16	Modèles de carnets de santé avec les actions de nutrition	184

TABLEAUX

Tableau 1.	Activités prioritaires en nutrition dans les services de santé des districts.....	10
Tableau 2.	Il est important de veiller à la fréquence et à la variété de l'alimentation selon l'âge de l'enfant	26
Tableau 3.	Questions clés sur les problèmes de nutrition	60
Tableau 4.	Exemples des questions en relation avec les causes de la malnutrition	62
Tableau 5.	Exemples de questions pour la revue des programmes des structures de santé	72
Tableau 6.	Exemples de questions pour la revue des programmes communautaires	74
Tableau 7.	Activités de nutrition pour les six catégories de contact avec les services de santé	88
Tableau 8.	Organisation d'activités de nutrition dans les services de santé maternelle	94
Tableau 9.	Aide-mémoire de nutrition pour les soins prénatals	96
Tableau 10.	Aide-mémoire de nutrition pour les agents de santé du service des accouchements	98
Tableau 11.	Aide-mémoire de nutrition pour les contacts de soins post-partum	100
Tableau 12.	Organisation d'activités nutritionnelles dans les services de santé infantile.....	106
Tableau 13.	Aide-mémoire pour donner de la vitamine A au cours des séances de vaccination de routine.....	108
Tableau 14.	Aide-mémoire de nutrition pour les agents de santé qui prennent en charge les enfants malades	110
Tableau 15.	Aide-mémoire de nutrition à utiliser par les agents de santé lors des consultations enfants sains	112
Tableau 16.	Exemples de stratégies d'implication de la communauté....	128
Tableau 17.	Indicateurs communautaires pour le suivi de la nutrition	136
Tableau 18.	Exemples de pratiques en rapport avec les thèmes prioritaires de nutrition	146
Tableau 19.	Les objectifs du programme de communication — exemple	148
Tableau 20.	Exemples de stratégies de communication, supports et méthodes	152

Tableau 21. Liste de contrôle des approvisionnements en nutrition pour les programmes de santé maternelle	169
Tableau 22. Liste de contrôle des approvisionnements en nutrition pour les programmes de santé infantile	171
Tableau 23. Approvisionnements pour la prise en charge des cas de malnutrition sévère	173
Tableau 24. Modèles de l'enregistrement courant des actions nutritionnelles	183
Tableau 25. Résumé des activités et des indicateurs de suivi et d'évaluation	189
Tableau 26. Modèles de questions pour des enquêtes ménage sur les interventions prioritaires de nutrition	192

ENCADRÉS

Encadré 1. Dépistage et actions à mener au sein de la communauté	40
Encadré 2. Méthodes de collecte de données pour les chercheurs.....	150

DISCUSSIONS

Discussion 1. Revue des programmes de nutrition dans les services de santé. L'exemple du Bénin.....	76
Discussion 2. Exemples de planification conjointe pour s'adresser les causes des faibles taux de couverture.....	81
Discussion 3. Leçons apprises de l'expérience réussie du projet d'Iringa, en Tanzanie.....	124
Discussion 4. Organisation des évaluations conjointes communautaires. L'exemple de l'Ethiopie	126
Discussion 5. Accords conjoints entre les gestionnaires des activités de santé et les organisations communautaires. L'exemple du Nigeria	131
Discussion 6. « Le Modèle Hearth » pour la prise en charge communautaire des enfants malnutris en Haïti, au Vietnam, et au Bangladesh	132
Discussion 7. Conseils intégrés pour la santé et la nutrition au niveau communautaire. L'exemple du Honduras	134
Discussion 8. Liens entre les agents de santé et les communautés. L'exemple du Madagascar	160
Discussion 9. Liens entre les agents de santé et les communautés. L'exemple du Burkina Faso	162



CHAPITRE 1

Introduction

POINTS CLÉS

▶ La malnutrition est la cause sous-jacente de la moitié des décès chez les enfants de moins de cinq ans, elle affaiblit le système immunitaire et aggrave les maladies.

▶ L'alimentation des mères et celle des enfants sont étroitement liées. La malnutrition commence souvent dès la conception et les troubles qui en résultent apparaissent déjà dès la deuxième année de vie de l'enfant.

▶ Même une malnutrition bénigne ou modérée a des conséquences graves. Plus de 80 pour cent des décès entraînés par la malnutrition infantile sont plutôt associés à la malnutrition bénigne ou modérée qu'à la malnutrition sévère.

▶ Des carences en micronutriments spécifiques comme la vitamine A, le fer et l'iode sont répandues et ont des effets néfastes sur la santé.

▶ Les principales causes sous-jacentes de la malnutrition sont l'accès inadéquat à la nourriture et aux éléments nutritifs, la prise en charge inappropriée des mères et des enfants, l'insuffisance des services sanitaires et l'insalubrité de l'environnement.

▶ Un système d'intervention nutritionnelle peu coûteux et hautement efficace est disponible pour réduire la malnutrition. Les femmes, en particulier les femmes enceintes et les femmes qui allaitent ainsi que les enfants de moins de deux ans constituent les groupes cibles prioritaires de ce paquet d'activités nutritionnelles essentielles qui a déjà fait ses preuves.

Chapitre I

Introduction

La malnutrition, un problème connu par ses conséquences dévastatrices, affaiblit les systèmes immunitaires et aggrave les maladies. Elle est la cause de près de la moitié des décès chez les enfants de moins de cinq ans (cf. figure 1) ; Les enfants qui survivent à la malnutrition ont une capacité d'apprentissage réduite et une faible productivité lorsqu'ils atteignent l'âge adulte. La malnutrition diminue la qualité de vie et entraîne des pertes financières importantes dans les familles, les communautés et les pays.

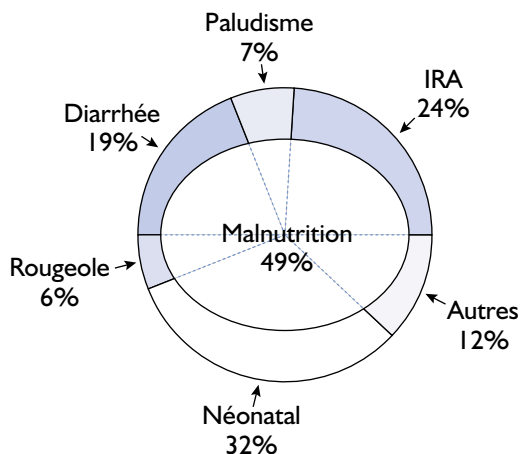
Tous les secteurs sociaux ainsi que les programmes de développement peuvent, avec succès, améliorer la situation nutritionnelle dans leurs domaines d'intervention respectifs. Néanmoins, pour des raisons multiples, les programmes de santé sont particulièrement appropriés pour entreprendre des actions visant à améliorer l'alimentation :

- Des interventions efficaces, réalisables et peu coûteuses pour améliorer la nutrition sont actuellement disponibles et encore plus efficaces lorsqu'elles sont couplées à des actions visant à réduire les infections.
- Une bonne nutrition aide à préserver l'immunité naturelle, qui est importante pour la santé, particulièrement du fait de l'augmentation des résistances aux médicaments et de l'émergence de nouvelles maladies.

FIGURE I.

Près de la moitié de la mortalité infantile est imputable à la malnutrition sous-jacente

Lorsque l'enfant souffre d'un déficit pondéral, même léger, les risques de décès augmentent. En 1995 l'OMS estime que dans les pays en développement sur les 10,4 millions de cas de décès d'enfants de moins de cinq ans survenus, près de la moitié est associée à la malnutrition. A peu près 80 pour cent de ces décès liés à la malnutrition sont dus à la malnutrition bénigne ou modérée.



- Le personnel de santé peut être très efficace pour la motivation des familles et des communautés par l'amélioration des soins et des régimes alimentaires des femmes et des enfants.

Ce chapitre présente aux responsables de santé des concepts importants en matière d'alimentation et leur explique pourquoi ils doivent agir pour résoudre les problèmes de nutrition. Il décrit les étapes qu'ils peuvent suivre.

Ce chapitre présente :

- des données de base sur la malnutrition y compris ses causes et la manière dont la nutrition de la femme et de l'enfant sont liées;
- des exemples d'actions d'appui menées à l'échelle internationale pour améliorer la nutrition; et
- le rôle des programmes de santé dans le processus d'amélioration de la nutrition.

Données de base concernant la nutrition

Une bonne nutrition adéquate consiste à consommer et à utiliser suffisamment d'énergie et de nutriments et en même temps à lutter contre les maladies pour préserver le bien-être, la santé et la productivité. « La malnutrition » englobe la malnutrition généralisée (qui se manifeste par un retard de croissance, un déficit pondéral, et l'émaciation) et les carences en micronutriments tels que vitamine A, fer, iode, zinc et l'acide folique.

Les signes les plus évidents d'une bonne nutrition se manifestent à travers des enfants grands, forts et en bonne santé qui apprennent mieux à l'école et deviennent par la suite des adultes productifs et heureux qui participent à la vie de la société. Une consommation insuffisante ou excessive d'énergie et d'éléments nutritifs porte atteinte à la santé. Les individus qui ont une taille normale, et des indicateurs biologiques adéquats en micronutriments, sont considérés comme des personnes bien nourries.

Il n'est pas nécessaire que la malnutrition soit sévère pour constituer déjà une menace à la survie. A l'échelle internationale, moins de 20 pour cent des décès d'enfants associés à la malnutrition relèvent d'une malnutrition sévère ; plus de 80 pour cent de ces décès ne sont dus qu'à

une malnutrition légère ou modérée. Même si la cause immédiate des décès, des enfants ayant une malnutrition légère ou modérée est imputée à la pneumonie ou la diarrhée, beaucoup d'entre eux ne seraient pas morts s'ils avaient été bien nourris.

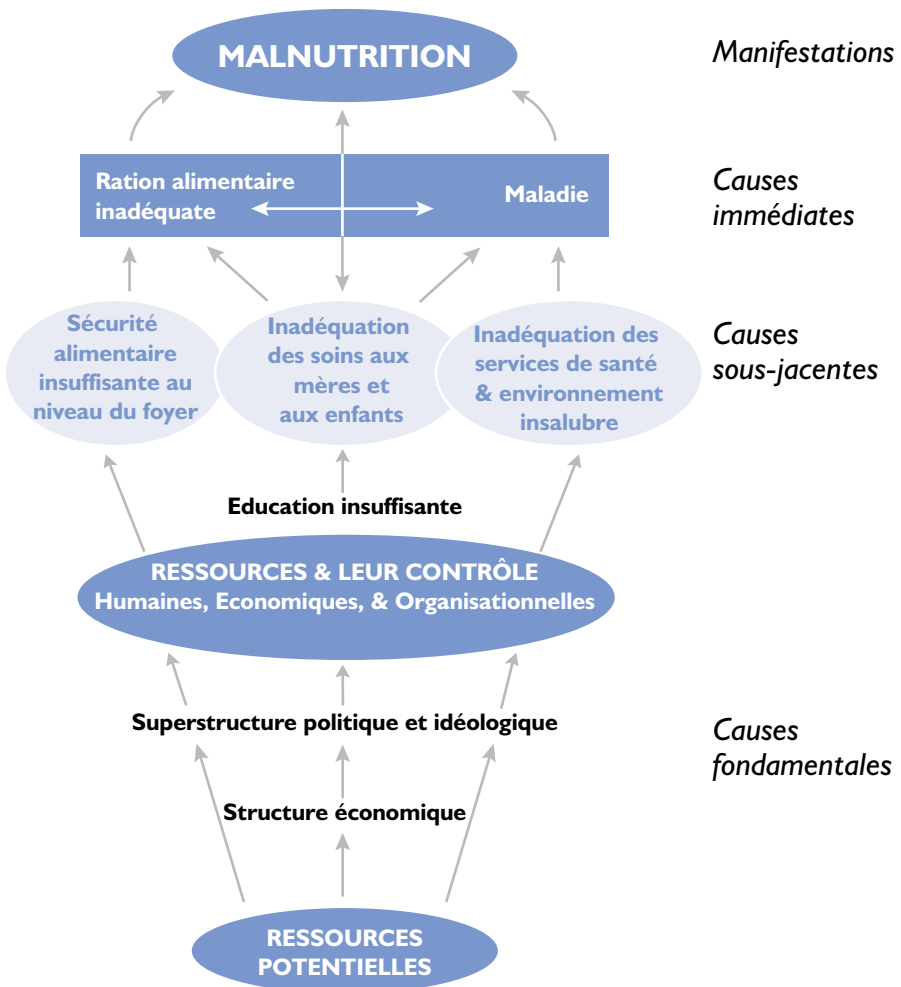
Dans la plupart des cas, les maladies et une alimentation inadéquate sont les causes immédiates de la malnutrition. D'autres causes plus fondamentales représentent des obstacles qui existent au niveau des ménages et des familles.

- ***L'accès insuffisant à la nourriture.*** Les familles ne peuvent pas produire ou acquérir assez d'aliments contenant l'énergie et les nutriments dont elles ont besoin. D'autres problèmes peuvent inclure l'accès à la terre et aux intrants agricoles, aux circuits de commercialisation et de distribution des produits alimentaires, l'insuffisance des revenus ainsi que d'autres facteurs.
- ***Des pratiques inappropriées de soins de la mère et de l'enfant.*** Les familles et les communautés ne consacrent pas le temps et les ressources nécessaires à la prise en charge de leur santé et de leur alimentation ainsi que de problèmes émotionnels et cognitifs des femmes et des enfants. On peut citer au nombre des pratiques inappropriées en matière de soins, la mauvaise alimentation des enfants malades, la non-utilisation des structures de santé pour les besoins des femmes enceintes et des adolescentes, une mauvaise hygiène, une mauvaise pratique de l'allaitement maternel, l'absence d'une alimentation complémentaire appropriée et des régimes alimentaires inappropriés pour les femmes, y compris les tabous alimentaires pendant et après la grossesse et la charge de travail excessive des femmes.
- ***Un mauvais système d'approvisionnement en eau/assainissement et des services de santé inadéquats.*** Les services de santé sont de mauvaise qualité, chers, non existants ou inadaptés. L'inadéquation des services de santé se traduit par des indicateurs tels que faible taux de vaccination, manque de soins prénatals, prise en charge des enfants malades et malnutris inadéquate, ainsi que les mauvaises infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

La figure 2 montre l'interaction des causes sous-jacentes et des causes immédiates de la malnutrition. L'état nutritionnel est le produit des processus et des structures qui dans une société régissent l'accès aux ressources, à

FIGURE 2.**Les causes de la malnutrition sont multisectorielles**

Les causes de la malnutrition sont immédiates, sous-jacentes, et fondamentales. La présente illustration a été utilisée avec succès comme guide pour la collecte d'informations sur les causes et pour la préparation d'action effective pour la prise en charge de la malnutrition au niveau des communautés, des districts et du pays. Le personnel de santé peut utiliser ce graphique pour expliquer aux dirigeants communautaires et aux autres catégories de personnes l'importance de travailler ensemble pour combattre les différentes causes de la malnutrition.



l'éducation, aux biens économiques et aux opportunités. Un mauvais état nutritionnel est caractérisé par la faible croissance pondérale des jeunes enfants et par des carences en micronutriments spécifiques dont la vitamine A, le fer, l'iode et le zinc. Ces carences ont des effets plus importants sur la santé et touchent plus de gens qu'on ne l'imaginait auparavant. La vitamine A, par exemple, est importante non seulement pour la vue mais aussi pour la résistance aux maladies, et le fer et l'iode sont essentiels pour le développement du cerveau. Les carences en micronutriments sont aussi déterminées par des causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales qui sont à l'origine de la malnutrition et une croissance anormale.

La malnutrition commence souvent dès la conception. Lorsque les femmes enceintes ont des régimes alimentaires inadéquats, entreprennent des travaux trop durs ou sont fréquemment malades, elles donnent naissance à des bébés plus petits affectés par divers problèmes de santé. Les enfants nés de mères malnutries sont plus susceptibles de mourir lorsqu'ils sont encore des nourrissons. Si ces enfants survivent, dès l'âge de deux ans, ils risquent d'avoir des dommages permanents. Pour cette raison, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent ainsi que les enfants de moins de deux ans doivent constituer des groupes cibles prioritaires des interventions nutritionnelles.

Les effets d'une malnutrition précoce en bas âge persistent pendant la scolarité de l'enfant et même jusqu'à l'âge adulte, réduisant du même coup la productivité et la qualité de sa vie. Des femmes adultes de petite taille ayant souffert de malnutrition pendant l'enfance ont plus tendance à donner naissance à des petits bébés et le cycle de malnutrition et de maladies se perpétue. (cf. figure 3).

On dispose de preuves valables qu'il est possible de réduire avec succès la malnutrition. Différentes interventions menées dans plusieurs pays au cours des années 70 et 80 ont permis de réduire la prévalence de la malnutrition, démontrant ainsi ce que peut faire un engagement de soins en matière de nutrition grâce à l'engagement des différents acteurs impliqués.

- En Thaïlande, la proportion des enfants ayant un déficit pondéral a baissé rapidement durant les années 80 de près de 35 pour cent en 1982, à moins de 20 pour cent en 1987, pour descendre jusqu'à 15 pour cent en 1990.
- Au Bhoutan, l'iodation du sel a provoqué une baisse du pourcentage de la population souffrant de goitre de 65 pour cent en 1983, à près de 25 pour cent en 1992 et jusqu'à 14 pour cent en 1996.

FIGURE 3.**Comment la nutrition de la mère et celle de l'enfant sont-elles liées ?**

Le poids à la naissance est étroitement associé avec la survie de l'enfant, le bien-être et la croissance qui influence la nutrition durant l'adolescence et détermine l'état de nutrition de la mère quand elle tombe enceinte



La prévention du retard de croissance chez les petites filles pendant les deux premières années de vie peut aider à rompre le cycle de la malnutrition.



Les nutriments stockés pendant l'adolescence renforcent l'alimentation de la femme pendant et entre les grossesses.



La nutrition de la mère avant et pendant la grossesse influence la croissance et le développement du fœtus et détermine son poids à la naissance : cette alimentation influence ses chances de survie lors de l'accouchement.



L'alimentation de la mère doit être maintenue à un niveau adéquat pendant la période d'allaitement maternel.



Il est important de veiller à ce que la mère ait une bonne situation afin de mieux s'occuper de son enfant, de mener de activités ménagères et économiques et de reconstruire ses forces...



...pour des grossesses futures.

- Au Honduras, la fortification du sucre associée à la supplémentation de Vitamine A ont réduit la carence en vitamine A de près de 40 pour cent en 1965 à 15 pour cent en 1996.

Soutien mondial en faveur des interventions nutritionnelles

Ces dernières années, de nombreux pays ont à plusieurs reprises réitéré leurs engagements à réduire la malnutrition.

- Au Sommet Mondial pour les Enfants en 1990, les dirigeants et les scientifiques de 150 pays se sont engagés à réduire ou à éliminer les carences en vitamine A, en fer et en iode, et à améliorer la situation nutritionnelle des mères et des enfants. Ils ont promis de donner « une priorité majeure » aux droits des enfants.
- A la Conférence sur « Éliminer la faim insoupçonnée » en 1991, les dirigeants de la communauté internationale ont promis de réduire la malnutrition causée par les carences en micronutriments.
- A la Conférence internationale sur la nutrition en 1992, les ministres de la santé, de l'agriculture et du développement de plus de 150 pays se sont donnés pour objectif la réduction de la malnutrition au niveau mondial. Des plans d'action nationaux sont en cours d'exécution dans 132 pays.
- Au Sommet mondial de l'alimentation en 1996, qui a réuni 186 pays participants, un engagement a été pris pour rendre effectif le droit de tous à une alimentation adéquate et à l'élimination de la faim.
- En 1997, plus de 190 pays ont ratifié la Convention sur les droits de l'enfant, une convention qui engage les pays signataires à assurer le droit des enfants à « accéder au niveau le plus élevé possible » en matière de soins de santé y compris des soins nutritionnels appropriés.

Les agences internationales, les gouvernements et les ONG collaborent avec les pays pour les aider à définir des normes et des objectifs ayant trait à l'amélioration de leur situation nutritionnelle.

- Lors d'une réunion OMS/UNICEF tenue à Florence (Innocenti) en 1990, des décideurs ont identifié quatre cibles pour des programmes de soutien à l'allaitement maternel au cours des années 1990 ; une

coordination nationale de haut niveau, des changements dans les services de maternité, l'adoption d'un Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et une législation qui protège les droits des femmes qui travaillent.

- En 1991, l'UNICEF et l'OMS ont démarré « l'Initiative des hôpitaux amis des bébés » (IHAB), un programme régi par dix conditions pour éliminer au niveau des maternités les obstacles à l'allaitement maternel. Vers le milieu de l'année 1998, environ 16,000 structures de santé dans 160 pays ont rempli les critères requis pour obtenir le label IHAB.
- L'Initiative d'iodation universelle du sel soutenue par l'OMS, le Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, et l'UNICEF est destinée à assurer une couverture de 100% quant à l'utilisation du sel iodé. A ce jour, près de la moitié des pays confrontés à des problèmes de carence en iode environ 70 pour cent du sel de cuisine est suffisamment iodé.
- Une initiative, mise en œuvre par plusieurs agences, est soutenue pour lutter contre la carence en iode, qui est considérée comme un problème de santé publique pendant la prochaine décennie. Grâce au soutien de l'UNICEF, l'OMS, l'USAID, l'ACDI et plusieurs ONG ainsi que des industries alimentaires et pharmaceutiques, une majorité d'enfants à risque de 35 pays au moins, reçoivent maintenant des rations adéquates de vitamine A par le biais des suppléments, des aliments fortifiés et des régimes alimentaires améliorés.
- La Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), un programme développé conjointement par l'OMS et l'UNICEF est actuellement mis en œuvre, dans plus de 60 pays. Ce programme vise à renforcer les soins nutritionnels des enfants au niveau des services de santé.

Le rôle des programmes de santé dans l'amélioration de la nutrition

Les agents de santé sont bien placés pour concevoir et mettre en œuvre des programmes de nutrition. Par leur action, ils peuvent très fortement motiver les gens à changer certaines pratiques familiales et croyances traditionnelles concernant les soins et l'alimentation des femmes et des enfants. Ce travail peut être réalisé grâce à la combinaison d'interventions,

TABLEAU I.

Activités prioritaires en nutrition dans les services de santé des districts

Au niveau du district

- Contrôler les problèmes de nutrition, identifier les sous-groupes de population exposés à des problèmes nutritionnels, et canaliser les ressources supplémentaires vers les secteurs à haut risque.
- Fournir des ressources et des outils pour la mise en œuvre d'activités de nutrition dans les structures de santé et dans les communautés.
- Mettre à jour les politiques et les protocoles de nutrition.
- Mettre en œuvre une stratégie de communication pour renforcer les messages prioritaires en matière de nutrition.
- Mener des actions spéciales en complément aux services de routine, par exemple des campagnes de masse pour la distribution de micronutriments.
- Mettre en place des structures pour la prise en charge des cas de malnutrition et d'anémie grave.
- Travailler en partenariat avec les prestataires privés exerçant dans le district.

Au niveau de la structure sanitaire

La santé de la mère

- Mener les actions essentielles en nutrition auprès des femmes lors des contacts suivants: pendant la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement, et pendant les semaines qui suivent l'accouchement.
- Établir des partenariats communautaires dans la zone d'intervention.
- Former et équiper des animateurs ; encourager les prestataires privés à suivre les lignes directrices recommandées.
- Mettre en œuvre des actions spéciales pour atteindre les objectifs fixés, par exemple, des journées de distribution de micronutriments.
- Enregistrer et suivre la couverture réalisée des actions essentielles, et assurer la surveillance des problèmes de nutrition.

La santé de l'enfant

- Dépister, traiter/référent les cas d'anémie grave.
- Mener les actions essentielles en nutrition auprès des enfants lors des contacts suivants: la vaccination, les consultations des enfants en bonne santé et les consultations des enfants malades.
- Dépister, traiter/référent les cas de malnutrition sévère.

TABLEAU I. (suite)

Au niveau de la communauté

La santé de la mère

- Identifier et soutenir un système de suivi des femmes enceintes au moins jusqu'à l'accouchement et pendant les premières semaines après l'accouchement.
- Former et soutenir les accoucheuses, les groupements féminins et d'autres agents communautaires afin qu'ils fournissent les services clés de nutrition.
- Soutenir les différentes méthodes de planification familiale.
- Sensibiliser les dirigeants communautaires et les familles sur les problèmes prioritaires de nutrition et sur les actions requises.
- Enregistrer et suivre les indicateurs clés en matière de nutrition y compris la croissance des enfants.

La santé de l'enfant

- Identifier et soutenir un système de suivi des nouveau-nés jusqu'à l'âge de vingt quatre mois.
- Former et soutenir les groupements féminins, le personnel de santé ainsi que d'autres agents communautaires afin qu'ils fournissent les services clés de nutrition.

dirigées du sommet vers la base, de promotions, de certaines pratiques bien reconnues, et d'autres approches dirigées du bas vers le sommet, qui aideront les communautés et les familles à s'efforcer de bénéficier des avantages liés à l'adoption de ces pratiques.

En se concentrant sur un paquet d'actions essentielles en nutrition, les programmes de santé peuvent réduire la mortalité chez les nourrissons et les enfants, améliorer la croissance et le développement physique et mental, et aussi accroître la productivité. Ces actions essentielles permettent de préserver, promouvoir et soutenir les résultats prioritaires suivants :

- Un allaitement maternel exclusif pendant au moins quatre mois et si possible pendant six mois,

- Une alimentation complémentaire appropriée à partir de l'âge de six mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans,
- Une prise en charge nutritionnelle appropriée pour les enfants malades et malnutris,
- Une consommation adéquate de vitamine A pour les femmes et les enfants,
- Une consommation adéquate de fer pour les femmes et les enfants, et
- Une consommation adéquate d'iode pour tous les membres de la famille.

Les interventions qui composent ce « paquet essentiel en nutrition » sont relativement peu coûteuses et ont fait leurs preuves au cours de différentes situations. Ces interventions doivent être introduites dans les services de santé maternelle et infantile au niveau de la communauté et dans les services de santé. Les soins de santé primaires doivent être couplés avec les interventions nutritionnelles à tous les niveaux.

Le tableau 1 résume les principales actions nutritionnelles pour les programmes de santé au niveau des districts. Pour avoir un impact durable, les actions nutritionnelles doivent être menées conjointement aux autres interventions qui sont en relation avec les causes fondamentales de la malnutrition. Par exemple, il est nécessaire de mener, en dehors du secteur de la santé, d'autres actions visant à réduire la pauvreté, relever le statut social des femmes, assurer la sécurité alimentaire et développer l'éducation.

Les chapitres 2–8 du présent guide fournissent aux responsables de la santé des informations détaillées et des outils pour intégrer le paquet d'actions essentielles en nutrition aux programmes de santé actuellement mis en œuvre.

- Le chapitre 2 explique la justification des six groupes d'interventions prioritaires en nutrition. Les personnes qui savent déjà « pourquoi » ces interventions nutritionnelles sont importantes peuvent aller directement au chapitre 3.
- Le chapitre 3 passe en revue les étapes à suivre pour planifier les actions de nutrition dans les programmes de santé des districts et donne des outils qui peuvent être utilisés pour développer leur stratégie.

- Le chapitre 4 donne des guides techniques sur la façon dont les interventions nutritionnelles devraient être mises en œuvre comme une partie intégrante des services de santé.
- Le chapitre 5 décrit les différentes options pour le développement de partenariats communautaires pour soutenir les actions essentielles en nutrition.
- Le chapitre 6 passe en revue les étapes à suivre pour la conception d'activités de communication pour renforcer les volets nutritionnels des programmes de santé intégrés.
- Le chapitre 7 décrit les activités d'appui et les outils nécessaires à la conduite des activités de nutrition tels que approvisionnement en produits nécessaires, formation, supervision, suivi, et évaluation.
- Le chapitre 8 présente les recommandations internationales et les protocoles actuels relatifs aux interventions nutritionnelles prioritaires.

Bien que ce guide soit consacré au thème de la nutrition, il a aussi pour but de favoriser l'intégration des programmes de nutrition dans les autres activités de santé. Au fil des chapitres, différents exemples sont présentés pour montrer comment les activités de nutrition ont été intégrées dans les programmes de santé.



Interventions prioritaires en nutrition

POINTS CLÉS

L'expérience acquise au cours ces deux dernières décennies, montre que les interventions nutritionnelles qui sont les plus rentables, les plus applicables à grande échelle et les plus réalisables sont celles qui permettent de préserver, de promouvoir et de soutenir des actions prioritaires des six résultats ci-après :

▶ **Allaitement maternel exclusif.** La meilleure source d'énergie et d'éléments nutritifs pour les nourrissons est constituée par l'allaitement maternel exclusif ; l'allaitement maternel exclusif décroît les décès dus aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës (IRA), et a plusieurs autres effets bénéfiques pour la mère et l'enfant.

▶ **Alimentation complémentaire appropriée couplée à la conduite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans.** En association avec les soins de santé primaires, ces pratiques alimentaires peuvent prévenir ou réduire les taux élevés de malnutrition et des maladies des enfants de 6 à 24 mois.

▶ **Soins nutritionnels appropriés pour les enfants malades et malnutris.** Les enfants malades ou malnutris sont plus susceptibles de présenter un risque élevé de complications, de décès et d'infirmités si l'on néglige leurs soins nutritionnels.

▶ **Consommation appropriée de vitamine A.** La vitamine A apporte une protection immunitaire, empêche la cécité et réduit le risque de mortalité infantile due aux maladies infantiles.

▶ **Consommation appropriée de fer.** Le fer constitue un apport essentiel pour le développement mental et les capacités physiques des personnes.

▶ **Consommation appropriée d'iode.** La carence en iode reste, à l'échelle mondiale, la cause la plus importante des dommages causés au niveau du cerveau et, elle est aussi la cause de décès néonataux, de mort-nés et de fausses couches.

Chapitre 2

Interventions prioritaires en nutrition

Les causes et les solutions des problèmes nutritionnels sont multisectorielles (cf. figure 2 du chapitre 1), tout comme le sont les avantages d'une alimentation améliorée. Il est donc peu surprenant que beaucoup d'interventions visant à réduire la malnutrition aient été développées et mises en œuvre dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation, certaines avec plus de succès que les autres.¹

Toutefois, il est de plus en plus clair, qu'un petit nombre d'actions et de pratiques nutritionnelles visant à traiter les causes immédiates de la malnutrition chez les femmes et les jeunes enfants ont un impact mesurable sur le statut de la santé et de l'alimentation. C'est au cours des deux premières années de la vie de l'enfant que le retard de croissance de l'enfant se produit. En effet, même dans les régions les plus pauvres, la croissance est en moyenne normale après l'âge de deux ans. Par conséquent la réduction de la malnutrition infantile dépend des actions entreprises pendant la grossesse au niveau des femmes enceintes et après l'accouchement au niveau des enfants durant leurs deux premières années. Les différentes interventions visant à préserver, promouvoir et soutenir les résultats des thèmes prioritaires énumérés ci-après sont peu coûteuses, applicables dans un grand nombre de pays et de régions et peuvent être intégrées dans les services de santé existant. Ces interventions permettent de promouvoir la croissance, et de réduire la gravité des maladies ainsi que les infirmités. Elles forment ensemble un paquet d'actions essentielles en nutrition pour les résultats prioritaires ci-après :

- L'allaitement maternel exclusif pendant six mois ;
- Une alimentation complémentaire appropriée et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ;
- Une prise en charge nutritionnelle appropriée pour les enfants malades et malnutris ;
- Une consommation appropriée de vitamine A ;
- Une consommation appropriée de fer ; et
- Une consommation adéquate d'iode.

¹ Pour se référer aux interventions nutritionnelles et les leçons apprises consulter : (a) ACC/SCN 1996, Comment la nutrition améliore ; (b) ACC/SCN 1991, Gestion réussie des programmes nutritionnels ; (c) Pinstrup-Andersen et al. eds 1993, Croissance et nutrition des enfants dans les pays en développement : priorités pour l'action ; (d) Levin et al. 1993, Désordres dus aux carences en micronutriments dans les priorités de suivi de la maladie dans les pays en développement; (e) Pearson 1993, Evaluation thématique l'UNICEF pour soutenir le suivi de la croissance, UNICEF ; (f) OMS 1998, Liens critiques—Interventions pour la croissance physique et le développement des capacités psychologiques; et (g) UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde.

Ce chapitre décrit les différentes activités visant à appuyer ces actions essentielles en nutrition, pourquoi ces dernières sont importantes, comment se développent les problèmes nutritionnels, qui sont les personnes exposées à ces problèmes et quelles sont les mesures nécessaires à prendre.

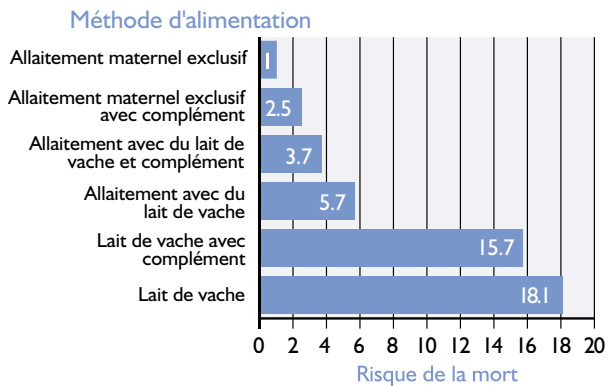
Allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif (AME) signifie allaiter le nourrisson uniquement au sein maternel — et sans aucun apport d'autres éléments liquides ni solides, si ce n'est des vitamines ou des minéraux et des médicaments sous forme de gouttes. L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein durant au moins les quatre premiers et si possible les six premiers mois de leur vie.

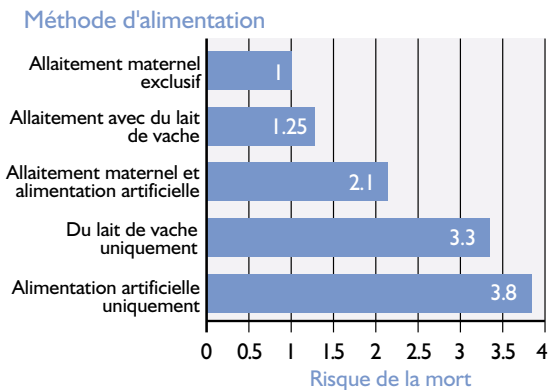
FIGURE 4. L'allaitement réduit la mortalité

Comparé aux nourrissons exclusivement allaités au sein, les nourrissons qui reçoivent du lait maternel plus d'autres liquides ou aliments, y compris les substituts du lait maternel ou bien ne reçoivent pas du tout de lait maternel, sont plusieurs fois à risque de mourir de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës. (IRA).

A. Dû à la diarrhée



B. Dû à des infections respiratoires aiguës



L'allaitement au sein est une source sûre et hygiénique d'alimentation, suffisante d'énergie, d'éléments nutritifs et de liquides. Le lait maternel contient des substances qui luttent contre les maladies et des vitamines qui permettent de préserver l'immunité naturelle du corps. Les autres produits pour l'alimentation des nourrissons augmentent de manière significative les décès dus aux maladies diarrhéiques et aux maladies respiratoires (cf. figure 4). Aucun autre aliment ne peut assurer au nourrisson, un substitut nourrissant, sans bactéries, sans allergènes, avec des anticorps et aussi digérable que le lait maternel, ceci même dans les pays développés. En climat chaud, l'allaitement maternel exclusif fournit tout le liquide dont a besoin le nourrisson pour se désaltérer et éviter la déshydratation. D'autres liquides supplémentaires ne sont pas nécessaires.

Outre le fait que l'allaitement au sein doit constituer la seule source d'aliment ou de liquide au cours des premiers mois, il doit aussi être donné de façon à garantir au nourrisson une consommation suffisante de lait pour satisfaire ses besoins en énergie. Ceci revient à dire qu'il faut pratiquer l'allaitement maternel exclusif et sans restriction, jour et nuit aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson le réclame. Ceci inclut que même en cas d'absence de sa mère, le nourrisson doit être alimenté avec le lait maternel qu'elle aura recueilli dans une tasse.

L'allaitement maternel qui débute aussitôt après l'accouchement, permet la production de lait par la mère, la contraction de l'utérus, la réduction de saignement chez la mère, protège le nouveau-né contre l'hypothermie, apporte du colostrum ou le premier lait riche en substances qui immunisent le nouveau-né contre des infections et en éléments nutritifs. L'allaitement maternel apporte à la mère et au nourrisson des stimulations psychosociales importantes. Pour réaliser avec succès l'allaitement maternel, il est important d'éviter la séparation de la mère et du nouveau-né (cela s'appelle aussi « cohabitation de la mère et du nouveau-né ») et de ne pas donner de supplément de lait en poudre ni de l'eau sucrée. Donner au nouveau-né ou au nourrisson des liquides ou des aliments complémentaires est susceptible de réduire sa consommation en lait maternel et de provoquer des problèmes de santé.

L'allaitement maternel est important pour le contrôle des cas de diarrhées et constitue l'une des interventions la plus économique. Il est en effet moins coûteux de prévenir les maladies diarrhéiques en assurant la promotion de l'allaitement maternel que par toute autre intervention. Les enfants allaités au sein qui ont de la diarrhée guérissent plus vite que les

enfants qui ne sont pas nourris au sein et ils sont moins sujets à des risques de complications telle que déshydratation.

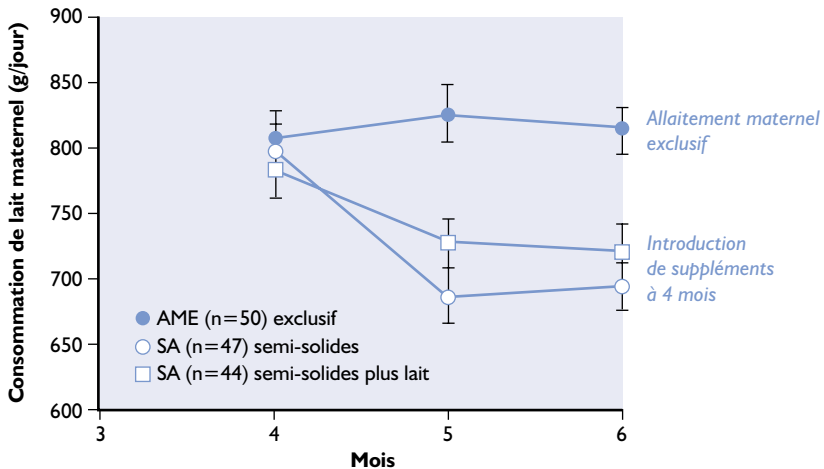
L'allaitement maternel a aussi des effets bénéfiques pour la mère. En effet l'allaitement maternel fréquent et sans supplémentation pendant environ six mois, contribue à protéger la mère d'une nouvelle grossesse en arrêtant sa fertilité. Pratiqué de manière adéquate, l'allaitement maternel permet aux femmes de contrôler leur fertilité et constitue une méthode hautement efficace de planification familiale.

Lorsque d'autres aliments liquides, du lait en poudre ou de l'alimentation pour nourrisson sont introduits, cela réduit la quantité de lait maternel consommée par le nourrisson (cf. figure 5). Et même si les familles disposent de revenus suffisants pour acheter et préparer correctement les laits en poudre pour nourrisson, ces laits artificiels ne peuvent totalement remplacer les effets bénéfiques du lait maternel.

FIGURE 5.

Réduction de la consommation de lait maternel due à une introduction précoce d'autres aliments

Le lait maternel apporte des éléments nutritifs de haute qualité et de l'énergie tout au long de la première moitié de l'enfance, mais l'introduction d'autres liquides ou d'aliments semi-solides dans l'alimentation du nourrisson réduit sa consommation de lait maternel.



Problèmes liés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Dans de nombreuses régions du monde, les problèmes liés à l'allaitement maternel commencent souvent à l'accouchement. Le manque d'organisation dans les centres de santé ainsi que certaines croyances inappropriées des agents de santé et des membres de la famille empêchent les mères d'allaiter correctement aussitôt après l'accouchement. Même lorsque les mères en comprennent les avantages et qu'elles s'y consacrent, les femmes rencontrent certaines difficultés pour allaiter efficacement, généralement parce qu'elles en savent peu sur le fonctionnement de l'allaitement maternel et parce que leur proche ne savent comment les encourager à allaiter.

La plupart des agents de santé ne sont pas formés sur des thèmes spécifiques, les domaines tels que conseils en matière d'allaitement maternel. Les attitudes des mères, des pères, des autres membres de la famille, des agents de santé et des guérisseurs traditionnels peuvent aussi influencer le choix et la durée de l'allaitement maternel.

Les femmes dès le début peuvent choisir de ne pas allaiter au sein ou de ne pas continuer à allaiter pour des raisons tels que : le fait de croire « qu'elles n'ont pas suffisamment de lait » ou qu' il est nécessaire d'introduire des éléments supplémentaires à l'allaitement maternel, parce qu'elles doivent travailler. Ces difficultés peuvent être surmontées.

Insuffisance de lait

Les mères associent fréquemment « les pleurs du bébé » avec le fait que le lait n'a pas été suffisant d'où la décision de compléter le lait maternel avec d'autres éléments liquides ou solides ou encore de donner de l'eau au bébé parce qu'elles estiment qu'il a soif. Ces réactions indiquent qu'elles n'apprennent pas la manière dont la consommation du lait maternel est régulée et que l'enfant n'a pas besoin d'eau supplémentaire.

Les besoins nutritionnels du nourrisson, à diverses étapes de sa croissance, sont susceptibles d'être momentanément supérieurs à sa consommation de lait maternel. Mais ce déficit temporaire se résout de lui-même si les nourrissons sont allaités à la demande. Mais s'ils n'allaitent pas fréquemment au sein (sans doute du fait qu'ils consomment d'autres aliments) il y aura réduction de la consommation de lait maternel. Plus les mères allaitent, plus la consommation de lait est accrue, même si cela prend quelques jours avant que la mère s'en aperçoive. Toutes les mères doivent apprendre à exprimer manuellement leur lait dans les cas où le nourrisson ne peut pas téter suff-

isamment, dans l'incapacité de multiplier les tétées ou de téter complètement. Ceci empêchera une réduction de la consommation de lait du nourrisson.

Pour savoir si la consommation de lait du nourrisson est adéquate, le meilleur indicateur consiste à observer si le nourrisson urine six fois en 24 heures, si la couleur de l'urine est légère et ne présente pas une forte odeur et si le nourrisson semble satisfait après chaque tétée. La prise de poids est également un autre indicateur fiable de la consommation adéquate de lait maternel par le nourrisson.

Le travail des mères et l'allaitement maternel

Les mères ont tendance à introduire trop prématurément des éléments liquides ou solides, parce qu'elles doivent se rendre au travail — un environnement professionnel formel ou lors des moissons et des semences. Mais des études récentes montrent qu'après l'accouchement, les femmes qui travaillent dans un environnement formel ne sont pas généralement séparées de leur nourrissons pour de longues périodes. En cas d'absence, les mères doivent apprendre à exprimer manuellement leur lait qui sera utilisé pendant ces périodes n'excédent pas quelques heures; l'allaitement maternel pourra être ainsi maintenu et continuera à assurer une protection vitale au nourrisson au cours des premiers mois, les plus cruciaux, de son existence. L'emploi de biberons est à proscrire pour nourrir les nourrissons parce qu'ils peuvent introduire des bactéries dangereuses et interférer avec la conduite adéquate de l'allaitement maternel.

Qui est à risque ?

Tous les enfants qui ne sont pas nourris au sein ou qui sont allaités de manière inadéquate sont à risque. Les risques pour la santé dus à l'absence d'allaitement maternel exclusif, sont plus élevés au cours des premiers mois de la vie du nourrisson et au sein des communautés ayant des niveaux élevés de diarrhées, un environnement insalubre, un approvisionnement en eau et une hygiène inadéquate. Toutefois dans tous les contextes y compris les plus favorables, les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein sont susceptibles de développer des problèmes tout au long de leur vie tels que maladies chroniques, allergies et retards de croissance.

Étapes à suivre

L'allaitement maternel, à la différence de beaucoup d'autres interventions de santé et nutritionnelles, n'est pas un comportement connu, ni un

▶ *Étapes à suivre par les responsables de la santé*

Allaitement maternel exclusif

- ▶ Adopter des politiques pour appuyer l'IHAB et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Soutenir les maternités du district pour leur permettre de suivre les Dix conditions de l'initiative des hôpitaux amis des bébés (cf. chapitre 8).
- ▶ Former en une semaine, le personnel de santé à l'aide du module de l'OMS/UNICEF sur les conseils en matière d'allaitement maternel. Le module de l'OMS/Wellstart intitulé « Promouvoir l'allaitement maternel dans les Centres de Santé : une formation courte pour les administrateurs et les décideurs » est également disponible.
- ▶ Mettre en place un système qui permette d'être en contact avec toutes les femmes pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant la période post-partum. Renforcer les capacités en matière d'allaitement maternel des groupements communautaires — groupes féminins de soutien à l'allaitement maternel, praticiens traditionnels y compris les accoucheuses. Assister le personnel de santé et les agents ou volontaires communautaires à donner des conseils à toutes les femmes au moins une fois au cours de leur grossesse, une fois après l'accouchement et au moins une fois pendant la première et la deuxième semaine post-partum.
- ▶ Concevoir et mettre en place des activités de communication à grande échelle afin d'appuyer les communautés à assister les mères à allaiter exclusivement au sein pendant la première moitié de l'enfance.
- ▶ Mettre en place un système de suivi de l'initiation précoce de l'allaitement maternel, de l'allaitement maternel exclusif et de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans. Suivre et améliorer la qualité et la couverture du soutien aux femmes qui allaitent dans les structures de santé, au niveau communautaire et à travers les systèmes de communication.
- ▶ Dans les régions où le VIH/SIDA est présent, fournir un guide spécifique pour les mères séropositives. Le chapitre 8 contient les directives internationales actuelles sur l'allaitement maternel et le VIH/SIDA.
- ▶ Inclure la Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA), basée sur l'allaitement maternel, dans toutes les activités de planification familiale. Voir le chapitre 8 pour les directives.

nouveau produit ni un nouveau changement de concept. Ce qui est nouveau, c'est l'importance de ne donner aucun autre complément liquide ou solide pendant les six premiers mois du nourrisson en lui donnant uniquement le lait maternel ainsi que l'allaiter de manière adéquate pour répondre aux besoins énergétiques du nourrisson. Ceci suppose d'impliquer de nouvelles pratiques : mettre le bébé au sein aussitôt après l'accouchement ; ne pas utiliser de liquides, thés ni de tétines ; accorder une attention toute particulière à la fréquence des tétées (ou réduire les intervalles entre les allaitements) ; donner le lait aussi fréquemment et aussi longtemps que le bébé le demande et dans la plupart des cas retarder l'introduction d'autres éléments liquides ou solides.

Les mères ainsi que leur entourage peuvent considérer ces pratiques gênantes ou non adaptées à leurs désirs, le rôle des agents de santé est donc de s'efforcer de leur expliquer que ces perceptions ne sont pas toujours correctes.

Les femmes doivent apprendre à résoudre certaines difficultés spécifiques à la bonne pratique de l'allaitement maternel ; en outre, elles doivent veiller à leurs propres réserves nutritionnelles par une alimentation adéquate et de suppléments.

Une préparation réussie à l'allaitement maternel exclusif doit débuter pendant la grossesse ; les agents de santé doivent s'assurer que les membres de la famille et les mères sont prêts pour un allaitement maternel exclusif et sans restriction, et ceci immédiatement après l'accouchement ; ils doivent aussi veiller à ce que des dispositions soient mises en place pour que les mères et les nouveau-nés restent toujours ensemble au cours des premiers mois. Les conseils et les informations lors des séances prénatales devront porter sur l'amélioration de l'alimentation de la mère et la réduction de sa charge de travail pendant le dernier trimestre de sa grossesse. Les femmes enceintes et les femmes qui allaitent doivent veiller à leurs réserves nutritionnelles car ceci est capital pour la croissance du fœtus, pour l'allaitement et pour le propre bien-être des mères et des activités qu'elles doivent mener.

On trouve dans les programmes de formation de « L'Initiative des hôpitaux amis des bébés » (IHAB) ainsi que dans le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel des directives détaillées visant à promouvoir l'allaitement maternel à travers les services de santé. Le chapitre 8 contient des informations concernant ces deux initiatives. Le personnel de santé doit être encouragé à mettre en œuvre les principes de ces deux initiatives.

Alimentation complémentaire appropriée combinée à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans

La prévalence de la malnutrition — malnutrition Statur pondérale (croissance inadéquate, déficit pondéral, retard de croissance et émaciation) et carences en micronutriments — augmente rapidement pendant l'enfance, il en est de même de la fréquence des maladies. Une alimentation appropriée peut empêcher ou réduire les effets de ces conditions dangereuses. Une alimentation appropriée consiste à donner à la tranche d'âge d'enfants entre 6 et 24 mois assez d'énergie et d'éléments nutritifs en combinant l'allaitement maternel avec une alimentation complémentaire, préparée et donnée aux enfants dans de bonne condition d'hygiène, et particulièrement à veiller à l'alimentation des enfants pendant et après les maladies. Un résumé des connaissances scientifiques et des leçons apprises sur les problèmes en matière d'alimentation complémentaire a été récemment publié par l'OMS (1998).

Problèmes d'alimentation les plus courants

L'alimentation des enfants des tranches d'âge de 6 à 24 mois peut demander des efforts particuliers des responsables d'enfant et des familles ; pour s'assurer que les enfants consomment une nourriture préparée de manière hygiénique et contenant l'énergie et les éléments nutritifs adéquats. Ces efforts consistent à instaurer un changement progressif dans l'alimentation : de passer de l'allaitement maternel exclusif à une alimentation mixte complémentaire à l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois et éventuellement passer au régime familial sans allaitement maternel. Mais très souvent, après avoir introduit d'autres aliments, il y a peu d'attention à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans.

Les familles et les personnes qui conseillent les responsables d'enfants ne sont pas toujours sensibilisés aux principes fondamentaux suivants **FQDU** :

- **F**réquence adéquate de l'alimentation
- **Q**uantités suffisantes à chaque repas

- Utilisation des aliments pour accroître la **Densité** nutritionnelle des repas, et
- Veiller à l'**Utilisation** de la nourriture après qu'elle soit mangée, en réduisant par exemple les infections provenant de la nourriture contaminée.

Pour réussir à bien nourrir un jeune enfant, il est important que les familles veillent à ce que la fréquence de l'alimentation soit adéquate et qu'elles privilégient des aliments d'excellente qualité à donner à l'enfant. Le tableau 2 contient une présentation de la quantité et de la variété d'aliments nécessaires à donner. Les nourrissons et les jeunes enfants ont un petit estomac et n'ont pas la capacité de manger au même rythme qu'un adulte ; il leur faut par conséquent de petits repas fréquents. Il faut ainsi veiller à ce qu'à chaque repas des quantités suffisantes soient consommées. Comme le repas familial est généralement trop lourd avec une faible densité d'éléments nutritifs, il faut donc y ajouter des ingrédients riches en nutriments tels que légumes, haricots secs et lentilles, protéines animales (même en petites quantités de viande, de poisson, d'œufs, de foie et de produits laitiers), fruits et légumes. Ces aliments sont souvent disponibles mais ne sont donnés aux enfants ni de façon régulière ni d'une manière nutritionnelle adéquate. De plus, la préparation des aliments ainsi que l'alimentation doivent être hygiéniques afin d'empêcher la propagation de bactéries par les mains et ustensiles sales par exemple.

Dès l'âge de six mois, parce que les enfants deviennent plus actifs et sont exposés aux microbes de leur environnement, il peut y avoir une baisse de leur appétit qui rend leur alimentation encore plus difficile, ou bien ils peuvent être distraits par d'autres activités. Il est important que les responsables d'enfants identifient ces comportements et qu'ils prennent des mesures adéquates pour encourager l'enfant à manger. Demeurer sans manger ou manger peu pendant quelques jours, est susceptible de provoquer des troubles nutritionnels et de santé. Une évaluation minutieuse de la cause du manque d'appétit ou du faible appétit par une mère vigilante ou par l'agent de santé peut révéler une infection latente qui doit être traitée le plus rapidement possible.

Qui est à risque ?

Les enfants de la tranche d'âge de 6-24 mois sont le plus à risque du fait de leur alimentation complémentaire pauvre. Les maladies diarrhéiques ainsi

TABLEAU 2.
Il est important de veiller à la fréquence et à la variété de l'alimentation selon l'âge de l'enfant

ÂGE (MOIS)	BESOINS ÉNERGÉTIQUES JOURNALIERS		FREQUENCE DE L'ALIMENTATION		SOURCES ALIMENTAIRES
	Total par jour	A partir de l'allaitement maternel	Nombre d'aliments complémentaires par jour et selon leur présentation	Nombre de tétées par jour et nuit	Vitamine A ; Fer et autres micronutriments
6-8	685	410	2-3 fois. Donner des céréales et des légumes/haricots en purée ou semi-écrasés avec du lait maternel ; ajouter des arachides écrasées, des petits morceaux même hachées de nourriture d'origine animal (œufs, viande, foie, fromage) et des fruits/légumes.	A la demande de l'enfant ; à 6 mois, réduire progressivement à partir de 8 tétées par jour/nuit.	Les enfants ont besoins des micronutriments contenus dans les aliments et les suppléments afin de parfaire à leurs besoins. Par exemple : Vitamine A : Utiliser des aliments enrichis en vitamine A (sucre, farine de céréales, huile) foie, œufs, produits laitiers, fruits et légumes orange/jaune. Lorsque ces aliments ne sont pas disponibles ou sont trop chers ou que la prévalence des maladies infantiles est élevée, donner des suppléments sous forme orale tous les 6 mois. Se référer aux doses et directives présentées dans le chapitre 8. Fer : Utiliser des aliments enrichis en fer (farine de céréales, pas les farines infantiles), viande, poisson et fruits et légumes riches en Vitamine C. Parce-que les enfants ont un régime alimentaire pauvre en fer, il est important de donner des suppléments en fer à tous les enfants à partir de 6 mois et à partir de 2 mois à tous les enfants présentant une insuffisance de poids à la naissance. Remarque : Les mères doivent aussi prendre des aliments enrichis et utiliser du sel iodé pour toute la famille où les risques de carences en micronutriments existent.
9-11	830	380	3-4 fois. Sous la même forme que précédemment, introduire également des « aliments à consommer à la main » ou des goûters ou des aliments frits, augmenter la nourriture d'origine animale, les fruits/légumes	A la demande de l'enfant	
12-23	1090	340	4-5 fois. Sous la même forme que précédemment. Après environ 12 mois, passer progressivement, des aliments hachés ou écrasés à l'alimentation de l'adulte.	A la demande de l'enfant, progressivement au moins une fois par jour/nuit dès 23 mois.	

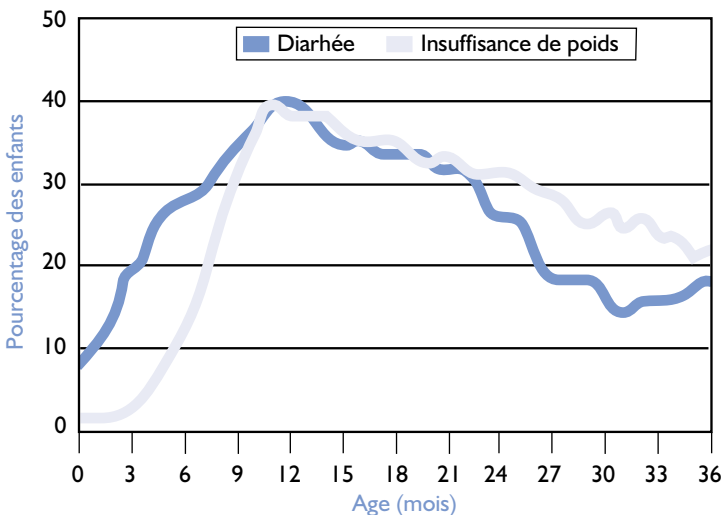
que la proportion d'insuffisance de poids sont singulièrement élevées chez les enfants de ce groupe d'âge (cf. figure 6). Les enfants malades ou qui sont en convalescence suite à une diarrhée, rougeole, fièvre et infections respiratoires aiguës sont ceux particulièrement susceptibles de ne pas bénéficier d'une alimentation adéquate. C'est notamment pendant les périodes où les mères ont un calendrier de travail chargé, à l'extérieur ou à l'intérieur du foyer, que l'alimentation complémentaire et les autres pratiques en matière de soin font souvent défaut.

Dans certaines communautés, les fillettes subissent une discrimination alimentaire et reçoivent une proportion de nourriture inférieure et des soins inappropriés même si la famille dispose de ressources adéquates. La santé et la nutrition des enfants tendent à être meilleure dans les familles où les mères ont été scolarisées pendant trois ans ou plus et où elles contrôlent certaines ressources familiales — dans ces familles on consacre les ressources disponibles pour s'occuper des enfants y compris pour une alimentation et des pratiques en matière de soins meilleures.

FIGURE 6.

Tendances concernant l'insuffisance de poids et la diarrhée chez les enfants de 0 à 35 mois en Ouganda

Une enquête nationale menée en Ouganda, montre que la prévalence de la diarrhée et l'insuffisance de poids ont augmenté de manière dramatique durant l'enfance. La plupart des troubles nutritionnels qui en résultent apparaissent dès le 12^{ème} mois cette tendance est commune dans beaucoup de pays en développement.



Étapes à suivre

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour améliorer le régime des enfants : dispenser aux mères et aux responsables d'enfants des conseils en faveur d'une alimentation variée (cf. Tableau 2) combinée à l'allaitement maternel jusqu'au moins deux ans, prendre particulièrement en compte les besoins et les intérêts des enfants aussi bien lorsqu'ils sont bien portants que pendant/après la maladie, enseigner et faire acquérir aux mères certaines connaissances/stratégies telle l'alimentation active pour encourager les enfants à manger suffisamment des quantités de différents types d'aliments nécessaires. Il est important, dans cette tranche d'âge, de veiller à maintenir la poursuite de l'allaitement maternel au sein jusqu'à l'âge de deux ans au moins. Tous les messages et les conseils en matière d'alimentation complémentaire devront aller dans ce sens et inclure des mesures qui permettent aux mères qui travaillent à l'extérieur de leur foyer de poursuivre l'allaitement maternel.

Donner des conseils en matière de nutrition représente une composante nécessaire dans tous les programmes. Des fois il faut mettre en place une composante communication, si le programme est de grande envergure et s'il vise à établir une nouvelle norme sociale ayant trait à la pratique alimentaire. Dans certains programmes, l'utilisation du suivi de la croissance et de la distribution alimentaire peuvent s'avérer utiles.

La période de 6 à 24 mois, pour beaucoup d'enfants et de familles, représente un enjeu nutritionnel ; s'attaquer à certaines des causes sous-jacentes et fondamentales présentées dans le chapitre 1 pour prévenir le retard de croissance et les carences en micronutriments est donc nécessaire. Les responsables de santé peuvent prendre plusieurs actions possibles — le document de l'UNICEF *Care Initiative* « Initiative en matière de soins » (1997) fournit des directives pour évaluer et suivre les soins en matière de nutrition. Le chapitre 8 contient la monographie de l'OMS sur l'alimentation complémentaire des jeunes enfants des pays en développement qui résume les leçons apprises des programmes sur l'alimentation complémentaire.

Conseils et « alimentation active »

Les conseils en vue d'améliorer l'alimentation de l'enfant consiste à renforcer et à encourager les bonnes pratiques, à évaluer les problèmes alimentaires, à discuter des différentes solutions possibles et à motiver les mères ou les responsables d'enfants à essayer d'introduire un ou deux changements dans la manière de nourrir leurs enfants. L'utilisation des

méthodes de recherche qualitative pour élaborer des directives réalistes et spécifiquement locales est importante ; ces méthodes sont expliquées dans (Concevoir par le dialogue) de Dickin, Griffiths et Piwoz (1997). Le programme PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), contient une adaptation des recommandations à suivre de l'OMS/UNICEF pour développer des directives locales en matière de conseils nutritionnels à partir desquelles beaucoup de pays ont développé des supports pour assister les agents de santé. Souvent, il y a suffisamment d'aliments à la maison pour satisfaire les besoins des enfants, et les agents de santé devront concentrer leurs efforts à motiver les mères à utiliser ces aliments. Cependant dans certains cas, il est nécessaire de donner aux enfants d'autres aliments ou d'augmenter les ressources alimentaires du foyer.

S'il est important de connaître les types et les quantités de nourriture à donner, il est aussi importante de connaître la manière de nourrir l'enfant. S'intéresser aux désirs des enfants et les aider à obtenir la nourriture dont ils ont envie est primordial. L'alimentation active est une stratégie que les mères ont trouvé utile. Elle est utilisée dans les cas de manque d'appétit mais aussi lorsque les jeunes enfants ne sont pas encore capables de se nourrir eux-mêmes. L'alimentation active peut aussi permettre de développer les capacités sociales et psychomotrices de l'enfant.



Les agents de santé et les autres personnes qui conseillent les responsables d'enfants en matière d'alimentation des enfants devront examiner les indicateurs suivant et encourager les familles à adopter les styles ou méthodes d'alimentation active afin de nourrir un enfant :

- Les responsables d'enfants ou les mères devront nourrir l'enfant en fonction de son âge et de ses aptitudes. Vérifier: Est-ce que l'enfant *peut manger avec ce qu'il a* (par exemple les doigts, la cuillère, une tasse spéciale) ? Les ustensiles ou les méthodes utilisées pour aider un enfant à manger doivent être appropriés. L'enfant ne mangera pas suffisamment si la cuillère est trop grande, si le bol n'est pas adapté, si la nourriture est trop liquide ou s'il ne peut pas attraper la nourriture.
- L'alimentation doit répondre à la demande ou à l'intérêt que l'enfant manifeste vis à vis de la nourriture. Demander: Est-ce que le gardien de l'enfant *est attentif aux signes d'intérêts* de l'enfant vis à vis de la nourriture ? Comment arrive-t-il à bien capter ou à reconnaître les signes indiquant les manifestations de la faim chez l'enfant comme les gestes, le mouvement des yeux ou les bruits. Le gardien de l'enfant ne devra pas attendre que l'enfant soit énervé ou qu'il pleure. Certains responsables d'enfants ne nourriront uniquement l'enfant qu'en fonction d'un cycle horaire ou penseront que l'enfant doit apprendre à avoir faim. Si cette attitude peut sembler appropriée pour des enfants de plus de 2 ans, elle ne peut convenir à des enfants plus jeunes qui ont besoin d'avoir une alimentation plus fréquente et donnée avec attention.
- Les responsables d'enfants et les mères devront *encourager l'enfant à manger davantage* après chaque repas même s'il/elle n'a plus envie de manger, en le prenant dans leurs bras, en souriant et en jouant avec lui et en lui donnant des récompenses s'il mange davantage. Mais forcer l'enfant à manger (en le tenant de force ou en lui pinçant le nez pour l'obliger à ouvrir la bouche et en versant ou en introduisant de force la nourriture dans sa bouche) est absolument dangereux et à bannir.

Surveillance et promotion de la croissance

La promotion de la croissance consiste à motiver les responsables d'enfants, les familles, les membres de la communauté et les agents de santé à avoir des comportements qui contribuent à une croissance adéquate (en taille et en poids) des jeunes enfants. On peut citer un nombre de ces comportements : une nutrition appropriée des mères avant la conception et

pendant la grossesse afin d'assurer une bonne croissance du nourrisson ; l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire ; des soins de santé préventifs tels que vaccination et déparasitage ; suppléments en micronutriments ; attention appropriée et opportune aux maladies ; et autres. La surveillance de la croissance consiste à mesurer régulièrement le poids et/ou la taille de chaque enfant (par exemple mensuellement) pour voir si sa croissance progresse normalement. C'est une bonne pratique de surveiller la croissance de l'enfant afin de détecter précocement des problèmes de santé sous-jacents avant qu'ils ne s'aggravent, et de renforcer les bonnes pratiques en matière de soin.

En général, les programmes de surveillance/promotion de la croissance qui nécessitent des séances de pesée fréquentes et fiables pour tous les enfants, une interprétation correcte des mesures, et une action de suivi ont pu difficilement être maintenues à grande échelle, au sein des programmes de santé des pays en développement. Les séances de conseils et les suivis ont été particulièrement négligés.

Il est recommandé aux agents de santé de se servir des guides de la PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), relatifs à l'alimentation, comme les critères pour évaluer si l'alimentation est appropriée et pour proposer aux mères d'initier des changements sur la manière de nourrir leurs enfants. Il est possible de prévenir le retard de croissance avant qu'il ne s'instaure en gérant le plus tôt possible des problèmes d'alimentation. Le chapitre 8 contient des informations détaillées des guides de la PCIME sur les conseils à donner aux mères, et comment les agents de santé peuvent évaluer et conseiller sur les pratiques alimentaires.

Toutefois, les activités relatives à la surveillance de la croissance peuvent être utiles pour cibler des ressources, intensifier la participation, mobiliser les communautés et faire le suivi des progrès concernant la réduction de la malnutrition. Les responsables de santé ne doivent pas négliger les séances de conseils et de suivi dans les activités de surveillance de la croissance. Les actions visant à surveiller et à promouvoir la croissance doivent se concentrer sur le jeune enfant de 0 à 2 ans et de préférence débiter avec le contrôle des pratiques nutritionnelles chez les femmes enceintes. Les activités de surveillance de la croissance doivent aller de pair avec les vaccinations, une détection précoce des infections, des signes de risque chez les femmes enceintes, la supplémentation en micronutriments et si besoin la prophylaxie du paludisme et le déparasitage.

Lorsque les agents de santé détectent chez un enfant un retard de croissance, ils doivent effectuer des visites de suivi à domicile et rechercher les

causes sous-jacentes telles que pratiques inappropriées en matière de soins maternels et infantiles. Lorsque les troubles de la croissance persistent chez un enfant, il faut procéder à une évaluation minutieuse des causes. A cet égard, le rapport de l'UNICEF *Care Initiative* (1997) contient des lignes directrices qui permettent d'évaluer et d'expliquer les soins maternels, l'allaitement maternel, les pratiques nutritionnelles, le soin psychosocial, la préparation de la nourriture, les pratiques d'hygiène et les pratiques en matières de soins de santé à domicile. Si les ressources familiales sont insuffisantes, les agents de santé devront envisager d'inscrire l'enfant dans un programme de supplémentation (voir le paragraphe suivant), le référer à une structure de soins spécialisés, à une agence d'assistance sociale ou lui prodiguer un soin médical spécifique. Les cas de malnutrition sévère (enfants ayant des œdèmes aux pieds, déficit pondéral sévère ou une importante insuffisance de poids par rapport à l'âge) doivent immédiatement être hospitalisés pour leur prise en charge selon les recommandations de l'OMS (1999).

A part les actions prises individuellement pour des enfants qui ont des problèmes de croissance, les agents de santé devront utiliser les informations recueillies lors de la pesée des enfants pour cibler les programmes de supplémentation ou afin de suivre les changements nutritionnels de la communauté.

Il est possible de recueillir des informations sur un échantillonnage représentatif d'enfants d'une communauté tous les 3–4 mois ou annuellement. Les informations collectées à partir de la pesée des enfants ont été utilisées avec succès pour informer les dirigeants communautaires sur les tendances nutritionnelles et ont servi à aider les décideurs et les agents communautaires à œuvrer pour la réduction du nombre d'enfants malnutris. Pour les directives et les expériences de mise en œuvre positives de programmes sur la surveillance et la promotion de la croissance, consulter l'ouvrage intitulé *Promouvoir la croissance des enfants : ce qui fonctionne* par Griffiths, Dickin et Favin (Banque Mondiale 1996). Le chapitre 5 fournit plusieurs exemples de l'exécution d'activités réussies relatives à la surveillance de la croissance et à la pesée des enfants. Le chapitre 7 présente des directives supplémentaires sur les pesées des enfants comme un indicateur d'évaluation de programme. Consulter également *Information Strategy* (1998) « Stratégie d'information » de l'UNICEF (1998).

Supplémentation alimentaire aux interventions avec distribution alimentaire

Parfois, lorsque les taux de malnutrition sont particulièrement très élevés, des interventions de supplémentation ou de distribution

alimentaire sont intégrées aux programmes de santé. L'adjonction d'aliments supplémentaires, outre le fait qu'elle empêche des carences alimentaires graves, améliore la densité des éléments nutritifs et apporte les substances nutritives essentielles qu'il n'y a pas dans le régime alimentaire familial. Les responsables doivent donc prendre des mesures appropriées, ou collaborer avec d'autres entités, afin de se procurer, de stocker, de préparer, de distribuer et de comptabiliser les stocks de nourritures. Pour que l'impact dans l'amélioration de l'état nutritionnel soit positif, les responsables doivent également développer un système qui garantisse l'accessibilité des suppléments alimentaires pour ceux qui sont à risque et qu'ils constituent un complément mais ne substituent pas aux aliments préparés au foyer.

Des programmes ayant des résultats positifs comprennent des critères stricts d'inclusion et d'exclusion (par exemple ne sont inscrits que seuls les enfants malnutris ou dans des situations familiales difficiles ou avec une insuffisance de croissance persistante) ; la durée de distribution alimentaire est souvent limitée par famille et par enfant et comprend parfois un sur plus suffisant pour la mère et les autres enfants de la famille. Pour convaincre et encourager les mères à fréquenter d'autres services de santé



comme la vaccination, la surveillance de la croissance, le déparasitage et la distribution de supplément en vitamine A, des distributions de nourriture ont été également programmées mensuellement ou trimestriellement. Parfois, des distributions alimentaires journalières et supervisées sont possibles dans des garderies ou centre de consultation externe par exemple.

Il faut particulièrement veiller à instaurer une dépendance vis à vis des aliments distribués et éviter de promouvoir des suppléments alimentaires en conserve comme des substituts ou des remplacements à l'allaitement maternel. Pour un examen approfondi des expériences réalisées à partir de programmes, consulter la publication de l'OMS intitulée « Alimentation complémentaire des jeunes enfants des pays en développement » (1998).

Soins nutritionnels appropriés pour les enfants malades et malnutris

Les maladies infantiles, tels que pneumonie, diarrhées, rougeole, VIH/SIDA, paludisme et fièvres provoquent de graves problèmes nutritionnels et ont une répercussion sur le statut nutritionnel de l'enfant. Du fait d'un déficit pondéral grave, d'un faible absorption de nourriture, d'un manque d'appétit et d'une consommation insuffisante, les maladies diarrhéiques engendrent la malnutrition ; et un enfant est susceptible d'avoir des maladies diarrhéiques graves et fréquentes si on ne traite pas la malnutrition. Les maladies diarrhéiques sont causées par des mauvaises pratiques de l'alimentation du nourrisson, notamment un allaitement maternel inapproprié et un sevrage rapide avec des aliments contaminés. La malnutrition et les maladies diarrhéiques sont si étroitement associées que la diarrhée est parfois appelée une « maladie nutritionnelle ».

