



DOCUMENTS DE REFERENCE TECHNIQUE TITRE II

TRM-01 : APPROCHE POUR LA PREVENTION DE
LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE
2 ANS (PM2A) : UNE APPROCHE D'AIDE ALIMENTAIRE

Revu/Mis à jour en novembre 2010



Le présent rapport est rendu possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers le soutien de l'Office of Food for Peace, du Bureau for Democracy, de la Conflict and Humanitarian Assistance et de l'Office of Health, Infectious Disease, and Nutrition, du Bureau for Global Health, de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), selon les termes de l'Accord de coopération n° GHN-A-00-08-00001-00, à travers le Projet d'assistance technique en alimentation et nutrition II (FANTA-2), géré par FHI 360. Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence américaine pour le développement international ou du Gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée : FANTA-2. *Documents de Référence Technique Titre II TRM-01 : Approche pour la Prévention de la Malnutrition chez les Enfants de Moins de 2 Ans (PM2A) : Une Approche d'Aide Alimentaire. Revu/Mis à jour en novembre 2010*. Washington, D.C.: Food and Nutrition Technical Assistance II (FANTA-2), FHI 360, 2010.

Ce document peut être reproduit sans l'autorisation écrite à condition d'y inclure la citation complète de la source. Une version électronique est disponible au téléchargement sur www.fantaproject.org.

Food and Nutrition Technical Assistance II Project

FHI 360

1825 Connecticut Ave., NW

Washington, D.C. 20009-5721

Tél : 202-884-8000

Fax : 202-884-8432

Courriel : fantamail@fhi360.org

<http://www.fantaproject.org>

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	I
REMERCIEMENTS	II
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	III
1. PREVENTION DE LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS : PRESENTATION TECHNIQUE	1
1.1 BREVE DESCRIPTION DE LA PM2A.....	1
1.1.1 Qu'est-ce que la PM2A ?	1
1.1.2 Services de base	1
1.1.3 Bénéficiaires du programme	2
1.1.4 Critères d'éligibilité.....	2
1.2 BASE DE PREUVES	3
1.2.1 Pourquoi cibler les enfants de la conception à 2 ans ?	3
1.2.2 Pourquoi mettre l'accent sur la prévention ?.....	4
1.3 OU LE PM2A EST-IL APPROPRIE ?.....	5
2. SERVICES PM2A DE BASE	7
2.1 PROGRAMME DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS AU SEIN DE LA COMMUNAUTE ET DU FOYER.....	7
2.1.1 Pourquoi mettre l'accent sur le changement des comportements ?.....	7
2.1.2 Comportements clés.....	7
2.1.3 Principes clés du programme de changement des comportements.....	8
2.1.4 Exemples d'activités de changement des comportements courantes.....	9
2.2 SERVICES PREVENTIFS ET CURATIFS DE SANTE ET DE NUTRITION.....	12
2.2.1 Pourquoi inclure des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition.....	12
2.2.2 Description des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition dans le PM2A.....	13
2.3 RATIONS.....	15
2.3.1 Objectif des rations	15
2.3.2 Bénéficiaires des rations.....	16
2.3.3 Conditions pour recevoir des rations de prévention.....	17
2.3.4 Conception de la ration	17
2.3.5 Composition de Ration	18
2.3.6 Taille de la ration	19
2.3.7 Rations individualisées ou à taille unique	23
2.3.8 Rations PM2A illustratives.....	24
3. CONCEPTION DU PROGRAMME	27
3.1 LIENS AVEC D'AUTRES ACTIVITES DE SECURITE ALIMENTAIRE.....	27

3.2 COUVERTURE	27
3.3 APPROCHE COMMUNAUTAIRE	28
3.4 RECHERCHE FORMATIVE.....	28
3.5 LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION AIGUE	29
3.5.1 MAS chez les enfants de moins de 5 ans.....	29
3.5.2 Troubles de la croissance et MAM chez les enfants de moins de 2 ans.....	30
3.5.3 MAM chez les enfants de 24 à 59 mois	30
3.6 PERENNITE	30
3.7 CONSIDERATIONS DE COUT	31
4. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME.....	33
4.1 DEMARRAGE DU PROGRAMME	33
4.2 POINTS DE PRESTATION DE SERVICES.....	34
4.2.1 Principes clés	34
4.2.2 Distribution de nourriture	35
4.2.3 Changement des comportements	35
4.2.4 Services de santé généraux	36
4.3 ASSURANCE DE QUALITE (AQ)	37
4.3.1 Recherche opérationnelle (RO)	37
4.3.2 Liste de vérification et d'amélioration de la qualité (QIVC).....	38
4.3.3 Services efficace axés sur le client (COPE).....	38
4.3.4 Qualité définie par partenariat (QDP)	39
4.3.5 Enquête rapide de qualité (ERQ)	39
4.4 BESOINS EN PERSONNEL.....	40
5. SUIVI ET EVALUATION.....	41
5.1 DIRECTIVES S-E TITRE II	41
5.1.1 Suivi	41
5.1.2 Evaluation	41
REFERENCES.....	43
ANNEXE A : TABLEAU RECAPITULATIF PM2A	46
 ENCADRES	
ENCADRE 1. OU LE PM2A EST-IL APPROPRIÉ ?	5
ENCADRE 2. COMPORTEMENTS CLES A PROMOUVOIR	8
ENCADRE 3. ELABORATION D'UNE STRATEGIE DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS	9
ENCADRE 4. REFERENCE POUR CONCEVOIR DES INTERVENTIONS DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS	12
ENCADRE 5. REFERENCES POUR LES SERVICES DE SANTE PREVENTIFS ET CURATIFS ET RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE	15

ENCADRE 6. UTILISATION DE LA RATION DU FOYER COMME INCITATION	20
ENCADRE 7. CONSEILS SUR LES DONNEES DE CARENCE	21
ENCADRE 8. RESSOURCES POUR LA CONCEPTION DU PROGRAMME	29
ENCADRE 9. DIRECTIVES POUR UNE STRATEGIES DE SORTIE ET LA PERENNITE DE PROGRAMME.....	31
ENCADRE 10. OPTIONS POUR L'INSCRIPTION AU PM2A AU DEMARRAGE	34
ENCADRE 11. REFERENCES POUR LES METHODOLOGIES D'ASSURANCE DE QUALITE.....	40
ENCADRÉ 12. REFERENCES POUR S-E DE PROGRAMME TITRE II.....	42
ENCADRE 13. INDICATEURS S-E DE PROGRAMME TITRE II REQUIS PAR FFP.....	42

TABLEAUX

TABLEAU 1. BENEFICIAIRES DU PROGRAMME PM2A.....	2
TABLEAU 2. SERVICES PREVENTIFS ET CURATIFS DE SANTE ET DE NUTRITION.....	13
SERVICES DE SANTE ET DE NUTRITION ESSENTIELS.....	13
SERVICES COMPLEMENTAIRES DE SANTE ET DE NUTRITION UTILES	14
TABLEAU 3. RATIONS ET BENEFICIAIRES DE RATIONS	16
TABLEAU 4. CONDITIONS POUR RECEVOIR DES RATIONS	17
TABLEAU 5. TAILLES DES RATIONS MENSUELLES POUR DIFFERENTS GROUPES DE BENEFICIAIRES :	
PROGRAMME 1	24
TABLEAU 6. POURCENTAGE DES BESOINS ENERGETIQUES COUVERTS PAR LA RATION INDIVIDUELLE :	
PROGRAMME 1	25
TABLEAU 7. TAILLE DES RATIONS MENSUELLES (KG) POUR DIFFERENTS GROUPES DE BENEFICIAIRES :	
PROGRAMME 2	26
TABLEAU 8. POURCENTAGE DES BESOINS ENERGETIQUES DU FOYER ET DE LA CARENCE COUVERTE	
PAR LA RATION : PROGRAMME 2.....	26
TABLEAU 9. CONSIDERATIONS DE COUT	32

AVANT-PROPOS

Les documents de référence technique Titre II (TRM) sont une nouvelle série de documents qui donnent des conseils de programmation visant à aider à améliorer la conception et/ou la mise en œuvre des programmes du Titre II. Chaque TRM est élaboré en consultation avec les organismes sélectionnés du Titre II, les partenaires d'organisations bénévoles privées de (OBP), le personnel de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), de l'Office of Food for Peace (FFP) et des experts.

Les TRM fournissent des conseils techniques au niveau générale pour faciliter la conceptualisation des programmes. Ces conseils ne sont pas exhaustifs, et devraient être adaptés au contexte d'un pays et aux circonstances de programmes individuelles. Autant que possible, les références et les documents supplémentaires qui donnerait des informations plus approfondies sont inclus dans ce document. Tous les TRM dans cette série pourraient être raffinés au fil du temps pour intégrer de nouvelles preuves ou des détails supplémentaires concernant des pratiques de terrain réussies.

Les TRM s'adressent essentiellement au personnel et aux consultants d'organisations qui conçoivent de nouveaux programmes ou qui mettent en œuvre des programmes du Titre II existants. D'autres programmes d'aide alimentaire œuvrant au développement international ou aux activités de secours et développement pourraient également trouver les TRM utiles. Certains TRM offriront des conseils programmatiques non-liés à l'alimentation qui seront utiles pour des interventions sur le développement international non-liées à l'aide alimentaire.

Commentaire concernant le TRM PM2A : la présente version du TRM d'Approche pour la prévention de la malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans (PM2A) (version 1.1) fournit des conseils aux I organismes sélectionnés actuels et potentiels du programme Titre II, et repose sur la connaissance et l'expérience des programmes actuels. Cet ensemble de connaissances ne cesse de croître. À l'heure actuelle, deux essais d'efficacité sont en cours, et de nouvelles leçons seront tirées des expériences individuelles des organismes sélectionnés concernant la mise en œuvre des PM2A dans leurs programmes 2010.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les nombreux partenaires qui par leur temps, leur expertise technique et leurs connaissances pratiques de la Programmation Titre II ont collaboré au développement des TRM PM2A. Le personnel des organismes sélectionnés Titre II, du groupe de travail PM2A du Food Aid Consultative Group (Groupe consultatif d'aide alimentaire) (FACG), de l'USAID / FFP, de FANTA-2, des Bellmon Estimation Studies for Title II (BEST) et des organisations de consultation ont fournis des conseils concernant le plan du document. Ils ont fournis de nombreuses observations sur les brouillons, les sections écrites des TRM, et participé à une réunion de groupe de travail visant à clarifier des questions clés. Les auteurs sont également reconnaissants envers l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) pour le développement du TRM PM2A original, duquel ce document s'inspire largement.

Les principaux contributeurs sont : Noora Aberman (IFPRI), Bridget Aidam (Adventist Development and Relief Agency), Penelope Anderson (Mercy Corps), Gilles Bergeron (FANTA-2), Judy Canahuati (USAID), Kristen Cashin (FANTA-2), Camila Chaparro (FANTA-2), Eunyong Chung (USAID), Tom Davis (Food for the Hungry), Megan Deitchler (FANTA-2), Nene Diallo (Africare), Wendy Hammond (FANTA-2), Paige Harrigan (Save the Children), Mary Hennigan (Catholic Relief Services), Julie Hettinger (Food for the Hungry), Leslie Koo (Global Food and Nutrition), KD Ladd (International Medical Corps), Chung Lai (International Relief and Development), Ryan Larrance (ACDI-VOCA), Kathryn Lockwood (World Vision), Michael Manske (Save the Children), Tanvi Monga (Africare), Meaghan Murphy (Land O'Lakes), Gwenelyn O'Donnell-Blake (Project Concern International), Deanna Olney (IFPRI), Colette Powers (Fintrac), Gabriela Prudencio (Mercy Corps), Guadalupe Ramirez (Amex International), Sandra Remancus (FANTA-2), Marie Ruel (IFPRI), Toby Schaeffer (Fintrac), Nina Schlossman (Global Food and Nutrition), Kavita Sethuraman (FANTA-2), Anne Swindale (FANTA-2), Harold Tarver (Africare), Joan Whelan (FANTA-2) et Monica Woldt (FANTA-2).

Pour leur travail de coordination pour la réunion d'examen de documents et pour l'édition, la mise en forme et la mise en page des TRM, les auteurs aimeraient également remercier l'équipe de communication FANTA-2, et en particulier Kevin Blythe, Rachel Elrom, Heather Finegan, Kathleen MacDonald et Pam Sutton.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACDI/VOCA	Agricultural Cooperative Development International/Volunteers in Overseas Cooperative Assistance
ADRA	Adventist Development and Relief Agency
AEN	Actions essentielles en nutrition
AQ	Assurance de qualité
BCC	Communication pour le changement des comportements
BCG	Bacille Calmette Guerin (vaccin contre la tuberculose)
BEST	Bellmon Estimation Studies for Title II
BIFFP	Bulletin d'information Food for Peace
CBGP	Promotion de la croissance à base communautaire
CC	Contrôle de la croissance
CHW	Agent de santé communautaire
CMAM	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë
COPE	Client Oriented Provider Efficient services (Services efficaces axés sur le client)
CRG	Commodity Reference Guide de l'USAID
CSB	Mélange maïs-soja
CSHGP	Child Survival and Health Grant Program (Programme de subvention visant à favoriser l'hygiène et la survie de l'enfant)
DTC	Vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche
EDP	Enquête sur la déviance positive
EF	Exercice financier
ERQ	Enquête rapide de qualité
FACG	Food Aid Consultative Group (Groupe consultatif d'aide alimentaire)
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance Project (Projet d'assistance technique en alimentation et nutrition)
FANTA-2	Food and Nutrition Technical Assistance II Project (Projet d'assistance technique en alimentation et nutrition II)
FAO	Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FBF	Produits composés enrichis
FFP	USAID Office of Food for Peace
g	Gramme(s)
HFA	Taille pour âge
Hib	Vaccin pour l'haemophilus influenza b
IEC	Information, éducation et communication
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
IMC	Indice de masse corporelle
IMC	International Medical Corps
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IOM	Institute of Medicine at the United States National Academy of Sciences
IRD	International Relief and Development

kcal	Kilocalorie(s)
kg	Kilogramme(s)
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
SNMI	Nutrition et santé maternelles et infantiles
MEASURE	Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results (Suivi et évaluation pour évaluer et utiliser les résultats)
MJ	Mégajoule(s)
MOH	Ministry of Health (Ministère de la Santé)
NCHS	National Center for Health Statistics
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPB	Organisation privée de bénévoles
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PAQ	Projet d'assurance de qualité
PB	Périmètre brachial
PCC	Promotion et contrôle de la croissance
PCIME	Prise en charge intégrée de maladies de l'enfant
PCIME-C	Prise en charge des maladies de l'enfance à base communautaire
PLW	Pregnant and lactating women (Femmes enceintes et allaitantes)
PM2A	Approche pour la prévention de la malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans
PMTCT	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
Projet SARA	Projet de soutien à l'analyse et la recherche en Afrique
QDP	Qualité définie par partenariat
QS	Qualité des soins
QI	Amélioration de la qualité
QI	Quotient intellectuel
QIVC	Quality Improvement and Verification Checklist (Liste de vérification et d'amélioration de la qualité)
RI	Résultat intermédiaire
RO	Recherche opérationnelle
S-E	Suivi et évaluation
SAPQ	Standardized Annual Performance Questionnaire (Questionnaire de performances annuelles normalisé)
TIPS	Tests en pratiques améliorées
TRM	Documents de Référence Technique
UI	Unité(s) internationale(s)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNU	Université des Nations Unies
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WFA	Poids pour âge
WFH	Poids pour taille
WSB	Mélange blé-soja

1. PREVENTION DE LA MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS : PRESENTATION TECHNIQUE

1.1 BREVE DESCRIPTION DE LA PM2A

1.1.1 Qu'est-ce que la PM2A ?

L'Approche pour la prévention de la malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans (PM2A) est une approche d'aide alimentaire visant à réduire la prévalence de la malnutrition infantile en ciblant un ensemble d'interventions sanitaires et nutritionnelles chez les femmes enceintes, les mères d'enfants de 0 à 23 mois et les enfants de moins de 2 ans dans des régions souffrant d'insécurité alimentaire, indépendamment de l'état nutritionnel. Parce que ces femmes et ces enfants sont les membres les plus vulnérables de la population d'un point de vue nutritionnel, le programme vise tout ce dans ces groupes afin de protéger les enfants contre la malnutrition et ses conséquences à long terme, telles que des difficultés psychomotrices, une diminution de la capacité à travailler, du quotient intellectuel (QI) et des revenus, entre autres.

PM2A intègre les meilleures pratiques en matière de programme de santé et nutrition maternelles y infantiles (SNMI) et les associe à une aide alimentaire. En règle générale, ceci l'élément/activité principal(e) de la composante SNMI du programme Titre II qui pourrait également inclure des activités telles que des interventions de récupération nutritionnelle, la planification familiale, ou des activités d'eau et assainissement. PM2A, avec les autres composant SNMI du programme Titre II, devrait être systématiquement lié aux composants d'agriculture et de moyens de subsistance du programme, ainsi qu'à des services complémentaires fournis par le gouvernement ou d'autres organisations opérant dans la zone du programme.

1.1.2 Services de base

La malnutrition des enfants est le résultat d'un ensemble de causes sous-jacentes, notamment l'insécurité alimentaire, les soins et l'alimentation sous-optimaux des femmes et des enfants, ainsi que les mauvais comportements et conditions de santé, d'hygiène et de l'environnement. Un programme Titre II doit aborder autant de causes sous-jacentes que possible pour réduire au maximum la malnutrition. Par exemple, la fourniture de rations alimentaire contribue à résoudre temporairement les problèmes d'accès à la nourriture, tandis que les efforts visant à accroître les revenus et la production agricole ont des effets à plus long terme. Le programme de changement de comportement améliore les pratiques de soins et d'alimentation, tout en fournissant et en renforçant les services préventifs et curatifs de santé et de nutrition, et permet d'assurer que les enfants sont moins souvent malades et qu'ils récupèrent plus tôt, empêchant la malnutrition et la mort.

