

**NUTRITION A ASSISE  
COMMUNAUTAIRE**

**République  
Démocratique du  
Congo**

**Ministère de la  
Santé Publique**

**SECRETARIAT GENERAL**



**MANUEL D'ORIENTATION**

**Edition 2015**

**NUTRITION A ASSISE COMMUNAUTAIRE  
(NAC)  
MANUEL D'ORIENTATION**

## Table des matières

Table des matières.....	3
Abréviations et acronymes.....	5
Préface .....	7
Remerciements .....	9
Introduction .....	11
Chapitre 1. Les 1000 premiers jours de l'enfant .....	16
<b>1.1. Analyse de l'évolution de la situation nutritionnelle         durant les 1000 premiers jours de l'enfant en RDC.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2. Actions à entreprendre durant les 1000 premiers jours         pour lutter contre la malnutrition chronique .....</b>	<b>20</b>
<hr/>	
Chapitre 2. La Nutrition à Assise Communautaire .....	30
<b>2.1. Pourquoi la NAC ? .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2. Le cycle de 3A dans la mise en œuvre de la NAC .....</b>	<b>30</b>
<hr/>	
Chapitre 3. Mise en œuvre de la NAC .....	35
<b>3.1- Les principales étapes de mise en œuvre de la NAC.....</b>	<b>35</b>
<b>Etape 1 : Organisation de la communauté .....</b>	<b>36</b>
<b>Etape 2 : Capacitation de la communauté.....</b>	<b>38</b>
<b>Etape 3 : Diagnostic communautaire .....</b>	<b>39</b>
<b>Etape 4 : Elaboration du plan local de lutte contre la malnutrition                 et mobilisation des ressources locales.....</b>	<b>42</b>
<b>Etape 5: Mise en œuvre du plan local de lutte contre la                 malnutrition.....</b>	<b>42</b>
<b>Etape 6: Evaluation de la mise en œuvre du plan .....</b>	<b>47</b>

<b>3.2. Rôle et responsabilité des acteurs de la dynamique communautaire</b> .....	48
<b>3.3. Facilitation de la NAC</b> .....	52
<hr/>	
<b>Chapitre 4. Plan de passage à l'échelle de la NAC</b> .....	55
<b>4.1 Intensification</b> .....	55
<b>4.2 Passage à l'échelle</b> .....	55
<b>4.3 Facteurs de succès</b> .....	56
<hr/>	
<b>Chapitre 5. Coordination, suivi et évaluation de la NAC</b> .....	57
<b>5.1. Importance du suivi et évaluation des activités NAC</b> .....	57
<b>5.2 Indicateurs</b> .....	57
<b>5.2.1 Indicateurs de processus</b> .....	58
<b>5.2.2 Indicateurs de résultats</b> .....	59
<b>5.3 Supports de collecte de données</b> .....	66
<hr/>	
<b>Conclusion</b> .....	67
<b>Références bibliographiques</b> .....	69
<b>Annexe</b> .....	70
<b>Annexe 1: Responsable des activités communautaires de l'aire de santé</b> .....	70
<b>Annexe 2: Modèle de cahier des Relais Communautaires (RECO)</b> 74	
<b>Annexe 3: Fiche synthèse Prévention Malnutrition / Communauté</b> .....	75
<b>Annexe 4. Fiche de dénombrement</b> .....	81
<b>Annexe5. Modèle de de compte-rendu des réunions</b> .....	86
<hr/>	

## Abréviations et acronymes

<b>3A</b>	: Appréciation, analyse et action
<b>AME</b>	: Allaitement maternel exclusif
<b>ANJE</b>	: Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
<b>AS</b>	: Aire de santé
<b>ASLO</b>	: Associations locales
<b>BCZS</b>	: Bureau central de zone de santé
<b>CAC</b>	: Cellules d'animation communautaire
<b>CAO</b>	: Cadre d'accélération des OMD 4 ET 5
<b>CODESA</b>	: Comité de développement de l'aire de santé
<b>CPS</b>	: Consultation pré-scolaire
<b>ECZS</b>	: Equipe cadre de zone de santé
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de santé
<b>IT</b>	: Infirmier titulaire
<b>MAG</b>	: Malnutrition aiguë globale
<b>MAS</b>	: Malnutrition aiguë sévère
<b>MNP</b>	: Multi-micronutriments en poudre
<b>NAC</b>	: Nutrition à assise communautaire
<b>OBC</b>	: Organisation à base communautaire
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	: Organisation non gouvernementale
<b>PB</b>	: Périmètre brachial
<b>PFE</b>	: Pratiques familiales Essentielles
<b>PCIMA</b>	: Prise en charge de la malnutrition aiguë
<b>PCIME</b>	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
<b>PRONANUT</b>	: Programme national de nutrition
<b>RECO</b>	: Relais communautaire
<b>SGIN</b>	: Système de gestion d'information de la nutrition
<b>SNIS</b>	: Système national d'information sanitaire
<b>SNSAP</b>	: Système nutritionnel de surveillance et d'alerte précoce

**SPC** : Suivi et promotion de la croissance  
**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  
**VAD** : Visite à domicile  
**ZS** : Zone de santé

## Préface

Le Ministère de la Santé se réjouit de l'élaboration du « Manuel d'orientation pour la Nutrition à assise communautaire (NAC) » à l'attention du personnel de santé et des acteurs de la nutrition, en République Démocratique du Congo (RDC). C'est un outil important qui permettra au personnel de santé et aux différents acteurs de faciliter la dynamique communautaire visant à améliorer les conditions de vie des ménages, et notamment à prévenir la malnutrition chez les enfants. En effet, la malnutrition sous toutes ses formes, et plus particulièrement la malnutrition chronique, est devenue, depuis plus d'une décennie, un problème majeur, non seulement de santé publique, mais aussi de développement dans notre pays. Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2013-2014, la malnutrition chronique touche plus de 43% des enfants congolais. L'avenir de ces enfants est mis en jeu, alors qu'il existe de nombreuses preuves scientifiques démontrant les conséquences néfastes et irréversibles de la malnutrition chronique sur le développement mental qui régit les aptitudes cognitives essentielles au développement socio-économique des nations.

Par ce manuel, le Ministère de la Santé souhaiterait redynamiser la NAC, une stratégie qui place la communauté au cœur des actions pour améliorer la nutrition. La NAC offre une ultime opportunité, lors de la période des mille premiers jours de vie de l'enfant, pour éviter la malnutrition, laquelle a des conséquences graves et irréversibles lorsqu'elle s'installe dans la période allant de la conception jusqu'à l'âge de deux ans. Les 1000 premiers jours sont déterminants pour l'avenir de l'enfant. Ainsi, lorsque des interventions spécifiques et cruciales en matière de nutrition sont mises en œuvre de façon adéquate, pendant cette période, la qualité de vie de l'enfant s'améliore. Par conséquent, le personnel de santé et les différents acteurs de terrain doivent travailler avec la communauté dans une dynamique multisectorielle, afin de lui permettre de s'approprier la gestion des problèmes nutritionnels. Les efforts du personnel de santé doivent désormais viser l'intégration, par la communauté, de

tous les paramètres qui composent son environnement, pour des résultats durables dans la lutte contre la malnutrition.

**E**nfin, j'adresse ma sincère reconnaissance à l'UNICEF et à tous les partenaires du PRONANUT pour leur appui au Ministère, dans l'élaboration de ce document de référence visant à redynamiser la NAC. Mon Ministère prend ici l'engagement de mettre tous les moyens à sa disposition pour diffuser ce manuel dans toutes les zones de santé du pays.





## Remerciements

La RDC était, il y a quelques années, la référence en matière de mise en œuvre de la « Nutrition à Assise Communautaire (NAC) » en Afrique subsaharienne. Suite aux diverses crises que le pays a connues et qui ont fragilisé l'offre des services sociaux de base, y compris des soins de santé primaires dans l'ensemble du pays, l'expérience de la NAC s'est détériorée au fil du temps, laissant des stigmates qui ont servi à l'élaboration de ce nouvel outil, « LE MANUEL D'ORIENTATION DE LA NUTRITION A ASSISE COMMUNAUTAIRE EN RDC », dont nous saluons tous l'avènement ce jour.

Ce document tombe à pic car il vient combler le vide qui s'était installé depuis plusieurs années dans nos zones de santé et qui avait plongé la NAC dans l'oubli. Avec cet outil à la portée des prestataires, j'ose croire qu'une ère nouvelle s'ouvre pour le personnel de santé en RDC, une ère consacrée au travail avec l'idée à l'esprit que rien ne peut marcher dans une communauté si ses membres ne se trouvent pas au cœur des actions. Je souhaite que ce manuel soit compris et bien utilisé par tous les prestataires, pour promouvoir, de manière durable, une bonne nutrition dans les communautés de nos zones de santé.

C'est dans cet espoir que je remercie sincèrement tous les experts qui ont travaillé à l'élaboration de ce manuel. Je pense aux experts du Ministère, notamment ceux du PRONANUT, de la Division de développement des soins de santé primaire, de la Direction de la Formation continue; je pense aussi aux experts de l'UNICEF, de PROSANI, de l'HKI, d'ACF, de World Vision, de Caritas Congo, de MDA, de MAGNA et de COOPI.

Enfin, nous reconnaissons que ce manuel n'aurait pas vu le jour si l'UNICEF, en plus de son expertise technique, n'avait pas apporté son appui financier à toutes les étapes qui ont permis son élaboration.

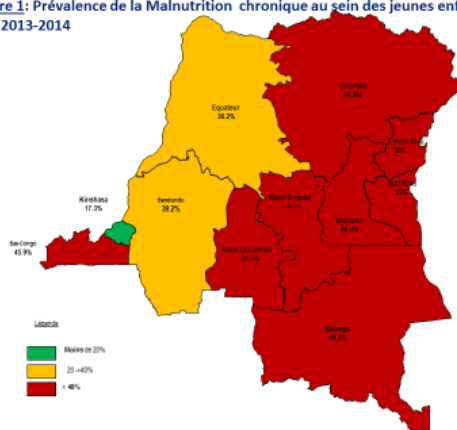
Je remercie enfin, tous les utilisateurs de ce manuel pour l'usage efficace qu'ils en feront dans la promotion d'une bonne nutrition dans nos zones de santé.



## Introduction

Malgré la baisse significative du taux de mortalité infanto-juvénile, qui est passé de 148 pour 1000 naissances vivantes en 2007<sup>1</sup> à 104 pour 1000 naissances vivantes en 2013 (EDS 2013-2014), le taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans en RDC est encore trop élevé. Ceci est dû en partie à la forte prévalence des différentes formes de malnutrition. En effet, la malnutrition est responsable de 45% de la mortalité chez les jeunes enfants<sup>2</sup>. La dernière Enquête démographique et de santé<sup>3</sup> a révélé que la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, est restée stable au cours de la dernière décennie, avec un taux élevé, estimé à 43%. En moyenne, 6,3 millions de jeunes enfants souffrent de malnutrition chronique en RDC, réduisant sérieusement le capital humain nécessaire au développement socio-économique du pays.

**Figure 1: Prévalence de la Malnutrition chronique au sein des jeunes enfants en RDC EDS 2013-2014**

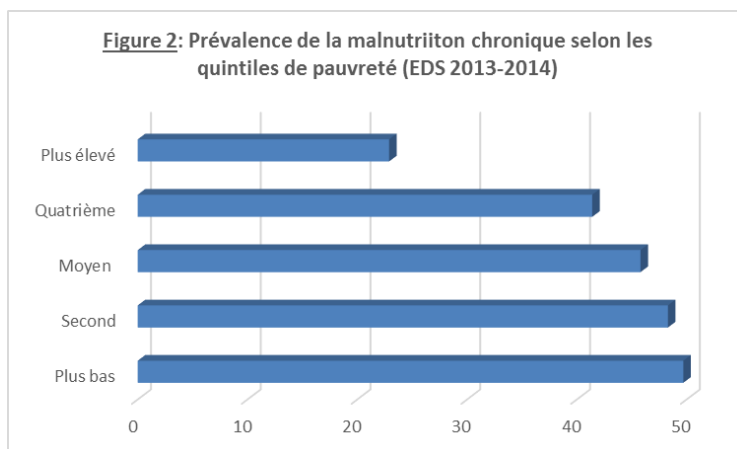


<sup>1</sup> EDS 2007

<sup>2</sup> Lancet Series 2013

<sup>3</sup> EDS 2013-2014

Les provinces les plus touchées sont le Bas-Congo, la Province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, le Maniema, le Katanga, le Kasai Occidental et le Kasai Oriental. La malnutrition chronique affecte de la même manière les diverses couches socio-économiques en RDC, sauf dans le dernier quintile de pauvreté (le segment des 20% les plus riches de la société).



La prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG), chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, est passée de 16% en 2001 à 10,7% en 2010<sup>4</sup>. Depuis, les progrès dans la réduction de MAG ont ralenti. La dernière enquête EDS<sup>5</sup> a révélé que l'émaciation touchait 7,9% des enfants âgés de 6 à 59 mois en RDC. Les provinces les plus affectées sont le Maniema, le Bandundu, le Bas-Congo et le Katanga.

Il est important de mentionner que les résultats EDS 2013-2014 ne tiennent pas compte des œdèmes, autres manifestations de la malnutrition aiguë qui sont largement répandues en RDC. En effet, selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples de 2010<sup>6</sup>, la prévalence de l'émaciation sévère s'élevait à 2,8% et la

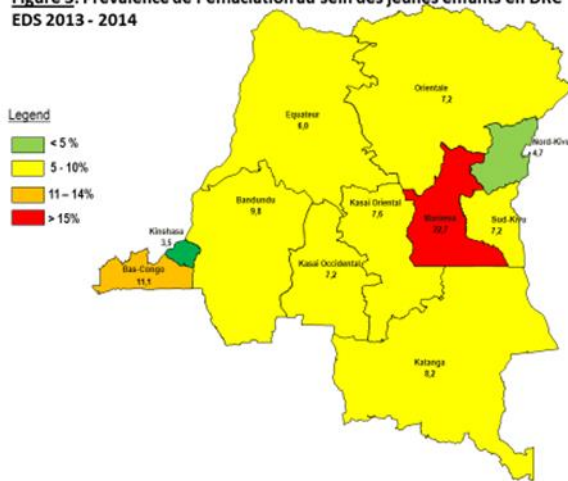
<sup>4</sup> MICS 2010

<sup>5</sup> EDS 2013-2014

<sup>6</sup> MICS 2010

prévalence de la malnutrition aiguë sévère (émaciation sévère + œdèmes) était estimée à 5,2%. Ainsi, compte tenu du fait que l’EDS 2013-2014 a révélé une prévalence de 2,6% pour l’émaciation sévère, l’estimation de la prévalence de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) à environ 5% semble réaliste. Sur cette base, on estime que, chaque année, environ 2 millions d’enfants, âgés de 6 à 59 mois, sont touchés par la MAS en RDC. Ce nombre de cas est plus élevé que celui estimé dans tous les pays du Sahel combinés.