Beaucoup d'enfants mourront de maladies infantiles bénignes, soient deviendront infirmes ou seront atteints de malnutrition sévère, si les problèmes alimentaires ne sont pas précocement dépistés et s'ils ne reçoivent pas de suppléments nutritionnels appropriés. La malnutrition sévère est caractérisée par un œdème au niveau des deux pieds de l'enfant ou par un grave retard de croissance de l'enfant. Les protocoles de PCIME montrent que l'indicateur le plus révélateur du retard grave de croissance se manifeste par une perte de poids importante (peau relâchée, absence de graisse, côtes visibles). Si les données sur le poids et la taille sont disponibles, utiliser les indicateurs : poids/taille inférieur à 3 écart-type, (ou inférieur à 70 pour

▶ *Étapes à suivre par les responsables de la santé*

Alimentation et soins des enfants de 6 à 24 mois

- ▶ Identifier dans chaque cas, les problèmes de soins nutritionnels prioritaires qui affectent la croissance et l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois. Développer des recommandations spécifiques au contexte local.
- ▶ Développer ou identifier un système, de soutien aux agents communautaires afin qu'ils mènent des évaluations sur les habitudes alimentaires et des conseils appropriés sur les pratiques alimentaires des enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans au moins.
- ▶ Former et superviser les agents de santé à apprendre et à appuyer les responsables d'enfants et les agents communautaires (par exemple les groupements de femmes, les agents d'encadrement rural, les volontaires de santé) dans les domaines suivants :
 - Conseil sur les pratiques alimentaires appropriées à l'enfant conformément au guide de la PCIME, en incluant l'alimentation de l'enfant bien portant, pendant et après la maladie, et le maintien de l'allaitement maternel jusqu'au moins l'âge de 2 ans (détails dans le chapitre 8) ;
 - Identification des comportements qui sont des signes précoces de problèmes (par exemple, le manque d'appétit, l'immobilité ou le manque d'énergie) et introduction des pratiques spéciales telle que « l'alimentation active » pour prévenir et gérer les problèmes ;
 - Identification et référence des familles qui ont besoin d'un soutien social (par exemple les familles monoparentales) vers des programmes de suppléments alimentaires ou de soutien en matière de soins infantiles et
 - Apport de soutien et des guides sur les différentes options en matière d'alimentation du nourrisson pour les mères séropositives (consulter le chapitre 8).
- ▶ Mettre en place des activités de communications visant à renforcer la sensibilisation communautaire sur l'importance d'une alimentation complémentaire appropriée et sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'au moins l'âge de deux ans ainsi que sur les pratiques en soins de santé y afférentes.
- ▶ Contrôler la qualité et la couverture des évaluations nutritionnelles et des séances de conseils dans les structures de santé, dans les communautés ainsi que dans les activités et supports de communication.
- ▶ Travailler avec les autres secteurs comme l'agriculture, l'éducation afin d'apporter des réponses globales et multisectorielles aux problèmes liés aux causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition qui sévissent particulièrement chez les enfants de 6 à 24 mois.

cent du poids) selon les normes internationales pour un enfant de même taille. Taille/âge à 3 écart-type, (ou inférieur à 85 pour cent de la taille) inférieur selon les normes internationales d'un enfant du même âge. Pour des informations complémentaires sur les indicateurs anthropométriques, consulter le rapport de l'OMS intitulé « Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry (Technical Report 854,1995) ».

La malnutrition sévère constitue une urgence médicale et les enfants qui en sont atteints doivent être admis d'urgence dans des centres pour des soins médicaux. Entre 30 et 40 pour cent des cas se termineront par un décès si un traitement approprié n'est pas dispensé. Grâce à une prise en charge appropriée des cas de malnutrition, ces taux de décès peuvent être réduits à moins de 10 pour cent. La prise en charge des cas de malnutrition sévère inclut les traitements de la déshydratation, du déséquilibre d'électrolytes, de la supplémentation en éléments nutritifs, l'alimentation thérapeutique, du traitement des infections et de la stimulation mentale.

Les soins dans une institution spécialisée constituent une étape essentielle pour débiter le traitement et pour commencer la réhabilitation nutritionnelle d'un enfant atteint de malnutrition sévère. De préférence l'enfant doit être admis dans un hôpital notamment dans une unité spéciale de nutrition. Lorsque l'enfant a terminé la phase initiale du traitement, si des complications ne sont pas survenues, s'il mange de manière satisfaisante et s'il reprend du poids (habituellement 2 à 3 semaines après son admission), il peut être référé vers un centre de réhabilitation nutritionnelle non spécialisé ou ambulatoire. Des informations détaillées concernant la gestion de cas des enfants atteints de malnutrition sévère sont données dans le rapport de l'OMS intitulé « Prise en charge de la malnutrition sévère (1999) ».

Pourquoi les enfants malades et malnutris reçoivent des soins nutritionnels inappropriés

Lorsqu'ils sont malades, les enfants perdent l'appétit ; ils cessent de manger ou réduisent leur ration alimentaire et ils accusent alors de pertes en éléments nutritionnels. Ils peuvent ressentir des signes de faiblesse ou éprouver du mal à respirer ce qui les empêche de téter ; ils peuvent aussi éprouver de difficulté à mâcher et à avaler leur nourriture. Ces signes de maladies associés à des problèmes d'alimentation inadéquate doivent être dépistés précocement par les responsables d'enfants afin d'adopter des mesures actives tels que : traiter la maladie et faire consommer assez

d'éléments liquides et de nourriture. Mais les pratiques nutritionnelles traditionnelles, le manque de ressources et les conseils dépassés fournis par les agents de santé font que très souvent les enfants malades ou malnutris reçoivent des soins nutritionnels inappropriés plaçant ces enfants en risque élevé de mort. Par exemple, dans beaucoup de communautés, la croyance erronée veut que lorsque l'enfant a une diarrhée, on ne le nourrisse pas sous prétexte qu'il va guérir plus rapidement si on laisse « reposer l'intestin ».

Une autre erreur habituelle consiste à remplacer la nourriture en faisant inutilement absorber des éléments liquides tels que jus de fruits, soupes, thés qui n'ont que très peu ou pas de valeur nutritive du tout surtout après une longue période de déshydratation sévère.

Très souvent les enfants malades ou malnutris sont admis dans des centres médicaux ou dans les hôpitaux sans la mère. Dans ce cas, le personnel de santé ne peut ni conseiller l'allaitement maternel exclusif, ni réintroduire l'allaitement maternel exclusif. Les agents de santé donnent alors le biberon.

Les coûts et la complexité des soins médicaux, engendrés par une malnutrition sévère chez un enfant, reviennent très chers dans ce cas. Les médecins ne sont pas formés à traiter les enfants ayant une malnutrition sévère et des erreurs de prise en charge sont fréquentes.

Qui est à risque ?

Les enfants atteints du VIH/SIDA, de la tuberculose, de pneumonie, de diarrhée persistante, de paludisme et de rougeole souffrent fréquemment de malnutrition sévère. L'association de la maladie et de la malnutrition expose ces enfants à un risque élevé de décès. Les enfants convalescents ou dont le manque d'appétit persiste et les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein de manière appropriée sont exposés à de grands risques de malnutrition et de décès. Les enfants présentant des signes graves d'œdèmes au niveau des deux pieds, une pâleur extrême ou des signes indiquant au niveau des yeux des carences en Vitamine A courent un risque extrêmement grave de décès. La plupart des cas de malnutritions sévères sont associés à d'autres complications comme l'hypoglycémie, l'hypothermie et la déshydratation qui constituent une menace à la survie. Les enfants malnutris sont sujets à des infections, plus ils sont jeunes, plus le risque de décès est grand.

Les enfants présentant une malnutrition sévère sont souvent issus de familles démunies y compris de familles monoparentales, de mères adolescentes ou d'autres cas sociaux difficiles. Il est important que les

agents de santé travaillent en collaboration avec les agents sociaux, les organisations de femmes, les agences de sécurité et d'aide alimentaires et les autres catégories de personne en vue d'améliorer les conditions qui sont à l'origine de la malnutrition.

Étapes à suivre

Il est important de continuer à nourrir un enfant de manière adéquate pendant et après la maladie et à le fortifier avec des aliments énergétiques et nutritifs avec de suppléments, de complément alimentaire et par l'allaitement maternel qui reste primordial. Les études montrent que pour gérer un cas de diarrhée, il est plus dangereux de ne pas alimenter le malade que de le faire. En effet, les enfants semblent récupérer plus de poids s'il sont immédiatement nourris après leur admission que lorsque l'on leur donne seulement des éléments liquides de réhydratation non nutritifs.

Le traitement des infections constitue une priorité capitale. Après la fin de la phase aiguë de la maladie, les calories et les éléments nutritifs perdus doivent être reconstitués par le biais d'une alimentation particulièrement riche pendant plusieurs jours ou semaines. Ceci est important parce que les enfants qui présentent une insuffisance de poids ou qui consomment moins de calories sont susceptibles de rentrer dans le cycle vicieux de malnutrition et de maladies.

Tous les enfants malades et malnutris ont besoin de suppléments en micro-nutriments supplémentaires. La figure 7 présente un résumé des différentes étapes de réhabilitation des enfants sévèrement malnutris.

Consommation appropriée de vitamine A

Le système immunitaire corporel ne peut bien fonctionner sans niveaux adéquats de vitamine A. Le manque de vitamine A provoque des troubles sur la surface de la peau, au niveau des yeux, de la bouche, de la paroi de l'estomac et du système respiratoire. Un enfant souffrant de carence en vitamine A (CVA) est exposé à de plus nombreuses infections qui s'aggravent de plus en plus. Le système immunitaire est ainsi affaibli. La CVA accroît le risque de décès ou de cécité chez l'enfant. Elle représente la cause principale de cécité chez les enfants, dans les pays en développement.

▶ *Étapes à suivre par les responsables de la santé*

Enfants malades et malnutris

- ▶ Continuer à maintenir la poursuite de l'allaitement maternel jour et nuit, chez tous les enfants malades de 0 à 24 mois, si nécessaire prendre en charge les mères pour qu'elles reprennent à nouveau l'allaitement maternel. Eventuellement, le lait maternel peut-être donné avec une tasse, mais ne pas utiliser de biberons.
- ▶ Maintenir la consommation de nourritures durant la maladie et augmenter la fréquence et les quantités de nourritures après la maladie.
- ▶ Consulter les protocoles (WHO/UNICEF, 1996) pour l'examen et le traitement des enfants malades et malnutris qui viennent en consultation dans les structures de santé (voir le chapitre 8). Fournir un appui aux agents de santé des structures de santé de base afin qu'ils mènent des évaluations régulières et qu'ils dispensent des conseils en matière de nutrition qu'ils distribuent de la vitamine A et des suppléments en fer conformément aux protocoles en vigueur.
- ▶ Identifier qu'elles sont les perceptions et les pratiques de soin des enfants malades et malnutris qui existent dans les communautés locales et utiliser ces informations pour les séances de conseils et les activités de communication.
- ▶ Collaborer avec les organisations et agents communautaires pour qu'ils apprennent aux responsables d'enfants à identifier les comportements inadéquats qui conduisent à la malnutrition et à l'infection, à intervenir rapidement, et à maintenir l'alimentation recommandée selon l'âge de l'enfant. L'encadré 1 donne une liste de six déclencheurs d'actions à mener au sein de la communauté. Le chapitre 5 décrit les grandes lignes pour soutenir des actions communautaires.
- ▶ Mettre en place au moins une unité spécialisée et performante pour prendre en charge les enfants sévèrement malnutris, qui servira de structure de référence dans le district. Utiliser le manuel de l'OMS sur la prise en charge de la malnutrition sévère (1999) pour guider les politiques, les protocoles et les formations.
- ▶ Mettre en relation la structure spécialisée avec un système de référence qui inclut des centres journaliers ou ambulatoires et des agents communautaires pour un suivi adéquat.
- ▶ En plus de la formation, mettre en place un suivi, une supervision, des approvisionnements et une surveillance pour une prise en charge de qualité des enfants sévèrement malnutris.

ENCADRÉ
I

Dépistage et actions à mener au sein de la communauté

Les responsables de santé peuvent prévenir les problèmes de santé et la malnutrition sévère chez les enfants, par le biais d'un dépistage précoce au niveau communautaire et par des soins adéquats, au niveau de structures de santé. Les agents communautaires et les responsables d'enfants devraient reconnaître et réagir en fonction des « Six déclencheurs d'actions » suivants :

1. **Manque d'appétit ou « l'enfant refuse de manger ».** Ceci précède souvent les pertes de poids et c'est un déclencheur facilement dépistable et en temps opportun. **Action:** enseigner aux responsables d'enfant les techniques de « l'alimentation active » qui consiste à encourager gentiment les enfants, même lorsqu'ils sont malades, à manger suffisamment de nourriture. Par exemple en donnant fréquemment de petites rations de nourriture, en prenant l'enfant dans ses bras, en jouant avec l'enfant, en lui offrant la nourriture qu'il préfère. Après la maladie, compenser le manque d'appétit en augmentant sa ration alimentaire pendant la convalescence.
2. **Impression qu'il y a « pas suffisamment de lait ».** Durant les six premiers mois de l'allaitement maternel, cette impression est un facteur de risque de diarrhée et de malnutrition parce que c'est généralement la raison évoquée par les mères pour introduire d'autres aliments liquides ou solides. Ces suppléments d'aliments sont susceptibles de provoquer des diarrhées et de réduire la consommation de lait. **Action:** Apprendre aux mères à ne pas donner d'autres aliments solides ni liquides que le lait maternel, à surveiller et à augmenter la quantité de lait. En faisant téter fréquemment le nourrisson et en veillant à bien vider chaque sein.
3. **Utilisation du biberon pour nourrir les nourrissons.** Ceci réduit l'apport du lait maternel et peut entraîner des diarrhées. **Action:** Augmenter la fréquence de l'allaitement maternel et la durée de chaque tétée. Remplacer l'usage du biberon par une tasse ou une cuillère. Diminuer progressivement et cesser de donner les autres aliments liquides ou solides si l'enfant a moins de six mois et parallèlement augmenter l'allaitement maternel. Si l'enfant a la diarrhée, faire attention aux signes de déshydratation et faire la réhydratation par voie orale.
4. **Cécité nocturne chez les femmes ou les enfants de plus de 2 ans.** Ceci est un indicateur communautaire bien connu de CVA. Même s'il y a peu de cas, ceci indique que le problème est répandu. **Action:** donner des suppléments de vitamine A à tous les enfants de 6 à 59 mois et aux femmes juste après l'accouchement. Augmenter la consommation hebdomadaire d'aliments riches en vitamine A dans les rations alimentaires des femmes et des enfants.
5. **Pâleur, manque d'énergie/respiration rapide ou fatigue chez les femmes enceintes ou les enfants.** Ceci est un signe d'anémie sévère. Chez les jeunes enfants et les femmes l'anémie peut être fatale. **Action:** Donner des suppléments en fer et déparasiter. Augmenter la consommation hebdomadaire d'aliments riches en fer et en vitamine C chez les femmes et les enfants. Les femmes enceintes qui présentent une pâleur et qui ont une grossesse de 36 semaines ou plus doivent être immédiatement référées vers un hôpital qui a la capacité d'effectuer un dépistage et des transfusions sanguines.
6. **Signes visibles d'émaciation (ou poids très faible) et/ou œdèmes au niveau des deux pieds.** Ce sont des signes qui montrent un haut risque de mortalité. Des soins d'urgence s'imposent. Les œdèmes se produisent souvent suite à la rougeole. **Action:** Hospitaliser, mettre dans un centre spécialisé ou dans une structure de santé et traiter conformément aux recommandations de l'OMS (1999).

Dans les populations où la carence en vitamine A est marquée, on estime qu'en donnant de la vitamine A de manière adéquate, peut réduire de 50 pour cent la mortalité infantile imputable à la rougeole et de 40 pour cent la mortalité liée aux maladies diarrhéiques. La totalité de la mortalité chez les enfants de 6 à 59 mois peut être abaissée à 23 pour cent. Les différentes interventions utilisées dans les différentes zones de recherche à partir desquelles ces estimations sont faites englobent l'enrichissement des aliments et les suppléments par voie orale (donnés soit à des doses élevées tous les 4 à 6 mois ou hebdomadairement/quotidiennement en petites doses).

FIGURE 7.

Calendrier de prise en charge d'un enfant atteint de malnutrition sévère

Activité	Traitement initial		Réhabilitation: semaines 2-6	Suivis : semaines 7-26
	jours 1-2	jours 3-7		
Traiter ou prévenir : hypoglycémie hypothermie hydratation	[Barres bleues]			
Corriger le déséquilibre électrolytique	[Barre bleue]			
Traiter l'infection	[Barre bleue] ← sans fers →		[Barre bleue] ← avec fer →	
Corriger les carences en micronutriments	[Barre bleue]			
Commencer l'alimentation	[Barre bleue]			
Augmenter la nourriture pour : retrouver le poids perdu (« croissance à rattraper »)			[Barre bleue]	
Stimuler le développement psychomoteur	[Barre bleue]			
Préparer pour la sortie			[Barre bleue]	

Source: OMS 1999.

Comment se développe la CVA

La CVA résulte de faibles stockages par l'organisme de la vitamine A dus à un certain nombre de raisons. Soit du fait que les aliments consommés ne contiennent qu'une quantité trop faible de vitamine A, soit la vitamine A est rapidement assimilée et n'est pas remplacée à temps pour empêcher

▶ Étapes à suivre par les responsables de la santé

Vitamine A

- ▶ Partout, et lors de chaque prestation de service, encourager la consommation quotidienne d'aliments riches en Vitamine A pour les enfants et les femmes. Ces aliments peuvent être naturellement riches en vitamine A ou bien être enrichis de vitamine A.
- ▶ Encourager l'allaitement maternel adéquat chez le nourrisson et sa continuation jusqu'au moins deux ans.
- ▶ Dans toutes les zones, lors des consultations des enfants malades, donner des doses élevées de suppléments en vitamine A aux enfants atteints de rougeole, de malnutrition sévère, de diarrhée persistante ou grave et d'autres infections.
- ▶ Dans toutes les zones, former le personnel au dépistage et au traitement de la CVA (xérophtalmie) par des doses élevées de suppléments en vitamine A.
- ▶ Dans les populations à haut risque de CVA, concevoir un plan de supplémentation préventif pour les enfants de 6 à 59 mois tous les 4 à 6 mois et pour toutes les femmes en post-partum². Associer la supplémentation en vitamine A aux activités de vaccination constitue une étape à inclure dans ce plan.

des complications. Lorsque les réserves en vitamine A de l'organisme sont épuisées, les niveaux sanguins chutent, ayant des conséquences néfastes sur le système immunitaire. Par la suite les yeux sont endommagés (cf. figure 8). Les nouveau-nés de mères qui consomment très peu de vitamine A ont de faibles réserves à la naissance. Le lait maternel de ces femmes est également pauvre en vitamine A.

Qui est à risque ?

Les enfants de la tranche d'âge de six mois à six ans et les femmes enceintes et allaitantes sont les personnes les plus susceptibles de

²Les critères de l'OMS pour initier un programme de supplémentation comprennent une étude ayant démontré que plus de 20 pour cent des enfants ont des niveaux faibles d'insuffisance de sérum de la rétine ou la présence d'héméralopie soit chez les enfants de 2 à 6 ans ou chez les femmes en âge de reproduction, notamment les femmes enceintes ; OU des indicateurs indirects telles que la faible disponibilité ou consommation d'aliments riches en vitamine A, mortalité infantile élevée (> 100), mortalité élevée des moins de cinq ans (> 75), forte prévalence de retard de croissance/ de perte de poids/ de déficit pondérale due à la rougeole (> 1 pour cent) et une forte mortalité

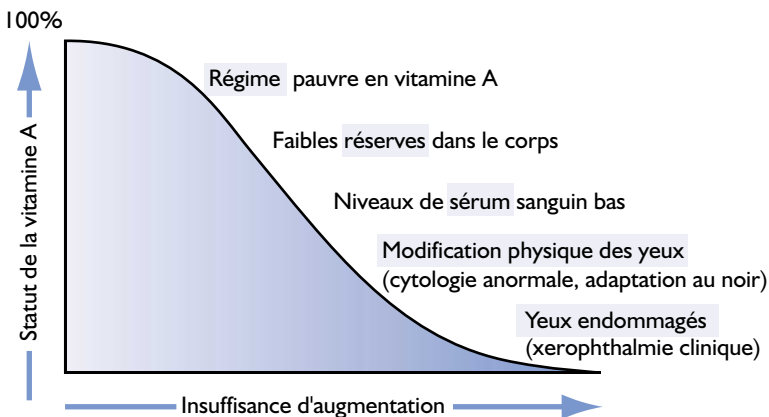
développer une carence en vitamine A. L'héméralopie est élevée chez les femmes enceintes. Les nourrissons et les jeunes enfants qui ne sont pas allaités au sein sont à haut risque de carence en vitamine A ; de même, les nourrissons et les jeunes enfants qui ne sont pas suffisamment allaités avec du lait maternel pendant au moins deux ans sont aussi à haut risque (500 ml de lait maternel fournissent environ 45 pour cent des besoins requis en vitamine A au cours de la deuxième année de vie). Des maladies telles que rougeole, maladies diarrhéiques persistantes ou graves et les autres infections réduisent les niveaux sanguins et les réserves en vitamine A.

Les enfants qui ont un frère ou une sœur qui présentent des signes de CVA au niveau des yeux sont dix fois plus susceptibles d'avoir une sévère carence en vitamine A (CVA). Les mères de ces enfants sont cinq à dix fois susceptibles d'avoir l'héméralopie. Les enfants de ces mêmes zones et

FIGURE 8.

Étapes de l'évolution de la carence en vitamine A (CVA)

Les premiers symptômes de la CVA sont difficiles à dépister mais l'héméralopie est un bon indicateur. La plupart des communautés où sévit la CVA ont un terme traditionnel pour désigner l'héméralopie. Même à un stade précoce et bien avant que ne se manifestent des changements physiques et visibles dans les yeux, la CVA provoquent des troubles dans le système immunitaire, rendant l'enfant moins apte à lutter contre les infections courantes. Les interventions visant à prévenir la carence en vitamine A sont nécessaires pour tous les enfants vivant dans les zones à risque.



communautés sont deux fois plus susceptibles d'avoir ou de développer une sévère carence en vitamine A (CVA).

Les familles qui vivent dans certaines conditions telles que celles des communautés où il n'y a pas beaucoup d'aliments riches en vitamine A, où les niveaux de mortalité infantile sont très élevés (au-dessus de 100), où la mortalité des moins de cinq ans est élevée (plus de 75), où il existe une forte prévalence de retard de croissance, perte de poids, et déficit pondéral une forte mortalité due à la rougeole (> 1 pour cent) sont aussi exposées à un risque élevé de CVA. La figure 9 montre comment la carence en vitamine A peut varier avec les saisons.

Étapes à suivre

Préserver les nouveau-nés d'une carence en vitamine A par le biais de l'allaitement maternel. Une dose unique post-partum de 200.000 UI de vitamine A donnée aux femmes allaitantes au moment de l'accouchement, augmente la teneur en vitamine A du lait maternel chez les femmes qui présentent une carence.

Commencer à environ 6 mois à donner aux enfants une supplémentation en vitamine A est nécessaire du fait que des infections fréquentes épuisent les réserves de vitamine A. Les aliments riches en vitamine A doivent être donnés aux enfants en plus de la vitamine A contenue dans le lait maternel.

La différence entre les besoins et la consommation en vitamine A chez les femmes et les enfants peut être réduite en dispensant de la vitamine A supplémentaire sous les trois formes suivantes :

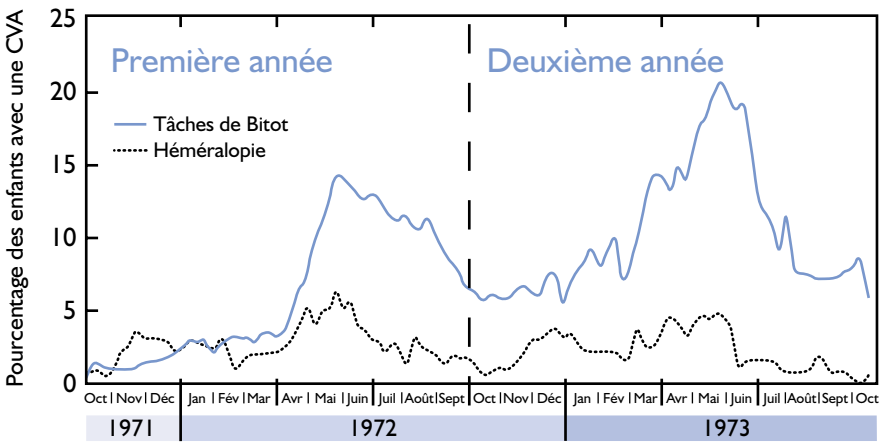
- **Diversification du régime** : en encourageant une consommation plus fréquente d'aliments riches en vitamine A par le biais des activités de communication et des séances de conseils faites par les agents de santé.
- **Fortification** : en ajoutant systématiquement de la vitamine A aux aliments que les groupes à haut risque ont l'habitude de consommer.
- **Supplémentation** : en donnant, dans les zones à risque de CVA, des doses de suppléments en vitamine A, en fonction de l'âge des enfants et aux femmes après l'accouchement (dans les 6 à 8 semaines).

Prévenir et traiter précocement les maladies contribuent également à lutter contre la diminution des réserves de vitamine A et à réduire la CVA. La vaccination contre la rougeole est particulièrement importante pour mener une stratégie efficace en matière de vitamine A.

FIGURE 9.

Variations saisonnières de la carence en vitamine A (CVA)

La carence en vitamine varie dramatiquement selon les saisons en raison de la pénurie d'aliments riches en vitamine A et en fonction de l'accroissement des diarrhées et de la rougeole, des maladies saisonnières. Dans le village de Ichag dans la partie ouest du Bengale, le pourcentage d'enfants examinés pendant les mois d'avril, mai, juin qui présentaient des tâches de Bitôt (un signe de carence en vitamine qui affecte les yeux) et d'héméralopie a augmenté de 2 à 3 fois plus comparé aux enfants examinés en octobre, novembre et décembre.



Variations saisonnières des tâches de Bitot et d'héméralopie dans le village de Ichag, Bengale occidental, Indes sur une période de deux ans.

Source : Adaptée de Sinha dans Sommer et West 1996.

Dans les zones où la CVA est un problème, il faudra utiliser toutes les occasions et tous les contacts avec les jeunes enfants et les femmes qui ont accouché pour distribuer des doses préventives de vitamine A. Les activités de vaccinations constituent une occasion propice pour toucher les jeunes enfants et les nourrissons. Les activités de vaccination concernent surtout les enfants de moins de 1 an ; il faut aussi utiliser d'autres canaux pour la distribution de suppléments en vitamine A aux enfants des autres tranches d'âge et aux femmes en post-partum. Par ailleurs, les journées nationales et locales de vaccination qui touchent les enfants jusqu'à 59 mois, se sont révélées extrêmement coûteuses pour atteindre les enfants ciblés pour la

vitamine A. Plusieurs pays mettent en œuvre séparément les distributions nationales ou locales de vitamine A.

Consommation appropriée de fer

Le corps a besoins de fer pour constituer l'hémoglobine — une protéine contenue dans les globules rouges du sang qui assure le transport de l'oxygène jusqu'au cerveau, au système musculaire, au système immunitaire et aux autres parties du corps. Sans oxygène suffisant, les capacités physiques et mentales des individus sont diminuées. Une réduction des globules rouges est appelée anémie.

La carence en fer au cours de la grossesse a pour conséquences des naissances de bébés de petite taille, des accouchements prématurés, des décès maternels et même des décès périnataux et fœtaux.

La carence en fer, durant l'enfance est la cause de la détérioration du développement mental et des capacités d'apprentissage de l'enfant, de sa faible croissance en taille/longueur ; cette carence porte aussi atteinte aux systèmes immunitaires du corps. Chez les adultes, la carence en fer diminue la capacité de travailler. Une étude menée en Indonésie, a prouvé que la productivité des agents s'était accrue de 30 pour cent lorsque des suppléments en fer ont été donné aux agents souffrant de carence en fer.

La prévention de la carence en fer doit être effectuée pendant la période de croissance rapide, lors de la grossesse et au cours de deux premières années de la vie. La prévention de la carence en acide folique chez les femmes est aussi importante pour prévenir l'anémie, les défauts de naissance et pour assurer l'immunité. Les femmes devraient de préférence débiter leur grossesse avec leurs réserves de fer et qu'ensuite elles prennent suffisamment de fer/acide folique en comprimés pour conserver des réserves et de niveaux d'hémoglobine normaux. La carence en fer est la cause principale des problèmes nutritionnels à l'échelle mondiale et affecte un tiers de la population.

Comment l'anémie se développe

L'anémie chez les enfants peut débiter du fait que la mère est anémiée avant ou pendant la grossesse et le nouveau-né naît avec de faibles réserves en fer. Le fer est stocké dans le foie, la rate et dans la moelle osseuse. La

carence en fer se développe au fur et à mesure que ces réserves s'épuisent et ne sont pas remplacées soit par le fer contenu dans les aliments, soit par du fer donné sous forme de comprimés ou gouttes. (cf. figure 10).

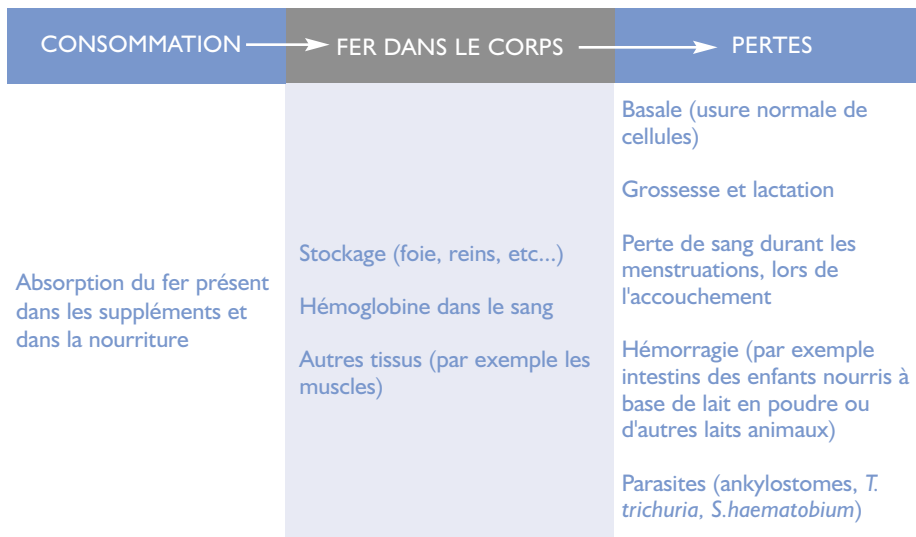
L'anémie est souvent causée par une perte excessive de fer due à des saignements (par exemple les menstruations) ou à des parasites (par exemple les ankylostomes). Les carences en acide folique, vitamine A, vitamine C, vitamine B-12 et divers autres minéraux peuvent également provoquer l'anémie.

Le corps absorbe seulement une petite quantité de fer contenu dans la nourriture. Pour être absorbé, le fer doit être sous une certaine forme, ainsi une grande partie du fer des aliments n'est pas absorbée. Des substances tels que phytates (par exemple dans les grains complets) et tanins (par exemple dans le thé) empêchent l'absorption du fer. Dans les alimentations à base de grains et d'amidon, la carence en fer est très courante. Toutefois,

FIGURE 10.

Préservation de l'équilibre en fer compte tenu des quantités consommées et perdues

Les réserves alimentent les différentes parties du corps y compris la moelle osseuse où se forment les globules rouges. Les pertes en fer se produisent en raison de saignements et de l'usure normale des tissus. La quantité de globules rouges qui circulent constitue un bon indicateur permettant de savoir si le corps a assez de réserves en fer.



▶ *Étapes à suivre par les responsables de la santé*

Fer

- ▶ Former les agents de santé et les agents communautaires afin qu'ils donnent des suppléments en fer aux enfants et aux femmes enceintes dans toutes les zones où l'anémie existe (ceci peut inclure la majorité des zones) ; qu'ils donnent un supplément en fer et déparasitent les enfants et les femmes atteints d'anémie sévère dépistée par la pâleur visible des paumes de leurs mains, et si possible confirmée par des examens de sang.
- ▶ S'assurer constamment qu'il y a une source d'approvisionnement de suppléments en fer et qu'elle est suffisante.
- ▶ Promouvoir l'utilisation d'aliments riches en fer et en vitamine C, notamment pour les femmes en âge de procréer, les nouveau-nés, et les jeunes enfants. Inclure la promotion d'aliments enrichis en fer. Toutefois, les laits enrichis avec du fer ont tendance à remplacer l'allaitement maternel et ne devront pas être promus comme une option servant à lutter contre l'anémie.
- ▶ Effectuer les dépistages de routine et traiter l'anémie sévère dans tous les centres de santé de soins primaires. Lorsqu'ils ont été formés, les agents de santé sont capables, de dépister l'anémie sous sa forme sévère avec une sensibilité et une spécificité raisonnables par une évaluation de la pâleur extrême des paumes de la main. Suivre les protocoles de la PCIME qui recommandent une vérification routinière de la pâleur des paumes de la main pour tous les enfants malades de moins de 5 ans. Évaluer aussi les cas d'anémie sévères, lors des consultations prénatales, des accouchements et les consultations post natales afin de donner un traitement et des conseils appropriés. Le dépistage universel utilisant des tests sanguins ne peut pas être fait dans la plupart des situations du fait qu'ils ne sont ni pratiques ni rentables.
- ▶ Dans les zones où l'anémie sévère est relativement répandue et où les maladies tels que paludisme et l'infestation parasitaire sont courantes, il faut renforcer les mesures de prévention comme l'usage de la moustiquaire imprégnée et le déparasitage ; il faut aussi s'assurer qu'il existe des structures de santé avec du personnel formé et équipé pour prendre en charge les cas d'anémie sévère.

même de petites quantités de fer contenues dans la viande et la vitamine C peuvent accroître l'absorption du fer. Le niveau de la carence en fer chez une personne affecte aussi son absorption, plus la carence est grave plus l'absorption est importante.

Le lait maternel contient peu de fer mais sous une forme extrêmement absorbable qui suffit jusqu'à l'âge de six mois. Après cette période, il faut donner aux enfants des suppléments en fer afin de conserver un niveau normal. Les enfants nés avec une insuffisance de poids la naissance devront prendre des suppléments de fer à partir de deux mois.

La carence en fer est souvent aggravée par des pertes de sang dans les intestins, causées par l'alimentation du nouveau-né avec des laits en poudre ou d'autres formes de lait animal. Elle est aussi causée également par une infestation d'ankylostomes et de vers chez les enfants et les femmes. Dans nombreux programmes, les suppléments en fer n'amélioreront pas ou très peu les réserves en fer des femmes et des enfants si les infestations parasitaires ne sont pas non plus contrôlées.

Qui est à risque?

Les femmes enceintes et les enfants sont exposés à des risques graves de carence en fer parce que le fer est nécessaire à une croissance rapide et à la formation de nouvelles cellules. Les infections tels que paludisme et ankylostomes les prédisposent à être fortement anémiés.

Étapes à suivre

L'amélioration du régime alimentaire, la fortification des aliments (par exemple des farines céréaliers) avec du fer, la supplémentation en fer ainsi que les autres mesures de santé publique telle que la lutte (par exemple contre les infections parasitaires, contre le paludisme et l'amélioration de la santé reproductive, espacement des naissances, prévention du VIH/SIDA), peuvent améliorer les niveaux en fer. Dans les pays en développement, les groupes de la population qui en ont le plus besoin sont ceux qui consomment le moins d'aliments enrichis en fer.

En raison du besoin accru en acide folique pendant la grossesse (également requis pour la production des globules rouges), il faut veiller à ce que les femmes enceintes reçoivent 400 micro grammes d'acide folique tout au long de la grossesse. Ainsi, la prise associée de comprimés de fer et d'acide folique par ces femmes est la plus souhaitable. Donner de l'acide folique avant ou aux alentours de la conception diminue les défauts de naissance aussi appelés « défaut du tube neural ». Ces défauts affectent un petit nombre de naissance mais les défauts sont graves et constatés dans la plupart des pays. Du fait que de nombreuses femmes ne



se rendent pas dans les structures de santé au moment où elles doivent particulièrement recevoir les suppléments d'acide folique, il convient de les encourager à manger plus d'aliments contenant des folates (feuilles vertes, haricots, arachides et du foie/rognon/poisson), ainsi que des aliments fortifiés avec l'acide folique.

Autres interventions en santé publique pour diminuer l'anémie

Lutte contre les helminthiases

Dans les communautés à forte endémie d'ankylostomes, des remèdes contre les helminthes doivent être prescrits à toutes les personnes anémiées pour éliminer les vers intestinaux. Dans de nombreuses communautés à forte prévalence d'anémie, il est aussi recommandé de donner ce médicament à toutes les femmes enceintes et jeunes enfants jusqu'à ce que l'on puisse effectuer la prévention des helminthes. Aucune analyse de laboratoire n'est nécessaire parce que le traitement est sûr et revient beaucoup moins cher.

Les femmes enceintes doivent prendre le remède contre les helminthes seulement durant le second et le troisième trimestre de la grossesse.

Lutte contre le paludisme

Il faut dépister et traiter le paludisme dans les zones où la forme endémique du paludisme *P.falciparum* existe ; ceci doit constituer une étape essentielle dans la lutte contre l'anémie. La prévention du paludisme grâce à l'utilisation des moustiquaires peut être extrêmement efficace.

Santé reproductive

Chez les femmes l'anémie liée à la carence en fer peut être contrôlée en prévenant les grossesses précoces, en réduisant le nombre total de grossesses, en espaçant les naissances par le biais de la planification familiale et en augmentant l'allaitement maternel. La prise en charge des complications telles que hémorragies pendant ou après l'accouchement, protège les réserves en fer.

Consommation appropriée d'iode

L'iode est essentiel à la production de la thyroxine — une hormone produite par la glande thyroïde et utilisée pour un certain nombre de fonctions vitales du corps tel la régulation de la température du corps, le fonctionnement du cerveau, la croissance, et la reproduction. La carence en iode dans le fœtus peut avoir des conséquences néfastes sur le développement neurologique du fœtus, en provoquant sur les fonctions cognitives chez l'enfant. Sa forme la plus grave est le crétinisme. Les troubles dus à une carence en iode (TCI), unique et plus grande cause évitable de lésions du cerveau au monde provoquent une gamme de désordres du système nerveux. Chez les enfants, les lésions affectent leur capacité de démarche ainsi que leur développement auditif et intellectuel. Les enfants qui grandissent dans des environnements où il y a une insuffisance en iode ont des niveaux de QI d'au moins 10 pour cent inférieur à ceux de leurs pairs. Dans les régions où le TCI sont courants on constate qu'il y a un impact significatif sur l'économie locale.

La carence en iode provoque aussi un grand nombre de décès et est associée à des décès néonataux, des mort-nés, et des fausses couches. On estime que pour chaque personne gravement déficitaire en iode ou « crétin » il y a eu 2 autres grossesses qui se sont terminées par un mort-né, une fausse couche ou des décès néonataux du fait de TCI.

▶ *Étapes à suivre par les responsables de la santé*

Iode

- ▶ Les TCI représentent un problème de santé publique, et il faut appuyer les communautés pour veiller à ce que seul du sel iodé soit mis en vente dans ces communautés. A cet égard, il est important de tenir des réunions avec les fournisseurs de sel, promouvoir l'utilisation du sel iodé par le biais de tous les canaux de communication et d'informer les autorités locales et nationales en cas de violation des règlements sur la vente de sel iodé.
- ▶ Dans les zones où il y a du sel iodé, il faut veiller à former les agents communautaires et leur fournir régulièrement des kits d'iode afin qu'ils puissent tester le sel régulièrement.
- ▶ Si le sel iodé n'est pas partout disponible, il faut coordonner avec les autorités nationales chargées d'assurer l'iodation du sel notamment, les responsables des ministères du commerce, de l'industrie, de l'agriculture et de la technologie et sécurité alimentaire.
- ▶ Si les TCI représentent un problème de santé publique, et en attendant d'avoir des approvisionnements réguliers de sel iodé, il faut dispenser des suppléments d'huile iodée à toutes les femmes en âge de procréer et aux enfants.

Causes des troubles dus à la carence en iode

Les TCI se produisent dans des sols dépourvus d'iode ; ce qui a pour conséquence un bas niveau de la teneur en iode des produits qui sont cultivés localement ainsi que des sources d'approvisionnement en eau. Dans les zones où les niveaux d'iode dans l'environnement sont adéquats, on peut trouver assez d'iode dans les aliments y compris dans les légumes, les produits laitiers, les œufs, la volaille et la viande. L'additif d'iode dans le sel est une procédure simple et peu coûteuse qui peut permettre de résoudre le manque d'iode. Mais une grande partie des populations dans les zones où l'iode est un problème, ne consomment pas régulièrement du sel iodé parce-que le sel n'est pas ou pas suffisamment iodé.

Qui est à risque ?

Les populations vivant dans les zones où il y a une carence en iode dans les sols sont particulièrement vulnérables aux TCI et à leurs

conséquences. Le goitre, la forme la plus visible des signes des TCI, est répandu chez les enfants en âge d'aller à l'école et chez les femmes en âge de procréer. Les jeunes enfants et les fœtus en étape de croissance sont particulièrement vulnérables aux TCI. Environ 30 pour cent de la population mondiale, notamment dans de nombreux pays en développement vit dans des zones carencées en iode.

Étapes à suivre

L'additif de iodate de potassium dans le sel pendant le nettoyage et le raffinage du sel est la technique la moins coûteuse actuellement disponible pour les interventions de santé et nutritionnelles. L'iodation universelle du sel (IUS) consiste à fortifier tout le sel qui est utilisé par l'homme et les animaux. Au cours des cinquante dernières années, plusieurs pays en Amérique, en Asie, en Europe et en Océanie ont éliminé avec succès les TCI ou ont accompli des progrès substantiels en assurant une grande disponibilité de sel iodé, de bonne qualité.

Parmi les six interventions nutritionnelles prioritaires que nous avons décrit dans ce chapitre, l'iodation est celle qui a le plus réussie. On peut en tirer beaucoup de leçons susceptibles d'être appliquées aux autres interventions. Par exemple, partout où l'iodation a été un succès, tous les acteurs clés impliqués dans les changements à effectuer ont été systématiquement impliqués.

Même des petites entreprises productrices de sel ont changé leurs pratiques commerciales en un minimum de temps. Les personnes en faveur de l'iodation ont lancé des actions de plaidoyer et ont mobilisé les institutions nationales et internationales ainsi que les industries pour que les mesures nécessaires soient prises. Les ressources techniques et les encouragements prodigués par les agences internationales ainsi que l'appui des autorités de santé publique au sein même des pays ont été importants.

Bien que la plupart des pays produisent désormais ou importent du sel iodé, beaucoup de familles sont encore confrontées à la carence en iode et ne consomment pas de sel iodé dans leurs repas quotidiens. Le manque de législation ainsi que sa mise en application constituent le principal obstacle. Le problème d'approvisionnement régulier en sel iodé demeure. Ceci requiert aussi des changements nécessaires dans la production de sel et dans les procédures commerciales.

Au terme de ce chapitre, nous constatons qu'une gamme d'interventions nutritionnelles est disponible pour prendre en charge les problèmes nutritionnels pour des contextes différents. Sur la base des expériences acquises durant ces deux décennies, les interventions nutritionnelles les plus rentables et les plus faisables à grande échelle dans les services de santé primaire consistent à promouvoir, à préserver et à soutenir :

- Allaitement maternel exclusif pendant quatre mois et si possible six mois*.
- Alimentation complémentaire appropriée combinée à la poursuite de l'allaitement maternel pendant deux ans.
- Soins nutritionnels appropriés pour les enfants malades et malnutris.
- Consommation appropriée de vitamine A.
- Consommation appropriée de fer.
- Consommation appropriée d'iode.

Ces différentes interventions sont réalisables, peu coûteuses et applicables dans un grand nombre de pays et de régions et peuvent être intégrées dans les services de santé actuellement existant. Elles forment un paquet d'Actions Essentielles en Nutrition qui s'adressent aux principales causes de la mortalité infantile.

Les autres chapitres de ce volume présentent la manière de mettre en œuvre ces interventions nutritionnelles prioritaires dans les programmes de soins de santé primaire.

- Le chapitre 3 passe en revue les étapes à suivre pour l'élaboration d'un volet d'intervention nutritionnel efficace pour les programmes de santé.
- Le chapitre 4 donne des directives techniques sur la façon dont les interventions nutritionnelles devraient être mises en œuvre dans les services de santé maternelle et infantile.
- Le chapitre 5 décrit différentes options pour le développement de partenariats communautaires.

* Recherche plus récente a conduit à une recommandation soutenant l'allaitement maternel exclusif pendant six mois.

- Le chapitre 6 passe en revue les étapes à suivre pour la conception d'activités de communication concernant le renforcement de la couverture et du renforcement des messages clés des volets nutritionnels.
- Le chapitre 7 décrit les activités d'appui et les outils nécessaires à la conduite des activités de nutrition de tout ce qui précède.
- Le chapitre 8 contient les recommandations internationales et les protocoles actuels relatifs aux interventions nutritionnelles prioritaires.

Les lecteurs sont à même de consulter rapidement les chapitres restants pour un aperçu général du type d'informations mise à leur disposition, puis ils peuvent consulter les sections qui leur paraissent les mieux pertinentes à leurs besoins.



Élaboration d'un plan de renforcement des activités de nutrition au niveau des structures de santé des districts

POINTS CLÉS

▶ Le renforcement des interventions de nutrition exige une planification méticuleuse pour l'obtention de résultats. Compte tenu de leurs moyens financiers, les responsables de santé doivent se concentrer sur des interventions prioritaires, choisies en fonction des problèmes de nutrition du district, des priorités des communautés, des lacunes dans les structures existantes, et des ressources disponibles.

▶ Pour obtenir les informations nécessaires à la planification des interventions, les responsables de santé pourront utiliser des approches variées ; ces activités devraient être intégrées dans la planification en cours.

▶ Des étapes utiles dans le processus de planification comprennent :

- L'identification des problèmes de nutrition prioritaires dans le district.
- La revue de la couverture et de la qualité des activités de nutrition en cours dans les structures de santé et dans les communautés.
- La définition des groupes cibles et l'établissement des objectifs des programmes en rapport avec la nutrition ainsi que l'identification des stratégies de renforcement des interventions nutritionnelles.
- L'évaluation des ressources requises pour l'amélioration des interventions nutritionnelles dans les programmes de santé du district, et la détermination des ressources disponibles.

▶ Les responsables de santé peuvent et doivent jouer un rôle important dans la mobilisation des ressources pour résoudre les problèmes de nutrition. Le processus de planification ainsi que le plan d'action sont des outils que les responsables de santé peuvent utiliser pour impliquer d'autres secteurs et inciter les différents partenaires à fournir des ressources supplémentaires.

Chapitre 3

Élaboration d'un plan de renforcement des activités de nutrition au niveau des structures de santé des districts

La planification nécessite la sélection d'interventions qui répondent aux besoins de la population concernée et la mise en place des dispositifs requis pour la mise en œuvre de ces interventions d'une façon effective. Les responsables de santé doivent aussi décider de la manière de répartir leurs ressources entre les activités de nutrition et les autres priorités de santé. Plusieurs activités prioritaires de nutrition énumérées dans le Tableau I (Chapitre I) devront être adaptées aux conditions locales spécifiques. Pour prendre ces décisions, les responsables de santé au niveau des districts ont besoin d'informations sur les problèmes et les services de nutrition qui existent dans le district.

Vu que les conditions changent constamment, l'élaboration d'un plan ne se fait pas en une seule phase mais selon un processus continu qui doit être suivi et réévalué périodiquement, particulièrement si un changement survient dans la nature ou dans l'ampleur des problèmes de nutrition, si de nouvelles ressources deviennent disponibles et lors des planifications de routine des programmes de santé.

Ce chapitre décrit les étapes de planification des interventions nutritionnelles dans les programmes de santé :

- L'identification des problèmes prioritaires de nutrition et leurs causes,
- La revue des activités de nutrition qui existent dans les services de santé maternelle et infantile, au sein des structures de santé et au niveau de la communauté,
- La définition des groupes cibles et des objectifs de nutrition qui feront partie des objectifs du programme de santé maternelle et infantile, et l'identification de stratégies sur la base des directives des politiques nationales et des priorités des communautés concernées,
- L'évaluation des ressources nécessaires et disponibles, et l'utilisation du plan élaboré pour la mobilisation de ressources supplémentaires destinées aux activités de nutrition.

Les étapes sont énumérées ci-dessus par séquence, mais elles peuvent être exécutées selon un ordre différent. Elles doivent faire partie de l'ensemble des activités de planification des programmes de santé. Ce chapitre donne des exemples sur la conduite de ces étapes

dans des contextes différents. Les chapitres suivants décrivent la manière de mettre en œuvre le plan élaboré et présentent des outils supplémentaires.

Identification des principaux problèmes de nutrition

Cette étape implique la collecte d'informations des principaux problèmes de nutrition qui existent dans la zone d'intervention et l'identification de leurs causes. Bien que souhaitable, aucune étude spéciale ne soit nécessaire pour entamer le processus de planification. Il est probable qu'il existe un problème majeur de malnutrition si la mortalité infantile dans le district ou dans la région est estimée à près de 100 ou plus. Il faudrait, alors, exécuter les six interventions de nutrition décrites dans ce guide. Même quand la mortalité infantile est à peu près de 50, il est probable que la carence en Vitamine A et l'allaitement maternel ainsi que des pratiques en matière d'alimentation complémentaire inappropriées constituent des problèmes courants dans les zones concernées.

En définitive, les responsables de santé doivent mener des enquêtes simples et rapides au niveau des ménages tous les trois à cinq ans, en commençant par une enquête de base pour vérifier les progrès réalisés en matière de réduction de la malnutrition dans le district. Les résultats des enquêtes permettront de se concentrer sur les problèmes de nutrition les plus importants. Entre temps, les responsables de santé doivent rassembler les données disponibles sur le statut nutritionnel de la population du district, surtout parmi les femmes en âge de procréer et les enfants. Le Tableau 3 présente les types de données nécessaires.

Si des estimations quantitatives ne sont pas disponibles dans l'immédiat pour commencer la planification, des entretiens avec le personnel de santé, des interviews de sortie avec les personnels qui s'occupent des enfants et les discussions avec les agents communautaires peuvent confirmer la nécessité d'appliquer les six interventions de nutrition prioritaires. Le personnel de santé peut collecter des informations lors des visites de routine des stratégies d'avancée dans les communautés et à travers des entretiens ou des évaluations dans les structures de santé. Quelques indicateurs indirects des problèmes de nutrition les plus courants sont présentés ci-dessous :

TABLEAU 3.

Questions clés sur les problèmes de nutrition¹

- Quelle est la prévalence de l'insuffisance pondérale, de retards de croissance et de l'émaciation chez les enfants âgés de moins de trois ans ; et quel est le pourcentage des enfants qui ont des œdèmes aux deux pieds ou des signes visibles d'émaciation grave ?
- Quel est le statut nutritionnel des femmes, par exemple le rapport poids/taille ou le faible Indice de Masse Corporelle ou les nourrissons de faible poids à la naissance ?
- Quel est le statut nutritionnel actuel des enfants et des femmes par rapport à d'autres régions du pays (la moyenne nationale et celle des autres régions ou provinces ?). Quelle est la situation actuelle comparée aux informations tirées des études ou des enquêtes précédentes ? Est-ce que la prévalence de la malnutrition chez les enfants (caractérisée par le retard de croissance, l'émaciation, et l'insuffisance pondérale) et de la malnutrition chez les femmes a diminué, a augmenté ou est restée la même ?
- Quelle est la prévalence et la gravité de l'anémie, et des carences en vitamine A et en iode ? Connaissez-vous des femmes enceintes ou des enfants en âge d'aller à l'école qui se plaignent de ne pas bien voir la nuit ou au crépuscule/à l'aube ? Existe-t-il un terme local pour désigner l'héméralopie dans cette zone ? Y-a-t'il quelqu'un atteint de goitre ou de crétinisme dans cette zone ou dans une zone voisine? Est-ce qu'il y a d'autres preuves de carences en micronutriments ?
- Comparez ces situations avec les données concernant d'autres zones du pays (la moyenne nationale ou celle d'autres régions ou provinces). Quel est le rapport entre la situation actuelle en ce qui concerne les carences en micronutriments et les informations tirées des études et des enquêtes faites dans le passé ? Est-ce que les prévalences de l'anémie, de l'héméralopie, du taux de rétinol sérique faible, et de la carence en iode ont diminué, augmenté ou sont restées les mêmes ?
- Est-ce que les régimes alimentaires des femmes sont appropriés pour satisfaire leurs besoins ?
- Quel est le pourcentage de nourrissons de moins de quatre mois qui ne sont pas exclusivement allaités au sein ?
- Quel est le pourcentage de nourrissons de 6–9 mois qui ne reçoivent pas en même temps du lait maternel et des aliments complémentaires ? Quelle est la qualité de l'alimentation complémentaire ?
- Quel est le pourcentage d'enfants de 20–23 mois qui ne sont pas nourris au sein ?
- Y-a-t-il certaines zones géographiques dans les districts, des groupes ethniques, des tranches d'âge et des sexes, des caractéristiques familiales ou des saisons où ces problèmes de santé sont plus susceptibles d'apparaître ? Par exemple, s'il existe une forte prévalence d'insuffisance de poids à la naissance pendant certaines saisons ou dans certaines communautés, est-ce que cette situation est liée aux maladies telles que le paludisme ou aux pénuries alimentaires saisonnières.

- Les maladies diarrhéiques chez les nourrissons de moins de six mois dans le district (elles indiquent que l'allaitement maternel exclusif n'est pas pratiqué) ;
- Les mères signalent l'introduction d'autres liquides ou aliments avant l'âge de quatre mois (indique que l'allaitement maternel exclusif n'est pas pratiqué) ;
- Les enfants dans la tranche d'âge de six à trente-six mois avec un poids au-dessous de la ligne inférieure de la courbe de croissance (indique des pratiques inadéquates en matière de soins, y compris une alimentation et des soins de santé inappropriés) ;
- La pâleur palmaire chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans ou une prévalence élevée de paludisme ou d'ankylostomiase (signe d'anémie) ;
- Des cas de décès ou de cécité dus à la rougeole (carence en Vitamine A) ;
- L'existence d'un terme local pour désigner l'héméralopie (signe d'une carence en Vitamine A) ; et
- L'existence de goitre ou de crétinisme (vérifier si des appellations locales existent) dans le district ou dans un district voisin (signe d'une carence en iode) ;

Dans le processus d'identification de la nature des problèmes de malnutrition, de leurs causes et des pratiques nutritionnelles associées dans leurs districts, les responsables de santé doivent noter toutes les différences majeures qui peuvent exister entre les communautés rurales et urbaines, entre les groupes ethniques, les groupes professionnels ou d'autres sous-groupes comme les villages de pêcheurs, les communautés des zones de montagne/côtières et les autres. Plusieurs sous-groupes peuvent avoir les mêmes pratiques, des caractéristiques de santé et nutritionnelles très différentes, donc, des besoins très différents qui nécessitent des actions spéciales ou des ressources additionnelles dans les zones à haut risque.

¹Des informations sur les définitions des problèmes de nutrition et des techniques de mesure des indicateurs de nutrition sont fournies dans les publications ci-après disponibles auprès de l'OMS et de l'UNICEF : (a) INAGG/OMS/UNICEF 1998 Stoltzfus R.J. et M. Dreyfuss. Directives pour l'utilisation des suppléments de fer dans la prévention et le traitement de l'anémie ferriprive. ILSI, Washington D.C ; (b) OMS/UNICEF/ICCIDD, 1996. Niveaux d'iodation du sel recommandés et directives pour une utilisation adéquate et efficace, OMS/NUT/96.13 ; (c) OMS/UNICEF/IVACG, 1996. Les indicateurs d'évaluation de la carence en Vitamine A et leur utilisation pour le suivi et l'évaluation des programmes d'intervention, OMS/NUT/96.10 ; (d) OMS/UNICEF 1996. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), Manuel des graphiques, Chapitres sur l'évaluation du statut nutritionnel, l'allaitement maternel, les recommandations concernant l'alimentation et le counseling des mères. Service de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent. Genève : OMS ; (e) OMS, 1999. Prise en charge de la malnutrition grave : Guide pour les médecins et autres cadres de la santé, Service de la Nutrition—Genève : OMS ; (f) OMS, 1991. Indicateurs d'évaluation des pratiques en matière d'allaitement maternel, Rapport d'une réunion informelle tenue le 11–12 juin 1991, Genève, Suisse, OMS/CDD/SER/91.14.

TABLEAU 4.

Exemples de questions en relation avec les causes de la malnutrition

Utilisez la liste sur cette page pour sélectionner quelques problèmes graves sur lesquels les activités de nutrition du district seront concentrées. Ce processus implique un travail conjoint avec les membres de la communauté pour mener une enquête au niveau des ménages, des entretiens approfondis avec les leaders communautaires et des discussions de groupe. L'objectif est de s'informer sur les causes de la malnutrition et de sensibiliser les membres de la communauté sur les multiples actions à mener pour réduire la malnutrition. La Figure 2 du Chapitre 1 est un outil approprié pour cette activité. De préférence, le personnel de santé devrait travailler avec les membres d'autres secteurs tels que agriculture, éducation, et développement communautaire parce qu'il sera nécessaire d'obtenir leur collaboration pour la conduite de plusieurs activités ayant trait au traitement des causes sous-jacentes et fondamentales.

CAUSES IMMEDIATES

RÉGIME ALIMENTAIRE

- Quelle est la quantité de nourriture que les enfants consomment par jour ; est-ce que les enfants de moins de 24 mois sont correctement allaités ?
- Quels sont les types d'aliments habituellement consommés par les enfants ?
- Est-ce que les quantités et les types de nourriture donnée aux nourrissons et aux enfants, de 0–5 mois, de 6–11 mois, de 12–23 mois, sont suffisants pour subvenir à leurs besoins nutritionnels en énergie, en protéines, en lipides, en vitamine A, et en fer ?
- Quelle est la quantité de nourriture que les femmes consomment par jour ? Quels sont les tabous alimentaires pour les femmes pendant la grossesse et la période d'allaitement ?
- Est-ce que les quantités et les types de nourritures consommées par les femmes pendant la grossesse, l'allaitement et en tout autre temps sont suffisants pour subvenir à leurs besoins en énergie, en protéines, en lipides, en vitamine A, en fer et en acide folique ?
- Est-ce que la nourriture des femmes et des enfants varie selon les saisons ?

MALADIES ET INFECTIONS

- Quelles sont les maladies courantes chez les enfants ?
- Quelles sont les maladies courantes chez les femmes ?
- Est-ce que le VIH/SIDA, la rougeole, le paludisme, l'ankylostomiase et autres helminthiases, ou la tuberculose sont répandus dans cette zone ?
- Est-ce que l'incidence des maladies courantes présente des pics saisonniers ?

TABLEAU 4. (suite)

Exemples de questions en relation avec les causes de la malnutrition

CAUSES SOUS-JACENTES

PRATIQUES EN MATIÈRE DE SOINS

Allaitement maternel

- Est-ce que les nouveau-nés sont mis au sein immédiatement après l'accouchement (dès la première heure) ; est-ce que le colostrum est donné aux nouveau-nés ?
- Pendant combien de temps sont-ils allaités au sein exclusivement ?
- Les bébés sont-ils allaités au sein à la demande ; et combien de fois approximativement en vingt-quatre heures ?
- A quel âge, l'allaitement maternel, est-il interrompu ?

Alimentation complémentaire

- A quel âge commence t'on à donner des aliments complémentaires aux enfants ?
- Quels sont les types d'aliments donnés aux enfants et comment sont-ils préparés ; comment les enfants sont-ils nourris (hygiène, dilution) ?
- Est-ce que les adultes supervisent et encouragent activement les enfants à manger ?
- Quelle est la quantité de nourriture reçue à chaque repas/casse-croûte ; combien de fois mangent-ils par jour ?
- Est-ce que les enfants sont bien nourris pendant et après les maladies (type, forme, fréquence, quantité) ?

Stimulation psychosociale

- Est-ce que la personne qui s'occupe de l'enfant est attentive aux événements marquants et aux signes concernant le développement de l'enfant ?
- Est-ce qu'il y a interactions positives entre l'enfant et la famille (les membres de la famille, jouent-ils avec lui, le prennent-ils dans leurs bras, lui parlent-ils ?)

Soins pour les femmes

- Quel est le statut social des femmes et des jeunes filles ?
- Les problèmes de santé mentale sont-ils fréquents chez les femmes ?
- Quel est le degré d'autonomie dans la prise de décision au sein du ménage ?
- Les femmes sont-elles soutenues par leurs familles en matière de bonnes pratiques de nutrition et de santé pendant la grossesse et l'allaitement ?

Pratiques en matière d'hygiène

- Les conditions et les pratiques en matière d'hygiène sont-elles adéquates au niveau des ménages et dans la communauté ?

TABLEAU 4. (suite)

Exemples de questions en relation avec les causes de la malnutrition

CAUSES SOUS-JACENTES (suite)

Soins de santé à domicile

- Des mesures appropriées sont-elles prises pour prévenir les maladies et répondre aux signes de danger ?

SANTÉ, EAU, ET ASSAINISSEMENT

- Quels types de structures et d'infrastructures de santé existent dans la zone ?
- Quels sont les services fournis dans ces structures ; quelle est la qualité des services ?
- Quel est le degré d'accessibilité à l'eau et aux de santé ; quelle en est la qualité ?

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

- Quels sont les aliments de base ; comment les familles subviennent-elles à leurs besoins alimentaires (production personnelle, achat, échange, vivres subventionnés et autres) ?
- Quel est le pourcentage des ménages qui dépensent nettement plus de la moitié de leur revenu pour l'achat de produits alimentaires ?
- Quel est le prix des aliments importants du point de vue nutritif par rapport aux salaires (par exemple, les principales sources d'énergie et de nutriments) ?
- La production, la distribution, et l'accès aux marchés constituent-ils des contraintes importantes pour l'obtention de nourriture suffisante ?
- Quel est le taux de dépendance dans les ménages, c'est-à-dire la proportion des jeunes enfants par rapport aux adultes salariés ?
- Combien d'heures de travail faut-il aux adultes salariés pour acquérir assez de nourriture pour toute la famille ?

CAUSES FONDAMENTALES

RESSOURCES

Ressources humaines

- Quel est le status actuel ou l'accessibilité des ressources suivantes pour tous les membres de la communauté: compétences, connaissances, éducation ; structures de soins pour les enfants, santé et nutrition ; santé mentale, respect de soi, confiance en soi, innovation et créativité ; et travailleurs qualifiés ?

TABLEAU 4. (suite)

Exemples de questions en relation avec les causes de la malnutrition

CAUSES FONDAMENTALES (suite)

Ressources économiques

- Les éléments suivants sont-ils disponibles et qui les contrôle: le revenu et les biens du ménage, la charge de travail et le temps ; les circuits de commercialisation des différents produits ?

Ressources organisationnelles

- Les ressources suivantes sont-elles disponibles et qui contrôle leur travail: les personnes qui s'occupent des enfants, les réseaux communautaires de promotion du statut de la femme, l'éducation et les organisations professionnelles de prestataires de service ?

EDUCATION

- Les structures éducatives sont-elles adéquates et accessibles à tous les membres de la communauté ?

FACTEURS POLITIQUES, ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

- Comment les institutions et les différents facteurs connexes agissent-ils sur le contrôle et le type de ressources disponibles pour améliorer la nutrition ?

NOTE: Ces informations peuvent être recueillies de plusieurs sources: des enquêtes existantes/études/rapports ; enquêtes des ménages ; approches participatives, telles qu'évaluations rurales rapides menées conjointement avec les membres de la communauté ; et la recherche qualitative tels que discussions de groupe dirigées, interviews avec des informateurs clés, et autres.

Questions clés sur les causes de la malnutrition

Les responsables de santé ont besoin de bien comprendre les causes de la malnutrition dans leurs districts pour élaborer des programmes qui s'attaquent aux plus importantes pour elles. S'attaquer à certaines des causes sous-jacentes et fondamentales demandera plus de temps que faire face aux causes immédiates et nécessitera aussi la collaboration avec d'autres secteurs, telles que agriculture et éducation (cf. chapitre 1, figure 2).

Le tableau 4 présente un modèle des types de questions à poser pour identifier les causes clés dans un contexte particulier. Ces questions

devront aussi s'ajouter aux enquêtes ménages menées tous les trois à cinq ans dans les districts.

Lorsqu'une enquête n'est pas réalisable pendant la phase de planification. Afin de déterminer l'orientation des activités, les responsables de santé peuvent collaborer avec des agents communautaires au sein de groupes représentatifs de la population du district. Par exemple, des discussions avec des agents communautaires expérimentés peuvent fournir des réponses aux questions ci-après : Est-ce que la disponibilité des aliments constitue une contrainte majeure ? Est-ce que l'alimentation et les pratiques en matière de soins dispensés aux femmes et aux enfants, plutôt que la sécurité alimentaire, constituent les causes principales de la malnutrition observée et si c'est le cas, déterminer quelles pratiques en sont responsables ? En quoi la fréquence des maladies constitue-t-elle, un problème majeur ? Est-ce que le paludisme, l'ankylostomiase, la rougeole et le VIH/SIDA sont des maladies répandues ?

La plupart des responsables de santé constateront que l'amélioration des pratiques alimentaires des nourrissons, des enfants et des femmes et la réduction des infections sont des stratégies clés dans la quasi-totalité des zones ciblées.

Revue des interventions nutritionnelles existantes

Après l'identification ou la confirmation des problèmes de nutrition les plus importants et leurs causes, l'étape suivante est la revue des activités de nutrition en cours dans les services de santé. Les responsables de santé doivent avoir une rétro information sur les performances des interventions nutritionnelles en cours.

Une approche utile pour évaluer des activités de nutrition en cours consiste à mener une « revue rapide de programme » en collaboration avec les responsables de santé des structures de santé, les superviseurs des agents de santé, et les agents de santé pour identifier les principales difficultés et les réussites qui peuvent aider à la planification des interventions futures. Cela permettra aux responsables de santé de se fonder sur leurs propres expériences pour identifier les lacunes actuelles dans la couverture et la qualité des services. Cette approche ne mène pas au type d'estimation quantitative de base qu'on peut tirer des enquêtes formelles menées dans les structures de santé.



Les informations requises pour une revue de programme sont collectées par le biais de visites dans un nombre limité de structures de santé et de communautés, par la revue des rapports existants, et par l'observation et les entretiens avec le personnel sanitaire, des membres de la communauté y compris les leaders et les mères des jeunes enfants ainsi que les agents communautaires. Ce processus prend deux à quatre semaines selon les contraintes géographiques et logistiques et le nombre de sites et de communautés à visiter. Le nombre de sites varie selon les différents types de structures qui existent dans le district.

Une revue de programme comprend les étapes suivantes :

1. Établir une liste des hôpitaux, des centres de santé, des cliniques, des postes de santé, des cases de santé et des maternités rurales du district. Prendre en compte les structures gouvernementales et privées ainsi que les pharmacies.

2. À partir de cette liste, sélectionner un petit nombre de structures de santé et de communautés dans les zones d'intervention environnantes, de manière à représenter toutes les couches de la population (par exemple, en utilisant un tableau ou une grille) pour fournir une image globale des activités menées dans les différentes zones du district, au niveau des grandes et des petites structures et dans diverses communautés (par exemple urbaine et rurale).
3. Former deux équipes ou plus, comprenant des superviseurs et des agents de santé des structures sélectionnées. Leur donner des informations sur les objectifs et les méthodes de la revue de programme.
4. Inviter dans la planification de la revue, les partenaires clés qui travaillent dans le district et qui soutiendront ou mettront en œuvre les activités de suivi.
5. Se mettre d'accord sur les questions clés, les définitions, les descriptions des termes, et les procédures de collecte des dons.
6. Utiliser la liste recommandée d'actions essentielles présentée au chapitre 4 (Tableau 7) pour guider la revue. Elaborer des listes de contrôle pour chaque équipe.
7. Prétester les listes de contrôle, donner aux équipes des explications sur la manière de les utiliser, et collecter les informations auprès des structures de santé, des communautés et au niveau du district. Un spécialiste en nutrition devrait orienter les équipes d'agents de santé en ce qui concerne les questions techniques.
8. Inviter les partenaires clés qui soutiennent ou mettent en œuvre des activités à participer à la synthèse et à l'interprétation des informations recueillies et à la planification des activités.

Bien que les questions spécifiques posées dépendent en partie du district concerné et des types d'interventions déjà mis en œuvre, l'objet essentiel d'une revue de programme est de déterminer les éléments suivants :

- Est-ce que le programme de nutrition a des objectifs clairs et mesurables qui sont bien connues à chaque niveau ?
- Est-ce que des progrès ont été fait vers la réalisation des objectifs, si non, quelles sont les contraintes ?
- Est-ce que le programme s'est focalisé sur les problèmes de nutrition prioritaires ?

- Est-ce que les groupes prioritaires (c.-à-d., les femmes enceintes et les femmes qui allaitent et les enfants de 0–24 mois) sont effectivement touchés ?
- Est-ce que les méthodes de rapport et de supervision sont appropriées pour des interventions nutritionnelles, si non, que faut-il faire ?
- Est-ce que la qualité des services est bonne, si non, que faut-il faire ?
- Est-ce l'approvisionnement est suffisant ?
- Est-ce que les volets nutritionnels du programme sont soutenus à tous les niveaux ? et
- Est-ce que les ressources (humaines, organisationnelles, techniques et financières) sont suffisamment importantes pour permettre la réalisation des objectifs du programme ?

Les tableaux 5 et 6 contiennent des exemples de questions pour une revue de programme à utiliser au niveau des structures de santé et des communautés. Une liste de contrôle plus détaillée pour mener des revues de programme intitulée « Revue des programmes d'interventions nutritionnelles » est disponible auprès de l'USAID (Office of Health and Nutrition, Global Bureau, Washington). Le Panel 1 décrit la manière dont une revue de programme a été menée au Bénin.

Définir les groupes cibles, établir les objectifs en matière de nutrition et élaborer une stratégie

Pour prioriser leurs activités sous forme de stratégie, les responsables de santé auront besoin d'identifier les groupes cibles et les objectifs des programmes. Les responsables des districts devront travailler sur la base directive des politiques nationales et tenir compte des priorités des communautés qu'ils servent. Le chapitre 5 contient des exemples de méthodes utilisées pour impliquer les membres de la communauté dans le processus de planification. Les responsables auront besoin de combiner des approches du « sommet vers le bas » avec d'autres approches communautaires du « bas vers le sommet » pour une bonne conduite du processus de planification. Les lignes directrices présentées dans le présente chapitre reflètent les priorités actuelles au niveau mondial.

Groupes cibles

Les tranches d'âge ciblées en priorité par les interventions de nutrition sont :

- les enfants de moins de 2 ans ainsi que
- les femmes enceintes et celles qui allaitent

Ces catégories devraient bénéficier d'une couverture universelle pour l'ensemble des interventions nutritionnelles sélectionnées. Pour certaines interventions, la tranche d'âge visée et les indicateurs associés peuvent être légèrement différents. Par exemple, dans les zones où la carence en vitamine A est un problème, tous les enfants de 6–59 mois devraient recevoir des suppléments.

Objectifs nutritionnels des programmes de santé

Une étape essentielle de la planification concerne la définition des résultats attendus des activités proposées. Beaucoup d'activités de nutrition n'ont rien apporté de nouveau parce que des objectifs clairs et spécifiques n'ont pas été définis dès le début ; les objectifs n'étaient pas réalisables ; ou bien le personnel de santé et les superviseurs n'ont pas été suffisamment encouragés et soutenus assez longtemps avec des ressources adéquates, pour atteindre les objectifs.

Les objectifs de programme peuvent être exprimés en termes d'impact et de résultats ou en termes de méthodes de mise en œuvre.

Objectifs de programme recommandés en terme d'impacts ou de résultats

- Réduire la prévalence du retard de croissance de l'émaciation, et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 6 à 35 mois.
- Réduire la prévalence de la carence en Vitamine A chez les enfants, l'anémie chez les femmes et les enfants, et la carence en iode dans la population.
- Améliorer les pratiques d'allaitement maternel exclusif et d'alimentation complémentaire.

L'impact sur la taille et le poids des enfants résultant des interventions nutritionnelles menées auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 2 ans se voit plus clairement chez les enfants de 6 à 35 mois et les faibles poids à la naissance que dans les autres tranches d'âge. Des niveaux spécifiques de réduction devraient être déterminés selon ce qui est réalisable. Dans

certaines zones, d'autres objectifs pourraient être ajoutés (par exemple, réduire les problèmes de déficit pondéral chez les femmes ou réduire la prévalence des parasites). Dans certaines zones où les interventions nutritionnelles pendant la grossesse et l'allaitement ne sont pas suffisantes, toutes les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes et les femmes qui ne sont pas enceintes et qui n'allaitent pas auront besoin d'un soutien nutritionnel. Les objectifs des programmes devraient prendre en compte tous ces cas.

