

## **CHAPITRE 2 : DETERMINATION LA FAISABILITE DE L'APPROCHE DP/FOYER POUR LA COMMUNAUTE CIBLEE (ETAPE I)**

**A la fin de cette séance, les participants seront en mesure de**

- Décrire le processus d'évaluation et les considérations essentielles pour déterminer si DP/Foyer est une approche possible pour une zone ciblée.
- Evaluer si DP/Foyer est une bonne approche pour une communauté ciblée (étude de cas)
- Examiner des approches alternatives à utiliser

DP/Foyer est seulement économique là où il vit une concentration assez importante d'enfants sous-alimentés. Le seuil de 30 pourcent inclut la malnutrition légère, modérée et sévère mais les programmes préoccupés par la rentabilité peuvent devoir concentrer les activités de DP/Foyer sur les enfants souffrant de malnutrition modérée ou sévère et faire usage de méthodes moins intensives pour soulager les enfants souffrant de malnutrition légère. **Dans les grandes communautés, un critère alternatif pourrait être la présence d'au moins 30 enfants souffrant de malnutrition modérée ou sévère dans la tranche d'âge de 6 à 36 mois.** Puisqu'il est improbable qu'une agence d'exécution ait mené une évaluation nutritionnelle sur la base d'un recensement avant de décider ou non de mettre le programme en œuvre, la décision peut être fondée sur les données actuelles de suivi de la croissance, les données provenant d'enquêtes menées sur un échantillon représentatif ou d'autres données existantes.

**Remarque :** DP/Foyer utilise le rapport poids/âge parce que c'est l'indicateur plus sensible au changement et qu'il n'exige pas de mesurer de taille, les quelles sont difficiles à prendre. Alors que la circonférence du bas (MUAC) est utile pour la sélection des cas de malnutrition en situation d'urgence, elle n'est pas suffisamment spécifique pour permettre d'identifier tous les enfants qui sont en dessous du niveau normal poids/âge.

**Des aliments économiques sont disponibles :** Un principe fondamental de DP/Foyer est que les programmes peuvent réhabiliter leurs enfants et prévenir la malnutrition avec des aliments abordables et disponibles au niveau local. Si toutes les familles pauvres de la communauté dépendent de l'aide alimentaire ou mangent simplement des aliments de base parce qu'ils ne trouvent rien d'autre, d'autres interventions pour améliorer la sécurité alimentaire doivent être menées au préalable.

**Les maisons sont situées à une courte distance les unes des autres.** Vu qu'on s'attend à ce que les responsables d'enfant amènent leurs enfants chaque jour à la séance DP/Foyer et que

les volontaires fassent de fréquentes visites à domicile, les maisons doivent être situées à faible distance de marche d'un point central.

**Il y a un engagement communautaire pour surmonter la malnutrition :** Un engagement servira à mobiliser des ressources et à ouvrir la voie vers l'organisation de séance DP/Foyer et la prestation de soutien des pairs aux familles participantes. S'il n'y a aucune instance dirigeant ou municipalité avec laquelle travailler, il peut être nécessaire de monter un comité de santé de village. DP/Foyer n'a pas été un succès là où les populations sont transit et marquent de sentiment d'appartenance commune.

**L'accès aux services de santé complémentaire de base existe.** Les services de santé sont pour permettre aux enfants de recevoir les rapports non disponibles dans DP/Foyer, comme le dépistage, les immunisations, le traitement de la malaria, la supplémentation en micronutriments et les références. Les enfants reçoivent les services **requis** d'accéder au DP/Foyer et peuvent y être référés pour évaluation et traitement additionnels s'ils ne prennent pas suffisamment de poids après leur participation au DP/Foyer pendant deux semaines avec deux supplémentaires de visites de suivi à domicile.

**Il existe ou il est possible de développer des systèmes d'identification et le suivi des enfants sous-alimentés :** Alors que de tels systèmes ne constituent pas une condition préalable, ils doivent être développés pour le programme. La première étape pourrait être un recensement de porte à porte et le pesage des enfants mais ensuite, il faudra établir un système mensuel de suivi routinier de la croissance non seulement pour suivre les enfants qui déterminent les séances DP/Foyer mais aussi pour détecter d'autres enfants qui pourraient avoir besoin d'intégrer le programme. DP/Foyer est destiné à seulement être une phase d'un programme nutritionnel plus étendu.

**La présence d'aide alimentaire dans DP/Foyer peut être minimisée par le biais d'une planification rigoureuse.** Les familles ont besoin d'apprendre à répondre aux besoins nutritionnels de leurs enfants à partir d'aliments locaux au lieu de dépendre de l'aide alimentaire.