**Figure 3: Prévalence de l’émaciation au sein des jeunes enfants en RDC EDS 2013 - 2014**

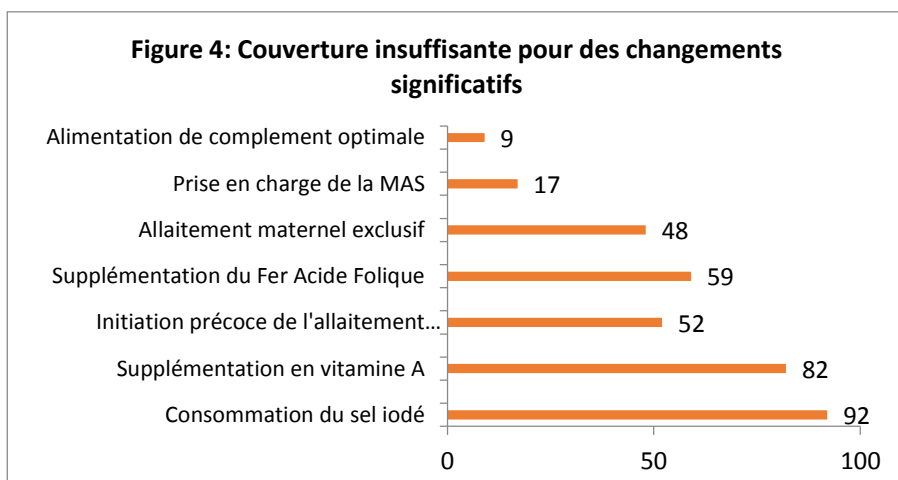


Les femmes et les enfants sont aussi affectés par les carences en micronutriments. 47% des enfants de moins de cinq ans et 38% des femmes en âge de procréer souffrent d’anémie<sup>7</sup>. La carence en vitamine A affecte 6 jeunes enfants sur 10 en RDC<sup>8</sup>. Lorsqu’on utilise la prévalence du retard de croissance comme indicateur indirect, la carence en zinc parmi les jeunes enfants apparaît aussi comme un problème de santé publique en RDC.

<sup>7</sup> EDS 2013-2014

<sup>8</sup> PRONANUT 1998

Les pratiques d’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) restent inadéquates malgré les progrès observés. Seulement 48% des enfants âgés de moins de six mois bénéficient de l’allaitement maternel exclusif. L’allaitement maternel est initié dans l’heure qui suit l’accouchement dans 52% des cas. Chez environ 79% des jeunes enfants, l’alimentation de complément est initiée à la bonne période, entre 6 et 8 mois. En général, la fréquence des repas et la qualité de ces aliments sont inadéquates<sup>9</sup>. En effet, d’après les statistiques disponibles, seulement 9% de l’alimentation de complément répond aux critères de qualité minimum acceptable chez les enfants âgés de 6 à 24 mois.



La situation nutritionnelle des groupes vulnérables en général, et des jeunes enfants en particulier, exige la mise en œuvre d’actions urgentes aussi bien au niveau des structures sanitaires que dans les communautés. Lutter efficacement contre les diverses formes de malnutrition et aboutir à des résultats durables, nécessitent de combiner une offre de services de qualité à l’adoption des pratiques familiales essentielles. Pour des résultats significatifs et durables, les

<sup>9</sup> EDS 2013-2014

interventions à assise communautaire restent un complément essentiel de l'offre de services de qualité, aussi bien pour les interventions directes de nutrition que dans les secteurs sensibles à la nutrition.

**C**ontrairement à la prise en charge des cas de malnutrition aiguë (modérée et sévère) pour laquelle les actes de soins sont codifiés, le caractère multisectoriel de la malnutrition chronique d'une part, et la nature de ses causes (qui agissent seules ou combinées) d'autre part, requièrent plutôt une démarche méthodologique flexible, à même de s'adapter aux déterminants de la malnutrition chronique dans des contextes spécifiques.

**C**e Manuel d'Orientation de la Nutrition à Assise Communautaire (NAC) a pour but d'établir une approche standardisée et harmonisée de l'action communautaire pour prévenir et résoudre le problème de la malnutrition en République Démocratique du Congo, avec une attention particulière pour la malnutrition chronique, qui s'installe pendant les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant.

**C**e Manuel est un guide méthodologique destiné aux acteurs de la nutrition, aux agents de santé ainsi qu'aux différents intervenants des secteurs sensibles à la nutrition. Dans le cadre de la prévention contre la malnutrition chronique, il sera nécessaire de se référer aux divers protocoles en vigueur dans le pays : le protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë (PCIMA), le protocole de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) ou encore le protocole obstétrical/périnatal etc. pour ne citer que quelques exemples.

## Chapitre 1. Les 1000 premiers jours de l'enfant

### *1.1. Analyse de l'évolution de la situation nutritionnelle durant les 1000 premiers jours de l'enfant en RDC*

**A**fin d'établir une approche harmonisée et coordonnée visant la baisse du retard de croissance, il est essentiel de définir un ensemble d'étapes à parcourir, un «algorithme», pour s'attaquer aux causes de la malnutrition chronique au cours des différentes phases des «1000 premiers jours» dans la vie du nouveau-né ; c'est à dire, la conception, la naissance, les stades néonatal et post-néonatal jusqu'à l'âge de 2 ans. Ces 1000 premiers jours de vie, représentent l'étape au cours de laquelle l'essentiel des dégâts liés à la malnutrition s'installent. Ils correspondent aussi à la fenêtre d'opportunité au cours de laquelle certaines conséquences de la malnutrition chronique peuvent être encore corrigées.

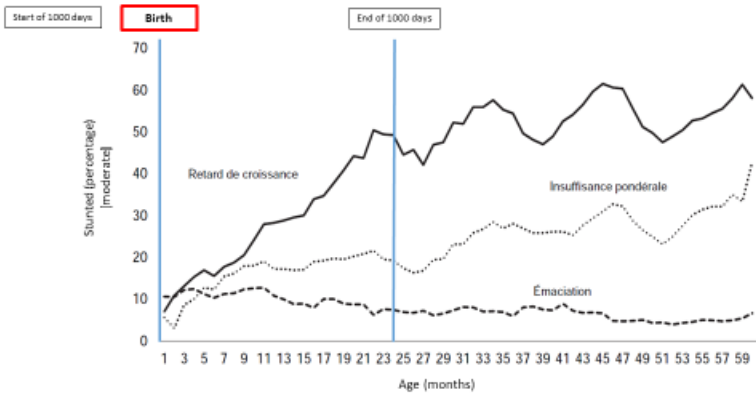
**P**our des raisons pratiques, la période de 1000 jours peut être divisée en trois étapes principales:

1. La phase maternelle / grossesse, avant la naissance, en commençant par mettre l'accent sur l'état de santé et l'état nutritionnel de la mère avant la gestation, puis sur l'état de santé et la situation nutritionnelle de la femme enceinte jusqu'à l'accouchement.
2. La période allant de la naissance à l'âge de six mois, pendant laquelle l'allaitement maternel exclusif est très important. Durant cette période, un certain nombre de questions de santé doivent être aussi prises en compte.
3. La période de 6 à 24 mois, lorsque l'alimentation de complément, les maladies (infections) et l'hygiène sont des préoccupations majeures.



Le graphique ci-dessous présente certaines caractéristiques importantes qui nécessitent une attention particulière:

**Figure 5 :** Evolution du retard de croissance de la naissance à l'âge de 5 ans en RDC<sup>10</sup>



#### *La phase maternelle / grossesse*

- On constate un niveau significatif de retard de croissance dès la naissance indiquant que le processus de malnutrition chronique a commencé pendant le développement intra-utérin. Cela signifie que
- la santé et l'état nutritionnel de la mère (au-delà de l'anémie ferriprive) influent sur la «restriction de croissance intra-utérine», dès la conception et même avant, c'est-à-dire beaucoup plus tôt que le moment où celle-ci est susceptible de commencer à fréquenter les consultations prénatales. Les facteurs qui affectent l'état nutritionnel de la femme avant la conception incluent les grossesses précoces (moins de 19 ans) et les grossesses peu espacées.

<sup>10</sup> Enquête démographique et de santé (EDS) 2013-2014.

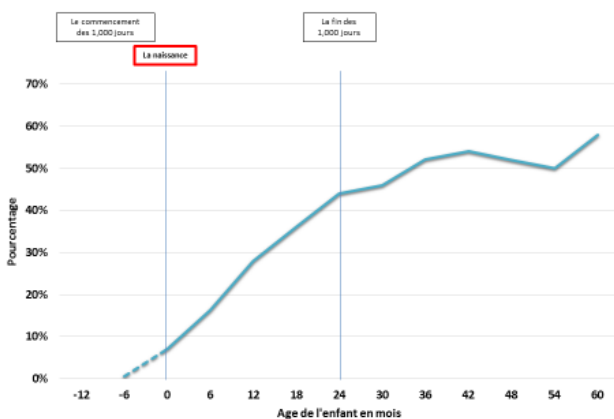
La phase maternelle du processus de retard de croissance correspond à environ 20% du «fardeau» total de la malnutrition chronique selon l’OMS, mais en RDC, elle représente environ 10%. Même si la contribution maternelle à la malnutrition chronique en RDC est inférieure au seuil fixé par l’OMS, la situation reste préoccupante.

#### *De la naissance à 24 mois*

- La prévalence du retard de croissance augmente ensuite pendant toute la période de 0 à 24 mois. Durant la période de 0 à 6 mois, on ne devrait normalement pas constater d’augmentation de la malnutrition chronique du fait de l’allaitement maternel optimal (initiation précoce et allaitement maternel exclusif) qui protège le nouveau-né des risques de retard de croissance. On en déduit que l’allaitement maternel en RDC, à l’échelle nationale, ne se fait pas de manière optimale, en tout cas, pas de manière à éviter le retard de croissance dans la période de 0 à 6 mois.
  
- La prévalence du retard de croissance continue d'augmenter fortement jusqu'à l'âge de 24 mois chez l'enfant en raison de la combinaison d'infections et de carences en nutriments. Puisque le niveau de l'insuffisance pondérale n'affiche pas la même augmentation, d'autres facteurs comme la qualité de l'alimentation de complément (initiation à bonne période, qualité, quantité et fréquence) ainsi que l'hygiène en général et l'exposition à des matières fécales humaines en particulier doivent être envisagés
  
- La prévalence moyenne du retard de croissance en RDC est de 43% mais le graphique montre que le niveau réel du retard de croissance, parmi les enfants qui atteignent les 1000 jours, est supérieur à 50%.
  
- Notons également que le retard de croissance à chaque étape est considéré comme irréversible, et même si une accélération de la

croissance de l'enfant de type «catch-up growth» est observée, il est peu probable que celle-ci vienne corriger les dommages causés par la malnutrition chronique constatée lors des étapes critiques du développement de l'enfant pendant les 1000 jours. En d'autres termes, le retard de croissance (retard de croissance linéaire) est juste un marqueur biologique de risque accru de dommages mentaux et physiologiques, liés à la malnutrition.

**Figure 6 :** Prévalence du retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans <sup>11</sup>



Prévalence du retard de croissance modérée pendant les 1,000 premiers jours de la vie  
(Basée sur le EDS-RDC 2013-2014).

De toute évidence, le retard de croissance est le résultat de processus complexes et de facteurs multiples de causalité pendant les 1000 premiers jours de l'enfant. Il commence même avant la conception, avec l'état de santé et l'état nutritionnel de la jeune «future mère». Il existe donc de nombreuses pistes pour agir et

<sup>11</sup> Enquête démographique et de santé (EDS) 2013-2014.

prévenir le retard de croissance. Il faut définir les étapes critiques au cours desquelles le retard de croissance s'installe et se développe, afin d'aider la communauté, le système de santé et d'autres institutions à s'engager efficacement dans des efforts ciblés visant à prévenir la malnutrition chronique.

## **1.2. Actions à entreprendre durant les 1000 premiers jours pour lutter contre la malnutrition chronique**

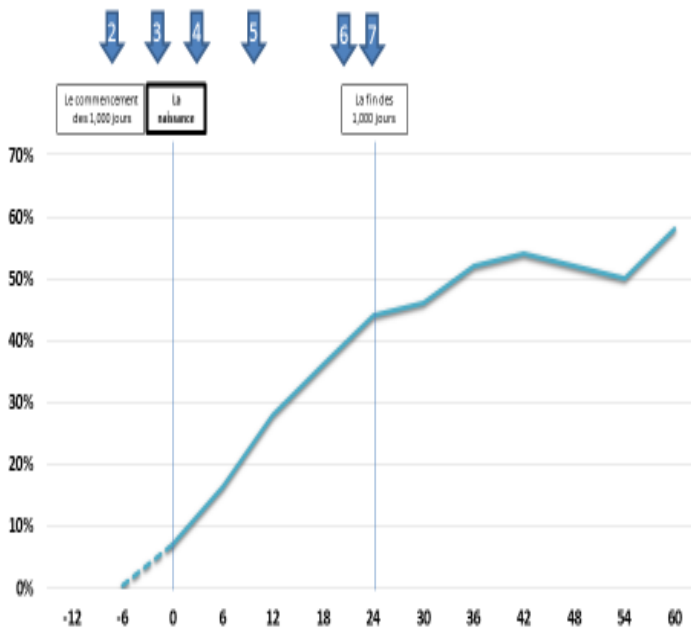
Un algorithme à base communautaire a été élaboré pour résumer les étapes à suivre afin d'évaluer le potentiel ou les premiers signes de la malnutrition chronique, analyser et comprendre ses causes et définir les actions les plus appropriées. Cet algorithme intitulé '**Traction 1000**', sera mis à jour et revu au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données expérimentales.