Services de base PM2A

Les trois principaux services PM2A fournis aux participants sont :

- **Ration alimentaire conditionnelle**¹ pour la femme ou l'enfant et pour le foyer
- **Services préventifs et curatifs de santé et de nutrition** pour les enfants et les femmes, selon le protocole national.
- **Communication pour le changement des comportements** (BCC)

1.1.3 Bénéficiaires du programme

Tableau 1. Bénéficiaires du programme PM2A

Bénéficiaires du programme	Pourquoi ciblés par des services PM2A ?	Ce qu'ils reçoivent
Toutes les femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none">• Protège la santé maternelle et l'état nutritionnel• Favorise la croissance optimale de l'enfant dans le ventre• Contribue à assurer un poids adéquat à la naissance	<ul style="list-style-type: none">• Une ration individuelle jusqu'à la naissance de l'enfant• Consultations prénatales, supplémentation en micronutriments et autres services préventifs et curatifs de santé et de nutrition• Services de changement des comportements
Toutes les mères d'enfants de 0 à 5 mois	<ul style="list-style-type: none">• Protège la santé maternelle et l'état nutritionnel• Permet de garantir une qualité adéquate du lait maternel	<ul style="list-style-type: none">• Une ration individuelle jusqu'aux 6 mois de l'enfant• Consultations postnatales et autres services préventifs et curatifs de santé et de nutrition• Services de changement des comportements
Tous les enfants de 0 à 23 mois	<ul style="list-style-type: none">• Protège la croissance de l'enfant pendant une période critique du développement physique• Protège la santé de l'enfant pendant une période de risque élevé d'infection et de décès	<ul style="list-style-type: none">• Une ration individuelle de 6 mois jusqu'à l'âge de 2 ans• Services préventifs et curatifs de santé et de nutrition, y compris vaccination et supplémentation en micronutriments• Services de changement des comportements destinés aux personnes en charge/familles/communautés
Foyers des femmes et enfants participants	<ul style="list-style-type: none">• Complémente les disponibilités alimentaires du foyer et améliore la sécurité alimentaire du foyer• Encourage la participation au programme• Décourage le partage de la ration individuelle	Une ration pour le foyer

1.1.4 Critères d'éligibilité

PM2A a des critères d'entrée et de sortie simples et transparents pour les personnes vivant dans la zone du programme : un enfant doit être âgé de 0 à 23 mois² et une femme doit être enceinte ou mère d'un enfant de 0 à 23 mois, indépendamment de l'état nutritionnel.

¹ "Conditional" ration indicates that beneficiaries must participate in behavior change interventions and attend and receive a minimum package of preventive health services to receive the ration. Each MYAP will define the specific behavior change and health service requirements for participation based on program context.

Pour préserver leur éligibilité à participer au programme et pour recevoir des rations individuelles et pour le foyer, ces femmes doivent obtenir un ensemble minimum de services de santé préventifs réguliers selon le protocole du Ministère de la Santé (MOH) et doivent participer aux activités de changement des comportements fournis par le programme PM2A. Chaque programme Titre II établira les exigences minimales auxquelles une mère ou une personne en charge doit répondre pour recevoir les rations PM2A selon le protocole MOH et le contexte local. Toutefois, le programme devrait être raisonnable dans l'établissement et le respect des conditions, compte tenu des contraintes auxquelles les mères/personnes en charge font face, et devrait fonctionner avec les communautés pour augmenter l'accès aux services. Par exemple, si une mère ou une personne en charge omet systématiquement d'assister aux séances, le programme devrait essayer de comprendre ce qui l'en empêche et tenter de résoudre le problème, si possible, avant de mettre un terme à sa participation au programme. **L'objectif primordial est d'assurer que le plus grand nombre de mères, d'enfants et de foyers possible bénéficie des interventions de santé et de nutrition, de la BCC et des rations** ; les conditions pour la participation au programme devraient être compatibles avec cet objectif.

1.2 BASE DE PREUVES

1.2.1 Pourquoi cibler les enfants de la conception à 2 ans ?

C'est depuis la conception jusqu'à l'âge de 2 ans que l'enfant connaît la croissance physique la plus rapide et c'est une période critique pour son développement cognitif. L'état nutritionnel de la mère avant et pendant la grossesse affecte la santé et le développement de son enfant. Un faible indice de masse corporelle chez la mère (IMC) est associé à une restriction de la croissance intra-utérine et à un faible poids de naissance, qui à leur tour pose un risque de complications néonatales chez le nourrisson.³

La période allant de la naissance à l'âge de 2 ans est également essentielle parce que les enfants de cette tranche d'âge ont des besoins nutritionnels relativement élevés pour soutenir leur croissance et leur développement. Des pratiques d'alimentation sous-optimales et un risque élevé de maladie et d'infection rendent les enfants plus vulnérables aux troubles de la croissance et à la malnutrition pendant ces deux premières années qu'à tout autre moment de leur cycle de vie.⁴ Pendant cette période, ces enfants répondent mieux aux interventions de nutrition.⁵ Les résultats de recherches de plusieurs sites de programme ont montré que l'alimentation complémentaire est plus efficace dans l'amélioration de la croissance des enfants et la prévention des troubles de la croissance chez les jeunes enfants que chez les enfants plus âgés, avec le plus grand bénéfice au cours de la première et la deuxième années de vie.⁶ En outre, les interventions de supplémentation

² Les enfants commencent à recevoir des services de santé préventifs et à bénéficier de la BCC dès la naissance. Ils commencent à recevoir la ration à 6 mois.

³ Black et al. 2008. "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences." *Série The Lancet* sur la Dénutrition maternelle et infantile. *The Lancet* 371: 243-60.

⁴ Shrimpton et al. 2001. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions." *Pediatrics* 107 (5): E75.

⁵ Ibid.

⁶ Schroeder, D.G., et al. 1995. "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation on Growth." (Différences d'âge dans l'Impact de la Supplémentation Nutritionnelle sur la Croissance) *Journal of Nutrition* Supplement: The INCAP Follow-Up Study. *Journal of Nutrition* 125 (Avril) (4Suppl): 1051S-1059S; Lutter et al. 1990. "Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation." (Réceptivité selon l'âge du poids et de la longueur à la supplémentation nutritionnelle) *American Journal of Clinical Nutrition* 51: 359-64.

alimentaire et d'éducation nutritionnelle ciblées pour les enfants de 6 à 23 mois et les personnes en charge ont montré qu'elles améliorent l'état nutritionnel chez les enfants en tant qu'interventions individuelles et combinées.⁷ Le ciblage de ce groupe d'âge vulnérable optimise les efforts visant à promouvoir la croissance linéaire et à empêcher les conséquences physiques et cognitives à long terme de la malnutrition.

1.2.2 Pourquoi mettre l'accent sur la prévention ?

Dans les communautés à forte prévalence de malnutrition, tous les enfants sont vulnérables aux troubles de la croissance. Même les enfants qui ne souffrent pas de malnutrition peuvent ne pas grandir de façon optimale. Dans ces communautés vulnérables, la prévention de la malnutrition et de ses conséquences à long terme par la promotion et la protection de la croissance pour tous les enfants est plus logique que d'intervenir une fois qu'un enfant souffre de malnutrition.

L'importance de la prévention est un principe reconnu depuis des années parmi les professionnels de la nutrition et de la santé publique, et de nombreux programmes de nutrition par l'aide alimentaire ont axé leurs interventions de changement des comportements sur la prévention, en mettant plus particulièrement l'accent sur les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 2 ans. Toutefois, les rations dans ces programmes sont souvent seulement destinées aux personnes souffrant de malnutrition, et ont été fournies en petite quantité comme une incitation à la participation au programme ou n'ont pas été fournies dans le cadre du composant SNMI. Une étude de 2002-2006 d'un programme Titre II en Haïti⁸ a comparé une approche préventive qui fournissait tous les services du programme (BCC, services de santé, rations) à toutes les femmes enceintes et allaitantes (PLW) et aux enfants de moins de 2 ans avec une approche de récupération qui fournissait des services similaires mais qui ne ciblait que les enfants présentant une insuffisance pondérale (poids pour âge [WFA] < -2 Z score) de moins de 5 ans et toutes les PLW. La prévalence du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation était plus faible à la fin du programme dans les communautés où l'approche préventive avait été mise en œuvre que dans les communautés qui avaient seulement reçu des services de récupération. En touchant tous les enfants avec des interventions de santé et de nutrition quand ils se trouvent dans la tranche d'âge et le taux de croissance les plus à risque, l'approche préventive a été plus qu'efficace dans la diminution globale de la malnutrition.

L'approche préventive n'ignore pas les besoins des enfants avec une croissance insuffisante, une malnutrition aiguë modérée (MAM) ou une malnutrition aiguë sévère (MAS). Même dans les programmes qui mettent l'accent sur la prévention, certains enfants ne grandissent pas bien et

⁷ Roy, S.K., et al. Décembre 2005. "Intensive Nutrition Education with or without Supplementary Feeding Improves the Nutritional Status of Moderately-malnourished Children in Bangladesh." (Une Education Nutritionnelle Intensive avec ou sans Alimentation Supplémentaire Améliore l'Etat Nutritionnel d'Enfants Souffrant Modérément de Malnutrition au Bangladesh) *Journal of Health, Population and Nutrition* 23(4): 320-330 (Janvier 1); Dewey, Kathryn G., et Seth Adu-Afarwuah. 2008. "Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries." (Revue systématique de l'efficacité et de l'effectivité des interventions d'alimentation complémentaires dans les pays en développement) *Maternal and Child Nutrition* 4: 24-85; Bhandari, N, et al. 2004. "An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and youth in rural Haryana, India." (Une intervention éducative pour promouvoir des pratiques appropriées d'alimentation complémentaire et la croissance physique des nourrissons et des jeunes dans les régions rurales Haryana, Inde) *Journal of Nutrition* 134: 2342-2348.

⁸ Ruel et al. 2008. "Age-based preventive targeting of food assistance and behavior change and communication for reduction of undernutrition in Haiti: a cluster randomised trial." *The Lancet* 371 (9612): 588-595.

souffrent de malnutrition aiguë. Les enfants inscrits dans le PM2A qui grandissent mal ou développent une MAM nécessitent une attention particulière de la part des services de santé et de conseil du PM2A pour traiter les problèmes de santé sous-jacents, faciliter une croissance de rattrapage adéquate et prévenir une MAS. Les enfants présentant une MAS doivent être identifiés et faire l'objet d'un traitement approprié. Selon la prévalence de la MAS, les services disponibles dans la communauté et la portée du programme Titre II, le programme pourrait inclure un résultat intermédiaire supplémentaire (RI), distinct du programme PM2A, qui traiterait spécifiquement la MAS ou un mécanisme d'orientation fort pour les enfants présentant une MAS afin de recevoir un traitement disponible par le biais du Ministère de la Santé ou d'une autre organisation non gouvernementale (ONG).

1.3 OÙ LE PM2A EST-IL APPROPRIÉ ?

PM2A est approprié dans tous les lieux d'insécurité alimentaire, avec une prévalence élevée et répandue de retard de croissance ou d'insuffisance pondérale⁹ chez les enfants de moins de 5 ans.¹⁰ Pour être efficace, les programmes du Titre II devraient mettre en œuvre les PM2A dans des communautés où un ensemble minimum de services de santé essentiels sont disponibles ou peuvent être renforcés. En outre, les Bellmon Estimation Studies for Title II (BEST) spécifiques au pays auraient dû avoir déterminé que l'emplacement peut absorber la quantité de nourriture nécessaire pour le PM2A et auraient dû tenir compte de la logistique de transport et de stockage des denrées alimentaires. PM2A devrait être mis en œuvre dans des zones de stabilité politique et sociale relative avec une migration de sortie et d'entrée limitée. Enfin, les programmes devraient consulter le gouvernement du pays hôte afin de confirmer que le gouvernement appuie les principes du programme PM2A, y compris la distribution de rations individuelles et familiales de prévention.

ENCADRE 1. OÙ LE PM2A EST-IL APPROPRIÉ ?

PM2A est approprié dans les communautés d'insécurité alimentaire avec : Des niveaux élevés de retard de croissance ou d'insuffisance pondérale

- Une offre minimum accessible de services de santé maternels et infantiles
- Une stabilité politique et sociale relative
- Une migration d'entrée et de sortie limitée
- Une capacité d'absorption de nourriture sans distorsions sur les marchés (analyse BEST)
- Un soutien du gouvernement du pays hôte pour le PM2A

L'offre de services de santé requise pour mettre en œuvre le PM2A comprend les consultations prénatales, les consultations postnatales, la supplémentation en micronutriments, la vaccination et le

⁹ Une forte prévalence se réfère au retard de croissance (taille pour âge [HFA] <-2 Z-score) de 30 pourcent ou plus et à une insuffisance pondérale (WFA <-2 Z-score) de 20 pourcent ou plus, selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou les références de croissance du National Center for Health Statistics (NCHS).

¹⁰ Dans "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival" (Qu'est-ce qui Marche? Interventions pour la Dénutrition et la Survie Maternelles et Infantiles), Bhutta et al. a indiqué qu'un soutien alimentaire complémentaire avec une aide alimentaire ou des transferts monétaires conditionnels a eu plus de succès dans les zones d'insécurité alimentaire que le soutien alimentaire complémentaire seul. Le soutien alimentaire complémentaire, sans une aide alimentaire ou des transferts monétaires conditionnels a été plus efficace dans les zones qui avaient suffisamment de nourriture.

traitement des maladies infantiles, comme décrit dans les politiques et protocoles du Ministère de la Santé du pays d'hôte. La **Section 2.2** décrit les éléments types de chacun de ces services, lesquels varient quelque peu selon les pays. Dans les zones du programme avec un accès limité, incohérent ou inexistant à ces services, les programmes devraient décrire ces faiblesses et œuvrer à rendre les services disponibles et accessibles.

2. SERVICES PM2A DE BASE

2.1 PROGRAMME DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS AU SEIN DE LA COMMUNAUTE ET DU FOYER

2.1.1 Pourquoi mettre l'accent sur le changement des comportements ?

Les pratiques de soins et d'alimentation des femmes et des enfants sont essentielles à la croissance, au développement et à la réalisation et au maintien d'un bon état nutritionnel. Les pratiques inadéquates d'allaitement maternel, d'alimentation complémentaire et de soins sont les principales causes de malnutrition. Pour réduire la malnutrition, il est essentiel de veiller à ce que les mères ou les personnes en charge puissent se soigner et se nourrir, et soigner et nourrir leurs enfants de façon optimale. Les conseils et la BCC ciblés pour les mères, les personnes en charge, les membres de la famille et ceux qui ont le pouvoir de prendre les décisions devraient être au centre des stratégies visant à améliorer la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants.¹¹

2.1.2 Comportements clés

Etant donné que la malnutrition est associée à la maladie, à la consommation alimentaire en quantité et qualité insuffisantes, à la qualité des soins de santé maternelle et infantile, et à l'espacement des naissances, les soumissionnaires devraient concentrer les efforts du programme CCC (communication pour le changement de comportement) sur la promotion d'actions essentielles en nutrition (AEN), sur des actions clés d'hygiène dans les foyers, et sur des pratiques préventives et curatives comme la vaccination opportune, les soins à domicile appropriés, la reconnaissance des signes de malnutrition et de maladie et des demandes de soins, ainsi que la régulation et l'espacement des grossesses. Un programme ne promouvrait pas nécessairement l'ensemble des comportements énumérés, mais se concentrerait plutôt sur les comportements spécifiques que la recherche formative présente comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact sur la croissance et la nutrition de l'enfant dans la zone du programme, comme étant réalisables et comme devant être améliorés.

¹¹ OMS/UNICEF. 2008. Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: Report of proceedings, Genève, 6-9 octobre 2008 : OMS http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597890/en/index/html.

ENCADRE 2. COMPORTEMENTS CLES A PROMOUVOIR

AEN

- Allaitement maternel optimal au cours des 6 premiers mois de la vie
- Alimentation complémentaire optimale à partir de 6 mois avec poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà
- Soins de nutrition optimum des enfants malades et souffrants de malnutrition sévère
- Prévention de la carence en vitamine A pour les femmes et les enfants
- Apport adéquat en fer et en acide folique, et prévention et contrôle de l'anémie chez les femmes et les enfants
- Apport adéquat d'iode par tous les membres du foyer
- Nutrition optimale pour les femmes

Mesures d'hygiène clés des foyers

- Traitement et stockage sûr de l'eau potable
- Lavage des mains avec du savon ou des cendres à des moments critiques (par exemple, après la défécation, après avoir manipulé les matières fécales des enfants, avant de préparer la nourriture, avant de nourrir les enfants, avant de manger)
- Élimination sans danger des excréments
- Stockage et manipulation adéquats des aliments pour empêcher la contamination

Autres pratiques clés

- Consultations prénatales (au moins quatre visites), vaccin contre le tétanos, supplémentation en fer / acide folique
- Série complète de vaccinations pour tous les enfants avant leur premier anniversaire
- Enfants et femmes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Reconnaissance quand un enfant malade a besoin d'un traitement en dehors de la maison et recherche prestataires de soins appropriés.
- Reconnaissance des signes de grossesse à risque

2.1.3 Principes clés du programme de changement des comportements¹²

La stratégie de changement des comportements devrait promouvoir l'ensemble des pratiques recommandées pour des âges spécifiques d'une manière culturellement appropriée et opportune, ciblant non seulement les personnes qui pratiquent ces comportements, mais également les personnes qui influencent les comportements au sein d'un foyer et d'une communauté. Le programme de changement des comportements vise à atteindre la meilleure couverture possible, à maintenir des contacts réguliers et fréquents avec les groupes cibles, à assurer un ciblage approprié et à faciliter l'adoption des comportements. Une étude de Caulfield et al. a constaté que des messages clairs, adaptés à l'âge et orientés vers l'action délivrés par plusieurs points de contact et

¹² This section draws from the USAID Child Survival and Health Grants Program TRM, *Behavior Change Interventions*, 2007, www.childsurvival.com, as well as the CORE Social and Behavior Change Working Group's *Designing for Behavior Change Curriculum*, http://207.226.255.12/working_groups/behavior.cfm.

canaux sont plus efficaces et que des documents visuels tels que des affiches, des fiches-conseils et des brochures à emporter peuvent contribuer à promouvoir l'adoption de comportements.¹³

Les programmes PM2A devraient s'efforcer d'avoir un contact toutes les deux semaines avec les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de 2 ans, ou d'avoir un contact tous les mois si ce n'est pas possible. Le programme devrait également maintenir des contacts réguliers avec d'autres personnes exerçant une influence sur les mères concernant les comportements de sécurité alimentaire clés (par exemple, les conjoints, belles-mères, chefs de clan, etc.). Le soumissionnaire peut déterminer la fréquence de ces contacts en fonction des ressources et des priorités du programme.