## **1. ETUDES DE CAS : DP/FOYER CONVIENT-IL A CE CONTEXTE ?**

Listez et analysez les cas suivants. Dites si DP/Foyer fonctionnera dans chaque situation. Sinon, expliquez pourquoi et réfléchissez à une approche alternative. Suggérez des stratégies et interventions additionnelles nutrition requises des autres secteurs. Si DP/Foyer est approprié et qu'il existe des défis particuliers, veuillez décrire comment les surmonter.

### **Cas 1 – Village de la côte – 12 pour cent de malnutrition mais 35 enfants souffrant d'insuffisance pondérale**

Toutes les familles gagnent leur vie de la pêche ou de la vente de poisson. Elles vivent dans un petit village de maisons très rapprochée. Les hommes sortent avant l'aube jusqu'à midi. A leur retour, ils espèrent trouver leur grand repas. Les femmes passent l'après-midi à nettoyer du poisson et à réparer leurs filets de pêche. Ils travaillent ensemble sur la plage et transportent leur bébé sur leur dos. Les enfants les plus grands restent à la maison avec leur grand-mère ou avec parent plus âgé. Il y a beaucoup de poisson à manger mais peu de fruits et de légumes pendant la plus grande partie de l'année. La clinique est dans le bourg voisin, à 15 minutes en autobus.

### **Cas 2 – Intérieur nord – 35 pour cent de malnutrition**

Les familles vivent dans de très petits villages éparpillés à travers les plantations de thé. Il y a 10 à 20 familles dans chaque village. Il faut entre 30 minutes et une de promenade sur un terrain très accidenté pour arriver au village du domaine principal. Presque toutes les mères travaillent à plein temps dans les plantations de thé. Les enfants de six mois à trois ans passent neuf heures par jour dans la garderie avec deux employés payés. La nourriture de la garderie est fournie par le domaine. (Après l'âge de trois ans, les enfants restent avec leurs grands-parents pendant le jour jusqu'à ce qu'ils commencent l'école, à l'âge de cinq ans). La garderie est située près d'une bonne clinique établie par la direction du domaine. Il y a une entité de gestion conjointe composée de représentants des travailleurs et de la direction.

### **Cas 3 – Nord-Est – 32 pour cent de malnutrition**

Cette bonne superficie agricole produit des céréales, des fruits et des légumes. Les maisons sont disperses, étendues sur des monticules. Les grands-mères prennent soins des petits enfants lorsque les femmes vont aux champs pour travailler ou à la rivière pour pêcher. Il y a

une clinique dans le bourg le plus proche, qui est à quatre heures de marche pour plusieurs familles. Lorsque les pluies s'amènent et que l'eau environne leur monticule, les familles ne peuvent facilement voyager vers d'autres maisons ou village. Certaines familles doivent gagner les hauteurs pour trois ou quatre mois, ce qui rend difficile pour eux l'élevage de volaille et de bétail.

#### **Cas 4 – Communautés agricoles du sud – 39 pour cent de malnutrition**

La plus part des enfants de cette communauté sont de très petite taille pour leur âge. Les familles s'adonnent à l'agriculture et la plus part des femmes restent à la maison, sauf pendant les récoltes. Le village est très compact et les collaborent sur plusieurs projets communautaires. Les grands-mères décident du moment où les enfants devraient commencer à prendre ou de nourriture, souvent à l'âge d'un mois. Il y a un petit hôpital chrétien et le personnel de santé du gouvernement apporte les vaccins et la vitamine A

#### **Cas 5 – Bidonvilles périurbains – 20 pour cent de malnutrition**

Les familles vivent dans des colonies de squatteur densément peuplées, dans des maisons simples sans installations sanitaires. L'eau est acheminée à partir de points d'eau centraux situés à une certaine distance. Les familles ont un accès facile aux installations de santé. Puisque les maisons sont très petite, la plus part des familles ne cuisinent pas chez elles. Elles achètent des aliments cuits des vendeurs de rue et des collations des nombreux petits commerces. La plus part des femmes sont chez elles pendant la journée. Celles qui travaillent laissent leurs enfants sous la garde de femmes plus âgées. Il y a environ 40 enfants souffrant de malnutrition modérée et sévère âgés de 6 à 36 mois.

## **2. MISE EN PLACE DP/FOYER**

DP/Foyer ne fonctionnera pas partout. Il est important de considérer les critères suivant au moment de décider si DP/Foyer est la bonne approche pour une communauté donnée.