### **'TRACTION 1000'**

#### **Un algorithme proposé pour suivre l'évolution de la malnutrition chronique et initier les actions de prévention en RDC**

Le retard de croissance n'est pas le problème en soi mais un '*marqueur biologique*' qui indique si l'enfant a traversé des périodes de maladie ou s'il est le siège d'une malnutrition qui affecte sa croissance et son potentiel de développement mental, physiologique et physique. Avec le suivi de la malnutrition chronique, nous sommes capables d'identifier les étapes critiques de la croissance du jeune enfant, auxquelles il y a des risques élevés de malnutrition et nous pouvons contre-attaquer afin de prévenir les dégâts.

**Figure 7 :** Les étapes et les événements critiques dans la lutte contre la malnutrition chronique au cours des 1000 premiers jours



**'Traction 1000'** identifie sept étapes et événements critiques pendant les '1000 jours' au cours desquels le potentiel de malnutrition chronique chez le jeune enfant est déterminé. A chacune de ces périodes, **'Traction 1000'** va suivre les indicateurs clés et permettre le déclenchement d'actions correctrices pour contrer l'aggravation du risque du retard de croissance.

## 1- PRE – CONCEPTION

### La nutrition maternelle avant la grossesse affecte la croissance foetale

Objectifs de la prévention	Variables	Résultat attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La santé et la situation nutritionnelle des femmes en âge de procréer doivent être régulièrement suivies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesses précoces et trop rapprochées</li> <li>• Déficit énergétique (IMC, PB) chez la mère, retard de croissance</li> <li>• Anémie chez les femmes de 15 à 49 ans</li> <li>• VIH/SIDA, paludisme</li> </ul>	<p>Planning familial efficace. Assurer – autant que possible – l’amélioration de la santé et de l’état nutritionnelle des femmes avant la conception</p>

#### Actions de prévention

- Programmes scolaires pour maintenir les adolescentes à l'école tout en améliorant leur état nutritionnel, en créant une estime de soi, en évitant les grossesses précoces et le VIH/IST
- Des programmes pour les jeunes hors écoles avec des objectifs similaires
- Planning familial

## 2- PREMIER TRIMESTRE

**La malnutrition chronique commence à s'installer immédiatement après la conception**

<b>Objectifs de la prévention</b>	<b>Variables</b>	<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'enregistrement précoce de la grossesse (2-3 mois). Ceci peut se faire à la consultation prénatale (CPN) ou par le RECO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Age de la mère</li><li>• Taille et poids de la mère et / ou Périmètre brachial (PB)</li><li>• Espace inter gènesique</li><li>• Statut VIH/SIDA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Initier la supplémentation en fer et acide folique (FAF) assez tôt</li><li>• Supplémentation nutritionnelle précoce en cas de besoin</li><li>• Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)</li><li>• Kits femmes enceintes (CAO)</li></ul>

### Actions de prévention

- Initiation précoce de la supplémentation en FAF
- Toutes les mères doivent avoir un appui pour le contrôle des infections (paludisme et verminose)
- Les mères trop petites, trop maigres, trop jeunes et ayant donné naissance de manière rapprochée doivent être considérées plus à risque pour la malnutrition maternelle, et être surveillées de près. Elles doivent bénéficier d'un appui nutritionnel et se reposer suffisamment.

### 3- DEUXIEME ET TROISIEME TRIMESTRES

#### Suivi de la santé et de l'état nutritionnel de la femme pendant la grossesse

Objectifs de la prévention	Variables	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre régulièrement les indicateurs critiques lors des CPN</li> <li>• Visite à domicile par les RECOs pour renforcer la supplémentation en fer et acide folique / MNP et promouvoir de bonnes pratiques ANJE et d'hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gain de Poids</li> <li>• Pâleur palmaire (anémie)</li> <li>• Pression artérielle, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gain de poids suffisant chez les mères petites et minces</li> <li>• Contrôle des infections</li> <li>• Suivi des facteurs de risque de la grossesse</li> <li>• Kit accouchement (CAO)</li> </ul>

#### Actions de prévention

- Les mères minces et ou de petite taille avec un gain de poids insuffisant au cours de la grossesse doivent recevoir un supplément nutritionnel et être suivies de près par le RECO.
- Toutes les mères doivent avoir un appui pour le contrôle des infections (paludisme, déparasitage ...) et des actions pour remédier à tous risques identifiés.
- Sensibiliser toutes les femmes enceintes aux avantages et à l'importance de l'allaitement maternel optimal.



## 4- NAISSANCE

La naissance est une étape importante qui va déterminer la survie et le développement de l'enfant pour le reste de sa vie. Une série d'indicateurs et d'évènements critiques doivent être enregistrés et suivis.

Objectifs de la prévention	Variables	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les RECOs ou le centre de santé enregistrent le poids à la naissance</li><li>• Enregistrement de l'enfant à l'Etat Civil.</li><li>• Sensibiliser la mère à l'initiation précoce de l'allaitement maternel.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poids à la naissance</li><li>• Taille à la naissance</li><li>• Complications liées à l'accouchement</li><li>• Initiation précoce de l'allaitement maternel</li><li>• Respect du calendrier vaccinal</li><li>• Existence d'un acte de naissance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actions critiques autour de la naissance</li><li>• Conseils familiaux</li><li>• Programmer les visites post-natales</li><li>• Kit PCIME (CAO)</li><li>• PTME</li></ul>

### Actions de prévention

- Voir protocoles obstétricaux/périnataux pour plus de détails.

## 5- ENFANT DE 0 A 6 MOIS

Objectifs de la prévention	Variables	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite mensuelle au centre de santé (CPS) ou à domicile par un RECO</li> <li>• Rapport par le CODESA à l'IT au centre de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids/âge</li> <li>• Pratique de l'AME</li> <li>• Statut vaccinal</li> <li>• Maladie</li> <li>• Traitement et référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratique de l'allaitement maternel exclusif</li> <li>• Contrôle des infections chez la mère et l'enfant</li> <li>• Kit PCIME (CAO)</li> </ul>

### Actions de prévention

- Le RECO aide la mère à pouvoir prendre soin de son bébé et d'elle-même, notamment par la pratique de l'AME pour l'enfant et par une bonne nutrition pour elle-même
- Le RECO encourage les mères à aller au centre de santé pour la consultation pré-scolaire (CPS).
- Tout ralentissement de la croissance remarqué chez l'enfant est noté, examiné et pris en charge à tous les niveaux.
- L'hygiène, notamment le lavage des mains ainsi que la protection de l'enfant contre l'exposition fécale sont extrêmement importantes.

## 6- ENFANT DE 6 A 24 MOIS

**C'est le moment où le risque de malnutrition chronique est le plus élevé! Surveillez régulièrement et traitez les premiers signes du retard de croissance**

<b>Objectifs de la prévention</b>	<b>Variables</b>	<b>Résultats attendus</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Visite mensuelle au centre de santé ou à domicile</li><li>• Immunisation complète</li><li>• Autres maladies, référence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poids/âge<ul style="list-style-type: none"><li>• PB</li></ul></li><li>• Poursuite de l'allaitement maternel</li><li>• Alimentation de complément</li><li>• Suppléments nutritionnels, notamment MNP et vitamine A</li><li>• Utilisation de la CPS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promotion de la croissance<ul style="list-style-type: none"><li>• PCIMA</li></ul></li><li>• Référence si nécessaire</li><li>• Focus sur l'hygiène<ul style="list-style-type: none"><li>• Kit PCIME (CAO)</li><li>• Suppléments nutritionnels si possible</li></ul></li></ul>

### Actions de prévention

- Continuer l'allaitement maternel
- Promouvoir l'alimentation de complément adéquate
- Assurer l'accès à la PCIMA
- Fournir les suppléments nutritionnels (vitamine A) et MNP si nécessaire pour améliorer l'aliment de complément
- Prévenir et contrôler les maladies chez le jeune enfant
- Maintenir une forte vigilance sur l'hygiène

## 7- FIN DES 1000 JOURS (24 MOIS)

A l'âge de deux ans, c'est le moment d'évaluer le résultat final du processus de malnutrition chronique, au terme des 1000 jours, et l'efficacité du suivi des actions menées.

Objectifs de la prévention	Variables	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapport final de « <b>Traction 1000</b> »</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taille de l'enfant (debout)</li><li>• Résumé des principales données</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eviter le retard de croissance, garantir à l'enfant un développement harmonieux et minimiser les risques de maladies dans le futur.</li><li>• Kit PCIME (CAO)</li></ul>

### Actions de prévention

- Aucune autre action préventive n'est possible contre le retard de croissance, mais il faut maintenir la qualité des services de santé et promouvoir les bonnes pratiques de nutrition et d'hygiène autour du jeune enfant, les écoliers et chez les femmes en âge de procréer.

## Conclusions du suivi, étape par étape, du retard de croissance et des actions entreprises par « Traction 1000 »

- 1- A la fin des 1000 jours, il est trop tard pour prévenir les dégâts causés pendant le processus du retard de croissance.
- 2- Si l'enfant s'en sort avec une malnutrition chronique malgré nos efforts, un passage n revue du processus « Traction 1000 » de chaque enfant révélera là où la prévention a échoué, et ce qui devra être renforcé.
- 3- Les données cumulées des enfants ayant atteint les 1000 jours fourniront des informations actualisées de la situation de la malnutrition chronique au sein des populations concernées.

## Chapitre 2. La Nutrition à Assise Communautaire

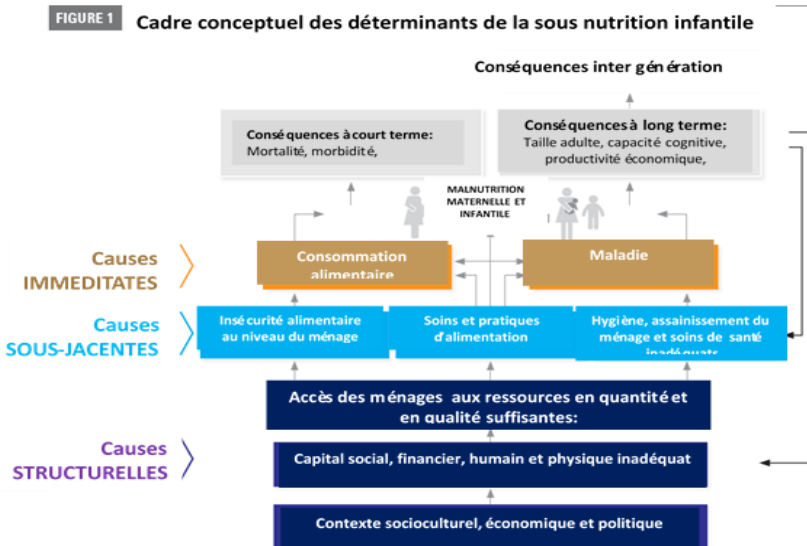
### 2.1. Pourquoi la NAC ?

Toutes les actions de nutrition doivent être focalisées sur la famille et la communauté, puisque c'est là que les problèmes de malnutrition émergent et prévalent. Il est à noter que les programmes de nutrition les plus réussis, en Afrique et ailleurs dans le monde, ont été axés sur la communauté, car ils mobilisent les ressources communautaires dans l'atteinte d'un objectif commun : débarrasser la communauté du fléau de la faim et de la malnutrition au sein des groupes vulnérables. L'approche communautaire permet d'amener les différents secteurs clés à travailler ensemble, pour accompagner les familles où se trouvent les enfants et les femmes souffrant de malnutrition, dans la résolution de leurs problèmes. Ces secteurs sont la santé, l'agriculture, l'éducation, l'hygiène, l'environnement, etc.

### 2.2. Le cycle de 3A dans la mise en œuvre de la NAC

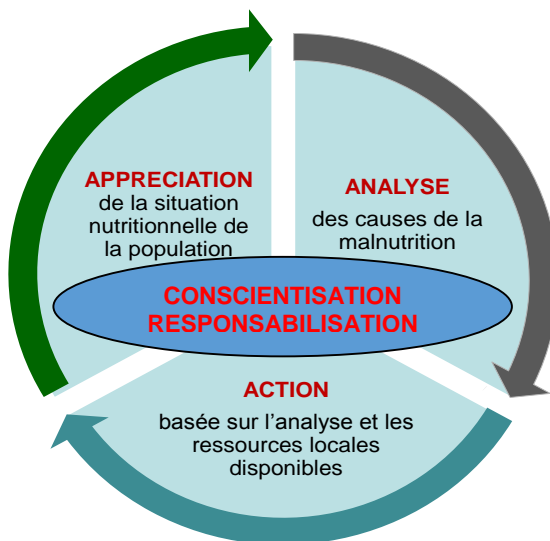
Un problème aussi complexe que la malnutrition, dont les causes sont multiples et variables (cf. Annexe 1), exige un «système de gestion» qui l'évalue en permanence, analyse ses causes et les attaque pour ensuite le réévaluer et voir si les mesures adoptées ont été utiles à sa résolution. Si elles ne l'ont pas été, une nouvelle analyse doit être menée et des actions renouvelées selon les besoins. Une réévaluation régulière du problème est également nécessaire puisque les facteurs de causalité sont en constante évolution, souvent de manière imprévisible.

**Figure 8:** Cadre conceptuel des déterminants de la sous-nutrition



Le cycle des 3-A (« Appréciation, analyse, action »/ cf. figure 9), utilisé pour la gestion de la nutrition, est ainsi principalement basé sur les ménages, au sein desquels les parents doivent être attentifs à tout ralentissement du développement psychomoteur de l'enfant, ainsi qu'aux symptômes de malnutrition, en essayant d'y remédier. Soulignons toutefois que de nombreuses familles manquent des ressources et des connaissances nécessaires et doivent bénéficier des conseils de leur communauté et/ou du soutien de leurs familles et amis.

**Figure 9** : Cycle des 3A



Lorsque la famille et la communauté ne parviennent pas à assurer la sécurité nutritionnelle des enfants, un soutien externe sera nécessaire ; par exemple, après de grandes sécheresses, des épidémies, des catastrophes naturelles ou en cas d'extrême pauvreté. Les autres situations nécessitant une aide extérieure sont liées à des problèmes de carences en micronutriments (iode, vitamine A, et fer pour les femmes en âge de procréer), qui sont difficiles à traiter au niveau des ménages et de la communauté avec les aliments locaux. Ces situations requièrent des mesures d'urgence et l'intervention de services organisés dans les structures spécialisées.

Les unités de base pour assurer la sécurité nutritionnelle sont les ménages et les communautés ; c'est donc au sein de ces structures que les mécanismes effectifs de nutrition, le cycle des 3A, doivent être mis en place et entretenus. Ceci peut être fait en instaurant de « systèmes



d'informations» permettant aux parents et à la communauté d'évaluer et de suivre le problème ; en éduquant les parents et les agents de changement de la communauté sur les principales causes de la malnutrition et, bien sûr, en s'assurant de la disponibilité des ressources permettant aux familles et aux communautés de prendre les mesures nécessaires.