ENCADRE 3. ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS

Les principes clés à prendre en compte dans l'élaboration d'une stratégie efficace de changement des comportements sont :

- Veiller à ce qu'elle soit fondée sur des preuves de recherche formative
- Comprendre les groupes cibles et travailler à partir de leur(s) point(s) de vue
- Explorer les différents facteurs qui influencent les comportements
- Surmonter les obstacles au changement
- Cibler les personnes qui influencent le comportement ainsi que celles qui le pratiquent
- Adapter le programme à chaque groupe cible
- Atteindre les groupes cibles par le biais de multiples canaux et points de contact
- Maintenir un contact fréquent et cohérent avec les groupes cibles
- Garder à l'esprit que la connaissance ne suffit pas à changer les comportements
- Veiller à ce que les messages soient opportuns et pertinents pour le groupe cible
- Employer des techniques d'enseignement pour adultes

Une stratégie efficace fera face à ces questions clés :

- De qui voulez-vous changer le comportement ?
- Quel est le comportement que vous voulez les aider à pratiquer ?
- Pourquoi ne pratiquent-ils pas le comportement maintenant ?
- Quelles approches pouvez-vous utiliser pour surmonter les facteurs qui servent à influencer leurs comportements ?

2.1.4 Exemples d'activités de changement des comportements courantes

Tel qu'indiqué, les programmes PM2A devraient utiliser de multiples canaux pour atteindre les femmes enceintes et les mères. Certains entretiens BCC devraient se tenir dans un lieu où l'agent de santé peut interagir individuellement avec la mère pour découvrir ses obstacles au changement, les surmonter, obtenir de sa part un engagement à changer et interagir avec les membres de la famille qui influencent ses décisions. L'idéal serait au cours d'une visite au domicile. En outre, un

¹³ Caulfield, L.E., S.L. Huffman, et E.G. Piwoz. 1999. "Interventions to improve the intake of complementary foods by infants 6-12 months of age in developing countries: Impact on growth and prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival." *Food and Nutrition Bulletin* 20: 183-200.

travail en petits groupes (8 à 12 mères) est l'occasion d'offrir un soutien de pairs au changement de comportements. Il existe plusieurs façons de soutenir le changement de comportements, et les soumissionnaires sont encouragés à élaborer une stratégie de changement de comportements complète qui convient au contexte de leur programme. Voici quelques approches courantes de changement de comportements :

Visites à domicile

Les visites à domicile sont assurées par des agents de santé communautaires (CHW), des infirmières auxiliaires, des sages-femmes formées ou des bénévoles en nutrition ayant reçu une formation au conseil individuel. Ils peuvent fournir une sensibilisation, un suivi et un soutien aux femmes enceintes, aux mères allaitantes, aux personnes qui s'occupent d'enfants et à leurs familles. Les visites pourraient inclure un contrôle de la bonne santé du bébé, un conseil aux personnes en charge ou le suivi d'un enfant malade ou dont la croissance est défailante. Cette visite est l'occasion d'adapter les messages aux besoins individuels et de négocier le changement de comportements.

Groupes de soins

Les groupes de soins, une variante des visites à domicile, sont une stratégie à base communautaire pour améliorer la couverture et le changement des comportements par la constitution d'équipes d'éducateurs santé communautaires bénévoles qui représentent, servent et promeuvent individuellement la santé chez les femmes dans 10 à 15 foyers au sein de leur communauté. Les bénévoles constituent un groupe de soins qui se réunit toutes les semaines ou toutes les deux semaines et pour lequel une formation est assurée par un animateur rémunéré. Les membres de ce groupe rendent visite aux femmes dont ils sont responsables, leur apportant un soutien, des conseils et une éducation pour promouvoir le changement de comportements.

Petits groupes

En petits groupes, tels des clubs de mères, des groupes de soutien et des groupes de femmes, les femmes enceintes et les mères peuvent recevoir un soutien pour des autosoins, des soins aux enfants, et l'alimentation des enfants optimums. Le groupe préserve un environnement confortable, solidaire et respectueux. Il fait appel à des techniques d'enseignement aux adultes et pourrait être conduit par une mère du groupe, un fournisseur de soins de santé ou un autre membre de la communauté. L'idéal serait que les groupes soient organisés en fonction de l'état physiologique des mères ou de l'âge des enfants pour cibler les messages de changement des comportements de façon appropriée. Des petits groupes peuvent aussi cibler les hommes (clubs d'hommes, par exemple), les belles-mères ou d'autres groupes clés. Des programmes pourraient également choisir d'ajouter des programmes de santé et de nutrition à des groupes communautaires existants, tels que des groupes de commercialisation ou des programmes d'épargne et de prêts de village.

Promotion de la croissance à base communautaire (CBGP)

La CBGP est une stratégie mise en œuvre dans la communauté pour prévenir la malnutrition et améliorer la croissance de l'enfant grâce à un suivi mensuel de la prise de poids de l'enfant, des conseils et une négociation individualisée pour le changement de comportements, des visites à domicile et l'intégration avec d'autres services de santé. Des mesures sont prises en fonction de la prise de poids de l'enfant et non de son état nutritionnel, identifiant et traitant les problèmes de croissance avant que l'enfant ne souffre de malnutrition.

Rassemblements communautaires

Les bénéficiaires du programme assistent à de brèves séances de changement de comportements chaque mois dans un lieu de rencontre central. Les séances peuvent être combinées avec d'autres services essentiels de santé et de nutrition, comme la vaccination, la supplémentation en micronutriments et la promotion et le contrôle de la croissance (PCC). Ces rassemblements viendraient compléter une stratégie BCC plus vaste pour renforcer les messages délivrés par le biais d'autres points de contact.

Conseils en nutrition

Les conseils individuels en nutrition adaptés aux besoins spécifiques d'une mère ou d'une personne responsable sont un outil essentiel dans le changement de comportements et font souvent partie du programme global de changement des comportements. Ils peuvent être dispensés dans un établissement de santé, un poste de santé communautaire ou à domicile par des bénévoles communautaires ou un personnel de santé formés au conseil et à la négociation en plus de leur formation en nutrition maternelle et infantile. Le conseiller apporte son soutien, est à l'écoute des préoccupations et des contraintes de la mère et travaille avec elle pour les surmonter. Le programme forme, soutient et supervise les conseillers, et développe des documents de conseil appropriés, si nécessaire.

Médias de masse

En complément des activités en petit groupe et en tête-à-tête plus intensives et ciblées, les médias de masse tels que des spots radio, des panneaux et des affiches peuvent aider à créer une sensibilisation à des comportements spécifiques ou à attirer l'attention sur des activités ou des problèmes de santé actuels. L'utilisation des médias de masse permet au programme de cibler tous les membres de la communauté avec de larges messages de changement des comportements.

« Divertissement éducatif » communautaire

Des pièces de théâtre, des contes et d'autres spectacles peuvent aussi compléter le programme intensif de changement des comportements, agissant comme un moyen ludique de partager des informations avec la communauté en général ou de susciter la discussion sur des défis culturels pour l'évolution de certains comportements.

ENCADRE 4. REFERENCE POUR CONCEVOIR DES INTERVENTIONS DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS

- Groupe de travail sur le changement des comportements et social CORE. 2008. Design for Behavior Change. http://207.226.255.123/working_groups/DBC_Curriculum_Final_2008.pdf
- Lisa Howard-Grabman et Gail Snetro. 2004. How to Mobilize Communities for Health and Social Change. Health Communication Partnership. <http://db.jhuccp.org/docs/191220.pdf>
- Groupe de travail sur le changement des comportements et social, le groupe CORE : http://207.226.255.123/working_groups/behavior.cfm.
- Université Emory ; Institut de recherche en nutrition, Pérou ; Institut national de la santé publique, Mexique ; et PAHO. 2003. ProPAN : Process for the Promotion of Child Feeding. www.paho.org/English/AD/FCH/NU/ProPAN-index.htm
- Doug McKenzie-Mohr et William Smith. 1999. Fostering Sustainable Behavior: An Introduction to Community-based Social Marketing. New Society Publishers.
- Alan Andreasen. 1995. Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment. Jossey-Bass.
- Robert Cialdini. 2008. Influence: Science and Practice. Cinquième édition. Allyn and Bacon.

Références techniques pour appuyer la conception d'une intervention de changement des comportements

- Child Survival and Health Grant (CSHGP). 2007. Technical Reference Materials (TRM) sur : Behavior Change Interventions and Integrated Management of Childhood. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>
- CSHGP. 2007. TRM sur : Maladies de nutrition et diarrhéiques. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/tech.cfm>
- OMS. 2003. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. Genève : OMS. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a85622/en/index.html
- OMS. 2005. Guiding Principles for Feeding Non-breastfed Children 6-24 months of age. Genève : OMS. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593431/en/index.html

2.2 SERVICES PREVENTIFS ET CURATIFS DE SANTE ET DE NUTRITION

2.2.1 Pourquoi inclure des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition

En raison du fort lien de causalité entre la maladie et la malnutrition infantile, des services de santé préventifs et curatifs de base sont essentiels dans tout programme promouvant une amélioration de la nutrition infantile. Afin d'encourager l'utilisation des services de santé disponibles, les programmes PM2A exigent que les mères et les personnes en charge reçoivent des services de santé préventifs pour obtenir des rations individuelles et familiales. Chaque programme Titre II devrait établir les services de santé nécessaires en fonction du protocole MOH et du contexte de programme. Le Ministère de la Santé ou l'organisme qui gère le système de santé local fournit généralement ces services.

Les organismes sélectionnés mettant en œuvre les programmes du Titre II travaillent souvent dans des environnements difficiles avec peu ou pas d'accès à des services de santé, même minimes. Le système de santé pourrait être incapable de faire face en cas d'augmentation brutale de la demande

de services. Dans ces circonstances, la priorité du programme sera de renforcer les services de santé essentiels, d'élargir l'accès et d'encourager l'appropriation communautaire. Les soumissionnaires devraient adapter la conception de programme et les conditions d'éligibilité au programme PM2A en conséquence.

2.2.2 Description des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition dans le PM2A

Une description générale des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition considérés comme essentiels au PM2A est disponible ci-dessous, suivie par des composants qui sont des services complémentaires utiles. Il s'agit là de lignes directrices générales qui peuvent varier d'un pays à un autre selon le protocole MOH. En général, les services de santé sont dispensés par des professionnels de santé formés, tels que des médecins, des infirmières et des sages-femmes, au centre de santé et/ou dans la communauté. Certains services sont fournis par des CHW. Le rôle du programme Titre II est de promouvoir ces services, de coordonner et de promouvoir des campagnes de santé, de plaider en faveur de fournitures et de ressources suffisantes, et de fournir une formation et un soutien supplémentaires selon les besoins. Comme nous l'avons mentionné, chaque programme déterminera quels services les bénéficiaires devront utiliser pour être éligibles pour le programme. Le tableau ci-dessous décrit les services de nutrition et de santé essentiels pour le PM2A. Les détails spécifiques varieront d'un pays à l'autre.

Tableau 2. Services préventifs et curatifs de santé et de nutrition

Services de santé et de nutrition essentiels	
Consultations prénatales et postnatales	Services types dispensés en consultations prénatales : examens physiques, fourniture de suppléments en fer / acide folique et vaccins antitétaniques, entre autres. Consultations postnatales régulières : visites à domicile à la mère (dans l'idéal, les 1er, 3ème et 7ème jours), ¹⁴ examens physiques de la mère et du nouveau-né, fourniture d'une dose de vitamine A après l'accouchement à la mère dans les six semaines suivant l'accouchement (si la mère ne l'a pas déjà reçue lors d'une visite à domicile peu après l'accouchement), et d'autres services de santé.
Traitement de la maladie/Prise en charge intégrée de maladies de l'enfant (PCIME)	Des services qui examinent et traitent les enfants malades doivent être disponibles et accessibles. Ces services devraient inclure un traitement et des médicaments, tels que la thérapie de réhydratation orale et du zinc pour la diarrhée, des antibiotiques pour les infections, un traitement contre le paludisme, des conseils et d'autres services curatifs essentiels. De nombreux pays ont adopté la PCIME, un programme en établissement qui traite les cinq principales causes de morbidité et de mortalité infantiles (pneumonie, diarrhée, paludisme, malnutrition et rougeole) en mettant l'accent sur les compétences de gestion des cas, le renforcement du système de santé et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires par le biais d'une approche intégrée. (Cette approche est également pratiquée au niveau communautaire et est appelée PCIME communautaire [PCIME-C].)
Immunisation des enfants	Des vaccinations infantiles standards devraient être dispensées par un prestataire de soins de santé formé selon le protocole du pays. Les vaccinations infantiles obligatoires minimum sont généralement le BCG (<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>), le vaccin contre la polio par voie orale, le

¹⁴ OMS et UNICEF. 2009. Home Visits for the Newborn Child: A Strategy to Improve Survival. Déclaration conjointe OMS/UNICEF. http://www.unicef.org/health/files/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf.

	vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) et le vaccin contre la rougeole (ou rougeole-oreillons-rubéole) et pourraient aussi inclure la fièvre jaune, l'hépatite B et l'haemophilus influenza b (Hib).
Dépistage et orientation en cas de MAS	Les enfants souffrant d'une MAS présentent un risque élevé de décès. Les programmes PM2A, qui ont des contacts réguliers avec les enfants, devraient comprendre des mécanismes de dépistage de la MAS (mesure du périmètre brachial (PB)) et d'orientation vers des programmes de traitement appropriés en cas de MAS avérée. Si un programme détecte des niveaux élevés de MAS et qu'il n'existe aucun programme de traitement approprié, le programme devrait plaider en faveur ou créer un programme distinct mais lié pour le traitement de la MAS.
Supplémentation en micronutriments et vermifugation infantiles de routine	La politique du Ministère de la Santé dans de nombreux pays recommande que les enfants âgés de 6 à 59 mois reçoivent deux fois par an des doses élevées de supplémentation en vitamine A et une vermifugation de routine. Dans des zones non touchées par le paludisme, certains protocoles nationaux comprennent la supplémentation en fer pour les enfants.
Services complémentaires de santé et de nutrition Utiles	
BCC/Conseils en nutrition dans des établissements de santé	En plus de la BCC au niveau de la communauté et des foyers, des visites au centre de santé constituent une autre occasion de prodiguer des conseils en nutrition et d'élargir la communication pour le changement des comportements. Des visites médicales de routine, tels que celles de vaccination, pourraient inclure des discussions sur l'allaitement maternel optimal, les pratiques d'alimentation complémentaire et d'hygiène, tandis que les visites d'enfants malades pourraient se concentrer sur une bonne alimentation de l'enfant malade. Tous les messages délivrés dans les établissements de santé doivent être compatibles avec la BCC faite dans la communauté et les foyers, renforçant les bons comportements.
PCC/CBGP	Les programmes devraient envisager de lier leurs activités PM2A avec des programmes PCC ou CBGP basés sur établissement, le cas échéant. Grâce au PM2A, le programme peut encourager les bénéficiaires à participer au PCC/CBGP, soutenir l'établissement ou la communauté mettant en œuvre le programme, fournir des services BCC et de conseil en nutrition au PCC/CBGP, et former le personnel et les bénévoles PCC/CBGP. En l'absence de PCC/CBGP, un programme pourrait décider d'en créer un.
Planification familiale	En plus de réduire le risque de mortalité néo-natale et infanto-juvénile, la régulation et l'espacement des grossesses dans de bonnes conditions sont directement liés à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants. ¹⁵ Plus l'intervalle intergénéral est long, moins un enfant présente un retard de croissance ou une insuffisance pondérale. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les couples attendent au moins 24 mois après l'accouchement avant d'essayer de mettre en route une nouvelle grossesse. ¹⁶ Puisque les programmes de Titre II travaillent en lien très étroit avec les femmes en âge de procréer et leurs partenaires, ils peuvent jouer un rôle clé dans l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale volontaire et donc réduire le nombre de grossesses non désirées ou mal programmées. Par exemple, un programme doit pouvoir donner des conseils pour la planification familiale et

¹⁵ Pour plus d'informations sur la relation entre l'espacement des naissances, la mortalité infantile et l'état nutritionnel, voir Rutsein, Shea. 2008. « Further evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries : Evidence from Demographic and Health Surveys » DHS Working Paper No. 41: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM649.pdf

¹⁶ OMS. L'OMS. 2005. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland. 13-25 June 2005. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/birth_spacing05/en/index.html

l'éducation dans le cadre de ses services CCC et mettre en relation avec les services de planification familiale ou bien apporter ces informations dans le cadre des services de santé du programme (avec un financement complémentaire). Tous les services de planification familiale financés par l'USAID doivent être volontaires, offrir un choix éclairé, et être conformes à l'amendement Tiarht.¹⁷

ENCADRE 5. REFERENCES POUR LES SERVICES DE SANTE PREVENTIFS ET CURATIFS ET RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

- CSHGP. TRM sur : Diarrheal Disease, Immunization, Maternal and Newborn and Nutrition. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/tech.cfm>
- TRM CSHGP sur : Integrated Management of Childhood Illness, Health Systems Strengthening and Capacity Building. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>
- The Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA). 2008. Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition. Washington, DC : FANTA à FHI 360. <http://fantaproject.org/cmam/training.shtml>
- Groupe CORE, groupe de travail PCIME : http://207.226.255.123/working_groups/childhood.cfm.
- Centre d'apprentissage en ligne de santé global : <http://www.globalhealthlearning.org/login.cfm>. (Cours en ligne pour renforcer les systèmes de santé existants.)
- Marcia Griffiths, Kate Dickin, et Michael Favin. 1996. Promoting the Growth of Children: What Works? Outil n°4. The World Bank Nutrition Toolkit. Washington, DC: The World Bank.