- **La malnutrition légère, modérée et sévère, sur la base du poids par rapport à l'âge affecte plus de 30 pour cent des enfants âgés de 6 à 36 mois ou 30 enfants souffrant d'insuffisance pondérale dans la tranche d'âge de 6 à 36 mois.** DP/Foyer est seulement économique là où il y a une concentration assez importante d'enfants sous-alimentés. Le seuil de 30 pour cent inclut la malnutrition légère, modérée et sévère mais les programmes préoccupés par la rentabilité peuvent devoir concentrer les activités de DP/Foyer sur les enfants souffrant de malnutrition modérée et sévère en faire usage de méthode moins intensives pour soulager les enfants souffrant de malnutrition légère. **Dans les grandes communautés, un critère alternatif pourrait être la présence d'au moins 30 enfants souffrant de malnutrition modérée ou sévère dans la tranche d'âge de 6 à 36 mois.** Puisqu'il est improbable qu'une agence d'exécution ait mené une évaluation nutritionnelle sur la base d'un recensement avant de décider ou non de mettre le programme en œuvre, la décision peut être fondée sur les données actuelles de suivi de la croissance, les données provenant d'enquêtes menées sur un échantillon représentatif de la population ou d'autres données existantes.

**Remarque :** DP/Foyer utilise rapport poids/âge parce que c'est l'indicateur le plus sensible au changement et qu'il n'exige pas de mesure de taille, lesquelles sont difficiles à perdre.

Alors que la circonférence du bras (MUAC) est utile pour la sélection des cas de malnutrition en situation d'urgence, elle n'est pas suffisamment spécifique pour permettre d'identifier tous les enfants qui sont en dessous du niveau normal poids/âge

- **Des aliments économiques sont disponibles.** Un principe fondamental de DP/Foyer est que les familles peuvent réhabiliter leurs enfants et prévenir la malnutrition avec des aliments abordables et disponibles au niveau local. Si toutes les familles pauvres de la communauté dépendent de l'aide alimentaire ou mangent simplement les aliments de base par ce qu'ils ne trouvent rien d'autre, d'autres interventions pour améliorer la sécurité alimentaire doivent être menées au préalable.

- **Les maisons sont situées à une courte distance les unes des autres.** Vu qu'on s'attend à ce que les responsables d'enfant amènent leurs enfants chaque jour à la séance DP/Foyer et que les volontaires fassent de fréquentes visites à domicile, les maisons doivent être situées à faible distance de marche d'un point central.
- **Il y a un engagement communautaire pour surmonter la malnutrition.** Un engagement servira à mobiliser des ressources et à ouvrir la voie vers l'organisation des séances DP/Foyer et la présentation de soutien des pairs aux familles participantes. S'il n'y a aucune instance dirigeante ou municipalité avec laquelle travailler, il peut être nécessaire de monter un comité de santé de village. DP/Foyer n'a pas été un succès là où les populations sont en transit et manquent de sentiment d'appartenance commune.
- **L'accès au service de santé complémentaire de base existe.** Les services de santé sont nécessaires pour permettre aux enfants de recevoir les rapports disponibles dans DP/Foyer, comme le déparasitage, les immunisations, le traitement de la malaria, la supplémentation en micronutriments et les références. Les enfants reçoivent les services requis **avant** d'accéder au DP/Foyer et peuvent y être référés pour évaluation et traitement additionnel s'ils ne prennent pas suffisamment de poids après leur participation au DP/Foyer pendant deux semaines avec deux semaines supplémentaires de visites de suivi à domicile.
- **Il existe ou il est possible de développer des systèmes pour l'identification et le suivi des enfants sous-alimentés.** Alors que de tels systèmes ne constituent pas une condition préalable, ils doivent être développés pour le programme. La première étape pourrait être recensement de porte à porte et le pesage des enfants mais en suite, il faudra établir un système mensuel de suivi routinier de la croissance non seulement pour suivre les enfants qui terminent les séances DP/Foyer mais aussi pour détecter d'autres enfants qui pourraient avoir besoin d'intégrer le programme. DP/Foyer est destiné à seulement être une phase d'un programme nutritionnel plus étendu.
- **La présence d'aide alimentaire dans DP/Foyer peut être minimisée par le biais d'une planification rigoureuse.** Les familles ont besoin d'apprendre à répondre aux besoins nutritionnels de leurs enfants à partir d'aliments locaux au lieu de reposer sur l'aide

alimentaire qui ne représente pas une solution durable à la malnutrition ou à l'insécurité alimentaire. Des petites quantités d'aide alimentaire, sous forme d'aliments de base locaux (comme le rit et l'huile) peuvent servir aux menus DP/Foyer mais les familles participantes doivent. Donner les autres aliments comme contribution à fin de mieux connaître s'ils sont accessibles et abordables. Les séances DP/Foyer mettent l'emphase sur l'utilisation d'aliments disponibles au niveau local.