Objectifs recommandés pour la mise en œuvre des programmes

- Réaliser une couverture universelle (ou au moins une couverture de 80 pour cent pour commencer) de toutes les femmes enceintes et qui allaitent, et des enfants âgés de moins de deux ans dans le district avec un paquet d'interventions nutritionnelles prioritaires en combinaison avec les soins de santé primaires.

Des niveaux de couverture intermédiaires peuvent être visés lorsque les ressources sont limitées. Pour déterminer la couverture, il faudra s'appuyer sur des enquêtes représentatives au niveau des ménages pour collecter des données sur les séances de conseils et les services reçus par les familles. Les entretiens organisés au niveau des ménages et des communautés pourraient servir à déterminer le degré de connaissance des messages de nutrition par les populations ciblées.

- S'assurer que les agents de santé des structures et des communautés remplissent les critères de qualité pour les services de nutrition indiqués dans les protocoles internationaux et nationaux actuels ou selon les directives pour les activités de nutrition.

Les enquêtes de prise en charge dans les structures de santé, les registres de routine, les rapports de suivi et de supervision, les enquêtes communautaires et les revues de programmes devraient être utilisés pour vérifier si les agents de santé ont les compétences requises, si les stocks de médicaments sont suffisants, et si la formation et la supervision sont appropriées. Ensuite, des indicateurs et des cibles spécifiques devraient être définis.

Éléments clés d'une stratégie

Après l'identification des objectifs du programme, l'étape suivante consiste à élaborer une stratégie de réalisation de ces objectifs par la définition de priorités entre différentes approches possibles et en choisissant la

TABLEAU 5.

Exemples de questions pour la revue des programmes des structures de santé

Cocher chacun des types de services offerts par les structures de santé sélectionnées :

Santé maternelle

- Soins prénatals
- Soins pour l'accouchement
- Soins post-partum pour la mère et l'enfant

Santé infantile

- Vaccinations
- Soins aux enfants malades
- Soins aux enfants sains

Quelles sont les performances cibles en matière de couverture et de qualité des interventions nutritionnelles pour chacun des services sus-mentionnés ? Est-ce qu'ils sont clairs et bien connus par le personnel ? Utiliser les protocoles et les recommandations du chapitre 8 pour déterminer si les protocoles de nutrition sont correctement appliqués.

A. Les composantes nutritionnelles des services de SANTÉ MATERNELLE

Observez directement l'agent de santé. Observez la prise en charge de deux à cinq femmes, discutez en privé et individuellement avec les femmes, et notez les réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que les femmes enceintes sont correctement approvisionnées en comprimés de fer et d'acide folique ?
- Est-ce que les femmes enceintes reçoivent des conseils prénatals appropriés ?
- Est-ce que les femmes en post-partum sont soutenues pour démarrer l'allaitement maternel ?
- Est-ce que les femmes en post-partum reçoivent des doses de Vitamine A ?
- Est-ce que la maternité respecte toutes les « dix étapes » de l'IHAB ?

Soutien nutritionnel dans les services de SANTÉ MATERNELLE

Interrogez les agents de santé, vérifiez directement les approvisionnements et les équipements et notez les éléments suivants :

- Existe-t-il des directives claires et appropriées pour l'exécution des politiques concernant l'alimentation des nourrissons y compris l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel, et les politiques sur le VIH et l'alimentation du nourrisson ?
- Est-ce que les protocoles incluent des suppléments de fer et d'acide folique et de Vitamine A pendant la période post-partum, l'administration de mebendazole contre l'ankylostomiase, prophylaxie pour le paludisme pour la première et la deuxième grossesses, et l'utilisation de moustiquaires pour les mères et les enfants ?
- Est-ce que les médicaments essentiels/les approvisionnements en micronutriments sont disponibles pour les activités nutritionnelles les jours de consultation ? Y-a-t-il eu au cours des 30 derniers jours des ruptures de stock de capsules de Vitamine A, de fer ou de matériel IEC ?
- Est-ce que les agents de santé ont reçu une formation au cours des trois dernières années comprenant des activités clés de nutrition ?

TABLEAU 5. (suite)

Exemples de questions pour la revue des programmes des structures de santé

- Est-ce que des visites de supervision sont effectuées dans la structure ? Est-ce qu'elles intègrent des activités de nutrition ?
- Est-ce que les fiches de rapport mensuel de chaque service clinique contiennent des informations sur la nutrition ?
- Est-ce que les agents de santé savent comment enregistrer correctement les activités de nutrition ?
- Est-ce que le personnel sanitaire soutient correctement les agents communautaires dans leur zone d'intervention géographique ?

B. Les composantes nutritionnelles des services de SANTÉ INFANTILE

Passer en revue les actions de nutrition de chacune des catégories de structures qui fournissent des services de vaccination, de traitement des enfants malades ou de suivi des enfants sains.

Observez directement l'agent de santé. Observez la prise en charge de deux à cinq enfants, parlez en privé et individuellement aux personnes qui s'occupent des enfants, si possible, et notez les réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que les personnes qui s'occupent des enfants de moins de deux ans, et venant consulter pour une raison quelconque, sont interrogées sur les pratiques alimentaires et reçoivent des conseils appropriés, y compris des encouragements à allaiter les nourrissons au sein jusqu'à l'âge de deux ans ?
- Est-ce que les enfants qui sont vaccinés ont leur supplémentation en Vitamine A vérifiée, et si besoin, reçoivent-ils de la Vitamine A ?
- Est-ce que le statut nutritionnel des enfants malades est vérifié (poids, pâleur palmaire, œdèmes, signes de CVA au niveau des yeux) ainsi que leur alimentation évaluée (selon les recommandations de la PCIME) ?

Soutien nutritionnel dans les services de SANTÉ INFANTILE

Visitez les structures de santé, interrogez les agents de santé, et inspectez directement les approvisionnements et les équipements, et notez les réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que tous les médicaments essentiels/micronutriments et équipements sont disponibles le jour de la consultation ? Y-a-t-il eu au cours des 30 derniers jours des ruptures de stock en capsules de Vitamine A, fer ou matériels IEC ?
- Est-ce que les agents de santé ont reçu une formation au cours des trois dernières années, traitant les activités clés de nutrition ?
- Est-ce que des visites de supervision sont effectuées au niveau de la structure ? Est-ce qu'elles intègrent des activités de nutrition ?
- Est-ce que les fiches de rapport mensuel de chaque service clinique contiennent des informations sur la nutrition ?
- Est-ce que les agents de santé appuient correctement les agents communautaires par des visites, des sessions de formation, des rétro informations et des approvisionnements ?

TABLEAU 6.

Exemples de questions pour la revue des programmes communautaires

Sources de soins, de conseils, et de produits au sein de la communauté

Dressez une liste des prestataires de services, des agents communautaires, des points de vente et autres qui fournissent ces services :

- Santé Prénatale/ régimes alimentaires, conseils, fortifiants, médicaments
- Appui, soins, médicaments, fortifiants pour les *accouchements et après*
- Conseils, soins, médicaments lorsque les nourrissons et les enfants sont malades
- Conseils, soins et médecine préventive ou fortifiants pour *maintenir la bonne santé* des nourrissons et des enfants (par exemple, conseils sur l'alimentation, la vaccination, et autres domaines)

Composantes nutritionnelles des soins, des conseils, et produits disponibles dans la communauté

Visitez le site communautaire de santé/nutrition. Observez la prise en charge d'au moins deux à cinq femmes et enfants ; interrogez les prestataires de services et les mères.

Soins prénatals

- Est-ce que les femmes enceintes reçoivent des comprimés de fer/acide folique ?
- Est-ce que les femmes reçoivent des conseils appropriés portant sur le régime alimentaire, leur conformités avec les protocoles pour le fer, et la préparation à l'allaitement maternel ?

Accouchements et soins post-partum pour les mères et les nourrissons

- Est-ce que les mères sont encouragées à initier l'allaitement maternel aussitôt après l'accouchement ?
- Est-ce que les mères reçoivent de la Vitamine A après l'accouchement ?
- Est-ce que les évaluations et les conseils pour les mères et des membres de la famille favorisent un bon allaitement au sein exclusif ?
- Est-ce que les femmes reçoivent des conseils en matière de planification familiale (y compris la Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée — MAMA) ?

Soins aux enfants sains et conseils sur l'alimentation

- Est-ce que l'allaitement maternel et les pratiques en matière d'alimentation complémentaire des enfants sont correctement évalués (selon les directives de la PCIME) et est-ce que des conseils sont donnés par les prestataires de services ou par des agents communautaires ?
- Y-a-t-il une distribution de vitamine A à base communautaire au moins deux fois par an ?
- Est-ce que les enfants sont pesés régulièrement dans la communauté? Est-ce que les séances de pesée s'accompagnent de distribution de suppléments de vitamine A, de déparasitage, de conseils alimentaires ou d'autres services ?

TABLEAU 6. (suite)

Exemples de questions pour la revue des programmes communautaires

Soins aux enfants sains et conseils sur l'alimentation (suite)

- Est-ce que les comportements nutritionnels prioritaires sont pris en compte dans le cadre des activités menées par les agents des autres secteurs (par exemple, les enseignants, les agriculteurs, les assistants sociaux) ?

Soins aux enfants malades et conseils sur leur alimentation

- Est-ce que l'allaitement maternel et les pratiques alimentaires complémentaires sont évaluées et des conseils appropriés sont-ils donnés ? Est-ce que les mères des enfants malades de 0–24 mois sont reçues avec leurs enfants et encouragées à multiplier le nombre des tétées ?
- Est-ce que les suppléments en micronutriments sont donnés par les agents communautaires selon les protocoles concernant les enfants malades et malnutris ?
- Est-ce que les enfants malades sont régulièrement examinés pour des signes visibles d'amaigrissement d'œdème, de pâleur palmaire, de respiration rapide, de diarrhée, de fièvre et de rougeole ; est-ce qu'ils sont référés à d'autres structures en cas de besoin ? Est-ce qu'ils bénéficient d'un suivi médical ?
- Est-ce que les enfants souffrant de malnutrition et très gravement malades sont référés et correctement suivis après leur hospitalisation ?

Nutritionnel au niveau communautaire

Visitez les communautés, interrogez les agents communautaires, et vérifiez les stocks et les équipements.

- Est-ce que les familles ont accès à un agent communautaire bien formé en matière d'alimentation de l'enfant et de soins prénatals ? Existe-t-il une source d'approvisionnement en fer/acide folique, suppléments en Vitamine A, en sel iodé au sein/à côté de la communauté ?
- Est-ce que les agents communautaires ont reçu une formation intégrée en santé et nutrition au cours des deux dernières années ?
- Est-ce que les agents ont reçu au moins une visite de supervision au cours des quatre derniers mois ayant pris en compte la composante nutrition ?
- Est-ce que les services offerts dans la communauté sont consignés dans des registres ?
- Est-ce que le matériel IEC est utilisé efficacement pour l'évaluation et les conseils en matière de comportements nutritionnels ?
- Est-ce que les autres secteurs se sont engagés à soutenir les comportements nutritionnels prioritaires ?
- Est-ce que les leaders communautaires connaissent les problèmes de nutrition et font preuve d'engagement en ce sens ? Est-ce que les leaders sociaux/politiques, les enseignants, les prêtres, les volontaires de la santé et les autres connaissent l'importance de la nutrition ?
- Existe-t-il, au sein de la communauté, un comité ou un groupe responsable des questions de santé et de nutrition ?

Revue des programmes de nutrition dans les services de santé. L'exemple du Bénin

La revue au Bénin a été menée parce que de nouvelles ressources ont été fournies par les bailleurs de fonds pour l'amélioration de la santé familiale dans la région.

Méthodes

- ▶ Deux jours ont été consacrés aux activités suivantes: la présentation à l'équipe des responsables de santé, des activités nutritionnelles prioritaires, et du processus de renforcement de la nutrition, la planification de la revue de programme, le prétest des listes de contrôle, et les activités de terrain/la formation.
- ▶ Cinq jours ont été consacrés à la collecte de données par deux équipes composées d'un superviseur des maternités, d'un superviseur de santé infantile, trois agents de santé de base, et deux consultants.
- ▶ Après la collecte de données sur le terrain, trois jours ont été consacrés à la revue des informations, à l'identification des besoins, et au classement des actions par ordre de priorité.

Les sites suivants ont été visités pour la collecte de données: l'équipe responsable du district, l'hôpital du district, quatre centres de santé, deux postes de santé, deux comités de santé communautaires pour l'Initiative de Bamako, une organisation non-gouvernementale, un représentant du département de l'agriculture, et six communautés.

Résultats

Les décisions prises après la revue du programme et la mise en œuvre des activités de suivi concernent les activités ci-après :

- ▶ Des recherches qualitatives pour préparer des recommandations sur l'alimentation des enfants et la prise régulière de comprimés de fer/acide folique.
- ▶ Une enquête de base sur les structures de santé comprenant des indicateurs sur la nutrition et la PCIME.
- ▶ Des activités-pilotes pour améliorer la distribution des suppléments de vitamine A pendant les séances de vaccination de routine.
- ▶ Des mesures pour améliorer la qualité des maternités IHAB du district.

Pour aider le personnel sanitaire du district à mettre en œuvre des interventions nutritionnelles prioritaires dans leurs activités de santé habituelles, les responsables de santé ont organisé des sessions d'orientation de courte durée sur l'intégration des interventions aux contacts de santé habituels. L'équipe a étudié les canaux et le matériel de communication moderne et traditionnel et a mis en œuvre un atelier de planification pour un programme de communication sur les comportements nutritionnels clés. Les responsables de santé des districts ont identifié des prestataires de services et des agents communautaires pour les conseils aux femmes enceintes ainsi qu'en matière d'alimentation des enfants.



meilleure combinaison d'actions pour augmenter et améliorer la couverture, la qualité, et la pérennisation des interventions nutritionnelles prioritaires. Un rôle important pour les responsables des activités de santé est de faire le plaidoyer en faveur de l'augmentation des ressources pour la santé et la nutrition ; le plan en lui-même peut être un instrument utile pour la mobilisation de ressources supplémentaires. En fin de compte, le choix des stratégies sera déterminé par ce qui est réalisable compte tenu des ressources disponibles et du temps requis.

Les principales composantes d'une stratégie doivent inclure:

- des activités dans les structures de santé
- des activités communautaires et
- des activités de communication

Les responsables de santé trouveront utile de revoir les manières dont les groupes cibles prioritaires des communautés concernées entrent en contact avec différents services de santé gouvernementaux et privés ou avec les agents d'autres secteurs, et ils chercheront à connaître les membres les plus influents de la communauté. La figure 11 présente une vue d'ensemble des différents moments où les familles sollicitent des orientations ou un soutien pour les soins et le bien-être des femmes et des

enfants. Il existe six points clés de contacts qui sont particulièrement appropriés pour l'introduction d'interventions nutritionnelles : pendant la grossesse, à l'accouchement, pendant la période post natale, pendant les sessions de vaccinations, et pendant les consultations des enfants sains et des enfants malades. Les responsables de santé peuvent utiliser la Figure 11, pour organiser la collecte d'informations sur les principaux prestataires de services de santé et agents communautaires de ces contacts. Certaines de ces personnes travaillent dans les structures de santé mais beaucoup d'entre elles seront au niveau communautaire. Différentes stratégies de programmes et de différents de canaux de communication peuvent être utilisées pour atteindre ces personnes.

Mais, au-delà de la recherche des canaux qui existent dans le secteur de la santé et dans d'autres domaines, les responsables de santé auront souvent besoin de trouver d'autres moyens pour atteindre des communautés reculées et inaccessibles par le biais d'activités spéciales

Le *processus* d'élaboration d'une stratégie de renforcement des interventions nutritionnelles est important et doit impliquer le personnel de santé de base ainsi que des agents d'autres secteurs. Les responsables de santé doivent organiser des exercices participatifs pour les superviseurs et les agents de santé communautaires pour discuter des contraintes et des difficultés courantes auxquelles ils devront faire face dans l'immédiat et plus tard. Ils devront identifier des priorités des activités éventuelles ainsi que des solutions aux difficultés courantes ; ces priorités seront basées non seulement sur les besoins existants mais aussi sur ceux les plus vraisemblables et les plus réalisables avec les ressources effectivement ou potentiellement disponibles. Les superviseurs et les agents de santé doivent aider à l'identification de solutions à des problèmes spécifiques tel que le faible taux de couverture. Le panel 2 montre un exemple de ce type d'activités de planification.

L'exercice de cartographie concernant l'ensemble du district constitue un outil complémentaire de planification. La cartographie montre la localisation des communautés, les principales concentrations de populations, les zones à risque, où on trouve différents types de prestataires de soins de santé et des sources d'approvisionnements. Cela peut aider les responsables de santé à visualiser la manière dont les objectifs de couverture pourront être réalisés ainsi que les éventuels responsables des prestations de services dans différentes localités du district. La figure 12 est un exemple de carte montrant les ressources

FIGURE 11. Les six catégories de contacts de santé qui devraient inclure les interventions prioritaires de nutrition

Les femmes enceintes et les responsables d'enfants sollicitent avis et conseils auprès de sources existantes au sein et en dehors de leurs communautés. Les responsables de santé devraient identifier et soutenir ces sources pour qu'elles puissent fournir des services nutritionnels appropriés et en temps opportuns.

1. PENDANT LA GROSSESSE	2. A L'ACCOUCHEMENT	3. POST PARTUM	4. LES CONTACTS DE VACCINATION	5. LES SOINS AUX ENFANT SAINS	6. LES CONSULTATIONS DES ENFANTS MALADES
-------------------------	---------------------	----------------	--------------------------------	-------------------------------	--

Exemples des contacts typiques dans la communauté :

<p>Pour les problèmes de début de grossesse, par ex, les nausées, et autres.</p>	<p>Les accouchements à domicile, chez les matrones traditionnelles, chez les sages-femmes.</p>	<p>Les pratiques pour les 40 premiers jours, les difficultés liées à l'allaitement maternel, et autres.</p>		<p>Pour les problèmes d'alimentation courants par exemple, « l'insuffisance de lait, » et le manque d'appétit, etc.</p>	<p>Pour les premiers signes de maladies ainsi que le refus de manger chez l'enfant, le manque d'appétit.</p>
--	--	---	--	---	--

Exemples de contacts typiques dans les structures de santé ou en stratégie avancée :

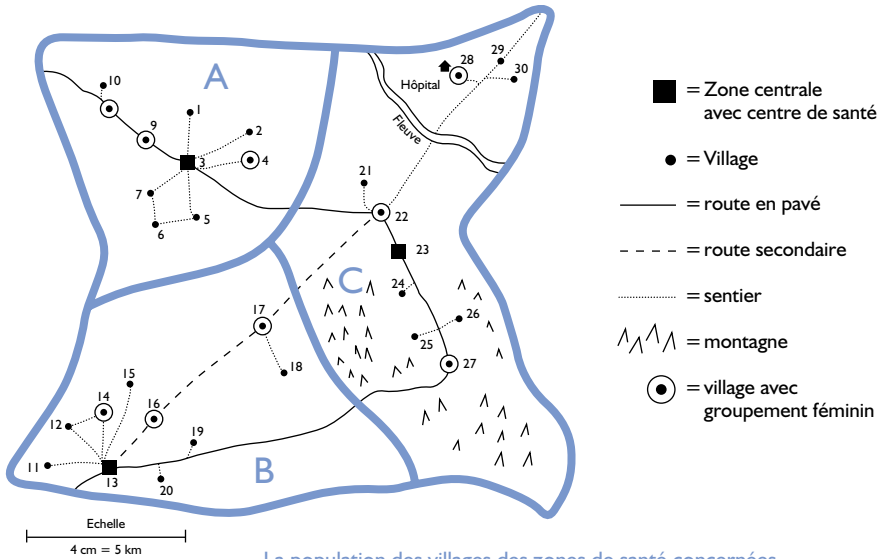
<p>Pour les examens de fin de grossesse.</p>	<p>Les accouchements dans les maternités et les cliniques.</p>		<p>BCG DCT/VOPI-3 Vaccin contre la rougeole</p>	<p>Dans les 2 semaines après la naissance A partir de la 6^e, la 10^e, et la 12^e semaine A 9 mois</p>	<p>Pour le suivi de la croissance Pour les Infections Respiratoire Aiguës (IRA), les diarrhées prolongées ou graves, les fièvres, la rougeole, etc.</p>
--	--	--	---	--	--

disponibles dans le district. De la même manière, les facteurs de risque pour la malnutrition (par exemple, des pénuries alimentaires chroniques ou saisonnières, un faible taux de couverture vaccinale, une infrastructure inexistante, l'inaccessibilité aux marchés), la rougeole, le paludisme, les épidémies de diarrhée, peuvent être identifiés sur une carte. Ces informations devraient être utilisées pour canaliser des ressources

FIGURE 12.

Carte des ressources communautaires et de l'accès aux services de santé

A plusieurs étapes du processus de planification, les cartes peuvent être un outil important pour identifier l'emplacement des communautés, les barrières naturelles, les principales concentrations de populations, la localisation des différents types de prestataires de services de santé, et les sources d'approvisionnement. Elles peuvent aussi faciliter la localisation des communautés très exposées à des risques de problèmes nutritionnels.



La population des villages des zones de santé concernées

Zone A	Zone B	Zone C
1 - 4 000	11 - 4 000	21 - 5 000
2 - 4 000	12 - 3 500	22 - 6 500
3 - 50 000	13 - 38 000	23 - 52 800
4 - 10 000	14 - 5 000	24 - 3 500
5 - 3 500	15 - 3 500	25 - 4 600
6 - 3 000	16 - 3 200	26 - 5 000
7 - 5 500	17 - 14 500	27 - 2 700
8 - 9 500	18 - 6 000	28 - 5 700
9 - 6 000	19 - 4 500	29 - 9 200
10 - 2 000	20 - 9 200	30 - 1 500
97 500	90 900	96 500

DISCUSSION 2

Exemples de planification conjointe pour s'adresser les causes des faibles taux de couverture

LES PROBLÈMES ET LES CAUSES	LES SOLUTIONS POSSIBLES
<p>Les abandons</p> <p>Les femmes enceintes ne viennent pas aux consultations prénatales requises ou viennent très rarement.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Les agents de santé ne mènent pas d'activités de suivi ou n'expliquent pas l'importance de la nécessité de faire toutes les consultations requises.▶ Les femmes ne peuvent pas se rendre dans les centres de santé aux heures d'ouverture.▶ Le manque de connaissance de l'importance des actions préventives au niveau de la communauté.	<ul style="list-style-type: none">• Demander aux organisations de femmes de fournir des volontaires qui pourront être formés pour effectuer des visites de suivi dans les familles où il y a des abandons.• Donner une meilleure formation et une meilleure supervision quant aux moyens de motiver les femmes à revenir.• Fournir, aux femmes, des services aux heures les plus convenables.• Faire connaître aux chefs religieux, aux enseignants, et aux anciens du village l'importance de la nutrition.
<p>Les occasions manquées</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Les agents de santé ne mènent des activités de nutrition qu'auprès des enfants en bonne santé. Ils ne profitent pas des sessions de consultations des enfants malades, des séances de vaccination, des visites prénatales et post-partum pour dépister les problèmes et mener des activités de nutrition.	<ul style="list-style-type: none">• Former les agents de santé eu égard à l'importance de bien suivre les protocoles et de renforcer la supervision.• Se concentrer sur l'utilisation de tous les contacts pour vérifier les activités de nutrition.
<p>Certaines familles qui ont facilement accès au programme ne sont jamais touchées</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Elles ne sont pas informées de la disponibilité des services de nutrition.▶ Elles croient que les services sont inefficaces ou contraires à leurs croyances.	<ul style="list-style-type: none">• Former des volontaires pour mener des sessions d'éducation dans les zones où habitent ces familles.• Encourager les autres participants à souligner les bénéfiques et à donner des exemples de succès.• Utiliser les enseignants et les élèves pour les activités de promotion.
<p>Problème d'accessibilité géographique</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Il n'y a ni d'agents communautaires qualifiés ni d'approvisionnement en micronutriments au sein de la communauté.▶ La structure sanitaire n'est pas accessible à pied.	<ul style="list-style-type: none">• Mobiliser des fonds pour engager un agent communautaire et couvrir les dépenses d'approvisionnement et de supervision dans ces communautés.



supplémentaires et des services spécifiques pour assurer la couverture des communautés à haut risque. Les zones à haut risque devraient être surveillées de très près.

Identification des ressources du programme et de la communauté

Une autre étape importante du processus de planification concerne la revue des ressources disponibles pour les activités de nutrition, la détermination des besoins, et l'identification de ressources supplémentaires potentielles. Les responsables de santé ont besoin de connaître les besoins liés aux activités planifiées, les différents canaux par lesquels les priorités choisies peuvent être mises en œuvre dans leurs districts, et les types d'appuis qu'ils doivent fournir. Les chapitres 4, 5, et 6 donnent des informations sur les besoins spécifiques ayant trait à la mise en œuvre des activités dans les structures de santé, dans les communautés et à travers les canaux de communication. Le chapitre 7 traite des différents soutiens requis.

Les besoins devraient correspondre au type et à la quantité des ressources gouvernementales et privées disponibles au niveau du district, des structures de santé, du marché, des communautés et les ménages existants. L'identification des types de ressources disponibles, des personnes qui les contrôlent, et de la manière de les utiliser pour la mise en œuvre des activités prioritaires constitue un aspect important du processus de planification. Cette étape comprend la recherche de moyens pour combiner les ressources, ou pour s'appuyer sur les ressources des autres et mobiliser de nouvelles (par exemple, les ONG, et agents d'autres secteurs, tels que éducation, et agriculture).

Après l'évaluation des écarts entre les ressources requises et celles disponibles aux différents niveaux, les responsables de santé peuvent réviser les objectifs de leurs programmes, et le choix des stratégies, et rechercher des fonds supplémentaires, ou s'investir dans des alliances avec ceux qui disposent de ressources (par exemple, d'autres secteurs, y compris l'éducation et l'agriculture avec des réseaux communautaires élargis ou les secteurs privés).

Certains gestionnaires des activités de santé ont jugé utile de mener une étude spéciale sur ces ressources alternatives et complémentaires et d'établir des accords formels ou des contrats avec leurs détenteurs pour fournir les services les plus appropriés.

En résumé, pour planifier une stratégie de renforcement des interventions de nutrition dans les structures de santé de leur district, les gestionnaires des activités de santé doivent :

- identifier les problèmes de nutrition prioritaires dans le district et leurs causes,
- passer en revue les activités de nutrition qui existent dans les services de santé maternelle et infantile aussi bien dans les structures de santé qu'au niveau de la communauté,
- définir les groupes cibles, fixer les objectifs en matière de nutrition, et identifier les stratégies,
- faire une estimation des ressources requises et disponibles, et utiliser le plan pour générer davantage de ressources et réévaluer régulièrement les besoins.

Bien que seules les composantes nutritionnelles de la planification soient décrites dans cette section, toutes les activités devraient être étroitement liées et pleinement intégrées au plan en matière de santé global.



Directives techniques pour l'intégration de la nutrition dans les activités des structures de santé

POINTS CLÉS

Les activités de nutrition doivent faire partie de tous les contacts des agents de santé avec les femmes enceintes ou celles qui allaitent et les enfants de moins de 2 ans. Les contacts les plus importants ont lieu lors des soins prénatals, les soins pour l'accouchement, les soins post-partum pour les mères et les bébés, les séances de vaccination, les consultations des enfants sains et les consultations des enfants malades.

Les activités de nutrition appropriées doivent être intégrées à chaque contact avec les mères.

Les agents de santé doivent prendre les mesures suivantes pour le renforcement de la nutrition dans les activités des services de santé :

- La mise à jour des politiques et protocoles actuels en matière de nutrition,
- La constitution de partenariats communautaires et l'expansion de la couverture par le biais des canaux de communication, pour une couverture universelle,
- La revue des appuis nécessaires aux agents de santé, aux agents communautaires et aux activités de communication. Le renforcement des capacités au sein des organisations communautaires et la formation du personnel de santé.
- L'organisation d'une enquête de base sur le statut nutritionnel, la qualité et la couverture des interventions nutritionnelles prioritaires ; l'utilisation de ces indicateurs pour un suivi du progrès.
- La mise en oeuvre fréquente de mesures tels que supervision, motivations ou encouragement, suivi, assurance de la qualité dans les activités nutritionnelles et revue de la qualité et de la couverture.

Chapitre 4

Directives techniques pour l'intégration de la nutrition dans les activités des structures de santé

Ce chapitre fournit des directives techniques pour la mise en oeuvre des parties du plan de nutrition qui intègrent les activités de nutrition dans les services de santé maternelle et/ou infantile. Il décrit des types d'interventions nutritionnelles nécessaires, où et comment elles peuvent être intégrées et où trouver les protocoles appropriés. Les chapitres 5 et 6 abordent les questions communautaires et de communication dans la planification des activités de nutrition.

Ce chapitre décrit :

- Les étapes-clés de l'intégration des activités de nutrition dans les structures de santé,
- Les contacts des services de santé essentiels pour l'intégration des activités nutritionnelles,
- Les activités de nutrition pour les services de santé maternelle, et
- Les activités de nutrition pour les services de santé infantile.

L'intégration des activités de nutrition dans les structures de santé : les étapes clés

Le renforcement des activités de nutrition dans les services de santé des districts requiert la même approche qui fait que les autres interventions de santé sont efficaces. Les étapes-clés à suivre sont présentées dans les pages qui suivent. Il faut cependant noter, qu'un seul processus ne donne pas toujours un bon résultat. Le responsable de santé doit plutôt procéder à l'évaluation de la spécificité de son district, effectuer des choix, en tirer des leçons, faire de nouveaux choix et encore apprendre, tout en travaillant avec un éventail de partenaires.

- **Mettre à jour les politiques et protocoles actuels** pour l'intégration des activités prioritaires en matière de nutrition dans les services de

SMI, surtout lors des contacts des services de santé. Le tableau 7 doit être utilisé en vue de déterminer si les protocoles clés en matière de nutrition sont mis en oeuvre dans les services de SMI au niveau du district. Cela doit inclure l'application des « Dix conditions » de l'IHAB pour soutenir l'allaitement maternel au sein des services de maternité, l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel, le suivi des recommandations pour l'alimentation des nourrissons et des enfants suivant la PCIME, l'utilisation correcte des protocoles pour la supplémentation en micronutriments, l'application de mesures appropriées pour le diagnostic et le traitement des enfants malades ou malnutris et des séances de conseils appropriés aux mères séropositives sur les options en matière d'alimentation. (voir chapitre 8 pour les détails).

- **Choisir les approches les plus pratiques pour une couverture universelle** de la population cible des actions essentielles en nutrition grâce à la formation de partenariats communautaires et l'élargissement de la couverture à travers les canaux de communication. Faire la revue des exemples et des étapes dans les chapitres 5 et 6. Plusieurs programmes devront comprendre « des activités spécifiques » en vue de réaliser les objectifs de couverture dans leur zone d'intervention géographique ou d'améliorer la qualité de leurs services. Les activités spécifiques sont des actions et des initiatives entreprises de façon ponctuelle ou à durée limitée et qui sont généralement financées avec des ressources supplémentaires. A titre d'exemples, les campagnes de supplémentation en micronutriments intégrées à d'autres activités de promotion de la santé (comme la supplémentation en vitamine A lors des journées nationales de vaccination) et les campagnes médiatiques faisant la promotion des changements de comportement ou celle de nouveaux services.
- **Fournir des appuis nécessaires** aux agents de santé, aux agents communautaires et aux activités de communication pour la mise en oeuvre des actions nécessaires. Renforcer les capacités des organisations communautaires, former le personnel de santé et préparer les matériels nécessaires. Inclure les besoins des agents de santé, agents communautaires et des groupements féminins, du personnel des cliniques et hôpitaux privés, des structures de santé du gouvernement et du personnel en rapport avec les programmes des ONG. (Pour des informations supplémentaires sur les appuis, cf. le chapitre 7).

TABLEAU 7.

Activités de nutrition pour les six catégories de contacts avec les services de santé

Soins prénatals

- Conseiller les mères et les autres membres de la famille (époux, belles-mères et autres) sur le régime alimentaire, sur l'importance de la réduction de la charge de travail et de l'allaitement maternel. Respecter les directives de l'IHAB (les « Dix conditions »). En ce qui concerne le domaine du VIH, appliquer les directives de l'OMS,
- Fournir des suppléments en fer et des conseils dans les zones où la carence en fer représente un risque (dans presque toutes les zones) ; examiner et référer/traiter les anémies graves,
- Administrer du mebendazole pour l'ankylostomiase, la prophylaxie antipaludéenne pour la première et la deuxième grossesses et encourager l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour les mères et les enfants,
- Surveiller au tant que possible les gains de poids au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse,
- Explorer des alternatives pour atteindre les femmes enceintes ou qui allaitent lorsque la disponibilité ou l'utilisation des services de santé est faible.

Soins à l'accouchement

- Fournir une assistance et des conseils en matière d'allaitement maternel : toutes les maternités doivent respecter les « Dix conditions » de l'IHAB, appliquer les directives du Code pour la commercialisation des substituts du lait maternel et suivre les directives de l'OMS en ce qui concerne les mères séropositives,
- Administrer une dose de vitamine A à toutes les mères dans la période post-partum si la carence en vitamine A représente un risque,
- Vérifier la supplémentation en fer/acide folique et continuer de fournir les suppléments aux mères jusqu'à la fin du 6ème mois,
- Examiner les mères pour déceler les cas d'anémie graves et les référer/traiter,
- Donner des conseils en planification familiale et en MAMA (utiliser l'allaitement maternel pour la planification familiale durant les six premiers mois).

Soins post-partum

- Evaluer l'allaitement maternel exclusif. Apprendre aux mères à prévenir et à résoudre les difficultés liées à l'allaitement maternel. Utiliser les directives du manuel de l'OMS/UNICEF sur les conseils en matière d'allaitement maternel,
- Encourager une bonne alimentation et une charge de travail réduite pour les mères,
- Examiner les mères pour déceler les cas d'anémie graves et les référer/traiter,
- Donner des conseils sur la MAMA et conseiller des méthodes de planification familiale qui n'interfèrent pas avec l'allaitement maternel.

TABLEAU 7. (suite)

Activités de nutrition pour les six catégories de contacts avec les services de santé

Séances de vaccination

- Pendant la séance de vaccination de l'enfant contre la tuberculose (BCG), vérifier et compléter la supplémentation en vitamine A à la mère (dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement), dans les zones où la carence en vitamine A constitue un risque.
- Durant les journées nationales de vaccination, les autres campagnes de vaccination et les campagnes de vaccination au niveau communautaire, donner des suppléments de vitamine A dans les zones où la carence en vitamine A représente un risque. Si possible, renforcer les messages appropriés sur l'alimentation des enfants.
- Au cours des séances de vaccination de routine, vérifier le statut en Vitamine A de l'enfant et donner la supplémentation dans les zones où la carence en vitamine A représente un risque. Renforcer les messages ayant trait à l'alimentation des enfants.

Consultations des enfants sains

- Évaluer et donner des conseils sur l'allaitement maternel. Appliquer les directives OMS/UNICEF sur les conseils en matière d'allaitement maternel,
- Évaluer et conseiller en matière d'alimentation complémentaire appropriée, en utilisant les recommandations de la PCIME localement adaptées,
- Dans les zones où il y a des risques de carence pour ces micronutriments, examiner et appliquer les protocoles de suppléments en vitamine A et en fer,
- Peser tous les enfants pour voir s'ils ont une croissance régulière et vérifier s'il y a des cas sévères de malnutrition.
- Approvisionner en médicaments pour le déparasitage, dans les zones où l'ankylostomiase constitue un problème et encourager l'utilisation de moustiquaires imprégnées là où le paludisme est un problème.

Consultations des enfants malades

- Évaluer et fournir des conseils sur l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire appropriée en utilisant les recommandations de la PCIME localement adaptées,
- Encourager l'augmentation de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire après une maladie, pour une bonne récupération,
- Peser tous les enfants malades pour voir s'ils ont une croissance régulière ; examiner, traiter et référer les cas de malnutrition sévère, de carence en vitamine A et d'anémie,
- Fournir des suppléments de micronutriments conformément aux protocoles de la PCIME, de l'IVACG et de l'INACG,
- Examiner et appliquer les protocoles pour la prévention de la carence en Vitamine A et en fer, là où la CVA et l'anémie représente un problème.

- **Entreprendre une évaluation ou mener une enquête de base** sur les problèmes de nutrition et sur la qualité et la couverture des interventions prioritaires en matière de nutrition à partir desquels on pourra suivre les progrès du programme. Voir les tableaux 3, 17, 25 et 26 pour des informations sur les indicateurs. Ils peuvent être utilisés comme repères en vue d'orienter le programme vers l'atteinte des objectifs.
- **Mettre en oeuvre** des politiques d'intégration et de renforcement des interventions nutritionnelles et entreprendre fréquemment la revue de leur qualité et de leur couverture. Procéder à des révisions de la stratégie pour la réalisation des objectifs en terme de couverture et de qualité, se basant sur les résultats du suivi de routine du programme, des évaluations périodiques et des estimations au niveau communautaire. Les révisions de la stratégie peuvent inclure :
 - Le développement de nouveaux partenariats ou la collaboration avec d'autres entités au niveau du district ;
 - La mobilisation de ressources supplémentaires ;
 - Mettre plus l'accent sur un ou deux des principaux soutiens nécessaires aux interventions nutritionnelles tels que supervision, enregistrement et approvisionnements ;



- Mettre l'accent sur un ou deux comportements nutritionnels correctes ; ou
- Mener « des activités spécifiques » supplémentaires (exemple les campagnes).

Les contacts des services de santé en matière de nutrition pour les activités de nutrition

Deux groupes cibles prioritaires doivent bénéficier des services de nutrition : les femmes enceintes ou celles qui allaitent et les enfants de moins de 2 ans. Les agents de santé doivent fournir des suppléments en micronutriments appropriés ou des conseils lors de chaque contact avec ces groupes cibles aussi bien au niveau des structures de santé qu'au cours des stratégies avancées dans les communautés. En outre, les agents de santé doivent aider les agents communautaires et les prestataires privés à atteindre ces groupes cibles prioritaires, s'ils ne se manifestent pas aux centres de santé et aux cliniques au moment opportun.

Il existe six catégories de contacts qui sont particulièrement importants : (a) les soins prénatals, (b) les soins à l'accouchement, (c) les soins post-partum pour la mère et l'enfant, (d) les séances de vaccination, (e) les conseils pour l'alimentation de l'enfant, les consultations des enfants sains et (f) les soins aux enfants malades. La liste des activités de nutrition clés pour chaque type de contact sanitaire figure au Tableau 7.

Les interventions nutritionnelles dans les services de santé maternelle

Les activités prioritaires en matière de nutrition dans les services de santé maternelle consistent à :

- fournir des suppléments de fer/acide folique à toutes les femmes enceintes qui présentent des risques d'anémie ou de carence en fer (dans presque toutes les zones),



- encourager une alimentation appropriée et une réduction du volume de travail durant la période de grossesse et après l'accouchement et si possible, surveiller le gain de poids au cours des deux derniers trimestres de la grossesse,
- appliquer les « 10 conditions » de l'IHAB partout où des naissances sont enregistrées, et refuser tout approvisionnement gratuit ou bon marché en substituts du lait maternel, biberons et tétines,
- protéger le public et les mamans contre la promotion des produits dans le cadre du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (voir chapitre 8) qui comprend tous les aliments qui sont proposés comme pouvant remplacer le lait maternel à n'importe quel stade,
- fournir de la vitamine A pendant la période post-partum aux femmes qui ont accouché, dans les zones où il existe un risque de carence en vitamine A,

- donner du mebendazole pour l'ankylostomiase, une prophylaxie antipaludéenne pour la première et la deuxième grossesses et encourager l'utilisation des moustiquaires imprégnées pour les mères et les enfants,
- procéder à des examens réguliers pour déceler les cas d'anémie graves et traiter ou référer les femmes atteintes.

En outre, les responsables de santé doivent renforcer la qualité des services prénatals, des soins à l'accouchement et pendant la période post-partum, grâce au respect des directives actuelles de l'OMS et des recommandations de l'Initiative pour une maternité sans risque, y compris l'utilisation de méthodes appropriées en planification familiale et l'application de mesures adéquates en vue de réduire la transmission du VIH/SIDA. L'UNICEF *Care Initiative* fournit des directives en matière d'évaluation, d'analyse et d'action pour l'amélioration des soins prodigués aux femmes et aux enfants.

Les responsables de santé doivent utiliser une combinaison d'approches afin de mener les actions essentielles en nutrition et d'atteindre une large couverture. Les agents de santé doivent explorer des alternatives pour



TABLEAU 8.

Organisation d'activités de nutrition dans les services de santé maternelle

COMPOSANTES DES SERVICES	SERVICES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ	SERVICES AU SEIN DES STRUCTURES DE SANTÉ (STRATÉGIE FIXE OU AVANCÉE)
<p>Quelle intervention ou action ?</p>	<p>Pour les femmes enceintes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Là où l'anémie est un problème (presque dans toutes les zones), encourager toutes les femmes enceintes à prendre des suppléments en fer dès le début de leur grossesse ; fournir des comprimés ou leur dire où s'en procurer ; conseiller-les de prendre tous leurs comprimés. Poser des questions sur les vers et sur le paludisme. Donner des médicaments pour le déparasitage et contre le paludisme et/ou les référer aux dispensaires. Évaluer et référer si une pâleur, signe d'anémie sévère, est décelée. • Conseiller aux femmes de manger assez de bonne nourriture durant la grossesse et de réduire leur charge de travail et les préparer à l'allaitement maternel exclusif. Si possible, surveiller le gain de poids durant la grossesse. <p>A l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager les femmes à commencer l'allaitement maternel immédiatement après l'accouchement. • Fournir une dose de vitamine A après l'accouchement surtout dans les zones où il y a carence en vitamine A. • Examiner et traiter/référer les cas d'anémie graves. <p>Pour les femmes dans la semaine qui suit l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler et conseiller l'allaitement maternel ; apprendre aux mamans à prévenir et à résoudre les difficultés liées à l'allaitement maternel. • Apprendre à toutes les mamans comment exprimer manuellement le lait maternel et comment alimenter leurs nourrissons en utilisant une tasse si elles devaient en être séparées. • Conseiller aux mamans d'augmenter leur régime alimentaire pendant l'allaitement. <p>Pour toutes les femmes : (a) Encourager les femmes à adopter un régime alimentaire approprié, y compris le recours à des aliments fortifiés et au sel iodé (b) dans les zones de prévalence élevée du VIH, faire un test VIH/SIDA (test volontaire et confidentiel) et fournir des conseils selon les directives (1998) de l'OMS sur le VIH et l'alimentation de l'enfant.</p>	<p>Pour les femmes enceintes, à l'accouchement/post-partum, et dans la semaine qui suit l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Même chose que dans les services à base communautaire. • Apprécier et traiter les problèmes référés par les agents communautaires. • Approvisionner et réapprovisionner les agents communautaires. Les motiver et les superviser. • Examiner, traiter et référer les cas d'anémie sévères. • Encourager le recours à un régime approprié et l'utilisation d'aliments fortifiés y compris le sel iodé. • Test VIH/SIDA (Test volontaire et confidentiel) et conseils selon les directives de l'OMS (1998) sur le VIH et l'alimentation de l'enfant.

(à suivre)

<p>Où et par qui sont dispensés les services?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sites de stratégies avancées par les agents de santé. • Domiciles des agents communautaires ou des femmes. Services et conseils donnés par les agents au niveau communautaire, comme la matrone, la sage-femme, le docteur de la localité, le guérisseur et les dépôts de médicaments. • Sessions de groupe au domicile du dirigeant du groupe, animées par les groupements féminins. 	<p>En stratégie fixe ou avancée. Dispensés par les agents de santé, les infirmiers des maternités, les auxiliaires et les sages-femmes formés.</p>
<p>Qui seront servies ?</p>	<p>Les femmes enceintes ; les femmes qui accouchent ; et les femmes dans la première semaine post-partum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les clientes référées par les agents communautaires. • Les femmes enceintes, celles qui ont accouché et celles qui dans la première semaine post-partum, utilisent les services de la clinique.
<p>A quelle fréquence seront-elles contactées (vues) ?</p>	<p>Pour les activités de nutrition, au moins quatre fois: (a) deux fois durant la grossesse (si possible quatre fois) pour le réapprovisionnement en supplément de fer et autres consultations médicales (b) à l'accouchement et (c) une ou deux semaines après l'accouchement pour le contrôle de l'allaitement maternel, ou dans les huit semaines dans la période post-partum pour les suppléments en vitamine A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tel que requis pour les cas référés par les agents communautaires, • Au moins quatre fois pour tous les autres.
<p>Quelle est la durée de l'intervention ?</p>	<p>Du début de la grossesse jusqu'aux huit premières semaines de la période post-partum ; poursuivie pendant toute la période où la mère a besoin d'un soutien.</p>	<p>Du début de la grossesse jusqu'aux premières semaines de la période post-partum ; poursuivie pendant toute la période nécessaire.</p>

TABLEAU 9. AIDE-MÉMOIRE de nutrition pour les soins prénatals

POURQUOI ? Une mauvaise alimentation de la femme enceinte met en danger la vie de la mère et celle du nouveau-né.
QUOI ? A chaque consultation prénatale de la mère, vérifier et appliquer les actions suivantes :

QUI	QUANTITÉ/CONTENU	DURÉE
Toutes les femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> • 1 comprimé de fer/acide folique par jour (60mg fer + 400µg d'acide folique). • Conseils sur le suivi du traitement, les doses à respecter et les effets secondaires. 	180 jours à partir de la première visite et se poursuit jusqu'à la prise des 180 comprimés.
Les femmes enceintes avec des signes de pâleur à l'intérieur des paupières inférieures et de pâleur palmaire	<ul style="list-style-type: none"> • 2 comprimés de fer/acide folique par jour (120mg fer + 800µg d'acide folique). Jusqu'à disparition de la pâleur, ensuite 1 comprimé par jour (60mg de fer + 400µg d'acide folique). • Conseils sur les effets secondaires, le respect de la posologie et les doses à respecter. 	2 comprimés par jour jusqu'à la disparition de la pâleur ou un minimum de 90 jours. Ensuite continuer à prendre un comprimé par jour jusqu'à réaliser un total de 180 jours de prise de supplément de fer. Continuer à prendre des comprimés durant la période post-partum.
Toutes les femmes enceintes	Evaluation et conseils en vue de la préparation à l'allaitement maternel exclusif ; conseils pour l'allaitement au sein immédiatement après la naissance du bébé. Utiliser l'étape 3 des « Dix Conditions » de l'IHAB pour vous guider.	Conseils et/ou renforcement des messages-clés à chaque consultation prénatale
Toutes les femmes enceintes	Conseils pour ajouter un repas et un goûter chaque jour, pour plus de nourriture riche en vitamines A et C et pour plus de repos. Au tant que possible surveiller le gain de poids pour les deux derniers trimestres.	Conseils pour une amélioration de l'alimentation dès le début de la grossesse et continuer pendant la période d'allaitement.

(à suivre)

COMMENT ?

1. Examiner chaque mère pour des signes de pâleur (Examiner les yeux et les paumes).
 2. Demander à chaque mère quand est ce qu'elle pourra revenir pour la prochaine consultation prénatale. Compter le nombre de comprimés dont elle aura besoin jusqu'à la prochaine visite. Utiliser le protocole ci-dessus. Lui fournir ou suggérer d'utiliser les vieilles boîtes à pilules ou des sachets en plastic pour conserver les comprimés de fer afin d'éviter qu'ils s'avarient avec l'humidité et l'air.
 3. Fournir à chaque mère assez de comprimés jusqu'à la prochaine consultation. Lui remettre 60 ou 90 (ou plus) comprimés si elle ne peut revenir qu'après 2 ou 3 mois (ou plus tard). Elle peut prendre les comprimés après l'accouchement jusqu'à ce qu'elle termine les 180 jours.
 4. Donner des conseils sur les effets secondaires et le respect de la prescription et la sécurité. (Conserver les comprimés hors de la portée des enfants).
 5. Mentionner sur la carte de la mère la date et le nombre de comprimés fournis.
 6. Sur la feuille de pointage, cocher une marque pour chaque mère qui a reçu des comprimés. Mentionner également le nombre de comprimés donnés.
- NOTE :** *Il est probable que plusieurs femmes dans votre zone d'intervention ne se rendent pas aux visites prénatales, ou y viennent très tard. Pour les atteindre, il faut travailler avec les matrones ou les accoucheuses traditionnelles. Former, approvisionner et encadrer ces dernières. Travailler également avec les vendeurs de médicaments au niveau local en vue de stocker les comprimés de fer pour les femmes enceintes et en faire la promotion. Vous serez peut être en mesure de fournir des comprimés aux matrones formées et d'obtenir leur collaboration pour référer les cas à haut risque et pour le suivi post natal.*
7. Dans les zones de VIH encourager les tests de VIH et donner des conseils aux mères séropositives sur les choix en ce qui concerne l'alimentation. Utiliser les directives (1998) de l'OMS.
 8. Donner des conseils à chaque mère et aux membres de sa famille qui l'accompagnent sur l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. Répondre à toutes les questions et référer vers les groupes de soutien des mères.
 9. Donner des conseils à chaque mère et aux membres de sa famille qui l'accompagnent sur la nécessité de prendre de la nourriture supplémentaire et du repos, surtout au cours des 2 derniers trimestres de grossesse. Utiliser une liste d'aliments locaux à des prix abordables et lui montrer la quantité supplémentaire et le type de nourriture (riche en nutriments) dont elle a besoin. Au tant que possible surveiller le gain de poids pendant les 2 derniers trimestres de grossesse.
 10. Mentionner sur la carte de la mère les conseils donnés en matière d'allaitement maternel.
 11. Vérifier et compléter le calendrier de vaccination ; lui rappeler les signes de danger et sa prochaine visite prénatale.

TABLEAU 10. AIDE-MÉMOIRE de nutrition pour les agents de santé du service des accouchements

Pourquoi ? Pour bâtir une fondation solide en vue d'un allaitement au sein réussi et fournir de la vitamine A aux mamans en vue d'accroître leur capacité à lutter contre les infections et prévenir les maladies et la mortalité infantile.

Quoi ? A l'accouchement et pendant les premières heures et les premiers jours post-partum, vérifier et mener à terme les activités décrites dans le tableau ci-après. Pour les femmes séropositives, utiliser les recommandations figurant dans les documents (1998) de l'OMS.

QUI ?	QUANTITÉ/CONTENU	DURÉE
Toutes les femmes	Donner au bébé un contact corporel sans restriction avec la mère immédiatement après l'accouchement. Aider la mère à allaiter au sein dans l'heure qui suit l'accouchement. Garder le bébé et la mère dans le même lit ou dans un berceau adjacent pour un allaitement maternel sans restriction. Réduire l'utilisation courante de la péthidine pour l'accouchement.	De l'accouchement aux premiers mois qui suivent, continuer à laisser le bébé avec sa maman tout le temps.
Toutes les femmes	Ne pas donner au bébé de l'eau, de l'eau glucosée ou du thé, ni aucun liquide.	De la naissance jusqu'à l'âge jusqu'à 6 mois.
Toutes les femmes	Évaluer et si nécessaire apprendre aux femmes un attachement au sein correct : le bébé doit être complètement tourné en direction de la mère. Son menton doit toucher le sein de la mère, la bouche largement ouverte, la lèvre inférieure dehors. L'aréole doit être plus visible au-dessus qu'en dessous de la bouche. Le nourrisson doit sucer lentement et profondément (cela doit être audible) avec des pauses de temps à autre. Montrer à la mère les différentes positions pour l'allaitement au sein.	Une ou plusieurs fois jusqu'à ce que la mère soit sûre d'elle.
Toutes les femmes	Conseiller aux mères de prendre un repas supplémentaire et un goûter riches en énergie, en protéine et en vitamines.	Au moins pour les premiers 4 à 6 mois après l'accouchement.
Toutes les femmes	Dans les zones où le CVA représente un risque, fournir une dose de 200.000 UI de vitamine A dès que possible mais pas au-delà de 8 semaines si la mère allaite ou de 6 semaines si elle n'allait pas.	Une fois seulement.

(à suivre)

COMMENT ?

1. Placer le nouveau-né sur le sein/le ventre de la mère juste après l'accouchement. Ne pas séparer le bébé de la mère.
2. Placer le bébé dans le lit de la mère ou dans un berceau adjacent pour un accès facile à l'allaitement au sein de jour comme de nuit. Ne pas lui donner de liquides. Ne lui donner que les médicaments prescrits par le médecin.
3. Respecter les positions pour l'allaitement au sein et un attachement correct. Montrer à la mère les positions appropriées.
4. Donner à chaque mère une capsule de 200.000 UI (ou 2 capsules de 100.000 UI) dans les zones où le CVA représente un risque. Ouvrir la capsule et presser le contenu dans la bouche de la mère ou lui demander de l'avaler avec de l'eau en votre présence. Ne pas lui donner la capsule à emporter. Ne pas administrer cette dose si 8 semaines se sont écoulées depuis l'accouchement. Ne pas administrer cette dose aux mères qui n'allaitent pas, si 6 semaines se sont écoulées.
5. Mentionner sur la carte de la mère la date à laquelle la vitamine A a été donnée. Mentionner également les conseils qui ont été donnés en matière d'allaitement et d'alimentation.
6. Sur la feuille de pointage/d'enregistrement, indiquer d'une marque chaque femme ayant reçu de la vitamine A. Faire la même chose pour chaque femme ayant reçu des conseils en matière d'alimentation et d'allaitement.
7. Conseiller chaque mère ainsi que les membres de sa famille qui l'accompagnent sur l'allaitement au sein exclusif pendant au moins 4 mois et si possible jusqu'à 6 mois, et de la nécessité de prendre de la nourriture supplémentaire et du repos, surtout pendant les 4 à 6 premiers mois après l'accouchement.
8. Rappeler à la mère les vaccinations pour les enfants et vacciner l'enfant contre le BCG

NOTE : En ce qui concerne les femmes dans votre zone d'intervention qui ne viennent pas accoucher aux dispensaires, adapter ce protocole à l'usage (matrones) et des accoucheuses traditionnelles dans la communauté. Ensuite les former, les encadrer et les approvisionner.

TABLEAU 11. AIDE-MÉMOIRE de nutrition pour les contacts de soins post-partum

Pourquoi ? L'absence de suivi pour soutenir les femmes en ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif durant la première semaine fait que souvent les enfants reçoivent d'autres liquides. En conséquence, cela entraîne des diarrhées, la réduction du volume de lait et le danger d'une autre grossesse.

Que faire ? Dans la première semaine après l'accouchement, contacter chaque mère, vérifier et mener les actions suivantes :

QUI ?	ÉVALUER	IDENTIFIER LES DIFFICULTÉS	CONSEILS
Toutes les femmes	Demander s'il y a des difficultés pour l'allaitement au sein. Combien de fois l'enfant a-t-il été allaité au sein lors des dernières 24 heures ? Est-ce que l'enfant a reçu d'autres liquides ou aliments de la naissance jusqu'à maintenant ?	Les enfants doivent recevoir au moins 10 tétées au cours des dernières 24 heures et aucun liquide ni aliment. Demander comment la séparation entre la mère et son bébé a été effectuée. Apprendre à toutes les mères comment exprimer leur lait manuellement.	Accroître la fréquence et la durée de chaque tétée. Rappeler aux mères l'importance de ne pas donner d'autres liquides/aliments pendant 6 mois. Eliminer l'utilisation des biberons et des tétines.
Toutes les femmes	Observer un enfant au sein, écouter et regarder l'enfant. Déboucher le nez s'il y a interférence avec l'allaitement.	Le bébé doit sucer lentement et profondément (de façon audible) avec des pauses.	Montrer la position et l'attachement correct au sein.
Toutes les femmes	Vérifier la position du bébé et l'attachement au sein que doit avoir la mère. Observer le nourrisson.	Le bébé doit être complètement tourné vers la mère. Son menton doit toucher le sein de la mère, la bouche largement ouverte, la lèvre inférieure dehors ; l'aréole doit être plus visible au-dessus qu'en dessous de la bouche.	Enseigner à la mère les positions correctes et le bon attachement du bébé au sein. Eliminer les biberons et les tétines.
Toutes les femmes	Poser des questions et fournir des conseils sur les mamelons endoloris, les mastites et les engorgements ; préparer la mère et le bébé à une éventuelle séparation.	Si l'enfant urine moins de 6 fois toutes les 24 heures ou si l'urine a une forte odeur et une couleur sombre, donner des conseils sur la manière d'accroître la consommation de lait.	Enseigner la position et les attachements au sein. Accroître la fréquence et la durée de chaque tétée. Arrêter tous les autres liquides en vue d'augmenter la quantité de lait. Enseigner l'expression manuelle et la conservation du lait maternel ; enseigner l'alimentation à partir d'une tasse.
Toutes les femmes	Conseiller aux mères de prendre un repas supplémentaire et des ingrédients/casse-croûte riches en énergie, en protéines et en vitamines.	Se renseigner sur les aliments à prix abordables, sur le temps de préparation, de conservation et de consommation de ces aliments.	Utiliser une liste d'aliments locaux, à prix abordables et la montrer à la mère. De même la quantité de nourriture supplémentaire dont elle a besoin et ce qu'elle doit manger.

(à suivre)

COMMENT ?

1. Poser des questions à chaque mère en ce qui concerne l'allaitement maternel ; observer un enfant au sein, écouter et regarder le bébé ; observer la position et l'attachement au sein. Montrer aux mères comment faire. Utiliser les directives (1998) de l'OMS pour les mères séropositives.
2. Conseiller chaque mère sur l'importance de continuer l'allaitement au sein sans administrer des liquides ni des aliments pendant au moins 4 mois et si possible 6 mois et comment résoudre les difficultés courantes.
3. Conseiller la mère et les autres membres de la famille sur l'alimentation et le repos de la mère en vue de conserver ses forces.
4. Conseiller la mère et les membres de la famille qui l'accompagnent en matière d'allaitement maternel exclusif pendant au moins 6 mois.
5. Mentionner la date des conseils sur la carte de la mère, tous les problèmes et les solutions recommandées.
6. Enregistrer le nombre de femmes ayant reçu un conseil post natal sur la feuille de pointage/registre journalier.
7. Rappeler les vaccinations de l'enfant.

NOTE : *La plupart des femmes ne se rendent pas aux structures de santé pour les consultations post-natales ou s'y rendent seulement lorsqu'elles ont des problèmes. Trouver quelqu'un pour assurer le suivi avec les mères en période post-partum, afin de fournir des conseils dans la première semaine. Travailler avec les agents communautaires tels que groupements féminins, travailleurs sociaux (matrones) ou accoucheuses traditionnelles. Ensuite les former, et les encadrer et les approvisionner.*

atteindre les femmes enceintes ou qui allaitent, lorsque la disponibilité ou l'utilisation des services est faible ou, si les contacts avec le système de santé formel pendant la période de grossesses sont limités.

Dans plusieurs districts, la distribution à base communautaire de comprimés de fer et d'acide folique demeure nécessaire si l'on veut atteindre les objectifs de couverture. Il est important pour le personnel des structures de santé de former, d'approvisionner et de superviser les matrones ou les autres travailleurs pour l'exécution de ces tâches, surtout dans les communautés où les visites prénatales sont faibles. Le tableau 8 offre une vue d'ensemble de la manière dont les actions essentielles en nutrition peuvent être organisées grâce à une liaison entre les activités à base communautaire et celles des structures de santé.

Dans certaines situations, les pharmacies, les marchands de médicaments traditionnels et les infirmières ou médecins privés ont été impliqués dans des contrats avec les structures de santé du gouvernement afin de rendre disponibles les comprimés de fer et d'acide folique.

L'expérience montre également que l'utilisation des canaux de communication aide le personnel de santé à atteindre plus de femmes pendant la période de grossesse et durant ou après l'accouchement. Lorsqu'une femme sait qu'elle est enceinte, la première personne à être au courant est sans doute la sage-femme locale. La majorité des femmes accouchent à domicile, assistées souvent par des matrones traditionnelles et des membres de la famille. Tant que le régime alimentaire de la mère pendant la grossesse et les pratiques d'alimentation du nouveau-né sont influencés par les membres de la famille et les normes communautaires, leurs effets peuvent ne pas être salutaires pour l'allaitement maternel ou pour la santé et la nutrition de la mère elle-même. Les services à base communautaire et les activités de communication ont besoin d'être développés en vue d'atteindre plusieurs personnes dans la communauté et particulièrement ses membres influents.

Une partie importante du travail du responsable de santé consiste à fournir aux agents de santé et aux structures communautaires les outils, les approvisionnements et la formation dont ils ont besoin. Les outils utiles comprennent les copies conformes des protocoles pour chaque type d'intervention (voir chapitre 8) et des « aide-mémoire » simples qui rappellent à l'agent de santé les importantes actions à mener tels que examen, dosage et enregistrement. Consulter les exemples dans des tableaux 9, 10, 11. Les outils doivent être pré-testés et adaptés par l'équipe de santé du district.

Les interventions nutritionnelles dans les services de santé infantile

Les interventions prioritaires en matière de nutrition pour les services de santé infantile consistent à :

- observer et faire l'évaluation de l'allaitement maternel et fournir des conseils aux mères dans le but d'établir un allaitement maternel exclusif efficace et de maintenir l'allaitement maternel au moins pendant deux ans,
- évaluer l'alimentation complémentaire et encourager l'allaitement maternel de façon continue pendant deux ans au moins et fournir des conseils individuels en vue de s'assurer que les enfants de 6 à 24 mois environ reçoivent une alimentation suffisamment énergétique et nutritive,
- administrer des doses préventives de suppléments de vitamine A tous les 4 à 6 mois à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les zones où la carence en vitamine A constitue un risque,
- donner des doses préventives de suppléments de fer à tous les nourrissons de faible poids à la naissance à partir de 2 mois et à tous les bébés de 6 mois ou plus dans les zones où l'anémie ou la carence en fer représente un risque,
- peser tous les enfants pour voir s'ils grandissent normalement,
- examiner, traiter et référer les enfants souffrant de malnutrition, d'anémie grave et de signes cliniques de carence en vitamine A.

Les détails des conseils sur l'alimentation de l'enfant figurent dans les matériels de formation de l'OMS/UNICEF sur les Conseils en matière d'allaitement maternel. Les responsables de santé doivent se conformer aux directives de l'IHAB concernant les soins post-partum des nouveau-nés. En outre, les responsables de santé doivent renforcer la qualité des soins aux enfants malades et aux enfants sains en appliquant les directives de la PCIME et les protocoles en matière de micronutriments élaborés par l'IVACG et l'INACG. L'Initiative Soins de l'UNICEF (Avril 1997) fournit des directives sur l'évaluation, l'analyse et l'action en vue d'améliorer les soins dispensés aux femmes et aux enfants.

Les agents de santé doivent utiliser plusieurs canaux afin d'assurer une large couverture des interventions prioritaires. Les raisons les plus courantes pour lesquelles les familles des communautés à faibles revenus rendent visite aux agents ou aux structures de santé sont « pour faire traiter leurs enfants malades ou les faire vacciner. » Par conséquent, ces contacts constituent des occasions importantes pour fournir des interventions prioritaires en matière de nutrition et les responsables de santé doivent prendre des mesures en vue de s'assurer que le personnel qui effectue les vaccinations et celui qui traite les enfants malades peuvent également fournir des services nutritionnels.

Les stratégies avancées pour la vaccination offrent une bonne occasion pour entreprendre des interventions nutritionnelles, mais elles ne peuvent mener l'ensemble de paquets d'activités essentielles pour les enfants. Cela s'explique par le fait que les programmes de vaccination de routine se concentrent sur les bébés de moins de 12 mois alors que plusieurs activités nutritionnelles sont à continuer jusqu'à l'âge de 24 mois au moins et d'autres comme la supplémentation en vitamine A jusqu'à 59 mois.

De manière similaire, les activités de surveillance de la croissance sont une excellente occasion de fournir des conseils en matière de pratiques d'alimentation et de suppléments de micronutriments. Toutefois, ces activités ne sont pas menées de façon systématique. En plus les personnes qui s'occupent des enfants comptent sur les membres de la famille, les réseaux communautaires, les agents communautaires et différents types de travailleurs pour obtenir des conseils en matière d'alimentation et de soins pour les enfants. Pour toutes ces raisons, les responsables de santé doivent trouver des canaux de communication pour atteindre les autres membres de la communauté et renforcer les messages en matière de nutrition destinés aux mères.

Les prestataires de services privés et les dépôts des médicaments doivent également souscrire à cet effort. Les pharmacies ou les boutiques où les comprimés de fer et d'acide folique sont vendus aux femmes enceintes peuvent également en faire partie. Pour ce faire, il faudra peut être s'assurer que les matrones au niveau communautaire sont formées pour encourager les femmes à allaiter au sein après l'accouchement et qu'elles sont également formées et approvisionnées pour donner les doses de vitamine A aux mères, au cours de la période post-partum. Il faudra peut être pour cela fournir une formation et du matériel éducatif aux médecins ou aux infirmiers privés, afin qu'ils puissent appliquer correctement les

procédures d'évaluation pour l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire, et en utilisant les protocoles appropriés pour les suppléments de micronutriments.

Le tableau 12 résume la manière dont les structures de santé et les agents communautaires peuvent se partager la responsabilité pour l'intégration des actions essentielles en nutrition au sein des services de santé infantile. Les tableaux 13, 14 et 15 fournissent des exemples d'« aide-mémoire » visant à rappeler aux agents de santé d'offrir des interventions appropriées à chacune des trois catégories principales de contact. (vaccination, consultation de bébés sains et consultation d'enfants malades). Les agents de santé doivent utiliser ces aide-mémoire après leur adaptation et prétest.

Ainsi dans les Services de Santé Infantile tout comme dans les Services de santé maternelle, le recours aux agents communautaires en plus des agents des structures de santé s'avère nécessaire, pour entreprendre des interventions prioritaires en matière nutrition. Constituer des partenariats communautaires est une tâche importante pour les responsables de santé. Le chapitre 5 fournit des informations sur la tâche difficile — mais gratifiante — qui consiste à identifier des partenaires potentiels et à constituer des partenariats communautaires.

TABLEAU 12.

Organisation d'activités nutritionnelles dans les services de santé infantile

VOLET SERVICE	SERVICES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ	LES SERVICES AU NIVEAU DE LA STRUCTURE DE SANTÉ (EN STRATEGIE FIXE OU AVANCEE)
<p>Quelle est l'intervention au l'action ?</p>	<p>Lors des consultations pour enfants malades et des services pour bébés sains</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les femmes qui ont accouché récemment, ou ont des enfants de moins de deux ans. • Donner des conseils et aider à la prise en charge des difficultés courantes de l'allaitement maternel exclusif, par exemple la position correcte du bébé et le bon attachement, le sentiment « d'insuffisance de lait » et autres. • Conseiller à propos de l'alimentation complémentaire et de la poursuite de l'allaitement maternel de l'âge de 6 à 11 mois et de 12 à 24 mois, en utilisant les directives de la PCIME et le manuel des conseils en matière d'allaitement au sein de l'OMS/UNICEF. Aider à prendre en charge les problèmes courants, par exemple le nombre et la quantité d'aliments, les aliments trop dilués, l'utilisation des aliments enrichis, le style de l'alimentation active, la préparation sans risque et l'alimentation. • Donner des conseils sur l'alimentation des enfants malades et des enfants ayant un faible appétit. • Vérifier et compléter la dose préventive en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois, donnée tous les 4 à 6 mois dans les zones de carence en vitamine A et un supplément de vitamine A durant les maladies de l'enfant. • Fournir des suppléments de fer, à partir de l'âge de 2 mois aux nourrissons ayant un faible poids à la naissance. Donner des suppléments de fer à partir de l'âge de 6 mois à tous les enfants là où l'anémie est un problème. • Examiner et référer les enfants aux dispensaires en cas de problème sérieux (anémie sévère, signes visibles d'amaigrissement/cédème des deux pieds, poids très faible par rapport à l'âge, diarrhée prolongée). <p>Au cours de la séance de vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les zones où la carence en vitamine A est un problème, vérifier et compléter la dose de vitamine A de la mère dans la période post-partum lors de la séance de vaccination contre le BCG et les doses préventives de vitamine A des enfants pendant toutes les séances de vaccination des enfants de 6 à 59 mois. <p>Pendant tous les contacts : Renforcer les messages appropriés à l'alimentation des enfants selon leur âge (PCIME) et encourager l'utilisation du sel iodé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les mêmes que les services à base communautaire. • Evaluer et traiter les problèmes référés par les prestataires communautaires. • Approvisionner et réapprovisionner les agents communautaires. • Appliquer les protocoles de la PCIME en matière de soins aux enfants malades, comme par exemple la pesée de tous les enfants, des conseils sur les pratiques d'alimentation et l'approvisionnement de suppléments en vitamine A et en fer. • Examiner, référer et/ou traiter les cas sévères de malnutrition, d'anémie et de carence en vitamine A. • Appliquer les directives de l'OMS pour le traitement des cas de malnutrition sévère.

<p>Où et par qui sont dispensés les services ?</p>	<p>En stratégie avancée ou fixe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de vaccination en stratégie avancée dans les communautés par des agents de santé formés. • Conseils aux domiciles des agents communautaires ou des personnes qui s'occupent des enfants, donnés par les agents communautaires et les groupes de soutien de mère à mère. • Sessions de groupe au domicile du dirigeant du groupe, animées par les groupements féminins, les groupes de soutien aux mères et chaque fois que l'occasion se présente comme par exemple lors des séances de pesée des enfants.
<p>Quelles personnes seront servies ?</p>	<p>Les mères qui ont accouché récemment ou qui ont des enfants âgés de moins de 2 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes référées par les agents communautaires. • Les mères qui ont accouché récemment ou qui ont des enfants âgés de moins de 2 ans.
<p>À quelle fréquence seront elles examinées ?</p>	<p>Au moins six fois, de l'accouchement jusqu'à 24 mois :</p> <p>(1) juste après l'accouchement pour l'allaitement maternel exclusif, (2) à 6 mois environ pour la première dose de vitamine A pour l'enfant et l'alimentation complémentaire, (3) à 9 mois environ pour la vaccination contre la rougeole et pour le suivi de l'alimentation complémentaire, (4) à peu près à 12 mois pour l'alimentation complémentaire, pour donner une seconde dose de vitamine A et pour vérifier et compléter toutes les vaccinations, (5) à 18 mois environ pour le suivi d'une alimentation complémentaire appropriée et une troisième dose de vitamine A et (6) à 24 mois environ pour l'alimentation complémentaire et la quatrième dose de vitamine A. En outre, chaque fois que l'enfant est malade, donner des conseils sur l'alimentation de l'enfant pendant et après chaque maladie.</p>
<p>Quelle est la durée de l'intervention ?</p>	<p>De la naissance de l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans, à continuer tant que la mère a besoin de soutien et que les ressources du programme le permettent.</p>

TABLEAU 13. AIDE-MÉMOIRE Pour donner de la vitamine A au cours des séances de vaccination de routine

POURQUOI ? La carence en vitamine A réduit la capacité à lutter contre les infections et provoque la cécité.