2.3 RATIONS

L'un des trois services de base du programme PM2A est la fourniture de rations aux femmes enceintes, mères d'enfants âgés de 0 à 5 mois, aux enfants de 6 à 23 mois et à leurs familles.

2.3.1 Objectif des rations

Les rations sont destinées à aider à prévenir la malnutrition et à promouvoir la croissance linéaire en supplémentant et en améliorant la qualité de l'alimentation des femmes enceintes, des mères d'enfants de 0 à 5 mois et des enfants de 6 à 23 mois. La ration alimentaire du foyer supplémente les disponibilités alimentaires de la famille, prévient le partage de rations individuelles et incite à la participation au programme.

¹⁷ Les éléments clés de l'amendement Tiarht qui s'appliquent à Titre II sont les suivants: 1) Les programmes ne peuvent pas refuser les droits ou avantages, tels que la nourriture ou les soins médicaux, aux personnes qui n'acceptent pas la planification familiale et 2) aucune incitation ne peut être donnée aux prestataires de service de la planification familiale pour la réalisation des objectifs ou à des personnes pour accepter les services de planification familiale. Pour plus d'informations sur le volontariat, le choix éclairé, et l'amendement Tiarht, voir: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html.

2.3.2 Bénéficiaires des rations

Sur la base des éléments de preuve disponibles à ce jour, la ration du foyer est considérée comme une partie intégrale du modèle PM2A. Toutefois, des rations familiales peuvent impliquer une quantité relativement importante de nourriture, ce qui pourrait conduire à des questions Bellmon et de durabilité ou limiter les ressources disponibles pour d'autres activités. La modification de la taille de la ration du foyer ou du nombre de bénéficiaires ciblés pourrait être possible sans compromettre les résultats nutritionnels attendus, mais ces modifications pourraient accroître le partage au sein du foyer ou réduire la participation, ce qui pourrait entraver les efforts du programme visant à réduire la malnutrition infantile. Les programmes qui modifient la façon dont les rations familiales sont calculées ou distribuées (par exemple, en fournissant la ration du foyer uniquement pendant la saison creuse ou en travaillant avec les communautés pour cibler uniquement les foyers les plus vulnérables éligibles au programme PM2A plutôt que tous les foyers éligibles au programme PM2A) devraient documenter, surveiller et évaluer avec soin le programme afin de s'assurer que les modifications n'affectent pas les résultats essentiels, tels que la participation au programme, et de contribuer au corps de l'expérience et à la collecte de preuves sur le PM2A.

Si plusieurs personnes d'un même foyer sont admissibles pour recevoir une ration individuelle, chaque membre admissible du foyer reçoit une ration complète individuelle et le foyer reçoit une ration de foyer, quel que soit le nombre de rations individuelles reçues. Les programmes peuvent modifier la présente recommandation dans les sociétés où la polygamie est courante ; chaque mère participant pourrait être considérée comme représentant un ménage au sein d'une famille élargie et pourrait donc recevoir une ration individuelle et une ration de foyer.

Tableau 3. Rations et bénéficiaires de rations

Bénéficiaires des rations	Ce qu'ils reçoivent
Toutes les femmes enceintes	Une ration individuelle de prévention à partir du moment où la grossesse est détectée et ce jusqu'à la naissance de l'enfant
Toutes les mères d'enfants de 0 à 5 mois	Une ration individuelle de prévention de la naissance de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 mois
Tous les enfants de 6 à 23 mois	Une ration individuelle de prévention de 6 mois jusqu'à l'âge de 2 ans
Foyers des femmes et enfants participants	Une ration pour le foyer pendant tout le temps où la femme ou l'enfant participant reçoit une ration individuelle

2.3.3 Conditions pour recevoir des rations de prévention

Pour recevoir les rations individuelles et familiales, les mères ou les personnes en charge doivent remplir certaines conditions. Les programmes devraient élaborer des mécanismes appropriés, comme une carte spéciale, pour enregistrer la participation des bénéficiaires aux activités nécessaires et vérifier si elles sont admissibles à recevoir la ration.

Les décisions sur la façon dont est strictement appliquée la conditionnalité doivent être fondée sur une évaluation contextuelle, une consultation communautaire et la reconnaissance des compromis entre une application rigoureuse (permettant de s'assurer que les bénéficiaires reçoivent une exposition maximale aux services PM2A pour des effets maximum) et les réalités et les contraintes auxquelles ces femmes, enfants et foyers font face. Afin de rendre aussi pratique que possible pour les mères/personnes responsables de répondre aux conditions, les programmes devraient travailler avec les communautés, les foyers et les individus pour comprendre les motifs de non-fréquentation en vue de trouver des solutions pour surmonter les contraintes des participants.

Tableau 4. Conditions pour recevoir des rations

Bénéficiaires des rations	Condition pour recevoir la ration
Toutes les femmes enceintes	<i>Ces conditions doivent être ajustées au contexte du pays, le cas échéant</i> <ul style="list-style-type: none">Recevoir tous les examens prénataux et tous les services de santé et de nutrition disponibles recommandés par le Ministère de la SantéParticiper aux services BC du programme
Toutes les mères d'enfants de 0 à 5 mois	<ul style="list-style-type: none">Assister à toutes les consultations postnatales et recevoir tous les services de santé et de nutrition disponibles recommandés par le Ministère de la SantéParticiper aux services BC du programme
Tous les enfants de 6 à 23 mois	<ul style="list-style-type: none">Recevoir toutes les interventions préventives de santé et de nutrition disponibles recommandées par le Ministère de la SantéLes personnes en charge devraient participer aux services BC du programme
Foyers des femmes et enfants participants	Être le foyer d'une femme ou d'un enfant participant

2.3.4 Conception de la ration¹⁸

La conception de la ration est un subtil mélange de science et d'art : la science des besoins nutritionnels et de la composition en nutriments, entre autres domaines, et l'art de l'exécution du programme, y compris les considérations d'ordre logistique et de coût. Les rations devront être raisonnables, justifiables et, compte tenu des considérations Bellmon et de coût, de taille modérée. La conception initiale d'une ration individuelle et familiale devrait être fondée sur la science, c'est à dire, sur la taille des rations et la composition qui sont les plus appropriées compte tenu des besoins nutritionnels et d'autres besoins des foyers. Les soumissionnaires peuvent alors choisir de modifier la conception de la ration initiale pour tenir compte des considérations de logistique et de coût. Les soumissionnaires doivent aussi être conscients des lignes directrices de l'administration locale ou du MOH, le cas échéant, et se mettre en harmonie avec leur propre conception de programme.

¹⁸ Des indications plus détaillées sur la composition des rations pour les PLW et les enfants de 6 à 23 mois sont disponibles dans le *Commodities Reference Guide* (CRG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), disponible sur : http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm. Toutefois, les Documents de référence technique (TRM) PM2A sont plus à jour et devraient être la référence utilisée lorsque les deux documents (TRM PM2A et CRG) contiennent des informations contradictoires.

Les soumissionnaires doivent décrire et justifier les hypothèses utilisées pour déterminer la ration initiale (fondées sur la « science ») et n'importe quelle modification apportée afin de déterminer la ration finale proposée, le cas échéant. Si des considérations de logistique, de coût ou d'autre programme entraînent des différences substantielles entre la ration initiale et la ration finale, les soumissionnaires devraient surveiller les effets possibles du changement sur la capacité de la ration à compléter le régime alimentaire de l'individu, à éviter le partage, à augmenter les disponibilités alimentaires des foyers et à encourager la participation au programme.

Les concepteurs de ration devraient garder à l'esprit tous les suppléments en micronutriments (vitamine A par exemple) ou les aliments enrichis que le public cible peut déjà être en train de consommer. Les femmes enceintes ne devraient pas consommer plus de 10 000 unités internationales (UI) par jour ou 25 000 UI par semaine de vitamine A pendant la gestation.¹⁹ Même si la ration PM2A est consommée en combinaison avec d'autres sources potentielles de vitamine A, telles que la supplémentation ou des aliments enrichis disponibles localement, il est hautement improbable que la ration ferait peser sur les groupes cibles un risque d'ingestion excessive de vitamine A (qui est toxique à doses très élevées), bien qu'il soit important de valider ceci dans des contextes particuliers.

Enfin, il est essentiel que les composants appropriés BCC soient développés pour soutenir l'utilisation optimale des rations fournies à chaque groupe cible et pour promouvoir un régime alimentaire sain et équilibré. Une alimentation complète et de bonne qualité ne se compose pas uniquement de rations Titre II et de lait maternel. Même l'association de FBF et d'huile enrichie n'apportera pas aux femmes ou aux nourrissons et jeunes enfants tous les micronutriments dont ils ont besoin. Les aliments riches en micronutriments doivent toujours être inclus dans le régime alimentaire. Les messages et les documents BCC devraient encourager et aider les mères/personnes en charge à diversifier progressivement l'alimentation de l'enfant avec des aliments locaux riches en nutriments, tels que des légumes, des fruits, des légumineuses et des produits d'origine animale, qui peuvent être mélangés aux FBF ou être fournis en tant que collations. Le programme peut également œuvrer avec les mères/personnes en charge pour essayer différentes combinaisons d'aliments et de groupe d'aliments locaux pour une alimentation complémentaire.

2.3.5 Composition de Ration

Lors de la détermination de la composition initiale de la ration, les programmes devraient prendre en compte la pertinence culturelle, le contenu nutritionnel et la pertinence physiologique (par exemple, si les bébés peuvent en manger) des choix des produits de base donnés et comment ceux-ci répondent aux besoins du groupe cible. Selon le produit, la disponibilité d'aliments complémentaires locaux jouera également un rôle. Les programmes devraient choisir des produits basés sur les préférences alimentaires locales et choisir des options qui sont appropriées pour le groupe cible. D'autres facteurs à considérer lors de la sélection de produits sont la facilité et la rapidité de cuisson et la disponibilité d'installations de broyage et de combustible de cuisson, en particulier dans les zones à risque de dégradation de l'environnement. Les principaux facteurs à prendre en compte

¹⁹ OMS. 1998. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Série Micronutriments OMS, OMS/NUT/98.4. Genève : OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.4.pdf (Consulté le 12 octobre 2009).

pour déterminer la composition de la ration pour des groupes cibles spécifiques sont énumérés ci-dessous.

Femmes enceintes et mères d'enfants de 0 à 5 mois

Les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à 5 mois ont des besoins plus élevés en calories et en nutriments que les femmes non enceintes et non allaitantes. En outre, les femmes enceintes sont plus susceptibles de souffrir de nausées, de brûlures d'estomac et désagréments nutritionnels. Elles ont également tendance à faire face à des contraintes de temps. Par conséquent, les rations pour ces femmes devraient être des aliments énergétiques et forts en nutriments qui peuvent être facilement préparés. Des exemples comprennent des produits enrichis comme de l'huile ou des céréales mélangées.

Enfants de 6 à 23 mois

Parce qu'ils grandissent rapidement, les enfants de 6 à 23 mois ont des besoins élevés en calories et en micronutriments par rapport à leur taille. Ils ont besoin d'aliments qui sont à la fois nutritifs et riches en énergie pour s'assurer que leurs estomacs relativement petits ne se remplissent pas de calories vides qui ne fournissent pas assez d'éléments nutritifs. Les enfants de 6 à 11 mois sont tout juste en train d'apprendre à manger et ont besoin d'aliments qui soient faciles à mâcher et à avaler. En outre, parce que les mères/personnes en charge ont tendance à avoir beaucoup de responsabilités et des contraintes de temps, les aliments qui nécessitent un minimum de préparation sont préférables. Les aliments qui sont faciles à préparer en petites quantités contribuent à l'amélioration de l'hygiène et de la sécurité alimentaire en réduisant la probabilité de restes à conserver, souvent dans des conditions loin d'être idéales. Par conséquent, les produits céréaliers mélangés (par exemple, mélange maïs-soja [CSB], mélange blé-soja [WSB]) qui sont enrichis en vitamines et minéraux multiples, rapides à préparer, et faciles à manger et à digérer pour un enfant sont souvent un choix approprié. Un programme pourrait également choisir des produits considérés comme « aliments pour enfants » afin de réduire le partage de la ration d'un enfant.

Foyers

La ration du foyer est destinée à compléter le régime alimentaire ordinaire du foyer, à éviter le partage de la ration individuelle et à fournir des incitations à la participation au programme. Elle devrait répondre aux préférences alimentaires locales autant que possible, et son coût devrait être raisonnable. Les concepteurs de ration devraient considérer la disponibilité et le coût de combustible pour la cuisine et d'installations de broyage lors du choix des produits pour la ration du foyer. Dans des situations où les carences en micronutriments sont susceptibles d'être répandues et où les régimes traditionnels ne sont pas très variés, les programmes devraient envisager d'inclure des produits enrichis dans la ration.

2.3.6 Taille de la ration

La ration de prévention vise à compléter et à améliorer le régime alimentaire du groupe cible, et non pas à fournir toutes les calories nécessaires. Parce que les besoins moyens en calories à partir des aliments complémentaires sont assez faibles pour les jeunes enfants allaités au sein, en particulier ceux âgés de 6 à 11 mois, et parce que les types d'aliments couramment disponibles dans les foyers souffrant d'insécurité alimentaire ne sont généralement pas de bonne qualité, les programmes devraient songer à fournir des produits composés enrichis (FBF) suffisants et d'autres

produits enrichis pour couvrir 100 pourcent des besoins en calories de groupe d'âge à partir des aliments complémentaires.²⁰

La quantité d'aliments à inclure dans la ration du foyer devrait être basée sur la carence moyenne de la population cible (la différence entre la quantité de calories dont les membres du foyer ont besoin et la quantité de calories qu'ils consomment habituellement). Cela suppose que l'objectif principal de la ration est de compléter les disponibilités alimentaires du foyer et d'éviter le partage de la ration individuelle. Si la ration du foyer sert principalement d'incitation à la participation au programme, la taille de la ration et sa composition peuvent être guidées par la recherche formative (voir Encadré 6 ci-dessous).

ENCADRE 6. UTILISATION DE LA RATION DU FOYER COMME INCITATION

Un programme en Haïti utilise la ration du foyer comme incitation et compensation aux coûts d'opportunité de participer au programme PM2A. Lorsque ses ressources ont diminué, le organisme sélectionné a décidé que la réduction de la taille de la ration du foyer serait le moyen le moins nocif d'absorber cette baisse.

Toutefois, la participation a diminué rapidement après que la taille de la ration ait été réduite. Lorsque les mères ont été interrogées sur leur non participation aux activités du programme, une réponse type, en particulier de la part de celles qui vivent le plus loin des postes de santé, a été : « Est-ce que vous croyez que je vais faire [deux ou trois] heures de marche pour cette petite quantité de nourriture ? »

Le organisme sélectionné a mené des entretiens afin de déterminer les obstacles à la participation, y compris des discussions sur ce que serait la taille des rations pour motiver les participants et compenser les coûts d'opportunité. Le organisme sélectionné a ajusté la ration du foyer en conséquence et a cherché d'autres éléments du programme à couper pour surmonter le reste de la diminution des ressources.

Femmes enceintes et mères d'enfants de 0 à 5 mois

Les rations destinées aux femmes enceintes et aux mères d'enfants de 0 à 5 mois varient en fonction de la carence moyenne pour ces femmes dans un secteur de programme. Les rations devraient au moins couvrir les besoins accrus en énergie et en protéines induits par la grossesse (360 kilocalories [kcal] et 9 grammes [g] de protéine pendant le deuxième trimestre, 475 kcal et 31 g de protéines pendant le troisième trimestre)^{21,22} et l'allaitement (500 à 675 kcal et 19 g de protéines).^{23,24,25}

²⁰ Cela ne signifie pas que la ration fournit 100 pourcent des besoins des enfants parce qu'ils consomment aussi du lait maternel.