- **L'engagement organisationnel de l'agence d'exécution est fort.** Ceci est essentiel. A cause des efforts requis pour lancer un programme DP/Foyer, l'agence d'exécution doit être disposée à ajuster son budget, à consacrer suffisamment de temps de son personnel et à faire le suivi de la quantité. Le personnel et les volontaires exécutant DP/Foyer doivent se consacrer à plein temps à DP/Foyer, en particulier au cours des mois de démarrage. Les projets devraient envisager l'adoption d'un budget pour du personnel additionnel et le recrutement de volontaires additionnels au lieu de s'entendre à ce que le personnel et les volontaires existants ajoutent DP/Foyer à leurs responsabilités actuelles. Puisque DP/Foyer s'arrête de lui-même et peut être graduellement supprimé d'une communauté après un an ou deux, lorsqu'il n'y aura plus d'enfants sous-alimentés les quantités accrues de personnel et de volontaires ne représenteront pas de fardeau à long terme.

### 3. Mobilisation communautaire (ETAPES 2)

#### ETAPES POUR LA MOBILISATION ET LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE :

**Etape 1** Identifiez les leaders communautaires avec l'aide des volontaires de santé communautaires existants planifiez une rencontre avec les leaders religieux et les représentants de femmes.

**Etape 2A** Demandez aux leaders communautaires leur permission et invitation à utiliser l'approche DP (retrouver les solutions existantes aux Problèmes de malnutrition au sein de la communauté).

**Etape 2B** Renseignez-vous sur les systèmes sanitaires locaux (c'est-à-dire le comité de santé et d'assainissement du village (CSAV), le CSV (comité de santé du village), etc.) Discutez sur la manière de décrire les concepts de DP dans la langue locale (c'est-à-dire proverbes, histoire). Discutez sur la sélection des volontaires sur un groupe particulier de volontaires n'existe pas encore.

**Etape 3** Engagez la communauté dans la définition du problème (conduite du niveau de richesse) ; pesez tous les enfants du groupe cible avec les membres de la communauté particulièrement les hommes (séance spéciale du PSC). Impliquez la communauté dans les focus, la cartographie communautaire, le calendrier saisonnier, la promenade d'étude et l'étude de marché.

**Etape 4** Séances de consultation communautaire : engagez les membres de la communauté dans

Discussions sur la question de la malnutrition infantile, discutez sur ces causes, les contraintes et défis communs et demandez leurs idées ou suggestions de solution. Impliquez les hommes, les grand-mères et toutes les femmes ayant accouché au cours de l'année précédente ; incluez les femmes-sages et guérisseurs traditionnels aussi bien que les leaders religieux. D'autres activités importantes dans lesquelles engager les membres des communautés comprennent : la cartographie sociale (jeunes hommes et femmes peuvent être inclus dans cette activité), le calendrier saisonnier, l'étude de marché et le niveau de richesse.

**Etape 5** Deuxième séance de consultation communautaire : Préparez et formez des leaders pour La tenue d'une réunion avec la communauté élargie pour partager les informations

de Référence (résultat de la pensée) et les conclusions des discussions de groupes de même que le concept du DP à partir des affiches visuelles montrant les résultats de l'évolution nutritionnel. Partagez aussi les images de la cartographie sociale, par le calendrier saisonnier, l'étude de marché et le niveau de richesse dessinées par la communauté. Discutez sur l'identification des volontaires ou, s'il n'y a pas de volontaires, sélectionnez-les

**Etape 6** Planifiez et conduisez les enquêtes de DP avec les membres de la communauté.

**Etape 7** Demandez aux membres de la communauté (CSV) d'analyser et de choisir les comportements essentiels des DP et de partager les conclusions de l'EDP avec la communauté entière ; d'examiner les comportements et stratégies des DP avec les membres de la communauté ; évitez-les à développer un plan d'actions qui comportera des séances DP/Foyer.

**Etape 8** Impliquez la communauté ou restez transparents dans le choix de personnel – comme un superviseur, les membres des comités DP/Foyer du village et/ou des volontaires de santé communautaire – pour contribuer à la crédibilité du personnel et promouvoir la prise en charge communautaire du programme.

**Etape 9** Impliquez la communauté dans le suivi mensuel des progrès de l'état nutritionnel de tous les enfants du groupe-cible. (Au Bangladesh, on utilise un tableau communautaire consolidé de suivi de la croissance pour tous les enfants participants à DP/Foyer de sorte que la communauté entière puisse voir l'efficacité du programme.)

**Etape 10** Journée de reconnaissance /Jour de graduation.

**Etape 11** Suivi et examen des programmes.