Par conséquent, l'intensification des actions de nutrition en République Démocratique du Congo est, d'abord, un processus de renforcement des capacités de gestion de la nutrition au niveau de la communauté.

**P**our que la communauté, avec le soutien du système de soins de santé primaires, utilise l'approche du Cycle des 3A pour gérer les risques pendant les 1000 jours au cours desquels le processus de retard de croissance s'installe, les mécanismes suivants doivent être mis en place pour chacune des trois étapes définies ci-dessus :

1. Un système d'évaluation et d'analyse critique des causes du retard de croissance, accessible et compréhensible par les acteurs de la communauté
2. L'éducation des acteurs communautaires pour leur permettre d'interpréter les données et les informations relatives au retard de croissance, et de comprendre les relations causales pour définir les actions appropriées
3. Les ressources et les capacités nécessaires pour les actions appropriées.

C'est pour mieux définir le système d'évaluation (informations), les capacités et les ressources nécessaires, que, «l'algorithmme» « Traction 1000 » a été développé. Lorsque les éléments de l'algorithmme auront été mis en place, ils permettront aux principaux acteurs, à commencer par

les familles, soutenues par les agents communautaires de santé, et au personnel de santé, de comprendre ce qu'il faut faire et de prendre les mesures appropriées. Ils permettront également aux «organes de gestion» (voir chapitre 3), - la Cellule d'Animation Communautaire (CAC) et le Comité de Développement de la Santé (CODESA-), mais aussi aux organes de gestion au niveau provincial et national, de suivre le processus, les actions et les résultats pour intervenir en cas de besoin et éventuellement demander l'appui des niveaux administratifs supérieurs lorsque la gestion des problèmes dépasse leurs capacités et compétences.

## Chapitre 3. Mise en œuvre de la NAC

### 3.1- Les principales étapes de mise en œuvre de la NAC

L'approche communautaire est une stratégie de développement local conçue et gérée au sein d'une communauté organisée qui éprouve des problèmes identiques et s'engage à les résoudre avec la pleine participation de ses membres. Faciliter ou promouvoir une pleine participation de la communauté exige de l'aider à :

- Identifier ses besoins prioritaires;
- Trouver les solutions les plus adaptées à ses besoins ;
- Impliquer activement la communauté elle-même à toutes les étapes de gestion, depuis la conception jusqu'à l'évaluation;
- Garantir la pérennisation de la réponse mise en œuvre;
- Favoriser un lien avec les institutions des secteurs privé et public au niveau local;
- Promouvoir la constitution d'une plateforme de concertation entre les différents acteurs au niveau communautaire;
- Promouvoir les changements de comportement et de pratiques au niveau des bénéficiaires.

Six étapes clés ont été identifiées pour la mise en œuvre de la Nutrition à Assise Communautaire (NAC).

**Etape 1 : Organisation de la communauté**

**Etape 2 : Capacitation de la communauté**

**Etape 3 : Diagnostic communautaire**

**Etape 4 : Elaboration du plan local de lutte contre la malnutrition et mobilisation des ressources locales**

**Etape 5: Mise en œuvre du plan**

**Etape 6: Evaluation de la mise en œuvre du plan**

*N.B : Ces différentes étapes, bien que présentées de façon progressive, peuvent parfois être mises en œuvre au même moment.*

### **Etape 1 : Organisation de la communauté**

**C'**est une démarche de responsabilisation visant à créer une dynamique communautaire contre la malnutrition. L'organisation de la communauté passe par plusieurs activités :

- **Contact préalable avec les autorités locales** : lors de ces contacts de sensibilisation et de plaidoyer, toutes les composantes qui ont un rôle direct et indirect sur la nutrition sont impliquées. Il s'agit du secteur de la santé, l'agriculture, l'éducation, les organisations confessionnelles, les organisations locales de base, le comité du village ou de quartier, les comités de santé etc. Les autorités locales et les leaders communautaires à sensibiliser et à impliquer sont : les autorités politico-administratives, les autorités morales et les chefs de secteurs, de cités, ou de village, les notables, les pasteurs, préfets et directeurs d'écoles, les chefs religieux, les tradipraticiens, etc. L'objectif visé est de les sensibiliser sur l'approche et leurs responsabilités. Ces contacts sont également utilisés pour dissiper les préjugés.

- **Première réunion de concertation avec la communauté au niveau de l'aire de santé** : Cette réunion est convoquée par les autorités locales. Au cours de cette réunion, la communauté est sensibilisée sur la démarche qui va être entreprise en insistant sur la notion de responsabilisation de la communauté et sur la nécessité de l'engagement de tous, et notamment de l'autorité locale, dans le processus.
- 
- **Réunion de concertation avec la communauté, élection des RECO et mise en place des CAC** : lors de cette réunion, on présente à la communauté la NAC, le rôle du RECO et des CAC ainsi que leurs critères d'éligibilité (savoir lire et écrire, être disponible et crédible au sein de la communauté, être majeur, bénévole et volontaire et habiter dans les villages). On dégage ensuite un consensus sur le mode de scrutin, avant de passer aux élections des RECO et des CAC. Il ne s'agit pas d'identifier d'autres relais au détriment de ceux qui existent déjà et qui sont actifs, mais de s'assurer qu'il y a une unanimité au sein de leur communauté et, au besoin, augmenter leur nombre par un processus de choix démocratique et transparent. Il est important de définir le nombre de relais par village en fonction de leur charge de travail et de leur statut et ce, conformément aux normes en vigueur en RDC.
- 
- **Mise en place ou redynamisation des CODESA** : Les cellules d'animation communautaire (CAC) désignent un délégué au CODESA et le CODESA choisit son bureau incluant l'infirmier titulaire. Ici encore, il ne s'agit pas de créer de nouveaux CODESA s'ils existent, mais de les renforcer en les élargissant au président des CAC.
- 
- **Cartographie des organisations communautaires par aire de santé** : Ces organisations à base communautaire (OBC) constituent une ressource utile et mobilisable pour la mise en œuvre des interventions. Ces

structures sont autonomes avec un fonctionnement et des activités propres sur lesquelles il sera plus facile de greffer certaines interventions. Leur identification se fait à l'aide d'une fiche d'identification des organisations à base communautaire.

## **Etape 2 : Capacitation de la communauté**

La capacitation des acteurs communautaires est la clé pour l'appropriation et la pérennisation des activités communautaires. Il importe de doter la communauté de structures capables d'animer la dynamique communautaire. Deux niveaux distincts de capacitation sont nécessaires : celui des CAC, CODESA et agents de santé, d'une part, celui des RECO, d'autre part.

- **Renforcement des capacités des animateurs communautaires membres du CODESA, des CAC et des agents de santé en trois sessions.**  
**Session 1 :** Processus de gestion des programmes communautaires (organisation communautaire, renforcement des capacités, diagnostic communautaire, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation). Comment conduire une discussion de groupe ou une réunion ? Comment mobiliser les ressources locales, communiquer pour le changement social et comportemental, gérer une OBC, des conflits communautaires, le stress collectif et le système d'information communautaire ?
- 
- **Session 2 :** Mise en œuvre d'interventions à haut impact en Nutrition (promotion de l'ANJE et de la nutrition maternelle, fortification à domicile des aliments de complément et autres pratiques familiales essentielles)
- **Session 3 :** Thématiques prévues pour les relais communautaires.

- **Renforcement des capacités des relais communautaires** sur les techniques de communication pour le changement des comportements ; l'utilisation des supports de communication dans la promotion de l'ANJE et des autres pratiques familiales essentielles ; la fortification à domicile des aliments de complément ; l'organisation des visites à domicile (VAD) ; l'organisation des pesées communautaires, du dépistage et du référencement des cas de malnutrition ; le fonctionnement des groupes de soutien ; le recensement des enfants de 0 à 59 mois, des femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA), et le reporting de données.

### ***Etape 3 : Diagnostic communautaire***

**C'**est une étape très importante au cours de laquelle la communauté analyse la situation nutritionnelle, identifie les causes de la malnutrition et choisit ses priorités. Dès le départ de l'exercice, il est important d'expliquer que le diagnostic communautaire de la malnutrition peut aussi s'appliquer à d'autres problèmes de santé et de développement. Ici, la nutrition est utilisée comme porte d'entrée pour la responsabilisation et la capacitation de la communauté dans la gestion des problèmes de santé. La communauté est donc encouragée à étendre, par sa propre initiative, le diagnostic communautaire à d'autres problèmes de santé et de développement qui l'affecteraient.

Cette démarche est facilitée par l'AC/nutritionniste de la zone de santé ou par le superviseur d'un projet mis en œuvre par un partenaire facilitateur.

Lors du diagnostic communautaire, le facilitateur tient compte d'un certain nombre de principes comme: l'implication de la communauté durant le processus ; l'esprit d'équipe qui devra être multidisciplinaire ; l'écoute profonde et le respect des savoirs de la communauté ; la triangulation (utilisation d'au moins trois unités d'observation, trois sources

d'information et trois types d'outils et techniques de collecte d'informations qui doivent par ailleurs être qualitatives plutôt que quantitatives et chiffrées) ; la restitution aux populations des informations et de leur analyse.

Les approches, les hypothèses et les informations doivent être revues au fur et à mesure que l'on acquiert une meilleure connaissance de la situation nutritionnelle. L'interaction entre les facilitateurs et les membres de la communauté, ainsi que la flexibilité permettent d'innover et de tester de nouveaux outils et de nouvelles solutions locales.

La démarche du diagnostic communautaire de la malnutrition comprend cinq (5) étapes:

- (i) l'identification de la malnutrition comme problème de la communauté,
- (ii) le choix des priorités,
- (iii) analyse causale des problèmes nutritionnels prioritaires sélectionnés,
- (iv) l'analyse des obstacles pour de meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et
- (v) le choix des solutions.

**L'identification de la malnutrition comme problème de la communauté :** il s'agit d'établir la liste des informations ou des données à recueillir, et d'utiliser toutes les données disponibles (enquête nutritionnelle, enquêtes « Connaissances – Attitudes – Pratiques », informations qualitatives lors des *focus group*).

**Le choix des problèmes prioritaires :** il se fait sur la base d'une « grille de sélection des priorités » construite sur une série de questions.

Est-ce que le problème :



- Affecte un grand nombre de gens ?
- Entraîne une forte mortalité infantile ?
- Affecte de manière particulière la santé des mères, des nourrissons et des jeunes enfants ?
- Affecte le développement de la communauté ? Et inquiète la communauté? Etc.

**L'analyse causale de la malnutrition et des problèmes prioritaires identifiés:** Il s'agit d'élaborer l'arbre à problème de la malnutrition en se basant sur le cadre conceptuel de la malnutrition développé par l'UNICEF. Cet arbre à problème sera aussi construit pour les problèmes prioritaires identifiés. C'est une démarche hypothétique, au cours de laquelle, pour chaque problème évoqué, on essaie de rechercher les déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux. Cette approche permet de proposer les solutions les plus adaptées. Cet exercice se fait sous forme de discussions de groupe, avec chaque catégorie de la population affectée par le problème et les informateurs clés.

**L'analyse des obstacles pour de meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant :** elle se fait lors des discussions de groupe en présence des principales cibles. Les facteurs facilitant les bonnes pratiques nutritionnelles seront aussi analysés afin de disposer des leviers sur lesquels baser la communication.

**Le choix des solutions:** il est question de bien distinguer les solutions qui relèvent des services publics, ou de l'aide extérieure, de celles qui sont du ressort de la communauté. Le choix des solutions sera fait sur la base de l'arbre à solutions. Seules les solutions pour lesquelles la communauté peut agir avec les ressources locales sont considérées comme prioritaires et seront prise en compte dans le plan local de lutte contre la malnutrition.

#### ***Etape 4 : Elaboration du plan local de lutte contre la malnutrition et mobilisation des ressources locales***

**E**n fonction du problème prioritaire défini, il est nécessaire d'élaborer un plan local de nutrition dans lequel il faut identifier :

- Les objectifs et résultats attendus. Ceux-ci doivent être pertinents, réalisables, observables et mesurables.
- Les actions à mener pour atteindre ces résultats. Cette rubrique contient l'inventaire des activités directement destinées aux bénéficiaires mais aussi les activités d'appui comme la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, la communication etc
- Le lieu d'action.
- La période d'activité. Il est nécessaire de décrire ici la durée de l'intervention (son début et sa fin) ainsi que le rythme de chaque activité.
- Les ressources nécessaires (humaines, matérielles, techniques - normes, formations, supervisions) et financières. Il faut comparer les différentes options et choisir celle avec le meilleur rapport coût/efficacité. Les organisations et les personnes ressources qui peuvent jouer un rôle pertinent dans l'intervention doivent être identifiées.
- Les obstacles et contraintes ou opportunités éventuelles.

Le facilitateur met ensuite par écrit les grandes lignes du plan qui doit être validé au préalable avec l'ensemble de l'organisation locale de base.

#### ***Etape 5: Mise en œuvre du plan local de lutte contre la malnutrition***

**L**a mise en œuvre du plan local comporte plusieurs aspects: (i) le recensement de la population cible ; (ii) la mise en œuvre des actions proprement dite, (iii) le suivi des activités communautaires (iv) le contrôle

communautaire, (v) la supervision des activités et (vi) la coordination des activités au niveau communautaire.

**Le recensement des bénéficiaires directs** (cibles) : Il s'agit de dénombrer les enfants de 0 à 23 mois ainsi que les femmes enceintes et allaitantes. Le recensement se fait en plusieurs étapes: déterminer les axes pour le dénombrement et la supervision par village ; rendre disponibles auprès des agents du recensement (RECOs et membres des CAC) les outils nécessaires (guide d'âge, fiche de recensement des enfants de 0 à 23 mois et des femmes enceintes et allaitantes, fiche synthèse du recensement par aire de santé, etc.) ; informer les ménages sur le recensement (son importance, la période, le lieu ...) ; assurer le recensement proprement dit ; harmoniser et confirmer les données collectées avant de quitter le foyer pour s'assurer que les cibles ont bien été identifiées (enfants de 0 à 23 mois, femmes enceintes et allaitantes) et synthétiser les données par CAC/AS et élaborer le rapport du recensement par aire de santé.