²¹ « ... la dépense d'énergie lors de la grossesse est de 321 [mégajoules (MJ)] (77 000 kcal), divisés environ en 0,35 MJ/jour, 1,2 MJ/jour et 2,0 MJ/jour (85 kcal/jour, 285 kcal/jour et 475 kcal/jour) au cours du premier, deuxième et troisième trimestre, respectivement. Il existe de nombreuses sociétés, avec une forte proportion de femmes non-obèses qui ne cherchent pas de conseils prénataux avant le deuxième ou troisième mois de grossesse. Dans ces circonstances, une option pratique pour atteindre l'apport total supplémentaire de 321 MJ (77 000 kcal) pendant la grossesse consiste à ajouter le supplément de 0,35 MJ / jour nécessaire pendant le premier trimestre au supplément de 1,2 MJ/jour nécessaire pendant le deuxième trimestre. En arrondissant ces chiffres pour faciliter les calculs, cette

Enfants de 6 à 23 mois

La taille de la ration des enfants devrait intégrer le fait que ce(s) produit(s) doivent être utilisés comme compléments alimentaires qui ne doivent pas supplanter l'allaitement maternel et devraient être adaptés pour les enfants, qui ne peuvent consommer qu'une certaine quantité par repas et par jour. En plus des calories du lait maternel, les enfants de 6 à 8 mois ont besoin d'environ 200 kcal par jour, les enfants de 9 à 11 mois ont besoin de 300 kcal par jour et

les enfants de 12 à 24 mois ont besoin de 550 kcal par jour en aliments complémentaires.²⁶ Les enfants de 6 à 11 mois ont besoin de 11 g de protéines par jour et les enfants de 12 à 23 mois ont besoin de 13 g de protéines par jour.²⁷ Les graisses devraient constituer 30 à 45 pourcent de l'énergie totale dans le régime alimentaire (y compris l'énergie du lait maternel, qui contient généralement plus de matières grasses que les aliments complémentaires). En supposant l'apport

ENCADRE 7. CONSEILS SUR LES DONNEES DE CARENCE

- S'il y a eu une enquête de consommation alimentaire/d'apport alimentaire des foyers dans la région, le déficit énergétique est probablement disponible.
- La collecte et l'analyse des données de consommation alimentaire sont complexes et coûteuses. Les organisations ne devraient pas effectuer d'enquêtes sur la consommation alimentaire ou l'apport alimentaire des foyers si elles ne servent qu'à calculer la ration.
- L'indicateur d'intensité de pénurie de nourriture de l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) peut être un outil utile pour calculer la taille de la ration du foyer.

consultation recommande que dans ces sociétés les femmes enceintes augmentent leur ration alimentaire de 1,5 MJ/jour (360 kcal/jour) pendant le deuxième trimestre, et de 2,0 MJ/jour (475 kcal/jour) pendant le troisième. ... En se basant sur une efficacité d'utilisation des protéines de 42 [pourcent], un supplément de 1, 9 et 31 g/jour de protéines pendant le premier, deuxième et troisième trimestre, respectivement, est nécessaire pour soutenir 13,8 kilogrammes [kg] de gain de poids gestationnel. » Source : UNU/OMS/FAO. 2004. *Human energy requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, 17-24 octobre 2001*. Rome : FAO. p 59.

²² OMS/FAO/UNU. 2007. **Protein and amino acid requirements in human nutrition (Besoins en protéines et acides aminés dans la nutrition humaine)** : Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation (Rapport de Consultation d'Experts FAO/OMS/UNU Commune). OMS Rapport Technique Série num. 935. Genève : OMS. p 120.

²³ "...des femmes bien nourries avec un gain de poids gestationnel suffisant devraient augmenter leur apport alimentaire de 2,1 MJ / jour (505 kcal / jour) pendant les six premiers mois d'allaitement, tandis que les femmes sous-alimentées et celles dont le gain de poids gestationnel est insuffisant devraient ajouter à leurs besoins en énergie personnels 2,8 MJ / jour (675 kcal / jour) pendant le premier trimestre d'allaitement. Les besoins énergétiques pour la production de lait pendant les six mois suivants dépendent des taux de production de lait, qui sont très variables chez les femmes et les populations." Source : UNU/OMS/FAO. 2004. *Human energy requirements (Besoins énergétiques humains)* : Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation (Rapport d'une Consultation d'Experts FAO/OMS/UNU Commune, 17-24 Octobre 2001). Rome : FAO. pp 65-66.

²⁴ OMS/FAO/UNU. 2007. **Protein and amino acid requirements in human nutrition (Besoins en protéines et acides aminés dans la nutrition humaine)** : Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation (Rapport de Consultation d'Experts FAO/OMS/UNU Commune). OMS Rapport Technique Série num. 935. Genève : OMS. p 126.

²⁵ Toutes les mères d'enfants de 0-5 mois sont visées par PM2A plutôt que seulement les mères qui allaitent pour éviter la stigmatisation des femmes qui ont choisies de ne pas allaiter, par exemple, basé sur le counseling PMTCT. Cependant, la majorité des mères d'enfants de 0-5 mois allaiteront, et les calculs de taille de ration pour ce groupe cible peuvent être basés sur les exigences supplémentaires pour l'allaitement.

²⁶ OPS. 2004. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Genève : OMS. p 18.

²⁷ IOM. 2005. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Apports Nutritionnels de Référence pour l'Énergie, les Glucides, les Fibres, les Matières Grasses, les Acides Gras, le Cholestérol, les Protéines et les Acides Aminés)*. Washington, DC : The National Academies Press. Des informations sur les besoins en micronutriments peuvent être trouvées dans une annexe sur http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10490&page=1319 (Consulté le 15/10/09).

moyen en lait maternel, les rations devraient fournir 0-34 pourcent d'énergie des matières grasses pour les enfants de 6-8 mois, 5-38 pourcent pour les enfants de 9-11 mois et 17-42 pourcent pour les enfants de 12-23 mois.²⁸

La BCC du programme et les composants d'éducation nutritionnelle devraient aider les mères à apprendre la bonne quantité de nourriture à préparer et comment la préparer pour leurs enfants et elles-mêmes. Ce soutien concerne à la fois les rations et les aliments en général.

Ration du foyer

La ration du foyer devrait être fonction de la carence moyenne par habitant du foyer et du nombre de membres qui composent le foyer. La carence peut être déterminée par la collecte de données par le soumissionnaire ou estimée en utilisant des données secondaires pour le pays.

La FAO publie une mesure spécifique au pays concernant l'intensité de la privation en nourriture qui peut être utilisée pour calculer la taille de la ration du foyer.²⁹ La mesure est dérivée du calcul fait par la FAO de la proportion de la population du pays qui est sous-alimentée, autrement dit incapable de répondre aux exigences minimales en matière d'énergie alimentaire.³⁰ La mesure est une estimation de la quantité moyenne de calories que les personnes sous-alimentées (pauvres en nourriture) ont besoin pour atteindre la limite minimum en besoins alimentaires, à savoir, l'écart entre la consommation estimée et les exigences. Dans les pays en développement, cet écart va de 200 à 440 calories par personne par jour. Ces estimations sont fondées sur le nombre de calories nécessaires pour atteindre les besoins en énergie minimaux, ce qui suppose des niveaux d'activité légers. Toutefois, les foyers en zones rurales, qui sont l'objectif principal des activités pluriannuelles Titre II, sont en moyen davantage susceptibles d'avoir des niveaux modérés d'activité. Les besoins en énergie pour une activité modérée sont environ 10 pourcent plus élevés que pour une activité légère.

Rations pour les foyers comprenant des membres positifs au VIH

Dans les zones à forte prévalence de VIH, où les personnes infectées ont des besoins en énergie accrus, les rations individuelles et/ou familiales pourraient avoir besoin d'être ajustées. Les besoins en énergie chez les adolescents et les adultes vivant avec le VIH, y compris les PLW, augmentent de 10 pourcent en phase asymptomatique et de 20 à 30 pourcent en phase symptomatique. Pour les enfants vivant avec le VIH, les besoins en énergie **augmentent de 10 pourcent** pendant les phases asymptomatiques et symptomatiques s'ils ne perdent pas de poids. Les besoins en énergie **augmentent de 50 à 100 pourcent** s'ils perdent du poids.³¹

²⁸ Idem. p 23-24.

²⁹ FAO, nd. "Intensity of food deprivation."

http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/Depth_Hunger_en.xls.

³⁰ FAO, nd. "[Prevalence of undernourishment in total population](http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls)." (Prévalence de la malnutrition dans la population totale)

http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls ;

FAO, nd. "Minimum dietary energy requirements." (Exigences minimales énergétiques)

http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/MinimumDietaryEnergyRequirement_en.xls.

³¹ FANTA. 2007. Recommendation for the Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS. Washington, DC : FANTA, FHI 360.

2.3.7 Rations individualisées ou à taille unique

Les programmes pourraient décider qu'il n'est pas possible d'un point de vue logistique ou qu'il n'est pas souhaitable de fournir des rations individuelles de tailles différentes aux différents groupes de bénéficiaires (à savoir, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 6 à 23 mois) ou de personnaliser des rations individuelles pour différents groupes d'âge dans la tranche 6-23 mois (par exemple, une ration pour les enfants de 6 à 8 mois, une ration pour les enfants de 9 à 11 mois, une troisième ration pour enfants de 12 à 23 mois). Au lieu de cela, les programmes peuvent choisir d'offrir la même ration individuelle à tous les enfants (**ration enfant taille unique**), la même ration individuelle à tous les bénéficiaires individuels (**ration individuelle taille unique** pour les mères et les enfants de 6 à 23 mois) ou une ration unique qui combine la ration individuelle et la ration du foyer pour tous les bénéficiaires, quel que soit le nombre de personnes éligibles au PM2A dans le foyer (**ration individuelle+foyer taille unique**).

Les programmes ont des motifs légitimes pour décider qu'une ration à taille unique est logique. Bien que compréhensibles d'un point de vue programmatique, ces décisions peuvent affecter l'efficacité du programme. Comme mentionné dans la **Section 2.3.4**, les modifications apportées à la conception PM2A de base devraient être clairement documentées, suivies et évaluées afin de s'assurer que les objectifs sont atteints et pour contribuer à l'évolution et à l'affinement continu du PM2A.

Ration enfant taille unique

De nombreux programmes SNMI d'aide alimentaire Titre II passés et présents ont opté pour une ration enfant individuelle taille unique calculée en fonction des besoins moyens d'un enfant de 6 à 23 mois (environ 416 calories par jour).³² Une ration enfant taille unique peut fournir plus de calories que ce dont un nourrisson aurait besoin et moins que ce dont un enfant plus âgé aurait besoin. Dans ce cas, les programmes doivent veiller à ce que la ration, qui pourrait fournir trop de calories pour les jeunes enfants, ne supplante pas ou n'interfère pas avec l'allaitement. Alors que le besoin en calories supplémentaires d'une mère qui allaite un enfant de plus de 6 mois est très variable, les programmes peuvent choisir de présenter la ration enfant individuelle comme ration conjointe, partagée par la mère allaitante et l'enfant allaité jusqu'à ses 12 mois, âge auquel la ration devient exclusivement celle de l'enfant.

Ration individuelle taille unique

Une ration individuelle taille unique pourrait fournir trop de calories pour certains groupes et pas assez pour d'autres. Comme avec la ration enfant taille unique, le plus grand souci consiste à éviter de fournir trop de calories pour les enfants de 6 à 11 mois et de supplanter l'allaitement maternel. Le fait d'encourager la mère qui allaite à partager la ration avec son enfant de 6 à 11 mois pourrait aider à atténuer ce risque.

³² 416 calories est une exigence moyenne pondérée pour un enfant de 6 à 23 mois. Les exigences moyennes dans chaque tranche d'âge (6-8 mois [200 kcal/jour], 9-11 mois [300 kcal/jour] et 12-23 mois [550 kcal/jour]) ont été pondérées par la proportion moyenne d'enfants dans chaque tranche d'âge dans les pays prioritaires de l'USAID Office of Food for Peace (FFP).

Ration individuelle + foyer taille unique

Une ration individuelle + foyer taille unique pourrait fournir trop de calories pour certains bénéficiaires, et pas assez pour les foyers comportant plusieurs bénéficiaires éligibles au PM2A. Là encore, les programmes devront atténuer les risques de surconsommation chez les jeunes enfants. Avant de choisir une ration individuelle + foyer taille unique, les programmes devraient déterminer la proportion de foyers comportant plusieurs bénéficiaires éligibles au PM2A (par exemple, une femme enceinte et un enfant de 6 à 23 mois, une femme enceinte et une femme allaitante avec un enfant de 5 mois et un enfant de 6 à 23 mois) afin de s'assurer qu'ils ne représentent pas une proportion significative des foyers.³³ Si les foyers comportant plusieurs bénéficiaires éligibles au PM2A représentent une proportion significative des foyers, les programmes pourraient souhaiter réexaminer la fourniture d'une ration individuelle + foyer taille unique. Si un programme décide de fournir cette ration, il faut estimer de combien la ration réduira les besoins dans les foyers comportant plusieurs bénéficiaires individuels et déterminer comment les documents de BCC se pencheront sur cette question.

2.3.8 Rations PM2A illustratives

Cette section présente des exemples de composition de ration et la taille utilisée dans les programmes PM2A. Elle explique les raisons et la justification des choix des programmes.

Tableau 5. Tailles des rations mensuelles pour différents groupes de bénéficiaires : Programme 1

	Ration mensuelle (kg)				Kcal/jour	% d'énergie issu des matières grasses
	CSB	Riz	Haricots Pinto	Huile végétale		
Femmes enceintes, mères d'enfants de 0 à 5 mois et enfants de 6 à 23 mois	4				501	16.5
Foyer		7	3	1.84	1671	33.2
Ration totale	4	7	3	1.84	2171	29.5

Le programme 1 choisi un mélange de produits différents pour les foyers que pour les bénéficiaires individuels. Les produits inclus dans une ration de foyer (riz, haricots Pinto et huile) sont similaires à l'alimentation traditionnelle dans la zone du programme. Afin d'éviter tout partage de ration, le programme a désigné le CSB comme étant une nourriture « spéciale » spécifiquement destinée aux femmes enceintes, mères d'enfants de 0 à 5 mois et aux enfants de 6 à 23 mois, et l'a emballé distinctement, accompagné de messages BCC appropriés.

Le programme a utilisé des données secondaires tirées d'une enquête de santé maternelle et infantile nationale pour estimer la taille moyenne des foyers éligibles au PM2A dans la zone du programme. La taille moyenne des foyers était de 6,88 personnes. La ration du foyer a couvert un peu plus de 100 pourcent (105 pourcent) de la carence en calories estimée au niveau des foyers (1 589 calories) en utilisant la mesure d'intensité de faim de la FAO et en l'augmentant de 10 pourcent pour tenir compte d'une activité modérée plutôt que légère. La ration individuelle a

³³ Notez, cependant, qu'il n'existe aucune orientation fondée sur des preuves sur ce qui définit une proportion « significative » des foyers.

couvert une proportion variable des besoins des bénéficiaires individuels (voir **Tableau 6**). Tandis que les mères allaitant des enfants de 6 à 11 mois ne constituaient pas un groupe cible explicite pour les rations, le programme a décidé d'encourager les mères à partager les CSB de leurs enfants afin d'éviter de supplanter d'allaitement en apportant trop de calories aux enfants.

Tableau 6. Pourcentage des besoins énergétiques couverts par la ration individuelle : Programme 1

Groupe cible	Exigence (Kcal/jour)	% des exigences individuelles en Kcal fournies par ration de CSB	Remarques
Femmes enceintes	417.8 (kcal supplémentaires nécessaires en raison de la grossesse [exigences moyennes des deuxième et troisième trimestres])	120% (% d'exigences supplémentaires kcal en raison de la grossesse [exigences moyennes des deuxième et troisième trimestres])	
Mères d'enfants de 0 à 5 mois	500 (exigences supplémentaires en raison de l'allaitement)	100% (% d'exigences supplémentaires en raison de l'allaitement)	
Consommation moyenne de lait chez les enfants de 6 à 8 mois (% des exigences provenant de la nourriture complémentaire)	200	100%	La BCC indique à la mère qui allaite la quantité de lait qu'elle donner à un enfant de 6 à 8 mois pour lui apporter les 200 kcal requises et lui dit de consommer les 301 kcal restants elle-même
Consommation moyenne de lait chez les enfants de 9 à 11 mois (% des exigences provenant de la nourriture complémentaire)	300	100%	La BCC indique à la mère qui allaite la quantité de lait qu'elle donner à un enfant de 9 à 11 mois pour lui apporter les 300 kcal requises et lui dit de consommer les 201 kcal restants elle-même
Consommation moyenne de lait chez les enfants de 12 à 23 mois (% des exigences provenant de la nourriture complémentaire)	550	91%	L'enfant reçoit tous le CSB plus des aliments disponibles localement promus à travers la. La mère ne consomme pas la ration

Le programme 1 a décidé de centraliser le pré-emballage des rations de sorte que chaque foyer reçoive la même ration mensuelle (ration individuelle + foyer taille unique) indépendamment du nombre de bénéficiaires individuels qui ont été inscrits. Le programme a estimé que moins de 5 pourcent des ménages éligibles au PM2A comportaient plusieurs bénéficiaires éligibles au PM2A et a décidé que les avantages liés au pré-emballage d'une ration taille unique (y compris l'augmentation de la sécurité alimentaire et de l'hygiène, la rationalisation des opérations, la diminution du risque de détournement et la dignité accrue des bénéficiaires de rations) l'emportaient sur le risque de ne pas fournir suffisamment de CSB aux foyers comportant plusieurs bénéficiaires éligibles. Le composant BCC du programme a été essentiel pour aider les personnes en charge à fournir une quantité appropriée de nourriture à leurs enfants, notamment la supplémentation de la ration individuelle unique avec des aliments disponibles localement.

Le programme 2 a décidé d'utiliser les deux mêmes produits de base (CSB et huile) pour la ration individuelle et la ration du foyer afin de réduire le nombre de repas distincts à préparer (les familles dans la zone du programme ont tendance à cuisiner des repas dans une seule casserole à partir de laquelle toute la famille mange plutôt que de préparer des repas séparés pour les mères ou les enfants). Les quantités nécessaires pour les femmes enceintes, les mères d'enfants de 0 à 5 mois et les enfants de 6 à 23 mois ont été expliquées aux personnes en charge au cours des sessions.