QUOI ? Les suppléments en vitamine A doivent être distribués tous les quatre ou six mois. Au cours de chaque séance de vaccination avec les mères et les enfants, vérifier et compléter les actions suivantes :

SÉANCE DE VACCINATION POSSIBLE	TRANCHE D'ÂGE/MOMENT	QUANTITÉ DE VITAMINE A	
		SI DES CAPSULES DE 100.000 UI SONT UTILISÉES	SI DES CAPSULES DE 200.000 UI SONT UTILISÉES
Séance de vaccination contre le BCG (jusqu'à 8 semaines en période post-partum).	Pour les mères qui allaitent jusqu'à 8 semaines, en période post-partum (jusqu'à 6 semaines en période post-partum, si elles n'allaitent pas).	2 capsules.	1 capsule.
Séance de vaccination contre la rougeole.	Bébés de 9–11 mois.	Gouttes d'1 capsule.	Goutte dans ½ capsule.
Dose de rappel, campagnes spéciales, doses de vaccination primaire reportées, stratégie de vaccination pour les zones ou groupes à haut risque.	Enfants de 12 mois ou plus.	Gouttes de 2 capsules.	Gouttes d'1 capsule.
	Bébés de 6–11 mois.	Gouttes de 2 capsules (tous les 4 à 6 mois jusqu'à l'âge de 59 mois).	Gouttes d'½ capsule (tous les 4 à 6 mois jusqu'à l'âge de 59 mois).
	Enfants de 12 mois ou plus.	Gouttes de 2 capsules (tous les 4 à 6 mois jusqu'à l'âge de 59 mois).	Gouttes d'1 capsule (tous les 4 à 6 mois jusqu'à l'âge de 59 mois).

Ne pas donner de la vitamine A à l'enfant s'il a pris des gouttes les 30 derniers jours.

COMMENT ?

1. Vérifier la dose dans les capsules, l'âge de l'enfant (pour les mères, la date de l'accouchement et la date de la dernière réception de la dose de vitamine A).
2. Couper le petit bout de chaque capsule avec des ciseaux ou un coupe-ongles et presser les gouttes dans la bouche de l'enfant. Demander à la mère d'avaler le contenu de la capsule en votre présence. Ne pas demander à l'enfant d'avaler la capsule. Ne pas donner la capsule à la mère pour qu'elle l'emporte avec elle.
3. Pour donner moins d'une capsule à un enfant, compter le nombre de gouttes contenues dans un échantillon de capsule lorsqu'un nouveau lot est ouvert pour la première fois. Donner la moitié du nombre de gouttes contenues dans les capsules de ce lot.
4. Mentionner la date de la dose sur la carte de l'enfant et la dose de la mère sur la carte de la mère.
5. Sur la feuille de pointage/registre de la structure de santé ou de la communauté, apposer une marque pour chaque dose donnée à une mère et une autre marque pour chaque dose donnée à un enfant. Dresser un tableau mensuel/trimestriel/annuel de la couverture en vitamine A de la même manière que la couverture en vaccination a été notée sur un tableau. Mentionner la couverture des doses des mères, de la première dose pour les enfants et de la seconde dose, de manière habituelle, avec la couverture en ce qui concerne la vaccination.
6. Prévenir la mère à propos de la date de son retour pour les prochaines doses de vitamine A et l'encourager à terminer le programme de vaccination en plus des protocoles sur la Vitamine A.

TABLEAU 14. AIDE-MÉMOIRE de nutrition pour les agents de santé qui prennent en charge les enfants malades

POURQUOI ? Les maladies épuisent les réserves nutritionnelles de l'enfant, perturbent l'alimentation et rendent les enfants plus vulnérables aux maladies dans l'avenir. Cela rend les maladies plus graves et augmente les risques de décès.

QUOI ? A chaque consultation d'un enfant malade, les agents de santé doivent évaluer, classer et traiter les enfants malades en utilisant les directives de la PCIME (voir les protocoles complets de la PCIME, OMS/UNICEF). Peser tous les enfants et les examiner pour déceler les cas d'œdème et d'amaigrissement grave visible.

CLASSIFICATIONS	AGE (M)	PRISE EN CHARGE	SUIVI
Tout enfant malade sans une classification grave	≤ 59	Évaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la personne qui s'occupe de l'enfant conformément aux recommandations de la PCIME en matière d'alimentation figurant au tableau sur le conseil à la mère. Vérifier et compléter la dose préventive de vitamine A : I dose appropriée selon l'âge tous les 4–6 mois.	S'il y a un problème d'alimentation faire le suivi 5 jours après. Conseiller la personne qui s'occupe de l'enfant à propos des signes de danger et à quel moment il faudra revenir immédiatement.
La rougeole	0–59	Donner 2 doses de vitamine A : une au moment du diagnostic, l'autre le jour suivant.	S'il y a un problème d'alimentation, faire le suivi 5 jours après. Conseiller la personne qui s'occupe de l'enfant à propos des signes de danger et à quel moment il faudra revenir immédiatement.
		La dose appropriée selon l'âge	
		Vitamine A 50.000 UI par dose	
		Vitamine A 100.000 UI par dose	
Rougeole avec des complications de l'œil ou xérophtalmie	0–59	Vitamine A 200.000 UI par dose	Traiter la conjonctivite avec de la pommade de tétracycline pour les yeux et les ulcères de la bouche avec du violet gentiane. Suivi 2 jours après si les complications persistent.
		Donner 2 doses de vitamine A à 1 jour d'intervalle plus une troisième dose 2 semaines après (la troisième dose peut être donnée à domicile par la personne qui s'occupe de l'enfant).	
		Donner une dose unique de vitamine A selon le plan de dosage ci-dessus.	
Anémie sévère ou malnutrition			Référer d'urgence à l'hôpital.**

(à suivre)

Anémie pas grave ou poids très faible	0–59	<p>Évaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la personne qui s'occupe de l'enfant selon les recommandations de la PCIME en matière d'alimentation.</p> <p>Pour l'anémie : donner des suppléments de fer* :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins de 2 ans, 25mg de fer et 100 à 400µg d'acide folique pendant 3 mois. • De 2 à 12 ans, 60mg de fer et 400µg d'acide folique pendant 3 mois. <p>Donner des médicaments antipaludéens s'il y a un risque élevé de paludisme.</p> <p>Donner du mebendazole si l'enfant a 2 ans ou plus et n'a pas reçu de dose durant 6 mois auparavant.</p>	<p>Conseiller la mère sur les signes de danger et quand est ce qu'elle devra revenir immédiatement.</p> <p>S'il y a pâleur, faire le suivi 14 jours après.</p> <p>Si le poids est très faible par rapport à l'âge, le suivi 30 jours après.</p>
---------------------------------------	------	--	---

* Administrer sous forme de gouttes si possible, ou des comprimés de poudre de sulfate ferreux et donner à la cuillère, mélangé à du liquide.
 ** Les hôpitaux ou cliniques de référence traitant les cas de malnutrition sévère doivent se conformer aux directives de l'OMS en matière de « Prise en charge de la malnutrition sévère » 1999.

COMMENT ?

1. Évaluer, classifier et traiter tous les enfants malades selon les directives de la PCIME. Évaluer l'alimentation de l'enfant et donner des conseils en nutrition en conformité avec les directives de la PCIME.
2. Donner à chaque enfant malade les doses de vitamine A recommandées telles que mentionnées ci-dessus. Pour les enfants qui n'ont pas les conditions énumérées ci-dessus, vérifier et compléter leur dose préventive (voir les aide-mémoire pour les consultations des enfants sains et les séances de vaccination).
3. Dosage de la vitamine A. Pour ouvrir, sectionner la partie mince de chaque capsule avec des ciseaux ou un coupe-ongles et presser les gouttes dans la bouche de l'enfant. Ne pas demander à l'enfant d'avaler la capsule. Pour donner moins d'une capsule, compter le nombre de gouttes dans une capsule pour chaque nouvel arrivage de capsules. Donner un demi ou un quart du nombre total de gouttes comptées.
4. Mentionner la classification et le traitement donnés sur la carte de l'enfant. Apposer une marque sur la feuille de pointage pour chaque enfant évalué, ayant reçu sa dose, conseillé ou référé.
5. Vérifier et compléter le calendrier de vaccination.

TABLEAU 15. AIDE-MÉMOIRE de nutrition à utiliser par les agents de santé lors des consultations enfants sains

Pourquoi ? La prévention des problèmes de nutrition et d'alimentation est moins coûteuse que le traitement de la malnutrition sévère.

Chaque consultation d'un enfant sain est une occasion pour prévenir les problèmes sérieux.

À chaque consultation d'un enfant sain, vérifier et compléter les actions suivantes :

Quoi ?

ACTION	AGE MOIS	QUANTITÉ DE VITAMINE A		NOMBRE DE DOSES
		POUR LES CAPSULES DE 100.000 IU	POUR LES CAPSULES DE 200.000 IU	
Vérifier et compléter les protocoles de vitamine A.	6-1	Gouttes d'1 capsule.	Gouttes d'½ capsule.	Une dose tous les 4-6 mois à partir de 6 mois environ jusqu'à 59 mois.
	12 ou plus	Gouttes de 2 capsules.	Gouttes d'1 capsule.	
Donner des gouttes de fer.	QUANTITÉ DE FER			Une dose chaque jour pour 6-18 mois selon la prévalence de l'anémie.
	6-24 (débuter à 2 mois si le poids à la naissance est faible).	12.5mg chaque jour + 50µg d'acide folique		
Renforcer les bonnes pratiques ; évaluer et conseiller selon les problèmes d'alimentation.	AGE MOIS	ÉVALUER ET CLASSIFIER		CONSEILLER/TRAITER
	0-5	Évaluer l'allaitement maternel.	Féliciter les mères pour les bonnes pratiques Identifier les difficultés.	Allaitement au sein exclusif jusqu'à 6 mois. Attachement et position appropriée, encourager une alimentation de plus longue durée et plus fréquente.
6 ou plus	Évaluer l'alimentation complémentaire.	Encourager les mères à continuer les bonnes pratiques. Identifier les difficultés : manque d'appétit, fréquence, quantité par alimentation, densité, hygiène, style d'alimentation.		Utiliser des stratégies en vue de corriger les problèmes dans le contenu de l'alimentation et le style d'alimentation. Accroître la quantité des aliments et les enrichir après chaque maladie. Continuer l'allaitement jusqu'à 24 mois au moins.

(à suivre)

<p>Examiner s'il y a une anémie sévère.</p>	<p>À tout âge</p>	<p>Examiner la pâleur.</p>	<p>Pour l'anémie, donner des suppléments de fer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins de 2 ans, 25mg de fer et 100 à 400µg d'acide folique pendant 3 mois. • De 2 à 12 ans, 60mg de fer et 400µg d'acide folique pendant 3 mois.
<p>Examiner s'il y a une croissance anormale et un cas de malnutrition sévère.</p>	<p>À tout âge</p>	<p>Examiner s'il y a un amaigrissement grave et un œdème au niveau des deux pieds. Peser tous les enfants pour voir s'ils ont une croissance normale. Évaluer les raisons d'une croissance anormale : maladie, soins, alimentation.</p>	<p>Donner de la vitamine A et référer immédiatement à l'hôpital s'il y a malnutrition sévère. Traiter et donner des conseils sur la maladie, les soins et l'alimentation.</p>

COMMENT ?

1. Évaluer, classer et conseiller en utilisant les directives de la PCIME. Peser l'enfant et évaluer la croissance.
2. Vérifier et compléter la dose de vitamine A recommandée.
3. Pour ouvrir, sectionner la partie mince de chaque capsule avec des ciseaux ou un coupe-ongles et presser le contenu dans la bouche de l'enfant. Ne pas demander à l'enfant d'avaler la capsule. Ne pas laisser la capsule à la mère pour être donnée à l'enfant plus tard. Pour donner moins d'une capsule, compter le nombre de gouttes dans une capsule pour chaque nouvel arrivage de capsules. Donner la moitié du nombre de gouttes comptées.
4. Évaluer, référer ou traiter/conseiller en cas de malnutrition grave. (amaigrissement visible grave, œdème pœdique très faible par rapport à l'âge) anémie (pâleur) et appliquer les protocoles de la PCIME pour l'examen et l'évaluation.
5. Mentionner la date de la dose de vitamine A sur la carte de vaccination ou de santé de l'enfant ; mentionner l'évaluation de l'alimentation et des conseils sur la carte de l'enfant. Enregistrer la croissance.
6. Mentionner le traitement pour les cas de malnutrition sévère et d'anémie sur la carte de l'enfant.
7. Marquer la feuille de pointage journalière du centre de santé ou de la communauté pour la vitamine A, l'évaluation/conseils et traitement en matière d'alimentation.



Développement de partenariats communautaires

POINTS CLÉS

- ▶ Les partenariats peuvent être développés en consacrant du temps pour écouter les membres de la communauté (y compris les mères de jeunes enfants, les démunis, et d'autres groupes négligés), et en élaborant avec eux un plan d'action, en encourageant l'appropriation du plan par la communauté, ainsi que sa responsabilisation.
- ▶ Initialement, développer des partenariats avec des communautés demande beaucoup de travail, mais ces partenariats peuvent avoir beaucoup d'avantages. La clé de la réussite des activités communautaires réside dans l'engagement des mères de jeunes enfants et de ceux qui influencent leurs pratiques, dans la planification et l'établissement des priorités.
- ▶ Puisque la mise en place des partenariats communautaires requiert des ressources, les responsables de santé doivent sélectionner certaines communautés où le besoin est grand et la communauté est disposée à collaborer. Au fur et à mesure que ces partenariats se développent, de nouvelles communautés peuvent être touchées.
- ▶ Dans la sélection de types d'activités à base communautaire, les responsables de santé doivent être créatifs dans l'utilisation des ressources et des compétences localement disponibles, en impliquant d'autres secteurs tels que éducation (à travers les enseignants), agriculture, coopératives, programmes de micro-crédit et autres.
- ▶ L'évaluation continue de quelques indicateurs clés de nutrition est un bon outil pour maintenir l'intérêt de la communauté dans la réduction des problèmes nutritionnels.

Chapitre 5

Développement de partenariats communautaires

Ce chapitre décrit comment les programmes et les activités communautaires peuvent être exécutés. Dans le Chapitre 4, les tableaux 8 et 12 ont montré que les activités au niveau de la communauté et dans les structures de santé sont nécessaires et devraient être liées dans les programmes de santé maternelle et infantile. Pour réaliser un impact dans les activités de nutrition, le personnel de santé doit créer et soutenir des équipes communautaires.

Aucune approche unique ne peut être employée pour développer des partenariats communautaires. Beaucoup reposent sur le contexte local ce qui fait que les responsables de santé ont besoin d'élaborer leurs propres stratégies, en tenant compte des diversités culturelles et ethniques de leur district, de l'expérience et de la capacité de l'équipe d'encadrement du district pour travailler avec les communautés, des ressources disponibles, des contraintes d'infrastructures et de logistiques et d'autres nombreux facteurs.

Ce chapitre montre des exemples sur comment utiliser un large éventail d'approches possibles. Les responsables de santé doivent utiliser ces idées pour élaborer leurs propres activités. Ils doivent être attentifs aux besoins des membres de la communauté, en particulier les besoins des mères de jeunes enfants et des familles démunies. Les responsables de santé doivent tenir compte des leçons apprises des expériences passées avec les programmes communautaires dans leur district et s'appuyer sur les structures communautaires existantes.

Le chapitre décrit :

- l'importance des partenariats communautaires,
- le rôle du responsable de programme,
- les options pour le développement des partenariats, et
- des exemples d'activités à base communautaire.

Pourquoi le partenariat communautaire est-il important ?

Une communauté rassemble un groupe de personnes qui ont en commun un intérêt, un but, et une localisation, ou/et partagent un

héritage culturel/ethnique. Les partenariats communautaires consistent à organiser des travaux entre les agences de développement de l'extérieur et les membres d'une communauté. Dans les programmes de santé, le partenariat est créé pour améliorer les activités de santé et la nutrition. Puisque les actions de nutrition ont pour groupes cibles les femmes enceintes, les femmes qui allaitent ainsi que les jeunes enfants de moins de deux ans, les mères sont les membres « clés » du partenariat communautaire.

Pour initier des partenariats communautaires, les responsables de santé doivent investir des ressources importantes en terme de temps, de voyage et de personnel nécessaire dès le début. Le partenariat signifie un engagement partagé et une participation dans les activités. Bien qu'il s'agisse d'un travail difficile, plusieurs avantages peuvent être obtenus par la création des partenariats. Par exemple, les programmes basés sur des partenariats communautaires :

- sont plus accessibles à la population cible et répondent mieux à leurs besoins,
- permettent aux responsables de santé de consacrer moins de temps dans la mobilisation de populations et plus de temps dans les prestations de services et,
- sont plus durables parce que les membres de la communauté travaillent avec l'équipe d'encadrement pour continuer ces programmes.

Le rôle du responsable de programme

Les multiples rôles que les responsables de programme de santé peuvent jouer dans un partenariat communautaire sont les suivants :

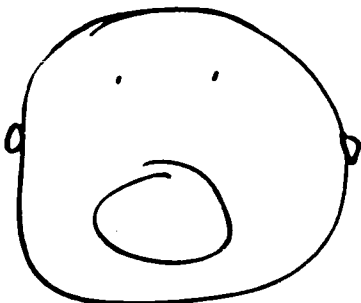
- écouter les membres de la communauté pour comprendre leurs conceptions des problèmes et des besoins de nutrition ;
- agir comme une ressource, en fournissant des informations, la formation, des liens avec des réseaux externes, et des approvisionnements tels que suppléments de micronutriments, balances, matériels de formation, trousse pour le test du sel iodé, etc. ;

- aider à identifier la nature, l'ampleur et les causes de malnutrition à travers des évaluations conjointes et fréquentes, et aider aussi la communauté à choisir les groupes cibles prioritaires ;
- aider à l'identification des solutions adéquates, en facilitant le choix des stratégies par les membres de la communauté ;
- aider à définir ce qui est nécessaire pour la mise en œuvre des stratégies choisies, à la provision de ressources externes quand c'est utile, et créer des opportunités pour l'amélioration des capacités des gens impliqués dans le travail ;
- faciliter le partage des responsabilités et la transparence, en identifiant les différents acteurs, leurs rôles et responsabilités, et les ressources dont ils auront besoin pour être performants ; et
- faciliter la collecte d'informations fiables, leur utilisation appropriée, et les revues régulières des résultats par les agents et les dirigeants communautaires.

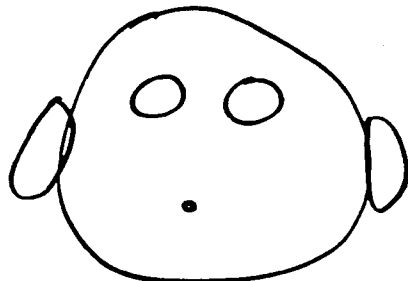
FIGURE 13.

Rôles du personnel de santé : les mobilisateurs et les animateurs

Noter que les animateurs ont de petites bouches. Ils observent et écoutent (montrés ici avec de grands yeux et de grandes oreilles), en aidant les membres de la communauté à découvrir les problèmes sous-jacents et des solutions potentielles. Quand ils parlent, c'est souvent pour poser des questions comme « Comment ? », « Qui ? », et « Pourquoi ? »



Mobilisation



Animation

Parfois, les responsables de santé et le personnel de santé jouent le rôle d'une ressource technique ou fournissent des informations sur ce qu'il faut faire, en apportant un appui technique que personne d'autre ne peut apporter. Il arrive aussi que, les responsables de santé facilitent un processus dans lequel les membres de la communauté jouent le rôle principal. Par exemple, le personnel de santé peut connaître l'importance de la nutrition, la manière de diagnostiquer les problèmes nutritionnels, les suppléments et les conseils à donner. Mais les membres de la communauté, les dirigeants, les agents communautaires, les groupements féminins, etc. savent la meilleure manière d'organiser les services, la personne à désigner pour conseiller les mères, et la manière d'atteindre les familles.

En Tanzanie, dans un programme de nutrition réussi qui s'appelle « le projet Iringa », les sources d'informations s'appelaient « les mobilisateurs » et les personnes facilitant la participation communautaire s'appelaient « les animateurs » (cf. Figure 13).

Les animateurs avaient les responsabilités suivantes :

- impliquer les villageois dans la collecte et l'analyse des données socio-économiques de base pour une meilleure compréhension de leur situation réelle ;
- identifier plusieurs groupes socio-économiques dans les villages et les inciter à rechercher leurs propres besoins et problèmes ;
- assister les gens à trouver des solutions à travers leurs propres ressources et réseaux ;
- assister les gens à traduire leurs possibilités en actions, à mobiliser les ressources nécessaires et à impliquer des groupes locaux ; et
- mettre ces groupes en contact les uns avec les autres et avec d'autres institutions.

Pour réussir, les animateurs ont eu à s'identifier avec la communauté en travaillant en équipe avec elle. Les « agents d'extension » existants ont été considérés comme des animateurs potentiellement efficaces parce qu'ils résident normalement dans les villages, et comprennent les problèmes prévalent et peuvent inciter les différents réseaux communautaires à agir ensemble. Les critères utilisés pour la sélection des animateurs dans le Projet d'Iringa incluent un engagement prouvé, un attachement aux populations, des capacités de communication et d'initiative.



Les responsables et les agents de santé devraient acquérir des capacités d'animation et de même travailler avec des animateurs compétents. Une grande partie de la formation dans le Projet d'Iringa avait pour objet de développer les capacités d'animation dans un groupe choisi « d'agents extension ». Ces animateurs ont réussi à encourager la participation communautaire et la résolution des problèmes.

Options pour le développement de partenariats

En développant des partenariats communautaires, les responsables de santé peuvent travailler directement avec les dirigeants et les groupes communautaires ou à travers des ONG et d'autres organisations qui ont déjà développé des partenariats avec les communautés.

Les partenariats sont plus faciles à créer là où il existe déjà une tradition de participation et de coopération parmi les membres de la communauté. Au Zimbabwe, en Indonésie, et en Thaïlande, par exemple, les traditions communautaires existantes ont facilité la mobilisation communautaire à un niveau national :

- Un esprit de coopération et de responsabilité communautaire de longue date dans la société zimbabwéenne a été un facteur important dans l'amélioration des activités de nutrition dans les années 80 au **Zimbabwe**. Cet esprit de coopération, renforcé par les activités d'un certain nombre d'ONG, a favorisé le soutien à la base des projets de nutrition.
- En **Indonésie**, un avantage important pour le « Programme National d'Amélioration de l'Alimentation de la Famille » (UPGK) a été la forte participation des communautés de base — une extension naturelle venant d'une tradition de coopération connue sous le nom de gotong royong. Au début des années 80, le UPGK s'est développé rapidement pour atteindre les deux-tiers de tous les villages en Indonésie. Ce développement a été rendu possible par la participation active d'une organisation féminine au niveau du village connu comme le PKK, qui existe dans beaucoup de villages indonésiens.
- En **Thaïlande**, les programmes de nutrition utilisent les structures communautaires existantes pour offrir des services. Le personnel du gouvernement et les membres de la communauté évaluent conjointement les problèmes de la communauté. Les membres de la communauté reçoivent en premier lieu une formation sur la façon de faire ces évaluations, et les responsables gouvernementaux reçoivent une formation sur cette « nouvelle » façon de travailler.

Favoriser l'appropriation

Les partenariats communautaires réussis démontrent un niveau élevé d'appropriation par les communautés. Les responsables de santé peuvent aider à réaliser l'appropriation en impliquant les communautés dans les différentes étapes de planification et de mise en œuvre du programme.

Pour impliquer les communautés, utiliser les idées suivantes :

- Pour la **planification de programme**, parler de l'importance des problèmes de nutrition avec les représentants de la communauté et la nécessité de résoudre ces problèmes. Se mettre d'accord avec les concernés sur ce qu'il faut faire et les rôles et les responsabilités à assurer par chaque partie concernée.
- Pour l'**évaluation des besoins**, donner aux représentants de la communauté la responsabilité d'entreprendre la grande partie des activités d'évaluation des besoins et de tous les choix de conception de programmes.

- Pour **l'organisation et la gestion**, utiliser plutôt les structures existantes dans la communauté — même si elles ne constituent pas un « comité » classique — qu'une structure conçue en dehors de la communauté. Consacrer du temps au développement des capacités du groupe local pour conduire la communauté dans le dialogue avec les agences externes, et développer leurs capacités de gestion.
- Pour **l'organisation des activités quotidiennes**, tenir des réunions avec des petits groupes, près des domiciles des mères en leur permettant de venir avec leurs enfants. Tenir les réunions les jours et les heures convenables pour les mères de jeunes enfants.
- Pour **la formation**, utiliser une formation sur le tas, basée sur la résolution de problèmes pour les travailleurs basés dans la communauté et les organisations communautaires au lieu de proposer des ateliers avec des cours magistraux et des théories.
- Pour **la mobilisation de ressources**, ne pas donner gratuitement tous les services sauf si la communauté est extrêmement démunie. Le fait d'offrir des services gratuits peut réduire l'autonomie et la liberté de choix des gens et peut même porter plus tard préjudice à la pérennisation des programmes. Des ressources communautaires, sous n'importe quelle formes, sont importantes — la main d'œuvre, l'espace; les connaissances, les réseaux; les fonds, les aliments, les intrants de la production alimentaire, etc.
- Pour **le suivi, l'évaluation, et l'échange d'information**, utiliser des indicateurs simples qui reflètent les priorités de la communauté, et utiliser des méthodes simples de collecte de données. Il est essentiel de donner aux communautés le pouvoir de posséder les informations et de s'en servir pour prendre des décisions.
- Pour **maintenir l'intérêt**, tout en progressant sûrement et rapidement pour réduire la malnutrition, commencer par des petits projets d'actions concrètes qui produisent des résultats visibles et appréciés des membres de la communauté.

Cycle des Trois-A: « *Appréciation, Analyse, Action* »

Le projet d'Iringa de la Tanzanie a eu un succès, en impliquant dès la mise en oeuvre, la communauté dans tous les aspects de conception du programme (cf. discussion 3). Le projet a utilisé l'approche « Cycle des Trois A » élaborée par UNICEF, pour améliorer l'utilisation des ressources du programme et de la communauté.

Le « Cycle des Trois A » est une méthode employée pour apprécier un problème, analyser ses causes, concevoir et exécuter des actions. Cette méthode peut être applicable au niveau du ménage, de la communauté, du district, ou même au niveau national (cf. Figure 14). Néanmoins au niveau de la communauté, elle est souvent employée pour planifier des activités de collecte et utilisation d'informations relatives aux problèmes de nutrition et de leurs causes. Cette méthode est appliquée de manière répétitive et périodique, dont le cycle est déterminé par les étapes suivantes :

- appréciation du problème;
- analyse des causes du problème;
- conception et exécution d'actions;
- ré-appréciation (suivi) de l'impact;
- analyse des alimentations;
- actions à améliorer; et ainsi de suite.

Évaluations participatives

Une autre approche bien connue pour l'implication de la communauté est l'application des techniques d'évaluation rurale participative (ERP) dans la planification de programme. Dans sa forme originale, les agents de développement communautaire utilisant l'approche ERP laissent toutes décisions et priorités de programme aux membres de la communauté. Mais l'évaluation rurale participative peut être appliquée sous une forme modifiée, par laquelle les responsables de santé favorisent les activités de santé et de nutrition en priorité tout en encourageant les programmes basés sur les besoins et les intérêts identifiés par les membres de la communauté. Le dialogue initial met l'accent sur les raisons pour lesquelles la nutrition et la santé devraient être des priorités.

Dans la région de SSNPR en Éthiopie, le personnel de santé du secteur public et les membres de la communauté ont utilisé ensemble une approche participative pour identifier et classer, par priorité, les problèmes

Leçons apprises de l'expérience réussie du projet d'Iringa, en Tanzanie

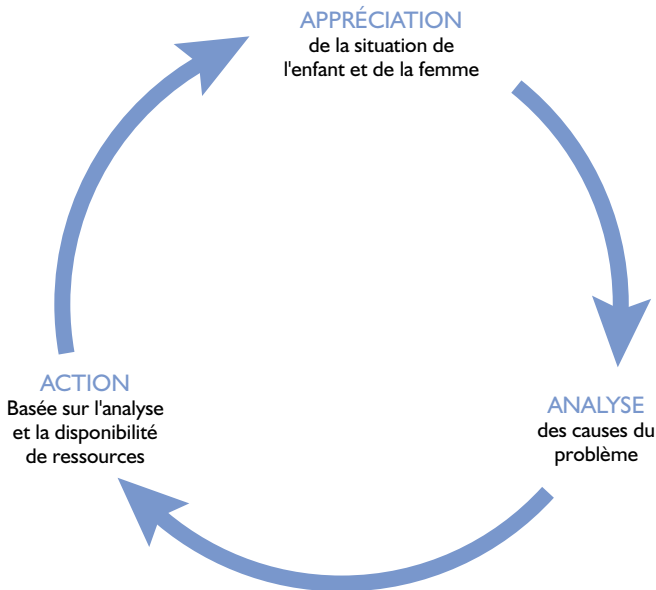
Le projet d'Iringa est l'une des expériences les mieux réussies pour l'amélioration du statut nutritionnel. Le défi était de rendre la population consciente que la malnutrition est un problème sérieux, et exige des solutions multiples. Les stratégies adoptées ont été combinées telles que mobilisation de la communauté, prestations de services de routine des actions spécifiques et activités de communication. A chaque étape de la planification et de la mise en oeuvre du programme, la prise de décision était principalement initiée par les membres de la communauté.

- ▶ Afin d'obtenir des résultats, la planification du programme a été conçue pour être souple. Des retro informations régulières des résultats ont été faites aux principaux responsables de programme et aux agents chargés de sa mise en œuvre. Les informations ainsi recueillies ont été utilisées pour améliorer le programme tous les trois mois. Toutes stratégies fixées et exécutées pouvaient être modifiées selon les réalités de programme en cours. Des ressources suffisantes ont été mises de côté pour mesurer les résultats, les passer en revue et apporter les modifications nécessaires. Les résultats attendus étaient clairs pour tous: réduire le nombre d'enfants malnutris.
- ▶ Le « Modèle causal » de l'UNICEF (cf. Figure 2) a été utilisé pour la sélection d'interventions prioritaires. Le modèle a encouragé les membres de la communauté à parler des différentes raisons pour lesquelles la nutrition pourrait être un problème. Les discussions ont montré également que la collaboration de plusieurs secteurs est nécessaire. Ceci a donné un sentiment d'importance à tout le monde en les encourageant à coopérer. Les discussions ont montré que certaines actions peuvent produire des résultats immédiats tandis que d'autres produiront des résultats à long terme.
- ▶ La formation a été utilisée pour motiver les principaux agents chargés de la mise en œuvre. Elle a été conçue pour inciter les gens et non pas pour donner des directives pré établies. Des approches participatives ont été employées.
- ▶ Des ressources ont été investies dans les campagnes d'information et dans le plaidoyer au plus haut niveau du gouvernement. Tout le monde, allant du Premier Ministre aux membres de la Presse, en passant par les dirigeants communautaires et les politiciens locaux, a assisté aux réunions et aux manifestations.
- ▶ Des actions pour aider les communautés, les responsables locaux et les travailleurs à s'approprier du programme étaient les suivantes : donner au programme un nom choisi par ceux-ci, et s'assurer que les décisions sont prises par les résidents locaux et non par des experts étrangers. Un conseiller permanent a été placé dans le district pour donner une assistance technique. Aucune étape clé du programme n'a été soumise complètement aux « étrangers » pour leurs évaluation, gestion, ou suivi/évaluation.
- ▶ La première priorité a été la mise en place d'un paquet minimum de services. Ce paquet ne comprend pas seulement les services de nutrition mais la vaccination, la Thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) et la provision de médicaments essentiels. Ce paquet a été l'une des premières composantes du programme devant être exécutée. Les communautés ont reçu des services qu'elles apprécient et le programme a eu du succès par sa visibilité et sa crédibilité.
- ▶ Le système de comité de développement déjà existant à tous les niveaux en Tanzanie a beaucoup facilité le programme. Les agents chargés de la mise en œuvre du programme ont utilisé quelques informations clés comme critères pour prendre des décisions sur les améliorations du programme, et ont développé un système d'information fiable pour fournir des données aux différents comités.

Source : Adapté de Jonsson, 1991.

FIGURE 14.**Utilisation de l'approche du « Cycle des Trois A »**

Le cycle d'Appréciation, d'Analyse et d'Action peut être exécuté au niveau du ménage, de la communauté, du district, et au niveau national. Dans le ménage, les parents peuvent utiliser ce processus pour reconnaître les premiers signes de maladies ou de problèmes alimentaires et prendre une action appropriée. Dans les communautés, les problèmes telle que la présence de déficit pondéral, d'héméralopie ou d'anémie peuvent être utilisés pour déclencher la mobilisation de fonds (voir une liste « des déclencheurs d'actions » dans l'encadré 1, chapitre 2). De même, les autorités de district et au niveau national peuvent utiliser le cycle pour contrôler leurs programmes et cibler leurs ressources. Pour que les programmes appliquant l'approche du « Cycle des Trois A » réussissent, il est nécessaire de disposer de bons indicateurs et de mesures exactes, de diagnostics corrects, des causes des problèmes et des actions efficaces de suivi.



Source : UNICEF 1998.

de santé et de nutrition. Le processus (résumé dans la discussion 4) a aidé à forger un partenariat solide entre les communautés et les formations sanitaires. Les mères de jeunes enfants faisaient partie des équipes communautaires chargées d'évaluer et d'analyser les activités. Les participants, après avoir identifier la faible fréquentation des structures de santé comme un problème grave ont élaboré un plan et des stratégies pour

DISCUSSION 4

Organisation des évaluations conjointes communautaires. L'exemple de l'Éthiopie

PHASE	DURATION	ACTIVITES ET PROCEDURES	LOCALISATION
▶ Identification des partenaires	Complétée à l'avance	<ul style="list-style-type: none"> Planification logistique, finalisation des plans de travail Sélection des communautés cibles Formation d'équipes communautaires 	Siège
	5 jours	<ul style="list-style-type: none"> Formation sur l'enquête de ménages et aux méthodes participatives 	Capitale régionale
	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> Réunion publique La cartographie sociale Enregistrements/classement des problèmes de santé infantile Réunion d'équipe 	Communautés sélectionnées
▶ Sélection de priorités	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de ménages; enregistrement manuel de données Privilégier 3–5 comportements Classement matriciel et note Calendriers saisonniers Réunions d'équipe 	Communautés sélectionnées
▶ Compréhension des contraintes et des motivations	3 jours	<ul style="list-style-type: none"> Interviews semi-structurées organisées sur la capacité de certaines familles à adopter des nouveaux comportements et l'incapacité d'autres pour y parvenir Préparation pour réunion publique 	Communautés sélectionnées
▶ Sélection des actions	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> Réunion publique Réunion d'équipe 	Communautés sélectionnées
	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> Analyse approfondie de données et d'expérience Étapes prochaines et la programmation des visites de suivi 	Capitale régionale

Source : Rapport sur l'évaluation participative en Éthiopie, BASICS, 1997.



motiver les membres de la communauté à offrir des prestations de services. Pour cela, une formation supplémentaire leur a été donnée dans les structures de santé sur les séances de conseils, l'organisation communautaire et la participation. Les membres de la communauté voulaient impliquer des groupes existants dans la communauté tels que : églises, mosquées, et écoles dans les activités. Certains ont exprimé le besoin de former d'autres groupes de soutien des actions de santé et de nutrition. Les horaires des centres de santé ont été modifiés selon la disponibilité des membres de la communauté.

Exemples d'activités communautaires

Le tableau 16 montre diverses variétés d'activités qui peuvent être utilisées pour impliquer les communautés dans les programmes de santé et de nutrition. Ces exemples illustrent les différentes façons par lesquelles les responsables de santé peuvent collaborer avec d'autres secteurs et avec d'autres institutions pour une utilisation optimale des expertises et des ressources locales.

Après identification des actions prioritaires de nutrition, les responsables de santé doivent développer les capacités des groupes communautaires (par

TABLEAU 16.
Exemples de stratégies d'implication de la communauté

STRATEGIE	PAYS	DESCRIPTION	OUTILS ET MÉTHODES
Subventions de partenariat des ONG	Zambie	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des problèmes de santé du district lors d'un forum public au niveau de la communauté. Il a été demandé aux ONG de se mobiliser pour obtenir des subventions en vue d'aider à l'ouverture de services. 	<p>Ressources externes utilisées pour financer des partenariats. Les critères de sélection standard des ONG utilisés. Les capacités des ONG développées.</p>
Les agents de santé communautaires (ASC)	Zambie Ethiopie Inde	<ul style="list-style-type: none"> Les agents de santé communautaires ainsi que les matrones traditionnelles et les dépôts à base communautaire sont formés. Les agents de santé communautaires sont sélectionnés et formés. Les agents de santé communautaires, représentant de la communauté, rendent visite au personnel médical et signent des contrats pour une prise en charge améliorée des maladies. Ils veillent au respect des règlements et à la performance. 	<p>Programmes de cours de formation élaborés.</p> <p>'Des boîtes à image' et autres guides d'enseignement des agents de santé communautaires utilisés. Programme de développement des capacités des agents de santé communautaires et du personnel médical entrepris.</p>
Enfant à enfant/de l'école-à-la communauté	Madagascar Ethiopie	<ul style="list-style-type: none"> Programme scolaire élaboré pour les élèves sur des comportements ciblés. L'objectif serait d'élever une génération de jeunes gens conscients de l'importance de la bonne santé et capable de disséminer leurs connaissances, à travers les enfants aux autres membres de la communauté. Sessions éducatives tenues, avec des petits groupes, et dirigées par les volontaires communautaires, et des enseignants. 	<p>Education par les pairs utilisée. Des jeux, des histoires et des activités expérimentales d'apprentissage employées. Des activités menées pour engager les enfants dans l'éducation du reste de la communauté.</p>
Évaluation participative et planification	Ethiopie Zambie	<ul style="list-style-type: none"> Les communautés partagent la responsabilité de réaliser la cartographie sociale, la collecte de données, l'analyse, et l'élaboration des plans d'action. 	<p>Évaluation Rurale Participative et des techniques anthropologiques utilisées pour l'évaluation de besoins.</p>

(à suivre)

<p>Communauté « Modèle »</p>	<p>Madagascar</p> <ul style="list-style-type: none"> Les membres de la communauté qui notent en pratique des comportements ciblés sont identifiés et invités à former un réseau comme modèle, se constituant ainsi en ressources communautaires pour d'autres parents: <i>Amis de Santé</i> 	<p>Les pairs sont éduqués par leurs pairs dans la communauté.</p>
<p>Volontaires communautaires</p>	<p>Haïti Guatemala</p> <ul style="list-style-type: none"> Les mères volontaires préparent des repas comme ceux servis dans les maisons des enfants en bonne santé qu'elles servent aux enfants malnutris. Les mères volontaires sont formées comme conseillères en allaitement maternel pour diriger des groupes de soutien de mère à mère, et elles donnent des conseils individuels et envoient les enfants malades vers une structure de santé. 	<p>Des évaluations pour trouver des aliments locaux à la portée de toutes les bourses. L'emploi des principes d'apprentissage pour adultes. L'auto motivation et la pérennisation sont renforcées par la sélection minutieuse des dirigeants.</p>
<p>Canaux traditionnels/populaires de communication</p>	<p>Madagascar Bénin Bangladesh</p> <ul style="list-style-type: none"> Les comités de village reçoivent des messages de santé et des scénarios; les personnages développent des sketches autour des messages adaptés à la communauté. Les volontaires font des représentations traditionnelles folkloriques lors des campagnes de vaccination. 	<p>Sketchs sur la santé utilisés. Des cartes conseils imagées fournissent des thèmes pour des sketches. Du théâtre et des chansons populaires utilisés.</p>
<p>Alliances avec des secteurs divers</p>	<p>Madagascar Ethiopie Zambie</p> <ul style="list-style-type: none"> Des encadreurs villageois sont recrutés dans les domaines de l'agriculture, de la santé, de l'éducation et d'autres, pour former et coordonner des comités d'animation. Eau de source mise en bouteille avec la collaboration du département des eaux. Partenariat avec une organisation agricole pour soutenir la culture des arachides. 	<p>Des responsabilités partagées et des activités pour la résolution des problèmes menées.</p>
<p>Partenariats entre le secteur privé et les communautés</p>	<p>Nigeria</p> <ul style="list-style-type: none"> Des structures du secteur privé et les communautés forment des partenariats et rédigent une lettre d'entente (LE) sur les rôles et les responsabilités de chacun. 	<p>Inventaire du secteur privé fait. Les réunions communautaires et les protocoles d'accord développés.</p>

(à suivre)

TABLEAU 16. (suite)
Exemples de stratégies d'implication de la communauté

STRATEGIE	PAYS	DESCRIPTION	OUTILS ET METHODES
Projets de micro entre-prise	Nigeria Zambie	<ul style="list-style-type: none"> • Poulailler, moustiquaires, et autres sont conçus et gérés par la communauté. 	Réunions tenues pour évaluer des besoins. Compte bancaire de la communauté ouvert.
Santé du village ou comités d'animation	Ethiopie Madagascar Zambie	<ul style="list-style-type: none"> • Des groupes communautaires performants ou des représentants des groupes existants forment un lien entre le district et la communauté. 	Accord du village obtenu sur la personne désignée pour représenter le village dans le domaine de la santé. Des groupes existants utilisés pour augmenter le statut du groupe et assurer la crédibilité.
Référence des mères — entre le centre de santé et la communauté	Honduras	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration entre le personnel de centre de santé et les volontaires communautaires pour le suivi de la mère après qu'elle ait quitté le centre de santé. 	Protocole de centre de santé modifié.
Soutien politique	Bangladesh	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer fait pour impliquer les dirigeants locaux (les commissaires départementaux, les maires, et d'autres) dans la vulgarisation du message. 	Appels directs utilisés.
Collaboration avec les employés du secteur privé	Malawi (Le Projet HOPE)	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration développée pour élargir les services de santé en vue d'inclure les soins préventifs pour les employés des domaines et leurs familles. Chaque domaine embauche un promoteur sanitaire pour fournir une éducation sanitaire, met en place des centres spécialisés, pour améliorer les infrastructures existantes. 	Des discussions sur la santé conduites en groupe. Un besoin de mobilisation des communautés autour de l'eau et de l'assainissement ressenti.

Source : BASICS 1998.

DISCUSSION 5

Accords conjoints entre les gestionnaires des activités de santé et les organisations communautaires. L'exemple du Nigeria

Il y avait beaucoup de participants dans ce projet au Nigeria. Les principaux participants avaient besoin des rôles bien définis pour que toutes les composantes essentielles du projet ne soient pas négligées. Un accord officiel a été signé et chaque partenaire principal a été responsabilisé par son engagement précis dans le partenariat.

PERSONNEL DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

- ▶ Accepter des cas de diarrhée.
- ▶ Traiter des cas de diarrhée.
- ▶ Fournir des informations sur la diarrhée dans les centres de santé/ dans la communauté.
- ▶ Aménager un coin de réhydratation orale.
- ▶ Communiquer avec les organisations à base communautaire sur des problèmes de santé.
- ▶ Planifier une éducation préventive et promotionnelle.
- ▶ Référer des cas graves.
- ▶ Suivre des cas graves.
- ▶ Enregistrer les cas.

ORGANIZATIONS A BASE COMMUNAUTAIRE

- ▶ Prendre en charge les cas de diarrhée à domicile.
- ▶ Référer ou signaler des cas de diarrhée.
- ▶ Aider des cas graves de diarrhée à atteindre la structure de santé.
- ▶ Organiser une campagne de sensibilisation sur la diarrhée au niveau de la communauté.
- ▶ Encourager l'allaitement maternel.
- ▶ Encourager l'utilisation d'eau bouillie.
- ▶ Encourager l'approvisionnement en eau potable dans le quartier.
- ▶ Maintenir l'approvisionnement en eau potable.

ORGANISATION NON-GOUVERNEMENTALE

- ▶ Fournir des formations nécessaires aux structures de santé et aux organisations communautaires.
- ▶ Fournir des affiches pour l'éducation.
- ▶ Encourager des échanges entre les partenaires.
- ▶ Fournir un appui technique pour la documentation, la surveillance, et l'évaluation.

« Le Modèle Hearth » pour la prise en charge communautaire des enfants malnutris en Haïti, au Vietnam, et au Bangladesh

Les communautés en Haïti, au Vietnam et au Bangladesh avaient besoin de fournir des soins à un nombre important d'enfants atteints de malnutrition sévère qui n'avaient pas eu accès aux structures de santé.

- ▶ Le programme, exécuté en partenariat avec un hôpital au niveau du district ou un centre de santé, est conçu pour nourrir les enfants souffrant de malnutrition tout en éduquant et motivant leur mère. L'amélioration de la condition des enfants montre et sert à convaincre les autres membres de la communauté de l'importance et des principes d'une alimentation appropriée pour l'enfant. L'approche est de faire en sorte que les mères volontaires de la communauté préparent et donnent aux enfants malnutris un petit déjeuner nourrissant chaque jour et ce pendant deux semaines. Les enfants sont déparasités avant le commencement de ce programme d'alimentation. Les éducateurs en nutrition identifient et forment les mères volontaires qu'ils motivent en les faisant participer au programme de nutrition qui aboutit après deux semaines des améliorations de l'état des enfants malnutris.
- ▶ Le programme d'alimentation utilise des aliments locaux et bon marché, et des menus « identifiés » à travers des observations et des entrevues menées auprès des mères des enfants bien nourris dans la communauté. Ce programme a aidé à convaincre les autres mères qu'elles peuvent réhabiliter leurs enfants malnutris en adoptant les pratiques alimentaires de « déviance positive ». Chaque matin, les mères volontaires préparent et servent à manger, deux à six enfants malnutris issus chacun de familles sélectionnées par les mères volontaires elles-mêmes.
- ▶ Le programme d'alimentation est souvent intégré à d'autres interventions de santé et nutritionnelles tels que déparasitage, surveillance de la croissance, référence vers la structure de santé pour une maladie sous-jacente, et pour les suppléments de micro nutriments. D'autres programmes, tels que crédits de micro entreprise, création d'emplois et planification familiale, sont introduits par les volontaires si le programme de nutrition aboutit à un succès. La réhabilitation nutritionnelle peut être réalisée pour une courte durée de deux semaines. Elle transforme visiblement des enfants sans énergie et indifférents en enfants actifs et alertes : un résultat qui peut motiver les autres mères.
- ▶ Les études d'évaluation montrent des résultats positifs considérables, surtout au Vietnam où la malnutrition sévère a été très bien éliminée de façon durable. Les bons résultats dans la réhabilitation des enfants modérément malnutris ont été notés en Haïti.



exemple, les groupements féminins, les groupes de soutien, « les volontaires de santé ») pour mener à bien ces actions. Les responsables de santé auront à remplacer le manque à gagner des personnes impliquées lors de la période d'évaluation et de développement institutionnel pour obtenir une entière participation des principaux acteurs.

Les groupements féminins constituent d'excellents partenaires dans les interventions de nutrition. Les autres groupes qui peuvent être impliqués sont :

- les programmes de microentreprises,
- les groupes de soutien à l'allaitement maternel,
- les clubs de mères,
- les cours d'alphabétisation,
- les programmes préscolaires,
- les comités chargés de la gestion de l'eau et de l'assainissement,
- les coopératives des Eaux et Forêts, et
- les groupes sociaux et politiques.

DISCUSSION 7

Conseils intégrés pour la santé et la nutrition au niveau communautaire. L'exemple du Honduras

Au Honduras, un paquet de conseil pour les soins de santé et de nutrition au niveau communautaire a été mis en place pour éviter le débordement/la surcharge des structures de santé et pour augmenter la couverture.

Le Ministère de la Santé a engagé un réseau de superviseurs en nutrition dans le cadre du programme intégré de soins infantile (AIN) dans pratiquement la moitié des communautés du pays. Les superviseurs communautaires en nutrition sont épaulés par le personnel des structures de santé. Les superviseurs et le personnel de santé encouragent le diagnostic précoce et le traitement à domicile des maladies infantiles fréquentes, des mauvaises pratiques alimentaires et d'un gain de poids insuffisant chez les enfants.

Éléments clés

- ▶ Les activités communautaires sont reliées aux structures de santé, par exemple les superviseurs en nutrition sont formés par le personnel des centres de santé.
- ▶ Les activités au sein de la communauté se tiennent autour de la pesée mensuelle des jeunes enfants.
- ▶ Basé sur la détection, les superviseurs en nutrition donnent des conseils, réfèrent les enfants aux groupes de soutien, ou font des visites à domicile; certains enfants sont référés aux centres de santé.
- ▶ Tous les quatre mois, les dirigeants communautaires et le personnel de santé sont censés faire conjointement la revue du progrès durant les quatre derniers mois, en utilisant des graphiques en barre pour identifier les pourcentages d'enfants pesés, d'enfants qui ont pris de poids et ceux qui n'ont pas pris de poids comme il faut.
- ▶ Des actions collectives sont prises par la communauté pour prendre en charge des problèmes persistants que les familles n'arrivent pas à gérer seules.

Qui est impliqué ?

- ▶ Les infirmiers (ères) de la structure de santé.
- ▶ Les enseignants(es).
- ▶ Trois superviseurs en nutrition par communauté.
- ▶ D'autres membres de la communauté.

Source : BASICS 1998.



Les responsables de santé auront à décider de travailler avec des groupes existants ou à organiser de nouveaux groupes de soutien aux activités de nutrition. Les deux approches ont des avantages et inconvénients, selon le contexte local. Les groupes existants peuvent être réceptifs aux nouvelles informations et motivés en prenant en charge de nouvelles activités, ou ils peuvent résister à tous changements. Les groupes nouvellement formés peuvent être intéressés par le thème de nutrition, mais les membres de ces groupes peuvent mettre plus de temps pour acquérir de nouvelles compétences.

Pour les deux types de groupes, l'expérience a montré que même après l'engagement des groupes dans les partenariats pour la nutrition et la santé, le développement de compétences se fait par la mise en place seulement de quelques activités. Les responsables de la santé ont aussi besoin de développer un système d'approvisionnement pour les agents communautaires et un système de supervision.

Au Sénégal, les groupements féminins existants ont été invités à développer des partenariats avec les centres de santé dans le district pour faire des pesées mensuelles et mener des activités d'éducation nutritionnelle dirigées par leurs propres membres dans leur quartier. Le problème identifié a été l'inaccessibilité aux structures de santé et une

TABLEAU 17.**Indicateurs communautaires pour le suivi de la nutrition**

Ces indicateurs doivent être surveillés systématiquement par le personnel sanitaire en collaboration avec leurs partenaires communautaires. Les résultats devraient être commentés lors des réunions communautaires pour décider des actions de suivi à mener.

- Pourcentage de tous les enfants âgés de 6–35 mois avec un poids/âge au-dessous du poids/âge recommandé ou qui ne grandit pas suffisamment.
- Pourcentage de femmes et d'enfants avec des paumes et des conjonctives pâles (des signes d'anémie).
- Pourcentage d'enfants âgés de 2–11 ans qui ont des signes d'héméralopie ; le pourcentage de femmes enceintes avec des signes d'héméralopie.
- Pourcentage de nourrissons de 0–3 mois qui ne sont pas allaités exclusivement au sein.
- Pourcentage d'enfants de 6–9 mois qui ne reçoivent pas le lait maternel ni les aliments complémentaires.
- Pourcentage d'enfants âgés de 20–23 mois qui ne sont pas allaités au sein.
- Pourcentage d'enfants âgés de 12–59 mois qui ont reçu un supplément de vitamine A dans les six derniers mois, et le pourcentage de femmes qui ont reçu une dose de vitamine A dans les deux mois suivant l'accouchement.
- Pourcentage de ménages avec des femmes enceintes qui ont reçu des comprimés de fer.
- Pourcentage de ménages qui disposent de sel iodé.
- Pourcentage de mères qui ont reçu, au moins, une visite pendant la grossesse, à l'accouchement, et dans la première semaine de post partum. (Des comprimés de fer donnés lors des visites, des conseils/du soutien apporté pour pratiquer un allaitement maternel exclusif réussi, et des conseils sur l'alimentation des mères).
- Pourcentage des mères d'enfants de 12–23 mois qui ont reçu au moins une visite dans les trois derniers mois. (Les visites comprenaient une évaluation et des conseils sur l'alimentation complémentaire appropriée et l'allaitement maintenu pour au moins deux ans, avec des suppléments en micronutriments.)

couverture limitée des stratégies avancées par le personnel de santé pour mener des actions essentielles en nutrition. Des sessions de formation pour les agents communautaires bénévoles ont été organisées afin de leur donner des compétences sur l'alimentation de l'enfant et sur les techniques de conseils. L'implication des groupements féminins dans les activités de nutrition a eu comme résultat un engagement plus fort de la communauté et une appropriation des activités de nutrition. La couverture a augmenté d'une façon significative. L'existence des groupements féminins est un avantage important dans la mise en œuvre des activités de nutrition au niveau communautaire.

L'étape la plus importante après la sélection des services à offrir est le consensus sur la répartition des responsabilités. Dans la région de SNNPR en Ethiopie, par exemple, le personnel des structures de santé a joué un rôle important dans l'amélioration des services offerts, la communauté a organisé des groupes et des volontaires, le responsable du district a élaboré les activités de communication, le personnel des centres de santé et les membres de la communauté ont partagé la responsabilité dans la conduite des formations.

Identifier des moyens pour renforcer le sens de la responsabilité, de l'engagement et de la transparence présentent plus de défi que la répartition des responsabilités parmi les partenaires clés. Dans un programme de lutte contre la diarrhée en milieu urbain au Nigeria, la répartition des responsabilités entre les structures de santé, les institutions communautaires et les organisations externes a été établie clairement dans un accord écrit et officiel (résumé dans la discussion 5).

Le rôle des groupes communautaires et leur relation avec les centres de santé peuvent prendre des formes diverses. Deux exemples supplémentaires ont été donnés à la fin de ce chapitre dans les discussions 6 et 7.

Dès que les partenariats communautaires deviennent autonomes, les responsables de santé peuvent passer à des nouvelles localités. Mais les responsables devraient être toujours impliqués en soutenant des évaluations conjointes ainsi que des révisions d'activités pour maintenir l'orientation sur la réduction des problèmes de nutrition. Un problème commun des programmes communautaires est le manque de continuité et de participation soutenue des principaux acteurs. Un soutien continu des responsables de santé peut aider à maîtriser ce problème. Il a été constaté que les informations sur les résultats obtenus, après exécution des activités de programme, peuvent constituer un outil puissant pour maintenir

l'engagement participatif de la communauté dans les activités de nutrition. L'approche, du cycle des « Trois A » de l'UNICEF, de cycles répétés d'Appréciation, d'Analyse et d'Action (cf. figure 14) peut être utilisée pour fournir les informations sur les résultats obtenus et pour stimuler les actions en cours.

Le tableau 17 donne une liste représentative des types d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour surveiller les actions communautaires. Les responsables de santé et les partenaires communautaires doivent rassembler des informations sur les indicateurs utiles, évaluer les résultats, analyser pourquoi les tendances observées se sont produites, et agir pour atteindre la couverture désirée. Ils devraient travailler assez souvent et au tant que possible.

En Tanzanie, des sessions répétées de pesées des enfants ont été utilisées pour identifier des ressources aux enfants qui en ont grandement besoin. Tous les enfants de la communauté ont été inscrits et suivis avec succès et pesés régulièrement. Des données de poids/âge ont été utilisées comme un outil pour déceler la malnutrition, motiver l'action collective de la communauté, et fournir un soutien spécifique à l'encontre des enfants à haut risque. Les poids des enfants ont été enregistrés avec des couleurs différentes pour marquer leur état nutritionnel (vert — non malnutris), (gris — malnutrition modérée), et (rouge — malnutrition sévère).

En premier lieu, la priorité a été donnée aux enfants sévèrement malnutris (en zone rouge) avec un suivi rapproché, de la nourriture, des sessions fréquentes de conseils, et des pesées hebdomadaires. Mais avec la réduction du nombre d'enfants sévèrement malnutris, l'attention a été portée sur les enfants modérément malnutris, surtout les enfants issus des familles ayant des moyens limités. Les dirigeants et les travailleurs sanitaires du village ont fait une revue du pourcentage d'enfants pesés et ceux dans les zones rouge, grise et verte. Ils ont passé en revue le progrès fait pendant les mois précédents. La gestion de programme aux niveaux supérieurs — quartier et district — s'est basée sur ces données des villages. Le programme est basé sur un système d'inscription de 100 pour cent, et les conseillers villageois du village ont incité à une forte participation. Au fur et à mesure que le nombre d'enfants malnutris diminuaient au cours des années, et avec l'instauration d'une bonne alimentation des enfants et des pratiques de santé appropriées, il y avait eu moins de participation, peu de pesée et de suivi mensuels des enfants.

En résumé, les responsables de santé doivent élaborer un plan spécial de travail avec les communautés dans leur district. Développer des partenariats avec des communautés aide à renforcer les activités de santé et de nutrition en :

- rendant les services accessibles et appropriés pour satisfaire les besoins des populations services,
- exigeant moins de temps au responsable, souvent engagé dans la mobilisation de la population pour utiliser les services, et
- élaborant des programmes qui sont durables parce que les membres de la communauté travaillent avec l'équipe sanitaire pour continuer les activités.

Un rôle important pour le responsable de programme dans les partenariats communautaires est d'être attentif à la communauté et d'encourager le personnel à passer du temps dans les communautés.

Pour que les partenariats réussissent, les responsables et le personnel devraient :

- écouter et parler aux membres de la communauté à travers des évaluations et des rencontres informelles,
- choisir les approches et les interventions qui ont réussi dans le passé, tout en se consacrant sur l'amélioration des structures existantes,
- définir clairement les rôles et les responsabilités, en développant les capacités des gens pour exécuter des actions,
- inclure le recueil continu de données et l'évaluation des activités dans leurs programmes pour maintenir un niveau élevé de participation et d'engagement de la communauté, tout en menant des actions pour la réduction des problèmes de nutrition.



Les activités de communication pour l'amélioration de la nutrition

POINTS CLÉS

Les responsables de santé doivent élaborer et mettre en œuvre des activités de communication afin de renforcer le travail du personnel des structures de santé et des agents communautaires et afin d'élargir la couverture géographique de leur programme.

Les publics cibles qui exercent une influence sur les comportements recommandés en matière de nutrition doivent recevoir des messages- clés à travers une variété de canaux.

Le contexte local doit déterminer les types de canaux de communication à utiliser, le choix des messages pour chaque public, et ceux qui devront élaborer et mettre en œuvre les activités de communication.

Les principales composantes suivantes sont à inclure dans un programme de communication au niveau des districts :

- la collecte d'information concernant les publics clefs ciblés et leurs motivations,
- les conseils individuels pour les mères et les responsables d'enfants par les agents communautaires et le personnel des structures de santé,
- l'adaptation et la diffusion des supports provenant des programmes nationaux de communication,
- l'utilisation des médias locaux telles que troupes de théâtre, radio communautaire et la presse locale,
- la collaboration avec les ONG et autres entités, et
- le suivi en vue d'assurer la qualité et la continuité.

Chapitre 6

Les activités de communication pour l'amélioration de la nutrition

Les activités de communication augmentent énormément l'efficacité des programmes en matière de santé et de nutrition et doivent faire partie de la planification globale de la santé au niveau du district. Le personnel de santé a un rôle important à jouer bien que beaucoup d'activités de communication puissent et doivent être menées par d'autre personnel non de santé (agents communautaires par exemple). Les responsables de santé au niveau des districts auront besoin d'une assistance externe pour certaines mesures à prendre pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un vaste programme de communication.

Ce chapitre décrit la manière dont les activités de communication peuvent soutenir les activités de santé et de nutrition dans le district et fournit des informations pour aider les responsables de santé des districts à impliquer les autres dans la conception et la mise en œuvre des activités de communication, y compris :

- pourquoi les activités de communication sont-elles importantes,
- le rôle du responsable de santé, et
- comment élaborer et mettre en œuvre un programme de communication.

Des informations complémentaires sur ce sujet figurent dans le chapitre 7 sous la rubrique supports de formation et d'IEC.

Pourquoi les activités de communication sont importantes ?

Un programme de communication peut servir un certain nombre d'objectifs. Il peut *éduquer* les responsables d'enfants et les décideurs en ce qui concerne les comportements-clés ; *motiver* les responsables d'enfants, les agents de santé et les décideurs à changer ou à se conformer à certaines pratiques ou politiques ; *informer* la population cliente sur le lieu et le moment où un service est disponible. Etant donné que les problèmes de nutrition ne sont pas facilement visibles et requièrent la participation de plusieurs acteurs, une composante essentielle de toute stratégie visant à améliorer la nutrition consiste à des efforts continus sur une large échelle en vue de conscientiser le public sur le problème.

- Pour améliorer la nutrition, les perspectives, les croyances et les comportements de plusieurs membres de la société ont besoin de changer, y compris les plus importants, c'est-à-dire les mères et les autres responsables d'enfants. Les autres membres de la famille, les agents communautaires, les décideurs, les médecins, les infirmiers et autres jouent également un rôle essentiel. Il faut des messages et des canaux de communication différents pour *motiver* les différents publics.
- Il existe plusieurs individus et groupes qui peuvent améliorer la nutrition et la santé dans le district mais qui ne sont peut être pas conscients du fait que la nutrition représente un problème ayant des effets néfastes sévères pour l'ensemble de la population. Un programme de communication qui soutient les activités de nutrition peut *éduquer* ces publics sur les avantages de la pratique les comportements recommandés. Les messages peuvent être répétés à travers divers canaux de communication pour ne pas être oubliés.
- Des canaux tels que radio, télévision, journaux, troupes théâtrales locales, école et autres peuvent permettre d'atteindre un niveau de couverture plus élevé que ne le pourrait le personnel des structures de santé et les agents communautaires, seuls ces canaux fournissent des informations sur le lieu et le moment où les services sont disponibles.
- Pour terminer, une stratégie de communication peut aider les responsables de santé à faire en sorte que les diverses activités du district en matière de santé et de nutrition se soutiennent mutuellement. Par exemple, les messages fournis par la radio, les journaux, les troupes théâtrales, les vulgarisateurs agricoles, les instituteurs, les guides religieux, les ONG, les agents communautaires et les agents de santé devraient se renforcer mutuellement.

Les responsables de santé peuvent utiliser les activités de communication de plusieurs façons. Dans certains pays par exemple, la distribution de la vitamine A se fait tous les six mois ou une fois par an (là où les JNV pour l'éradication de la polio sont utilisés pour la distribution des suppléments de vitamine A). Dans ce cas les activités de communication sont menées seulement juste avant les journées de distribution. Toutefois les conseils individuels pour l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire et le régime alimentaire des femmes durant la grossesse ou l'allaitement est une activité quotidienne et continue.

Le rôle des responsables de santé

Les responsables de santé au niveau du district doivent s'assurer que leurs programmes en matière de santé et de nutrition sont appuyés par un large éventail d'activités de communication. Toutefois les responsables de santé n'ont pas besoin de planifier et de mettre en oeuvre toutes les activités de communication eux-mêmes. Ils peuvent trouver des partenaires expérimentés pour le faire avec eux. Cependant ils devront prendre la responsabilité de :

- faire en sorte que les messages soient techniquement corrects, qu'ils traitent des problèmes de nutrition recommandés au sein du district et qu'ils sont basés sur les résultats des recherches formatives menées avec les mères des jeunes enfants ;
- faire en sorte que les conseils individuels dispensés aux mères et aux responsables d'enfants par les agents communautaires et ceux des structures de santé soient techniquement correct et de bonne qualité ;
- participer à toutes les différentes activités de communication (par exemple les programmes à la radio, écrire pour des journaux locaux ou leur accorder des entretiens, organiser une descente sur terrain pour les journalistes, faire la promotion et organiser des événements spéciaux en rapport avec la santé et la nutrition) ;
- coordonner la planification et la mise en oeuvre d'activités de communication avec l'approvisionnement et la formation des agents de santé ;
- fournir une rétro information aux partenaires impliqués dans la communication en ce qui concerne la portée et l'impact du programme de communication par le biais d'un suivi et d'une évaluation continus des activités du programme de santé.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de communication

Un programme de communication suppose une série d'étapes qui peuvent être menées directement par le personnel de santé des districts ou par les organisations coopérantes. Ces étapes ont été suivies pendant plusieurs



années pour mettre en œuvre des programmes de communication au niveau national. Plus récemment, elles se sont avérées utiles pour développer des programmes de communication à l'échelle régionale ou provinciale et aux niveaux des districts. Elles comprennent :

- la sélection d'un petit nombre de comportements recommandés en tant que points centraux d'une stratégie de communication ;
- la collecte d'informations sur les comportements recommandés, les publics qu'il faut toucher et les canaux qui pourraient les atteindre en vue de soutenir chaque comportement sélectionné ;
- le comportement actuel du public cible ;
- la sélection d'activités de communication et l'élaboration d'un plan détaillé, et
- l'exécution, le suivi et l'évaluation des activités programmées.

Pour démarrer le programme, les responsables de santé doivent examiner ces mesures pour ensuite passer à peu près une semaine à étudier les capacités des partenaires potentiels. Par exemple pour entreprendre une recherche formative sur les comportements

TABLEAU 18.
Exemples de pratiques en rapport avec les thèmes prioritaires de nutrition

THÈMES RECOMMANDÉS	PRATIQUES DES MÈRES	PRATIQUES DES AGENTS DE SANTÉ	PRATIQUES DES DÉCIDEURS
<p>Allaitement maternel exclusif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A commencer juste après la naissance. • Donner uniquement le lait maternel. • Allaiter fréquemment, à la demande (aussi pendant la nuit). 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des mères depuis la grossesse jusqu'aux premières semaines au moins après l'accouchement. • Apprendre aux mères à gérer les problèmes courants liés à l'allaitement maternel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'IHAB. Mettre à jour les programmes d'enseignement des médecins et des infirmiers. • Changer les normes des structures de santé. • Mettre en place le cercle de commercialisation des substituts du lait maternel et fournir les moyens pour son application.
<p>Pratiques appropriées en matière d'alimentation complètement maternel continu pendant deux ans</p>	<p>6-11 Mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas donner des aliments trop liquides. • Nourrir avec ou ajouter aux aliments des substances plus denses tels que purées d'arachides, de fruits, de légumes et de produits d'animaux. • En plus d'un allaitement maternel sans restriction, donner 2-3 repas par jour à 6-8 mois et 3-4 repas par jour à 9-11 mois. <p>12-23 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner 4-5 repas par jour (en plus de casse-croûtes à base de nutriments épais et de lait maternel). • Pratiquer une bonne hygiène alimentaire—bonne conservation/réchauffage, lavage des mains, protection contre les mouches et non-utilisation de biberon ni de tétine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager et conseiller les mères sur les pratiques spécifiques pertinentes et faisables. • Donner aux mères des conseils et leur faire des suggestions en vue d'accroître leurs accès à des aliments recommandés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire en sorte qu'il y ait suffisamment de fonds disponibles pour la promotion de ces pratiques. • Soutenir publiquement l'objectif visant à améliorer l'alimentation et les soins des petits enfants. • Soutenir les politiques et les programmes de lutte contre les causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 24 mois.

(à suivre)

<p>Prise adéquate de vitamine A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner à l'enfant des suppléments de vitamine A tous les 4–6 mois. • Consommer et donner à l'enfant des aliments riches en vitamine A à chaque repas (fruits couleur jaune foncée/orange, huile de palme, produits animaux, aliments enrichis). 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer les suppléments selon les protocoles. Enregistrer chaque dose. • Faire la promotion d'une alimentation riche en vitamines A, y compris les aliments enrichis. • Donner des conseils aux mères et leur faire des suggestions en vue d'accroître l'accès à ces aliments grâce au jardinage, à l'élevage de volaille, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'approvisionnement des suppléments. • Soutenir la formation, la promotion et les autres coûts. • Soutenir une législation concernant la fortification et son application.
<p>Soins aux enfants malades et malnutris</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer l'allaitement maternel et une autre alimentation si l'enfant est malade. • Donner des liquides supplémentaires si l'enfant a la diarrhée ou la fièvre. • Utiliser l'alimentation active pour nourrir un enfant malade et sans appétit. Fournir une alimentation à petites doses et de manière fréquente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion de pratiques alimentaires clés, aux individus et aux groupes, pendant les périodes de maladies. • Donner un supplément de vitamine A aux enfants malades. • Diagnostiquer avec précision les enfants souffrant de malnutrition sévère et leur administrer des soins conformément aux directives de l'OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les directives de la PCIME et de l'OMS pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition sévère dans les programmes de formation des médecins et des infirmiers. • Renforcer dans les services des districts la capacité à détecter et à traiter les enfants souffrant de malnutrition sévère.
<p>Prise adéquate de fer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir des comprimés de fer pour les femmes enceintes, aux nourrissons et aux jeunes enfants. • Fournir des suppléments de fer. • Prendre des suppléments de fer tel que prescrit (chaque jour, entre les repas, avec une boisson à base de citron, mais pas de café ni de thé). 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion des soins prénatals et de l'importance des comprimés de fer pour les femmes enceintes. • Conseiller les mères en ce qui concerne les comprimés de fer et les gouttes pour les enfants. • Ne pas recommander les aliments pour nourrissons manufacturés comme source de fer. Renforcer l'allaitement maternel continu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'approvisionnement, la formation et les systèmes de soutien (supervision, suivi, information). • Développer des partenariats avec les distributeurs de produits pharmaceutiques pour fournir une gamme de fer/acide folique et une variété de suppléments de micronutriments.
<p>Prise adéquate d'iode</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acheter et utiliser uniquement du sel iodé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la disponibilité et l'utilisation exclusive du sel iodé dans le district. Tester les échantillons. • Faire la promotion de l'achat et de la consommation du sel iodé. • Donner des conseils sur la conservation du sel iodé dans des récipients couverts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir une législation exigeant l'enrichissement de tous les sels. • Si le sel non iodé est disponible localement, financer la promotion du sel iodé.

recommandés, il faudrait engager un individu ou une agence expérimentée. Pour la phase d'exécution, des partenaires différents seront nécessaires en vue d'accomplir les différentes tâches : les agents de la presse locale pourront entreprendre des programmes radiophoniques et faire de la publicité dans les journaux et revues, le département des activités culturelles ou du tourisme seraient peut être en mesure de gérer le théâtre villageois et les troupes d'art dramatique, les agents publicitaires locaux et les ONG travaillant dans le district ont peut être l'expérience requise pour mettre les supports au point et les pré-tester.

TABLEAU 19.

Les objectifs du programme de communication — exemple

Objectif global : Baisser la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes

Soutenir les décisions des décideurs

- Dans les six premiers mois du programme, élaborer et diffuser une politique explicite sur la distribution de comprimés de fer dès le début de la grossesse.
- Dans la deuxième année, changer la politique pour permettre une distribution à base communautaire, en plus de la fourniture de comprimés de fer par les centres de santé.

Améliorer les prestations des services des agents de santé

- A la fin de la deuxième année, 80 % des femmes enceintes et les membres de leurs familles rapportent que les comprimés de fer sont disponibles aux centres de santé locaux, par le biais des matrones des villages et des marchands locaux.
- Dans la troisième année, les matrones des villages dans 75 % des communautés seront en mesure de donner des conseils aux femmes enceintes en ce qui concerne l'anémie, le nombre de comprimés à prendre, les effets secondaires des comprimés et la manière de surmonter les effets secondaires.

Promouvoir de comportements recommandés aux femmes enceintes

- Dans la troisième année, 80 % des femmes enceintes sauront que l'anémie est une condition que l'on peut prévenir durant la grossesse et qu'elles peuvent prendre des comprimés de fer pour l'éviter ou pour la soigner.
- Dans la cinquième année, 70 % des femmes enceintes prendront un comprimé par jour pendant au moins 90 jours.

La sélection de comportements recommandés

Pour développer les activités de communication, il faudra d'abord identifier les problèmes clés de nutrition et les comportements les plus néfastes qui y sont liés afin que les activités de communication puissent y mettre l'accent. La sélection devra être basée sur :

- la gravité du problème dans le district ;
- l'intérêt manifesté par la communauté pour la résolution de ce problème ;
- les chances de parvenir à des améliorations en matière de comportement, compte tenu des ressources limitées des familles et du programme de santé.

S'attaquer à un problème nutritionnel requiert un changement de comportement de la part de nombreuses différentes personnes et qu'un programme de communication doit atteindre tous les publics cibles. Le tableau 18 montre des exemples de comportements que les mères, les agents de santé et les décideurs doivent pratiquer en vue de traiter les six thèmes recommandés en matière de nutrition. Les responsables de santé doivent sélectionner les plus importants pour leur programme de communication.