**La mise en œuvre des interventions proprement dites:** A ce stade, les équipements, les consommables et notamment les supports de gestion, sont à la disposition des RECOs et des CAC qui assurent la mise en œuvre des activités sur le terrain. Les interventions sélectionnées sont mises en œuvre lors des séances de pesées communautaires, lors du dialogue suivi au sein de la communauté et de la rencontre des groupes de soutien, à l'occasion des visites à domicile par les RECOs et les activités de routines des centres de santé, ou encore lors de la distribution des intrants auprès des populations. Toutes les réunions communautaires extraordinaires (cultes, décès maternel ou infantile, et toute autre circonstance de rassemblement de la communauté) représentent une opportunité pour la promotion de bonnes pratiques sanitaires.

**Le suivi des activités au niveau communautaire** est assuré par l'infirmier titulaire et le CODESA. Au niveau de l'aire de santé, le suivi est réalisé par

l'Equipe cadre de zone de santé (ECZS), notamment le nutritionniste et/ou l'Animateur communautaire (AC). Les RECOs/CAC transmettent leur rapport d'activité au CODESA et de l'aire de santé vers la zone de santé. Au niveau de l'aire et de la zone de santé, des réunions de suivi mensuelles sont organisées. Des modèles de suivi standardisés selon le niveau de mise en œuvre du plan, sont systématiquement utilisés pour faciliter la compilation des données.

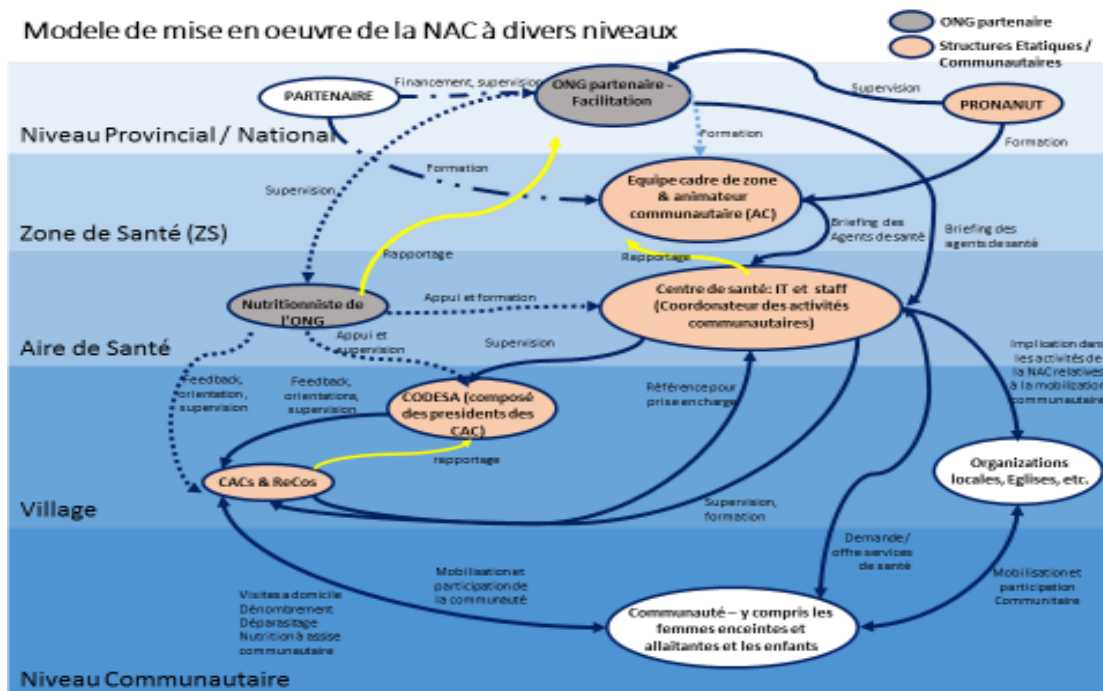
**Le contrôle communautaire:** Sous le leadership du chef du village ou de la rue, la CAC met en place des mécanismes permettant aux membres de la communauté de signaler toute irrégularité constatée concernant la mise en œuvre du plan. Les cas signalés sont consignés dans un rapport qui est transmis au chef du village qui, à son tour, le transmet à l'autorité territoriale supérieure et aux autorités sanitaires.

**La supervision des activités communautaires :** les supervisions sont planifiées de façon à permettre aux équipes de terrain de se préparer en conséquence. Les supervisions sont formatrices afin de corriger les erreurs observées au sein des CAC et auprès des RECOs dans la mise en œuvre des activités. Une fiche de supervision standardisée est utilisée et contient la liste des points critiques qui doivent être particulièrement vérifiés. Un nombre minimum d'évaluation mensuelle à tous les niveaux (CAC/RECOs et AS) est recommandé. Un rapport de supervision est établi à chaque fois, incluant tous les aspects, positifs et négatifs, observés, les solutions proposées sur le terrain, ainsi que les recommandations.

**La coordination des activités au niveau communautaire :** les rôles et responsabilités des acteurs doivent être bien répartis afin de travailler de manière efficace et harmonieuse. Une bonne coordination avec les autres secteurs sensibles à la nutrition doit aussi être assurée.

La figure 10 résume les relations qui existent entre les différents acteurs de la communauté. Le modèle reflète la situation dans la phase de démarrage d'un programme NAC, lorsqu'une ONG indépendante est contractée pour fournir un soutien à la mobilisation et à l'organisation de la communauté et des principaux acteurs et structures au niveau communautaire (c'est-à-dire les RECOs et la CAC). Une fois la phase de démarrage terminée, le rôle de l'ONG sera entièrement transféré aux structures existantes (principalement gouvernementales). Les fonctions à transférer sont indiquées par des lignes en pointillés dans la figure 10. Afin de faciliter ce transfert de fonctions et de responsabilités, le Ministère de la Santé Publique examine la possibilité d'établir, au niveau de l'aire de santé, un poste qui serait dédié à la coordination des activités communautaires en matière de soins de santé primaires, et notamment de nutrition. Voir l'annexe pour plus de détails sur les termes de référence du coordinateur de participation communautaire.

Figure 10: Modèle de mise en œuvre de la NAC à divers niveaux



## **Etape 6: Evaluation de la mise en œuvre du plan**

Cette évaluation peut se faire en interne (auto-évaluation au niveau du village et de l'aire de santé) et en externe (par l'équipe cadre de la zone de santé).

**L'évaluation interne** : elle est participative et inclut l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan à travers des *focus groups* (groupes de discussion dirigés). Elle se fait lors des :

- Réunions semestrielles d'autoévaluation communautaire : Sous la direction du chef de village/rue, et avec l'appui du comité du village (CAC), les membres du village ou de la rue organisent des réunions pour évaluer les progrès accomplis et adapter leur plan d'action communautaire (PAC) aux réalités du moment. Les rapports de ces réunions sont transmis aux CODESA par la CAC village/rue ou avenue. Ces derniers les transmettent à leur tour à l'infirmier titulaire de l'aire de santé.
- Réunions annuelles d'autoévaluation communautaire : Sous la direction du chef de village/rue, et avec l'appui du comité du village (CAC), les membres du village ou de la rue organisent des réunions annuelles, au cours desquelles on réalise le bilan de la mise en œuvre du plan afin d'éventuellement réajuster le plan d'action local. Ce diagnostic devra être établi à l'aide d'un outil d'évaluation participatif, simple et clair.

**L'évaluation externe** est conduite par l'ECZS, la province ou les autorités nationales. Seront évalués les ressources (humaines, matérielles, techniques et institutionnelles), les activités, les résultats obtenus et l'impact.

### **3.2. Rôle et responsabilité des acteurs de la dynamique communautaire**

#### **Equipe cadre de la zone de santé, Direction Provinciale de la Santé et PRONANUT**

L'équipe cadre de la zone de santé est impliquée dans le suivi et la supervision des activités communautaires des CAC, CODESA et du Centre de Santé. Pour cela, elle est chargée de :

- Centraliser et d'analyser les données et les rapports d'activités ;
- Transmettre les données et les rapports à la hiérarchie ;
- Organiser les réunions mensuelles de suivi ;
- Assurer les formations et supervisions formatrices ;
- Assurer l'évaluation annuelle.

#### **Equipe du centre de santé**

**Elle est chargée de :**

- Mener les activités de la CPS, (suivi et promotion de la croissance, promotion de l'ANJE et des autres pratiques familiales essentielles)
- Faire la promotion de l'ANJE et des autres pratiques familiales essentielles c lors des consultations prénatales, postnatales et lors des soins curatifs
- Dépister et prendre en charge les enfants malnutris signalés ;
- Assurer la supervision mensuelle (des activités du CODESA et dans les villages/regroupements)
- Organiser les réunions de monitoring avec les membres du CODESA
- Assurer la formation des RECO
- Accompagner les CODESA/RECO dans la mise en œuvre de l'approche communautaire  
Centraliser, analyser et transmettre les rapports et les données à la hiérarchie.



### **ONG d'encadrement de la dynamique communautaire**

Lorsqu'une ONG est impliquée dans l'encadrement de la dynamique communautaire, sa responsabilité est d'accompagner (sur le plan technique, logistique et opérationnel) les organes pérennes de la dynamique communautaire dans leurs fonctions.

### **Comité de développement de l'aire de santé (CODESA)**

Le CODESA représente la population dans les différentes actions de santé au niveau de la communauté. Son rôle est de :

- Sensibiliser les autorités locales et la population sur les problèmes de malnutrition et leurs solutions
- Organiser et participer à la planification des actions de nutrition et de santé communautaire
- Mobiliser des ressources locales
- Coordonner le recensement de la population et l'identification des populations vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, enfants malnutris, etc.)
- Coordonner les actions de nutrition en lien avec l'équipe du centre de santé
- Tenir des réunions mensuelles de suivi pour discuter des progrès réalisés, des problèmes rencontrés concernant la qualité et la performance des activités communautaires et des obstacles dans la promotion des pratiques prioritaires retenues
- Tenir des réunions semestrielles d'autoévaluation communautaire (avec la participation de la population)
- Tenir des réunions extraordinaires de la communauté en cas de problèmes nutritionnels au niveau des villages

### **Cellules d'animation communautaire (CAC)**

Son rôle consiste à :

- Mettre en œuvre et assurer le suivi des décisions prises
- Participer à la planification des actions de nutrition et de santé dans le village/quartier
- Mobiliser les ressources locales
- Organiser le recensement de la population et identifier les populations vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, enfants malnutris, etc.)
- Coordonner les actions de nutrition et de développement dans le village : promotion de l'ANJE et des autres PFE, (allaitement maternel optimal, alimentation de complément, utilisation du SRO+Zn en cas de diarrhée, lavage des mains, utilisation des MILDA, et recours aux services de santé en cas de signes de danger), pesée communautaire, distribution des multi micronutriments, vaccination des enfants et des femmes enceintes, supplémentation des femmes enceintes et allaitantes en fer + acide folique, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, distribution des sachets de SRO+Zn et dépistage systématique par le PB et référence pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, promotion des actions de sécurité alimentaire, les Activités génératrices de Revenus (AGR), eau, hygiène et assainissement, etc. Tenir les réunions mensuelles des CAC pour discuter des progrès réalisés, des problèmes rencontrés concernant la qualité et la performance des activités communautaires et des obstacles dans la promotion des pratiques prioritaires retenues
- Organiser les réunions communautaires périodiques portant sur les résultats des pesées communautaires et sur les pratiques à promouvoir ou des solutions aux problèmes identifiés par les CAC
- Rédiger et transmettre les rapports au CODESA.

### **Relais communautaires (RECO)**

- Promouvoir l'ANJE et les autres PFE ;

- Mobiliser la communauté pour la mise en place des initiatives communautaires;
- Organiser les visites à domicile (donner des conseils aux ménages sur les bonnes pratiques nutritionnelles et autres pratiques familiales clés, mesurer le PB, vérifier l'utilisation et l'acceptabilité des intrants mis à la disposition des ménages : MNP, moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD), sels de réhydratation orale (SRO), Zn, Fer et acide folique ...); recenser la population ;
- Réaliser les pesées communautaires ;
- Dépister et orienter les cas de malnutrition ;
- Participer aux réunions communautaires périodiques portant sur les résultats des pesées communautaires et sur les pratiques à promouvoir, ou les solutions aux problèmes identifiés par les CAC.
- Collecter les données dans les ménages ;
- Rapporter les données auprès des CAC et au centre de santé.

### **Responsable des activités communautaires de l'aire de santé**

Ce responsable est issue de l'équipe du centre de santé et travaille sous la responsabilité de l'IT. Ses principales tâches sont :

- Coordonner toutes les activités de participation communautaire ;
- Recevoir les rapports ; les analyses et les archives et en faire le feedback ;
- Faciliter toutes les activités des organes de participation communautaire ;
- Superviser les activités des organes de participation communautaire en matière de santé, nutrition; eau, hygiène et assainissement, etc. ;
- Mettre à jour la cartographie des organes de participation communautaire et maintenir les liens avec eux ;
- Assurer la formation continue des organes de participation communautaire ;
- Participer aux réunions du CODESA comme observateur ;

- Faciliter l'autoévaluation des organes de participation communautaire ;
- Participer aux réunions des CAC comme observateur ;
- Collaborer avec l'AC pour toutes les activités entrant dans son rayon d'action ;
- Participer aux réunions périodiques organisées par l'AC.

### **3.3. Facilitation de la NAC**

**P**our accélérer l'appropriation de la dynamique communautaire, il est nécessaire, dès le départ, de faciliter le processus par une institution pérenne comme la ZS (ECZS et COGES) qui contrôle l'aire de santé et ce, à un échelon plus avancé, comme la Direction Provinciale de la Santé ou le PRONANUT. Mais étant donnée la surcharge de travail des agents de santé, cette facilitation peut être assurée, dans sa phase initiale, par une ONG qui a une expertise dans la dynamique communautaire, tout en impliquant la ZS.

**L**a facilitation de la dynamique communautaire obéit au principe de réduction progressive de la responsabilité du facilitateur, tandis que celle de la communauté (représentée par le CODESA, CAC et les RECOs) augmente. Il ne s'agit donc pas de remplacer les organes de la communauté mais de « faire avec eux » tout en leur laissant progressivement une autonomie.