Tableau 7. Taille des rations mensuelles (kg) pour différents groupes de bénéficiaires : Programme 2

	SB	Huile	Kcal/jour	% d'énergie issu des matières grasses
Femmes enceintes et mères d'enfants de 0 à 5 mois	6	0.6	908	32.8
Enfants de 6 à 23 mois	3	0.3	454	32.8
Foyer	12	1.2	1,815	32.8
Ration totale : femme enceinte/mère + foyer	18	1.8	2,723	32.8
Ration totale : Enfant + foyer	15	1.5	2,269	32.8

Chaque foyer participant a reçu une ration unique de 2 723 kcal par jour de CSB et d'huile pour les femmes enceintes et les mères d'enfants de 0 à 5 mois ou 2 269 kcal par jour de CSB et d'huile pour les enfants de 6 à 23 mois (**Tableau 7**). Les messages SBCC et les outils spéciaux, comme un bol marqué avec les quantités recommandées, ont aidé les personnes en charge à savoir quelle quantité de la ration donner à une mère ou un enfant. Une fois que la femme enceinte, la mère d'un enfant de 0 à 5 mois ou un enfant de 6 à 23 mois ont reçu leur portion, le foyer a été autorisé à consommer le reste. Cette ration couvre entre 16 et 21 pourcent des besoins estimés du foyer et 72 à 104 pourcent de la carence en calories estimée du foyer (**Tableau 8**).

Tableau 8. Pourcentage des besoins énergétiques du foyer et de la carence couverte par la ration : Programme 2

Bénéficiaire individuel	% des besoins du foyer* (10 784 Kcal/jour) atteint après avoir satisfait à l'intégralité des besoins en Kcal supplémentaires des PLW ou à l'intégralité des besoins en Kcal d'aliments complémentaires des enfants de 6 à 23 mois (en supposant un apport moyen en lait maternel)	% de la carence du foyer** (2 383 Kcal/jour) atteint après avoir satisfait à l'intégralité des besoins des PLW ou à l'intégralité des besoins en Kcal d'aliments complémentaires des enfants de 6 à 23 mois (en supposant un apport moyen en lait maternel)
Femme enceinte***	21 %	104 %
Mères d'enfants de 0 à 5 mois	21 %	93 %
Enfants de 6 à 8 mois	19 %	87 %
Enfants de 9 à 11 mois	18 %	83 %
Enfants de 12 à 23 mois	16 %	72 %

* Calcul des besoins du foyer : les besoins minimaux en énergie alimentaire pour le Burundi (1 720 kcal/personne/jour) augmentés de 10 pourcent pour tenir compte du niveau d'activité modéré et multipliés par la taille moyenne du foyer (5,7).

** Calcul de la carence du foyer : l'intensité de la carence alimentaire pour le Burundi (380 kcal/personne/jour) augmentée de 10 pourcent pour tenir compte du niveau d'activité modéré et multipliée par la taille moyenne du foyer (5,7).

***Autres besoins en kcal calculés tels que les besoins moyens en kcal pendant le deuxième (360 kcal/jour) et troisième (475 kcal/jour) trimestres.

3. CONCEPTION DU PROGRAMME

3.1 LIENS AVEC D'AUTRES ACTIVITES DE SECURITE ALIMENTAIRE

PM2A n'est qu'une activité dans un programme Titre II global et devrait être mis en œuvre dans les mêmes communautés que les autres activités du programme liées à l'accès, à la disponibilité et à l'utilisation. Dans l'idéal, les foyers individuels participeront à autant d'interventions différentes du programme que possible. Par exemple, les familles comprenant une femme enceinte ou un enfant de moins de 2 ans pourraient participer à une activité de génération de revenus du programme Titre II en plus du PM2A, ou le programme pourrait rechercher des points de contact BCC à l'extérieur du secteur de santé si les bénéficiaires PM2A participent aux activités d'agriculture, de marketing ou à d'autres activités. Les foyers qui ne participent pas au PM2A pourront toujours avoir accès aux autres interventions Titre II et seraient encouragés à participer à ces activités.

Les organismes sélectionnés doivent concevoir un programme intégré qui soit approprié au contexte local. Comme indiqué précédemment, si les contraintes empêchent un programme de fournir une solution intégrée complète dans certaines communautés, la proposition devrait discuter de ces contraintes et expliquer comment elle va les surmonter et, éventuellement, offrir un programme intégré. Par exemple, si un accès limité aux services de santé clés restreint le nombre de communautés où le PM2A peut être mis en œuvre au démarrage du projet, les demandeurs peuvent envisager de démarrer le PM2A dans un plus petit nombre de communautés tout en renforçant les services de santé dans les autres communautés en préparation pour PM2A. Ou, dans les zones possédant des services de santé limités, les projets peuvent considérer en premier lieu de mettre en place une plus petite offre PM2A basée sur ces services, puis de progressivement passer à l'offre complète au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de services de santé deviennent accessibles à la communauté.

3.2 COUVERTURE

PM2A vise à toucher 100 pourcent de la population cible, et les programmes devraient inclure une mobilisation et une sensibilisation communautaires intensives afin de maximiser la couverture. Toutefois, étant donné l'environnement difficile dans lequel les programmes fonctionnent, même un programme très bien mis en œuvre peut ne pas atteindre tout le monde. À ce jour, l'expérience avec ce programme est insuffisante pour indiquer les niveaux de couverture que les programmes peuvent obtenir et s'en servir pour guider la planification des programmes. Par conséquent, une équipe programme Titre II devrait concevoir le composant PM2A sur la base de la couverture maximum absolue qu'elle estime pouvoir obtenir dans la zone cible afin que les rations PM2A, les services de santé et les programmes BCC soient disponibles à tous ceux qui sont éligibles et souhaitent participer. Les estimations peuvent être fondées sur l'expérience antérieure du programme, les commentaires des communautés et les dirigeants communautaires, et le programme PM2A pour Haïti, qui a touché 73 pourcent de la population cible dans sa zone d'influence. Notez que dans le contexte de la conception et de la planification du programme, la couverture attendue n'est pas un

indicateur de mesure du succès, mais un outil de planification permettant de s'assurer que le programme dispose de ressources suffisantes.

Pour atteindre une couverture élevée, des programmes ont utilisé l'approche communautaire (voir ci-dessous), la programmation basée sur le recensement, le mappage social et des techniques d'évaluation rapide de la participation pour identifier les personnes éligibles.

3.3 APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Tous les programmes doivent avoir un composant fort de sensibilisation communautaire pour obtenir et conserver le soutien communautaire, surmonter les obstacles à la participation et atteindre la couverture élevée que PM2A nécessite. Le programme devrait présenter PM2A à la communauté, expliquer les objectifs du programme, décrire les services et les exigences, et discuter de toutes les préoccupations de la communauté. La sensibilisation aidera également à identifier les bénéficiaires du programme et à encourager leur participation.

Chaque programme doit déterminer les moyens les plus efficaces pour organiser l'approche communautaire dans sa propre zone de programme. Par exemple, certains programmes mènent les sensibilisations communautaires à travers des visites à domicile par des agents de santé, des rencontres avec les principaux dirigeants communautaires qui aident à mobiliser la communauté ou en fournissant des services et des informations dans les principaux lieux de rassemblement communautaire.

3.4 RECHERCHE FORMATIVE³⁴

La recherche formative est le fondement d'une stratégie de changement des comportements efficace et est une première étape cruciale dans la mise en œuvre du nouveau programme Titre II. En évaluant les soins courants et les pratiques d'alimentation, la recherche formative permet à l'équipe de conception du programme de comprendre la perspective du groupe cible et pourquoi ils pratiquent ou ne pratiquent pas certains comportements, de sélectionner des publics cibles clés pour le changement des comportements, de déterminer les comportements les plus réalisables et efficaces à promouvoir, de comprendre ce qui influence ces comportements et d'identifier les meilleurs moyens de communiquer la BCC.

Plusieurs méthodes de recherche formative sont utilisées pour développer des interventions de changement des comportements, y compris une analyse des personnes agissantes/non-agissantes, une analyse des obstacles, des essais d'amélioration des pratiques (TIPS), une enquête sur la déviance positive (EDP), des groupes de discussion, des entrevues approfondies et des études de déterminants locaux de malnutrition. Les programmes peuvent utiliser une combinaison de méthodes pour répondre à leurs besoins.

³⁴ Des parties de cette section ont été adaptées du TRM CSHGP sur les *Behavior Change Interventions* (2007). www.childsurvival.com.

ENCADRE 8. RESSOURCES POUR LA CONCEPTION DU PROGRAMME

- **Pour un programme fondé sur le recensement** : Curamericas. Census-based Impact Oriented Methodology: A resource guide for equitable and effective primary health care. http://www.coregroup.org/index.php?option=com_content&view=article&id=51
- **Pour PRA/RRA** : K. Schoonmaker Freudenberger. Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA) : A Manual for CRS Field Workers and Partners <http://www.crsprogramquality.org/pubs/ME/RRAPRA.pdf>
- **Pour sensibiliser/mobiliser la communauté** : Lisa Howard-Grabman et Gail Snetro. 2004. How to Mobilize Communities for Health and Social Change. Health Communication Partnership. <http://db.jhuccp.org/docs/191220.pdf>
- Groupe de travail sur le changement des comportements et social, groupe CORE. 2008. Designing for Behavior. http://207.226.255.123/working_groups/DBC_Curriculum_Final_2008.pdf
- **Pour EDP** : groupe CORE. 2003. Positive Deviance/Hearth: A Resource Guide for Sustainably Rehabilitating Malnourished Children. http://207.226.255.123/working_groups/Hearth_Book.pdf
- Université Emory ; Institut de la recherche en nutrition, Pérou ; Institut national de la santé publique, Mexique ; PAHO. 2003. ProPAN : Process for the Promotion of Child Feeding. www.paho.org/English/AD/FCH/NU/ProPAN-index.htm
- **Pour l'analyse des obstacles** : Thomas P. Davis. Novembre 2004. Barrier Analysis: A tool for improving behavior change communication in child survival and community development programs. Food for the Hungry. http://barrieranalysis.fhi.net/how_to/how_to_conduct_barrier_analysis.htm
- **Pour TIPS** : K. Dickin, M. Griffiths, et E. Piwoz. 1997. Designing by Dialogue: A Program Planner's Guide to Consultative Research for Improved Young Child Feeding. Washington, DC : Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project de soutien à l'analyse et la recherche en Afrique (SARA) à FHI 360. <http://www.pronutrition.org/files/Designing%20by%20Dialogue%20Young%20Child%20Feeding.pdf>
- **Pour l'orientation de la recherche qualitative** : P. Winch, J. Wagman, R. Malouin, Garrett Mehl. 2000. Qualitative Research for Improved Health Programs: A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition and Reproductive Health. Washington, DC : Projet SARA à FHI 360. http://sara.fhi360.org/publications/cross_cutting/qualitative/qualitative.pdf

3.5 LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION AIGUE

3.5.1 MAS chez les enfants de moins de 5 ans

Bien que les programmes PM2A se concentrent sur la prévention de la malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans, ils devraient inclure des mécanismes pour détecter et orienter immédiatement un enfant de moins de 5 ans présentant une MAS vers des services de traitement (voir Dépistage et orientation en cas de MAS à la Section 2.2.2 : Description des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition dans le PM2A). La façon dont un programme Titre II aborde la MAS dépend de l'ampleur du problème et de la disponibilité de services de traitement de la MAS dans la communauté. En cas de forte prévalence de MAS, mais en l'absence service de traitement, un soumissionnaire pourrait choisir de mettre en place un programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (CMAM) comme activité distincte dans le composant SNMI du programme Titre II. Ce programme devrait suivre tous les protocoles du MOH et être lié au

PM2A, y compris l'orientation. Si des services MAS sont disponibles, les programmes du Titre II peuvent établir une liaison avec ces services. Si la MAS est rare, les programmes peuvent tout simplement détecter et orienter les cas vers des services de traitement.

3.5.2 Troubles de la croissance et MAM chez les enfants de moins de 2 ans

En fournissant des services de santé, de nutrition et de changement des comportements en plus de la ration, PM2A favorise une croissance adéquate parmi tous les enfants inscrits. Toutefois, de nombreux facteurs, y compris la maladie, feront peser sur les enfants un risque de troubles de la croissance et de malnutrition aiguë. Les enfants inscrits au PM2A dont la croissance faiblit ou qui développent une MAM ont besoin d'une attention spéciale de la part du programme pour améliorer leur croissance et prévenir la survenue d'une MAS. Cela inclut le traitement pour enfants malades ainsi qu'un soutien et des conseils intensifs axés sur les soins et l'alimentation d'enfants malades, mal nourris et convalescents. Le programme devrait veiller à ce que l'enfant soit nourri de façon adéquate plutôt que de fournir de la nourriture supplémentaire, car la ration enfant PM2A satisfait généralement voire dépasse les besoins en calories des enfants de moins de 2 ans. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) se penche sur les meilleures approches pour la gestion de la MAM chez les enfants. Ce document sera mis à jour si nécessaire lorsque les recommandations de l'OMS seront publiées.

3.5.3 MAM chez les enfants de 24 à 59 mois

Si la malnutrition aiguë modérée (MAM) (poids pour taille [WFH] <-2 Z score et > -3 Z score) chez les enfants de 24 à 59 mois est une préoccupation et qu'il n'existe aucun service de gestion de la MAM, un programme pourrait choisir d'inclure une activité distincte qui traite de la MAM dans ce groupe d'âge et de la lier avec des programmes de lutte contre la MAS. Ce serait distinct du programme PM2A mais pourrait faire partie d'un programme SNMI du programme Titre II.

3.6 PERENNITE

La conception d'un programme Titre II devrait intégrer une stratégie de sortie pour aider à soutenir les impacts du programme et à maintenir les activités du programme qui aideront la communauté à continuer à améliorer sa sécurité alimentaire. Les activités qui produisent des résultats auto-entretenus ou permanents peuvent être éliminées progressivement tandis que d'autres activités peuvent être transmises à la communauté, au gouvernement ou à une autre institution. Notez que des informations détaillées sur la sortie d'un programme pourraient être développées au cours de la première moitié du projet. Bien qu'à ce jour il n'existe aucune preuve pour appuyer n'importe quelle stratégie d'élimination progressive ou de transmission du PM2A, les lignes directrices suivantes pour des stratégies de sortie sûres promouvront la pérennité du programme Titre II (voir Encadré 9).

ENCADRE 9. DIRECTIVES POUR UNE STRATÉGIES DE SORTIE ET LA PERENNITE DE PROGRAMME

- Élaborer une stratégie globale de pérennité qui examine différents moyens de parvenir au maintien des résultats et des impacts de toutes les activités Titre II qui favorisent la disponibilité, l'accès et l'utilisation de nourriture.
- Communiquer clairement avec la communauté sur la pérennité dès le début du programme, établissant un calendrier et des attentes.
- Renforcer la capacité de la communauté et des organisations à base communautaire à reprendre progressivement certaines activités du programme. Les principaux intervenants et leurs responsabilités devraient être identifiés en début de projet afin qu'ils puissent acquérir les compétences nécessaires.
- Le passage à la communauté fonctionne mieux avec des activités que la communauté aime et s'engage à maintenir. Par exemple, des groupes de soins ont souvent perduré bien après la sortie du programme parce que les communautés aimaient leur contribution.
- Concevoir des activités qui habilite les individus et les communautés afin qu'ils soient mieux en mesure de demander et de fournir certains services.
- Lier étroitement PM2A avec des activités Titre II qui favorisent une augmentation de la production agricole et l'amélioration du gagne-pain. Ces activités, couplées avec la BCC, pourraient mieux armer les familles PM2A pour combler leurs carences énergétiques et améliorer leurs pratiques de soins et d'alimentation, ce qui pourrait réduire la nécessité d'avoir recours aux rations.
- Collaborer avec le gouvernement pour lui faire prendre en charge certains aspects du PM2A, tels que les rations ou le soutien des CHW. Dans certaines circonstances, les MOH ont adopté ou mis à l'échelle les interventions qui ont été initialement mises en œuvre par des ONG.
- Améliorer les services existants afin que les communautés continuent à demander et à fournir une BCC et des services de santé forts.
- Chercher des occasions pour accéder à des aliments enrichis et à forte densité nutritionnelle produits localement.
- Planifier la fermeture, déterminer quand arrêter l'inscription dans les composants PM2A qui seront progressivement éliminés. Communiquer avec la communauté à ce sujet de sorte qu'elle ne soit pas surprise lors de l'arrêt des inscriptions.

3.7 CONSIDÉRATIONS DE COÛT³⁵

PM2A pourrait coûter plus cher par bénéficiaire que les autres composants du programme Titre II, non seulement parce qu'il exige plus de nourriture mais aussi à cause de l'augmentation des coûts de transport et de stockage de la nourriture et de la gestion des stocks. Ceci pourrait affecter le nombre et les emplacements des bénéficiaires visés ainsi que le budget global du programme Titre II. La planification PM2A devrait tenir compte des coûts de plusieurs éléments, y compris les entrées de programme, la dotation en personnel, les besoins de mise en œuvre et les besoins d'assistance technique directs. Alors que les besoins et les coûts exacts varieront en fonction des programmes,

³⁵ Adapté de : Groupe de travail sur la nutrition CORE. nd. *Pathways for Selecting Appropriate Nutrition Approaches*. Version préliminaire.

reportez-vous au Tableau 9 pour connaître les éléments généralement inclus dans les budgets des programmes SNMI préventifs d'aide alimentaire.