Après la sélection des comportements spécifiques, les responsables de santé et leurs collaborateurs devront définir les objectifs de la stratégie de communication. Par exemple, baisser le taux de prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes pourraient requérir des changements de comportement de la part des décideurs, des matrones et des femmes enceintes. (cf. tableau 19).

La collecte d'information sur les comportements recommandés

Après l'identification d'un petit nombre de comportements recommandés et de leurs principaux publics cibles, les responsables de santé et les autres qui élaborent le programme de communication auront besoin d'un processus de recherche en vue d'obtenir de bonnes informations sur la manière de motiver le public cible. Ce travail devra être entrepris par des individus ayant une expérience préalable dans l'utilisation des méthodes de recherche formative : un cabinet de recherche, les professeurs et des élèves, des employés du gouvernement et des ONG. L'objectif de la recherche est d'obtenir un

ENCADRÉ
2

Méthodes de collecte de données pour les chercheurs

1. **Enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP).** Elle utilise des questionnaires structurés pour déterminer la prévalence des croyances et des pratiques. Elle est mieux utilisée comme enquête de base à la fin de la recherche qualitative. Une enquête de CAP va générer des informations quantitatives qui sont représentatives d'une zone de population à partir d'un large échantillon de ménages sélectionnés au hasard.
2. **Discussions de groupe dirigées.** Discussion orientée au sein d'un petit groupe homogène de répondants (6–10) sur une variété de thèmes choisis. Pour utiliser les guides de la discussion de groupe dirigée (c.à.d une liste de thèmes ou de concepts qui guident les discussions), une liste de questions pour un interrogatoire plus poussé doit être élaborée et le matériel d'appui sélectionné (par exemple des aides visuels pour inciter la discussion, des bloc-notes et des radio cassettes).
3. **Les entretiens avec des informateurs clés.** Un entretien approfondi doit être mené avec les leaders communautaires, les matrones, les épiciers et les autres personnes que l'on pense être influentes et bien informées sur un thème particulier. Les entretiens sont souvent utilisés pour obtenir une perception individuelle que l'on n'a pas pu obtenir à partir des discussions dirigées de groupe. Ils sont différents des entretiens structurés en ce sens qu'ils sont ouverts et exploratoires. Ils requièrent des questions supplémentaires en vue d'approfondir et de clarifier les informations fournies.
4. **Essais de pratiques améliorées (EPA).** Initier un bref essai sur les changements de pratiques alimentaires pour voir si les responsables d'enfants les trouvent faisables et bénéfiques. Les EPA ont été élaborés dans le but d'améliorer les pratiques alimentaires des petits enfants, bien que la méthodologie (c.à.d la recherche consultative) puisse être utilisée pour tester les recommandations et négocier avec les responsables d'enfants sur les pratiques qu'elles peuvent accepter et utiliser. Les EPA sont très utiles pour la planification d'une stratégie visant à modifier les pratiques répétitives en rapport avec la nutrition dans les foyers. Pour plus d'information sur cette méthode, voir « Planifier par le Dialogue » (une publication du projet SARA et du Groupe Manoff, Washington D.C, 1996).

tableau détaillé de ce que font les groupes cibles (surtout les mères) et pourquoi ils le font.

Les responsables de santé doivent orienter les recherches en vue d'obtenir les informations suivantes :

- le « contexte du mode de vie » des mères, y compris le degré de contrôle qu'elles pensent détenir, attentes sociales, les pressions de leur travail, et les influences majeures exercées par la famille et la communauté ;



- les pratiques faciles ou difficiles à changer et comment les bénéfiques sont perçus ;
- les obstacles majeurs au changement et comment les surmonter ;
- les sources d'information qui peuvent avoir le plus grand effet sur les publics cibles.

Les chercheurs doivent être expérimentés dans les diverses méthodes de collecte de données et choisir une ou deux des méthodes mentionnées dans l'encadré 2.

Si les ressources pour mener cette enquête ne sont pas disponibles, les responsables de santé pourront demander aux équipes de santé des districts de discuter les questions clés avec les différents groupes communautaires en utilisant des discussions de groupes dirigées pour une rétro information rapide.

Les résultats devront aider les responsables de santé à définir le contenu des messages et comment les formuler et leur permettre de finaliser la liste des publics clés qui influencent les comportements recommandés.

TABLEAU 20.
Exemples de stratégies de communication, supports et méthodes

STRATÉGIE	PROGRAMMES DES PAYS	DESCRIPTION	SUPPORTS ET MÉTHODES
Canaux folkloriques de communication	Madagascar Bénin Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> Les comités des villages reçoivent des messages de santé et des suggestions pour un jeu de rôles ; les acteurs développent des pièces de théâtre autour des messages et font des représentations au sein de la communauté. Des volontaires font des représentations folkloriques traditionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> Sketches sur la santé, les cartes conseils illustrées fournissent des thèmes pour les sketches. Théâtre et chansons folkloriques
Théâtre radiophonique	Bolivie Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> Série d'épisodes sur la vie d'une famille ou d'un enfant utilisée pour montrer l'importance des comportements-clés. 	<ul style="list-style-type: none"> Scripts de radio préparés et testés avec des publics-clés.
Comités de santé et d'animation des villages	Ethiopie Madagascar Zambie	<ul style="list-style-type: none"> Groupes communautaires qui fonctionnent bien ou les représentants des groupes existants tissent des liens entre les structures de santé et les communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> Consensus au niveau du village sur qui va représenter le village pour les questions de santé ; l'utilisation des groupes existants relève le statut et la force du groupe et assure sa crédibilité.
Enfant à enfant/de l'école à la communauté	Madagascar Ethiopie	<ul style="list-style-type: none"> Mise au point d'un programme d'éducation pour les élèves en matière de comportement recommandés. Tenue de session d'éducation par petits groupes, utilisant des volontaires au niveau de la communauté, y compris les enseignants. 	<ul style="list-style-type: none"> Education par les pairs ; jeux, histoires, activités d'enseignement expérimental ; activités pour amener les enfants à éduquer le reste de la communauté.
Modèles au niveau de la communauté	Madagascar	<ul style="list-style-type: none"> Les membres des communautés qui pratiquent les comportements recommandés sont identifiés et invités à former un réseau de modèles et de personnes ressources pour la communauté envers les autres parents : <i>Amis de santé</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Les pairs éduquent les pairs au sein de la communauté.
Evènements mettant en relief la santé et la nutrition	Tanzanie Madagascar	<ul style="list-style-type: none"> Célébrations d'ouverture des ateliers de formation, réunions de planification, des festivals, de compétitions etc... sont organisés afin d'attirer un large public. Une planification et une participation conjointe développent des partenariats avec l'équipe de santé et les groupes communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Les responsables politiques et les autres personnes crédibles sont invités à apporter leur soutien, prononcer des discours etc.

Source : adapté d'un papier de BASICS sur les activités communautaire 1998.

Le développement d'un plan détaillé de communication

Après la collecte d'informations sur les problèmes nutritionnels, le comportement des publics cibles et les canaux de communication disponibles, il faudra passer à l'élaboration d'un plan qui devra inclure :

- les canaux de communication à utiliser pour chaque public ;
- les messages spécifiques ;
- les supports nécessaires (y compris les supports au niveau national qui peuvent être adaptés pour être utilisés localement) ;
- la manière dont la couverture pourrait être étendue grâce à la combinaison de canaux différents ;
- les appuis (formation, approvisionnement etc.) nécessaires ;
- le plan de synchronisation des divers médias et activités ;
- le partage des responsabilités pour la préparation des supports, la formation, la diffusion, le suivi et l'évaluation ;
- les arrangements pour les représentations théâtrales, la radiodiffusion, l'impression, la distribution et la présentation des supports ;
- le budget.

Les décisions concernant les deux premiers volets du plan mentionné ci-dessus devront être basées sur des informations recueillies auprès des publics cibles. Les autres composantes suivront aussi ces décisions.

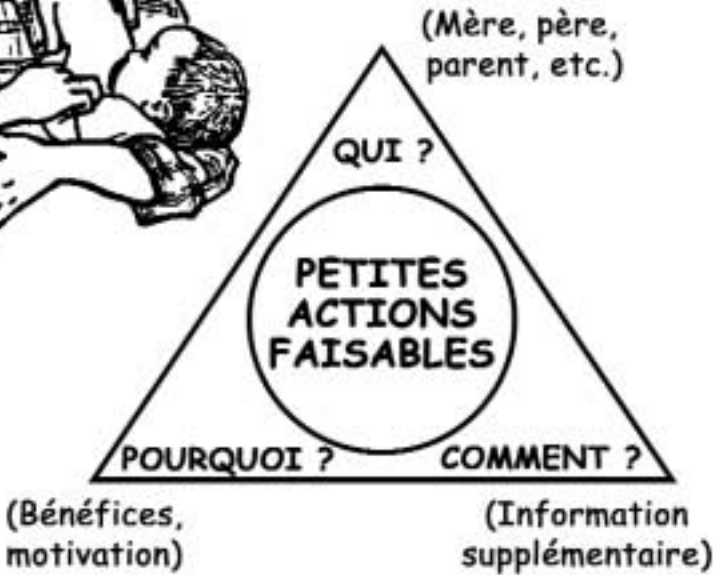
Les canaux de communication

Une combinaison de média et de canaux de communication devra être utilisée. Les possibilités comprennent les mass média tels que journaux, télévision, radio et affiches, théâtre villageois, communication interpersonnelle y compris l'information, la motivation et les conseils fournis par les agents de santé au niveau communautaire et clubs des mères. Les coûts et la faisabilité de tous les canaux possibles devront être pris en considération. Parfois des groupes du secteur privé pourraient contribuer pour un temps d'antenne gratuit à la radio ou pour financer des troupes théâtrales ou faire gratuitement de la publicité. Les responsables de santé devront faire attention dans l'utilisation du matériel offert par les entreprises concernant les produits destinés à l'alimentation des enfants,

Qu'est ce qu'un bon message ?



Mère, si votre bébé a la diarrhée, continuez à l'allaiter au sein pour son prompt rétablissement.



Source : BASICS Madagascar 1997.

vu qu'ils pourraient contrecarrer les messages-clés sur l'allaitement maternel exclusif et la durée de l'allaitement au sein.

Le tableau 20 contient des exemples de canaux de communication qui ont été utilisés dans des programmes intégrés en matière de santé et de nutrition. Les discussions 8 et 9 fournissent des exemples sur la manière dont les activités et les canaux de communication ont été combinés dans deux programmes.

Les messages

Les principaux faits techniques et les messages visant à motiver les publics cibles doivent provenir des résultats des recherches formatives sur ce qui devra motiver les publics clés à adopter les comportements recommandés. Les messages devront être élaborés avec créativité en vue de les rendre intéressants et clairs. Des personnages populaires du monde du sport, du cinéma, de la mythologie ou les personnages amusants pourraient être choisis. L'histoire d'une famille et ses expériences peuvent être utilisées de plusieurs façons. Une partie de la stratégie créative consiste à utiliser des phrases, des thèmes unificateurs et un ton constant dans tous les messages et supports. Les messages doivent :

- spécifier clairement qui devrait faire l'action,
- définir quelle action à faire,
- contenir des motivations (ex : les bénéfices pour la personne qui fait l'action), et
- être facile à comprendre, intéressant et mémorisable.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de communication

Cette étape comprend quatre activités principales à savoir : le prétest des supports, l'enseignement aux agents de santé les techniques de conseils, aux agents de santé l'exécution d'autres activités de communication, leur suivi et évaluation sur une base continue.

Le prétest des supports

Tous les supports devront être pré testés avant d'être produits par les artistes et les imprimeurs et avant le démarrage des représentations théâtrales des villages ou des programmes radiodiffusés. Le but visé est la conception de messages qui soient compris, croyables et culturellement acceptables par les publics cibles du district. Ils devront être pratiques et motiver tous les auditeurs ou les structures à changer leurs habitudes. Si des supports issus des programmes nationaux sont utilisés, ils devront être examinés et pré testés au moins de façon informelle, pour s'assurer qu'ils seront compris et acceptés par la population locale du district.

Des entretiens approfondis et des discussions de groupe dirigées avec

un petit échantillon sont les meilleurs moyens de sonder de manière approfondie les attitudes, l'acceptabilité des messages et des images (illustrations, dessins et photos). Les prétests devront être menés auprès des mères, des membres de la famille (époux, belles-mères), des autorités locales et des agents de santé. Les supports pour les conseils à l'usage des agents de santé et de nutrition doivent être testés avec précaution tant auprès des agents que des mères à qui ils s'adressent. Si le programme doit utiliser différents lots de supports pour des groupes ayant une culture et une langue différentes, chaque lot devra être pré testé avec son public.

Les messages et les supports devront être réexaminés à la lumière des résultats des prétests. Si des révisions importantes sont nécessaires, les supports révisés devront être prétestés à nouveau. Les derniers messages devront être réexaminés par un personnel chargé de la communication et de la technique.

L'enseignement aux agents de santé des techniques de conseils

Les conseils individuels sont une composante essentielle de la stratégie de communication en matière de nutrition. Par exemple, l'assistance individuelle pour l'acquisition d'une technique et le regain de confiance est essentielle en ce qui concerne l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire. Malheureusement, les agents de santé n'ont pas souvent les compétences nécessaires pour conseiller les mères de manière appropriée. Pour donner des conseils, il faut savoir écouter et encourager les mères plutôt que de trouver des fautes dans ce qu'elles font pour ensuite donner des leçons. Le cours de formation de l'OMS/UNICEF pour les conseils en matière d'allaitement maternel fournit une formation et une pratique clinique pour conseiller des mères. Ces compétences peuvent être utilisées pour les conseils concernant la santé de l'enfant et les thèmes en rapport avec la nutrition. Les responsables de santé devront consacrer le temps qu'il faut à l'encadrement des superviseurs et des agents de santé afin qu'ils puissent donner des conseils de façon convenable, en utilisant ces supports.

La mise en oeuvre d'autres activités de communication

Outre le personnel de la santé, les partenaires et les acteurs des autres secteurs devront intégrer et mettre en œuvre les activités de communication dans leur propre plan de travail. Pour citer un exemple, une ONG du district pourrait avoir besoin de former ses agents en vue de leur fournir du matériel d'IEC pour donner des conseils. Il se peut que les boutiques de la zone

veillent obtenir des stocks de comprimés de fer et coller des affiches parlant de l'importance de la prise des comprimés tous les jours au cours de la grossesse ; les stations radio auront peut être besoin de programmer et ensuite diffuser des messages sur l'alimentation des enfants.

Les responsables de santé auront besoin de fournir des approvisionnements en IEC et guider le personnel sur la manière d'utiliser les cartes pour donner des conseils ou d'autres supports d'IEC en mettant des affiches aux murs, en accordant des entretiens à la presse locale et en assurant un stock suffisant. Les responsables de santé peuvent aider à coordonner durant des réunions les différentes activités, à planifier ensemble et à assurer le suivi des réalisations clés.

Une variété de supports pratiques testés sur le terrain et qui peuvent servir d'exemples est disponible dans « A Tool Box for Building Health Communication Capacity » (« Boîte à outils pour le renforcement des compétences en matière de communication pour la santé ») (USAID/BASICS/HEALTHCOM 1996).

Un problème fréquent dans les activités de communication consiste à ne pas planifier en vue d'un réapprovisionnement approprié en supports IEC. Les responsables de santé devront régulièrement re budgétiser la reproduction des supports IEC.

Le suivi et l'évaluation

Il n'est pas nécessaire de mener des enquêtes ou une recherche spécifique pour suivre les activités de communication. Toutefois, les responsables de santé devront avoir un moyen de vérifier que les activités de communication programmées sont en cours d'exécution. (par exemple le nombre d'émissions de radio par semaine diffusées au moment approprié en vue de toucher les publics clés, le nombre de journaux ou de revues imprimés et distribués aux publics qu'il faut, le nombre d'enseignants formés et approvisionnés en matériel).

Comme faisant partie de la supervision du personnel de la santé, les responsables de santé devront inclure dans les listes de vérification, les questions suivantes :

- Est-ce que les agents communautaires éprouvent des difficultés à utiliser le matériel IEC de façon convenable ?
- Est-ce que les conseils donnés par les agents de santé sont d'un grand soutien et encouragent les mères et les responsables d'enfants ?
- Est-ce que tous les messages-clés sont délivrés ?

En outre, des entretiens effectués à la sortie des structures de santé en vue de superviser la qualité des services devront inclure les questions suivantes :

- Connaissez-vous l'histoire du bébé qui n'était pas nourri normalement lorsqu'il était malade ?
- Avez-vous entendu parler du sel iodé ? Où ? Qu'avez-vous entendu ? Quand ?
- Avez-vous déjà vu cette photo, logo ou symbole ? Quelle est sa signification ?

Des indications supplémentaires des activités de communication comprennent les rapports des pharmaciens ou les détaillants sur la vente de leurs produits, les rapports du personnel des centres de santé concernant la demande accrue de suppléments ou l'augmentation des visites pour les problèmes d'alimentation des enfants, si cela était le point focal des activités de communication.

Pour terminer, les changements de comportements sont le moyen le plus sûr de se rendre compte que les activités de communication sont en train de réussir. Les responsables de santé devront inclure des questions sur les comportements recommandés pour des activités de communication dans les enquêtes de base et de suivi effectuées auprès des ménages. Le chapitre 7 contient une section sur le suivi et l'évaluation avec des exemples. Si les comportements sélectionnés pour les activités de communication ne s'améliorent pas, les responsables de santé auront besoin de comprendre pourquoi et identifier les actions à prendre pour réorienter les activités de communication.

Pour résumer, un programme de communication au niveau du district devra inclure les principales composantes suivantes :

- collecte d'information sur les publics clés et ce qui les motive ;
- conseils individuels des mères et des responsables d'enfants par les agents communautaires et le personnel des structures de santé ;
- adaptation et diffusion de supports en provenance des programmes nationaux de communication ;
- utilisation des médias locaux tels que troupes d'art dramatique, radio communautaires et les journaux locaux ;
- collaboration avec les institutions partenaires tels que ONG, programmes de vulgarisation agricole, écoles et autres ;

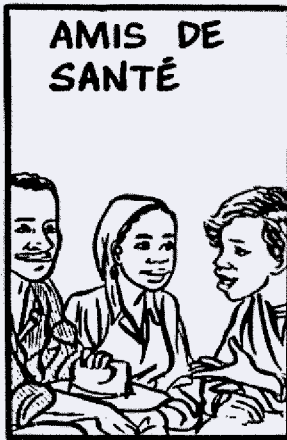
- suivi et supervision pour assurer la qualité de la communication au sein du système de santé du district ;
- suivi des activités en vue de vérifier la couverture et la qualité des messages et des médias de communication.

Liens entre les agents de santé et les communautés. L'exemple du Madagascar

Le défi majeur était de soutenir la formation des agents de santé avec un programme de communication et de mobilisation à base communautaire. Les agents de santé ont été formés sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Les aspects importants

- ▶ La stratégie de communication a mis l'accent sur l'amélioration des pratiques en matière d'alimentation comme faisant partie d'un programme plus large qui comprend la vaccination et les soins des enfants malades. La conception de la stratégie a été renforcée grâce à la recherche qualitative sur les comportements localement acceptables en matière d'alimentation. Sept séries de cartes-conseils ont été conçues en vue de faire la promotion des actions de santé qui pourraient facilement être appliquées par les familles malgaches. Seize des vingt six cartes étaient en rapport avec l'alimentation des bébés ou des enfants et la nutrition des enfants malades (les autres comprenaient les IRA, les vaccinations et les diarrhées).
- ▶ Les mêmes cartes-conseils ont été utilisées par les agents de santé, les responsables des communautés, les groupements féminins et les autres groupes communautaires dans tous les districts du projet. Des « Notes techniques » ont été élaborées en vue de fournir des informations supplémentaires sur les techniques de communication, comme par exemple comment débiter un théâtre villageois.
- ▶ Des spots radio faisant la promotion des comportements clés de l'alimentation des bébés et des enfants ont été diffusés de façon continue dans les stations FM locales. L'impact des spots était renforcé par l'utilisation de radio rurale qui diffusait des entretiens avec les parents et le théâtre villageois.
- ▶ Les familles ayant adopté les bons comportements en matière de santé et de nutrition ont été sélectionnées pour être les Amis de santé. Elles servent de modèles et conseillent les familles ayant des enfants malades.
- ▶ Des « Gazety » à tarif réduit (0,06 dollar américain) contenant les mêmes informations que les cartes-conseils ont été imprimées comme intercalaires dans les journaux ou magazines ruraux, pour être distribués aux animateurs communautaires. Le nombre total de certaines éditions a dépassé 100.000 copies, y compris les réimpressions.
- ▶ Les festivals annuels de la santé célébraient des activités avec succès, relancées, et d'autres ont été l'occasion de reconnaître publiquement tous ceux qui ont joué un rôle actif.



Qui est impliqué ?

- ▶ Tous les agents de santé des projets dans les districts.
- ▶ Des responsables de communautés sélectionnés ; les groupements féminins, les groupes religieux et les autres groupes ont donné des conseils et joué des pièces de théâtre basées sur les messages clés.
- ▶ Amis de santé qui sont reconnus comme modèles pour donner les soins au niveau communautaire.
- ▶ Les journalistes et les animateurs de programmes dans les stations radios.

Note : Les résultats des enquêtes auprès des ménages indiquent que les comportements en matière de nutrition ont amélioré de manière substantielle, en une courte période de temps, dans les districts où le programme a été mis en oeuvre.

Liens entre les agents de santé et les communautés. L'exemple du Burkina Faso

Le défi consistait à rendre les 250 agents de santé des districts plus sensibles aux besoins de leurs communautés en matière de nutrition et de santé et de trouver des canaux complémentaires afin d'étendre la couverture en termes de communication. Les activités consistaient à former le personnel de santé en techniques de conseils, à encourager les personnes qui dispensent les soins à mieux utiliser les services des agents de santé et à se servir des réseaux de vulgarisation des animateurs et des programmes de radiodiffusion.

Les principaux canaux de communication

- ▶ Les agents de santé étaient le principal canal utilisé pour la promotion de la nutrition maternelle et infantile. Des mesures avaient été prises pour faire en sorte que les contacts au niveau des centres de santé soient même adaptés à l'utilisation de cartes-conseils et de boîtes à images. Des causeries de groupes ont été organisées à l'intention des parents et des mères.
- ▶ La radio a renforcé la crédibilité des agents de santé, motivé les agents chargés de la communication au niveau des villages, et a, du point de vue géographique, élargi la possibilité d'atteindre des secteurs du public dont les visites aux centres de santé n'étaient pas fréquentes. Un théâtre radiophonique en 20 épisodes et 12 spots de mini pièces de théâtre d'une durée d'une minute chacune ont été basés sur les mêmes thèmes que ceux figurant sur les boîtes à images et sur les cartes-conseils.

Les canaux secondaires

- ▶ Extension en direction des hommes : des vulgarisateurs agricoles ont reçu du matériel IEC et une formation leur permettant d'apprendre aux villageois des techniques améliorées en matière de production alimentaire.
- ▶ Programmes d'alphabétisation : Pendant plus d'une décennie, des programmes d'alphabétisation bien financés ont permis à des milliers d'adultes burkinabés d'apprendre à lire ; toutefois les personnes formées disposaient de peu de matériel didactique pour s'exercer. Le projet a mis au point des livres d'alphabétisation à partir de matériel IEC sur la nutrition pour ensuite les intégrer dans les programmes d'alphabétisation.
- ▶ Programmes pour les écoles primaires : Un guide d'activités à l'usage des enseignants a été élaboré en vue d'encourager des activités entre les écoles et la communauté.

Les appuis clés

Formation : A cause du grand nombre d'agents de santé dans le programme, pendant trois années successives, 4 à 6 mois ont été consacrés à l'organisation d'ateliers de formation des formateurs et au renforcement des compétences. Trois à quatre mois ont été également consacrés à des visites de suivi pour soutenir les personnes formées dans leur travail. Chaque année le Ministère de la Santé affectait un nombre important du personnel de santé formé à de nouveaux postes ; à cause de cela il fallait constamment former le nouveau personnel.

Matériels IEC Exemples : Des scénarios de pièces de théâtres pour les troupes théâtrales populaires, des répertoires sur les conseils en nutrition, des affiches en couleurs, des chansons sur la nutrition enregistrées sur cassette, cinq boîtes à images, des carnets de santé familiaux avec des messages clés, quatre brochures d'alphabétisation et un guide d'activités pour l'enseignant.

Evaluation : Une enquête de base en CAP et une enquête de suivi, après trois ans, avec environ 630 personnes interrogées et des entretiens avec 47 agents de santé de base ont été les principaux instruments d'évaluation. Des progrès significatifs en matière de comportement ont été enregistrés.





Appui aux actions de nutrition

POINTS CLÉS

Les responsables de santé devraient proposer des produits nécessaires, adéquats et d'autres supports au personnel de santé et aux agents communautaires afin de leur permettre de mener les actions de nutrition prioritaires. Ces fournitures doivent faire partie d'un paquet habituel de composants des systèmes de santé de base y compris :

▶ **Directives techniques et des protocoles.** Ils doivent être à jour, conséquents, diffusés partout et compris par le personnel de santé et par les agents de santé au niveau de la communauté.

▶ **Approvisionnements.** Ils sont composés des suppléments en micronutriments, des supports pour l'éducation et les conseils, des guides professionnels, des matériels de diagnostics, des formulaires de mesure et d'enregistrement etc. Un approvisionnement régulier, des inventaires fiables et un moyen efficace de réapprovisionner les agents sont autant d'éléments clés à prendre en compte.

▶ **Formations, des supervisions, et les motivations.** Ils sont importants pour assurer un taux élevé de couverture et la qualité, parce que les programmes de santé doivent être exécutés par des agents bien formés et motivés pour travailler dans les centres de santé et dans les communautés.

▶ **Matériels IEC.** Ils se composent de graphiques muraux, d'affiches, de supports pour les conseils, de matériels imprimés, de scénarios de pièces de théâtre, de livres comiques pour les élèves, des cassettes audio et vidéo etc.

▶ **Outils de suivi et d'évaluation.** Les responsables de santé peuvent se servir des formulaires d'enregistrement pour le suivi routine de couverture, des évaluations de la qualité, et des enquêtes périodiques destinées à surveiller les changements dans les indicateurs clés. Les responsables de santé doivent mener des programmes de telle sorte qu'ils aboutissent à des résultats et ils doivent régler les problèmes de fonctionnement à temps avant qu'ils ne deviennent sérieux.

Chapitre 7

Appui aux actions de nutrition

Les responsables de santé devraient s'assurer que les agents de santé et les agents communautaires et ceux des districts sont capables d'exécuter les actions prioritaires en matière de nutrition.

Le personnel et les agents communautaires qui rencontrent des groupes cibles prioritaires dans le cadre des activités de nutrition — c'est-à-dire les femmes enceintes et les femmes qui allaitent ainsi que les enfants de moins de deux (2) ans — devraient être préparés pour exécuter les actions essentielles de nutrition. Pour réaliser ces activités, ils ont besoin de compétences, de motivation, d'approvisionnement et d'outils pour mettre en œuvre des interventions prioritaires en matière de nutrition.

Ce chapitre présente des guides pour donner cet appui. Les responsables de santé devraient passer en revue le matériel présenté ici afin de déterminer ce dont ils ont besoin pour leurs programmes. Les supports abordés dans ce chapitre sont les suivants :

- les directives techniques et les protocoles ;
- les approvisionnements ;
- la formation, la supervision, et les motivations ;
- l'information, l'éducation et les supports des conseils ; et
- les outils de suivi et d'évaluation.

Il est utile de prévoir les supports qui seront nécessaires pour la réalisation des activités dès le début du processus de planification. Le Chapitre 3 expose des méthodes à utiliser pour mener une revue de programme de la situation dans des structures de santé et dans les communautés, ainsi que des questions à poser sur l'adéquation des supports. Ceci permettra aux responsables de santé de se baser sur les supports qui existent déjà et de les renforcer, selon les besoins.

Les directives techniques et les protocoles

Les responsables de santé devraient rendre les directives techniques facilement accessibles tout en encourageant leur utilisation. Les directives techniques doivent promouvoir les bonnes pratiques chez le personnel soignant. Les responsables de santé devraient faire une revue des

protocoles internationaux actuels (cités dans le chapitre 8 et mise à jour début 1999) ainsi que des recommandations nationales, pour s'assurer que leurs directives de programme sont à jour et appropriées.

Les responsables de santé au niveau du district peuvent recommander aux autorités nationales de faire réviser les protocoles et les politiques nationales afin de les rendre conformes aux protocoles internationaux actuels surtout s'il existe des différences entre ces derniers et les politiques et protocoles nationaux.

Après la mise à jour et la finalisation du contenu des protocoles techniques, les responsables de santé devraient les faire diffuser partout. Les responsables de santé peuvent choisir des moyens différents pour faire connaître les directives et les protocoles techniques au personnel et aux agents intervenant partout dans le district. Parmi ces moyens figurent :

- ***L'affichage des graphiques muraux, d'affiches et des cartes plastifiées.*** Les « Dix Conditions » de l'IHAB devraient être visibles partout où les accouchements assistés ont lieu. En outre, le personnel chargé de la vaccination devrait avoir sous les yeux, à chaque séance de vaccination, des graphiques muraux ou cartes plastifiées montrant les doses appropriées de vitamine A pour chaque âge. Tous les agents de santé qui sont en contact avec les enfants malades ou bien portants devraient disposer des recommandations données sur l'alimentation dans la section *Conseillez la Mère* du livre sur la *Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance*.
- ***La distribution d'aide-mémoire.*** Les directives techniques peuvent être mises à la disposition des superviseurs et des agents de santé à travers des aide-mémoire comme ceux exposés dans le chapitre 4 (Tableaux 9, 10, 11 et 13, 14 et 15). Des graphiques simples avec des illustrations devraient être fournis aussi aux agents communautaires.
- ***L'utilisation des listes de contrôle pour la surveillance.*** Les listes de contrôle doivent être conçues à partir des protocoles techniques et devraient être utilisées à chaque visite de supervision pour surveiller et assurer le respect des protocoles actuels.
- ***La publication des protocoles dans les journaux et revues locaux.*** Elle constitue un moyen efficace pour atteindre les praticiens privés et les pharmaciens. Une autre approche est de s'adresser par voie postale aux prestataires de services de santé.



Le tableau 8 du chapitre 4 contient des informations sur les interventions de nutrition prioritaires à mener, dans le cadre des six catégories de contacts, qui peuvent être présentées sous forme de graphiques muraux, et utilisées comme des outils de supervision et de surveillance par le personnel de centre de santé et des responsables de santé au niveau du district.

Approvisionnement

Les responsables de santé doivent s'assurer que les approvisionnements nécessaires sont disponibles de façon régulière pour exécuter les interventions de nutrition prioritaires. Les protocoles techniques devraient indiquer le type et la quantité de produits nécessaires dans les structures de santé, lors des consultations et pour des activités à base communautaire.

Pour commander, stocker et distribuer les produits adéquats aux différents lieux où des soins sont dispensés, les responsables de santé doivent détenir les informations suivantes :

- La taille de la population cible dans les zones d'interventions qui dépendent de chaque site de distribution (par ex., l'hôpital de district,

TABLEAU 21.**Liste de contrôle des approvisionnements en nutrition pour les programmes de santé maternelle**

PRODUITS	Quantité par an pour une couverture de 100 % (voir les protocoles en détail dans le Chapitre 8)
Pharmaceutiques	
<p>— Comprimés de 60mg de fer élémental pour les femmes, et 400mg. d'acide folique @ 180 comprimés pour chaque femme enceinte (six mois de prise quotidienne des comprimés par femme) plus des comprimés supplémentaires pour les cas d'anémie sévère.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre estimé de naissances par an X 180 comprimés, plus 20 % de comprimés supplémentaires pour les cas d'anémie sévère.
<p>— Médicaments pour réduire les infections parasitaires (par ex., anti paludéens, antihelminthiques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les normes nationales.
<p>— Les capsules de vitamine A @ une dose de 200.000ui pour chaque femme à l'accouchement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre estimé de naissances par an X 1 capsule de 200.000UI (ou 2 gélules de 100.000UI).
Matériels IEC et de formation	
<p>— Affiches ou des graphiques muraux avec les « Dix Conditions » (IHAB) pour l'allaitement maternel dans toutes les maternités, et les Actions Essentielles en Nutrition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de maternités ou de salles utilisées par les femmes en post-partum et nombre de centres.
<p>— Matériels de formation pour le conseil en allaitement maternel (OMS/UNICEF), Aider les Mères à Allaiter (1992), et des aide-mémoire ou mementos pour le personnel—un pour les soins prénataux, un pour les soins à l'accouchement et du post-partum, et un pour les soins postnataux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un exemplaire/copie par personnel de santé et par superviseur.
<p>— Support des conseils, ex., des cartes ou des graphiques à feuilles mobiles affichant des messages clés : un jeu sur le suivi du traitement fer/focale, le régime alimentaire et l'allaitement maternel exclusif pour chaque personnel soignant dans le service prénatal; un jeu avec des messages clés sur l'allaitement maternel pour le personnel soignant de maternité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un jeu par personnel de santé.

TABLEAU 21. (suite)**Liste de contrôle des approvisionnements en nutrition pour les programmes de santé maternelle**

PRODUITS	Quantité par an pour une couverture de 100 % (voir les protocoles en détail dans le Chapitre 8)
Trousses pour tester le sel sur le terrain (pour tester des échantillons de sel iodé)	<ul style="list-style-type: none"> • Une trousse pour chaque travailleur sanitaire.
Formulaires d'enregistrement et de suivi	
<ul style="list-style-type: none"> — Fiches pour les mères avec espace pour noter les actions/soins : conseils sur le régime alimentaire, les comprimés de fer, les anthelminthiques, et les capsules de vitamine A donnés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre estimé de naissances par an dans le district.
<ul style="list-style-type: none"> — Liste de contrôle de supervision avec une liste des interventions de nutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de superviseurs X le nombre moyen de visites de supervision par an.of supervision visits per year.
<ul style="list-style-type: none"> — Feuilles de pointage journalières avec espace pour noter les actions menées : les conseils, les comprimés de fer, les anthelminthiques, et les capsules de vitamine A donnés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une feuille pour chaque jour de l'année ou à peu près 400 feuilles/an. Les feuilles de pointage existantes peuvent être modifiées ou des feuilles supplémentaires rajoutées.
<ul style="list-style-type: none"> — Des rapports mensuels et des graphiques qui affichent la couverture ou le pourcentage des cibles atteint pour chaque intervention, ainsi que la surveillance de l'anémie sévère chez les femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire pour chaque mois de l'année. Des formulaires existants peuvent être modifiés ou des formulaires supplémentaires rajoutés.
<ul style="list-style-type: none"> — Le contrôle des inventaires, les formulaires d'obtention de capsules de vitamine A, de comprimés de fer/folate, d'anthelminthiques, de matériels IEC et de fiches pour les mères avec espace pour noter les actions de nutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un pour chaque structure de santé ou poste.

NOTE : Seule la liste minimum des produits les plus essentielles est donnée ici. Si des ressources additionnelles sont disponibles, des équipements et produits pour le test de l'Hémoglobine, les balances pour les mères et les nouveau-nés ainsi qu'une gamme variée de matériels IEC devraient être ajoutées.

TABLEAU 22.**Liste de contrôle des approvisionnements en nutrition pour les programmes de santé infantile**

PRODUITS	Quantité par an pour une couverture de 100 % (voir les protocoles en détail dans le Chapitre 8)
Pharmaceutiques	
<p>— Capsules de vitamine A de 100.000UI et ou 200.000UI @ 2 doses par enfant par an plus 20 % de capsules supplémentaires pour la prise en charge des cas imprévus (des doses supplémentaires sont nécessaires pour les enfants atteints de rougeole, souffrant d'une diarrhée prolongée, de malnutrition et d'infections respiratoires).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre estimé des enfants de 6–59 mois X 2 doses appropriées pour chaque âge plus 20 % pour la prise en charge des imprévus.
<p>— Gouttes de sirop de fer pour les nourrissons malades et pour les petits enfants plus 10 % de plus pour prendre en charge des bébés de faible poids à la naissance et ceux souffrant d'une anémie sévère.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre estimé des enfants de 6–24 mois X 180 doses quotidiennes plus 10 % de plus.
<p>— Médicaments antiparasitaires (les antihelminthiques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les normes nationales.
Matériels IEC et de formation	
<p>— La section Conseillez la Mère dans le livre des tableaux de la PCIME pour l'agent de santé, les matériels de formation sur les conseils, en matière d'allaitement maternel exclusif (OMS /UNICEF), Aider les Mères à Allaiter (1992), et les aide-mémoire pour le personnel des centres de santé et des communautés et celui chargé de la vaccination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un aide-mémoire par personnel de santé.
<p>— Cartes d'évaluation et de conseils nutritionnel ou boîtes à images conçus selon les recommandations en nutrition dans le cadre de la PCIME ; graphiques pour des problèmes particuliers d'alimentation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un jeu pour chaque personnel de santé.
<p>— Affiches et graphiques muraux affichant des Actions Essentielles en Nutrition dans toutes les structures de santé qui reçoivent des enfants malades et des enfants bien portants, avec les recommandations, dose/âge approprié, dans les protocoles de vaccination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un jeu par salle de consultation où les enfants malades ou bien portants sont reçus.

(à suivre)

TABLEAU 22. (suite)**Liste de contrôle des approvisionnements en nutrition pour les programmes de santé infantile**

PRODUITS	Quantité par an pour une couverture de 100 % (voir les protocoles en détail dans le Chapitre 8)
Trousses pour tester le sel sur le terrain (pour tester des échantillons de sel)	<ul style="list-style-type: none"> • Une trousse pour chaque travailleur sanitaire.
Outils pour mesurer, enregistrer et faire le suivi ___ Balance pour la pesée et cartes de suivi de la croissance.	<ul style="list-style-type: none"> • Balances = nombre de zones où les enfants malades ou les enfants bien portants sont reçus. Échelles de croissance ou cartes de suivi de la croissance = nombre estimé de naissances dans la zone.
___ Contrôle des inventaires et des formulaires d'obtention de vitamine A, de gouttes de fer, de matériels IEC, de kits testeur de sel iodé, de cartes de suivi de la croissance et de balances.	<ul style="list-style-type: none"> • Un pour chaque établissement de santé.
___ Feuilles de pointage journalières pour noter les capsules de vitamine A, les gouttes de fer, et les conseils donnés. Surveillance de la malnutrition sévère, de la Carence en Vitamine A, et de l'anémie.	<ul style="list-style-type: none"> • Une feuille par jour ou 400 feuilles au total. Un jeu par centre ou poste de santé.
___ Rapport mensuel et courbe pour montrer graphiquement la couverture des interventions prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Un jeu par centre ou poste de santé.
Approvisionnements pour les unités de traitement de la malnutrition	<i>cf. tableau 23.</i>

TABLEAU 23.**Approvisionnement pour la prise en charge des cas de malnutrition sévère**

- ___ Sels de réhydratation par voie orale spécialement préparée pour les enfants malnutris (solution contenant de moins de sodium et plus de potassium que la solution standard recommandée par l'OMS et dans laquelle sont ajoutés du zinc, du magnésium, et du cuivre).
- ___ Solution de réhydratation intraveineuse (utilisée seulement dans des cas de défaillance circulatoire).
- ___ Aliments liquides de 100 Kcal/100 ml et 75Kcal/100 ml (un mélange de sucre, de farine de céréale, d'huile végétale, de lait écrémé en poudre, et des vitamines et minéraux).
- ___ Mélanges de minéral et de vitamine à ajouter aux aliments liquides ou des suppléments de vitamine/minéral.
- ___ Médicaments pour traiter des infections (amoxicilline, ampicilline, benzylpenicilline, chloramphénicol, cotrimoxazole, gentamicine, metronidazole, et acide nalidixique).
- ___ Médicaments pour traiter la tuberculose (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, et éthambutol).
- ___ Médicaments antihelminthiques (albendazole, levamisole, mebendazole, pipérazine, et pyrantel).
- ___ Médicaments antipaludéens (chloroquine, quinine, pyriméthamine plus sulphadoxine).
- ___ Balances pour les pesées.
- ___ Table de mesure et toise verticale.
- ___ Échelles de croissance ou cartes de suivi de la croissance et tables poids/taille.

Si des analyses de laboratoire sont disponibles :

- Test sanguin pour mesurer le taux de glucose (sucre) dans le sang.
- Fournitures pour l'examen microscopique du frottis sanguin.
- Fournitures pour l'analyse de l'hémoglobine et l'hématocrite.
- Fournitures pour les cultures d'urine.
- Fournitures pour les examens microscopiques des selles.
- Fournitures pour les radiographies thoraciques ou pulmonaires.
- Fournitures pour le test cutané pour diagnostiquer la tuberculose (syn. test de Mantoux).

Seuls les centres de santé ou les hôpitaux de district sélectionnés avec des unités formées et équipées pour prendre en charge des enfants sévèrement malnutris nécessiteront des approvisionnements pour gérer des cas énumérés ici.

les centres de santé, les postes de santé, les agents au niveau des communautés). Il est nécessaire de connaître particulièrement le nombre de femmes enceintes dans la zone (ce qui est approximativement égal au nombre de naissances par an) et le nombre d'enfants dans la tranche d'âge de 0–24 mois dans la zone (ce qui est approximativement deux fois le nombre de naissances par an).

- Le pourcentage et le nombre de groupes cibles à prendre en charge à chaque type de contact. Par exemple, les femmes enceintes dans la zone d'intervention à prendre en charge dans les centres de santé, ou dans les communautés pour l'administration des suppléments de fer/folate ; la couverture en vaccination antirougeoleuse pour estimer le besoin en suppléments de vitamine A; les femmes qui seront examinées lors de l'accouchement ou pendant les six à huit premières semaines après l'accouchement par le personnel qui travaille dans les centres de santé ou dans les communautés ; le nombre approximatif de consultations d'enfants malades et ainsi de suite.

Les tableaux 21, 22, et 23 affichent les listes de contrôle des approvisionnements qui sont nécessaires dans les services de santé maternelle et infantile. Pour déterminer la quantité nécessaire, un approvisionnement supplémentaire de 5 à 10 pour cent doit être fait pour prendre en compte le gaspillage et les besoins imprévus.

En plus des produits figurant sur les tableaux, les responsables de santé devraient se procurer des registres et des feuilles de pointage ainsi que des matériels IEC par le biais des organisations nationales ou les produire localement. Chaque bureau national de l'UNICEF dispose d'un catalogue mis à jour régulièrement sur les produits médicaux disponibles. Quelques pays ont d'autres fournisseurs, ou des coopératives des agences de santé qui s'associent afin de s'approvisionner ensemble et en gros dans le but d'obtenir des prix plus bas.

En plus de l'approvisionnement en produits nécessaires pour les structures de santé, les responsables de santé doivent garder des stocks au niveau du district pour réapprovisionner des structures afin d'éviter des « ruptures de stock » ou des pénuries entre les commandes. Dans beaucoup de pays africains, l'Initiative de Bamako a augmenté la possibilité de recouvrer les coûts des produits de base dans les structures de santé publiques, en améliorant de façon extraordinaire leur accès, tels que les comprimés de fer pour les soins prénatals. Les responsables de

santé devraient s'assurer que tous les produits nécessaires pour les activités de nutrition prioritaires sont incorporés dans les systèmes de recouvrement de coûts, tels que l'Initiative de Bamako et d'autres types de système qui favorisent le recouvrement ou le partage de coûts.

Il existe, néanmoins, quelques recommandations spéciales pour l'emmagasinage des produits de nutrition. Les flacons ou récipients de vitamine A devraient être opaques (protégés des sources de lumière) puisque la vitamine A est détruite par la lumière. Les comprimés de fer/folate devraient être gardés dans un endroit sec car ils peuvent se désintégrer pour devenir poudreux s'ils sont exposés à l'humidité. Les comprimés de vitamine A et de fer/folate destinés aux femmes devraient être gardés dans des récipients hermétiquement fermés et utilisés dans un délai de six mois après que les flacons et récipients sont entamés.

Les responsables de santé ont besoin de mettre en place un système leur permettant de livrer des produits suffisants aux agents communautaires qui, comme les agents de santé, ont besoin de stocker leurs produits dans des récipients hermétiques en plastique, hors des sources de lumière (dans le cas des capsules ou sirop de vitamine A) et d'humidité (dans le cas des comprimés de fer/folate). Certains responsables de santé profitent des visites mensuelles de supervisions ou des rassemblements des agents communautaires dans les centres de santé (par ex., lors du paiement des perdiems) pour réapprovisionner ces derniers en micronutriments, en matériels IEC, en outils d'enregistrement de données etc. Le secteur commercial notamment les boutiques qui vendent des aliments enrichis et les vendeurs des comprimés de fer/folate, d'autres suppléments nutritifs et des praticiens privés qui vendent des produits représentent aussi des sources importantes d'approvisionnement. Pour surveiller ces approvisionnements, les responsables de santé doivent demander au personnel de santé de visiter les pharmacies, les vendeurs de médicaments, et les magasins d'alimentation.

Les questions de grande importance à se poser dans la surveillance des produits commercialisés sont les suivantes :

- Est-ce que les comprimés de fer/folate vendus pour les femmes enceintes contiennent 60mg de fer et, est ce que les pharmaciens recommandent des doses et posologies correctes ?
- Est-ce que les magasins d'alimentation vendent seulement du sel iodé, et est-ce qu'un échantillon du sel vendu comme « sel iodé » est positif quand il est testé avec le kit testeur ?

- Est-ce que des substituts du lait maternel, des biberons, ou des tétines sont promus, distribués et vendus d'une façon à transgresser le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ? (original OMS, 1981)

Formation, supervision, et motivations

Les responsables de santé peuvent choisir, parmi diverses activités, certaines pour promouvoir un niveau élevé de motivation, de compétences, et de connaissances actuelles au sein du personnel de santé et des agents communautaires. Parmi ces activités figurent, par exemple, la formation, les séminaires d'orientation ou les ateliers, la supervision et les visites de formation continue, ainsi que les motivations.

Formation

La plupart des agents de santé nécessitent une formation en matière de conseils aux mères et une orientation à propos des tâches spécifiques requises pour l'intégration des activités prioritaires de nutrition dans leurs activités habituelles. La formation continue et l'orientation devraient être dispensées la mise à jour des protocoles techniques, et l'identification des politiques ainsi que, la mise à jour et l'approvisionnement en matériels IEC, en outils d'enregistrement et de suivi et en autres matériels appropriés.

Les responsables de santé devraient aussi soutenir la révision des programmes d'études des écoles de médecine et d'infirmiers afin de mettre l'accent sur les informations pratiques et mises à jour.

Les superviseurs des agents de base devraient être impliqués dans la formation ou être, eux-même, les formateurs, surtout les superviseurs qui ont servi comme agents de base. Ceci rendra le suivi effectué par les superviseurs plus positif vis-à-vis de ce que les agents de base apprennent lors des formations. Les responsables de santé peuvent choisir les approches suivantes :

- **Lier la formation sur les interventions prioritaires de nutrition à la formation en cours sur d'autres thèmes.** Par exemple, proposer des cours sur l'approvisionnement en vitamine A lors de la formation des responsables du niveau moyen impliqués dans le programme de vaccination ; incorporer des cours sur la supplémentation en



fer/folate, les conseils sur l'alimentation des mères et l'allaitement exclusif dans une formation sur les soins prénataux ; en proposant un volet renforcé sur les conseils en nutrition lors de la formation sur la PCIME.

- ***Mener des actions spécifiques sur la manière d'intégrer les interventions prioritaires de nutrition dans les activités SMI en cours.*** Des modules de cours qui durent un à deux jours sont visés dans ce cas et conçus pour la pratique clinique des actions de nutrition lors de chaque contact sanitaire : soin prénatal, accouchement et soins après l'accouchement, consultations post natales, vaccinations, contacts avec les enfants malades et les enfants sains. Les tableaux 9, 10, 11, et 13, 14 et 15 montrent les actions à mener lors de ces contacts.
- ***Proposer des cours de formation spécialisés à un personnel sélectionné.*** Concernant certains sujets, un nombre plus restreint de personnel au niveau du district doit être formé pour fournir un appui aux autres. Par exemple, chaque district doit disposer d'une équipe de conseillers formée dans l'allaitement maternel en utilisant le cours de conseils sur l'allaitement maternel (une semaine) de l'OMS/UNICEF et une équipe d'experts formés dans la prise en charge des enfants sévèrement malnutris (selon les directives de l'OMS de 1999). Ces

cours sont importants pour développer la capacité nécessaire pour la mise en œuvre des interventions de nutrition de haute qualité dans les programmes de santé au niveau du district ; ces cours complètent le cours de formation sur la PCIME destiné aux agents de base.

Pour maintenir un niveau élevé de motivation chez les agents de base surtout quand les ressources sont insuffisantes pour une formation formelle, les responsables de santé devraient recourir à d'autres approches. Par exemple, « l'apprentissage à distance » implique l'envoi de matériels auto-didactiques (par ex., des manuels, des cassettes audio et vidéos) à des agents de santé dans les zones reculées et en assurant le suivi par correspondance ou par tout autre moyen de communication pour résoudre des problèmes et apporter des clarifications. Une autre approche consiste à envoyer des équipes d'agents de base travailler auprès des collègues dans une structure de santé avoisinante qui est très performante. Cette approche motive et renforce les deux équipes.

Supervision et appui sur les lieux de travail

Un suivi par les superviseurs est crucial si les agents de base doivent réaliser et maintenir une performance améliorée. Les responsables de santé doivent faire en sorte que la supervision soutienne davantage les agents de base. Les responsables de santé devraient se servir des superviseurs qui ont eu plusieurs années d'expérience en qualité d'agents de base. Le renforcement des bonnes pratiques et la résolution des problèmes, consacrer plus de temps aux aspects les plus critiques des tâches des agents de base, et une volonté réelle d'accepter le point de vue des agents constituent autant d'éléments qui sont souvent négligés par les superviseurs. Il a été démontré dans beaucoup de programmes de santé que l'utilisation des superviseurs comme formateurs aide à fournir un appui continu et conséquent aux stagiaires.

Les responsables de santé doivent réviser les pratiques et les listes de contrôle de la supervision pour y ajouter des interventions prioritaires de nutrition.

Motivations

Les responsables de santé qui ont réussi l'exécution des programmes intégrés de santé et de nutrition ont constaté que les encouragements pour maintenir la motivation du travailleur sont essentiels. Ces encouragements

peuvent exister sous formes diverses : financière; récompense en nature; ou reconnaissance publique par des pairs, des membres de la communauté, des superviseurs, et d'autres personnes. Il est conseillé de demander aux agents ce qu'ils apprécient dans leur travail avant de déterminer les stratégies à adopter pour maintenir une motivation élevée. Cette évaluation pour déterminer les motivations à mettre en place peut être réalisée au cours de la planification des activités, pendant la formation des partenariats communautaires, ou lors de la recherche formative en matière de stratégies de communication à adopter.

Les agents intervenant au niveau de la communauté et ceux qui ne sont pas formellement rémunérés par les responsables de santé au niveau du district ont besoin d'être encouragés pour collaborer dans les activités de nutrition, à travers leur reconnaissance dans la communauté et par leurs chefs hiérarchiques, et des paiements en nature. Dans certaines zones, les responsables de santé autorisent les agents à collecter des frais de services au niveau local. Par exemple, les accoucheuses privées peuvent recevoir des approvisionnements gratuits en comprimés de fer/folate et des capsules de vitamine A ainsi que l'autorisation de les vendre à un prix raisonnable, en échange pour leurs services dans la maintenance des données et la provision de conseils et du suivi aux femmes enceintes et des femmes en post-partum.

Matériels de conseils et d'éducation

Les responsables de santé doivent fournir des matériels IEC aux agents de santé dans les centre de santé, aux agents de santé communautaires et aux superviseurs. Ceci comprend des matériels utilisés pour la formation, la supervision, les conseils, l'appui aux prestations etc. La figure 15 montre un modèle de cartes-conseils utilisé pour guider les prestataires de santé en matière d'alimentation de l'enfant. Les aide-mémoire dans le chapitre 4, qui décrivent les actions essentielles en nutrition lors de chaque contact, sont aussi des matériels IEC utiles (cf. tableaux 9, 10, 11, et 13, 14, et 15).

Les matériels IEC, tels que cartes-conseils et aide-mémoire ne sont utiles aux agents de santé que s'ils reçoivent une formation sur la manière de les utiliser et s'ils sont suivis efficacement. Les responsables de santé doivent s'assurer que les agents de santé qui donnent des conseils aux femmes enceintes et responsables d'enfant adoptent de pratiques en matière de conseils et délivrent des messages efficacement et correctement.

Figure 15.
Modèles de cartes-conseils



Verso de la carte

Recto de la carte

Lela continue de donner à manger à Sololo

Pendant que son oncle le petit Sololo, Lela prépare le repas de bébé, tous les jours, dans la cuisine voisine pour dissuader des voisins de Sololo. En voyant les aliments que Lela lui prépare, elle s'étonne et questionne Lela : "Tu lui prepares tout ça alors qu'il a la diarrhée ?" Lela sourit et répond : "Tu vois Nana, Sololo a besoin de limon, des épinards, peut être aussi cette diable et pour simplifier ce qu'il perd. Alors je lui prépare une petite de légumes à laquelle j'ajoute un peu d'huile pour lui apporter beaucoup plus d'énergie. Après, je lui donne de la banane sucrée. Je lui donne le petit au repas."

MESSAGE :

Parents, quand votre enfant a la diarrhée, pour lui donner des forces, continuez sans arrêt de lui donner plus fréquemment.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

QUESTION : Quels sont les aliments que tu fais donner à un enfant diarrhéique ?
REPONSE : Tous les aliments nutritifs comme le riz, le maïs, l'œuf, le poisson, les légumes et les fruits, sont bons pour un enfant diarrhéique, surtout ceux que l'enfant aime beaucoup. Il faut l'encourager avec un peu d'huile.



En outre, les responsables de santé doivent s'assurer que les matériels IEC sont techniquement corrects et faciles à utiliser. Des problèmes habituels avec les matériels IEC comprennent :

- des matériels qui ne sont pas pré-testés suffisamment et ainsi ne sont pas bien adaptés à l'environnement de travail ou au contexte local de l'agent qui s'en servira ;
- des utilisateurs qui reçoivent une formation insuffisante ;
- des matériels qui ne sont pas mis à jour et révisés au fur et à mesure que les besoins techniques et les besoins de programme changent ;
- certains matériels IEC, par exemple ceux sur l'alimentation du nourrisson, peuvent être fournis par des agences qui commercialisent les produits alimentaires pour les nourrissons et ces matériels peuvent contenir des informations contradictoires par rapport aux messages prioritaires ; et
- des quantités insuffisantes sont produites et les stocks ne sont pas renouvelés ce qui oblige les agents de santé à élaborer leurs propres messages.

Un manque d'harmonisation dans le contenu des matériels IEC produits par des organisations différentes peut poser un problème dans les zones qui dépendent de ces différentes sources d'approvisionnement pour leurs matériels. A Madagascar, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont adressé ce problème en mettant en place un comité qui élabore des messages et des matériels communs sur les actions interventions prioritaires en matière de nutrition et qui se fournit chez un même fournisseur de cartes-conseils (cf. la figure 15).

Suivi et évaluation

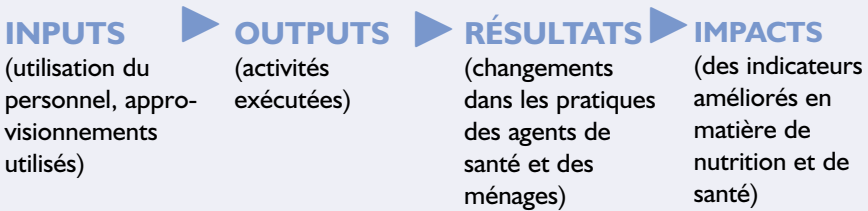
Comme dans d'autres aspects de leurs programmes de santé, les responsables de santé doivent revoir périodiquement l'exécution de programme et la performance des actions de nutrition, ceci afin de résoudre à temps des problèmes par la ré-attribution des ressources de programme et en apportant les changements nécessaires. En outre, les responsables de santé au niveau du district peuvent être impliqués dans la collecte nationale de données, dans les activités de suivi et de surveillance. Cette section traite de

l'utilisation du suivi et de l'évaluation dans les programmes de santé au niveau du district. Des informations supplémentaires sur les indicateurs nationaux en matière de nutrition et les activités d'évaluation sont disponibles dans les départements de nutrition de l'UNICEF et de l'OMS.

Des activités distinctes ne doivent pas être menées dans le cadre du suivi ou de l'évaluation des interventions de nutrition. Les indicateurs en matière de nutrition doivent être incorporés dans le suivi et l'évaluation habituels des services de SMI des structures de santé, dans les communautés et dans le district. L'enregistrement systématique et continu de la qualité et de la couverture des interventions de nutrition devrait constituer la plus grande partie des activités de suivi et d'évaluation fournis par les responsables de santé au niveau du district. Néanmoins, des enquêtes périodiques sur le statut nutritionnel et les comportements prioritaires ou la pratique des soins restent aussi des volets importants.

Les responsables de santé doivent s'assurer que les interventions prioritaires en matière de nutrition figurent, autant que possible, sur la liste des indicateurs et des questions utilisées pour réaliser un suivi et une évaluation de santé complète. Les informations devraient être facile à obtenir et devraient donner une idée précise sur les actions que les agents de base et les superviseurs peuvent mener afin de maintenir une large couverture et la qualité des services.

Les responsables de santé ont besoin d'Informations sur quatre types d'Indicateurs



Une caractéristique clé du suivi et de l'évaluation réussis est l'utilisation des données recueillies pour apporter des mise à jour. Les programmes de santé réussis continuent d'évoluer de mieux en mieux après leur conception.

Les indicateurs ne donnent que des indices sur ce qui est effectué, et doivent être interprétés. En plus, ils doivent être surveillés périodiquement, et/ou comparés avec les normes standards avant qu'ils ne se prêtent à des conclusions. Les responsables de santé au niveau du


TABLEAU 24.**Modèles de l'enregistrement courant des actions nutritionnelles**

CONTACT OU SERVICE	ACTIONS DE NUTRITION ENREGISTRÉES
Prénatal	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils en allaitement maternel, régime alimentaire et prise de comprimé de fer. • Test pour détecter l'anémie sévère. • Nombre de comprimés de fer donné.
Accouchement et post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Contact corporel immédiatement après l'accouchement. • Conseils en allaitement maternel. • Vitamine A donnée aux mères. • Test pour détecter l'anémie sévère.
Postnatal	<ul style="list-style-type: none"> • L'attachement au sein et la position pour l'allaitement maternel vérifiées. • Conseils/revue des difficultés et des compétences dans la prise en charge de l'allaitement.
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamine A donnée aux enfants.
Enfant malade	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation évaluée, conseils donnés. • Vitamine A donnée aux enfants. • Suppléments en fer donnés aux enfants. • Test et référence pour œdème/émaciation/pâleur. • Croissance évaluée.
Enfant sain	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation évaluée, conseils donnés. • Vitamine A donnée aux enfants. • Suppléments en fer donnés aux enfants. • Croissance évaluée.

Figure 16.

Modèles de carnets de santé avec les actions de nutrition

CARNET FAMILIAL



VACCINATION											
1.	NAGE-SAVOCE		2.	Garde Gardavac		3.	Tétane Tetavac		4.	14 ans Soctavac	
BOG		DATE	DTC 1		DATE	DTC 2		DATE	DTC 3		DATE
Polo 0		DATE	Polo 1		DATE	Polo 2		DATE	Polo 3		DATE
									Rougeole		DATE

VITAMINE A			
<input type="checkbox"/> 6 MOIS	<input type="checkbox"/> 12 MOIS	<input type="checkbox"/> 18 MOIS	<input type="checkbox"/> 24 MOIS
DATE	DATE	DATE	DATE
NOM		POKONTANY	

De la naissance



Pour protéger ton enfant contre les maladies, mets-le au sein immédiatement après l'accouchement.



Vitamine A pour la mère après l'accouchement
Date _____



Maman, donne uniquement le lait maternel à ton enfant jusqu'à l'âge de six mois.



Mère allaitante, mange et bois souvent pour produire suffisamment de lait pour ton enfant.

district peuvent avoir besoin d'assistance spécifique de la part des experts en matière d'évaluation et de nutrition pour élaborer et utiliser des systèmes de suivi et d'évaluation de façon utile.

Suivi

Le suivi est un processus continu par lequel des données systématiquement enregistrées, souvent lors de la prestation des services de santé, sont utilisées pour déterminer la manière dont des activités peuvent être menées. Pour utiliser les données de routine pour faire un suivi, des registres, des fiches de santé, des feuilles de pointage et d'autres outils utilisés dans les services de santé maternelle et infantile devraient être modifiés pour intégrer les interventions de nutrition prioritaires. Le tableau 24 montre le type de données sur la nutrition qui peut être incorporé dans les fiches de santé, les feuilles de pointage, et les registres mensuels. La figure 16 montre les fiches de santé avec les actions de nutrition intégrées.

Les responsables de santé doivent faire, régulièrement, une revue des données recueillies et les actions à mener dès que des problèmes sont détectés. Des visites de supervision à cette fin constituent un élément essentiel dans la réussite du suivi. De telles revues devraient avoir lieu assez souvent pour prévenir des lapsus dans la couverture et la qualité des services, et dans la motivation des agents. La plupart des activités de suivi n'ont pas été utiles du fait que les superviseurs ne passaient pas régulièrement en revue les données enregistrées, ou n'ont pas enquêté sur les difficultés qui ont conduit à l'exécution inadéquate des protocoles, ou n'ont pas donné des informations en retour aux agents de base, ou n'ont pas pu résoudre des problèmes de gestion ou d'approvisionnements identifiés.

D'autres informations à conserver pour des raisons de suivi comprennent :

- **Rapports d'inventaire/de stocks.** Les responsables de santé devraient former leur personnel chargé de l'approvisionnement et les inciter à conserver des informations exactes et à maintenir des approvisionnements adéquats. Au cours des visites de supervision, et lors des calendriers établis pour la préparation des commandes au niveau des magasins centraux, des estimations suffisamment exactes des besoins en produits devraient être déterminées.

Les protocoles actuels, la taille de la population cible ainsi que le niveau de couverture visé constitueraient la base pour le calcul de la

quantité de stocks et d'approvisionnements nécessaires pour une période donnée. Les stocks disponibles devraient donc être comparés aux besoins établis. Des données passées peuvent être utilisées pour déterminer s'il y'avait des déficits ou des ruptures de stock.

- **Données sur la surveillance.** La surveillance consiste à noter des informations précises pendant une période de temps dans le but d'établir si une situation donnée s'améliore, s'aggrave ou n'évolue pas du tout. Le personnel de santé devrait au minimum avoir, de façon régulière, des informations sur le nombre de cas relatifs à des problèmes dans le domaine de la nutrition rencontré dans les structures de santé. En outre, les communautés ou les sites sélectionnés dans la zone d'intervention (par ex., des sites sentinelles) peuvent être choisis pour la surveillance lorsque la fréquentation des structures de santé n'est pas assez importante et certains événements sanitaires peuvent passer inaperçus si seules les structures de santé sont utilisées.

Les responsables de santé peuvent se servir des données sur la surveillance pour cibler des zones ou pour intensifier la supervision et la formation quand les indicateurs montrent qu'une situation donnée s'aggrave. Des exemples de quelques indicateurs de surveillance sont :

- le nombre de cas de malnutrition sévère (manifestation de l'émaciation sévère, l'œdème des deux pieds, le déficit pondéral très marqué par rapport à l'âge) ;
- le nombre de cas de pâleur palmaire chez les femmes et les enfants (inclure le nombre de femmes et d'enfants avec un taux faible d'hémoglobine, si des tests appropriés d'hémoglobine sont faits systématiquement) ;
- le nombre de décès ou les atteintes oculaires dus à la rougeole (ce qui indique une carence en vitamine A) ; et
- le nombre de décès dû à la diarrhée ou à la déshydratation des nourrissons de moins de six mois (ce qui indique des problèmes liés au non-respect de l'allaitement maternel exclusif).

Évaluation

Les activités de suivi et d'évaluation fournissent divers types d'information pour des objectifs différents. L'évaluation est nécessaire pour mesurer des résultats et des impacts. Elle est menée moins fréquemment que le suivi

qui mesure l'utilisation de ressources et de rendement ou les activités exécutées et reste un processus permanent. Le personnel de santé, à des niveaux différents, a besoin d'information pour des raisons différentes et utilise aussi bien le suivi que l'évaluation. Pour une vue d'ensemble sur la manière dont plusieurs activités de collecte d'information fournissent des données utiles pour guider la prise de décisions à des niveaux de personnel différents, cf. tableau 25. Notez que les responsables de santé ont besoin de mener des activités spéciales d'évaluation de temps en temps pour évaluer si les résultats en nutrition visés sont en train d'être réalisés. Ces activités comprennent des enquêtes ménages, des enquêtes au niveau des structures de santé, et des enquêtes au niveau des communautés.

Enquêtes ménage

En ce qui concerne les enquêtes ménage, les responsables de santé peuvent mener des enquêtes spécifiques pour identifier des indicateurs en matière de santé et de nutrition, ou ils peuvent ajouter ces indicateurs aux autres enquêtes ménage en cours d'élaboration dans le district. Le tableau 26 montre les indicateurs des interventions de nutrition prioritaires et des modèles de questions à poser lors d'une enquête ménage.

Pour obtenir une idée précise sur des indicateurs en matière de nutrition dans le district, les responsables de santé suivront quelques procédures d'échantillonnage de base pour sélectionner des foyers, des mères, et/ou des enfants représentatifs. Trois options d'échantillonnage ont été utilisées dans les programmes de santé; un échantillonnage au hasard des échantillons pour les enquêtes ménage, l'échantillonnage par grappes (par ex., utilisé dans les programmes de vaccination), l'échantillonnage par la méthode Assurance de la Qualité de Lots (LQAS) qui est une méthode par laquelle un prélèvement au hasard des échantillons des sites est utilisé pour déterminer si le degré de résultats obtenu lors de l'enquête remplit le minimum de conditions requises ou respecte la/les norme(s) établie(s) vis-à-vis de l'objet de l'enquête. Une personne expérimentée dans les procédures d'échantillonnage devrait guider la sélection de cette dernière option.

Enquêtes au niveau des structures de santé

Des structures de santé sélectionnées sont visitées pour interviewer le personnel et les mères pour faire la revue des données et l'inventaire ainsi que pour observer les éléments suivants :

- la qualité des soins dispensés, par exemple, si les actions essentielles de nutrition sont exécutées lors des consultations de routine

prénatales, de l'accouchement, des soins postnataux, des contacts de vaccination, des consultations des enfants malades et des enfants sains ; et si la qualité des conseils est adéquate ; et

- la disponibilité et l'adéquation des appuis tels que approvisionnements, matériels IEC et systèmes de supervision et de suivi.

Dans le chapitre 3, le tableau 5 fournit des exemples plus détaillés de sujets pour les enquêtes au niveau des structures de santé sur les actions essentielles nutrition.

Évaluation au niveau des communautés

Un échantillonnage des communautés est réalisé pour la collecte des informations utilisant des méthodes qualitatives. L'information recherchée aidera à comprendre comment les partenariats entre les structures de santé et les communautés fonctionnent pour offrir les prestations de services aux groupes cibles, et aussi à comprendre si la capacité locale et les activités de sensibilisation en matière de santé et de nutrition sont en progrès. Les méthodes développées comprennent des discussions de groupe dirigé, des interviews en profondeur menées individuellement avec les mères, les agents communautaires, les vendeurs/fournisseurs de médicaments et des leaders communautaires ; et l'observation. Se servir des informations recueillies des différentes sources décrites ci-dessus est souvent le point faible des activités de suivi et d'évaluation. Les programmes qui ont réussi ont des calendriers bien définis pour les revues périodiques des résultats et la prise de décisions basée sur ces résultats.

En somme, le type d'appuis aux systèmes que les responsables de santé devraient mettre en place pour assurer l'exécution des interventions essentielles en nutrition est :

- les directives techniques et les protocoles ;
- l'approvisionnement des produits nécessaires ;
- la formation, la supervision, et les motivations ;
- l'information, l'éducation, et les matériels IEC ; et
- les outils de suivi et d'évaluation.

TABLEAU 25.
Résumé des activités et des indicateurs de suivi et d'évaluation

QUI (utilisateurs d'information)	POURQUOI (exemples des actions basées sur l'information)	QUELS INDICATEURS (exemples)	SOURCE DE DONNÉES	LA PÉRIODICITÉ DE REVUE D'INFORMATION
<p>Responsables des centres de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité des services à travers la fourniture de produits, la formation, et la supervision après avoir constaté les différences qui existent entre ce que les mères et les enfants reçoivent (services/ approvisionnements) et ce que les protocoles et directives recommandent. 	<ul style="list-style-type: none"> Respect des « Dix conditions » de l'IHAB là où les accouchements ont lieu. Pourcentage de femmes en consultation prénatale à qui on a donné des comprimés de fer/acide folique. Pourcentage de femmes à qui on donné de la vitamine A après l'accouchement. Pourcentage d'enfants de 0–23 mois vu pour une raison quelconque, qui ont leurs pratiques alimentaires évaluées et les responsables d'enfant ont été conseillés selon les directives de la PCIME. Pourcentage d'enfants de 0-23 mois vu pour une raison quelconque, dont le poids a été pris et noté correctement. 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête au niveau des structures de santé. Rapports de supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> Revue mensuelle ou trimestrielle des rapports et registres/feuilles de pointage. Enquête au niveau des structures de santé tous les 2–3 ans.
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les services communautaires et la qualité des partenariats. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de communautés avec des animateurs/ groupements féminins d'appui spécialisés dans l'alimentation de l'enfant qui sont formés et supervisés. Pourcentage de communautés disposant d'approvisionnement en comprimés de fer/acide folique au niveau local. Pourcentage de communautés qui suivent régulièrement les indicateurs clés en matière de nutrition, tels que allaitement maternel exclusif et fréquence de l'alimentation complémentaire, supplémentation en vitamine A, croissance des enfants, l'utilisation du sel iodé dans les foyers. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation au niveau de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque année. 	

(à suivre)

TABLEAU 25. (suite)
Résumé des activités et des indicateurs de suivi et d'évaluation

QUI (utilisateurs d'information)	POURQUOI (exemples des actions basées sur l'information)	QUELS INDICATEURS (exemples)	SOURCE DE DONNÉES	LA PÉRIODICITÉ DE REVUE D'INFORMATION
Responsables des centres de santé (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Régler les problèmes d'approvisionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de comprimés de fer/acide folique (ou capsules de vitamine A) en stock dans les centres de santé comparé aux quantités nécessaires jusqu'à la prochaine livraison des approvisionnements. Matériels IEC appropriés disponibles le jour de la visite. 	<ul style="list-style-type: none"> A partir de l'inventaire, et l'inspection. 	<ul style="list-style-type: none"> Mensuel ou trimestriel.
Responsables au niveau du district	<ul style="list-style-type: none"> Détecter et trouver des solutions aux problèmes de couverture ; cibler des ressources supplémentaires pour les zones à faible couverture. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs de déficit pondéral/retard de croissance/émaciation/ œdème des deux pieds, de l'alimentation de la femme, de l'allaitement maternel, et des fréquences d'alimentation complémentaire, de carence en vitamine A, de l'anémie, et de la carence en iode. Indicateurs de couverture (le pourcentage de foyers qui ont reçu les services de nutrition appropriés à chaque prestation de service ou à travers des actions spécifiques telles que les campagnes). Indicateurs de la qualité de services (respect des protocoles et la qualité du conseils). 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de ménage. Informations dans les centres de santé. Enquête au niveau des structures de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes ménage tous les 3–5 ans. Enquêtes au niveau des structures de santé tous les 2–3 ans. Revue trimestrielle des informations dans les centres de santé.
Responsables aux niveaux régionaux et nationaux	<ul style="list-style-type: none"> Identifier le besoin pour des interventions supplémentaires ou différentes afin de continuer à réduire la prévalence de la malnutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de malnutrition sévère (l'émaciation sévère et visible, l'œdème des deux pieds, et le déficit pondéral important par rapport à l'âge). Nombre de cas de pâleur palmaire chez les enfants et les femmes (faible taux d'hémoglobine si les tests d'hémoglobine sont systématiquement faits). 	<ul style="list-style-type: none"> Registre des cas de malnutrition et de décès. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports trimestriels et annuels basés sur les registres de routine.