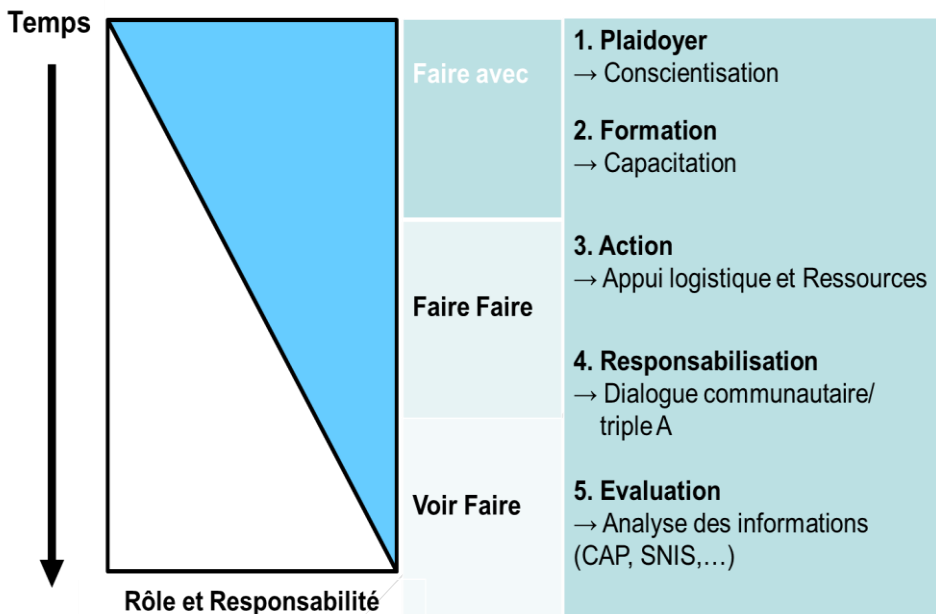
**P**our faciliter la dynamique communautaire, il est important de :

- Définir clairement le rôle et les responsabilités des facilitateurs et des organes de participation communautaire ;
- Renforcer la capacité des organes communautaires en matière d'analyse situationnelle et causale et d'identification des actions appropriées ;

Appuyer le fonctionnement des organes de participation communautaire de façon à les rendre autonomes, en s'appuyant sur l'approche de la rétribution au résultat.



**Figure 11** : Appropriation de la dynamique communautaire par les acteurs locaux



## Chapitre 4. Plan de passage à l'échelle de la NAC

### 4.1 Intensification

**L'**intensification de l'approche de la nutrition à assise communautaire doit être un processus de développement et d'extension des capacités. Il existe donc une capacité critique pour piloter le processus d'intensification lui-même. Le processus nécessite un soutien et un suivi adéquats de la part des instances supérieures, afin que l'efficacité opérationnelle attendue et la qualité de la performance soient maintenues.

### 4.2 Passage à l'échelle

**S**achant que la malnutrition affecte toutes les composantes de la société en RDC, l'objectif ultime de la NAC consiste à couvrir l'ensemble du pays par une approche communautaire efficace dans la résolution des problèmes de nutrition. Dans cette perspective, pour une couverture complète éventuelle, la meilleure stratégie pour atteindre une couverture complète n'est pas nécessairement de s'attaquer en premier lieu aux zones les plus affectées. Il est généralement plus stratégique et plus efficace de commencer le processus le plus tôt possible dans les localités où les conditions de succès sont réunies, créant ainsi, la possibilité stratégique du développement et de l'expansion des capacités locales dans la lutte contre la malnutrition chronique parmi les jeunes enfants.

**I**l est donc proposé que chaque province et, en l'occurrence, chaque zone de santé en RDC soit appuyée pour initier la NAC à une échelle appropriée dès que possible. Sachant qu'il y a, dans chaque zone de santé, au moins une aire de santé qui met en œuvre la NAC, l'expansion visant à couvrir toutes les aires de santé de la zone de santé peut se faire en s'appuyant le plus possible sur l'expertise locale disponible, et en n'ayant recours à un appui externe que

pour garantir la qualité du processus. Le défi auquel chacune des Directions Provinciales de la Santé est confrontée (et, à travers elles, chacun des Bureaux centraux de Zone (BCZ)) est d'éliminer la malnutrition chronique. Il ne s'agit pas seulement de lancer « partout » l'approche NAC, ce qui ne conduirait pas nécessairement aux résultats escomptés.

### **4.3 Facteurs de succès**

**A** travers les Chapitres 2 et 3, il apparaît clairement que le succès de la NAC dépend non seulement de l'efficacité de l'organisation et de la mobilisation communautaire pour prévenir le retard de croissance, mais aussi du soutien technique précieux des structures de santé de la localité (normalement le centre de santé dans l'aire de santé). Il est donc plus avantageux de lier autant que possible le processus d'expansion de la NAC aux efforts en cours pour rendre les services de santé de base, accessibles au plus grand nombre, comme le suggère le modèle d'intensification du CAO (Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire 4 & 5). Le CAO est actuellement adopté comme principal modèle pour accroître la couverture et la qualité des soins de santé primaires en RDC. La NAC doit devenir une partie intégrante de ce modèle.



## Chapitre 5. Coordination, suivi et évaluation de la NAC

### *5.1. Importance du suivi et évaluation des activités NAC*

**L**e système de gestion de la mise en œuvre de la Nutrition à assise communautaire nécessite un ensemble d'indicateurs qui fournissent des informations en « temps réel » sur un ensemble de conditions critiques, permettant des actions correctrices rapides. Ce système doit permettre aux acteurs de la communauté de détecter rapidement les problèmes et les tendances, et de mesurer les résultats de leurs actions.

**L**e système de suivi devra capter les données générées localement par la NAC, puis les compiler et les transférer aux bases de données pertinentes pour l'analyse et l'interprétation. Le système sera en parfaite intelligence avec d'autres systèmes d'information déjà existants dans le secteur de la santé, notamment avec le SNIS (Système National d'Information sanitaire) et le SNSAP.

**L**a mesure de la prévalence du retard de croissance doit faire partie du système. Un système de gestion de l'information de nutrition orienté vers l'action, doit mettre de préférence l'accent sur la prévalence de la malnutrition chronique au sein de chaque cohorte d'enfants ayant atteint l'âge de 24 mois, plutôt que de la mesurer sur l'ensemble des enfants âgés de 0 à 59 mois, comme c'est généralement le cas dans les enquêtes.

### *5.2 Indicateurs*

**D**ans le cadre du suivi de la NAC, plusieurs indicateurs seront nécessaires. Les indicateurs pertinents de processus et de résultats feront l'objet d'un rapportage régulier, d'analyses et de discussions au niveau de chaque aire de santé. Ceci nécessite la mise en place d'un système qui capte les données

généérées localement par la NAC, les compile et les transfère aux bases de données pertinentes qui peuvent les analyser et les interpréter au niveau de la ZS, de la province et au niveau national.

**D**ès lors que l'intensification de la NAC comporte une série d'étapes importantes, il sera essentiel de surveiller attentivement non seulement la progression de la couverture du programme, mais aussi la qualité des systèmes tels qu'établis dans des différentes zones de santé.

### ***5.2.1 Indicateurs de processus***

**L**es indicateurs de processus ci-dessous seront suivis :

1. Pourcentage de groupes de soutien ANJE fonctionnels (ayant tenu au moins une réunion au cours du mois)
2. Pourcentage de relais communautaires formés à la promotion des pratiques adéquates d'ANJE
3. Pourcentage de relais communautaires dotés d'outils pour la promotion des pratiques adéquates d'ANJE
4. Pourcentage de relais communautaires ayant soumis un rapport d'activité
5. Pourcentage de CAC tenant des réunions mensuelles
6. Pourcentage de réunions tenues par le CODESA
7. Pourcentage de visites de supervision réalisées par l'IT ou son adjoint
8. Pourcentage de visites à domicile effectuées par le relais communautaire
9. Pourcentage de relais communautaires ayant mis à jour leur recensement
10. Pourcentage de réunions de discussions communautaires autour des résultats des activités de nutrition réalisées

### **5.2.2 Indicateurs de résultats**

Il s'agit d'évaluer la proportion de la population cible atteinte par l'intervention. Autrement dit, ce sont les résultats d'une intervention obtenus à court et moyen terme.

1. Proportion d'enfants âgés de 0 à 6 mois exclusivement allaités au sein
2. Proportion d'enfants de 6 mois ayant été exclusivement allaités au sein pendant 6 mois
3. Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui continuent l'allaitement maternel
4. Proportion d'enfants âgés de 24 mois qui continuent l'allaitement maternel
5. Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat
6. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant un Périmètre Brachial (PB) inférieur à 125 mm
7. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois avec œdèmes
8. Proportion d'enfants de 24 mois avec une taille inférieure à la médiane (2 écart – types : 81 cm pour les garçons, 79.3 cm pour les filles)
9. Proportion de FEFA/gardiens d'enfants sensibilisés sur l'ANJE, les autres PFE et la nutrition maternelle
10. Proportion de FEFA ayant reçu du Fefol
11. Proportion de FEFA ayant consommé du Fefol

Dans les aires de santé où des multi-micronutriments en poudre (MNP) sont distribués, les indicateurs ci-après sont également suivis.

12. Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu des MNP
13. Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des MNP

### 5.2.3. Mode de calcul et seuils des indicateurs de suivi des activités CPS

<i>Indicateurs</i>	<i>Calcul de l'indicateur</i>	<i>Valeurs seuils</i>	<i>Source des données /supports</i>
<b>Indicateurs de processus</b>			
<b>1.</b> Pourcentage de groupes de soutien ANJE fonctionnels (ayant tenu au moins une réunion au cours du mois)	Nombre de groupes de soutien ANJE fonctionnels (ayant tenu au moins une réunion au cours du mois) sur le nombre total de groupes de soutien existants dans l'Aire de santé X 100%	80%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
<b>2.</b> Pourcentage de relais communautaires formés à la promotion des pratiques adéquates d'ANJE	Nombre de relais communautaires formés à la promotion des pratiques adéquates d'ANJE sur le nombre total de relais communautaires formés dans l'aire de santé X 100%	80%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
<b>3.</b> Pourcentage de relais communautaires dotés d'outils pour la promotion des pratiques adéquates d'ANJE	Nombre de relais communautaires dotés d'outils pour la promotion des pratiques adéquates d'ANJE sur le nombre total de relais communautaires existants dans l'aire de santé X 100%	80%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté

<i>Indicateurs</i>	<i>Calcul de l'indicateur</i>	<i>Valeurs seuils</i>	<i>Source des données /supports</i>
4. Pourcentage de relais communautaires ayant soumis un rapport sur les activités réalisées	Nombre de relais communautaires ayant soumis un rapport d'activité sur le nombre total de relais communautaires formés X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
5. Pourcentage de CAC tenant des réunions mensuelles	Nombre de CAC tenant des réunions mensuelles sur le nombre total de CAC dans l'aire de santé X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
6. Pourcentage de réunions tenues par le CODESA	Nombre de réunions tenues par le CODESA sur le nombre de réunions planifiées par le CODESA X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
7. Pourcentage de visites de supervision réalisées par l'IT ou son adjoint	Nombre de supervisions réalisées par l'IT ou son adjoint sur le nombre total de supervisions planifiées X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition / fiche recensement
<i>Indicateurs</i>	<i>Calcul de l'indicateur</i>	<i>Valeurs seuils</i>	<i>Source des données /supports</i>

<b>8.</b> Pourcentage de visites à domicile effectuées par le relais communautaire	Nombre de visites à domicile effectuées par le relais communautaire sur le nombre de visites à domicile planifiées par le relais communautaire X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
<b>9.</b> Pourcentage de relais communautaires ayant mis à jour leur recensement	Nombre de relais communautaire ayant mis à jour leur recensement sur le nombre total de relais communautaires X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition /fiche Prévention Malnutrition Communauté
<b>10.</b> Pourcentage de réunions de discussions communautaires autour des résultats des activités de nutrition	Nombre de réunions de discussions communautaires autour des résultats des activités de nutrition réalisées sur le nombre total de réunions de discussions communautaires planifiées X 100%	100%	Rapport d'activités Nutrition / Fiche recensement

### **Indicateurs de résultats**

<b>1.</b> Proportion d'enfants de 6 mois ayant été exclusivement allaités au sein pendant 6 mois	Nombre d'enfants de 6 mois ayant été exclusivement allaités au sein pendant 6 mois sur le nombre d'enfants de 6 mois suivis X 100%	80%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
--	--	-----	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Calcul de l'indicateur</i>	<i>Valeurs seuils</i>	<i>Source des données /supports</i>
--------------------	-------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

<b>2.</b> Proportion d'enfants de 6 mois ayant été exclusivement allaités au sein pendant 6 mois	Nombre d'enfants de 6 mois ayant été exclusivement allaités au sein pendant 6 mois sur le nombre d'enfants de 6 mois suivis X 100%	80%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
<b>3.</b> Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui continuent l'allaitement maternel	Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant été allaités sur le nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois suivis X 100%	80%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
<b>4.</b> Proportion d'enfants âgés de 24 mois qui continuent l'allaitement maternel	Nombre d'enfants âgés de 24 mois toujours allaités sur le nombre d'enfants âgés de 24 mois suivis X 100%	80%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
<b>5.</b> Proportion d'enfants âgés de 6- à 23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat	Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat (nombre de repas par jour+ consommation d'aliment et un régime 4 étoiles (produit animal, céréales, légumineuses, fruits/légumes) /Nombre d'enfants de 623 mois suivis	80%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
<b>Indicateurs</b>	<b>Calcul de l'indicateur</b>	<b>Valeurs seuils</b>	<b>Source des données /supports</b>

6. Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant un Périmètre Brachial (PB) inférieur à 125 mm	Nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois avec un PB inférieur à 125 mm sur le nombre d'enfants de 6- à 59 mois suivis X 100%	< 10%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
7. Proportion d'enfants de 0 à 59 mois avec œdèmes	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois avec œdèmes nutritionnels sur le nombre d'enfants de 0 à 59 mois suivis X 100%	< 2%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
8. Proportion d'enfants âgés de 24 mois avec une taille inférieure à la médiane (2 écart – types : 81 cm pour les garçons et 79.3 cm pour les filles)	Nombre d'enfants âgés de 24 mois avec une taille inférieure à la médiane (2 écart – types) sur le nombre total d'enfants âgés de moins de 24 mois X 100%	<20%	
9. Proportion de FEFA-gardiens d'enfants sensibilisés sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant et les autres PFE	Nombre de FEFA/Gardiens d'enfants sensibilisés sur l'ANJE et autres PFE sur le nombre total de FEFA-Gardiens d'enfants suivis X 100%	100%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition Communauté
10. Proportion de FEFA ayant reçu du Fefol	Nombre FEFA ayant reçu du Fefol sur le nombre FEFA suivis X 100%	80 %	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition Communauté
<b>Indicateurs</b>	<b>Calcul de l'indicateur</b>	<b>Valeurs seuils</b>	<b>Source des données /supports</b>



11. Proportion de FEFA ayant consommé du Fefol	Nombre FEFA ayant consommé du Fefol sur le nombre FEFA ayant reçu du Fefol X 100%	100%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition Communauté
<b><i>Dans les aires de santé où des multi-micronutriments en poudre (MNP) sont distribués, les indicateurs ci-après sont également suivis.</i></b>			
12. Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu les MNP	Nombre d'enfants âgés de 6-23 mois ayant reçu les multi micronutriments en poudre (MNP) sur le nombre d'enfants de 6 à 23 mois suivis X 100%	80%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)
13. Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé les MNP	Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu les multi micronutriments en poudre (MNP) sur le nombre d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu les multi micronutriments en poudre (MNP) X 100%	100%	Registre RECO/ fiche Prévention Malnutrition (Communauté)

### ***5.3 Supports de collecte de données***

**P**our faciliter la collecte et la centralisation des données relatives aux activités préventives au niveau communautaire, les organes de participation communautaire (RECO, CAC, CODESA) et les structures de santé utiliseront respectivement les cahiers de RECO pour la collecte de données, la fiche prévention de la Malnutrition Communauté, le rapport d'activités et le procès-verbal (PV) des réunions.