Tableau 9. Considérations de coût

<p>Entrées de programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliments pour le foyer et rations individuelles • Balances pour peser les rations (sauf si elles sont préemballées ailleurs) • Cartes de bénéficiaire (par exemple, cartes de santé et de ration avec espace vide pour enregistrer les vaccinations, la supplémentation en vitamine A, l'admissibilité et les rations reçues) • Balances (de préférence numériques) pour peser les enfants s'il y a PCC • Planches de mesure • Aides visuelles, documents d'information, d'éducation et de communication (IEC) et outils de travail pour BCC, conseils de santé et de nutrition ou séances d'enseignement Bandes PB pour le dépistage de la MAS • Matériel de bureau • Matériel de transport du personnel (par exemple, véhicules, vélos, motos) 	<p>Mise en œuvre de directe du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche formative • Recherche opérationnelle • S-E et rapports • Développement de supports BCC • Impression des supports • Formation du personnel d'établissement de santé et CHW • Groupes de soutien, conseils, visites à domicile pour BCC • Efforts de sensibilisation • Distribution de nourriture • Transport, stockage et gestion de produits • Soutien aux services de santé (promotion, campagnes, supervision)
<p>Dotation en personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutritionnistes • Professionnels médicaux qualifiés pour aider à renforcer les services de santé • CHW ou bénévoles (pourraient avoir besoin d'incitations plutôt que d'une rémunération) • Experts BCC • Produits et personnel logistique • Gestionnaires de programme • Personnel administratif • Personnel de suivi et d'évaluation (S-E) 	<p>Assistance technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le programme devra déterminer ce dont l'assistance technique a besoin et quand cela sera fourni par le personnel ou par des consultants embauchés.

4. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

4.1 DEMARRAGE DU PROGRAMME

Au démarrage, les organismes sélectionnés devront déterminer la meilleure façon de fournir des services PM2A de qualité supérieure, aussi rapidement que possible à tous les bénéficiaires éligibles. Parce que le programme aura besoin de développer une stratégie de changement des comportements et des supports d'essai, de former le personnel et les bénévoles, d'assurer une offre minimum de services de santé et d'obtenir des rations, un certain temps s'écoulera entre le début du programme Titre II et la fourniture des services PM2A aux bénéficiaires du programme. Chaque programme devrait déterminer le moyen le plus efficace de mettre en place son programme en fonction du contexte national, des besoins et exigences en formation et des contraintes logistiques. Par exemple, si un programme ne peut pas fournir tous les services en même temps à un grand nombre de cas au début du programme, il pourrait décider de faire passer un groupe cible ou un service à la fois ou de faire passer progressivement les communautés sur une période déterminée.

ENCADRE 10. OPTIONS POUR L'INSCRIPTION AU PM2A AU DEMARRAGE

Bien que le PM2A vise tous les enfants de moins de 2 ans, chaque programme peut choisir la meilleure façon d'inscrire les enfants au démarrage en fonction de ses objectifs, ressources et contraintes. Les programmes devraient garder à l'esprit que ces décisions auront probablement des compromis qui peuvent influencer sur la gestion du programme, les relations communautaires, l'impact du programme ou d'autres facteurs.

Par exemple, certains programmes peuvent inscrire tous les groupes d'âge au moment du démarrage pour atteindre autant d'enfants que possible pendant au moins un temps court. Bien que cette stratégie d'inscription simple maximise la couverture et soit facile à comprendre pour la communauté, elle lance un défi aux gestionnaires du programme pour le démarrage rapide, avec des supports BCC et des services de santé pour tous les groupes d'âge en place dès le début du programme. Elle inscrit également les enfants plus âgés qui ne peuvent participer au programme que pendant un ou deux mois, ce qui n'est pas suffisant pour améliorer leur état nutritionnel ou influencer un changement de comportement.

Pour utiliser efficacement les ressources du programme et atteindre tous les enfants qui pourraient bénéficier du PM2A, un programme a inscrit toutes les femmes enceintes et les enfants de moins de 18 mois au démarrage pour s'assurer que tous les enfants participent pendant au moins six mois, ce qui est considéré être le minimum requis pour qu'un enfant en profite. Cependant, cette stratégie doit être clairement expliquée parce que l'idée que les enfants restent dans le programme jusqu'à leurs 2 ans, mais que les inscriptions sont impossibles après 18 mois peut prêter à confusion chez les participants potentiels.

D'autres programmes ont inscrit seulement des femmes enceintes et des enfants jusqu'à 6 mois au démarrage. Cette option, qui inscrit une plus petite partie du groupe cible et augmente progressivement le nombre d'inscriptions, permet de simplifier le démarrage, donne au programme plus de temps pour développer des supports BCC spécifiques à l'âge et permet à tous les participants au programme de recevoir les services du programme pendant aussi longtemps que possible. Cependant, l'inconvénient à cette option est que les enfants qui sont âgés de 6 mois ou plus au démarrage ne recevront jamais les services, ce qui pourrait affaiblir l'impact du programme dans la communauté.

4.2 POINTS DE PRESTATION DE SERVICES

4.2.1 Principes clés

Parce que le PM2A implique de nombreux intervenants offrant plusieurs services, il exige de multiples points de prestation de services. Les programmes devront travailler avec la communauté afin de déterminer où et comment ils vont distribuer les rations et délivrer les messages et programmes de changement des comportements. Ils devront également collaborer avec le MOH pour fournir des services de santé et de nutrition essentiels.

Un programme devrait sélectionner des points de prestation de services les plus pertinents dans son contexte, en particulier des endroits qui sont accessibles, culturellement adaptés et qui ne créent pas d'obstacles majeurs à la participation au programme. Voici des exemples de points de prestation potentiels qui peuvent être adaptés aux besoins du programme.

4.2.2 Distribution de nourriture

Un programme devrait établir un calendrier de distribution alimentaire et un emplacement pour un secteur de programme. Le point de distribution alimentaire devrait être raisonnablement accessible aux bénéficiaires et assez grand pour les accueillir. L'emplacement doit disposer de systèmes pour vérifier l'admissibilité (par exemple, moniteurs vérifiant les cartes de bénéficiaire), distribuer les rations et vérifier la composition et la quantité des rations.

4.2.3 Changement des comportements³⁶

Les principes clés du programme de changement des comportements incluent la diffusion de messages clairs et cohérents à travers de multiples canaux, la mise en place de contacts individuels et d'un soutien de groupe, et l'utilisation de supports visuels pour appuyer les messages. Un programme devra étudier les possibilités d'offrir des services de changement des comportements dans leurs communautés. Ci-dessous figurent quelques exemples de points de contact de changement des comportements courants :

À domicile

Une visite à domicile effectuée par un CHW ou un bénévole communautaire formé en conseils nutritionnels assure une interaction directe avec la mère, ce qui permet au CHW ou au bénévole de mieux comprendre les obstacles particuliers de la mère à changer de comportement, de travailler avec la mère à l'élaboration conjointe de stratégies pour surmonter ces obstacles, de négocier un changement de comportement et d'interagir avec d'autres personnes influentes dans le foyer.

Point de distribution alimentaire, réunions communautaires ou festivals impliquant des groupes cibles PM2A

Parce que les mères/personnes en charge doivent venir chercher régulièrement leur ration dans un site central, celui-ci constitue un point de contact BCC potentiel. Les programmes pourraient inclure des divertissements éducatifs tels que des sketches ou des chansons, distribuer des supports renforçant des messages clés, proposer des séances de groupe ou conseiller des individus s'il y a un espace approprié. En outre, des réunions ou des festivals communautaires sont l'occasion d'atteindre un public cible plus large.

Établissements de santé et postes de santé communautaires

Un agent de santé peut fournir des conseils individuels aux mères qui fréquentent les consultations pré- et postnatales ou qui amènent leurs enfants pour des visites générales, des visites d'enfant malade ou de vaccination. Le programme peut également organiser des sessions de groupe si un grand nombre de mères sont réunies pour des soins prénataux ou des visites médicales de routine sur un créneau donné. Des réunions régulières de soutien par des pairs pourraient avoir lieu dans des postes de santé communautaires s'ils sont situés dans des lieux commodes.

³⁶ Sections adaptées de : Groupe de travail sur la nutrition CORE. nd. *Pathways for Selecting Appropriate Nutrition Approaches*. Version préliminaire.

Jours ou semaines de la santé de l'enfant

Si la communauté dispose de campagnes régulières pour fournir de la vitamine A, des vaccinations ou d'autres services de prévention pour les jeunes enfants, le programme peut s'en servir pour mener des activités BCC, telles que des pièces de théâtre ou des chansons, la tenue de séances de groupe ou la distribution ou l'affichage de documents.

Séances CBGP ou PCC

Un programme CBGP ou PCC qui se réunit régulièrement dans la communauté et auquel les gens assistent offre une excellente occasion de fournir des services BCC pour compléter ces programmes. Les programmes PCC basés dans des établissements ont généralement des composants BCC faibles. Et bien que les programmes CBGP dispensent déjà des conseils en nutrition et des services BCC, le programme PM2A pourrait contribuer à renforcer ces services. Ces rassemblements mensuels des mères et des jeunes enfants sont une occasion utile pour fournir des conseils individualisés sur la base du modèle de croissance de l'enfant et de son âge, un soutien de groupe, un divertissement éducatif communautaire et de la documentation.

Espaces publics

Des médias de masse, tels des spots radio, des panneaux et des affiches, peuvent être utilisés pour sensibiliser aux comportements spécifiques ou pour attirer l'attention sur des activités en cours ou des problèmes de santé. Les programmes peuvent utiliser des médias de masse dans des espaces publics pour cibler tous les membres de la communauté avec de larges messages de changement des comportements.

4.2.4 Services de santé généraux

Visites à domicile

Le personnel de santé formé dispense toute une gamme de services par le biais de visites à domicile. Les visites aux femmes enceintes pourraient inclure un suivi prénatal, une fourniture de fer/acide folique et une surveillance des signes de danger. Les visites aux mères de nouveau-nés pourraient inclure un suivi postnatal (les 1er, 3ème et 7ème jours suivant la naissance ou selon le protocole MOH) et la fourniture de vitamine A après l'accouchement (dans les six semaines suivant l'accouchement). Pour les enfants dont la croissance a ralenti ou qui ont été absents de l'établissement de santé, les visites pourraient inclure un examen de l'état nutritionnel et de santé de l'enfant (y compris des mesures anthropométriques) ou une discussion avec la mère pour comprendre et discuter des raisons de l'absence de l'enfant. Toutes les visites intègrent des conseils appropriés. Certaines de ces activités peuvent être effectuées par un CHW, mais les services médicaux doivent être dispensés exclusivement par des professionnels de santé formés, suivant le protocole du pays.

Établissements de santé

Les bénéficiaires du programme peuvent recevoir des services de santé préventifs et curatifs dans des établissements de santé qui sont composés d'infirmiers, de médecins, de sages-femmes et d'autres personnels de santé qualifiés. Les mères peuvent recevoir des consultations de santé pré- et postnatales et peuvent donner naissance dans l'établissement. Les enfants peuvent recevoir des vaccinations, une supplémentation en vitamine A, des visites médicales de routine et des

traitements pour la maladie. En outre, des conseils en nutrition et santé peuvent être dispensés dans l'établissement.

Centres de santé ou postes de santé communautaires

Les membres de la communauté peuvent ne pas être en mesure d'accéder facilement à des établissements de santé pleinement opérationnels. Dans de telles circonstances, il est utile de proposer quelques services essentiels dans la communauté par l'intermédiaire de membres formés de la communauté (par exemple, des accoucheuses traditionnelles) ou par un personnel de santé qui visite la communauté. Si la politique du pays le permet, des consultations pré- et postnatales, une supplémentation en micronutriments, des vaccinations et des traitements de maladies courantes peuvent être dispensés dans la communauté.

Site de distribution des rations

Certains services de prévention, tels que les vaccinations, la vermifugation et la supplémentation en micronutriments, peuvent être fournis sur le site de distribution des rations, si les conditions le permettent. Pour les bénéficiaires, cela contribuera à faciliter l'accès aux services dont ils ont besoin pour continuer à participer au programme PM2A.

4.3 ASSURANCE DE QUALITE (AQ)³⁷

Bien que cela soit essentiel au succès du programme, un programme bien conçu ne suffit pas pour réduire la malnutrition. La qualité de la prestation et l'utilisation des interventions détermineront si le programme est un véritable succès. Les programmes doivent constamment veiller à ce que le programme soit bien mis en œuvre et adapté à la situation locale. Ils doivent ajuster le programme lorsque des défis ou des problèmes se présentent. L'AQ comprend des activités qui contribuent à définir, concevoir, évaluer, surveiller et améliorer la qualité de la mise en œuvre du programme.³⁸

Les principes clés de l'AQ regroupent la focalisation sur la perspective et les besoins du bénéficiaire, la visualisation du travail en termes de systèmes et de processus, la prise de décisions fondées sur des données et la collaboration avec des parties prenantes à différents niveaux. Les principales activités d'AQ incluent la définition de la qualité en termes de ce qui est optimal et réalisable, la mesure de la qualité grâce à des mesures de base et S-E et l'amélioration de la qualité en identifiant ce qui doit être amélioré et qui l'améliorera, à travers l'analyse des processus et des systèmes, le développement et l'essai d'hypothèses de solutions et la surveillance des changements. Plusieurs méthodes et outils d'AQ peuvent être appliqués ou adaptés au PM2A. Certaines sont brièvement décrites ci-dessous.

4.3.1 Recherche opérationnelle (RO)

La RO évalue la qualité de la mise en œuvre du programme et de la prestation des services, et identifie les contraintes opérationnelles et d'utilisation. La RO utilise des évaluations quantitatives et qualitatives pour recueillir des informations sur chaque étape de la mise en œuvre essentielle pour mieux comprendre comment le programme fonctionne ou pourquoi il ne fonctionne pas. La RO

³⁷ Sections adaptées de : CSHGP. 2007. Technical Reference Materials: Quality Assurance. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.

³⁸ Le contenu de ce paragraphe est une synthèse des TRM CSHGP. Pour plus de détails, consultez : <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.

examine les contraintes à la mise en œuvre optimale du programme, l'utilisation des services, les perceptions des bénéficiaires, les facteurs de motivation du personnel ou d'autres questions et obtient des informations d'un éventail de parties prenantes, y compris du personnel du programme à tous les niveaux et des personnes participant ou non au programme. Les résultats de la RO sont discutés avec les responsables du programme et d'autres parties prenantes clés pour identifier les problèmes prioritaires à traiter, déterminer les solutions et élaborer un plan d'action. Une RO de suivi pour évaluer les progrès dans la mise en œuvre du plan d'action est recommandée, si possible.

4.3.2 Liste de vérification et d'amélioration de la qualité (QIVC)³⁹

Une QIVC est un outil de contrôle utilisé pour surveiller et améliorer le travail d'un CHW ou d'un bénévole, en particulier concernant les activités qui sont effectuées régulièrement, comptent plusieurs étapes et peuvent être observées. L'outil peut être utilisé avec différentes activités, comme le conseil ou PCC. Un superviseur observe l'activité que le travailleur ou le bénévole effectue et utilise une liste de vérification pour noter s'il/elle exécute les tâches clés pendant la conduite de l'activité. Le superviseur fait ensuite part en privé de ses commentaires de soutien à la personne concernée et examine ses forces et ses faiblesses. Le travailleur s'engage à améliorer les performances en cas de besoin. Les informations de la QIVC peuvent également être cumulées pour identifier les faiblesses du système global et pour suivre des travailleurs individuels au fil du temps.

4.3.3 Services efficace axés sur le client (COPE)

COPE est un procédé développé par EngenderHealth qui aide les membres du personnel de santé à améliorer en permanence la qualité, l'efficacité et la réactivité de leurs services aux besoins des clients grâce à la participation, l'appropriation, l'auto-évaluation et au travail d'équipe du personnel. COPE fournit au personnel des outils pour identifier les problèmes et élaborer des solutions en utilisant les ressources locales. Il encourage également l'ensemble du personnel (des gestionnaires aux médecins, en passant par les concierges et les bénévoles communautaires) à travailler en équipe et à impliquer les clients dans l'évaluation des services. COPE comprend les outils suivants, qui sont utilisés ensemble :

- 10 guides d'auto-évaluation qui se concentrent sur les droits des clients et les besoins du personnel
- Guides d'entretien pour le personnel dans le but de conduire des entretiens informels avec les clients, après visites à la clinique
- Tableaux d'analyse du flux des clients permettant de suivre un client de son entrée à sa sortie de la clinique
- Un modèle de plan d'action pour résoudre les problèmes identifiés lors des entretiens et de l'analyse COPE

COPE est conçu pour être intégré à un ensemble d'approches et d'outils d'amélioration de la qualité (QI) qui comprennent :

- **Supervision facilitante** : implique le mentorat, la résolution de problèmes communs et le dialogue entre le superviseur et le personnel

³⁹ Adapté de : Food for the Hungry. 2006. "Quality Improvement and Verification Checklists." Présenté à la réunion de printemps CORE, 24-28 avril 2006, Easton, Maryland, États-Unis.

- **Suivi médical** : identifie les écarts entre les meilleures pratiques et les pratiques actuelles et donne des recommandations
- **Formation sur l'ensemble du site** : assure la liaison entre la supervision et la formation, met l'accent sur le travail d'équipe et la durabilité
- **Outil de mesure de la qualité** : mesure la qualité annuellement sur la base des outils d'auto-évaluation COPE
- **Outil d'analyse des coûts** : mesure les coûts directs de la prestation de services de santé spécifiques en vue d'améliorer l'efficacité du personnel, d'optimiser les fournitures et de définir des frais d'utilisateur reflétant les coûts directs, si nécessaire
- **Processus/outil de participation COPE communautaire** : aide le personnel de soins de santé à établir des partenariats avec des membres de la communauté pour rendre les services plus adaptés aux besoins locaux

4.3.4 Qualité définie par partenariat (QDP)

QDP est une méthode développée par Save the Children pour améliorer la qualité des services de santé et pour impliquer la communauté dans la définition, la mise en œuvre et le suivi du processus d'AQ en reliant l'assurance qualité (AQ) et l'amélioration de la qualité (QI) à la mobilisation communautaire. Le processus comprend quatre phases :

1. Élaboration du soutien en obtenant des engagements de participation de tous les intervenants clés, reposant à la fois sur l'établissement et la communauté et le niveau local ou national
2. Exploration de la qualité par la compréhension des perspectives des divers intervenants sur la qualité
3. Réunir les parties prenantes pertinentes pour partager des idées et des points de vue, former une équipe pour développer une vision partagée de la qualité, et identifier et hiérarchiser les problèmes et les obstacles à la réalisation de la qualité
4. Travailler en équipe pour résoudre les problèmes en discutant et en analysant les causes profondes des problèmes de qualité, en trouvant des solutions et en sélectionnant des indicateurs pour suivre les progrès

QDP tient compte des contributions des communautés et des travailleurs de santé sur la qualité, mais il est important de noter que QDP n'est pas un substitut à une évaluation technique de la qualité. QDP devrait de préférence être menée en coordination avec une AQ normalisée dans l'établissement.