(à suivre)

TABLEAU 25. (suite)
Résumé des activités et des indicateurs de suivi et d'évaluation

QUI (utilisateurs d'information)	POURQUOI (exemples des actions basées sur l'information)	QUELS INDICATEURS (exemples)	SOURCE DE DONNÉES	LA PÉRIODICITÉ DE REVUE D'INFORMATION
Responsables aux niveaux régionaux et nationaux (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Détecter les tendances régionales à travers les indicateurs sur des problèmes en nutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de signes oculaires ou carence en vitamine A. Nombre de cas de goitre (ou faible taux d'iode dans l'urine, si le test pour l'iode est fait systématiquement). Le poids corporel et la taille comme indicateurs de la malnutrition chez la mère et chez l'enfant. Indicateurs de l'allaitement maternel exclusif et des fréquences d'alimentation complémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports des sites sentinelles. Enquêtes ménage. 	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes ménage tous les 3–5 ans.
	<ul style="list-style-type: none"> Comparer les interventions, nouvelles ou modifiées, les canaux de livraison, etc., pour réduire les coûts et améliorer l'efficacité (en comparant des districts, des agences, des centres de santé, ONGs etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Coût par mère pour un paquet complet de services de nutrition essentielle. Coût par enfant de 0–23 mois pour (ou dont la personne qui s'en occupe) des services de nutrition essentielle. Coût par enfant malnutri évité. Coût par enfant par rapport à la dose adéquate de vitamine A. 	<ul style="list-style-type: none"> Étude spéciale de coût-efficacité. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 1–3 ans.

TABLEAU 26. Modèles de questions pour des enquêtes ménage sur les interventions prioritaires de nutrition

COMPOTEMENTS PRIORITAIRES	INDICATEURS	QUESTIONS
Allaitement maternel exclusif	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de nourrissons âgés de 0–4 mois (120 jours) qui sont exclusivement allaités au sein. 	<p>Qu'est-ce que l'enfant a mangé hier ? (L'enquêteur devrait noter si autre chose que le lait maternel a été donné sauf les gouttes de vitamine et les médicaments).</p>
Alimentation complémentaire et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de nourrissons âgés de 6–9 mois nourris au sein et avec des aliments complémentaires semi-solides. • Pourcentage d'enfants âgés de 6–23 mois allaités au sein, nourris avec des aliments contenant de la vitamine A, de la vitamine C, des produits d'origine animale et des aliments énergétiques. • Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui sont encouragés à manger de façon active (des plats spéciaux préparés, et responsable d'enfant, assise à côté de lui avec d'autres personnes). • Pourcentage de nourrissons âgés de 12–18 mois nourris avec des aliments semi-solides ou solides en complément au moins 4 fois par jour, en plus le lait maternel. • Pourcentage d'enfants âgés de 20–23 mois qui sont allaités au sein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que l'enfant a mangé hier ? Est-ce que cette nourriture était liquide, semi-solide ou solide ? (Noter le nombre de fois l'enfant a été nourri). • Quels ingrédients étaient dans la nourriture de l'enfant ? (Utiliser une liste de contrôle des aliments localement disponibles et riches en produits d'origine animale et en énergie, vitamines A et C). • Est-ce que vous avez encouragé l'enfant à manger activement hier ? Si Oui, qu'est-ce que vous avez fait ? (Des réponses correctes : a donné des aliments appréciés par l'enfant, s'est assis avec l'enfant, et d'autres personnes).

(à suivre)

TABLEAU 26. (suite)
Modèles de questions pour des enquêtes ménage sur les interventions prioritaires de nutrition

COMPORTEMENTS PRIORITAIRES	INDICATEURS	QUESTIONS
Soins des enfants malades	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'enfants âgés de 0–23 mois qui étaient malades pendant les deux dernières semaines, et l'augmentation de la fréquence de l'allaitement maternel. • Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui étaient malades pendant les 2 dernières semaines, et qui n'ont pas diminué la consommation d'autres aliments. • Pourcentage d'enfants âgés de 6–23 mois qui étaient malades pendant les deux dernières semaines qui ont été encouragés à manger activement pendant/après la maladie (des plats spéciaux préparés, responsable d'enfant assise avec lui, et d'autres personnes). 	<p>L'enfant, était-il malade les deux dernières semaines ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si <i>Oui</i>, l'enfant, a-t-il tété le sein plus, moins ou comme d'habitude ? • Si <i>Oui</i>, l'enfant, a-t-il mangé plus, moins, ou la même quantité d'autres aliments ? • Si <i>Oui</i>, avez-vous encouragé l'enfant à manger activement pendant ou après la maladie ? (Des réponses correctes : a donné des plats spéciaux appréciés par l'enfant, s'est assis avec l'enfant, et d'autres personnes).
Vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'enfants âgés de 12–59 mois qui ont reçu des capsules de vitamine A au cours des six derniers mois. • Pourcentage de mères qui ont reçu une dose de vitamine A après l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant âgé de 12–59 mois a-t-il reçu, au cours des six derniers mois, une capsule de vitamine A ? • Est-ce que la mère a pris une capsule de vitamine A quand le dernier enfant est né ? <p>Note : la personne interrogée devrait pouvoir distinguer les capsules de vitamine A d'un échantillon de plusieurs comprimés/capsules.</p>

(à suivre)

TABLEAU 26. (suite)
Modèles de questions pour des enquêtes ménage sur les interventions prioritaires de nutrition

COMPORTEMENTS PRIORITAIRES	INDICATEURS	QUESTIONS
Fer	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de mères de nourrissons de moins de 6 mois qui ont pris au moins 90 comprimés de fer/acide folique durant leur dernière grossesse. • Pourcentage de femmes en âge de procréer et d'enfants avec un taux d'hémoglobine en dessous des niveaux fixés par l'OMS (11g/dl pour les femmes enceintes et 12g/dl pour les autres). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour toute femme qui a accouché au cours des six derniers mois : Lors de votre dernière grossesse, avez-vous pris des comprimés de fer/acide folique ? Note : La personne interrogée devrait pouvoir identifier le comprimé de fer/d'acide folique d'un échantillon de plusieurs comprimés. Si oui, combien de comprimés avez-vous pris ? • Utiliser la méthode <i>Hemocue</i> pour évaluer le taux d'hémoglobine dans le sang de toutes femmes en âge de procréation et des enfants de moins de cinq ans.
Sel iodé	<p>Pourcentage de foyers qui utilise le sel iodé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel sel avez-vous utilisé hier pour préparer vos repas ? Vérifier si le logo ou la marque déposée est connu comme ayant de l'iode dans le sel. • Tester l'échantillon du sel pour détecter la présence d'iode (en utilisant les trousseaux pour tester le sel de l'UNICEF). • Si possible, prenez des échantillons d'urine pour tester le niveau d'iode dans l'urine.

Vitamin A supplements

A guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia

Second edition



Prepared by a WHO/UNICEF Task Force



GUIDELINES FOR THE USE OF IRON SUPPLEMENTS TO PREVENT AND TREAT IRON DEFICIENCY ANEMIA

Rebecca J. Stoltzfus • Michele L. Dreyfuss

Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers



World Health Organization
Geneva

COMPLEMENTARY FEEDING IN DEVELOPING COUNTRIES: a review of current scientific knowledge

WHO/NUT/06.1
Discr. General
Original: English



United Nations
Children's Fund



University of California
Davis



World Health Organization
Geneva



World Health Organization
Geneva

MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS

SICK CHILD AGE 2 MONTHS UP TO 5 YEARS

ASSESS AND CLASSIFY THE SICK CHILD

ASSESS CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS

CLASSIFY THE SICK CHILD

TREAT THE SICK CHILD

MONITOR AND REASSESS

CLASSIFY THE SICK CHILD

ASSESS CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS

CLASSIFY THE SICK CHILD

TREAT THE SICK CHILD

MONITOR AND REASSESS

CLASSIFY THE SICK CHILD

TREAT THE SICK CHILD

MONITOR AND REASSESS

CLASSIFY THE SICK CHILD

TREAT THE SICK CHILD

MONITOR AND REASSESS

SICK YOUNG INFANT AGE 1 WEEK UP TO 2 MONTHS

ASSESS CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS

CLASSIFY THE SICK YOUNG INFANT

TREAT THE SICK YOUNG INFANT

MONITOR AND REASSESS

CLASSIFY THE SICK YOUNG INFANT

TREAT THE SICK YOUNG INFANT

MONITOR AND REASSESS

CLASSIFY THE SICK YOUNG INFANT

TREAT THE SICK YOUNG INFANT

MONITOR AND REASSESS



World Health Organization
Geneva



World Health Organization
Geneva

Les protocoles de nutrition

POINTS CLÉS

▶ Les responsables de santé doivent identifier les protocoles adaptés à leurs programmes et les étudier en détails.

▶ Les protocoles décrivent le volume des activités à faire selon les différentes situations pour les différentes tranches d'âge. Ils sont basés sur les dernières connaissances scientifiques en fonction de ce qui donne des résultats positifs et de ce qui est faisable, quant à la mise en oeuvre des programmes sur le terrain.

▶ Les responsables de santé au niveau des districts doivent s'assurer que les directives techniques qu'ils utilisent sont conformes aux politiques et directives nationales des écarts, les différences devront être clairement justifiées.

▶ Certains protocoles changeront en fonction des résultats des nouvelles recherches. Les responsables de santé devront mettre à jour les protocoles périodiquement conformément aux informations disponibles à l'UNICEF et à l'OMS.

▶ Les protocoles sur les interventions prioritaires de nutrition sont présentés selon trois catégories :

- ceux qui sont mieux appliqués en tant que composantes des services de santé maternelle,
- ceux qui peuvent être offerts autant au sein des services de santé maternelle qu'infantile, et
- ceux qui sont mieux appliqués à travers les services de santé infantile.

Chapitre 8

Les protocoles de nutrition

Ce chapitre décrit les protocoles et les recommandations internationales en rapport avec les interventions prioritaires de nutrition. Les responsables de santé au niveau des districts remarqueront que la plupart de ces protocoles et recommandations sont en rapport avec leurs programmes. Ils devront les passer en revue et sélectionner ceux qu'ils trouveront utiles à leurs programmes afin de les étudier plus en détail.

Les protocoles décrivent ce qui doit être fait et en quelles quantités, selon les différentes situations pour les différentes tranches d'âge, sur la base des dernières connaissances scientifiques, en fonction de ce qui donne des résultats positifs et de ce qui est faisable, quant à la mise en œuvre des programmes sur le terrain. Beaucoup d'activités de nutrition ont ressenti l'impact du manque d'informations claires sur les protocoles appropriés. L'utilisation de protocoles inappropriés non seulement rend le programme moins efficace, mais dans certains cas peut nuire à la santé des femmes et des enfants.

Les responsables de santé doivent se familiariser avec les protocoles et devront avoir comme objectifs :

- établir des normes de qualité à partir desquelles le suivi et l'évaluation des programmes seront effectués,
- définir les modalités pour l'approvisionnement,
- orienter la formation des agents de santé et des agents communautaires,
- aider les superviseurs à observer et à corriger les pratiques.

Les responsables de santé ont besoin de savoir quels protocoles doivent être utilisés par le personnel des structures de santé et lesquels sont appropriés aux activités dans les communautés.

Les autorités internationales ont conjointement préparé les directives pour les interventions de nutrition présentées dans ce chapitre. Ils représentent un accord général sur les questions techniques et programmatiques entre les experts des différentes régions géographiques du monde. Toutefois, elles sont présentées ici comme des recommandations et devront être adaptées aux besoins locaux. En choisissant les directives, les responsables de santé devront s'assurer qu'elles sont en accord avec les politiques nationales ou s'il y a des écarts, que les différences soient clairement justifiées.

Les responsables de santé devront examiner la pertinence de chaque

protocole, le comparer avec les directives actuellement appliquées au niveau national et à l'échelle des districts, pour ensuite décider lesquels sont à modifier et ceux qui pourront être adoptés sans aucune modification.

Dans certains pays, les autorités nationales n'ont peut être pas eu l'opportunité de participer à l'élaboration des protocoles et des directives internationales. Les directives nationales pourraient ne pas refléter les nouvelles informations et connaissances scientifiques. Les responsables de santé au niveau des districts devront attirer l'attention des autorités nationales, sur les différences entre les directives nationales et les recommandations internationales fournies ici. Ils peuvent jouer le rôle d'avant garde pour la mise à jour des normes et politiques nationales.

Certains protocoles et recommandations changeront en fonction des résultats des nouvelles recherches. Les responsables de santé devront les mettre à jour périodiquement, conformément aux informations disponibles à partir des bureaux nationaux de l'UNICEF et de l'OMS. Pour rendre cette tâche plus facile, chaque protocole ou recommandation présente ici est identifiée grâce à sa date et à sa source. Ils seront tous réactualisés à partir du début de l'année 1999.

Dans les pages qui suivent, les protocoles et recommandations en rapport avec les interventions prioritaires de nutrition sont organisés en trois parties :

1. la Santé Maternelle qui comprend la lutte contre l'anémie, le régime alimentaire durant la grossesse et l'allaitement et les suppléments de vitamine A,
2. la Santé Maternelle et Infantile qui comprend les protocoles en rapport avec l'allaitement maternel,
3. la Santé de l'Enfant qui décrit l'évaluation et les conseils concernant l'alimentation de l'enfant, les suppléments de vitamine A pour la prévention et le traitement, la prévention et le traitement de l'anémie, le suivi et la promotion de la croissance.

Tables des matières

Les protocoles de nutrition

N°		Page
A l'usage des services de santé maternelle		
1	Suppléments en fer/acide folique pour les femmes enceintes pour la prévention de l'anémie <small>INACG/OMS/UNICEF, 1998</small>	201
2	Traitement présomptif contre les parasites chez les femmes enceintes pour la prévention de l'anémie <small>INACG/OMS/UNICEF, 1998</small>	202
3	Traitement de l'anémie sévères chez les femmes <small>INACG/OMS/UNICEF, 1998</small>	203
4	Régime alimentaire durant la grossesse et l'allaitement <small>Adapté de F. Savage King et Burgess, 1996</small>	204
5	Évaluation de la sous-alimentation des femmes <small>Adapté de S. Gillespie, UNICEF, 1997</small>	206
6	Les suppléments en vitamine A pour les femmes en âge de procréer <small>OMS/UNICEF/IVACG, 1997</small>	207
7	La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) pour la planification familiale <small>JHU/OMS/USAID - L'essentiel en technologie contraceptive, 1997</small>	208
A l'usage des services de santé maternelle et infantile		
8	Les « dix conditions » de l'IHAB : les pratiques recommandées pour les services de maternité <small>OMS/UNICEF 1989</small>	210
9	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel <small>OMS 1981</small>	211
10	Le VIH et l'alimentation du nourrisson <small>OMS/UNICEF/USAIDS, 1998</small>	219
A l'usage des services de santé infantile		
11	Évaluation du statut nutritionnel de l'enfant <small>PCIME/OMS/UNICEF, 1996</small>	241
12	Évaluation de l'alimentation et l'enfant et conseils sur l'alimentation <small>PCIME/OMS/UNICEF, 1996</small>	249
13	Suivi et promotion de la croissance <small>Griffiths, Dickin et Favin, 1996</small>	251
14	Suppléments en fer pour la prévention de l'anémie chez l'enfant <small>INACG/ OMS/UNICEF/, 1998</small>	254
15	Traitements antiparasitaires pour la prévention de l'anémie <small>INACG/ OMS/UNICEF/, 1998</small>	255
16	Traitement de l'anémie sévère chez les enfants <small>INACG/ OMS/UNICEF/, 1998</small>	256
17	Suppléments en vitamine A à donner aux enfants pour prévenir la carence en vitamine A <small>OMS/UNICEF/ IVACG, 1997</small>	258
18	Suppléments en vitamine A pour les enfants malades <small>OMS/UNICEF/ IVACG, 1997</small>	259
19	Suppléments en vitamine A pour des cas de rougeole qui ne sont pas compliqués (pas de signes oculaires) <small>OMS/UNICEF/ IVACG, 1997</small>	259
20	Traitement de la xérophtalmie ou de la rougeole avec des signes oculaires <small>OMS/UNICEF/ IVACG, 1997</small>	260

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle***1** Suppléments en fer/acide folique pour les femmes enceintes pour la prévention de l'anémie*Pour toutes les femmes enceintes*

PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES FEMMES ENCEINTE	DOSE	DUREE
< 40 %	60 mg fer + 400 μ g d'acide folique tous les jours ^a	Six mois de grossesse (ou si débuté tard, étendre à la période postnatale pour une durée totale de six mois) ^b
> 40 %	60 mg fer + 400 μ g d'acide folique tous les jours ^a	Six mois de grossesse, plus la continuation durant trois mois en période post partum (ou une durée totale de neuf mois)

Notes :

- Là où les suppléments contenant 400 μ g d'acide folique ne sont pas disponibles, un supplément en fer avec un taux moindre d'acide folique peut être utilisé.
- Si la durée de six mois ne peut pas être réalisée, augmenter la dose à 120 mg de fer pendant la grossesse.

Source : INACG/OMS/UNICEF, 1998.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle*

2 Traitement présomptif contre les parasites chez les femmes enceintes pour la prévention de l'anémie

Pour toutes les femmes enceintes

Si les **ankylostomes** sont endémiques (20 à 30 % de prévalence ou plus), administrer un traitement anthelminthique une fois au cours du second trimestre de la grossesse. Si les ankylostomes sont très endémiques (une prévalence de plus de 50 %), répéter le traitement anthelminthique au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Les traitements anthelminthiques suivants sont efficaces et sans risque après le premier trimestre de la grossesse :

Albendazole : 400 mg en une seule dose

Mebendazole : 500 mg en une seule dose ou 100 mg deux fois par jour pendant trois jours

Levamisole : 2,5 mg/kg en une seule dose, plus efficace si la seconde dose est répétée les deux jours consécutifs suivants

Pyrantel : 100 mg/kg en une seule dose ; plus efficace si la dose est répétée les deux jours consécutifs suivants

Si le **paludisme** à *P. Falciparum* est endémique et la transmission est élevée, administrer aux femmes qui sont à leur première ou deuxième grossesse des doses curatives contre le paludisme lors de la première visite prénatale, suivies d'une prophylaxie contre le paludisme selon les recommandations locales.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle***3** Traitement de l'anémie sévère chez les femmes*Définition de l'anémie sévère*

- ▶ **1^{er} choix** : hémoglobine < 7,0g/ dL, ou hématocrite < 20 %
- ▶ **2^e choix** : Tâche de sang sur un papier filtre, autrefois la méthode de Talqvist (Matériel disponible à l'OMS)
- ▶ **3^e choix** : Pâleur extrême de la conjonctive, pâleur palmaire ou à la racine des ongles ou l'essoufflement au repos (voir photo du Protocole 16)

*Décision de traiter ou de référer les cas d'anémie sévères***Critères de RÉFÉRENCE à un centre de santé, un médecin ou un hôpital spécialisé :**

- ▶ Femme enceinte au-delà de 36 semaines de gestation (c.à.d dans la dernière semaine de grossesse).
- ▶ Toute femme ayant des signes de détresse respiratoire ou d'anomalies cardiaques (par exemple respiration pénible au repos ou œdème).

Les cas ne faisant pas l'objet d'une RÉFÉRENCE devront être traités comme suit :

	DOSE	DURÉE
Adolescents et adultes y compris les femmes enceintes	▶ 120 mg fer 800µg Acide folique tous les jours	▶ 3 mois

Note : Après avoir terminé trois mois de supplémentation thérapeutique, les femmes enceintes et les enfants devront continuer le régime de supplémentation préventive tel qu'indiqué (voir protocoles 1 et 14).

Suivi des cas traités d'anémie sévère

Il faudra demander aux individus diagnostiqués d'une anémie sévère et traités avec une thérapie orale de fer et d'acide folique, de revenir pour l'évaluation, une semaine et quatre semaines après le début des prises de suppléments en fer. Le but des visites de suivi est de référer les individus qui ont besoin davantage de soins médicaux.

A ce moment là, les individus devront être RÉFÉRÉS à un hôpital si :

- ▶ Leur état a empiré lors de la visite de suivi effectuée une semaine après OU
- ▶ Si leur état ne montre pas d'amélioration lors de la visite de suivi effectuée 4 semaines après.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle***4 Régime alimentaire durant la grossesse et l'allaitement**

S'assurer que la femme mange des quantités suffisantes de nourriture tous les jours pour satisfaire ses besoins quotidiens en énergie. Ensuite, s'assurer que les types d'aliments utilisés pour la préparation de ses repas et goûters lui apportent suffisamment de nutriments essentiels pour satisfaire ses besoins de tous les jours.

	Femme	Femme enceinte	Femme qui l'allaita
Energie, kcal/jour	2.140	2.240	2.640

Exemples des quantités d'aliments préparés nécessaires chaque jour, pour apporter assez d'énergie et de nutriments
(quantités brutes entre parenthèses)

Farine de céréales, riz	8 tasses (460 g)	8,5 tasses (500 g)	11 tasses (600 g)
Haricots, légumes, légumes secs, lentilles	3 tasses (150 g)	3 tasses (500 g)	3,5 tasses (200 g)
Légumes à feuilles	6 cuillères (100 g)	6,5 cuillères (110 g)	9 cuillères (160 g)
Agrumes, fruits jaunes/oranges ou légumes	½ tasse (100 g)	½ tasse (100 g)	½ tasse (100 g)

Notes :

1. Les femmes et les adolescentes qui ne sont pas enceintes ou qui n'allaitent pas mais qui mènent des activités physiques éprouvantes doivent manger un supplément d'aliments contenant de l'énergie tels que viande, poisson, huiles/graisse, aliments frits, aliments sucrés, l'avocat, la noix de coco et autres graines et noix oléagineuses, céréales et haricots/légumes et fromage et lait animal.
2. Sous ce régime alimentaire, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes ont besoin de plus fer à partir des suppléments pour satisfaire leurs besoins.

3. L'utilisation des aliments d'origine animale tels que viande, poisson, oeufs, réduira la quantité de céréales et de haricots/légumes nécessaires et fournira d'autres micronutriments essentiels tels que zinc et calcium.
4. 1 tasse = 200 ml ; 1 cuillère = 10 ml.

Donner des conseils aux femmes sur leur régime alimentaire. Utiliser des expressions et des gestes encourageants qui montrent l'intérêt que vous lui portez ; poser des questions ouvertes qui commencent avec *Quoi ? Pourquoi ? Comment ? Quand et Où ?* Eviter les questions qui se répondent par des oui et des non. Répéter ce que la femme a dit pour lui montrer que vous l'avez entendue et pour l'encourager à en dire plus. Eviter de lui dire qu'elle a fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire, quelque chose de mauvais, d'incorrect ou d'inapproprié. L'aider à gagner en assurance en reconnaissant les bonnes pratiques qu'elle utilise, l'encourager et la convaincre d'essayer au moins une ou deux pratiques nouvelles.

En plus de donner aux femmes des conseils sur leur régime alimentaire durant la période de grossesse et d'allaitement, les agents de santé devront effectuer les tâches suivantes :

- ▶ Convaincre les membres influents de la famille tels qu'époux et belles-mères à encourager les femmes à manger assez, surtout durant les périodes de grossesse et d'allaitement. Les femmes enceintes ou qui ont eu un enfant au cours des derniers mois ne doivent pas effectuer des travaux manuels ardu, tels que mener beaucoup d'activités pour la production de nourriture/agricole (semences, repiquage, récolte, pilage de manioc et autres), transporter du bois de feu ou d'eau faire des longues marches avec des marchandises pour le marché ou d'autres activités similaires.
- ▶ Convaincre les responsables des communautés que les femmes qui se nourrissent convenablement tous les jours, et ayant des charges de travail physique contrôlées, auront des avantages à long terme : elles deviennent plus productives pour la communauté et leurs enfants sont mieux nourris et beaucoup plus sains.
- ▶ Aider les femmes à s'instruire, à être formées et à avoir des compétences afin d'être respectées, d'obtenir un emploi et de se prendre en charge elles-mêmes.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle*

5 Évaluation de la sous-alimentation des femmes

Dans certaines situations, les responsables de santé auront peut être besoin de surveiller les indicateurs qui reflètent le statut nutritionnel des femmes. Ils devront surtout évaluer la sous-alimentation des femmes là où cela est répandu et dans les zones où la prévalence de la sous-alimentation des femmes n'est pas connue.

La sous-alimentation des femmes entraîne des conséquences graves, tels que faible productivité des femmes, pratiques médiocres en matière de soins aux enfants, faible croissance physique de leurs enfants, développement mental des enfants inadéquat, risque de mortalité infantile plus élevé, risques de complications obstétricales encore plus grands et des maladies plus sévères et plus longues tant chez les femmes que chez les enfants.

Les mesures qui n'atteignent pas les seuils suivants sont à considérer sérieusement :

- ▶ **Retard de croissance** : Taille de moins de 145 centimètres,
- ▶ **Maigreur** : Rapport entre le poids en kilogramme et la taille en mètres élevé au carré (ou poids/taille²) est appelée Indice de Masse Corporelle IMC – une IMC de moins de 18,5 est considérée comme statut nutritionnel inapproprié,
- ▶ **Déficit pondéral** : Poids de moins de 45 kilogrammes,
- ▶ **Circonférence de l'avant-bras (CAB)** : Moins de 21 centimètres en Asie ou moins de 23,5 centimètres en Amérique Latine et en Afrique,
- ▶ **Gain de poids durant la grossesse** : Moins de 1,5 kilogrammes par mois au cours du second trimestre et au début du troisième, ou moins de 10,5 kg pour toute la durée de la grossesse.

En plus d'une sous-alimentation générale, les femmes en âge de procréer pourraient également souffrir d'une carence en micronutriments spécifiques, qui sont décrits en détail dans les protocoles 1,3 et 6.

Pour pallier la sous-alimentation, les responsables de santé devront offrir les services suivants :

Une augmentation de la nourriture et des conseils pour un meilleur régime alimentaire surtout pendant les périodes de grossesse et d'allaitement, ainsi qu'une supplémentation et un enrichissement en micronutriments — consulter le protocole 4 pour des directives sur le régime alimentaire durant la grossesse et l'allaitement et le protocole 1,3 et 6 sur les suppléments en micronutriments. En outre, tous les membres de la famille devront utiliser uniquement du sel iodé pour leurs repas, dans les zones où la carence en iode constitue un risque.

A part les consommations d'aliments et de nutriments, l'amélioration des soins et du statut social des femmes, de meilleures pratiques en planification familiale et l'amélioration de leur accès aux ressources économiques, aux services de santé, à l'éducation peuvent contribuer à la réduction de la sous-alimentation chez les femmes.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle***6** Les suppléments en vitamine A pour les femmes en âge de procréer*Protocole sur la prévention*

- ▶ Donner à toutes les mères une dose orale de 200.000 UI de vitamine A immédiatement après l'accouchement ;

Comment ? Ouvrir une capsule de 200.000 UI ou deux capsules de 100.000 UI ou quatre capsules de 50.000 UI. Presser le contenu de la capsule dans la bouche de la mère, en faisant en sorte que tout le liquide soit déversé. Vous pouvez également remettre les capsules à la mère et lui demander de les avaler en votre présence.

NB : La vitamine A devra être donnée à la mère seulement dans les premières huit semaines après l'accouchement si elle allaite au sein et seulement dans les premières six semaines après l'accouchement si elle n'allait pas au sein. NE JAMAIS donner à une femme de la vitamine A si huit semaines se sont écoulées depuis la date de l'accouchement.

Protocole pour le traitement de l'héméralopie ou les tâches de bitot

Les femmes en âge de procréer (enceintes ou non) souffrant d'héméralopie ou de tâches de Bitot (voir la photo et la description dans le protocole 20)

- ▶ Donner une dose orale journalière de 5.000 à 10.000 UI de vitamine A pour au moins quatre semaines.

NB : La dose quotidienne ne devra jamais dépasser 10.000 UI, quoiqu'une dose hebdomadaire de 25.000 maximum puisse la remplacer.

Protocole pour le traitement de la xérophtalmie de la cornée

Lorsque des *signes sévères de xérophtalmie active* (c.-à.-d. des lésions profondes telles que le montre la photo du protocole 20) se manifestent chez la femme en âge de procréer, qu'elle soit *enceinte ou non* :

- ▶ Lui donner trois doses orales de vitamine A de 200.000 UI chacune, une le jour du diagnostic, une le jour suivant et une autre deux semaines après.
- ▶ Lui remettre les capsules et lui montrer comment les prendre, si vous n'êtes pas sûr de la revoir pour les doses suivantes.

Il est recommandé d'appliquer localement une pommade antibiotique oculaire, comme par exemple de la tétracycline ou du chloramphénicol, pour traiter ou prévenir une infection bactérienne secondaire, qui pourrait aggraver les dégâts causés à la cornée. *Les pommades ophtalmiques contenant des stéroïdes ne doivent jamais être utilisées dans de telles circonstances.* Pour éviter des traumatismes à une cornée déjà affaiblie par une ulcération, il faudra protéger l'œil avec un écran ; dans le cas des jeunes enfants, il serait peut être nécessaire d'empêcher tout mouvement des bras.






PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle*

7 La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) pour la planification familiale

La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) consiste à utiliser l'allaitement maternel comme méthode de planification familiale durant les six mois qui suivent l'accouchement. Aménorrhée signifie ne pas avoir de menstrues. La MAMA fournit une protection naturelle contre la grossesse et encourage l'utilisation d'une autre méthode de planification familiale au moment opportun.

Les conditions requises pour l'utilisation de la MAMA

Une femme peut débiter la MAMA à n'importe quel moment si elle remplit les conditions requises pour l'utilisation de la méthode. Pour déterminer cela, demander à la mère ou lui conseiller de se poser elle-même les trois questions :

<p>1 Vos règles sont-elles revenues ?</p>	<p>Si OUI </p>	<p>Les chances pour que la mère devienne enceinte augmentent. Pour une protection continue, lui conseiller de commencer à utiliser une méthode complémentaire de planification familiale et de continuer à allaiter au sein pour la santé de l'enfant.</p>
<p>2 Donnez-vous régulièrement des suppléments ou restez-vous de longues périodes sans allaiter votre enfant, de jour comme de nuit ?</p>	<p>Si OUI </p>	
<p>3 Votre bébé a-t-il plus de 6 mois ?</p>	<p>Si OUI </p>	
<p>Si la réponse à TOUTES ces questions est NON</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>Lorsque la réponse à n'importe laquelle de ces questions est OUI</p> <p style="text-align: right;"></p>	

Elle peut utiliser la MAMA.

Il y a seulement 1 à 2 % de chances pour qu'elle soit enceinte durant cette période. Toutefois, elle pourrait utiliser une méthode complémentaire de planification familiale, à n'importe quel moment.

Explications sur la manière d'utiliser la méthode

Une femme qui utilise la MAMA devrait être encouragée à :

1. **Allaiter souvent au sein** : Une pratique idéale serait de le faire 10 à 12 fois par jour, y compris au moins une fois par nuit. Les intervalles d'allaitements réguliers pendant la journée ne doivent pas dépasser quatre heures, et les tétées pendant la nuit ne doivent pas être espacées de plus de six heures.

▶ **IMPORTANT** : Il se peut que certains bébés ne veuillent pas téter 10 à 12 fois par jour, ou qu'ils préfèrent dormir toute la nuit. Dans ces cas, il faudrait peut être les encourager à téter suffisamment.

2. **Allaiter au sein correctement** : Conseiller la mère à propos des techniques pour l'allaitement au sein (la position et l'attachement au sein) et le régime alimentaire.

3. **Commencer à donner d'autres aliments** lorsque le bébé atteint 6 mois. Donner le sein avant de donner d'autres aliments, si cela est possible. Si la faim du bébé est d'abord assouvie par l'allaitement au sein, cela contribuera à assurer une bonne nutrition et stimuler la production de lait maternel.

▶ **IMPORTANT** : le bébé pourrait téter moins après avoir commencé à consommer d'autres aliments. Par conséquent la MAMA pourrait ne plus être aussi efficace. Une méthode supplémentaire de planification est recommandée dans ce cas.

▶ Commencer une autre méthode de planification familiale si une des situations suivantes se manifeste :

▶ Les règles reviennent (du sang pendant les premiers 56 jours ou 8 semaines après l'accouchement n'est pas considéré comme étant des menstrues).

OU

▶ Elle a complètement ou presque complètement arrêté l'allaitement maternel.

OU

▶ Son bébé a 6 mois (au moment où le bébé apprend à s'asseoir).

OU

▶ Elle ne veut plus compter sur la MAMA comme planification familiale.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle et infantile*

8 Les « dix conditions » de l'IHAB : les pratiques recommandées pour les services de maternité

Chaque structure fournissant des services de santé maternelle et des soins en maternité pour les nouveau-nés doit effectuer les tâches suivantes :

- 1 Avoir une politique écrite en matière d'allaitement maternel qui sera systématiquement communiquée à tout le personnel soignant.
- 2 Former tout le personnel soignant sur les compétences nécessaires à l'exécution de cette politique.
- 3 Informer toutes les femmes enceintes sur les avantages et sur la gestion de l'allaitement maternel.
- 4 Aider les mères à débiter l'allaitement maternel dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
- 5 Apprendre aux mères comment allaiter au sein et comment maintenir la lactation même si elles doivent être séparées de leurs enfants.
- 6 Ne pas donner aux nouveau-nés de la nourriture ni des boissons autres que le sein, à moins que ce ne soit *médicalement* indiqué.
- 7 Pratiquer la méthode consistant à laisser l'enfant avec sa mère — permettre aux mères et aux bébés de rester ensemble vingt quatre heures par jour.
- 8 Encourager l'allaitement maternel à la demande.
- 9 Ne pas donner aux enfants allaités au sein des tétines ni des sucettes artificielles.
- 10 Encourager la mise en place de groupes de soutien et y référer les mères dès qu'elles quittent l'hôpital ou la maternité.

Faire en sorte que les substituts du lait maternel, les biberons et les tétines, gratuits ou bon marché, ne soient pas acceptés dans les services de maternité.

PROTOCOLE de NUTRITION *La santé maternelle et infantile*

9 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

L'OMS et l'UNICEF ont préparé un Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel en vue d'encourager des pratiques commerciales appropriées par les sociétés qui produisent et vendent des produits destinés à l'alimentation des bébés. Le Code a été approuvé en tant que recommandation devant être appliquée par chaque Gouvernement dans son contexte national.

PREAMBULE

Les états membres de l'Organisation mondiale de la Santé

AFFIRMANT le droit de tout enfant et de chaque femme qui allaite d'être nourris convenablement est un moyen d'avoir et de préserver une bonne santé ;

RECONNAISSANT que la malnutrition chez les enfants fait partie du problème plus large lié au manque d'éducation, à la pauvreté et à l'injustice sociale ;

RECONNAISSANT que la santé des nourrissons et des petits enfants ne peut pas être dissociée de la santé et de la nutrition des femmes, de leur statut socio-économique et de leur rôle de mère ;

Sont **CONSCIENTS** que l'allaitement maternel est un moyen inégalable d'apporter une alimentation idéale pour la croissance et le développement sain des bébés ; qu'il constitue une base unique, biologique et émotionnelle pour la santé tant de la mère que de l'enfant ; que les propriétés anti-infection du lait maternel aident à protéger les nourrissons contre les maladies ; et qu'il existe une relation importante entre l'allaitement maternel et l'espacement des naissances ;

RECONNAISSANT que l'encouragement et la protection de l'allaitement maternel est une partie importante des mesures nécessaires en matière de santé, de nutrition et du point de vue social, pour la promotion d'une croissance et d'un développement sains des nourrissons et des petits enfants ; et que l'allaitement maternel est un aspect important des soins de santé primaire ;

CONSIDERANT que lorsque les mères n'allaitent pas au sein ou le font seulement de façon partielle, il y a un marché légitime pour les préparations pour nourrissons et des ingrédients appropriés à leur préparation ; qu'en conséquence, tous ces produits doivent être accessibles à ceux qui en ont besoin, grâce à des systèmes de distribution commerciales et non commerciales et qu'ils ne doivent pas être commercialisés ou distribués d'une façon qui interfère avec la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel ;

RECONNAISSANT en outre que des pratiques inappropriées de l'alimentation des nourrissons favorisent la malnutrition, la morbidité et la mortalité infantiles dans tous les pays, et que des pratiques incorrectes dans la commercialisation des substituts du lait maternel et des produits apparentés peuvent contribuer à l'émergence de ces problèmes de santé publique importants ;

CONVAINCUS qu'il est important pour les nourrissons de recevoir des aliments complémentaires appropriés. Lorsque le bébé atteint quatre à six mois tous les efforts doivent être entrepris en vue d'utiliser les aliments disponibles localement, et sont convaincus néanmoins que de tels aliments complémentaires ne doivent pas être utilisés comme des substituts du lait maternel ;

APPRECIANT qu'il y a un certain nombre de facteurs sociaux et économiques qui influent sur l'allaitement maternel et qu'en conséquence, les gouvernements doivent développer des systèmes de soutien sociaux en vue de le protéger, de le faciliter et de l'encourager et qu'ils devront créer un environnement qui encourage l'allaitement maternel, qui apporte un soutien approprié à la famille et à la communauté, et qui protège les mères des facteurs qui entravent la conduite de l'allaitement maternel ;

AFFIRMANT que les systèmes de santé et les professionnels de la santé et autres agents de santé qui y travaillent ont un rôle essentiel à jouer qui consiste à guider les pratiques d'alimentation des nourrissons, d'encourager et de faciliter l'allaitement maternel et de fournir des conseils objectifs et cohérents aux mères et aux familles sur la valeur supérieure de l'allaitement au sein ou, là où c'est nécessaire, sur l'utilisation correcte de la préparation pour nourrisson, qu'elle soit produite industriellement ou fabriquée à la maison ;

AFFIRMANT en outre que les systèmes éducationnels et les autres services sociaux doivent être impliqués dans la protection et la promotion de l'allaitement maternel et dans l'utilisation appropriée des aliments complémentaires ;

SACHANT que les familles, les communautés, les organisations féminines et autres organisations non gouvernementales ont un rôle spécial à jouer dans la protection et la promotion de l'allaitement maternel et dans le soutien nécessaire aux femmes enceintes et aux mères des nourrissons et des petits enfants, qu'elles allaitent au sein ou non ;

AFFIRMANT le besoin pour les gouvernements, les organisations du système des Nations Unies, les organisations non-gouvernementales, les experts dans les diverses disciplines apparentées, les groupes de consommateurs et les industries, de coopérer dans des activités visant à améliorer la santé et la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ;

RECONNAISSANT que les gouvernements doivent entreprendre diverses mesures concernant la santé, la nutrition et d'autres mesures sociales visant à faire la promotion de la croissance et du développement sains des nourrissons et des petits enfants, et que ce Code ne concerne seulement qu'un aspect de ces mesures ;

CONSIDERANT que les fabricants et les distributeurs des substituts du lait maternel ont un rôle important et constructif à jouer en rapport avec l'allaitement maternel et pour la promotion des objectifs de ce Code et pour son application correcte ;

AFFIRMANT qu'un appel est lancé aux gouvernements afin qu'ils prennent les mesures adaptées à leur cadre social et juridique et à leur objectif global de développement, en vue de mettre en vigueur les principes et buts de ce Code, y compris la promulgation d'une législation, de régulations et autres mesures appropriées ;

ESTIMANT qu'à la lumière des considérations précédentes et étant donné, que les nourrissons sont vulnérables durant les premiers mois et qu'il existe des risques liés à des pratiques inappropriées en matière d'alimentation, y compris l'utilisation superflue et incorrecte des substituts du lait maternel la commercialisation des substituts du lait maternel requiert un traitement spécial, qui rend les pratiques commerciales habituelles inappropriées, pour ces produits ;

EN CONSÉQUENCE : Les États membres par la présente déclaration sont d'accord pour que les articles suivants soient recommandés comme base d'action.

ARTICLE 1 : But du code

Le but de ce Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition saine et adéquate, en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

ARTICLE 2 : Champ d'application du code

Le Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques relatives des produits suivants : les substituts du lait maternel tels que préparations pour nourrissons ; autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés ou présentés d'une manière appropriée, avec ou sans modification, pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel, biberons et tétines. Il s'applique aussi à la qualité et à la disponibilité de ces produits, et à l'information concernant leur mode utilisation.

ARTICLE 3 : Définitions

Pour les buts de ce Code :

Agent de santé : une personne travaillant dans un service relevant d'un système de soins de santé, qu'il soit professionnel ou non, y compris les agents bénévoles sans rémunération.

Aliment de Complément : tout aliment fabriqué industriellement ou confectionné localement pouvant convenir comme complément du lait maternel ou des préparations pour nourrissons, lorsque le lait maternel ou les préparations ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. De tels aliments sont aussi communément appelé « aliment de sevrage » ou « complément du lait maternel ».

Commercialisation : promotion, distribution, vente, publicité d'un produit, relations avec le public et services d'information le concernant.

Distributeur : une personne, une société ou toute autre entité du secteur public ou privé, se livrant (directement ou indirectement) à la commercialisation d'un produit visé par le présent Code. Le « distributeur en gros » est l'agent de vente d'un fabricant, son représentant, son distributeur national ou son courtier.

Echantillon : les exemplaires uniques ou de petites quantités d'un produit, fournis gratuitement.

Emballage : toute forme de conditionnement des produits pour leur vente au détail, y compris le papier d'emballage.

Étiquette : outre l'étiquette proprement dite, tout label, marque, signe figuratif ou descriptif, écrit, imprimé, photocopié, marqué, estampé ou empreint, ou fixé sur l'emballage (voir ci-dessus) de tout produit visé par le présent Code.

Fabricant : une société, une entité du secteur public ou privé ayant (soit directement, soit par l'intermédiaire d'un agent ou d'une entité qu'elle contrôle ou à laquelle elle est liée par contrat) pour activité ou pour fonction de fabriquer un produit visé par le présent Code.

Personnel de commercialisation : toute personne dont les fonctions comportent la commercialisation d'un ou de plusieurs produits visés par le présent Code.

Préparation pour nourrissons : un substitut du lait maternel préparé industriellement conformément aux normes applicables du Codex Alimentarius, pour satisfaire les besoins nutritionnels normaux des nourrissons jusqu'à l'âge de quatre à six mois, et qui est adapté à ses caractéristiques physiologiques. Ces aliments peuvent aussi être confectionnés à domicile, pour cela on les dit « préparés à la maison ».

Substituts du lait maternel : tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

Stocks : quantités d'un produit, fournies pour être utilisées pendant une période prolongée, gratuitement ou à bas prix, à des fins sociales, y compris celles fournies aux familles nécessiteuses.

Systèmes de soins de santé : institutions ou organisations gouvernementales, non-gouvernementales ou privées destinées à assurer directement ou indirectement des soins de santé aux mères, aux nourrissons et aux femmes enceintes, ainsi

que les crèches ou autres institutions de soins aux enfants. Le système de soins de santé comprend aussi les agents de santé exerçant à titre privé. Il n'englobe pas aux fins du présent Code, les pharmaciens ou les autres points de vente établis.

ARTICLE 4 : Information et éducation

- 4.1 Les Gouvernements doivent avoir la responsabilité de faire en sorte que des informations objectives et cohérentes sur l'alimentation des nourrissons et des petits enfants soient disponibles, à l'usage des parents et des personnes impliquées dans le domaine de la nutrition des nourrissons et des petits enfants. Cette responsabilité devra couvrir soit la planification, l'approvisionnement, la conception et la diffusion des informations ou de leur contrôle.
- 4.2 Le matériel pour l'information et l'éducation, qu'il soit écrit, sonore ou visuel, qui traite de l'alimentation des nourrissons et dont le but est de toucher les femmes enceintes et les mères des nourrissons et des petits enfants, devra inclure des informations claires sur les points suivants :
- (a) les avantages et la supériorité de l'allaitement maternel ;
 - (b) la nutrition maternelle et la préparation à l'allaitement au sein et son maintien ;
 - (c) L'effet négatif de l'introduction de l'alimentation partielle au biberon pendant l'allaitement maternel ;
 - (d) La difficulté d'annuler la décision de ne pas allaiter au sein ;
 - (e) L'utilisation correcte de la préparation pour nourrissons, là où nécessaire, qu'elle soit fabriquée industriellement ou préparée à la maison.

Lorsque de tels matériels contiennent des informations relatives à l'utilisation de la préparation pour nourrissons, elles devront inclure les implications sociales et financières liées à son utilisation et les risques pour la santé que constitue l'utilisation superflue ou incorrecte de la formule pour nourrissons et des autres substituts du lait maternel. Ces matériels ne doivent utiliser aucune image ni texte qui pourrait idéaliser l'utilisation des substituts du lait maternel.

- 4.3 Les dons d'équipement ou de matériel pour l'information et l'éducation venant des fabricants ou distributeurs devront se faire uniquement sur demande et avec l'approbation écrite de l'autorité gouvernementale appropriée ou selon les directives données par les gouvernements sur cette question. Un tel équipement ou matériel pourrait porter le nom ou le logo de la société donatrice mais ne devrait pas mentionner la marque déposée d'un produit dans le cadre de ce Code et devra être uniquement distribué par le biais du système de soins de santé.

ARTICLE 5 : Le grand public et les mères

- 5.1 Il ne doit pas y avoir de publicité ou d'autre forme de promotion à l'endroit du grand public, de produits dans le cadre de ce Code.
- 5.2 Les fabricants et les distributeurs ne doivent pas fournir, de manière directe ou indirecte, aux femmes enceintes, aux mères ou aux membres de leur famille, des échantillons de produits dans le cadre de ce Code.
- 5.3 Conformément aux paragraphes 1 et 2 de cet Article, il ne doit pas y avoir de point de vente faisant la publicité offrant des échantillons ou tout autre moyen de promotion pour encourager les ventes directes de détail au consommateur, tels que expositions spéciales, tickets de réduction, primes, ventes spéciales et ventes à perte, des produits dans le champ d'application de ce Code. Cette disposition ne doit pas restreindre l'établissement de politiques et de pratiques de fixation de prix ayant comme but de fournir des produits à des prix moindres, à long terme.
- 5.4 Les fabricants et les distributeurs ne doivent pas distribuer aux femmes enceintes ou aux mères des nourrissons et des jeunes enfants des cadeaux ou des articles d'ustensiles qui font peut être la promotion de l'utilisation des substituts du lait maternel ou de l'alimentation au biberon.
- 5.5 L'agent de commercialisation, dans l'exercice de ses fonctions, ne doit pas chercher de contact direct ou indirect, de quelque nature que ce soit, avec les femmes enceintes, les mères des nourrissons et des jeunes enfants.

ARTICLE 6 : Système de soins de santé

- 6.1 Les autorités de santé des États membres doivent prendre les mesures appropriées en vue d'encourager et de protéger l'allaitement maternel et faire la promotion des principes de ce Code ; elles doivent fournir des informations et des conseils appropriés aux agents de santé eu égard à leurs responsabilités, y compris les informations spécifiées dans l'Article 4.2.
- 6.2 Aucune structure d'un système de santé ne devra être utilisée dans le but de faire la promotion de la préparation pour nourrissons ou des autres produits dans le cadre de ce Code. Toutefois, ce Code n'exclue pas la diffusion d'informations aux professionnels de la santé telle que prévue par l'article 7.2.
- 6.3 Les structures des systèmes de santé ne devront pas être utilisées pour l'exposition de produits dans le cadre de ce Code, pour des affiches et des posters concernant de tels produits ou pour la distribution de matériel fourni par le fabricant ou distributeur, autre que ce qui est spécifié dans l'article 4.3.
- 6.4 L'utilisation par le système de santé de « représentants du service professionnel », « infirmiers dans l'art d'être mère » ou de personnel similaire ; fourni ou payé par les fabricants ou les distributeurs ne devra pas être permise.

- 6.5 L'alimentation selon la préparation pour nourrissons, qu'elle soit manufacturée ou préparée à la maison, devra être expliquée uniquement par les agents de santé ou les autres agents communautaires, si elle s'avère nécessaire ; et seulement aux mères ou aux membres de la famille qui ont besoin de l'utiliser ; l'information fournie devra contenir une explication claire sur les risques liés à une mauvaise utilisation.
- 6.6 Les dons ou les ventes à prix moindre aux institutions ou aux organisations de produits constitués de préparations pour nourrissons ou d'autres produits dans le cadre du Code, que ce soit pour l'utilisation au sein de l'institution ou en dehors, pourraient se faire. De tels produits devront uniquement être utilisés ou distribués aux nourrissons qui doivent être nourris à base de substituts du lait maternel. Au cas où ces produits sont distribués pour être utilisés hors de l'institution, cela devra se faire uniquement par les institutions ou les organisations concernées. De tels dons ou ventes à tarif réduit ne doivent pas être utilisés par les fabricants ou distributeurs comme moyen d'encourager la vente.
- 6.7 Le où les dons de produits de la préparation pour nourrissons ou d'autres produits dans le cadre de ce Code sont distribués hors de l'institution. L'institution ou l'organisation devra prendre des mesures visant à s'assurer que les approvisionnements peuvent continuer tant que les nourrissons concernés en ont besoin. Les donateurs ainsi que les institutions ou organisations concernées devront tenir compte de cette responsabilité.
- 6.8 L'équipement et le matériel, en plus de ceux mentionnés dans l'article 4.3, qui sont donnés à un système de soins de santé pourraient porter le nom ou le logo de la société mais ne devraient pas mentionner la marque déposée du produit dans le cadre de ce Code.

ARTICLE 7 : Les agents de santé

- 7.1 Les agents de santé doivent encourager et protéger l'allaitement maternel ; ceux qui en particulier sont concernés par la nutrition de la mère et du nourrisson, devront se familiariser avec leurs responsabilités selon ce Code, y compris les informations spécifiées dans l'Article 4.2.
- 7.2 Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé en ce qui concerne les produits dans le cadre de ce Code, doivent se limiter aux questions scientifiques et objectives et de telles informations ne devront pas laisser entendre ou donner l'impression que l'alimentation au biberon est équivalent ou supérieur à l'allaitement maternel. Elles devront également contenir les informations spécifiées dans l'Article 4.1.
- 7.3 Aucun encouragement financier ou matériel pour la promotion des produits dans le cadre de ce Code, ne devra être offert par les fabricants et les distributeurs aux agents de santé ou aux membres de leurs familles, et ces derniers non plus ne devront pas accepter de telles offres.

- 7.4 Les échantillons de préparation pour nourrissons et les autres produits dans le cadre de ce Code, ou les équipements et ustensiles pour leur préparation et utilisation, ne seront pas donnés aux agents de santé, excepté lorsque nécessaires à des fins d'évaluation et de recherche au niveau institutionnel. Les agents de santé ne doivent pas donner des échantillons de préparation pour nourrissons à des femmes enceintes, aux mères des nourrissons et des jeunes enfants ou aux membres de leurs familles.
- 7.5 Les fabricants ou distributeurs de produits dans le cadre de ce Code devront révéler à l'institution à laquelle l'agent de santé récipiendaire est affilié, toute considération qui lui aura été faite, ou en son nom, notamment l'octroi d'une bourse d'études, un voyage d'études, une subvention de recherche, la participation à des réunions professionnelles etc. Le récipiendaire est tenu de faire des révélations.

Source: OMS 1981.

PROCOLE de NUTRITION *La santé maternelle et infantile*

10 Le VIH et l'alimentation du nourrisson

Un guide pour les gestionnaires et les superviseurs en matière de soins de santé

Introduction

Bien que significative la transmission du VIH aux bébés par l'allaitement maternel peut être évitée. Il y a un besoin urgent d'éduquer, de conseiller et de soutenir les femmes et les familles afin qu'elles puissent prendre des décisions sur la meilleure façon de nourrir les bébés dans le contexte du VIH.

Face à ce problème, l'objectif des services de santé doit être d'empêcher la transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel, tout en continuant d'assurer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel comme étant le meilleur choix en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson pour les femmes qui ne sont pas séropositives et celles qui ne connaissent pas leur état.

La réalisation de ces objectifs exige l'organisation de services pour :

- ▶ fournir et faire la promotion des conseils et des tests dans le cadre du VIH, sur une base volontaire et confidentielle. Un accès amélioré aux conseils et aux tests en matière de VIH est nécessaire, pour empêcher la transmission mère-enfant du VIH, y compris la transmission par le biais de l'allaitement maternel. Les femmes peuvent prendre des décisions en toute connaissance de cause en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson, seulement lorsqu'elles connaissent leur situation par rapport au VIH.
- ▶ encourager l'utilisation de soins prénatals et renforcer les services de soins prénatals afin qu'ils puissent fournir des informations sur la prévention de l'infection au VIH, envoyer les patientes pour des conseils et les tests et offrir des interventions en vue de réduire la transmission mère-enfant du VIH. Ces services doivent être disponibles en plus de l'ensemble des soins prénatals de base.
- ▶ donner des conseils en matière d'alimentation des bébés à toutes les femmes enceintes et aux mères, y compris du soutien et des conseils en matière d'allaitement maternel pour les mères qui ne sont pas séropositives, ou qui ignorent leur statut par rapport au VIH, et des conseils aux mères séropositives, pour une alimentation de substitution.
- ▶ soutenir les femmes séropositives dans le choix d'une méthode d'alimentation du nourrisson, qu'il s'agisse de l'allaitement maternel ou d'une alimentation de substitution.
- ▶ limiter les effets ricochets de l'alimentation de substitution qui pourraient entraver l'allaitement maternel pour les femmes séronégatives et celles qui ignorent leur statut et qui pourraient également affaiblir l'engagement des agents de santé à soutenir l'allaitement maternel.
- ▶ empêcher les pressions commerciales en faveur de l'allaitement artificiel, y compris la protection des parents contre la commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel, en faisant en sorte que les fabricants et distributeurs de produits dans le cadre du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel se conforment à ses principes et objectifs et aux résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé.
- ▶ considérer l'alimentation des bébés comme faisant partie d'un continuum des services de soins et de soutien pour les femmes séropositives et faire en sorte que ces dernières et leurs familles puissent avoir accès à des soins de santé et à un soutien social adéquate.
- ▶ assurer un suivi approprié pour les soins et un soutien aux femmes séropositives et à leurs enfants, surtout jusqu'à l'âge de deux ans.
- ▶ promouvoir un environnement adapté aux femmes qui vivent avec le VIH en renforçant le soutien de la communauté et en amenuisant la stigmatisation et la discrimination.
- ▶ considérer le VIH et l'alimentation du nourrisson dans le contexte plus large de la prévention de l'infection des femmes au VIH grâce à l'information, la promotion de rapports sexuels sans risque, la disponibilité de préservatifs et le dépistage à temps des maladies sexuellement transmissibles (MST) et leur traitement approprié.

Le but de ce Guide est d'assister les responsables de santé et les superviseurs de niveau moyen à planifier et mettre en place des services appropriés. Ce Guide n'est qu'un générique, il se concentre de manière spécifique sur le VIH et sur les problèmes liés à l'alimentation du nourrisson et les lecteurs auront besoin de se référer à d'autres documents pour des informations plus détaillées en ce qui concerne le renforcement de certains des services mentionnés car les divers pays sont à des niveaux différents en ce qui concerne l'épidémie du VIH/SIDA, et les ressources dont ils disposent pour y faire face varient.

Les responsables de santé auront besoin d'adapter les directives afin qu'elles correspondent aux politiques nationales et qu'elles soient appropriées au contexte local. Ils auront également besoin de faire en sorte que les activités correspondent aux droits décrits dans l'ENCADRE 1.

Le Guide est organisé en trois sections : La Section 1 fournit une vue d'ensemble de la transmission de VIH Mère-Enfant, la Section 2 décrit les options d'alimentation du nourrisson pour les femmes séropositives, et la Section 3 décrit les étapes pratiques pour mettre en place des services.

Encadré 1. Protection, respect et réalisation des droits de l'homme

Le droit de la femme et de l'homme, quel que soit leur statut par rapport au VIH, à déterminer la direction de leur vie reproductive et de leur santé et d'avoir accès à l'information et aux services qui leur permettront de protéger leur propre santé et celle de leur famille.

Le droit des enfants à la survie, au développement et à la santé.

Le droit des femmes de prendre des décisions en ce qui concerne l'alimentation des bébés, sur la base d'informations complètes, avec toute une gamme de choix aussi variés que possible et un soutien approprié du choix qu'elles auront fait.

Le droit des femmes et des filles d'obtenir des informations sur le VIH/SIDA et d'avoir accès aux moyens afin de se protéger contre l'infection du VIH.

Le droit des femmes de connaître leur statut en ce qui concerne le VIH et d'avoir accès aux conseils et à des tests portant sur le VIH, sur une base volontaire et confidentielle.

Le droit des femmes de choisir de ne pas être testées ou de ne pas connaître les résultats de leurs tests.

SECTION I

Vue d'ensemble : transmission du VIH mère-enfant

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans à travers le monde infectés par le VIH est estimé à trois millions. La transmission de VIH mère-enfant du virus pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement — est responsable de plus de 90 % de l'infection des enfants par le VIH.

De tous ces enfants infectés par le biais d'une transmission de VIH mère-enfant, il est estimé que les deux tiers le sont durant la grossesse et au moment de l'accouchement et l'autre tiers par le biais de l'allaitement maternel.

L'utilisation des tests les plus courants n'a pas permis de déceler si le nouveau-né a été infecté dès le début. Ces tests peuvent détecter des anticorps au VIH plutôt que le virus lui-même. Le nourrisson d'une mère infectée peut avoir des anticorps maternels dans le sang jusqu'à l'âge de 18 mois. Les tests des anticorps ne peuvent identifier l'infection au VIH d'un nourrisson jusqu'à l'âge de 18 mois environ et par conséquent, ils ne peuvent contribuer à la prise de décisions concernant l'alimentation de l'enfant.

Les taux de transmission de VIH mère-enfant varient considérablement. Dans les pays industrialisés, les risques pour un nourrisson d'attraper le virus à partir d'une mère infectée vont de 15 à 25 % alors que dans les

pays en voie de développement ils sont de 25 à 45 %. Les différences des taux d'allaitement maternel peuvent expliquer ces différents pourcentages. Le risque supplémentaire d'infection lorsque la nourrisson est allaité au sein est de 15 pour cent environ.

Nous savons que le VIH peut être transmis par le lait maternel parce que :

- ▶ Le virus a été trouvé dans les composantes du lait.
- ▶ L'infection au VIH a été découverte chez des bébés allaités au sein dont les mères n'étaient pas infectées du VIH durant la grossesse ou l'accouchement mais qui le sont devenues pendant qu'elles allaient, soit en recevant du sang contaminé au cours d'une transfusion, soit par le biais d'un rapport sexuel.
- ▶ Des bébés de mères séronégatives ont été infectés à travers du lait non pasteurisé tiré du sein de donneuses n'ayant pas fait l'objet d'un test de dépistage, ou en recevant du lait provenant d'une nourrice infectée du VIH.
- ▶ Les bébés de mères séropositives nés sans infection qui ont été diagnostiqués séronégatifs à l'âge de 6 mois, se sont par la suite retrouvés infectés par le virus et l'allaitement maternel était le seul facteur risque.

Les facteurs qui augmentent le risque de transmission

Le risque de transmission mère-enfant du VIH, y compris la transmission à travers le lait maternel est augmenté par :

- **une infection récente par VIH** — Une femme qui a été infectée par VIH au cours de la grossesse ou pendant qu'elle allaite au sein va probablement transmettre le virus à son nourrisson. Un rapport sexuel sans protection durant la grossesse ou en période de lactation non seulement expose la femme au risque de contacter le VIH, mais augmente le risque pour son enfant.
- **SIDA** — Il est plus probable qu'une femme qui développe le SIDA transmette le virus du VIH à son enfant.
- **infection avec certaines maladies sexuellement transmissibles (MST)** — L'infection maternelle au MST durant la grossesse pourrait accroître le risque de la transmission du VIH au nourrisson qui n'est pas encore né.
- **carence en vitamine A** — Le risque de transmission mère-enfant du VIH semble plus élevé si la femme séropositive souffre d'une carence en vitamine A, et il s'accroît selon la gravité de la carence.
- **conditions des seins** — Les mamelons gercés ou qui saignent, et les abcès des seins peuvent accroître les risques de transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel.
- **durée de l'allaitement maternel** — Un nourrisson est continuellement exposé au risque de transmission du VIH tant qu'il est allaité au sein. Plus la durée de l'allaitement maternel se prolonge, plus le nourrisson est exposé au risque de l'infection au VIH. (Il n'y a aucune preuve que le colostrum augmente ou diminue les risques de transmission du VIH, ou qu'en le retenant l'on réduise le risque).

Les stratégies de prévention et de réduction de la transmission mère-enfant du VIH

La prévention de la transmission par le biais du lait maternel doit être intégrée dans une approche globale des services de santé visant à empêcher l'infection au VIH des femmes et de leurs partenaires et à réduire la transmission mère-enfant du VIH.

Mesures spécifiques pour la prévention de l'infection par VIH chez les femmes et leurs partenaires comprennent :

- la fourniture d'informations sur la transmission du VIH et des MST.
- la promotion de rapports sexuels sans risque et la disponibilité de préservatifs sur une large échelle.
- la possibilité d'un dépistage précoce des MST et d'un traitement approprié.
- l'assurance de procédures médicales sans risque, telles que transfusion sanguine et application des précautions universelles dans les structures de santé.

Stratégies identifiées pour réduire ou prévenir la transmission mère-enfant du VIH quand une mère est reconnue comme séropositive.

- la thérapie antirétrovirale.
- la restriction de l'utilisation de procédures obstétricales intrusives telles que rupture artificielle des membranes et épisiotomie visant à réduire l'exposition du nourrisson au sang d'une mère infectée.
- une alimentation de substitution pour le nourrisson.

Stratégies qui pourraient potentiellement réduire la transmission de VIH Mère-Enfant, mais d'autres études supplémentaires sont nécessaires et devraient comprendre.

- les suppléments de vitamine A durant la grossesse.
- le nettoyage du canal d'accouchement avec un microbicide lorsque la mère est en travail et pendant l'accouchement.
- le dépistage et traitement des MST.

SECTION 2

Les options pour l'alimentation du nourrisson

L'allaitement maternel est normalement le meilleur moyen de nourrir un nourrisson. Toutefois, si une mère est infectée par VIH il est préférable de remplacer le lait maternel afin de réduire les risques de transmission du VIH à son nourrisson.

Le risque avec l'alimentation de substitution doit être moins élevé que le risque potentiel de transmission du VIH par le biais d'un lait maternel infecté, pour que les risques de maladie et de décès de l'enfant par d'autres causes n'augmentent pas ; autrement il n'y aurait aucun avantage à remplacer l'alimentation. Les principales questions qui doivent être examinées sont les suivantes :

- **Les besoins nutritionnels** — L'alimentation de substitution doit fournir tous les besoins nutritionnels de manière la plus complète possible. Toutefois, aucun substitut ne peut reproduire de manière exacte le contenu nutritionnel du lait maternel.
- **L'infection bactérienne** — Les substituts du lait maternel n'ont pas les propriétés protéger contre les infections comme le lait maternel. Les bactéries peuvent contaminer les substituts du lait maternel au cours de la préparation, il est donc essentiel que les repas soient préparés et donnés de façon hygiénique. Cela nécessite un accès à de l'eau potable et à du combustible ainsi que suffisamment de temps. Lorsque les repas ne peuvent pas être conservés dans un réfrigérateur ou un endroit frais, ils doivent être préparés au fur et à mesure afin d'éviter que les bactéries se multiplient s'il y a eu contamination au cours de la préparation. Même si l'hygiène est appliquée, les bébés nourris artificiellement souffrent cinq fois plus d'infection bactérienne que ceux qui sont nourris au lait maternel et dans les situations où l'hygiène fait défaut, le risque de décès suite aux diarrhées chez les bébés nourris artificiellement pourrait être 20 fois plus élevé que chez ceux qui sont nourris au lait maternel. Les familles qui nourrissent leurs bébés avec les substituts du lait maternel doivent par conséquent avoir accès à des soins de santé appropriés.
- **Le coût** — L'achat d'un substitut du lait maternel en quantités suffisantes pour nourrir un nourrisson peut absorber une proportion considérable du revenu familial. Au Pakistan par exemple, l'achat d'aliments pour bébés absorbe l'équivalent de 31% du salaire mensuel minimal en zone urbaine et au Kenya le chiffre est de 84%. En plus de l'achat de l'aliments pour nourrisson, les coûts en terme de combustible, eau et soins de santé doivent être pris en compte. Les familles ont peut être besoin d'aide pour obtenir des quantités suffisantes en substituts du lait maternel, car le danger qui consiste à donner d'autres aliments qui coûtent cher mais qui, du point de vue nutritionnel sont moins appropriés.
- **Planification familiale** — Les femmes qui n'allaitent pas au sein perdent l'avantage de l'espacement des naissances qu'offre l'allaitement maternel. Une autre grossesse trop rapprochée peut détériorer la santé d'une femme séropositive, et la conséquence serait d'avoir un nourrisson potentiellement infecté qu'il faudra s'occuper. Donc il est essentiel que les femmes séropositives aient accès à des méthodes de planification familiale qui soient à leur portée et appropriées à leur situation.

- **Stimulation psychosociale** — Ne pas allaiter au sein peut se faire au détriment de l'attachement entre la mère et l'enfant, ce qui pourrait avoir comme conséquence le manque de stimulation pour le nourrisson. Des mesures doivent être prises en vue d'aider les mères à faire en sorte que les bébés nourris au lait de substitution reçoivent autant d'attention que les bébés nourris au lait maternel.
- **Les facteurs sociaux et culturels** — Dans les contextes où l'allaitement maternel constitue la norme, les femmes qui n'allaitent pas au sein pourraient être stigmatisées, ce qui entraînerait une série d'autres problèmes. Il faudrait donc des mesures pour fournir un soutien social aux mères séropositives utilisant l'alimentation de substitution.

Les options pour l'alimentation des bébés de mères séropositives

DE LA NAISSANCE A L'ÂGE DE SIX MOIS

De la naissance à l'âge de six mois, le lait sous une certaine forme est essentiel pour le nourrisson. S'il n'est pas nourri au lait maternel, le nourrisson a besoin d'environ 150ml de lait par Kg de poids corporel par jour. Ainsi, un nourrisson qui pèse par exemple 5Kg a besoin de 750ml de lait environ par jour, qui pourrait lui être donné à raison de 5 repas de 150ml par jour.

I. LES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

Préparation industrielle pour nourrisson

Les préparations industrielles pour nourrisson à base de lait de vache ou de protéine de soja modifié sont les plus proches du lait maternel en matière de composition nutritionnelle, sans pour autant avoir toutes les substances tels que par exemple acides gras à longue chaîne indispensables que l'on retrouve dans le lait maternel. D'habitude les préparations pour nourrisson sont suffisamment fortifiées avec des micronutriments, y compris le fer.

Les préparations pour nourrisson sont le plus souvent disponibles sous forme de poudre que l'on reconstitue avec de l'eau. Les instructions figurant sur la boîte doivent être scrupuleusement suivies afin que le produit ne soit pas trop concentré ou trop dilué. Si la préparation est trop concentrée, le nourrisson peut avoir avec un excès de sel et des pertes en acides aminés, ce qui pourrait être dangereux par contre, si elle est trop diluée cela peut causer la malnutrition.

L'alimentation du nourrisson pendant six mois demande en moyenne 40 boîtes de 500g (44 x 450g) d'aliments pour nourrisson. Les bébés qui jusqu'à l'âge de quatre mois au moins, ou le plus souvent six mois sont nourris avec des préparations pour bébés n'ont pas besoin d'alimentation complémentaire s'ils prennent normalement du poids.

La présentation pour nourrisson pourra être considéré comme une option par les mères séropositives si :

- La famille a des moyens sûrs d'avoir la formule pendant au moins six mois.
- La famille a des ressources tels que eau, combustibles, ustensiles, technique et temps — pour une préparation convenable et hygiénique.

Préparation pour nourrisson préparé à domicile

La préparation pour nourrisson préparée à domicile peut être fait avec du lait frais d'animaux, du lait en poudre ou du lait condensé. La préparation de la formule avec n'importe quel type de lait demande des modifications afin de la rendre convenable pour le nourrisson et il faudra faire attention pour qu'elle ne soit pas trop concentrée ni trop diluée. Les suppléments de micronutriments sont recommandés, étant donné que le lait provenant d'animaux pourrait ne pas contenir assez de fer, de zinc et leur teneur en vitamine A, C et en acide folique pourrait être faible. Si les suppléments de micronutriments ne sont pas disponibles, les aliments complémentaires riches en fer, zinc, vitamine A et C et en acide folique devront être introduits à l'âge de quatre mois. Toutefois il est peu probable qu'ils puissent fournir des quantités suffisantes des nutriments nécessaires.

Les laits d'animaux qui ont été modifiés

Le lait de vache contient davantage de protéines et une plus grande concentration de sodium, de phosphore et autres sels que le lait maternel. La modification implique une dilution avec de l'eau bouillante en vue de réduire la concentration. La dilution diminue la concentration d'énergie et on devra donc ajouter du sucre.

Le lait, l'eau et le sucre doivent être mélangés dans les proportions suivantes 100ml de lait de vache avec 50ml d'eau bouillie et 10g (2 cuillerées à café) de sucre, pour ensuite être bouillis en vue d'obtenir 150ml d'aliment pour nourrisson préparé à domicile.

Pour nourrir un enfant pendant six mois il faudra environ 92 litres de lait animal (500ml par jour).

Le lait de chèvre a la même composition que le lait de vache. Il faudra donc le modifier de la même façon. Il est déficient en acide folique et micronutriments que le nourrisson devra recevoir comme supplément.

Le lait de chamelle a la même composition que le lait de chèvre. Il devra être modifié et supplémenté de la même façon.

Le lait de brebis et le lait de buffle ont plus de matière grasse et d'énergie que le lait de vache. La teneur en protéine du lait de brebis est très élevée. Il faudra, pour le donner au nourrisson, le diluer davantage que le lait de vache dans les proportions suivantes : 50ml de lait avec 50ml d'eau et 5g de sucre.

Le lait en poudre déshydraté et le lait condensé

Le lait entier en poudre déshydraté ou le lait entier condensé doit être utilisé. Pour la préparation il faut normalement ajouter un volume d'eau bouillante à une mesure de lait en poudre ou condensé, selon les instructions qui figurent sur la boîte ou le paquet. Toutefois, si l'on veut avoir une formule de lait convenable pour le nourrisson, le volume d'eau ajouté devra être augmenté de 50 % et 10g de sucre pour chaque 150ml de repas. Ceci constitue l'équivalent de la recette pour la modification du lait de vache.

La préparation industrielle pour nourrisson préparée à domicile peut être considérée comme option pour les femmes séropositives :

- l'aliment industriel pour nourrisson n'est pas disponible ou si son achat et sa préparation coûtent trop cher pour la famille.
- l'approvisionnement en lait d'origine animale ou autre est sûr et que la famille peut se le permettre pendant au moins six mois.
- la famille a les ressources pour une préparation hygiénique et peut effectuer correctement les modifications requises suffisantes.
- la supplémentation en micronutriments est possible.

Le lait de vache non modifié

Pendant les premiers mois de la vie, l'alimentation au lait de vache non modifié peut causer des graves problèmes surtout si le nourrisson devient déshydraté. Les bébés ont besoin davantage d'eau (qui aura été bouillie et refroidie) et surveillés avec attention pour éviter la déshydratation en cas de fièvre, d'infection respiratoire ou de diarrhée. Pour s'assurer que le nourrisson consomme assez de lait et que l'eau ne remplace pas le lait, on devra lui en faire boire après son alimentation.