## Conclusion

**L**e Manuel d'Orientation de Nutrition à Assise Communautaire est construit sur les principes du Cycle des 3-A; il correspond donc à une approche de gestion. Il est donc essentiel de définir des structures de gestion et de responsabilisation qui auront l'autorité nécessaire pour conduire le processus. Elles auront besoin de ressources indispensables pour bien jouer ce rôle.

**A**u niveau du village et de l'aire de santé, l'autorité de gestion a clairement été attribuée aux CAC et aux CODESA. Il est, par conséquent, juste et normal, que la mise en place d'une approche de nutrition à assise communautaire, telle que décrite au chapitre 2, se base prioritairement sur ces deux structures.

**I**l faut donc s'assurer que les CAC et les CODESA ont les capacités requises, pour mettre en place les systèmes et les procédures spécifiques de gestion, leur permettant de prendre pleinement en charge la planification et la surveillance des étapes critiques définies dans l'algorithme NAC décrit dans le chapitre 1. Les membres des CAC et des CODESA doivent être pleinement conscients de la façon dont fonctionnent les actions, visant par exemple la prévention de la malnutrition chronique dans leur village ; les actions dans le domaine de la nutrition maternelle, de l'allaitement maternel, ou de l'alimentation de complément. Ils doivent être prêts à en discuter et à prendre des décisions dans la limite de leurs capacités pour proposer des solutions aux insuffisances détectées, ou à faire appel aux autorités compétentes pour y pallier. Il faut surtout que chacun d'eux soit

responsable de l'efficacité de la prévention du retard de croissance dans leur zone de compétence.

**I**l est évident que le bon fonctionnement de la NAC exige un «Système de Gestion d'Information de la Nutrition», (SGIN), pour fonctionner correctement. Ce système doit être transparent et participatif pour permettre également aux communautés de responsabiliser et de mobiliser leur CAC et leur CODESA. Le CAC et le CODESA doivent également être responsabilisés vis-à-vis des équipes de gestion de la santé aux niveaux provincial et national. Le SGIN doit donc aussi être établi - ou plutôt étendu –à ces niveaux.

## Références bibliographiques

1. Ministère du Plan/RDC (EDS, 2013). Enquête démocratique et de santé. Kinshasa, RDC 2013.
2. Lancet Series: Maternal and Child Nutrition, The Lancet, Vol 382, Août 2013.
3. Ministère du Plan/RDC (MICS, 2010). Enquête par grappes à indicateurs multiples, Kinshasa, RDC 2010.
4. Ministère du Plan/RDC (EDS, 2007). Enquête Démocratique et de Santé. Kinshasa, RDC.
5. Ministère de la Santé. Programme National de Nutrition/RDC (1998). Enquête Nationale sur l'Avitaminose, RDC PRONANUT 1998.

## Annexe

### Annexe 1: Responsable des activités communautaires de l'aire de santé

#### *Justification*

Le rôle de la communauté dans la réponse aux problèmes de santé est indéniable. Toute planification des interventions au niveau communautaire passe par une étape importante qui est celle de la dynamisation de la participation communautaire. Plusieurs programmes utilisent cette approche. Le processus pour ce faire, à quelques différences près, est le même. Malheureusement, on note une tendance à la verticalisation et à la spécialisation des relais communautaires. L'évaluation de la NAC dans la zone d'Inga au Bas Congo a mis en évidence le fait que les conditions sont réunies pour une intégration des interventions au niveau communautaire. On note cependant que pour y arriver une bonne coordination est nécessaire. En effet, à ce jour, quand bien même on a mis en exergue une bonne organisation de la dynamique communautaire, il est nécessaire de bien la cordonner et de capitaliser toutes les informations disponibles pour éclairer les décideurs dans la résolution des problèmes de santé.

Le responsable des interventions dans le domaine de la santé au niveau de l'aire de santé est l'infirmier titulaire (IT). Ce dernier est en charge des soins curatifs, des interventions préventives, des actions au niveau de la formation sanitaire, ainsi que des stratégies avancées. Il a également la responsabilité d'envoyer les informations sanitaires relatives à sa juridiction administrative aux autorités appropriées.

L'infirmier titulaire (IT) est aussi la première option lorsqu'il s'agit d'identifier un coordonnateur de la dynamique communautaire. Toutefois, il faut reconnaître que ce dernier est très occupé et qu'il

ne pourra pas assurer, de manière satisfaisante, toutes ces responsabilités. Compte tenu de l'importance de la coordination nécessaire pour que la dynamique communautaire contribue à accélérer l'adoption des pratiques adéquates d'ANJE et l'évolution des normes sociales relatives à la santé et la nutrition des groupes vulnérables, il paraît judicieux de responsabiliser un agent qui travaillera sous sa supervision de l'IT et dont le rôle sera de coordonner les actions communautaires.

#### *Profil du responsable des actions communautaires*

- Maîtriser parfaitement la dynamique communautaire
- Avoir un diplôme en sciences de la santé ; en sciences sociales ; en développement rural
- Avoir l'expérience de la mise en œuvre de programmes de santé, d'agriculture, de protection sociale, etc
- Avoir des compétences en communication pour le développement
- Etre de bonne moralité
- Maîtriser les us et coutumes de l'aire d'intervention
- A compétences égales, privilégier les femmes

#### *Relation hiérarchique*

- Travaille sous l'autorité de l'IT et agit par sa délégation
- Est agent du centre de santé et est rémunéré
- Rend son rapport à l'IT

#### *Principales tâches*

- Coordonner toutes les activités de participation communautaire :
- Recevoir tous les rapports ; les analyses et les archives et en fait le compte-rendu

- Faciliter toutes les activités des organes de participation communautaire
- Superviser les activités des organes de participation communautaire en matière de santé, nutrition, eau, hygiène et assainissement, etc.
- Mettre à jour la cartographie des organes de participation communautaire et maintenir le lien avec eux
- Assurer la formation continue des organes de participation communautaire
- Participer aux réunions du CODESA comme observateur
- Faciliter l'autoévaluation des organes de participation communautaire
- Participer aux réunions de CAC comme observateur
- Collaborer avec l'AC pour toutes les activités dans son rayon d'action
- Participer aux réunions périodiques organisées par l'AC

### *Besoins en formation*

Le profil requis pour la coordination des organes de participation communautaire est un peu particulier. Il sera donc nécessaire de donner une formation complémentaire aux agents de santé, de l'agriculture ou du secteur de l'action sociale qui seront impliqués dans cette tâche. Il est important d'envisager de leur apporter une formation complémentaire dans les domaines ci-après :

- Communication pour le Développement (C4D)
- Suivi et évaluation
- Pack d'interventions à haut impact au niveau communautaire
- Gestion des stocks

On prendra en priorité un personnel du centre de santé. Le recrutement d'un personnel extérieur sera une exception et doit se

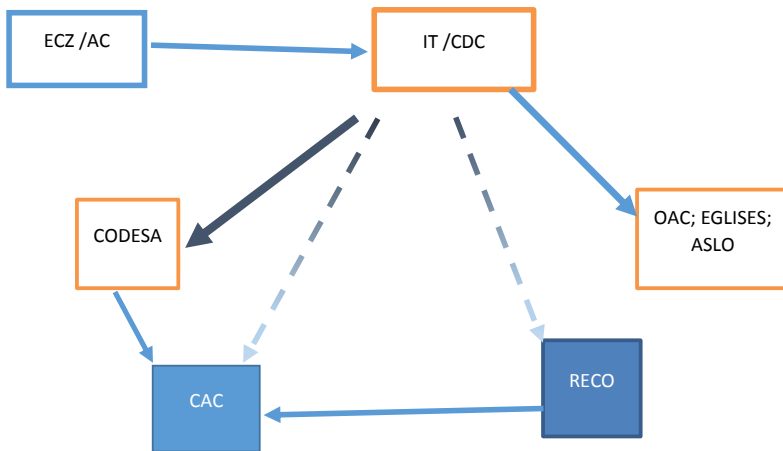


faire conformément à la procédure en vigueur en la matière (Personnel de service public).

Sachant que toutes les zones de santé ont un Animateur communautaire, il faudra envisager des réunions périodiques entre les AC et les coordinateurs des activités communautaires. Certes, des rapports mensuels d'activité sont réalisés dans les zones de santé mais l'accent est peu mis sur les activités communautaires.

Le coordinateur tissera des liens avec les structures d'autres secteurs. Il sera très actif dans leurs activités.


### Relations du responsable avec les différents acteurs



## Annexe 2: Modèle de cahier des Relais Communautaires (RECO)

MENAGES (N.B.Pour les FEFA, remplir seulement les 3 dernieres colonnes)																			
N° de ménage	Identite de l'enfant/FEFA		Allaitement maternel				Aliment de complement (Variete)	Depistage Actif (moins 5ans)		Suivi de Multimicro nutriments en Poudre (MNP)		Enfant age de 24 mois	Conseils sur ANJE, Nutrition maternelle et les autres	Suivi de prise Fer acide folique					
										Nombre des sachets MNP recus	Nombre des sachets MNP consommés			Taille < a 81 Cm (Garçon) et Taille < a 79,3 Cm (Fille)	FFFA/Gardiens d'enfants conseillés en ANJE, Nutrition maternelle et autres PFE	Disponibilite Fefol	consommation Fefol		
N° de ménage	Nom et Prénoms	Sexe F/M	Age (mois)/Enf	Enfant de 0-6 mois allaites exclusivement	Enfant de 6 mois ayant ete allaites exclusivement	Enfants de 6-24 mois sous allaitement maternel	Enfant de 20-24 mois sous allaitement maternel	Nbre de repas par jour	consommation aliment a 4 Etouilles (produit animal, cereales, Légumineuses et Fruits /Légumes)	PB < 125 mm (rouge ou jaune)(Enfants 6-59M)	oedemes	Nombre des sachets MNP recus	Nombre des sachets MNP consommés	Taille < a 81 Cm (Garçon) et Taille < a 79,3 Cm (Fille)	FFFA/Gardiens d'enfants conseillés en ANJE, Nutrition maternelle et autres PFE	Disponibilite Fefol	consommation Fefol		
Total																			
										S1	S2	S3	S4	Total					
<b>Discussions Communautaires autour des resultats des activites (pas dépasser 20 personnes)</b>		Nbre de participants								M									
		Themes exploites								F									
		Recommandations formulees																	
Nombre de Groupes de soutien existants																			
Nombre de Groupes de soutien ayant tenu au moins une reunion le mois																			
(*) Autres PFE: Alimentation de la femme enceinte et allaitante (FEFA), Lavage des mains, Utilisation de latrine hygienique,Vaccination, Planning familial, MILD, Utilisation de service de sante en cas de signe de danger,SRO+Zinc en cas de diarrhee.																			

### Annexe 3: Fiche synthèse Prévention Malnutrition / Communauté

<b>République Démocratique du Congo</b>				
				
<b>MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE</b>				
<b>SYNTHESE MENSUELLE DES DONNEES D'ACTIVITES DE PREVENTION MALNUTRITION AU NIVEAU COMMUNAUTE</b>				
Province:.....			Nom de Infirmier Titulaire:.....	
DPS/ ;.....			Nbre de Vill./Av./Q. existants :.....	
Zone de Sante:.....			Nbre de Vill./Av./Q. avec activites ANJE .....	
Aire de Sante:.....			Nbre de Vill./Av./Q. ayant rapporté:.....	
Partenaire: ;.....				
Mois/ Année:.....				
N°	DONNEES	NOMBRE	CODE DU CHIFFRE AU DENOMINATEUR	%
<b>DONNEES SUR LES PERSONNES SUIVIES</b>				
A1	Nbre d'enfants de 0- 6 mois suivis			
A2	Nbre d'enfants âgés de 6 mois suivis			
A3	Nbre d'enfants de 6-24 mois suivis			
A4	Nbre d'enfants âgés de 24 mois suivis			
A5	Nbre d'enfants de 0-24 mois suivis			
A6	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois suivis			
A7	Nbre de Femmes enceintes et allaitantes (FEFA)/Gardiens d'enfants suivis			
B	Allaitement maternel			
B1	Enfants de 0-6 mois allaités exclusivement		A1	
B2	Enfants âgés de 6 mois ayant été allaités exclusivement		A2	
B3	Enfants de 6-24 mois sous allaitement maternel		A3	
B4	Enfant de 24 mois sous allaitement maternel		A4	
C	Aliment de complément (6-24 mois)			
C1	Enfants de 6-24 mois ayant consommé 3 repas par jour		A3	
C2	Enfants de 6-24 mois ayant consommé un aliment à 4 Etoiles (produit animal, cereales, Légumineuses et Fruits /Légumes)		A3	
C3	Enfants de 6-24mmois ayant consommé une alimentation de complément adéquate [Nbre de repas par jour+ consommation aliment à 4 Etoiles (produit animal, céréales, Légumineuses et Fruits /Légumes)]		A3	

D	Dépistage actif (moins de 5ans)			
D1	Enfants 6-59 mois avec PB < 125 mm(rouge ou jaune)		A6	
D2	Enfants de 0-59 mois avec Œdèmes		A7+A1	
D3	Proportion d'enfants de 24 mois avec Taille < au seuil (-2 ET)**		A4	
E	Suivi de Multi micronutriments en Poudre (MNP)			
E1	Enfants ayant reçus les MNP			
E2	Enfants ayant consommés le total des MNP reçus		E1	
F	Conseils sur ANJE/Nutrition maternelle /autres PFE			
F1	FEFA/Gardiens d'enfants conseillés en ANJE/ Nutrition maternelle et autres PFE*		A8	
G	Suivi de prise Fer acide folique			
G1	FEFA ayant reçu le Fefol			
G2	FEFA ayant consommé le Fefol		G1	
H	Discussions Communautaires			
H1	Réunions planifiées			
H2	réunions de discussions communautaires autour des résultats des activités de Nutrition réalisées		H1	
I	GROUPE DE SOUTIEN			
I1	Groupes de soutien existants			
I2	Groupes de soutien fonctionnels ( ayant tenu au moins une reunion le mois)		I1	
<p>(*) Autres PFE: Alimentation de la femme enceinte et allaitante (FEFA), Lavage des mains, Utilisation de latrine hygienique,Vaccination, Planning familial, MILD, Utilisation de service de sante en cas de signe de danger,SRO+Zinc en cas de diarrhee.</p>				
Commentaire:				
Fait à .....,le ...../...../20.....			Nom et signature du Responsable	
		Age	Taille Fille (-2 ET)	Taille Garçon (-2 ET)
	**	24 mois	79.3 Cm	81 Cm



**SYNTHÈSE MENSUELLE DES DONNÉES D'ACTIVITÉS DE PRÉVENTION**

Province:..... Aire de Santé:..... Nom de Infirmier Titulaire:.....