4.3.5 Enquête rapide de qualité (ERQ)

ERQ a été développé par le projet d'évaluation MEASURE (Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results) en collaboration avec divers organismes sélectionnés pour fournir un moyen pratique et peu onéreux de mesurer régulièrement la qualité des soins (QS) dans les services de planification familiale. La méthode, qui pourrait éventuellement être adaptée à d'autres types de services, comprend la collecte de données pour une liste précise d'indicateurs QS utilisant un ensemble d'instruments testés sur le terrain conçus pour fournir une image plus complète de la QS. Les indicateurs sont mesurés au moyen de trois types de collecte de données :

1. Un audit de l'établissement avec des questions pour le gestionnaire du programme qui sert à déterminer le niveau de préparation de chaque établissement à servir le client, couvrant des

facteurs tels que les types de services fournis, les types et les quantités de fournitures en stock, l'état de l'établissement et les types de documents

2. Observation des interactions fournisseur-client et de certaines procédures cliniques, y compris l'évaluation des performances du fournisseur au cours de séances cliniques et de conseil
3. Entretiens de sortie avec les clients pour en apprendre davantage sur leur expérience avec la clinique

ENCADRE 11. REFERENCES POUR LES MÉTHODOLOGIES D'ASSURANCE DE QUALITÉ

- The Quality Assurance Project (PAQ) : <http://www.qaproject.org/>.
- The Framework for Operations and Implementation Research in Health and Disease Programs. www.theglobalfund.org/documents/me.FrameworkForOperationsResearch.pdf
- COPE. <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php>
- Ronnie Lovich, Marcie Rubardt, Debbie Fagan, et Mary Beth Powers. 2003. Partnership Defined Quality: A Tool for Partnership and Health Provider Collaboration. http://www.phishare.org/files/2265_PDQ_Final_Manual.pdf
- Enquête Rapide de Qualité (ERQ). Février 2001. A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning. Manuel d'évaluation MEASURE Série Num. 2. <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/family-planning/monitoring-quality-of-care-in-fp>

4.4 BESOINS EN PERSONNEL

Le personnel de soins de santé et communautaire (par exemple, les prestataires de soins de santé formés, les nutritionnistes, les CHW, les bénévoles) ainsi que le personnel de gestion des produits sont indispensables pour fournir des services PM2A. Les structures des deux équipes de personnel peuvent varier selon les pratiques de l'organisme sélectionné, les ressources locales, le niveau de présence du MOH et d'autres facteurs. Un soutien de supervision fort, lequel est essentiel à la qualité, est nécessaire au cours du programme. En outre, le programme pourrait avoir besoin de formateurs à court terme.

5. SUIVI ET EVALUATION

5.1 DIRECTIVES S-E TITRE II

L'USAID Office of Food for Peace (FFP) exige que les organismes sélectionnés fassent un rapport sur les indicateurs de suivi annuels afin d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme et sur les indicateurs de base et d'évaluation finale afin d'évaluer l'impact du programme. Des évaluations à mi-parcours sont aussi encouragées, en mettant l'accent sur les processus de mise en œuvre au niveau des bénéficiaires. Les procédures S-E devraient suivre les Directives du programme Titre II (voir **Encadré 12**). FFP n'a pas créé d'exigences S-E supplémentaires ou n'a pas modifié d'exigence actuelle pour les programmes du Titre II qui mettent en œuvre PM2A. Un récapitulatif des directives S-E du programme Titre II générales est disponible ci-dessous.

5.1.1 Suivi

Sept indicateurs de suivi sont requis par FFP sur l'anthropométrie, le changement de comportement et la résilience des communautés, qui sont rapportés chaque année au niveau du bénéficiaire (**Encadré 13**). En outre, les programmes peuvent et devraient établir leurs propres indicateurs pour des processus et des rendements de programme importants qu'ils souhaitent suivre, comme la participation au programme ou le pourcentage de bénéficiaires parvenant à certains repères. Les indicateurs sont rapportés en utilisant le Standardized Annual Performance Questionnaire (Questionnaire de performances annuelles rationalisé) (SAPQ) et les Summary Request and Beneficiary Tracking Tables (Tableaux récapitulatifs des bénéficiaires et des demandes).

5.1.2 Évaluation

FFP exige que les programmes mesurent et rapportent les quatre indicateurs d'impact, deux indicateurs anthropométriques et deux indicateurs d'accès alimentaire des foyers (**Encadré 13**). Ces indicateurs ont une définition fixe et sont évalués au niveau de la population. Les programmes peuvent inclure d'autres indicateurs d'impact appropriés à leur programme. La conception de l'évaluation requise comprend une enquête de référence et une enquête d'évaluation finale. Les comparaisons avant-après devraient être fondées sur « l'adéquation du programme », ce qui signifie qu'aucun groupe de contrôle ou analyse de causalité n'est nécessaire, mais la taille de l'échantillon doit être suffisante pour déterminer si les différences entre les estimations de départ et finales sont statistiquement significatives. Les programmes devraient inclure tous les indicateurs d'impact et de résultats, selon les Directives FFP.

ENCADRÉ 12. REFERENCES POUR S-E DE PROGRAMME TITRE II

- Gilles Bergeron, Megan Deitchler, Paula Bilinsky et Anne Swindale. Février 2006. Monitoring and Evaluation Framework for Title II Development-oriented Projects. FANTA Note technique n° 10. http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN10_MEFramework.pdf
- Gilles Bergeron, Anne Swindale, Megan Deitchler et Paula Bilinsky. Mars 2006. Evaluating Title II Development-Oriented Multi-Year Assistance. FANTA Note technique n° 11. http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN11_MYAP.pdf
- Bulletins d'information Food for Peace : http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/ffpib.html
 - IBFFP 07-01 : USAID and Food for Peace Indicators and Reporting Systems
 - IBFFP 07-02 : New Reporting Requirements for Food for Peace
 - IBFFP 09-07 : Title II Awardee Reporting Requirements

ENCADRE 13. INDICATEURS S-E DE PROGRAMME TITRE II REQUIS PAR FFP

Indicateurs d'impact

Accès

1. Nombre moyen de mois d'approvisionnement adéquat en nourriture
2. Score moyen de diversité alimentaire des foyers

Utilisation

3. Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois avec insuffisance pondérale (WFA <-2 Z score)
4. Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois avec retard de croissance (taille-pour-âge [HFA] <-2 Z score)

Indicateurs de suivi

Anthropométrie

1. Indicateur anthropométrique choisi par le programme pour surveiller régulièrement l'état nutritionnel des bénéficiaires

Changement de comportement

2. Pourcentage de bénéficiaires adoptant un comportement de santé, de nutrition ou d'hygiène amélioré (choisi dans le menu FFP)
3. Pourcentage de bénéficiaires (fermiers) utilisant un nombre minimum de technologies agricoles durables défini par le projet

Résilience communautaire

4. Nombre de communautés aidées par le programme avec une infrastructure physique améliorée afin d'atténuer l'impact des chocs, mis en place suite à l'assistance du programme
5. Nombre de communautés aidées avec systèmes d'alerte précoce et de réaction aux catastrophes mis en place suite à l'assistance du programme
6. Nombre de communautés aidées avec filets de sécurité pour répondre aux besoins de leurs membres les plus vulnérables mis en place suite à l'assistance du programme
7. Nombre de communautés aidées avec capacités communautaires améliorées suite à une assistance Titre II.

REFERENCES

- Bhandari, Nita, Sarmila Mazumder, Rajiv Bahl, Jose Martines, Robert E. Black, Maharaj K. Bhan et autres membres du Groupe d'étude sur l'alimentation du nourrisson. 2004. "An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and youth in Rural Haryana, India." *Journal of Nutrition* 134: 2342-2348.
- Bhutta, Z.A., T. Ahmed, R.E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Giugliani, B.A. Haider, B. Kirkwood, S.S. Morris, H.P. Sachdev et M. Shekar. 2008. "What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival." *The Lancet* 371 (9610): 417-40 (2 février).
- Black, Robert E., Lindsay H. Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Laura E. Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers et Juan Rivera. 2008. "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences." Série *The Lancet* sur la Dénutrition maternelle et infantile. *The Lancet* 371: 243-60 (19 janvier).
- Caulfield, L.E., S.L. Huffman et E.G. Piwoz. 1999. "Interventions to improve the intake of complementary foods by infants 6-12 months of age in developing countries: Impact on growth and prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival." *Food and Nutrition Bulletin* 20: 183-200.
- Child Survival and Health Grant Program (CSHGP). 2007. *Technical Reference Materials: Behavior Change Interventions*. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.
- . 2007. *Technical Reference Materials: Quality Assurance*. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.
- Dewey, Kathryn G. et Seth Adu-Afarwuah. 2008. "Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries." *Maternal and Child Nutrition* 4: 24-85.
- Food for the Hungry. 2006. "Quality Improvement Verification Checklists." Présenté à la réunion de printemps CORE, 24-28 avril 2006, Easton, Maryland, États-Unis.
- Food and Nutrition Technical Assistance Project (Projet d'assistance technique en alimentation et nutrition) (FANTA). 2007. *Recommendations for the Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS*. Washington, DC : FANTA à FHI 360. http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/Nutrient_Requirements_HIV_Feb07.pdf.
- Groupe de travail sur le changement des comportements et social CORE. 2008. *Designing for Behavior Change Curriculum*. http://207.226.255.123/working_groups/DBC_Curriculum_Final_2008.pdf.
- Groupe de travail sur la nutrition CORE). nd. *Pathways for Selecting Appropriate Nutrition*. Version préliminaire.

- Institute of Medicine (IOM). 2005. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids*. Washington, DC : The National Academies Press.
- Lutter et al. 1990. "Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation." *American Journal of Clinical Nutrition* 51: 359-64.
- OMS. 1998. *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. Série Micronutriments de l'OMS OMS/NUT/98.4. Genève : OMS.
http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm (Consulté le 12 octobre 2009).
- OMS/FAO/UNU. 2007. *Protein and amino acid requirements in human nutrition: Report of a joint WHO/FAO/UNU expert consultation*. Série Rapport technique de l'OMS N° 935. Genève : OMS.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_935_eng.pdf.
- OMS/UNICEF. 2008. *Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: Report of proceedings, Genève, 6-9 octobre 2008*. Genève : OMS et UNICEF.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597890/en/index.html.
- Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). nd. "Intensity of food deprivation."
http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/Depth_Hunger_en.xls.
- . nd. "[Prevalence of undernourishment in total population](http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls)."
http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls.
- . nd. "Minimum dietary energy requirements."
http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/MinimumDietaryEnergyRequirement_en.xls.
- Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). 2004. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Genève : OMS.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a85622/en/index.html.
- Roy, S.K., G.J. Fuchs, Zeba Mahmud, Gulshan Ara, Sumaya Islam, Sohana Shafique, Syeda Sharmin Akter et Barnali Chakraborty. 2006. "Intensive nutrition education with or without supplementary feeding improves the nutritional status of moderately-malnourished children in Bangladesh." *Journal of Health, Population and Nutrition* 23(4): 320-30 (1er janvier).
- Ruel, Marie T., Purnima Menon, Jean-Pierre Habicht, Cornelia Loechl, Gilles Bergeron, Gretel Pelto, Mary Arimond, John Maluccio, Lesly Michaud et Bekele Hankebo. 2008. *The Lancet* 371 (9612): 588-595 (16 février).

Schroeder, D.G., R. Martorell, J.A. Rivera, M.T. Ruel et J.P. Habicht. 1995. "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation on Growth." Supplément du *Journal of Nutrition* : The INCAP Follow-Up Study. *Journal of Nutrition* 125 (Avril) (4Suppl) : 1051S-1059S.

Shrimpton, Roger, Cesar G. Victora, Mercedes de Onis, R.C. Lima, Monika Blossner et Graeme Clugston. 2001. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions." *Pediatrics* 107 (5): E75 (mai).

UNU/OMS/FAO. 2004. *Human energy requirements: Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation, Rome, 17-24 octobre 2001* : FAO.
<http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e00.HTM>

USAID. 1999. *Commodities Reference Guide*. Washington, DC : USAID.
http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm

ANNEXE A : TABLEAU RECAPITULATIF PM2A

Participants au programme	Toutes les femmes enceintes	Toutes les mères d'enfants de 0 à 5 mois	Tous les enfants de 0 à 23 mois (avec des informations spécifiques de ration pour les enfants de 6 à 23 mois)	Foyers de femmes et d'enfants participants
Pourquoi ciblés par des services PM2A ?	<ul style="list-style-type: none"> Protège la santé maternelle et l'état nutritionnel Favorise la croissance optimale de l'enfant dans l'utérus contribue à assurer un poids adéquat à la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> Protège la santé maternelle et l'état nutritionnel Permet de garantir une qualité adéquate du lait maternel 	<ul style="list-style-type: none"> Protège la croissance de l'enfant pendant une période critique du développement physique Protège la santé de l'enfant pendant une période de risque élevé d'infection et de décès 	<ul style="list-style-type: none"> Complète les disponibilités alimentaires du foyer et améliore la sécurité alimentaire du foyer Encourage la participation au programme Décourage le partage de la ration individuelle
Services PM2A de base	<ul style="list-style-type: none"> Une ration individuelle jusqu'à la naissance de l'enfant Consultations prénatales, supplémentation en micronutriments et autres services préventifs et curatifs de santé et de nutrition Services de changement des comportements 	<ul style="list-style-type: none"> Une ration individuelle jusqu'aux 6 mois de l'enfant Consultations postnatales et autres services préventifs et curatifs de santé et de nutrition Services de changement des comportements 	<ul style="list-style-type: none"> Une ration individuelle de 6 mois jusqu'à l'âge de 2 ans Services de santé et de nutrition généraux, y compris vaccination et supplémentation en micronutriments Services de changement des comportements destinés aux personnes en charge/familles/communautés 	<ul style="list-style-type: none"> Une ration pour le foyer pendant tout le temps où la femme ou l'enfant participant reçoit une ration individuelle
Conditions nécessaires pour recevoir une ration	<ul style="list-style-type: none"> Recevoir tous les examens prénataux et tous les services de santé et de nutrition disponibles recommandés par le Ministère de la Santé Participer aux services BC du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Assister aux consultations postnatales et recevoir toutes les interventions de santé et de nutrition disponibles recommandées par le Ministère de la Santé Participer aux services BC du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Recevoir toutes les interventions préventives de santé et de nutrition disponibles recommandées par le Ministère de la Santé Les personnes en charge participent aux services BC du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Appartenir au foyer d'une femme ou d'un enfant participant.

Participants au programme	Toutes les femmes enceintes	Toutes les mères d'enfants de 0 à 5 mois	Tous les enfants de 0 à 23 mois (avec des informations spécifiques de ration pour les enfants de 6 à 23 mois)	Foyers de femmes et d'enfants participants
Durée de participation au programme	<ul style="list-style-type: none"> • Du moment où la grossesse est détectée jusqu'aux 24 mois de l'enfant 			
Composition de la ration	<ul style="list-style-type: none"> • Aliments riches en nutriments et à forte densité énergétique • Aliments faciles à préparer • Produits enrichis comme de l'huile ou des céréales mélangées 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliments riches en nutriments et à forte densité énergétique • Produits enrichis • Aliments faciles à manger et à digérer pour un enfant • Aliments faciles à préparer • « Aliments pour enfants », moins susceptibles d'être partagés • Mélanges de céréales (par exemple mélange maïs-soja [CSB], mélange blé-soja [WSB]) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliments répondant aux préférences alimentaires locales • Aliments avec un coût raisonnable • Des aliments pouvant être préparés avec une technologie disponible de cuisine et de mouture • Produits enrichis dans les zones de carence en micronutriments 	
Taille de la ration	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la base de la carence moyenne pour les PLW dans un secteur de programme • Minimum : couvre les exigences en énergie et protéines accrues de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Grossesse : 360 kcal/jour, 9 g de protéine/jour pendant le second trimestre, 475 kcal/jour et 31 g de protéine/jour pendant le troisième trimestre ○ Allaitement : entre 500 et 675 kcal/jour et 19 g de protéine/jour 	<ul style="list-style-type: none"> • La ration est de la nourriture complémentaire et ne devrait pas supplanter l'allaitement maternel • Exigences alimentaires complémentaires pour les enfants allaités : <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 à 8 m : 200 kcal/jour ○ 9-11 m : 300 kcal/jour ○ 12 à 24 m : 550 kcal/jour • Besoins en protéines pour les enfants allaités : <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 à 11 m : 11 g/jour ○ 12 à 23 m : 13 g/jour • Besoins en matières grasses pour les enfants : <ul style="list-style-type: none"> ○ 30 à 45 % d'énergie totale 	<ul style="list-style-type: none"> • Basé sur la carence moyenne par membre du foyer 	

Participants au programme	Toutes les femmes enceintes	Toutes les mères d'enfants de 0 à 5 mois	Tous les enfants de 0 à 23 mois (avec des informations spécifiques de ration pour les enfants de 6 à 23 mois)	Foyers de femmes et d'enfants participants
			<p>dans l'alimentation (y compr. le lait maternel)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 à 8 mois : 0 à 34 % d'énergie de la ration issus des matières grasses ○ 9 à 11 m : 5 à 38 % d'énergie de la ration issus des matières grasses ○ 12 à 23 m : 17 à 42 % d'énergie de la ration issus des matières grasses 	