Le lait de vache modifié peut être considéré comme une option par les femmes séropositives :

- la préparation industrielle pour nourrisson n'est pas disponible ou si son achat et sa préparation coûtent trop chers pour la famille.
- l'approvisionnement en lait de vache est sûr et si la famille peut se le permettre pendant au moins six mois.
- la famille n'a pas les moyens, le temps ou les combustibles pour modifier le lait de vache en vue d'en faire une formule préparée à la maison.
- les suppléments de micronutriments sont disponibles.

2. L'ALLAITEMENT MATERNEL MODIFIÉ

Cessation précoce de l'allaitement maternel

La cessation précoce de l'allaitement maternel diminue les risques de la transmission du VIH parce qu'elle réduit la durée de la période pendant laquelle le nourrisson est exposé au VIH par le biais du lait maternel. Pour le moment, on ignore encore le temps optimal pour une cessation précoce de l'allaitement maternel. Toutefois il est conseillé à la femme séropositive d'arrêter d'allaiter dès qu'elle est en mesure de préparer et de donner à son enfant une alimentation de substitution convenable et hygiénique. Le moment à fort risque pour une alimentation artificielle dont les conditions d'hygiène ne sont pas bonnes se situe dans les deux premiers mois de la vie. Les contextes familiaux doivent donc déterminer le moment où la mère sera en mesure d'arrêter

l'allaitement maternel et débiter l'alimentation de substitution.

La cessation précoce de l'allaitement maternel est également souhaitable si une mère séropositive présente des symptômes de SIDA.

La cessation précoce de l'allaitement maternel peut être considérée comme une option par les femmes séropositives qui :

- ont des difficultés à éviter complètement l'allaitement maternel pour des raisons sociales ou culturelles
- développent des symptômes de SIDA au cours de la période d'allaitement maternel
- peuvent trouver une alimentation de substitution appropriée et sont en mesure de la préparer et de la donner de façon hygiénique, seulement après que leurs bébés sont âgés de quelques mois.

Le lait maternel exprimé et traité par chauffage

Le traitement par chauffage du lait maternel exprimé d'une mère séropositive tue le virus contenu dans le lait maternel. Le lait maternel traité par chauffage est de qualité supérieure aux autres laits du point de vue nutritionnel, mais le traitement par chauffage réduit les degrés des facteurs anti-infection.

Pour pasteuriser le lait à l'hôpital, il doit être chauffé à 62,5°C pendant 30 minutes (la méthode pasteurisation Holder) à la maison, il peut être bouilli pour être ensuite refroidi immédiatement en le mettant dans un réfrigérateur ou dans un récipient contenant de l'eau froide.

Pour minimiser les risques de contamination, le lait de sein traité par chauffage doit être mis dans un récipient stérilisé ou très propre et conservé dans un réfrigérateur ou dans un endroit frais avant et après le traitement.

Exprimer et traiter le lait maternel prend du temps et pourrait s'avérer ne pas être une option pratique à long terme pour l'alimentation de l'enfant à la maison. Toutefois si la femme est assez motivée et dispose du temps, de ressources et du soutien nécessaires, elle pourrait considérer cette option. Celle-ci pourrait être la plus utile pour les bébés malades et de faible poids à la naissance si elle veut qu'ils se trouvent dans un environnement hospitalier.

3. LES AUTRES LAITS MATERNELS

Les banques de lait maternel

Pour certaines situations, le lait est disponible à partir de banques de lait maternel. Ces dernières sont généralement utilisées comme source de lait maternel pour une courte période, par exemple pour les bébés malades et de faible poids à la naissance. Généralement elles ne constituent pas une option pour la satisfaction des besoins nutritionnels des bébés pour une longue période.

Étant donné le risque de transmission du VIH par le biais du lait maternel exprimé non pasteurisé venant de donneuses n'ayant pas subi de test de dépistage, les banques de lait maternel exprimé peuvent être considérées comme une option si :

- elles sont déjà établies et fonctionnent conformément aux normes de procédures et de précautions de sécurité.
- il est certain que les donneuses ont subi un test de dépistage du VIH et que le lait donné est correctement pasteurisé (utilisation de la méthode Holder).

Le système des nourrices

Dans certains contextes il existe une tradition de nourrices familiales qui consiste à faire allaiter le nourrisson par une proche parente. Toutefois, il y a un risque de transmission du VIH au nourrisson par le biais de l'allaitement maternel si la nourrice est séropositive. Il y a également un risque de transmission du VIH de l'enfant à la nourrice, surtout lorsque ses mamelons sont gercés.

L'allaitement par une nourrice peut être considéré seulement si :

- la nourrice potentielle est informée du risque qu'elle court à transmettre le VIH au bébé d'une mère séropositive.
- la nourrice qui a reçu des conseils pour un test de VIH a volontairement fait le test et a été déclarée séronégative.
- la nourrice est informée et elle est en mesure de pratiquer des rapports sexuels sans risque pour s'assurer qu'elle restera séronégative pendant qu'elle allaite le nourrisson.

- la nourrice opère dans le cadre familial et ne reçoit aucune rémunération.
- la nourrice peut allaiter le nourrisson au sein aussi fréquemment et aussi longtemps que nécessaire.
- la nourrice a accès au soutien en matière d'allaitement maternel pour prévenir et traiter les problèmes liés à l'allaitement maternel telles que gerçures des mamelons.

Les substituts du lait maternel inappropriés

Les laits condensés écrémés ou sucrés ne sont pas recommandés pour l'alimentation des enfants de moins de six mois. Le lait écrémé a perdu toutes ses matières grasses et ne fournit pas assez d'énergie.

Les jus de fruit, l'eau sucrée et les bouillies de céréales diluées sont parfois donnés à tort, à la place des aliments lactés. Ils ne sont pas recommandés ni les produits laitiers tels que yaourt comme alimentation de substitution pour les bébés âgés de moins de six mois.

DE SIX MOIS À DEUX ANS

Après l'âge de 6 mois, le lait maternel doit normalement être une composante importante du régime alimentaire, fournissant jusqu'à la moitié ou plus des besoins nutritionnels entre l'âge de 6 et de 12 mois et jusqu'au tiers entre l'âge de 12 et de 24 mois. Un nourrisson qui n'est pas allaité au sein a besoin d'une alimentation de substitution qui fournit tous les nutriments nécessaires.

Après l'âge de six mois, l'alimentation de substitution devrait, de préférence, continuer à comprendre un substitut approprié du lait maternel. En outre, des aliments complémentaires préparés à partir du repas familial convenablement préparé et enrichi de nutriments devront être donnés trois fois par jour.

Si les substituts du lait maternel appropriés ne sont plus disponibles, l'alimentation de remplacement devra être à base de nourritures familiales qui seront enrichies avec davantage de protéines, d'énergie et de micronutriments et données cinq fois par jour. Si possible les autres produits laitiers tels que lait animal non modifié, lait en poudre écrémé ou yaourt seront inclus en tant que source de protéines et de calcium ; les autres produits animaux tels que viande, foie et poisson seront donnés comme source de fer et de zinc ; les fruits et les légumes sont des sources de vitamines, surtout vitamines A et C. Les suppléments de micronutriments devront être donnés s'ils sont disponibles.

Les agents de santé ont besoin de discuter avec les familles sur la manière de préparer un régime alimentaire adéquat à partir de produits locaux et faire en sorte que l'enfant mange assez.

Comment préparer et donner de la nourriture

Les gestionnaires et les superviseurs des activités de santé doivent s'assurer que les agents de santé savent ce qu'il faut préparer et donner comme nourriture et qu'ils peuvent apprendre aux mères à le faire. Ils doivent prêter une attention particulière à l'hygiène, le mélange correct et la méthode d'alimentation.

Pour une préparation hygiénique

La préparation des substituts du lait maternel pour minimiser les risques de contamination et d'infection bactérienne exige que les agents de santé soient en mesure de :

- ▶ apprendre aux mères et aux familles à se laver les mains avec de l'eau et du savon avant la préparation des aliments
- ▶ apprendre aux mères et aux familles à laver proprement les ustensiles utilisés pour la préparation ou lors des repas, ou à les faire bouillir pour les stériliser avant la préparation du repas et avant de nourrir le nourrisson
- ▶ demander aux mères de faire une démonstration sur la manière de préparer un repas du nourrisson et les observer pour s'assurer qu'elles peuvent le faire de façon hygiénique.

La préparation d'une nourriture saine exige des agents de santé qui soient en mesure d'apprendre aux mères et aux familles à suivre les principes de base ci-après :

- ▶ se laver les mains avec du savon et de l'eau avant de préparer le repas ou de nourrir le nourrisson
- ▶ faire bouillir l'eau pour préparer le repas et toutes les boissons nécessaires du nourrisson
- ▶ faire cuire complètement la nourriture jusqu'à ébullition
- ▶ éviter de conserver de la nourriture préparée ou si cela n'est pas possible, la conserver dans un réfrigérateur ou un endroit frais et réchauffer entièrement avant de le donner au nourrisson

- ▶ éviter le contact entre les aliments crus et la nourriture préparée
- ▶ laver les fruits et les légumes avec de l'eau qui a été bouillie. Les éplucher si possible ou les cuire complètement avant de les donner au nourrisson
- ▶ éviter de nourrir le nourrisson avec un biberon; utiliser une tasse ouverte
- ▶ donner les restes du nourrisson à un enfant plus âgé plutôt que de les garder pour le prochain repas
- ▶ laver la tasse ou le bol du nourrisson proprement avec du savon et de l'eau ou les faire bouillir. Les bactéries se développent dans les aliments qui collent à la vaisselle et aux ustensiles
- ▶ conserver les aliments et l'eau dans des récipients couverts et les protéger des rongeurs, insectes et autres animaux
- ▶ garder les surfaces de préparation de la nourriture propres.

Un mélange correct

Les agents de santé doivent s'assurer que les familles ont les moyens de mesurer correctement l'eau et le lait en poudre ou liquide. Ils doivent être en mesure de faire une démonstration aux mères et aux familles sur la manière de mélanger correctement les substituts du lait maternel et de leur demander de montrer comment elles prépareront les repas, afin de s'assurer qu'elles savent le faire convenablement.

La méthode d'alimentation

Les agents sanitaires devront être formés pour montrer aux mères et aux familles comment nourrir le nourrisson à l'aide d'une tasse (voir encadré 2) et leur expliquer qu'il est préférable de nourrir les enfants de cette manière parce que :

- les tasses sont plus sûres, étant donné qu'elles se nettoient plus facilement à l'eau et au savon que les biberons.
- il y a moins de chances de trimer une tasse pendant longtemps pour donner aux bactéries l'occasion de se multiplier.
- pour nourrir le nourrisson avec une tasse, la mère ou le responsable de l'enfant doit le tenir et de ce fait elle a plus de contact avec lui, ce qui crée davantage de stimulation psychologique que lorsqu'on utilise un biberon.

ENCADRÉ 2. Comment nourrir le nourrisson à l'aide d'une tasse

Tenir le nourrisson assis et droit ou légèrement incliné sur les genoux.

Tenir la tasse de lait près des lèvres du nourrisson.

Incliner légèrement la tasse, de sorte que le lait atteigne juste les lèvres du nourrisson. La tasse repose légèrement sur la lèvre inférieure du nourrisson et le bord de la tasse touche la partie extérieure de la lèvre supérieure du nourrisson.

Le bébé devient actif et ouvre sa bouche et ses yeux. Un nourrisson de faible poids à la naissance commencera à prendre le lait dans sa bouche avec sa langue. Un bébé né à terme ou plus âgé suce le lait en renversant un peu.

ÉVITER DE VERSER le lait dans la bouche du nourrisson. Juste tenir la tasse à la hauteur de ses lèvres et le laisser faire.

Lorsque le nourrisson en aura assez, il fermera sa bouche et refusera d'en prendre plus. Si le nourrisson n'a pas pris la quantité estimée, il pourrait en prendre plus la prochaine fois, ou la mère devra le nourrir plus souvent.

Mesurer la consommation du nourrisson après 24 heures, mais non pas après chaque repas.

- nourrir directement à l'aide d'une tasse est meilleur qu'utiliser une tasse et une cuillère parce que nourrir à la cuillère prend plus de temps et la mère pourrait être tentée d'arrêter avant que le nourrisson soit rassasié.

D'habitude les biberons ne sont pas nécessaires et pour la plupart leurs usages ne sont pas l'option préférable. L'utilisation des biberons et des tétines artificielles doit être vivement découragée parce que :

- l'alimentation au biberon augmente les risques de diarrhée, de maladies des dents et de l'otite moyenne
- l'alimentation au biberon augmente les chances que le nourrisson ne reçoive ni stimulation, ni attention appropriées durant son repas
- les biberons et les tétines doivent être entièrement nettoyés à l'aide d'une brosse, puis bouillis afin de les stériliser. Cela exige du temps et du combustible.

SECTION 3

L'organisation des services de santé

ÉTAPE I : Évaluation de la situation

Les responsables de santé doivent évaluer la situation, en utilisant les informations existantes et les données disponibles à partir des rapports et des enquêtes des structures de santé et en discutant avec le personnel. Les responsables devront :

- se renseigner sur le nombre de femmes et d'enfants affectés par le VIH, et si cela varie selon les zones ou les sous-groupes de la population. Cela les aiderait à décider du nombre de femmes et d'enfants qui ont besoin des services de conseils et du test sur le VIH, de conseils sur l'alimentation des bébés, de soins de suivi et de soutien
- s'enquérir du degré de stigmatisation des personnes séropositives et si le fait qu'une femme n'allait pas au sein constitue pour les autres un signal qu'elle est séropositive. Cela aidera à déterminer s'il est faisable pour les mères séropositives de ne pas allaiter au sein et le soutien dont elles et leurs familles disposent
- s'informer sur les pratiques d'alimentation des bébés. Demander comment les femmes nourrissent actuellement leurs bébés, y compris celles qui sont séropositives. Se renseigner sur la prévalence de l'allaitement maternel exclusif et sur sa durée. S'informer sur la manière dont les femmes nourrissent leurs bébés si elles n'allaitent pas au sein, y compris les traditions du système de nourrice dans les familles ou l'utilisation des banques de lait maternel. Cela aidera à déterminer les pratiques courantes et culturellement acceptables en matière d'alimentation et à quel point il pourrait être nécessaire d'assurer la promotion et le soutien de l'allaitement maternel pour les femmes séronégatives et celles qui ignorent leur statut
- s'informer sur les types de lait donnés aux bébés, sur les préparations industrielles pour nourrisson disponibles sur le marché, sur les laits d'origine animale auxquels les familles ont accès et s'il est possible de les modifier pour qu'ils soient convenables pour les bébés. Il faudra également évaluer la qualité nutritionnelle et les coûts de ces laits, y compris le coût d'un approvisionnement suffisant pour couvrir les besoins d'un nourrisson pendant six mois. Cela aidera à prendre une décision concernant les substituts du lait maternel qui seront les plus appropriés et à des prix abordables
- se renseigner sur les types d'aliments complémentaires donnés aux bébés. Il faut savoir également ceux qui contiennent le plus de nutriments que l'on ne retrouve pas dans les substituts du lait maternel et s'ils peuvent être donnés aux bébés tous les jours
- s'enquérir de la santé et de la croissance des bébés qui ne sont pas nourris au lait maternel, des principales causes de maladies et de décès des bébés et de la prévalence de la malnutrition chez les bébés et les petits enfants. Se renseigner sur l'accès à l'eau potable et aux combustibles des communautés. Discuter avec les agents de santé sur la capacité et les ressources des familles en matière d'alimentation de substitution. Cela aidera à la prise de décisions concernant les options qui sont faisables et à savoir si les familles seront en mesure de préparer et de donner des aliments de manière à minimiser les risques d'infection des bébés à des maladies autres que le VIH
- s'informer si les suppléments de micronutriments peuvent être fournis aux bébés des femmes utilisant des préparations pour nourrisson préparées à la maison ou du lait d'origine animale non modifié.

ÉTAPE 2 : Évaluation des services et ressources de la santé

Pour faire face au problème du VIH et de l'alimentation du nourrisson, les services de santé devront inclure :

- l'éducation communautaire
- les soins prénatals
- les conseils et les tests sur le VIH
- le renforcement des services de maternité en vue de réduire les risques
- les conseils en matière d'alimentation du nourrisson pour la mère séropositive
- les conseils en matière d'alimentation du nourrisson pour la mère séronégative et celle dont on ne connaît pas le statut
- le soutien pour les décisions d'alimentation du nourrisson
- les soins de suivi pour toutes les mères.

Pour évaluer la capacité des services de santé existants et le potentiel pour intégrer ces activités, les responsables de santé devront :

- s'informer sur les politiques nationales en matière de prévention du VIH, y compris la transmission de VIH mère-enfant, le test et les conseils sur le VIH, les soins pour le SIDA, l'alimentation et l'allaitement maternel des bébés. Cela va déterminer quels sont les services qui peuvent être offerts et comment ils devront être mis en place
- se renseigner sur les activités d'éducation en rapport avec le VIH, la transmission mère-enfant du VIH et l'alimentation des bébés qui sont en train d'être menées au niveau communautaire et des structures de santé
- évaluer la capacité des services de soins prénatals, la proportion de femmes qui s'y rendent et la fréquence des visites et ce qu'il faudrait faire pour permettre à plusieurs femmes de s'y rendre
- évaluer s'il serait possible pour les services de santé de fournir une thérapie antirétrovirale (ARV) pour les séropositives, et des substituts du lait maternel convenables pour celles qui ne peuvent pas les acheter
- passer en revue les structures de santé disponibles, leur nombre, leur emplacement et considérer celles qui pourraient être des sites pour les conseils et les tests sur le VIH et les conseils et le soutien en matière d'alimentation du nourrisson. Ceux-ci pourraient inclure les centres de santé de soins prénatals et de planification familiale ou les hôpitaux amis des bébés. Se renseigner sur les usagers de ces structures et également sur le nombre de mères qui n'ont pas de contact avec les services de santé
- s'informer sur les services des conseils et de test sur le VIH qui sont disponibles, là où ceux-ci sont fournis, s'ils sont volontaires et confidentiels et sur les bénéficiaires. Évaluer la capacité d'extension des services actuels ou de création de nouveaux services
- se renseigner sur le nombre de personnel disponible et formé en prévention et soins du VIH, y compris les conseils avant et après les tests et là où se trouve le personnel
- évaluer la disponibilité et la fiabilité de l'approvisionnement en kit pour le test du VIH, la capacité et la qualité des laboratoires des services de soutien
- se renseigner sur le nombre du personnel qui a été formé en gestion de l'allaitement maternel et en conseils sur l'alimentation des bébés, y compris à travers l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, et en ce qui concerne leurs responsabilités sous le Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel. S'informer sur le lieu d'affectation des membres de ce personnel et s'ils sont disponibles
- se renseigner sur les organisations où les femmes séropositives et leurs familles pourraient être orientées pour un soutien, un suivi, comme par exemple les groupes de soutien à l'allaitement maternel ; les groupes de soutien au SIDA et d'entraide, les programmes à base communautaire de soins à la maison organisés par les communautés, les églises, les ONG et les services sociaux.

ÉTAPE 3 : Considérer les activités pour la mise en place des services

L'éducation communautaire

Les Responsables de santé devront décider :

- ▶ Quels messages devront être communiqués ?
- ▶ Quel est le public cible ?
- ▶ Comment l'éducation peut être effectuée de façon efficace ?

Les messages seront déterminés selon le contexte local, mais ils pourraient inclure des informations sur le risque de transmission du VIH à travers l'allaitement maternel, sur la promotion de rapports sexuels sans risque et l'utilisation des préservatifs pour éviter la transmission entre les partenaires sexuels, là où trouver des conseils et des tests sur le VIH, les soins prénatals, les services de planification familiale et de MST et l'importance de l'allaitement maternel pour le bébé de mère séronégative.

Les messages pourraient être destinés à l'ensemble de la communauté pour résoudre la stigmatisation et de la discrimination ou d'élever le niveau de conscience sur le VIH et son mode de transmission entre adultes et de la mère à l'enfant. Les responsables de santé pourraient également souhaiter toucher des publics différents avec des messages spécifiques, comme par exemple les informations sur les soins prénatals pour les femmes enceintes et leurs belles-mères, et les messages à l'endroit des hommes concernant la prévention de la transmission du VIH aux femmes et aux enfants. Pour éviter la stigmatisation des femmes, des couples pourraient être ciblés en ce qui concerne la promotion des conseils et des tests sur le VIH et des informations sur le VIH et l'alimentation des bébés.

L'éducation peut être effectuée au niveau des structures de santé et dans les lieux de travail ou au niveau communautaire. La spécificité de la situation déterminera qui va mener les activités d'éducation et les responsables de santé devront décider du rôle qui pourrait être joué par les agents des soins de santé primaires et les agents communautaires, les infirmiers et les autres membres du personnel des centres de santé, les conseillers en matière de VIH et d'alimentation des bébés et les éducateurs par groupes d'âges et d'activité. Le choix des supports et des méthodes dépendront du type de message et du public cible et de la manière la plus efficace pour le toucher.

Les soins prénatals

Les services de soins prénatals doivent être renforcés en vue de :

- ▶ fournir des informations aux femmes enceintes et à leurs partenaires en ce qui concerne la transmission mère-enfant du VIH et l'augmentation du risque si la mère devient infectée au VIH en cours d'allaitement
- ▶ fournir des informations sur les risques des rapports sexuels sans protection et des conseils sur les rapports sexuels sans danger et sur la prévention des infections
- ▶ fournir des informations sur les avantages de l'allaitement maternel et les risques de l'alimentation artificielle
- ▶ conseiller les femmes pour l'amélioration de leur propre alimentation qui pourrait réduire le risque d'une transmission mère-enfant du VIH
- ▶ orienter les femmes et, là où c'est possible, leurs partenaires pour des conseils et des tests de VIH et expliquer les mesures prises pour leur donner un cachet confidentiel.

Les conseils et les tests de VIH

Les responsables de santé doivent avoir comme priorité de faire en sorte que des services de conseils et de tests pour le VIH soient disponibles. Il est fondamental pour les femmes d'avoir accès à des conseils et à des tests de VIH afin d'être en mesure de prendre des décisions sur l'alimentation du nourrisson en toute connaissance de cause.

Les services de conseils et de tests pour le VIH requièrent :

- ▶ un espace adéquat qui procure de l'isolement, de la sécurité et de la confidentialité
- ▶ des conseillers qui sont sélectionnés sur la base de leurs compétences et de leurs qualités personnelles et qui ont reçu une formation appropriée

- ▶ des procédures pour s'assurer que les résultats des tests resteront confidentiels et trouver des méthodes pour envoyer des échantillons de sang au laboratoire
- ▶ de la disponibilité d'un personnel formé qui mènera les tests, en plus d'un personnel et des structures de laboratoire
- ▶ des approvisionnements réguliers et appropriés, de tests y compris des tests supplémentaires
- ▶ un emplacement et des heures d'ouverture adéquates
- ▶ des mesures pour la supervision et le suivi en vue de s'assurer que les conseils sont appropriés et pour un contrôle de qualité des tests et des procédures de laboratoire
- ▶ une orientation vers des services pour des conseils sur l'alimentation du nourrisson et d'autres services de soins et d'appui
- ▶ un appui au personnel qui dispense les conseils. Le travail peut être stressant et les membres du personnel ont besoin d'opportunités pour discuter de leurs propres sentiments et difficultés, par exemple avec leurs collègues des groupes de soutien.

Les responsables et les superviseurs des activités de santé doivent s'arranger pour que les agents de santé reçoivent une formation leur permettant de dispenser des conseils sur l'alimentation du nourrisson aux femmes séropositives. Les conseils devront inclure des discussions sur les questions suivantes :

- ▶ toutes les options pour l'alimentation de l'enfant et leurs risques
- ▶ la disponibilité des ressources pour une alimentation de substitution appropriée
- ▶ les conséquences que l'achat de préparation pour le nourrisson ou d'un autre lait pour son enfant peut avoir sur la santé et la nutrition des autres membres de la famille, surtout les enfants
- ▶ si la mère bénéficie du soutien de sa famille et de sa communauté pour l'alimentation de substitution
- ▶ si les autres enfants de la mère, au cas où ils auraient été nourris artificiellement, ont bien grandi et sont en bonne santé
- ▶ si la mère est en mesure de se présenter régulièrement pour le suivi de son nourrisson
- ▶ s'il existe d'autres facteurs tels que pressions sociales ou culturelles, peur, violence ou abandon qui pourraient influencer son choix sur la méthode d'alimentation.

Les agents de santé doivent être en mesure de donner aux femmes séropositives des informations complètes sur les avantages et les risques de l'allaitement maternel et des diverses alternatives et de les aider à prendre les décisions les plus appropriées. Cela dépendra des circonstances particulières de la femme et de l'âge de son enfant et il serait peut-être utile de discuter avec elle des questions énumérées plus loin.

Dans certaines situations, l'on devrait songer à fournir aux mères séropositives la formule pour bébés de type commercial gratuitement ou subventionnées particulièrement si elles ne peuvent pas acheter. Si cela est une politique du gouvernement, les préparations pour nourrisson devront être fournies pour toute la période où le nourrisson en aura besoin, qui est normalement de six mois.

Si une préparation industrielle pour nourrisson est disponible :

- ▶ La mère a-t-elle accès à un approvisionnement fiable ?
- ▶ Connait-elle le nombre de boîtes nécessaires ?
- ▶ Si elle doit l'acheter, quel serait le coût d'un approvisionnement complet en préparation industrielle pour nourrisson pendant six mois ?
- ▶ Peut-elle lire, comprendre et suivre les instructions pour délivrer les préparations pour bébés ?
- ▶ Peut-elle montrer comment préparer l'aliment pour nourrisson convenablement ?

Si la préparation industrielle pour nourrisson n'est pas disponible :

- ▶ A-t-elle accès à un approvisionnement fiable en lait d'origine animale propre à la consommation du nourrisson à la maison ou dans une boutique ? Est-il déjà dilué ?
- ▶ Combien coûte le lait d'origine animale ? Peut-elle en acheter assez pour nourrir son nourrisson pendant six mois (92 litres environ) ?
- ▶ Peut-elle effectuer les modifications nécessaires afin que le lait convienne à son enfant ?
- ▶ Y a-t-il du sucre pour la préparation de l'aliment pour nourrisson à domicile et peut-elle se le permettre ?

Peut-elle donner à son nourrisson des suppléments de micronutriments ou si ces derniers ne sont pas disponibles, des compléments d'aliments appropriés après l'âge de quatre mois afin de fournir certains des nutriments faisant défaut dans la formule préparée à la maison ?

Si la préparation industrielle ou à domicile pour nourrisson est utilisée :

- ▶ A-t-elle les ustensiles pour préparer les repas, une tasse ouverte, le temps et tout ce qu'il faut pour que tout cela soit propre ?
- ▶ A-t-elle accès à un approvisionnement fiable d'eau potable pour mélanger ou diluer les repas ou si nécessaire préparer de l'eau à boire pour le nourrisson ; ainsi que pour laver les ustensiles et les tasses ?
- ▶ A-t-elle accès à assez de combustible pour bouillir de l'eau ou laver les ustensiles pour la préparation et donner les repas au bébé ?
- ▶ Peut-elle conserver des repas préparés proprement ou en préparer un à la fois ?
- ▶ Dispose-t-elle de temps pour préparer les repas convenablement ?
- ▶ Quels types d'aliments complémentaires peut-elle donner au nourrisson ?
- ▶ Peut-elle continuer à donner la préparation pour nourrisson et les aliments de complément riches en nutriments après que son nourrisson ait atteint l'âge de 4 à 6 mois ?

Si une mère décide de ne pas utiliser de préparation pour nourrisson ou de lait d'origine animale :

- ▶ Peut-elle envisager des options pour un allaitement maternel modifié tels que cessation de l'allaitement maternel ou lait exprimé et traité par chauffage ?
- ▶ Peut-elle envisager des options pour l'utilisation du lait maternel provenant d'autres sources telles que banques de lait maternel ou les nourrices ?
- ▶ Sera-t-elle en mesure de donner à son enfant une alimentation de substitution adéquate préparée à partir de la nourriture familiale cinq fois par jour, de l'âge de 6 mois jusqu'à l'âge de deux ans au moins ?

L'idéal serait d'encourager les autres membres de la famille à décider ensemble de l'alimentation du nourrisson à cause des implications financières et du fait que la mère aura besoin du soutien de son mari et de celui de la famille si elle décide de ne pas allaiter au sein. Toutefois la décision finale à propos de la méthode d'alimentation du nourrisson revient à la mère, surtout lorsqu'elle ne vit pas avec le père de l'enfant ou aimerait garder sa situation en ce qui concerne le VIH confidentiel.

Après avoir étudié toutes ces questions, certaines femmes séropositives pourraient décider de ne pas allaiter au sein. D'autres pourraient décider de le faire. La décision de la femme, si elle choisissait de ne pas allaiter et sur le choix du substitut du lait maternel ne doit pas être influencée par les pressions commerciales. Une fois qu'elle aura pris une décision sur la méthode d'alimentation qu'elle estime être la meilleure pour elle et son nourrisson, elle aura besoin de soutien pour sa décision et des conseils sur le moyen le plus sûr pour nourrir son nourrisson.

Les agents de santé doivent conseiller les femmes séropositives sur la nécessité d'éviter le mélange de l'allaitement maternel avec l'alimentation artificielle étant donné que cela expose l'enfant aux risques de maladies infectieuses, de malnutrition et de l'infection au VIH.

Conseils sur l'allaitement maternel pour les mères séronégatives et celles dont la situation par rapport au VIH est inconnue

Les responsables de santé devront s'assurer que les agents sanitaires continuent de protéger, d'encourager et de soutenir l'allaitement maternel pour les femmes séronégatives et celles dont la situation par rapport au VIH est inconnue. Les femmes qui estiment courir le risque d'une infection au VIH doivent bénéficier de conseils et faire un test sur le VIH afin qu'elles puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause en ce qui concerne l'alimentation de l'enfant.

Les informations pour les mères séronégatives et celles dont la situation est inconnue doivent comprendre :

- les avantages de l'allaitement maternel
- l'importance pour la mère et le nourrisson partageant la même chambre
- l'importance de donner le sein au nourrisson à la demande et de faire l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de quatre ans au moins et si possible, six mois

- l'entretien et la suffisance de lactation. La position et l'attachement doivent être corrects et là où l'on pourrait trouver de l'aide pour les problèmes liés à l'allaitement maternel
- l'effet négatif de l'introduction de l'alimentation artificielle des biberons et des tétines par rapport à l'allaitement maternel
- la difficulté de revenir sur la décision de ne pas allaiter au sein
- l'importance primordiale d'éviter l'infection au VIH pendant l'allaitement maternel pour protéger le nourrisson du VIH et des informations sur les rapports sexuels sans risque et l'utilisation des préservatifs
- les risques de l'alimentation artificielle
- les coûts de l'alimentation artificielle.

Soutien des décisions sur l'alimentation du nourrisson

Soutien pour l'alimentation de substitution

Les responsables de santé doivent s'assurer que :

- les femmes séropositives qui choisissent de ne pas allaiter au sein ne feront pas l'objet de discrimination et qu'elles reçoivent de l'aide pour pouvoir décider de la manière dont elles devront faire face aux questions et aux situations difficiles, surtout dans les contextes où l'allaitement maternel constitue une norme
- les mères séropositives sont assistées en privé, conformément à leur droit de confidentialité
- les mères reçoivent de l'aide en vue d'éviter l'engorgement mammaire. Les médicaments ne sont pas recommandés et la méthode recommandée est de ne pas stimuler les seins et qu'ils soient bien soutenus. Si les seins deviennent pleins, on devra exprimer le lait afin de les alléger et faire en sorte qu'ils restent sains jusqu'à ce le lait se retire naturellement
- les agents de santé apprennent aux mères séropositives comment préparer des quantités adéquates de substitution de la façon la plus hygiénique possible afin d'éviter les risques de diarrhée et de malnutrition et comment nourrir les bébés à l'aide d'une tasse. Les instructions devront être claires, avec des démonstrations sur la manière de nettoyer les ustensiles, de préparer les repas et de nourrir à l'aide une tasse. L'agent de santé devra ensuite regarder la mère préparer et nourrir le nourrisson au moins une fois pour s'assurer qu'elle a compris les instructions. Des tasses appropriées pourraient être fournies si les familles n'en disposent pas
- là où c'est possible, on doit également montrer aux autres membres de la famille comment préparer des aliments de substitution surtout si la mère est trop malade pour nourrir le nourrisson elle-même. On doit insister sur la routine
- les agents de santé expliquent qu'à cause du risque d'exposition au VIH, une fois que l'alimentation de substitution aura commencé, on ne devra plus du tout allaiter au sein
- les agents de santé peuvent fournir un soutien pour l'allaitement maternel ou l'alimentation avec d'autre lait modifié en provenance d'autres sources.

Soutien à l'allaitement maternel

Les mères séropositives qui décident d'allaiter au sein devront être soutenues dans leur choix. Les mesures que les services de santé doivent prendre devront inclure :

- l'assurance que les mères séropositives qui décident d'allaiter au sein ne feront pas l'objet de discrimination ni de blâme par les agents de santé parce qu'elles exposent leur enfant au VIH
- l'offre de soutien pour un allaitement maternel exclusif et la discussion de l'option d'une cessation précoce de l'allaitement maternel dès que la mère sera en mesure de donner une alimentation de substitution adéquate
- des conseils à la mère séropositive sur la manière de diminuer les risques de transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel, y compris la recherche de traitement dès qu'il y a des difficultés d'allaitement maternel ou des problèmes liés à la bouche du nourrisson. Les agents de santé doivent être formés pour la prévention et la prise en charge des problèmes liés aux seins, surtout en ce qui concerne

les mamelons gercés ou qui saignent, pour aider les femmes à mettre le nourrisson dans la position et l'attachement au sein adéquats et de traiter les problèmes liés à la bouche du nourrisson tels que muguet, ulcère ou la candidose

- l'orientation des mères vers un conseiller en matière d'allaitement maternel ou vers un groupe de soutien de l'allaitement maternel.

La prévention d'un effet ricochet des femmes non infectées et non testées

Les femmes séronégatives et celles qui ne connaissent pas leur situation pourraient décider de ne pas allaiter au sein par peur du VIH et à cause de la désinformation. Cela privera leurs bébés des avantages de l'allaitement maternel et les exposera à d'autres infections et à la malnutrition.

Les pratiques en matière de soins de santé

Tous les agents de santé ont la responsabilité d'assurer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Pour éviter l'effet ricochet, les voies possibles pour les responsables et supérieurs des soins de santé sont :

- faire en sorte que tous les programmes d'éducation pour la santé mettent l'accent sur les avantages de l'allaitement maternel et sur les dangers de l'alimentation artificielle et que l'allaitement maternel devrait être la norme pour les bébés des femmes qui sont séronégatives
- s'assurer que tous les agents de santé connaissent leurs responsabilités selon le Code international et les résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé (voir Encadré 3) et qu'ils les appliquent dans leur travail
- s'assurer que l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (voir Encadré 4) est renforcée et que les bonnes pratiques pour soutenir l'allaitement maternel qui correspondent aux « Dix conditions pour un allaitement réussi » sont appliquées dans les structures de santé
- faire en sorte que tout le personnel qui conseille les mères sur l'alimentation de substitution soit également formé en matière de conseils pour l'allaitement maternel et que les conseils sur l'allaitement maternel sont disponibles pour toutes les mères, quelque soit leur situation par rapport au VIH

Encadré 3. Le code international : les responsabilités de l'agent de santé

1. Il ne doit y avoir à l'endroit du grand public aucune publicité ni autres formes de promotion, de substituts du lait maternel et des autres produits couverts par le Code, tels que biberons et tétines.
2. Les mères ne doivent pas recevoir d'échantillons (petites quantités) de substituts du lait maternel. Lorsque des substituts du lait maternel sont donnés à la mère séropositive, cela doit se faire selon l'approvisionnement d'une quantité suffisante de lait pour la période où son nourrisson en a besoin.
3. Il ne doit pas y avoir de promotion de substituts du lait maternel dans les services de santé. Cela signifie qu'il ne doit pas y avoir de calendrier, de photo ni d'autres supports avec la marque déposée de la préparation pour nourrisson, ou des biberons et des tétines. Les boîtes de préparation pour nourrisson devront être placées hors de la vue des mères qui allaitent.
4. Le personnel travaillant dans les fabriques de préparation pour nourrisson ne doit pas conseiller les mères ou leurs montrer comment utiliser les substituts du lait maternel.
5. Les agents de santé ne doivent pas accepter des cadeaux ni des échantillons gratuits en provenance des fabriques de préparation pour nourrisson.
6. Toutes les informations fournies aux agents de santé par les fabricants doivent être scientifiques et basées sur les faits.

- faire en sorte que les instructions sur l'utilisation de l'alimentation de substitution soit uniquement données aux mères séropositives et aux membres de leurs familles. Des démonstrations sur l'alimentation avec des substituts du lait maternel devront être effectuées uniquement par les agents de santé et en l'absence des mères allaitantes. Les instructions de groupe devront être évitées. S'assurer que les mères ont appris à utiliser les tasses pour nourrir leurs bébés et qu'il n'y a pas de distribution de biberons
- s'assurer que toutes les préparations industrielles pour bébés utilisées dans les structures de santé pour les enfants de mères séropositives sont placées hors de la vue des autres mères et des femmes enceintes
- s'assurer que des mesures de confidentialité soient assurées
- s'assurer que les taux pour l'allaitement maternel exclusif sont soigneusement surveillés en vue de détecter les effets de ricochet afin d'y remédier.

Gestion de la distribution des substituts du lait maternel

Si les mères séropositives doivent être approvisionnées avec des substituts du lait maternel :

- s'assurer et en faire une règle, que les substituts du lait maternel disponibles dans les structures de santé sont achetés de la même façon que les médicaments et les produits alimentaires
- s'assurer que les substituts du lait maternel sont seulement fournis aux femmes dont les tests pour le VIH se sont avérés positifs
- s'assurer qu'un approvisionnement adéquat est fourni pour au moins six mois ou pour toute la période où le nourrisson en aura besoin
- s'assurer que la distribution et l'utilisation des substituts du lait maternel sont strictement contrôlées et surveillées et fournies uniquement sur présentation d'une ordonnance ou d'un système de coupons dont on pourrait rendre compte, qui par exemple sont délivrés en pharmacie de la même façon que les médicaments ou à travers les organisations de sécurité sociale et autres systèmes de distribution disponibles
- s'assurer que, si possible, les substituts du lait maternel pour les mères séropositives sont génériques, sans marque déposé sur l'emballage
- s'assurer que les substituts sont commandés en quantités suffisantes pour le nombre prévu de mères séropositives et leurs bébés, de façon à fournir un approvisionnement adéquat et sans un excédent qui pourrait être utilisé par les autres mères pour nourrir leurs bébés
- s'assurer que les approvisionnements sont soigneusement stockés afin d'éviter les pertes et les détériorations et non visibles par les mères qui allaitent au sein
- s'assurer que la fourniture des substituts du lait maternel est liée à des visites de suivi, qui de préférence se feront de deux à quatre semaines d'intervalle.

Soins de suivi

Les femmes séropositives et leurs bébés ont besoin d'être surveillés et suivis avec attention afin de s'assurer qu'ils restent en bonne santé.

Santé maternelle et planification familiale

Les responsables de santé doivent s'assurer que :

- les femmes séropositives qui n'allaitent pas au sein ont accès à des conseils en planification familiale, et aux choix de méthodes contraceptives efficaces et appropriées
- des approvisionnements en contraceptifs sont suffisamment disponibles à travers les structures de santé et les centres de planification familiale sont préparés à faire face à une augmentation de la demande qui est la conséquence de la perte des avantages de l'espacement des naissances offert par l'allaitement maternel
- les services de santé fournissent des soins de suivi pour les femmes séropositives, y compris des informations concernant une bonne nutrition et le traitement des problèmes de santé générale et des infections opportunistes

Encadré 4. L'initiative hôpitaux amis des bébés

Les hôpitaux amis des bébés sont des hôpitaux qui ont changé leurs pratiques afin de soutenir l'allaitement maternel selon les dix conditions suivantes :

1. Avoir une politique en matière d'allaitement maternel formulés par écrit et systématiquement portée à la connaissance du personnel des soins de santé.
2. Donner à tous les personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement maternel dans la demi-heure qui suit la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement maternel et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson plusieurs heures par jour ou pendant 2 ou 3 jours.
6. Ne donner aux nouveaux-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf sur indication du médecin.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle.
10. Encourager la constitution de groupes de soutien à l'allaitement maternel et y orienter les mères dès leur sortie de l'hôpital ou du centre de santé.

Les hôpitaux amis des bébés pourraient être l'endroit où l'on pourrait introduire les conseils et les tests sur le VIH et les conseils sur l'alimentation de substitution. Certaines des dix conditions peuvent également être bénéfiques aux mères qui n'allaitent pas au sein et les soutenir, par exemple en encourageant le fait que le nourrisson et la mère partagent la même chambre ou le même lit afin d'encourager un rapprochement affectif entre la mère et le nourrisson.

- les agents de santé peuvent orienter les femmes séropositives vers d'autres services de soutien, étant donné que les préoccupations sociales, psychologiques et pratiques pourraient être aussi importantes que les soins médicaux
- si le nourrisson est nourri par une nourrice, la mère et la nourrice devront se rendre à la clinique ou être consultées à la maison.

Soins du nourrisson et de l'enfant

Les bébés qui reçoivent de l'alimentation de substitution seront plus enclins aux maladies, la malnutrition et à une croissance anormale et pourraient manquer du contact avec leur mère qui est cependant nécessaire pour un plein développement psychologique.

Les responsables de santé doivent s'assurer que :

- les agents de santé surveillent la santé et le développement psychomoteur des bébés de mères séropositives
- les préparations d'aliments et les techniques d'alimentation sont vérifiées une semaine après la période post-partum et par la suite, à des intervalles réguliers
- les agents de santé peuvent reconnaître si oui ou non, un nourrisson prend du poids et grandit bien
- les agents de santé discutent avec les mères et les familles de l'importance de tenir le nourrisson aux bras, de lui parler et de s'amuser avec lui en vue de lui assurer une stimulation psychologique adéquate
- les agents de santé peuvent conseiller les mères dont les bébés sont malades ou grandissent mal et identifier la raison pour laquelle un nourrisson ne gagne pas de poids, surtout vérifier si la mère donne l'alimentation de substitution correctement et en quantités suffisantes

- les agents de santé peuvent fournir une assistance pratique en vue de résoudre les problèmes d'alimentation. Cela peut inclure l'approvisionnement des mères en substituts de lait maternel ou en suppléments de micronutriments ou l'aide apportée pour s'en procurer et le renforcement des enseignements dispensés sur la préparation des aliments et l'alimentation du nourrisson
- les agents de santé apprennent aux mères la manière de traiter la diarrhée afin d'empêcher la déshydratation
- les agents de santé savent le moment où il faut référer l'enfant malade et que les services de référence sont disponibles
- les agents de santé prêtent une attention particulière aux statuts sanitaire et nutritionnel des autres enfants de la famille qui pourraient être affectés par les dépenses familiales consacrées à l'achat des substituts du lait maternel, ainsi que par la santé de la mère.

ÉTAPE 4 : Décider de ce qui doit être fait pour mettre les services en place

Les responsables de santé doivent examiner ce qui devrait être fait pour mettre en oeuvre les différents services. Ils pourraient par exemple avoir besoin de :

- élaborer des messages et des supports pour l'éducation de la communauté et pour l'information des structures de santé, en vue de fournir des faits consistants sur le VIH et l'alimentation du nourrisson
- décider du rôle des différents types de structures de santé, par exemple les consultations prénatales, les centres de planification familiale et les structures de soins de santé primaires pour la fourniture de différents services en rapport avec le VIH et l'alimentation du nourrisson
- identifier les voies par lesquelles les services prénatals peuvent être renforcés et l'utilisation des services de soins par les femmes enceintes peut être améliorée
- décider de l'endroit où les services des conseils et de tests sur le VIH pourraient être disponibles et comment devrait-on faire la promotion
- s'assurer qu'il existe un approvisionnement fiable et adéquat de tests de VIH, de matériel de laboratoire et établir des procédures pour le contrôle de la qualité et pour donner aux tests un cachet confidentiel
- identifier le personnel à former et les besoins spécifiques en matière de formation et planifier puis organiser la formation afin d'améliorer les compétences. Cela pourrait comprendre la formation :
 - du personnel de laboratoire
 - des conseillers en VIH pour les conseils avant et après les tests
 - des conseillers pour l'alimentation du nourrisson, tant pour l'allaitement maternel que pour l'alimentation de substitution
- en plus, s'assurer que tous les agents de santé qui sont en contact avec les mères et les bébés sont formés, pour avoir des connaissances de base sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et sont en mesure d'orienter les femmes pour des conseils et un testing sur le VIH et pour des conseils sur l'alimentation du nourrisson
- s'assurer que les responsabilités pour les conseils avant et après les tests, les conseils pour l'alimentation du nourrisson et pour apprendre aux mères certaines choses sont clairement inscrites et incluses dans les termes de référence et que le personnel a le temps d'effectuer les tâches nécessaires
- s'assurer que les locaux et les emplois de temps des structures de santé sont organisés de manière à fournir des consultations individuelles, des conseils, et des instructions sur l'alimentation du nourrisson
- décider, si les préparations pour nourrisson de type commercial sont fournies par le gouvernement pour les mères séropositives, comment la distribution sera gérée et quelles mesures seront prises pour éviter les effets ricochet
- étudier la question de savoir quelles organisations en dehors du système de soins de santé pourraient être en mesure d'aider à conseiller des mères séropositives en ce qui concerne l'alimentation de substitution et peut être également pour la distribution des substituts du lait maternel aux mères séropositives qui choisissent de ne pas allaiter au sein et pour la fourniture de tout autre appui. Les responsables de santé ont également besoin d'étudier comment les femmes séropositives pourront être orientées vers de telles organisations

- examiner comment le système de santé peut fournir des suppléments de micronutriments aux bébés dont les mères sont séropositives et qui ne sont pas allaités au sein et qui n'obtiennent pas de préparation industrielle pour nourrisson
- étudier comment le système de santé peut fournir ou référer pour des soins de suivi et autres services dont les mères séropositives et leurs bébés ont besoin, y compris la planification familiale
- décider où obtenir de l'appui, par exemple les organisations ayant une expertise en allaitement maternel et en nutrition du nourrisson, les dirigeants politiques ou les femmes plus âgées de la communauté, pour des interventions afin d'empêcher la transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel.

ÉTAPE 5 : Préparation d'un budget

Préparer un budget en procédant à une estimation des coûts de ce qu'il faut faire, se basant sur la couverture des services et jusqu'à quel point ceux-ci représentent de nouveaux domaines d'activités. Le budget devra être divisé en coût initial et en coût opérationnel une fois que les services sont mis sur pied ; il devra également prendre en considération les économies qui pourraient être effectuées à partir de la prévention de la transmission du VIH aux bébés par le biais de l'allaitement maternel.

Des exemples de certaines des activités probables qui auront besoin de coûts pour chacun des domaines discutés dans l'Étape 3 sont listées ci-dessous, bien que la liste ne soit pas exhaustive.

Éducation communautaire

- ▶ formation des agents de santé en éducation pour la santé et leur recrutement éventuel
- ▶ production ou achat de supports d'éducation sanitaire.

Soins prénatals

- ▶ formation et emploi d'agents de santé dans les services prénatals
- ▶ le renforcement des systèmes de référence
- ▶ adaptation des locaux
- ▶ fourniture d'une thérapie ARV
- ▶ approvisionnement en préservatifs
- ▶ approvisionnement pour le diagnostic et le traitement des MST.

Conseils et tests de VIH

- ▶ formation et emploi de conseillers avant et après les tests
- ▶ formation et emploi du personnel de laboratoire
- ▶ amélioration de l'équipement et des procédures de laboratoire
- ▶ fourniture de test du VIH
- ▶ adaptation des locaux
- ▶ production des matériels d'information
- ▶ introduction de procédures pour la confidentialité.

Conseils sur l'alimentation du nourrisson

- ▶ formation et emploi de conseillers en alimentation du nourrisson
- ▶ production des matériels d'information
- ▶ adaptation des locaux.

Soutien des décisions sur l'alimentation du nourrisson

- ▶ fourniture de suppléments en micronutriments
- ▶ fourniture de substituts du lait maternel et de tasses

- ▶ formation et emploi des agents de santé pour apprendre aux mères à préparer les aliments de substitution
- ▶ adaptation des locaux.

Soins de suivi

- ▶ formation et emploi des agents de santé en matière de surveillance, en soins de suivi et de conseils sur la planification familiale
- ▶ approvisionnement en contraceptifs supplémentaires
- ▶ approvisionnement en sels de réhydratation orale et autres médicaments essentiels pour le traitement des enfants malades.

Les responsables de santé devront évaluer si les coûts peuvent être couverts par les ressources disponibles ou par une redistribution des ressources, ou si des ressources supplémentaires seront nécessaires. L'on devra également envisager, là où les ressources sont limitées, à l'introduction des activités par phases.

Source: OMS/UNICEF/UNAIDS 1998.

Ressources utiles et matériels de référence

Séries de l'ONUSIDA sur les « meilleures pratiques » :

Accès aux médicaments

Mobilisation communautaire et VIH/SIDA

Transmission mère-enfant du VIH

Conseils et VIH/SIDA

Méthodes pour les épreuves du VIH

Les femmes et le SIDA

Les personnes intéressées peuvent obtenir ces publications dans les Centres d'information de l'ONUSIDA. Envoyer le courrier à Centre d'Information de l'ONUSIDA, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse. Sur l'Internet, site web : <http://www.unaids.org>.

Guides pertinentes sur le conseil VIH et livre sur les médicaments anti-rétroviraux (ARV) :

Source book for HIV/AIDS counselling training. WHO/GPA/TC O/HCO/ HC S/94.9

Counselling for HIV/AIDS: A key to caring. WHO/ GPA/TC O/HCS/95. 1 5. Pour les décideurs, planificateurs, stratèges et personnes qui prennent en charge l'exécution des activités de conseil.

Implications of ARV treatments. WHO/ASD/97.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter le Bureau VIH/SIDA et MTS, OMS, Genève, Suisse.

Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Document WHO/CDD/SERY91.14

Indicators for Assessing health facility practices that affect breastfeeding. Document WHO/CDIV93. 1

Breastfeeding counselling: A Training Course. WHO/CDIV93.3–6, and UNICEF/NIJT/93.1–4. Le cours développe des compétences dans le conseil et pour soutenir l'allaitement maternel. Les compétences peuvent être utilisées pour donner aux mères VIH positives le conseil sur l'alimentation du nourrisson.

Pour des plus amples informations, veuillez contacter le Directeur, Division de la Santé et du Développement de l'enfant, OMS, Genève, Suisse.

WHO Global Data Bank on Breastfeeding. (WHO/NI)T/96.1). Le document présente définitions et indicateurs de l'allaitement maternel, fournissant des outils pour déterminer les pratiques d'allaitement maternel.

Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policymakers. WHO/NIT/96.3. Le cours est conçu pour aider les administrateurs et les responsables des politiques à améliorer les pratiques d'allaitement maternel dans les établissements de santé ; aussi bien, le cours leur permet de reconnaître les modifications spécifiques administratives et politiques ayant une plus grande répercussion sur les pratiques d'allaitement maternel.

Pour des plus amples informations, veuillez écrire au Programme de la Nutrition, OMS, 1211 Genève 27, Suisse. Adresse électronique : saadehr@who.ch

HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-makers. WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/9 8.3, UNICEF/PO/NUT/ (J) 98–1

HIV and Infant Feeding: A review of HIV transmission through breastfeeding. WHO/FRH/NUT/CHD/98.3, UNAIDS/98.5. 1, ICEF/PD/NUT/ (J) 98–3

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile

11 Évaluation du statut nutritionnel de l'enfant

Tout enfant vu par un agent de santé devrait être examiné en vue de dépister tout problème alimentaire et des signes de malnutrition et ce dans le cadre d'une évaluation globale intégrée en ce qui concerne les maladies et la nutrition. Cette section propose deux listes de contrôles pour la réalisation des évaluations intégrées, une pour les nouveau-nés et l'autre pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq (5) ans. A la suite de ces listes de contrôles, on trouve des lignes directrices pour diagnostiquer la malnutrition sévère.

PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NÉS MALADES ÂGES DE 1 SEMAINE JUSQU'À 2 MOIS

Nom : _____ Âge : _____ Poids : _____ (kg) Température : _____ (°C)
 DEMANDER : Quels sont les problèmes de l'enfant ? _____ Première visite ? _____ Visite de suivi ? _____

ÉVALUER : (Encerler tous les signes présentés)

CLASSIFIER

<p>RECHERCHER DES INFECTIONS BACTÉRIENNES ÉVENTUELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bébé, a-t-il eu des convulsions ? <ul style="list-style-type: none"> Compter les respirations par minute _____ respirations par minute Recompter si les respirations sont rapides _____ Respiration rapide ? Rechercher un tirage sous-costal Rechercher les battements des narines Rechercher et écouter le stridor Toucher pour rechercher un gonflement de la fontanelle Rechercher la présence de pus coulant de l'oreille Regarder le nombril. Est-il rouge et présente-t-il du pus ? Si le nombril est rouge, est-ce que la peau environnante est atteinte ? A-t-il de la fièvre (une température de 37.5°C ou plus on sent le bébé chaud) ou une faible température corporelle (de 35.5°C ou moins on sent le bébé froid) Rechercher des pustules sur le corps. Les pustules, sont-elles répandues et sévères ? Le bébé, est-il léthargique ou inconscient ? Surveiller les mouvements du bébé, y-a-t-il moins de mouvements que normalement ? 	
<p>LE BÉBÉ, A-T-IL LA DIARRHÉE</p> <ul style="list-style-type: none"> Depuis combien de temps _____ jours Y a-t-il du sang dans les selles ? 	<p>Oui _____ Non _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'état général du bébé. Est-il léthargique ou inconscient ? agité et irritable ? Regarder si les yeux sont enfoncés. Pincer la peau du ventre. Le pli s'efface-t-il très lentement (plus de 2 secondes) lentement ?
<p>ÉVALUER ENSUITE DES PROBLÈMES D'ALIMENTATION OU DE FAIBLE POIDS</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe-t'il un problème d'alimentation ? <ul style="list-style-type: none"> Établia le poids par rapport à l'âge. Faible _____ Pas faible _____ Le bébé, est-il allaité au sein ? Oui _____ Non _____ <ul style="list-style-type: none"> Si Oui, combien de fois par jour ? _____ L'enfant reçoit-il d'autres aliments ou boissons ? <ul style="list-style-type: none"> Oui _____ Non _____ Si Oui, citer la fréquence _____ Avec quoi le bébé est-il nourri ? _____ 	
<p>-----</p> <p>Si le bébé a un problème d'alimentation, est-il nourri moins de 8 fois par jour, reçoit-il d'autres aliments et boissons ou a-t-il un poids faible par rapport à son âge ET cependant il n'y a rien qui indique qu'il doit être référé d'urgence à l'hôpital :</p>	
<p>ÉVALUER L'ALLAITEMENT MATERNEL</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bébé, a-t-il tété dans les heures précédentes ? 	<p>Si le bébé n'a pas tété une heure auparavant, demander à la mère de le mettre au sein. Observer l'allaitement maternel durant quatre (4) minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bébé, a-t-il eu un bon attachement au sein pour téter ? Pour évaluer le bon attachement, vérifier si : <ul style="list-style-type: none"> le menton touche le sein Oui _____ Non _____ la bouche est bien ouverte Oui _____ Non _____ la lèvre inférieure se projette vers l'extérieur Oui _____ Non _____ l'aréole est plus en dessus qu'en dessous de la bouche Oui _____ Non _____ pas de attachement du tout pas d'attachement attachement Le bébé, tête t-il bien (c.-à-d. des tétées lentes et profondes, en s'arrêtant quelquefois) ? <ul style="list-style-type: none"> ne tête pas du tout ne tête pas bien tête bien Rechercher des ulcères ou des tâches blanches dans la bouche (indique le muguet)
<p>VERIFIER L'ÉTAT VACCINAL DU BÉBÉ</p> <p>(Encerler les vaccinations à faire aujourd'hui)</p> <p>BCG _____ DCT 1 _____ DCT 2 (vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanus)</p> <p>VPO 0 _____ VPO 1 _____ VPO 2 _____</p> <p>ÉVALUER D'AUTRES PROBLÈMES</p>	<p>Revenir pour la prochaine vaccination</p> <p>(Date)</p>

242 Actions essentielles en nutrition : Guide pour les responsables de santé

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE ÂGE DE 2 MOIS JUSQU'À 5 ANS

Nom : _____ Âge : _____ Poids : _____ (kg) Température : _____ (°C)

DEMANDER : Quels sont les problèmes de l'enfant ? _____ Première visite ? _____ Visite de suivi ? _____

ÉVALUER : (Encercler tous les signes présentés)

CLASSIFIER

RECHERCHER DES SIGNES DE DANGER GÉNÉRAUX INCAPABLE DE BOIRE OU DE PRENDRE LE SEIN VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMME A DES CONVULSIONS	LÉTHARGIQUE OU INCONSCIENT	Signe général de danger présent ? Oui _____ Non _____ Ne pas oublier d'utiliser le signe de danger lors de la classification			
L'enfant tousse ou a-t-il des difficultés respiratoires ? • Depuis combien de temps _____ jours	• Compter les respirations par minute _____ respirations par minute _____ respirations rapides ? • Rechercher un tirage sous-costal • Rechercher et écouter le stridor	Oui _____ Non _____			
L'ENFANT, A-T-IL LA DIARRHÉE • Depuis combien de temps _____ jours • Y a-t-il du sang dans les selles ?	• Évaluer l'état général de l'enfant. Est-il léthargique ou inconscient ? • Regarder si les yeux sont enfoncés. • Offrir à boire à l'enfant. L'enfant : Est-il incapable de boire ou boit-il difficilement ? Est-il assoiffé, boit-il avidement ? • Pincer la peau du ventre. Le pli s'efface t-il ? Très lentement (plus de 2 secondes) Lentement ?	Oui _____ Non _____			
L'ENFANT, A-T-IL DE LA FIÈVRE ? (antécédent/chaud au toucher/température de 37.5°C ou plus) Évaluer le risque de paludisme : Elevé _____ Faible _____ • Depuis combien de temps ? _____ jours • Si depuis plus de 7 jours, la fièvre a-t-elle été présente tous les jours ? • L'enfant a-t-il eu la rougeole au cours de ces trois derniers mois ?	• Observer et rechercher une raideur de la nuque • Regarder si le nez coule • Rechercher les signes de ROUGEOLE : • Eruptions généralisées et • L'un de ces signes : la toux, écoulement nasal ou yeux rouges	Oui _____ Non _____			
Si l'enfant a actuellement la rougeole ou l'a eue au cours de ces trois derniers mois	• Regarder dans la bouche pour détecter des ulcérations Si'elles sont présentes, sont-elles profondes et étendues ? • Regarder s'il y'a du pus qui coule des yeux • Regarder s'il existe une opacité de la cornée				
L'ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME D'OREILLE ? • A-t-il des douleurs d'oreilles ? • Y a-t-il un écoulement d'oreille ? • Si oui, depuis combien de temps _____ jours	• Rechercher si du pus coule d'une oreille • Palper l'arrière de l'oreille pour détecter un gonflement douloureux	Oui _____ Non _____			
PUIS RECHERCHER LES SIGNES DE MALNUTRITION ET D'ANÉMIE • Rechercher les signes d'amalgissement visible et sévère • Déterminer le poids pour l'âge Très faible _____ Pas très faible _____		• Rechercher la pâleur palmaire Pâleur palmaire sévère ? Légère ? Rechercher les œdèmes au niveau des deux pieds.			
VERIFIER L'ETAT VACCINAL DE L'ENFANT (Encercler les vaccinations à faire aujourd'hui)					
BCG _____	DCT 1 _____	DCT 2 _____	DCT 3 _____		Revenir pour la prochaine vaccination
VPO 0 _____	VPO 1 _____	VPO 2 _____	VPO 3 _____	Rougeole _____	_____ (Date)
ÉVALUATION DE L'ALIMENTATION DE L'ENFANT si l'enfant est ANÉMIÉ OU DE TRÈS FAIBLE POIDS ou a moins de 2 ans. • Allaitiez-vous l'enfant au sein ? Oui _____ Non _____ Si Oui, combien de fois par jour ? _____ fois. Allaitiez-vous au sein pendant la nuit ? Oui _____ Non _____ • L'enfant consomme-t-il d'autres aliments ou liquides ? Oui _____ Non _____ Si Oui, quels aliments ou quels liquides ? _____ _____ _____ Combien de fois par jour ? _____ fois. Que donnez-vous à manger à l'enfant ? _____ Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge : Quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas ? _____ L'enfant, reçoit-il sa propre portion ? _____ Qui fait manger l'enfant et comment ? _____ • Durant cette maladie, est-ce que l'alimentation de l'enfant a changé ? Oui _____ Non _____ Si Oui, comment ? _____					Problèmes d'Alimentation :

Source : OMS/UNICEF, IMCI 1996.

Examen physique pour dépister la malnutrition

Pour rechercher la malnutrition, il faut procéder comme suit :

- ▶ un examen physique pour rechercher l'amaigrissement sévère ;
- ▶ un examen physique pour rechercher un œdème au niveau des deux pieds ;
- ▶ recherche d'une pâleur palmaire (détails fournis dans le Protocole 16) ; et
- ▶ recherche des signes oculaires pour détecter une carence grave en vitamine A (détails fournis dans le Protocole 20).

Les symptômes de la malnutrition grave sont décrits ci-dessous. Toute parution de l'un de ces symptômes signifie que l'enfant devrait recevoir immédiatement une dose appropriée de vitamine A, par rapport à son âge, et être référé à une structure disposant de personnel formé et d'équipement en mesure de dispenser les soins décrits dans « *La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement, 1999* » publié par l'OMS. Après les examens physiques, les agents de santé sont encouragés à confirmer le diagnostic avancé de malnutrition sévère en procédant à des mesures du poids par rapport à l'âge et par rapport à la taille. La prise en charge de la malnutrition sévère est coûteuse et un diagnostic exact s'avère alors important.

Émaciation ou amaigrissement sévère (Marasme)

Avec cette forme de malnutrition sévère l'enfant apparaît amaigri. Si l'enfant est très mince, n'a que peu de graisse et de muscle, et si on peut lui compter les côtes, il est émacié. Rechercher surtout l'émaciation au niveau des muscles des clavicules, des bras, des fesses et des jambes. Les contours des côtes de l'enfant sont manifestement visibles. Cette forme de malnutrition s'appelle marasme et demande une attention médicale urgente.

Oedème au niveau des deux pieds (Kwashiorkor)

Cette forme de malnutrition est caractérisée par l'œdème ou le gonflement des deux pieds de l'enfant. Le gonflement est dû à l'accumulation de fluides dans les tissus de l'enfant. Pour vérifier que le gonflement est dû aux fluides, avec le pouce, appuyer doucement pendant quelques secondes sur la partie supérieure de chaque jambe. Si la partie testée présente un aspect creux après le retrait du pouce, l'enfant a l'œdème. Les autres signes habituels de kwashiorkor comprennent des cheveux fins, peu abondants et pâles qui tombent facilement, une peau sèche et squameuse surtout au niveau des bras et des jambes et un visage boursouflé ou rond comme « la lune ».

Émaciation ou amaigrissement sévère (Marasme)



Oedème au niveau des deux pieds (Kwashiorkor)



Utilisation des mesures du poids et de la taille pour dépister la malnutrition

Le poids pour taille et la taille pour âge sont utilisés pour détecter les enfants sévèrement malnutris qui ont besoin de soins cliniques urgents. Les mesures du poids sont aussi utilisées pour classer les enfants malnutris par catégories en vue de déterminer des actions spécifiques tel que le suivi. Les catégories sont établies en comparant la croissance d'un groupe d'enfants bien nourris à celle des enfants malnutris. Le gain de poids de ce groupe d'enfants bien nourris est noté comme une ligne ou une courbe sur les diagrammes de croissance et cette ligne ou courbe sert de norme de référence.

Les poids d'un groupe d'enfants bien nourris sont tracés point par point en fonction de leurs âges respectifs sur un graphique. En reliant ces points on obtient une ligne, qui est appelée la courbe de référence sur un diagramme de croissance. Toutes fois, il existe des variations de croissance même au sein d'un groupe d'enfants bien nourris. Il y a quelques années, un « Chemin de la Santé » fut identifié sur les diagrammes de croissance qui représente les courbes de croissance des enfants bien nourris. Beaucoup de carnets de santé infantile contiennent un diagramme de croissance avec deux lignes et dans l'espace du milieu est marqué « Chemin de la Santé ». Sur les matériels PCIME, cette bande est dénommée « Pas de poids faible par rapport à l'âge. » Dans les matériels PCIME, une ligne additionnelle est tracée qui sépare les enfants qui sont de « faible poids par rapport à l'âge » des autres qui ont un « très faible poids par rapport à l'âge » ; cette distinction permet aux agents de santé de donner des directives précises sur les actions à entreprendre.

Ces catégories (Faible poids par rapport à l'âge et Très faible poids par rapport à l'âge) et d'autres règles sont utilisées afin d'aider les agents de santé à prendre des décisions sur les actions à entreprendre. Suivez les étapes suivantes :

Suivez ces étapes quand il est possible d'évaluer le poids et la taille

- ▶ Peser l'enfant. Mesurer sa taille debout ou couché dans le sens de la longueur. Pour les enfants âgés de moins de 24 mois, et mesurant moins de 85cm ou étant trop malade, leur taille devrait être mesurée pendant qu'ils sont couchés. La taille des autres sera mesurée en station debout.
- ▶ Comparer le poids de l'enfant avec sa taille selon la référence de l'OMS. Comparer aussi la taille de l'enfant à son âge. Pour le faire, calculer l'âge de l'enfant en nombre de mois.
- ▶ Si les indications relevées présentent trois déviations au-dessous de la moyenne de référence (calculée sur la base de la population de référence) l'enfant est alors considéré comme étant sévèrement malnutri. Ces enfants ont besoin de soins spécialisés selon les lignes directrices de l'OMS sur *La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage de médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement, 1999.*



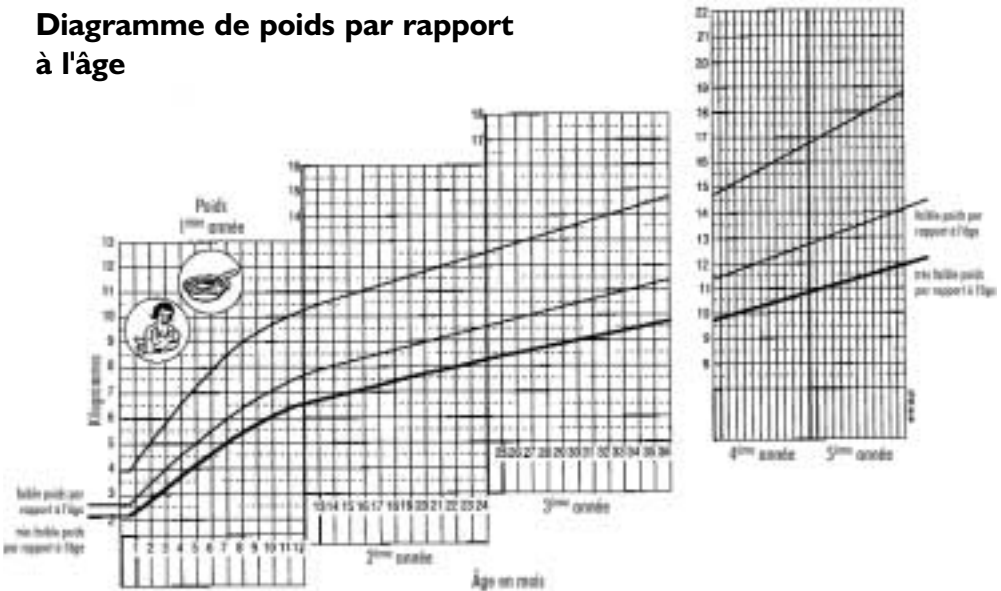
Suivez ces étapes quand il est possible d'évaluer seulement le poids

- ▶ Calculer l'âge de l'enfant en mois.
- ▶ Peser l'enfant, qui doit être légèrement habillé. Demander à la mère de vous aider à enlever ses habits lourds et ses chaussures.
- ▶ Utiliser la courbe de poids par rapport à l'âge (présentée ci-dessous) pour comparer les indications de l'enfant avec la courbe poids pour âge des enfants de la population de référence.
 - Rechercher sur l'axe vertical, à gauche, la ligne correspondant au poids de l'enfant.

- Rechercher sur l'axe horizontal, au bas du diagramme, la colonne correspondant à l'âge de l'enfant en nombre de mois.
- Localiser le point sur le graphique où la ligne qui indique le poids de l'enfant rencontre la colonne correspondant à l'âge de l'enfant.
- ▶ Déterminer si le point se trouve dans la zone du normal, de faible poids par rapport à l'âge, ou de très faible poids par rapport à l'âge sur le diagramme.

Si l'enfant présente un faible poids par rapport à son âge ou un très faible poids par rapport à son âge, procéder à l'évaluation de son alimentation et à rechercher la présence d'infections. Utiliser la liste de contrôle fournie dans le Protocole 11 pour procéder à une évaluation intégrée de l'état de santé de l'enfant. Un contrôle à effectuer après 30 jours.

Diagramme de poids par rapport à l'âge



Sources : OMS/UNICEF, Livre de Graphique sur la PCIME, 1996 ; et OMS, *La Prise en Charge de la Malnutrition grave : un guide pour les Praticiens et Autres agents de santé de niveau supérieur*, 1999.

PROCOLE de NUTRITION Santé infantile

12 Évaluation de l'alimentation de l'enfant et conseils sur l'alimentation

ALIMENTATION

► Évaluer l'alimentation de l'enfant

Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et son alimentation pendant cette maladie. Comparer les réponses données par sa mère avec **Les recommandations en matière d'alimentation** appropriée pour l'âge de l'enfant comme indiqué dans l'encadré de la page suivante.

- QUESTIONS –**
- **Allaiter-vous votre enfant au sein ?**
 - Combien de fois dans la journée ?
 - Allaiter-vous l'enfant au sein pendant la nuit ?
 - **L'enfant, consomme-t-il d'autres aliments ou liquides ?**
 - Quels aliments ou liquides ?
 - Combien de fois par jour ?
 - Quels sont les aliments que vous donnez à l'enfant ?
 - Si l'enfant a un très faible poids par rapport à son âge : quelle quantité lui donnez-vous à chaque repas ?
 - L'enfant, reçoit-il sa propre ration ?
 - Qui donne à manger à l'enfant et comment ?
 - **Durant cette maladie, est-ce que l'alimentation de l'enfant a changé ?**
 - Si Oui, comment ?

► Donner des conseils à la mère sur les problèmes d'alimentation

Si l'enfant n'est pas nourri comme décrit dans les recommandations, donner des conseils à la mère en conséquence. En outre :



- **Si la mère signale qu'elle a des difficultés dans l'allaitement maternel, évaluer l'allaitement** (Voir le graphique du **NOURRISSON**, page 241).
Si nécessaire, montrer à la mère l'attachement et comment établir le bon attachement pendant l'allaitement maternel.



- **Si le nourrisson a moins de quatre (4) mois et prend d'autres laits ou aliments :**
 - Persuader la mère qu'elle est capable de produire tout le lait maternel dont son bébé a besoin.
 - Suggérer à la mère d'allaiter au sein plus souvent et pour une durée plus longue, jour et nuit et en dessinant progressivement d'autres laits et aliments.

- Si d'autres laits doivent être continués, donner des conseils à la mère pour :
 - Allaiter au sein autant que possible, y compris pendant la nuit.
 - S'assurer que d'autres laits disponibles localement sont des substituts du lait maternel appropriés.
 - S'assurer que d'autres laits sont correctement préparés dans de bonnes conditions d'hygiène et que des quantités adéquates sont données à l'enfant.
 - Le lait déjà préparé doit être consommé au bout d'une heure.