DPS/ ;..... Partenaire: ;..... Nbre d'Aires de Santé existantes

Zone de Santé:..... Mois/Année:..... Nbre CS existants

Nbre de AS ayant rapporté

N°	DONNEES	Nbre AS1	Nbre AS2	Nbre AS3	Total ZS	CODE DU CHIFFRE AU DENOMINATEUR	%
<b>DONNEES SUR LES PERSONNES SUIVIES</b>							
A1	Nbre d'enfants de 0- 6 mois suivis						
A2	Nbre d'enfants âgés de 6 mois suivis						
A3	Nbre d'enfants de 6-24 mois suivis						
A4	Nbre d'enfants âgés de 24 mois suivis						
A5	Nbre d'enfants de 0-24 mois suivis						
A6	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois suivis						
A7	Nbre de Femmes enceintes et allaitantes (FEFA)/Gardiens d'enfants suivis						
<b>B</b>	<b>Allaitement maternel</b>						
B1	Enfants de 0-6 mois allaités exclusivement					A1	
B2	Enfants âgés de 6 mois ayant été allaités exclusivement					A2	
B3	Enfants de 6-24 mois sous allaitement maternel					A3	
B4	Enfant de 24 mois sous allaitement maternel					A4	
<b>C</b>	<b>Aliment de complément (6-24 mois)</b>						
C1	Enfants de 6-24 mois ayant consommé 3 repas par jour					A3	
C2	Enfants de 6-24 mois ayant consommé un aliment à 4 Etoiles (produit animal, céréales, Légumineuses et Fruits /Légumes)					A3	
C3	Enfants de 6-24 mois ayant consommé une alimentation de complément adéquate [Nbre de repas par jour+ consommation aliment à 4 Etoiles (produit animal, céréales, Légumineuses et Fruits /Légumes)]					A3	

D	Dépistage actif (moins de 5ans)					
D1	Enfants 6-59 mois avec PB < 125 mm(rouge ou jaune)				A6	
D2	Enfants de 0-59 mois avec Œdèmes				A7+A1	
D3	Proportion d'enfants de 24 mois avec Taille < au seuil (-2 ET)**				A4	
E	Suivi de Multi micronutriments en Poudre (MNP)					
E1	Enfants ayant reçus les MNP					
E2	Enfants ayant consommés le total des MNP				E1	
F	Conseils sur ANJE/Nutrition maternelle /autres PFE					
F1	FEFA/Gardiens d'enfants conseillés en ANJE/ Nutrition maternelle et autres PFE*				A8	
G	Suivi de prise Fer acide folique					
G1	FEFA ayant reçu le Fefol					
G2	FEFA ayant consommé le Fefol				G1	
H	Discussions Communautaires					
H1	Réunions planifiées					
H2	réunions de discussions communautaires autour des résultats des activités de Nutrition réalisées				H1	
I	GROUPE DE SOUTIEN					
I1	Groupes de soutien existants					
I2	Groupes de soutien fonctionnels ( ayant tenu au moins une reunion le mois)				I1	

(\*) Autres PFE: Alimentation de la femme enceinte et allaitante (FEFA), Lavage des mains, Utilisation de latrine hygienique,Vaccination, Planning familial, MILD, Utilisation de service de sante en cas de signe de danger,SRO+Zinc en cas de diarrhee.

Commentaire:

Fait à .....le ...../...../20.....

Nom et signature du Responsable

\*\*

Age	Taille Fille (-2 ET)	Taille Garçon (-2 ET)
24 mois	79.3 Cm	81 Cm



**FICHE SYNTHÈSE MENSUELLE DES DONNÉES SUR LA PRÉVENTION MALNUTRITION DE LA MALNUTRITION/PROVINCE**

Province:.....	Nbre d'Aires de Santé existantes
DPS :.....	Nbre CS existants
ZS :.....	Nbre de ZS existantes
Partenaires: .....	Nbre de ZS ayant intégré activités ANJE
Mois/Année:...../.....	Nbre de ZS ayant rapporté

N°	DONNÉES	Nbre ZS1	Nbre ZS2	Nbre ZS3	Total Province	CODE DU CHIFFRE AU DENOMINAT EUR	%
<b>DONNÉES SUR LES PERSONNES SUIVIES</b>							
A1	Nbre d'enfants de 0- 6 mois suivis						
A2	Nbre d'enfants âgés de 6 mois suivis						
A3	Nbre d'enfants de 6-24 mois suivis						
A4	Nbre d'enfants âgés de 24 mois suivis						
A5	Nbre d'enfants de 0-24 mois suivis						
A6	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois suivis						
A7	Nbre de Femmes enceintes et allaitantes (FEFA)/Gardiens d'enfants suivis						
<b>B</b>	<b>Allaitement maternel</b>						
B1	Enfants de 0-6 mois allaités exclusivement					A1	
B2	Enfants âgés de 6 mois ayant été allaités exclusivement					A2	
B3	Enfants de 6-24 mois sous allaitement maternel					A3	
B4	Enfant de 24 mois sous allaitement maternel					A4	
<b>C</b>	<b>Aliment de complément (6-24 mois)</b>						
C1	Enfants de 6-24 mois ayant consommé 3 repas par jour					A3	
C2	Enfants de 6-24 mois ayant consommé un aliment à 4 Etoiles (produit animal, céréales, Légumineuses et Fruits /Légumes)					A3	
C3	Enfants de 6-24 mois ayant consommé une alimentation de complément adéquate [Nbre de repas par jour+ consommation aliment à 4 Etoiles (produit animal, céréales, Légumineuses et Fruits /Légumes)]					A3	

D	Dépistage actif (moins de 5ans)					
D1	Enfants 6-59 mois avec PB < 125 mm(rouge ou jaune)				A6	
D2	Enfants de 0-59 mois avec Œdèmes				A7+A1	
D3	Proportion d'enfants de 24 mois avec Taille < au seuil (-2 ET)**				A4	
E	Suivi de Multi micronutriments en Poudre (MNP)					
E1	Enfants ayant reçus les MNP					
E2	Enfants ayant consommés le total des MNP reçus				E1	
F	Conseils sur ANJE/Nutrition maternelle /autres PFE					
F1	FEFA/Gardiens d'enfants conseillés en ANJE/ Nutrition maternelle et autres PFE*				A8	
G	Suivi de prise Fer acide folique					
G1	FEFA ayant reçu le Fefol					
G2	FEFA ayant consommé le Fefol				G1	
H	Discussions Communautaires					
H1	Réunions planifiées					
H2	réunions de discussions communautaires autour des résultats des activités de Nutrition réalisées				H1	
I	GROUPE DE SOUTIEN					
I1	Groupes de soutien existants					
I2	Groupes de soutien fonctionnels ( ayant tenu au moins une reunion le mois)				I1	

(\*) Autres PFE: Alimentation de la femme enceinte et allaitante (FEFA), Lavage des mains, Utilisation de latrine hygienique,Vaccination, Planning familial, MILD, Utilisation de service de sante en cas de signe de danger.SR0+Zinc en cas de diarrhee.

Commentaire:

Fait à .....,le ...../...../20.....	Nom et signature du Responsable



## Annexe 4. Fiche de dénombrement

FICHE SYNTHÈSE DU DENOMBREMENT DES ENFANTS 0-59 MOIS ET FEMMES	
Province	Inscrire le nom de la Province où se fait le dénombrement
Village/Avenue	Inscrire le nom du Village/Avenue où se fait le dénombrement
Nom du chef de village/Quartier/ Avenue	Inscrire le nom et Post nom du chef de village/Quartier où se fait le dénombrement
Nom Agent de Dénombrement / RECO	Inscrire le nom et post nom de l'agent communautaire qui fait le dénombrement
Zone de Sante	Inscrire le nom de la Zone de sante où se fait le dénombrement
Aire de Sante	Inscrire le nom de l'Aire de sante où se fait le dénombrement
Quartier	En milieu urbain, inscrire le nom du quartier où se fait le dénombrement
Date du dénombrement	Ecrire le jour le mois et l'année du dénombrement initial
N° cibles	Ecrire le numero d'ordre de l'enfant, femmes enceintes et allaitante pour chaque ménage
N° ménage	Numéro d'ordre des ménages
Nom et Prénoms	Inscrire le nom et post nom de chaque enfant dont l'âge se trouve entre 0-23 mois pendant le dénombrement
Sexe:	Inscrire F pour Féminin et M pour Masculin
Date de Naissance(j/m/aa):	Etre le plus précis possible en indiquant le jour, le mois et l'année pour chaque enfant
Age (mois)	Indiquer l'âge en mois pour seulement les tous les enfants de 0-23 mois, si possible sur la base de la date de naissance
Nombre total de femmes enceintes	Preciser le nombre de femmes enceintes pour tous les ménages denombres
Nombre total de femmes allaitantes	Preciser le nombre de femmes allaitantes pour tous les ménages denombres
Nombre total d'enfant âgés de 0-	Après avoir fait le dénombrement initial dans chaque Village/Avenue, comptabiliser le Nombre total des enfants dont l'âge est compris entre 0 et 6 mois révolus
Nombre total d'enfant âgés de 6-23 mois	Après avoir fait le dénombrement initial dans chaque Village/Avenue, comptabiliser le Nombre total des enfants dont l'âge est compris entre 6 et 23 mois révolus
Nombre total d'enfant âgés de 0-23 mois	Après avoir fait le dénombrement initial dans chaque Village/Avenue, comptabiliser le Nombre total des enfants dont l'âge est compris entre 0 et 23 mois révolus
Nombre total d'enfant âgés de 6-59 mois	Après avoir fait le dénombrement initial dans chaque Village/Avenue, comptabiliser le Nombre total des enfants dont l'âge est compris entre 6 et 59 mois révolus
Nombre total d'enfant enregistres	Après avoir fait le dénombrement initial dans chaque Village/Avenue, comptabiliser le Nombre total des enfants enregistres a l'Etat civil
<b>Observation:</b>	<b>chaque mois le relais doit rapporter la composition de cible de son village/avenue/quartier</b>

## FICHE SYNTHÈSE DU DENOMBREMENT DES ENFANTS 0-59 MOIS ET FEMMES

		Date du denombrement du .....au...../...../.....						
Province		Zone de Sante			Aire de Sante			
Village/Avenue					Quartier			
Nom du chef de village/Avenue								
Nom Agent de Denombrement /RECO		Nombre total d'enfants âgés de 0-6 mois : Nombre total d'enfants âgés de 6-23 mois : Nombre total d'enfants âgés de 24-59 mois : Nombre total d'enfants âgés de 6-59 mois : Nombre total d'enfants 0-59 mois enregistrés : Nombre total des femmes enceintes : Nombre total des femmes allaitantes :						
N° cible	N° ménage	Nom et Prénoms	Sexe F/M	Date de Naissance(j/m/aa)	Age (mois)/Enf	Enfant enregistré a l'Etat Civil O/N	F.enceinte ON	F.allaitante O/N
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
		<b>TOTAL</b>						

## FICHE SYNTHÈSE DU DENOMBREMENT DE L'AIRE DE SANTÉ

Province		Date du dénombrement du .....au...../...../.....						
Zone de Santé								
Aire de Santé								
N°	Nom du village/avenue	Nombre total d'enfant âgés de 0-6 mois	Nombre total d'enfant âgés de 6-23 mois	Nombre total d'enfant âgés de 0-23 mois	Nombre total d'enfant âgés de 6-59 mois	Nombre total d'enfants enregistrés Etat Civil	Nombre total de femmes enceintes	Nombre total de femmes allaitantes
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
<b>TOTAL</b>								



### FICHE SYNTHÈSE DU DENOMBREMENT DE L'ENSEMBLE PROVINCE

Province

Période du dénombrement: du....au.../...../.....

N° ZS	Nom de la Zone de Sante	Nombre total d'enfants âgés de 0-6 mois	Nombre total d'enfants âgés de 6-23 mois	Nombre total d'enfants âgés de 0-23 mois	Nombre total d'enfants âgés de 6-59 mois	Nombre total d'enfants enregistrés Etat Civil	Nombre total de femmes enceintes	Nombre total de femmes allaitantes
<b>TOTAL</b>								

## Annexe5. Modèle de de compte-rendu des réunions

PROVINCE .....DP.....ZS.....

### COMPTE RENDU DE LA REUNION (BCZS, CS, CODESA, CAC) DU.../...../.....

Durée : Début : ..... Fin : .....

Réunion convoquée par : ..... (Nom et Fonction)

Secrétariat assuré par ..... (Nom et Fonction)

#### 1. ORDRE DU JOUR

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5) Divers

2. DISCUSSIONS (Résumé des discussions par rapport à chaque point de l'ordre du jour)

#### 3. ACTIONS A PRENDRE

N°	ACTIONS	ECHEANCE	RESPONSABLE
1			
2			
3			

#### 4. LISTE DE PRESENCE

N°	NOM ET PRENOM	INSTITUTION	TELEPHONE	E-mail
1				
2				
3				
4				