- **Si la mère utilise des biberons pour nourrir le nourrisson :**
 - Lui recommander d'utiliser une tétée à la place d'un biberon.
 - Montrer à la mère comment donner à manger au bébé avec une tétée.
- **Si l'enfant n'est pas alimenté activement, conseiller à la mère de :**
 - S'asseoir avec le bébé et l'encourager à manger.
 - Donner au bébé une ration adéquate servie dans un bol à plat.
- **Si le bébé ne mange pas bien durant sa maladie, conseiller à la mère de :**
 - Allaiter le bébé au sein plus souvent et pour une durée plus longue si possible.
 - Proposer des aliments tendres, salés, appétissants et appréciés par l'enfant pour l'encourager à manger autant que possible en lui offrant fréquemment des goûters.
 - Nettoyer un nez bouché s'il empêche le bébé de manger facilement.
 - S'attendre à ce que l'appétit du bébé s'améliore au fur et à mesure que l'état de l'enfant s'améliore.

(à suivre)

► Recommandations pour l'alimentation pendant les périodes de maladie et de bonne santé

<p>De la naissance jusqu'à l'âge de quatre (4) mois</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter l'enfant au sein aussi souvent que possible, jour et nuit, au moins 8 fois par 24 heures. • Ne pas donner d'autres aliments ni fluides. 	<p>De quatre (4) à six (6) mois</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter de sein aussi souvent que le bébé le désire, jour et nuit, au moins 8 fois par 24 heures. • Sauf si le bébé : <ul style="list-style-type: none"> – montre de l'intérêt pour des aliments semi-solides, ou – ventile avant tout après avoir 4-6 mois, ou – ne prend pas de poids suffisamment, <p>ajouter des aliments complémentaires (introduits sous la forme d'âge de 6 à 12 mois).</p> <p>Donner ces aliments une ou deux fois par jour après l'allaitement maternel.</p>	<p>De six (6) mois à un (1) an</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter au sein aussi souvent que le bébé le désire. • Donner des portions adéquates de : <ul style="list-style-type: none"> _____ _____ _____ – 3 fois par jour si l'enfant est allaité au sein. – 5 fois par jour si l'enfant n'est pas allaité au sein. 
--	--	--

<p>De 12 mois jusqu'à 2 ans</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Allaiter au sein aussi souvent que le bébé le désire • Donner des rations adéquates de : <ul style="list-style-type: none"> _____ _____ _____ ou des aliments consommés par les membres de famille 5 fois par jour. 	<p>2 ans et plus</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Donner des aliments consommés par les membres de la famille—3 repas par jour. Et 2 fois par jour, donner des aliments nourrissants entre les repas, tels : <ul style="list-style-type: none"> _____ _____ _____ 
--	---

* Un bon régime quotidien devrait être suffisant en quantité et comprendre des aliments riches en énergie (par exemple, des céréales consistantes enrichies avec du Nulfol), de la viande, du poisson, des fruits ou des légumes secs et de fruits et légumes).

Recommandations pour l'alimentation d'un bébé atteint de DIARRHÉE PERSISTANTE

- Si vous allaitez toujours au sein, donner le sein plus souvent et pour des longues durées, jour et nuit.
- Si vous donnez d'autres laits :
 - remplacer avec l'allaitement en augmentant la fréquence de celui-ci.
 - remplacer avec des produits laitiers fermentés tel yaourt OU
 - remplacer la moitié du lait avec des aliments semi solides riches en nutriments.
- Par rapport à d'autres aliments, suivre les recommandations d'alimentation en fonction de l'âge de l'enfant.

PROTOCOLE de NUTRITION *Santé infantile*

13 Suivi et promotion de la croissance

Un paquet d'activités destiné au suivi et à la promotion de la croissance comprend :

- ▶ Une évaluation régulière de la croissance de l'enfant
- ▶ La prise de décisions relative aux actions que la personne responsable de l'enfant doit prendre
- ▶ La prise de décisions relative aux actions à exécuter dans les programmes ou à mener par la communauté pour soutenir les familles
- ▶ Le suivi des effets découlant des actions entreprises.

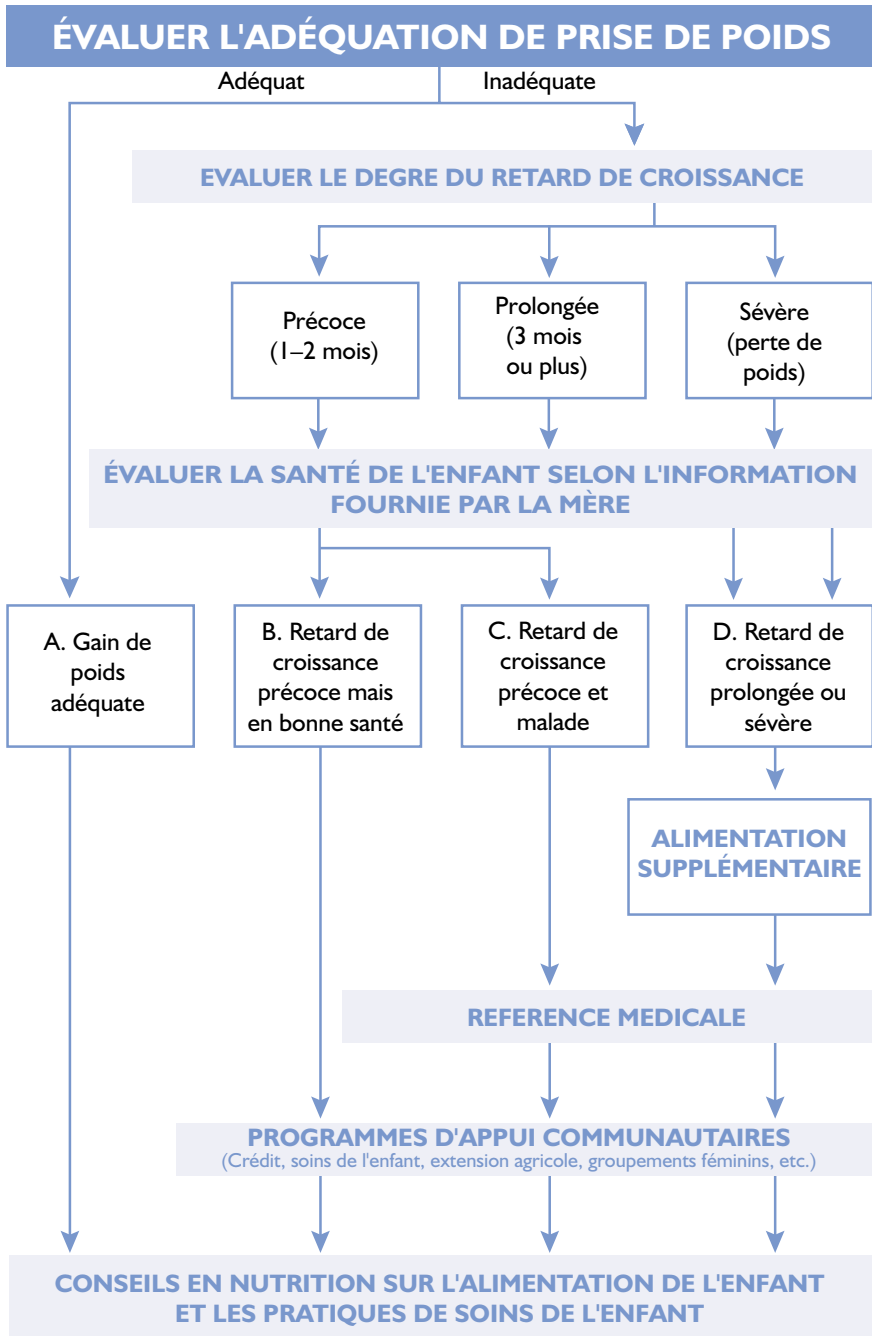
Comme signalé ci-dessous, le suivi de la croissance est mené dans le but de détecter le retard de croissance chez l'enfant. Ce suivi devrait être accompagné d'activités de promotion de la croissance qui comprend les actions entreprises pour renforcer les bonnes pratiques ou les remèdes appliqués pour corriger le retard de croissance. Cette promotion de la croissance est l'action préventive la plus appropriée pour les nourrissons et les petits enfants (âgés de 0–23 mois ou de 0–35 mois) et est destinée à détecter les problèmes avant qu'ils ne deviennent sérieux.

Un enfant dont la croissance n'est pas aussi rapide que celle d'un enfant bien nourri de son âge est considéré comme ayant un retard de croissance ou un poids insuffisant par rapport à son âge. Ce retard de croissance est un signe de danger et doit inciter le responsable ou la famille de l'enfant et l'agent de santé à agir. Lors des programmes de promotion à l'occasion desquels les enfants sont pesés chaque mois, les agents de santé peuvent constater si un enfant prend du poids de façon adéquate, d'une pesée à l'autre, en joignant les deux points sur la courbe de croissance et en observant la direction de la courbe. La classification du niveau de croissance réalisée à travers ce tracé déterminera les actions à entreprendre.

- ▶ Certains programmes utilisent les classifications simples tel que « gain de poids » (la ligne monte entre deux pesées), « poids stationnaires » (la ligne entre deux pesées ne monte ni ne descend mais reste alors droite) et « perte de poids » (la ligne entre deux pesées descend). Les mères des enfants qui se retrouvent dans ces deux dernières classifications doivent recevoir davantage du conseil et des visites à domicile.
- ▶ D'autres programmes emploient un système de classification plus complexe mais qui peut être fiable dans la détection des problèmes. Par exemple :
 - Un enfant grandit normalement si sa courbe de croissance est parallèle ou est supérieure à la courbe de la population de référence, même s'il se trouve ou non dans « Le chemin de la santé ».

- Un enfant qui n'a pas pris de poids suffisant pendant 1–2 mois mais qui se trouve dans « Le chemin de la santé » et n'est pas actuellement malade doit avoir son alimentation surveillée afin d'empêcher la continuation de la non prise de poids.
 - Un enfant qui ne prend pas suffisamment de poids pendant 1–2 mois et est malade requiert des soins médicaux. En outre, s'il n'a pas d'appétit, son alimentation doit être surveillée.
 - Un enfant qui ne prend pas suffisamment de poids pendant 1–2 mois et se trouve en dessous du « Chemin de la santé » a besoin de soins médicaux urgents (par exemple, une visite à domicile par un agent spécialisé ou une inscription dans un programme de distribution alimentaire)
 - Un enfant qui perd du poids ou qui n'a pas pris de poids adéquat pendant trois (3) mois ou plus, court un grand risque et sa situation est très précaire. Il se peut que cet enfant souffre d'une maladie sérieuse, d'un problème alimentaire grave, d'un problème de développement ou de métabolisme ou même d'un problème social. Cet enfant a besoin de soins médicaux et d'aide en raison de sa situation familiale.
 - Un enfant qui est malade, même s'il grandit bien, a besoin de soins médicaux.
- ▶ Pour classifier la croissance des enfants, certains programmes se fondent sur la prise adéquate de poids plutôt que sur le fait que l'enfant ait simplement pris ou perdu du poids. Ces programmes donnent aux agents de santé des lignes directrices sur ce qui est une prise de poids acceptable. Par exemple :
- En Inde (Tamil Nadu), le gain de poids chez les enfants âgés de 6–11 mois est considéré adéquat si ces enfants prennent au moins 500 grammes par mois ; il en est de même chez les enfants âgés de 12–35 mois qui devraient prendre au moins 165 grammes par mois (ou 500 grammes en 3 mois).
 - En République Dominicaine, les niveaux de prise de poids suivants sont considérés adéquats ; au moins 500 grammes par mois chez les nourrissons âgés de 0–8 mois et 200 grammes par mois chez les enfants âgés de 12–23 mois.
- ▶ Les critères suivants devraient être utilisés dans la prise en charge des enfants sévèrement malnutris : si l'enfant ne prend pas au moins 5 grammes par kg de poids corporel par jour, son cas doit être classifié ainsi « ne s'améliore pas » et des actions doivent être entreprises. Après le rétablissement, l'enfant est considéré comme étant hors du danger s'il maintient un poids par rapport à l'âge d'écart-type (ou de 80 pour cent) de la référence poids par rapport à la taille. Voir pour plus de détails les *Lignes directrices sur la prise en charge de la malnutrition grave, publiées en 1998 par l'OMS*.

Voir les exemples cités dans les illustrations ci-dessous montrant la manière dont les enfants peuvent être classifiés selon la prise de poids et comment les responsables de programmes de santé peuvent utiliser cette information pour mettre en place des activités tels que programmes de santé, d'alimentation et de conseils dans le but de satisfaire les besoins de l'enfant et de la famille.



Source : Adapté de Griffiths et al. 1996.

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile**14** Suppléments en fer pour la prévention de l'anémie chez l'enfant**Bébés âgés de 6–24 mois**

Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6–12 mois :	Dosage (quotidien)	Catégorie selon le poids de naissance	Durée
<40 %	12.5mg de fer + 50 µg d'acide folique par jour	Normal	De 6 à 12 mois d'âge
		Poids de naissance faible (<2500g)	De 2 à 12 mois d'âge
>40 %	12.5mg de fer + 50 µg d'acide folique par jour	Normal	De 6 à 24 mois d'âge
		Poids de naissance faible (<2500g)	De 2 à 24 mois d'âge

Notes : La dose de fer pour les enfants âgés de 2–5 ans est basée sur 2mg de fer/kg de poids corporel/jour.

Individus âgés de plus de 2 ans

Groupe	Dosage (quotidien)
Enfants de 2–5 ans	20–30 mg de fer
Enfants de 6–11 ans	30–60 mg de fer
Adolescents et adultes	60 mg de fer

Note : La dose de fer pour les enfants âgés de 2–5 ans est basée sur 2mg de fer/kg de poids corporel/par jour.

- Si le groupe de population comprend des filles et des femmes en âge de procréer, une dose de 400µg d'acide folique devrait être incorporée au supplément en fer pour la prévention de malformations de naissance chez celles qui deviendront enceintes.
- La recherche se poursuit pour déterminer la posologie la plus rentable pour les suppléments en fer à l'intention de ces groupes d'âge dans des contextes différents. L'efficacité d'une dose hebdomadaire ou bi-hebdomadaire chez ces groupes semble prometteuse et l'efficacité opérationnelle des posologies irrégulières est en cours d'évaluation. En attendant la formulation des recommandations basée sur des politiques écrites, les planificateurs de programme devraient adopter la posologie la plus faisable et durable dans leurs communautés respectives.

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile**15** Traitements antiparasitaires pour la prévention de l'anémie*Pour les enfants de plus de 5 ans et les adultes*

- ▶ Là où l'**ankylostome** est endémique (de 20–30 % de prévalence ou plus), il est plus efficace de combiner le supplément en fer avec des traitements anthelminthiques à l'intention des adultes et des enfants âgés de plus de 5 ans. Les posologies suivantes par dose unique sont recommandées pour au moins un traitement unique par an.

Albendazole : 400mg pour une dose unique

Mebendazole : 500mg pour une dose unique

Levamisole : 2.5mg/kg pour une dose unique

Pyrantel : 10mg/kg pour une dose unique

- ▶ Là où la bilharziose urinaire est endémique, fournir un traitement annuel aux enfants scolarisés qui signalent la présence de sang dans leurs urines :

Praziquantel : 40mg/kg pour une dose unique

Source : GCIAN/OMS/UNICEF 1998.

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile**16** Traitement de l'anémie sévère chez les enfants*Définitions de l'anémie sévère*

- ▶ **1^e critère** : Taux d'hémoglobine <7.0g/dL, ou d'hématocrite <20 %.
- ▶ **2^e critère** : Analyse de goutte de sang sur du papier filtre, cette méthode est appelée auparavant la Méthode Talqvist (les kits sont disponibles au niveau de l'OMS).
- ▶ **3^e critère** : Pâleur extrême de la conjonctive, pâleur palmaire, ou de la racine des ongles, ou l'essoufflement au repos (voir photo à la fin de ce Protocole).
- ▶ **Note** : Tout enfant avec une manifestation d'œdème ou d'émaciation grave devrait être considéré comme étant gravement anémié (voir aussi les notes sur le tableau ci-dessous sur le traitement).

*Décision de traiter ou de référer des cas d'anémie sévère***Critères pour référer des cas à un centre spécialisé, un médecin ou un hôpital :**

- ▶ signes de détresse respiratoire ou de rythme cardiaque anormal (par ex., une respiration difficile au repos ou un œdème)

Des cas qui NE SONT PAS RÉFÉRÉS devraient être traités comme suit :

Groupe d'âge	Dose	Durée
< 2 ans	25mg de fer + 100-400µg d'acide folique par jour	3 mois
2-12 ans	60mg de fer + 400µg d'acide folique par jour	3 mois

Notes : À la fin d'un traitement thérapeutique en suppléments de 3 mois, les nourrissons continueront de recevoir un supplément préventif en fer et en acide folique, comme indiqué (cf. protocole 15).

Les enfants présentant un œdème ou une émaciation grave seront considérés comme étant gravement anémiés. Néanmoins, la prescription d'un supplément en fer (oral) sera retardée jusqu'à ce que l'enfant retrouve l'appétit et commence à prendre du poids, le plus souvent après 14 jours.

Suivi des cas d'anémie sévère traités

Les enfants diagnostiqués comme souffrant d'anémie sévère et traités avec des gouttes de fer et avec la thérapie de folate devraient être revus, après une semaine, pour une évaluation et quatre semaines après le commencement d'un supplément en fer. Le but de ce suivi est de référer les enfants qui ont besoin d'une attention médicale particulière.

Lors de ce suivi, les enfants devraient être RÉFÉRÉS à un hôpital si :

- ▶ leur état s'est dégradée lors de la visite de suivi après une semaine de traitement OU
- ▶ leur état ne s'améliore pas du tout lors de la visite de suivi après quatre semaines de traitement.

Source : INACG/OMS/UNICEF 1998.

Diagnostiquer une anémie sévère par la pâleur palmaire

Procéder à la comparaison de la couleur de la paume chez l'enfant souffrant de l'anémie avec celle d'autres enfants qui ne souffrent pas d'anémie. Si la couleur de la paume est très pâle (aussi pâle qu'elle semble être blanche), l'enfant souffre d'une anémie sévère.



Source : OMS/UNICEF, Livre de recommandations de la PCIME, et des Guides de formation 1996.

PROTOCOLE de NUTRITION *Santé infantile*

17 Suppléments en vitamine A à donner aux enfants pour prévenir la carence en vitamine A

Nourrissons âgés de 6–11 mois

▶ 100 000 UI par voie orale, tous les 4 à 6 mois^b

Enfants âgés de 12 mois et plus

▶ 200 000 UI par voie orale, tous les 4 à 6 mois^b

- a. Les nourrissons de moins de 6 mois ne devraient recevoir de la vitamine A que si leurs mères n'avaient pas reçu une dose après l'accouchement ou s'ils ne sont pas allaités au sein. La dose recommandée pour les enfants de moins de 6 mois est de 50 000 UI par voie orale en une dose unique. Les programmes s'assureront à ce que les nourrissons de moins de 6 mois ne reçoivent pas la dose plus élevée destinée aux mères ou aux enfants plus âgés.
- b. Il a été constaté que les réserves de vitamine A chez des individus souffrant d'une carence peuvent descendre en dessous des niveaux optimaux 3 à 6 mois après la prise d'une forte dose ; néanmoins, la prise de la vitamine A par intervalle de 4 à 6 mois devrait être suffisante pour prévenir toutes conséquences sérieuses entraînées par une carence en vitamine A.

Source : OMS/UNICEF/GCIAN 1997.

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile**18** Suppléments en vitamine A pour les enfants malades

TRAITEMENT DES ENFANTS SOUFFRANT DE DIARRHÉE PROLONGÉE OU SÉVÈRE, D'IRA, DE VARICELLE, D'AUTRES INFECTIONS SÉVÈRES OU DE FAIBLE POIDS PAR RAPPORT A LEUR AGE

Administer une dose unique

Nourrissons âgés de < 6 mois	▶ 50 000 UI, une fois, par voie orale
Nourrissons âgés de 6–11 mois	▶ 100 000 UI, une fois, par voie orale
Enfants âgés de 12 mois et plus	▶ 200 000 UI, une fois, par voie orale

Note : Les enfants recensés comme ayant reçu une forte dose habituelle de supplément en vitamine A au cours des 30 derniers jours NE devraient pas recevoir une dose additionnelle.

Source : OMS/UNICEF/ IVACG 1997.

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile**19** Suppléments en vitamine A pour des cas de rougeole qui ne sont pas compliqués (pas de signes oculaires)

Administer deux doses

Une lors du diagnostic, et l'autre le jour suivant

Nourrissons âgés de < 6 mois	▶ 50 000 UI, une fois, par voie orale
Nourrissons âgés de 6–11 mois	▶ 100 000 UI, une fois, par voie orale
Enfants âgés de 12 mois et plus	▶ 200 000 UI, une fois, par voie orale

Source : OMS/UNICEF/ IVACG 1997.

PROTOCOLE de NUTRITION Santé infantile**20** Traitement de la xérophtalmie ou de la rougeole avec des signes oculaires**Administer trois doses**

1^e dose :	<i>Immédiatement après le diagnostic :</i> < 6 mois d'âge De 6–11 mois d'âge De 12 mois ou plus	50 000 UI 100 000 UI 200 000 UI
2^e dose :	<i>Jour suivant</i>	Même dose pour le groupe d'âge spécifié
3^e dose :	<i>2 semaines après</i>	Même dose pour le groupe d'âge spécifié

TOUS les cas cités — même ceux ayant reçu une dose habituelle importante de supplément en vitamine A au cours des 30 derniers jours — devraient recevoir les trois doses.

Notes :

- La Xérophtalmie comprend ceux souffrant d'héméralopie, de xérosis conjonctivales avec des taches de Bitôt, de xérosis cornéen, d'ulcération cornéenne et de kératomalacie. cf. page suivante pour voir les photos. Les doses devraient être administrées par voie orale, la première dose immédiatement après le diagnostic de la xérophtalmie. Immédiatement après, des patients souffrant d'un cas aigu de lésions de la cornée devraient être référés à un hôpital en urgence, puisqu'ils présentent un problème de traitement complexe.
- Si le patient n'a pas l'assurance de recevoir un traitement le jour suivant ou après 2 semaines, la mère ou la personne responsable devrait recevoir les capsules qu'elle emportera avec elle à la maison. Cette personne recevra des indications sur la manière d'ouvrir les capsules et d'administrer la dose prescrite.

TRAITEMENT DE LA XÉROPTHALMIE CORNÉENNE

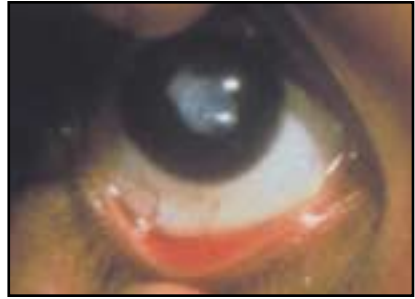
La xérophtalmie cornéenne est une urgence médicale. La vitamine A doit être administrée immédiatement et selon les mêmes doses que celles prescrites ci-dessus. Afin de traiter ou de prévenir toute infection bactérienne secondaire qui pourrait aggraver la dégradation de la cornée, une application locale d'un antibiotique (en pommade) ophtalmologique telle la tétracycline ou chloramphénicol est recommandée. Des pommades ophtalmologiques contenant du stéroïde ne devraient jamais être utilisées dans ces circonstances. Pour prévenir le traumatisme de la cornée affaiblie par un ulcère, l'œil devrait être protégé par un cache ; dans le cas des jeunes enfants, il pourrait être nécessaire de restreindre tout mouvement de bras.

Source : OMS/UNICEF/ IVACG 1997.

Les signes des yeux qui révèlent une carence sévère en vitamine A



Tâches de Bitot



Domage de la cornée



Tâches de Bitot



Domage de la cornée

Source : OMS/UNICEF, 1996 , Livre de tableaux de la PCIME, et des Manuels de formation ; Helen Keller International, Training Guide, HKI/New York.

Lectures et références

CHAPITRE 1 Introduction

ACC/SCN, 1997. Third Report on the World Nutrition Situation. Geneva, Switzerland.

ACC/SCN News, 1994. Maternal and Child Nutrition No.11, 1994 p.1. Geneva. Adapted from drawing by Lindsay Barrett. ACC/SCN, Geneva, Switzerland.

UNICEF, 1990. Conceptual framework in 'Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries'. Monograph, June 1990. Programme Division, Nutrition Section, New York.

WHO, ongoing. Micronutrient Deficiency Information System (MDIS). WHO/UNICEF global database, 1996-1998. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1992. World Declaration on Nutrition. Plan of Action for Nutrition. Adopted by the International Conference on Nutrition, jointly sponsored by the Food and Agriculture Organization of the United Nations and the World Health Organization, on 11 December 1992. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1997. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). A WHO/UNICEF Initiative. The Bulletin of the WHO, volume 75, Supplement.

WHO, 1998. Malnutrition and the Causes of Childhood Mortality. Based on C. J. L. Murray and A. D. Lopez, The Global Burden of Disease, Harvard University Press, Cambridge (USA), 1996; and D. L. Pelletier, E. A. Frongillo and J. P. Habicht, 'Epidemiological evidence of a potentiating effect of malnutrition on child mortality', in American Journal of Public Health, 1993.

CHAPITRE 2 Interventions prioritaires en nutrition

ACC/SCN 1991. Managing successful nutrition programs. State of the art series, nutrition policy discussion paper number 8. By S. Gillespie and J. Mason. ACC/SCN, Geneva.

ACC/SCN 1996. How nutrition improves. State of the art series, nutrition policy discussion paper number 15. By S. Gillespie, J. Mason and R. Martorell. ACC/SCN, Geneva.

BASICS, 1997. Emphasis behaviors in maternal and child health: focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities. Technical report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Levin H.M., E. Pollitt, R. Galloway and J. McGuire, 1993. Micronutrient deficiency disorders. In Disease control priorities in developing countries, by D.T. Jamison, W.H. Mosley, A.Measham and J.L.Bobadilla, editors. The World Bank; Washington D.C. Oxford University Press.

Pearson 1993. Thematic evaluation of UNICEF support to growth monitoring. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

Pinstrup-Andersen, D. Pelletier and H.Alderman editors, 1993. Child growth and nutrition in developing countries: priorities for action. Cornell University Press, Ithaca and London.

UNICEF, 1998. The State of the World's Children. Focus on nutrition. UNICEF, New York.

WHO, 1998. A critical link - interventions for physical growth and psychological development. Draft monograph. WHO, Division of Child Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Allaitement maternel exclusif

Cohen R. J., K.H.Brown and J.Canahuati, et al. 1994. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake and growth: a randomized intervention study in Honduras. Lancet 344:288-293.

Horton S., T. Sanghvi, and M. Phillips, et al. 1996. Breastfeeding promotion and priority setting in health. Health Policy and Planning 11(2):156-168.

Institute for Reproductive Health, 1994. Guidelines: breastfeeding, family planning and the Lactational Amenorrhea Method - LAM. Monograph. Georgetown University, Washington D.C.

UNICEF, 1992. Hospital self-appraisal tool for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

Victora C.G., Smith P.G. and Vaughn J.P. et al. 1987. Evidence of protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* ii:319-22.

WHO/UNICEF, 1989. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. A joint WHO and UNICEF statement. WHO, Geneva and UNICEF, New York.

WHO, 1991. Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an informal meeting 11-12 June, 1991. WHO/CDD/SER/91.14. Division of Diarrheal and Acute Respiratory Disease Control, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998a. HIV and Infant Feeding, WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT/(J)98-1; and WHO/FRH/NUT/CHD/98.2UNAIDS/98.4, UNICEF/PD/NUT/(J)98-2. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998b. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9. Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Alimentation complémentaire

DHS/MACRO International and MOH. 1996. Uganda Demographic and Health Survey. Country report. MACRO International, Calverton, Maryland.

Dickin K., M. Griffiths and E. Piwoz. 1997. Designing by Dialogue: A Program Planners's Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. HHRAA Project, SARA/AED, The Manoff Group. Washington D.C.

Griffiths, M., K. Dickin, and M. Favin, 1996. Promoting the Growth of Children: What Works. World Bank. Number 4 in the Nutrition Toolkit series. The World Bank, Washington D.C.

UNICEF, April 1997. The Care Initiative: Assessment, Analysis and Action to Improve Care for Nutrition. Monograph. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

WHO, 1998. Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge. Monograph prepared in collaboration with WHO/UNICEF/UC Davis/ORSTOM. WHO/NUT/98.1. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Management of Severe Malnutrition: A Manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Soins nutritionnels appropriés pour les enfants malades et malnutris

Ashworth, A. and C. Schofield, 1998. Latest Developments in the Treatment of Severe Malnutrition in Children. Editorial comments. *Nutrition* vol.14, No.2 p 244-245.

BASICS, 1997. Hearth nutrition model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh. In collaboration with World Relief. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Khanum, S., A. Ashworth and S.R.A. Huttly, 1998. Growth, morbidity and mortality of children in Dhaka after treatment for severe malnutrition: a prospective study. *Am. J. Clin. Nutr.* 67:940-945.

WHO, 1995. Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series No. 854, 1995. Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Management of Severe Malnutrition: A Manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1996. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Vitamine A

Sommer, A., 1995. Vitamin A deficiency and its consequences: a field guide to detection and control. 3rd edition. Monograph. WHO, Geneva.

Sommer, Alfred, and Keith P. West, Jr., 1996. Vitamin A Deficiency. Health, survival, and vision. New York: Oxford University Press.

WHO, 1993. How to give vitamin A supplements. WHO/EPI/TRAM 93.6. English. Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1994. Using immunization contacts as the gateway to eliminating vitamin A deficiency. A Policy Document. WHO/EPI/GEN/94.9 Rev.1. English. WHO, GPV/EPI, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force, 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1998. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Recommendations and Report of a Consultation. WHO/NUT/98.4. English. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Addendum on vitamin A supplements to the EPI polio manual. English. GPV and Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Fer

Beaton, G., McCabe G., R. Yip and S. Zlotkin, 1999. Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: summary of major findings. Statement prepared for release at the INACG Meetings, March 1999 in Durban, S. Africa.

van den Broek, N., 1998. Anemia in pregnancy in developing countries. Reviews. Brit J Obstetrics Gynec. 105:385-390.

Child Health Dialogue, 1997. How to manage anemia by Jane Carter. Ist Quarter Issue 6. AHRTAG, London.

INACG/WHO/UNICEF, 1998. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. By R. Stoltzfus and M.L.Dreyfuss. INACG, ILSI, Washington D.C.

MotherCare, JSI, USAID, 1998a. Micronutrients for the health of women and newborns. MotherCare Matters, Volume 6, number 1, November-December, 1996.

MotherCare, JSI, USAID, 1998b. Improving the quality of iron supplementation programs: the MotherCare experience. John Snow Inc., 1616 N. Ft. Myer Drive, Suite 1100, Arlington, Virginia 22209.

Stoltzfus, R. 1992. Interventions to Control Iron Deficiency Anemia. Johns Hopkins University. Paper prepared for USAID.

Stoltzfus, R., H.M. Chwaya, J.M. Tielsch et al. 1997. Epidemiology of iron deficiency anemia in Zanzibari schoolchildren: the importance of hookworms. Am J Clin Nutr 65:153-159.

Iode

WHO, 1994. Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodization. WHO/NUT/94.6. In collaboration with UNICEF and ICCIDD. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/ICCIDD, 1996. Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. WHO/NUT/96.13. In collaboration with UNICEF and ICCIDD. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CHAPITRE 3 Élaboration d'un plan de renforcement des activités de nutrition au niveau des structures de santé des districts

BASICS, 1999. Program review of nutrition interventions: checklist for district health services. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Dickin K., M. Griffiths and E. Piwoz. 1997. Designing by Dialogue: A Program Planners's Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. HHRAA Project, SARA/AED, The Manoff Group. Washington D.C.

- INACG/WHO/UNICEF. 1998. Stoltzfus R. J., and M. Dreyfuss. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. ILSI, Washington D.C.
- UNICEF, 1996. Self-Appraisal Tool for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. 1992. UNICEF, New York.
- WHO/UNICEF/ICCIDD. 1996. Recommended Iodine Levels in Salt and Guidelines for their Adequacy and Effectiveness. WHO/NUT/96.13
- WHO, 1991. Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991. WHO/CDD/SER/91.14. WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland
- WHO, 1999. Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland
- WHO/UNICEF/ICCIDD. 1996. Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. WHO/NUT/96.13. In collaboration with UNICEF and ICCIDD. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO, 1995. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series 854. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO/UNICEF, 1996. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO/UNICEF/IVACG. 1996. Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programs. WHO/NUT/96. 10.
- WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CHAPITRE 4 Directives techniques pour l'intégration de la nutrition dans les activités des structures de santé

- BASICS, 1997a. Emphasis behaviors in maternal and child health: focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities. Technical report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.
- BASICS, 1997b. Improving child health through nutrition: the nutrition minimum package. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.
- UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.
- UNICEF, April 1997. The Care Initiative: Assessment, Analysis and Action to Improve Care for Nutrition. Monograph. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.
- WHO, 1998. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. WHO, Division of Reproductive Health, Safe Motherhood Unit, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO, 1999. Addendum on Vitamin A Supplements to the EPI Polio Manual. English. GPV and Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank, 1999. Reduction of maternal mortality: A Joint Statement. WHO, Division of Reproductive Health, Safe Motherhood Unit, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO/UNICEF, 1995. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO/UNICEF, 1998. Improving family and community practices. A component of the IMCI strategy. WHO/CAH/98.2. English. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- WHO, 1998a. HIV and Infant Feeding, WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT/(J)98-1; and WHO/FRH/NUT/CHD/98.2, UNAIDS/98.4, UNICEF/PD/NUT/(J)98-2. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CHAPITRE 5 Développement de partenariats communautaires

BASICS, 1997. Hearth nutrition model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh. In collaboration with World Relief. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1997. Ethiopia participatory assessment report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1998. Community-based approaches to child health: BASICS experience to date. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, Mothers support groups, BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Chambers, R. 1994. Participatory rural appraisal (PRA): challenges, potential and paradigm. World Development, 22(10):1437-1454.

Jonsson, 1991. Community mobilization. Paper presented at the IVACG meeting, Guayaquil, Ecuador.

Pinstrup-Andersen, D. Pelletier, H. Alderman editors. 1995. Child Growth and Nutrition in Developing Countries. Cornell University Press. Ithaca and London.

Pretty, J.N., I.Guijt, J.Thompson, and I. Scoones. 1995. Participatory learning and action: a trainer's guide. International Institute for Environment and Development, London.

UNICEF, 1993. We will never go back. Iringa project, Tanzania. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

CHAPITRE 6 Les activités de communication pour l'amélioration de la nutrition

AED (Academy for Educational Development), 1995. Final report. Burkina Faso Nutrition Communication Project. AED, Washington D.C.

AED, USAID, Healthcom, 1993. Getting it in Focus. A Learner's Kit for Focus Group Research. A skill building guide for making focus group work (with worksheets), a training video, and the Handbook for Excellence in Focus Group Research.

BASICS, Healthcom, USAID, 1996. A tool box for building health communication capacity. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1998. Large scale application of nutrition behavior change approaches: lessons from West Africa. Technical report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

BASICS, 1999. Madagascar Country Report. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Dickin K., M. Griffiths and E. Piwoz, 1997. Designing by Dialogue: A Program Planners's Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. HHRAA Project, SARA/AED, The Manoff Group. Washington D.C.

Healthcom/USAID Project, 1992. Behavioral research in child survival. Studies from the Healthcom Project. AED, Washington D.C. USAID, Washington D.C.

The Manoff Group, 1998. Communications manual prepared for the World Bank. Draft.

UNICEF, 1998. A UNICEF nutrition information strategy: improving decision-making at household, community and national levels. Thematic series number PD-98-004. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York.

CHAPITRE 7 Appui aux actions de nutrition

BASICS, 1998. Information, education and communications materials developed by country teams in Madagascar, Honduras and Senegal. BASICS Project, 1600 Wilson Boulevard, Arlington, Virginia 22209.

Griffiths, K. Dickin, and M. Favin, 1996. Promoting the Growth of Children: What Works. No. 4 in Nutrition Toolkit series. The World Bank, Washington, DC.

Heaver, R. 1991. Using field visits to improve the quality of family planning, health and nutrition programs: a supervisor's manual. Policy research working papers. The World Bank, Washington D.C.

INACG/WHO/UNICEF. 1998. Stoltzfus R. J., and M. Dreyfuss. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. ILSI, Washington D.C.

Savage King, F. 1992. Helping mothers to breastfeed (revised). AMREF, Nairobi.

WHO. 1991. Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991. WHO/CDD/SER/91.14. WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO, 1999. Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1993. Breastfeeding counseling: a training course. Materials including participant's manual. WHO/CDR/93.5. UNICEF/NUT/93.3. UNICEF, Programme Division, Nutrition Section, New York and WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force, 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

CHAPITRE 8 Les protocoles de nutrition

FAO, 1988. Requirements of Vitamin A, Iron, Folate and B12. Report of a joint FAO/WHO expert consultation. FAO, Rome.

Gillespie, S. 1997. Improving adolescent and maternal nutrition: an overview of benefits and options. UNICEF staff working papers. Nutrition Series Number 97-002. UNICEF, New York.

Griffiths, K. Dickin, and M. Favin, 1996. Promoting the Growth of Children: What Works. No. 4 in Nutrition Toolkit series. The World Bank, Washington, DC.

INACG/WHO/UNICEF. 1998. Stoltzfus R. J., and M. Dreyfuss. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia. ILSI, Washington D.C.

Institute for Reproductive Health, 1994. Guidelines: breastfeeding, family planning and the Lactational Amenorrhea Method - LAM. Monograph. Georgetown University, Washington D.C.

JHU/WHO/USAID, 1997. The essentials of contraceptive technology. Johns Hopkins Population Information program. The Johns Hopkins School of Public Health. Baltimore, Maryland.

Savage King, F. and A. Burgess. 1996. Nutrition for developing countries. Second edition. Oxford Medical Publications. Oxford University Press, Nairobi, Kenya.

WHO, 1985. Energy and protein requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNU/ expert consultation. Technical report series 724. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland

WHO, 1995. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Bulletin of the World Health Organization, 73 supplement:1-98.

WHO, 1998a. HIV and Infant Feeding. WHO/FRH/NUT/CHD/98.1, UNAIDS/98.3, UNICEF/PD/NUT/(J)98-1; and WHO/FRH/NUT/CHD/98.2UNAIDS/98.4, UNICEF/PD/NUT/(J)98-2. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO, 1999. Management of Severe Malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF, 1989. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. A joint WHO and UNICEF statement. WHO, Geneva and UNICEF, New York.

WHO/UNICEF. 1996. Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Chart Book. Sections on assessing nutritional status, breastfeeding, feeding recommendations, and counsel the mother. WHO/CDR 95.14.E. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1211 Geneva 27, Switzerland.

WHO/UNICEF/IVACG Task Force. 1997. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. WHO, Nutrition Division, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Index

Note : une lettre "f" ou une lettre "t" après les numéros de page, indiquent, respectivement figures et tableaux.

A

Acide folique

- carence en, 3, 49–50
- suppléments. *cf.* fer/acide folique suppléments

« Activités spécifiques », 87

Adolescence, nutrition pendant la, 7f

Agents de base. *cf.* aussi Agents de santé appui sur les lieux de travail, 178 formation des, 176–78

Agents de santé

- appui et supervision des dans les lieux de travail, 178
- et pratiques des interventions de nutrition, 146t–147t
- formation des, 161, 176–78
- motivations pour les, 178–79
- rôles des, dans les partenariats communautaires, 118f, 119–120, 131

Agents de santé communautaire

- dans les services de santé infantile, 105 aides-mémoire pour les, 108t–113t
- dans les services de santé maternelle, 102 aides-mémoire pour les, 96t–101t, 102

Aide(s)-mémoire pour

- agents de santé qui s'occupent des enfants malades, 110t–111t
- agents de santé qui s'occupent des enfants sains, 112t–113t
- fournir de la vitamine A avec les vaccinations de routine, 108t–109t
- service d'accouchements, 98t–99t
- soins postpartum, 100t–101t
- soins prénatals, 96t–97t

Aliment(s)

- donnés aux enfants de 6 à 24 mois, 24–25, 26t
- densité des éléments nutritifs, 25, 26t
- manque d'appétit, 25, 40
- quantité des, 24–25, 26t
- préparation des, 24–25
- et repas familial, 25

pour les femmes, durant la grossesse et l'allaitement (protocole), 204–205

préparation hygiénique des, 226–227

Alimentation. *cf.* aussi allaitement maternel

- active, 28–30
- au biberon, 21, 40, 227–228
- avec tasse, 227
- conseils pour, 28–30, 232–233
 - pour femmes infectées avec le VIH, 230–232
- protocole d'évaluation, 249–250
- des enfants de 0 à 6 mois. *cf.* Allaitement maternel exclusif
- des enfants de 6 à 24 mois, 24–34
 - de mère infectée avec le VIH, 226–227
 - interventions pour améliorer, 28–34, 35
 - pauvres, enfants à risque de, 25–27
 - principes/problèmes habituels des, 24–25
- des enfants malades et des enfants souffrant de malnutrition, 38–39
- et diarrhée, 17f, 18, 34, 36–37
- et infections respiratoires aiguës, 17f
- interventions supplémentaires, 32–34
- pour mères infectées avec le VIH (protocole), 219–240
- protocole d'évaluation, 249–250

Alimentation active méthodes, 28–30

Alimentation au biberon, 21, 40, 228

Alimentation complémentaire

- enfants (0 à 6 mois), 17–18
- effets négatifs de, 17f, 19f, 21
- enfants (6 à 24 mois), 24–34
 - et méthodes pour améliorer la qualité du régime alimentaire, 28–34, 35
 - pauvre, enfants en risque de, 25–27
 - principes/problèmes courants, 24–25

Alimentation du nourrisson avec une tasse, 227

Allaitement maternel

- comme méthode de contrôle de fertilité (protocole), 19, 208–209
- complémentée avec d'autres liquides/aliments. *cf.* Alimentation complémentaire
- des nourrissons 0 à 6 mois, 17–23

- des nourrissons 6 à 24 mois, 24–34
 effets bénéfiques pour la mère, 19
 établi aussitôt après l'accouchement, 18, 98–99
 initiative des hôpitaux amis des bébés et, 9, 23, 210, 236
 initiatives internationales pour, 8–9
 manque de, risques, 21
 par les mères infectées avec le VIH, 219–222, 232–234
 par les mères VIH séronégatives, dans une région où le VIH est présent, 232–234
 politiques/pratiques pour l'encourager, 21–23
 pour les mères qui doivent se rendre au travail, 21
 protocoles, 208–218
 recommandations pour, 15–17
 sans restrictions, 18
- Allaitement maternel exclusif (AME), 15–24
 effets bénéfiques de, 17–19
 et mères qui travaillent, 21
 manque de, risques, 21
 politiques/pratiques l'encourageant, 21–23
 problèmes liés à, 20–21
- AME. *cf.* Allaitement maternel exclusif
- Anémie (carence en fer), 3, 46
 développement de, 46–49
 fer/acide folique suppléments pour, 49, 102, 174–175, 201, 254
 groupes à risque élevé, 49
 helminthiases lutte contre les, 50–51, 202, 255
 interventions, 40, 49–51
 protocoles de prévention
 pour les enfants, 254–255
 pour les femmes enceintes, 201–202
 protocoles de traitement
 pour les enfants, 256–257
 pour les femmes, 203
 sévère, 40, 202, 256–257
- Anémie sévère
 actions pour, 40
 définition, 256
 dépistage, 40, 257
 protocoles de traitement
 pour les enfants, 256–257
 pour les femmes, 203
- Animateurs, 118*f*, 119–120
- Anomalies congénitales, et carence en acide folique, 49
- Appétit, manque de, chez les enfants, 25, 40
- « Apprentissage à distance », 178
- Approvisionnements, 168–176
 du secteur commercial, surveillance des, 175
 éviter la « rupture de stocks », 174
 pour les cas de malnutrition sévère, 173*t*
 pour les services de santé infantile, liste de contrôle, 171*t*–172*t*
 pour les services de santé maternelle, liste de contrôle, 169*t*–170*t*
 rapports d'inventaire/de stocks, 185
 recommandations spéciales pour l'emmagasinage, 175
- B**
- Bangladesh, programme de nutrition du, 132
- Banque de lait maternel, 225
- Benin, revision du programme du, 76
- Bhutan, iodation du sel au, 6
- Burkina Faso, programme de communication, 162–163
- C**
- Care Initiative (UNICEF), 28, 32, 93
- Carence en vitamine A (CAD), 3, 38–46
 développement de la, 41–42, 43*f*
 effets de la, 38
 et cécité, 38, 40, 43, 207, 260–261
 groupes à risque élevé, 42–44
 initiative internationale contre la, 8
 interventions, 42, 44–46
 aux contacts de vaccination, 108*t*–109*t*
 piques saisonniers dans, 45*f*
 sévère, signes oculaires de, 261
 suppléments pour la prévention, 42, 44, 98*t*–99*t*, 108*t*–109*t*
 protocole pour les enfants, 258–259
 protocole pour les femmes, 207
 traitement, protocole de
 pour les enfants, 260–261
 pour les femmes, 207
- Cartographie pour établir ressources et accès aux services de santé, 78–80, 80*f*
- Cécité, causée par la carence en vitamine A, 38, 40, 42–44
 protocoles de traitement
 pour les enfants, 260–261
 pour les femmes, 207
- Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (protocole), 23, 211–218, 234
- « Cohabitation de la mère et du nouveau-né », 18

Communauté
définition de la, 116
revue des programmes nutritionnels, 66–69
exemple de questions, 74*t*–75*t*

Communications, 141–163
canaux et méthodes de, 152*t*, 153–154
collecte d'information pour, 149–151
développement du plan, 153–159
importance de la, 142–143
messages de, 155–159
objectives, exemple de, 148*t*
rôle des responsables de la santé, 144
sélection des comportements
recommandés, 149
suivi et évaluation de, 157–159
supports pour la, 153–159

Comportements
d'appui aux thèmes prioritaires de
nutrition, 146–147
sélection, pour le programme de
communication, 146–151

Conférence internationale sur la nutrition
(1992), 8

Conseils
cartes, exemple, 180*f*
exemple au niveau communautaire, 134
formation en, 156
matériels pour, 179–181
sur l'alimentation de l'enfant
pour les femmes VIH positives, 231–232
pour les femmes VIH séronégatives,
232–233
protocole d'évaluation, 249–250
6 à 24 mois, 28–30
sur le régime alimentaire durant la
grossesse, 205
VIH, 230–232

Conseils en nutrition. *cf.* Conseils

Conseils VIH, 230–232

Consultations enfant sain, 78, 79*f*
interventions nutritionnelles dans les, 89*t*
aide-mémoire de nutrition pour, 112*t*–113*t*
enregistrement des actions de nutrition, 183*t*

Consultations pour les enfants malades, 78, 79*f*
interventions nutritionnelles durant les, 89*t*
enregistrement des actions de nutrition
durant les, 183*t*

Contacts avec les structures de santé ou en
stratégie avancée et interventions
nutritionnelles, 77–78, 79*f*, 88*t*–89*t*, 91

Contacts de vaccination, 78, 79*f*

enregistrement des actions nutritionnelles,
183*t*
et interventions nutritionnelles aux, 45,
89*t*, 103–105, 108*t*–109*t*

Convention sur les droits de l'enfant, 8

Cornéenne xérophtalmie. *cf.* Xérophtalmie
cornéenne

D

Décideurs et thèmes prioritaires de nutrition,
146*t*–147*t*

Défauts du tube neural, 49

Densité des aliments donnés aux enfants de 6
à 24 mois, 24–25, 26*t*

Développement de partenariats
communautaires, 115–139
appropriations par la communauté, 121–122
autres groupes qui peuvent être impliqués
dans le, 127–135
Cycle des Trois-A (appréciation, analyse,
action), 123, 125*f*
évaluation et revue des activités dans le,
136*t*, 137–139
évaluations participatives, 123–127
exemples de, 120–121, 124, 126, 128*t*–130*t*,
131, 135
développement importance du, 116–117
et partage des responsabilités, 131, 137
options pour le développement, 120–127
rôles du responsable de programme et du
personnel de santé dans le, 117–120, 118*f*
stratégies d'implication communautaire,
128–130

Diarrhée

allaitement maternel et, 17*f*, 18
dans l'enfance, patron de la, 25, 27*f*
et pratiques pauvres d'alimentation, 34, 37

Difficulté respiratoire, et anémie sévère, 40

Données

dans les partenariats communautaires, 122,
137
suivi, 186

Données, collecte de

sur les comportements recommandés,
149–151
sur les programmes/interventions, 181–188,
189*t*–194*t*

E

Éducation

- des mères, effet sur les enfants, 27
matériels, 179–181
- Éducation communautaire en VIH, 230–237
- Éliminer la faim insoupçonnée, conférence (1991), 8
- Émaciation ou amaigrissement sévère,
diagnostic de, 30, 243–244
- Émaciation ou amaigrissement sévère visible,
diagnostic de, 40, 243–244
- Énergie, manque de, et anémie sévère, 40
- Enfants
alimentation des. *cf.* Allaitement maternel;
Alimentation
anémie (carence en fer) des. *cf.* Anémie
avitaminose A chez les. *cf.* Carence en
vitamine A
carence d'iode chez les, 51–53
des mères infectées par le VIH, 219–240
des mères malnutries, 6
impact du statut nutritionnel de la mère, sur
la nutrition des, 6, 7*f*, 27
initiatives internationales pour les, 8–9
malades. *cf.* Enfants malades
malnutrition chez. *cf.* Malnutrition
infantile
prévention du parasitisme chez les, 51, 255
protocole de l'évaluation nutritionnelle,
241–248
retard de la croissance chez les, 16, 31, 34–36
surveillance et promotion de la croissance
pour les, 30–32, 251–253
- Enfants (0 à 6 mois)
allaitement maternel des, 17–24
et donner autres liquides/aliments aux,
17*f*, 18, 19*f*, 20, 21
et pleurs comme signe d'insuffisance de
lait, 20–21
établissement du, 18
manque de, risques associées avec, 21
des mères HIV positives, alimentation des,
223–228
malnutrition chez les, patron
d'augmentation dans, 24, 27*f*
- Enfants (6 à 24 mois), alimentation des, 24–34
active, 28–30
des mères infectées par le VIH, 226–227
inadéquate, enfants en risque de, 25, 27
interventions pour améliorer, 28–34, 35
principes, problèmes habituels des, 24–25
- Enfants malades
aide-mémoire de nutrition pour, 110*t*–111*t*
évaluation du statut nutritionnel,
protocoles, 241–248
malnutrition chez, 34, 36–38
signes et actions pour, 40
suppléments de vitamine A pour,
protocoles, 258–261
- Enquêtes ménage, 187
exemple de questions dans les, 192–194
- Enregistrement et classement courant des
données, 181–186
exemple de, 183*t*
- ERP. *cf.* Évaluation rurale participative
- Étiopie
approche communautaire utilisée en, 123–126
partenariat communautaire en, 137
- Évaluation, 181–185, 186–188, 189*t*–191*t*. *cf.*
aussi Indicateurs de la communauté
de l'alimentation de l'enfant et conseils sur
l'alimentation (protocole), 249–250
de la croissance de l'enfant, 30–32, 251–253
des actions/interventions de nutrition,
66–69, 181–185, 186–188, 189*t*–191*t*
au niveau des structures de santé, 72–73
cycle, 123, 125*f*
de l'alimentation de l'enfant et conseils
sur l'alimentation (protocole), 249–250
niveau communautaire, 74*t*–75*t*, 121–127,
136*t*, 138–139, 188
des besoins, 121
du statut nutritionnel
des enfants (protocole), 241–249
des femmes (protocole), 206
niveau communautaire, 188
- Évaluation au niveau des communautés, 188
- Évaluation de la sous-nutrition des femmes
(protocole), 206
- Évaluation des besoins, participation
communautaire dans, 121
- Évaluation du statut nutritionnel de l'enfant
(protocole), 241–249
- Évaluation rurale participative (ERP), 123–127
- F**
- Fatigue et anémie sévère, 40
- Femmes. *cf.* *aussi* Mères
anémie sévère des, protocole de traitement,
203
carence en vitamine A des, traitement, 207
importance de la nutrition des, 7*f*
malnutrition des, et malnutrition infantile, 6

protocole pour l'évaluation de la sous-alimentation des, 206
régime alimentaire durant la grossesse (protocole), 204–205

Femmes allaitantes. *cf.* Femmes qui allaitent

Femmes enceintes. *cf. aussi* Services de santé maternelle

alimentation adéquate, importance de, 7*f*
anémie (carence en fer), 46–49

fer/acide folique suppléments pour, 49–50, 102, 174–175, 201

parasites, lutte contre les, 50–51, 202

protocoles de prévention, 201–202

protocoles de traitement, 203

sévère, 40, 203

signes de et actions pour, 40

carence en vitamine A, risques de, 42–43

interventions nutritionnelles pour, 88*t*
malnutrition, effets de la, 5

régime alimentaire (protocole), 204–205

soins des, aide-mémoire pour, 96*t*–97*t*

Femmes qui allaitent

carence de iode, parmi les, 51–53

effets de la malnutrition, chez les, 6

régime alimentaire (protocole), 204–205

suppléments de vitamine A pour, 44, 108*t*–109*t*, 207

Fer

carence en. *cf. aussi* Anémie

équilibre dans l'organisme, 47*f*

importance du, 4–6

sources alimentaires, 26*t*

Fer, suppléments, pour les enfants, prévention

de l'anémie (protocole), 254

Fer/acide folique suppléments

distribution des, 49–50

emmagasinage des, 175

pour les enfants (protocole), 254

pour les femmes (protocole), 201

Fer/acide folique suppléments, femmes

enceintes, prévention de l'anémie (protocole), 201

Filles

bonne nutrition, importance de, 7*f*

discrimination des, 27

Formation, 176–178

à base communautaire, 122

habiletés en conseils, 161

matériels, 171*t*

FQDU principes, 24–25

Fréquence des repas, enfants de 6 à 24 mois, 24–25, 26*t*

G

Gestion, utilisation des réseaux communautaires existants pour la, 122

Gestion. *cf.* Responsables de la santé

Groupes cibles, 69

Groupes communautaires, rôle des interventions nutritionnelles, 127–137
exemples, 131–132, 134

Groupements féminins, comme partenaires en interventions nutritionnelles, 133–135

Guides techniques, 166–167

H

Haïti, programme d'alimentation en, 132

Héméralopie (cécité nocturne), 40, 43

protocole de traitement pour les enfants, 260–261

protocole de traitement pour les femmes, 207

Honduras

conseils intégrés pour la santé et la nutrition, 134

réduction de la carence en vitamine A au, 8

I

IEC matériels, 160, 179. *cf. aussi* Aide(s)-mémoire

pour les programmes de santé infantile, 171

pour les services de santé maternelle, 169

problèmes habituels avec, 179–181

IHAB *cf.* Initiative des hôpitaux amis des bébés

Indicateurs, nutrition

dans les activités d'évaluation et de suivi, 181–185, 189*t*–191*t*

de la malnutrition sévère des enfants, 34–36

du retard sévère de la croissance, 34–36

indirects, 59–61

niveau communautaire, 136*t*

suivi, 186

types, 182

Indonésie, Programme national d'amélioration de l'alimentation de la famille, 121

Infections respiratoires aiguës (IRA), allaitement maternel et, 17*f*, 18

Initiative Bamako, 174, 175

Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB),
9, 23, 236

« dix conditions » de (protocole), 210

Initiative pour une maternité sans risque, 93

Interventions avec distribution alimentaire,
32–34

Interventions de supplémentation alimentaire,
32–34

Interventions prioritaires en nutrition. *cf.*
Nutrition, interventions prioritaires

Inventaire, rapports de, 185–186

Iodation universelle du sel (IUS), 9, 53

Iode, 6, 51

IRA. *cf.* infections respiratoires aiguës

IUS. *cf.* Iodation universelle du sel

J

Journaliers, besoins énergétiques des enfants
de 6 à 24 mois, 26*t*

K

Kwashiorkor (œdème des deux pieds),
diagnostic du, 40, 243, 245

L

Lait maternel

avantages du, 18

effet des aliments de complément sur,
18–19, 19*f*

exprimer manuellement, 20, 225

« insuffisance », 20–21, 40

traité par chauffage, 225

Le modèle Hearth, exemples d'utilisation, 132

Les « dix conditions » de l' (IHAB)

pratiques recommandées pour les services
de maternité (protocole), 210

Lutte contre helminthes. *cf.* Lutte contre les
helminthiases

Lutte contre les helminthiases

protocole pour les enfants, 255

protocole pour les femmes, 202

M

Madagascar

cartes-conseil au, 180*f*, 181

programme de communications du,
160–161

Maladies de l'enfance, 34. *cf. aussi* Enfants
malades

Malnutrition

causes de la, 3–4, 5*f*

questions à poser pour l'identifier, 60,
65–66, 62*t*–65*t*

chez les enfants. *cf. aussi* Malnutrition
infantile

conséquences de la, 2

chez les femmes, 4, 206

cycle mère-enfant, 4, 7*f*

due à la carence de micronutriments, 3
évaluation de la, 58–66. *cf. aussi*

Indicateurs, nutrition,

protocoles, 206, 241–248

généralisée, 2

interventions pour la. *cf.* Nutrition,
interventions prioritaires

sévère. *cf.* Malnutrition sévère, chez les
femmes

Malnutrition généralisée, 2

Malnutrition infantile, 2, 4

calendrier de prise en charge, 41*f*

causes de, 3–4, 5*f*, 6

chez les enfants malades, 34–38

et maladies de l'enfance, mortalité, 34–35

et malnutrition maternelle, 6, 7*f*

et mortalité infantile, 2, 2*f*, 3

effets de, 6, 16

examen physique pour dépister la
malnutrition, 243–245

groupes à risque élevé, 37–38

interventions pour, 16–55. *cf. aussi*

Interventions en nutrition

exemples de programmes

communautaires, 132, 134, 136–139

pour cas graves, 34–38

patron d'accroissement pendant l'enfance,
24, 27*f*

protocole d'évaluation, 241–248

sévère. *cf.* malnutrition sévère chez les
enfants

signes de, 40

utilisation des mesures du poids et de la
taille pour la dépister, 246–248

Malnutrition sévère, chez les enfants

approvisionnements pour la prise en charge
de la, 173

calendrier de prise en charge, 41*f*

définition de, 34

examen physique pour dépister la, 243–245

groupes à risque élevé, 37–38

indicateurs, 34–36
 interventions, 38
 mensurements du poids et de la taille dans la, 246–248
 protocole pour diagnostiquer la, 241–248
 soins, 36

Marasme (signes visibles d'émaciation), diagnostic du, 40, 243–244

Matériels. *cf.* Approvisionnements

Mesurement. *cf.* Évaluation

Mères. *cf. aussi* Services de santé maternelle
 alimentation du nourrisson par les. *cf.* Allaitement : Alimentation
 allaitement maternel *cf.* Femmes qui allaitent
 bonne nutrition, importance de la, 7*f*
 carence en vitamine A des. *cf.* Carence en vitamine A
 et liens malnutrition mère-enfant, 6
 infectées avec le VIH, protocole d'alimentation du nourrisson, 219–240
 malnutrition des, effets de la, 4
 pratiques en rapport avec les thèmes prioritaires de nutrition, 146*t*–147*t*
 régime alimentaire protocole, 204–205
 soins des, lors de l'accouchement. *cf.* Soins à l'accouchement
 soins des, postpartum. *cf.* Soins postpartum

Mères infectées avec le VIH, protocole d'alimentation du nourrisson, 219–240

Mères VIH séronégatives, dans une région où le VIH est présent, alimentation du nourrisson par les, 232–234

Messages de communication, 155–159
 le prétest, 155–156

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée pour la planification familiale (MAMA) (protocole), 19, 208–209

Méthodes de collecte de données, 150, 186–188

Micronutriments
 carence de, 3–4
 sources alimentaires de, 26*t*

Mobilisateurs, 118*f*, 119

Modèles de cartes de santé, 184

Mortalité post-infantile
 allaitement maternel et, 17*f*
 consommation de vitamine A et, 42
 malnutrition et, 2, 2*f*, 3

Motivations, pour les agents de santé, 178–179

N

Nigeria, partenariats communautaires au, 131, 137

Nourrices, le système de, 225

Nourrissons. *cf.* Enfants entrées

Nutrition
 adéquate, définition de, 3
 données de base concernant la, 3–8
 inadéquate. *cf.* Malnutrition
 liens entre la nutrition de la mère et celle de l'enfant, 6, 7*f*

Nutrition, aides-mémoire. *cf.* Aide(s)-mémoire

Nutrition, indicateurs de. *cf.* Indicateurs, nutrition

Nutrition, interventions prioritaires. *cf. aussi* problème spécifique ou intervention de nutrition
 ayant eu du succès, exemples de, 6–8
 contacts de santé pour, 77–78, 79*f*, 88*t*–89*t*, 91
 des activités/pratiques, 10*t*–11*t*, 146*t*–147*t*
 dans les services de santé infantile. *cf.* Services de santé infantile
 dans les services de santé maternelle. *cf.* Services de santé maternelle
 évaluation de, 181–185, 186–188
 formation des agents de santé dans les, 176–178
 groupes cibles, 70
 guides internationaux pour. *cf.* Protocoles intégration dans les activités des structures de santé, 85–105, 106*t*–113*t*
 étapes-clés, 86–91
 liste des, 15–16, 54
 planification/renforcement. *cf.* Planification des interventions nutritionnelles
 résultats prioritaires, 11–12, 15–16
 revu de programmes, 66–69, 72*t*–75*t*, 76
 soutien international pour, 8–9
 suivi des, 181–186

O

Œdème des deux pieds, diagnostic, 40, 243, 245

OMS (Organisation mondiale de la Santé)
 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (protocole), 23, 211–218
 cours sur les conseils en matière d'allaitement maternel, 161
 initiatives appuyées par, 8–9

ONGs. *cf.* Organisations non gouvernementales

Options pour l'alimentation du nourrisson, mères infectées avec le VIH (protocole), 219–240

Organisations non gouvernementales (ONGs) partenariats communautaires, rôles des, exemple, 131

Ouganda, insuffisance de poids durant l'enfance et diarrhée en, 27*f*

P

Pâleur, et anémie, 40, 257

Paludisme lutte contre le, 51
protocole, 202

Parasites, contrôle des, 50–51
protocole pour les enfants, 255
protocole pour les femmes, 202

PCIME. *cf.* Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, programme

Pharmaceutiques
pour les programmes de santé infantile, 171*t*
pour les programmes de santé maternelle, 169*t*

Pieds, œdème des, diagnostic du, 40, 243, 245

Planification des interventions nutritionnelles, 58–83
cartographie, 78–80, 80*f*
étapes, 58
exemple, 81
groupes cibles dans la, 70
impliquer les agents de base et agents d'autres secteurs, 77–78, 81
impliquer les communautés dans la, 121
objectifs dans la, 70–71
problèmes de nutrition dans la, 59–61, 62*t*–65*t*
ressources dans la, 82–83
revue des interventions nutritionnelles existantes dans la, 66–69, 72*t*–75*t*, 76
stratégie dans la, 71–82

Planification familiale, allaitement maternel comme méthode pour la, 19
protocole, 208–209

Poids. *cf.* entrées pour croissance à la naissance, importance du, 7*f*
et diarrhée durant l'enfance, 27*f*
évaluation du gain adéquat (protocole), 253
information sur utilisation du, 32
très faible, 40

Poids par rapport à l'âge, diagramme, 248

Poids à la naissance, 7*f*

Postpartum, soins du, 78, 79*f.* *cf.* Allaitement ; Soins à l'accouchement ; Services de santé maternelle
aide-mémoire de nutrition pour, 100*t*–101*t*
enregistrement des actions nutritionnelles dans le, 183*t*
interventions de nutrition dans les, 88*t*

Préparation industrielle, 223

Préparations industrielles pour nourrisson, 223

Prestataires de services privés
et occasions pour fournir des interventions nutritionnelles, 104
et surveillance des approvisionnements des produits commercialisés, 175

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) programme, 9, 29, 34

Programme de communication développement du, 144–159
étapes de, 145, 162–163
exemples, 160–163
mise en œuvre, 155–159

Programme national d'amélioration de l'alimentation de la famille (UPGK), Indonésie, 121

Programmes et services de santé. *cf.* aussi Services de santé infantile ; Services de santé maternelle
carte et accès aux, 78–80, 80*f*
comme partenariats communautaires. *cf.* partenariats communautaires
efforts de nutrition dans, 2, 9–10. *cf.* aussi Nutrition, interventions prioritaires
objectifs nutritionnels de, 70–71
organisation des, en relation avec l'alimentation du nourrisson et le VIH (protocole), 228–239

Projet Iringa, Tanzanie, 119, 123–124

Protocoles, 166–167, 197–199
adaptation des, 198
liste de, 200
santé et nutrition infantiles, 211–261
santé et nutrition maternelles, 201–240

Q

Quotidiennes, activités dans la communauté, organisation des, partenariats, 122

R

Rapports des stocks, 185–186

Recherche. *cf.* Données, collecte de

Référence matériels de, liés au VIH, 240

Régime alimentaire. *cf.* aliment(s)

Régime alimentaire pendant la grossesse et l'allaitement (protocole), 204–205

Responsables au niveau du district. *cf.* décideurs de politiques, stratégies rôle des dans le suivi et l'évaluation, 190*t*

Responsables de la santé

- anémie (carence en fer), 48
- et activités de communications, 144
- et carence en vitamine A, 42
- et malnutrition de l'enfant, 39
- et partenariats communautaires, 117–120
- et troubles dus à une carence en iode, 52
- et surveillance et suivi, 181–182, 189*t*–191*t*

Responsables de programme. *cf.* Responsables de la santé

Ressources

- cartographie, 78–80, 80*f*
- identification des, 82–83
- mobilisation, dans les partenariats communautaires, 122

Ressources communautaires

- cartographie, 78–80, 80*f*
- identification des, 82–83
- mobilisation de, 122

Résultats prioritaires de nutrition, 11–12, 15–16

Retard de la croissance, 16

- actions pour, 31
- sévère, indicateurs pour le, 34–36

Retard sévère de la croissance, indicateurs pour, 34–36

Revue des programmes (de nutrition dans les services de santé), 62–64

- étapes, 67–68
- exemples, 76
- objectifs de, 68–69
- questions pour les services communautaires, 74*t*–75*t*
- questions pour les structures de santé, 72*t*–73*t*

Rougeole

- avec des signes oculaires, protocole de traitement, 260–261
- sans complications (pas de signes oculaires), suppléments en vitamine A (protocole), 259

S

Santé reproductive, et contrôle de l'anémie (carence en fer), 51

Sel, iodation du, 9, 53

Sénégal, partenariats communautaires au, 135–137

Sentinelles, sites, 186

Services de santé au niveau du district. *cf.* Programmes et services de santé

Services de santé infantile, interventions nutritionnelles dans les, 103–105

- aides-mémoires pour, 108*t*–113*t*
- liste de contrôle des approvisionnements, 171*t*–172*t*
- organisation des, 106*t*–107*t*
- pour les enfants de mères VIH positives, 236–237
- protocoles, 211–261
- questions pour la revue des programmes, 73*t*

Services de santé maternelle, interventions nutritionnelles dans les, 91–93, 102

- aides-mémoire pour, 96*t*–101*t*
- exemples de questions pour la revue de, 72*t*–73*t*
- liste de contrôle des approvisionnements en nutrition, 169*t*–170*t*
- organisation des, 94*t*–95*t*
- pour femmes VIH positives, 235–236
- protocoles, 201–240

Soins à l'accouchement, 78, 79*f.* *cf.* aussi Services de santé maternelle

- enregistrement des actions nutritionnelles 183*t*
- interventions nutritionnelles dans les, 88*t*, 98*t*–99*t*
- aide-mémoire pour, 98*t*–99*t*

Soins prénatals. *cf.* aussi Services de santé maternelle; Femmes enceinte

- aide-mémoire pour, 96*t*–97*t*
- enregistrement des actions de nutrition dans les, 183*t*
- interventions de nutrition dans les, 88*t*
- questions pour la revue des programmes, 74*t*

Sommet mondial de l'alimentation (1996), 8

Sommet mondial pour les enfants (1990), 8

Structures de santé

- activités prioritaires de nutrition pour, 10*t*
- enquêtes, 187–188

- revue des interventions nutritionnelles existantes, 66-69
 - exemples de questions en relation avec, 72t-73t
- Substituts du lait maternel
 - gestion de la distribution, 235
 - inappropriés, 226
 - préparation hygiénique, 226
 - protocole du « marketing » des, 23, 211-218, 234
- Suivi
 - de la croissance des enfants, 30-32, 104
 - protocole, 251-253
 - définition du, 185
 - des programmes de santé/interventions nutritionnelles, 181-188, 189t-190t
 - approvisionnements pour, 170t, 172t
- Superviseurs. *cf.* Responsables de la santé
 - appui aux agents de base sur les lieux de travail, 178
 - formation des, 176
- Suppléments en vitamine A à donner aux enfants pour prévenir la carence en vitamine A (protocole), 258
- Suppléments en vitamine A pour cas de rougeole qui ne sont pas compliqués (pas de signes oculaires) (protocole), 259
- Suppléments en vitamine A pour les enfants malades (protocole), 259
- Suppléments en vitamine A pour femmes en âge de procréer (protocole), 207
- Supports pour les interventions de nutrition, 165-194
 - approvisionnements, 168-176
 - formation, 176-178
 - guides techniques, 166-167
 - matériels de conseil et d'éducation, 179-181
 - motivations, 178
 - protocoles, 166-167. *cf. aussi* Protocoles suivi et évaluation, 181-188
 - suivi sur les lieux de travail, 178
- Surveillance, données sur la, 186
- Surveillance et promotion de la croissance, 30-32
 - activités de, comme occasion pour fournir des conseils nutritionnels, 104
 - protocole, 251-253
- Surveillance et promotion de la croissance (protocole), 251-253

T

- Tâches de Bitot, 261
 - protocoles de traitement
 - pour les enfants, 260-261
 - pour les femmes, 207
 - variations saisonnières de, 45f
- Taille par rapport à l'âge, mensuration de la, 246-248
- Taille pour âge, mensuration de la, 246-248
- Tanzanie
 - programme communautaire de nutrition dans la, 138
 - projet Iringa en, 119, 123-124
- TCI. *cf.* Troubles dus à une carence en iode
- Tendances concernant l'insuffisance de poids chez les enfants de 0 à 35 mois, 27f
- Thaïlande
 - baisse dans la proportion des enfants ayant un déficit pondéral, 6
 - partenariats communautaires dans, 121
- Traitement de l'anémie sévère chez les femmes (protocole), 203
- Traitement de la xérophtalmie ou de la rougeole avec des signes oculaires (protocole), 260-261
- Traitement présomptif contre les parasites chez les femmes enceintes pour la prévention de l'anémie (protocole), 202
- Traitements antiparasitaires pour la prévention de l'anémie (protocole), 255
- Trois-A (appréciation, analyse, action) cycle des, 123, 125t
- Troubles dus à une carence en iode (TCI), 3
 - causes des, 52
 - effets des, 51
 - et iodation universelle du sel, 9, 53
 - groupes à risque élevé, 52-53
 - interventions, 55

U

- Unicef
 - Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (protocole), 23, 211-218
 - cours sur les conseils en matière d'allaitement maternel, 161
 - Cycle des Trois-A, 123, 125f
 - « Initiative en matière de soins » (Care initiative), 28, 32, 93

initiatives en nutrition appuyées par, 8–9

Urine, des enfants recevant allaitement
maternel adéquat, 21

V

Vietnam, programmes d'alimentation au, 132

Vitamine A, 6
sources alimentaires, 26*t*

X

Xérophtalmie cornéenne
protocoles de traitement
pour les enfants, 260–261
pour les femmes, 207
signes oculaires de la, 261

Z

Zimbabwe, partenariats communautaires au,
121

Zinc, carence en 3

