Module TROIS

L’EXTENSION COMMUNAUTAIRE

## VUE D’ENSEMBLE DU MODULE

Ce module explique pourquoi l’extension communautaire n’est pas seulement un volet de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) mais un complément indispensable de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) et de la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) et pourquoi il faut l’aborder de manière systématique bien avant de démarrer la PCMA.

L’extension communautaire n’est pas un nouveau concept au sein du secteur de la santé. Il est important d’insister sur le fait que tous les efforts possibles devront être faits pour évaluer les systèmes d’extension communautaire existants et leurs intervenants afin que l’extension communautaire pour la PCMA puisse les utiliser comme fondations et renforcer ces systèmes existants.

Les activités et méthodes proposées expliquent ce qu’est l’extension communautaire, quelles sont les barrières entravant l’accès et la fréquentation de la PCMA et quelles sont les préparations nécessaires pour arriver à atteindre les communautés avec des enfants souffrant de malnutrition aiguë. Le module revoit les éléments et les composantes de la mobilisation pour l’extension communautaire dans le but d’étendre au maximum la PCMA, de minimiser le nombre de personnes qui partent sans avoir fini le traitement (abandon) et enfin de diminuer le nombre de décès imputables à la malnutrition aiguë sévère (MAS).

Le module apporte aux participants une information, des outils et des compétences qui doivent leur permettre de planifier leurs propres activités d’extension communautaire pour la PCMA et leur donne également l’occasion de mettre en pratique ces compétences sur le terrain. Lors de la visite sur le terrain, les participants exécuteront toutes les étapes nécessaires pour mettre sur pied une stratégie et un plan d’action de l’extension communautaire.

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs d’apprentissage** | **Documents à distribuer et exercices** |
| 1. Expliquer l’importance de l’extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA. | * + Document 3.1 Principes de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA   + Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l’accès   + Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA |
| 1. Identifier les éléments clés d’un bilan communautaire | * Document 3.2 Bilan communautaire * Document 3.3 Etapes et méthodes du bilan communautaire |
| 1. Identifier les étapes clés de l’extension communautaire de la PCMA | * Document 3.4 Extension communautaire : du bilan à la stratégie * Document 3.5 Stratégie d’extension communautaire   + Document 3.6 Exemple : Qui s’occupera du dépistage communautaire ?   + Exercice 3.3 Comparaison des modèles de dépistage communautaire   + Exercice 3.4 Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l’extension communautaire |
| 1. Discuter des divers aspects à envisager lors de la formulation et de l’utilisation des messages de la PCMA | * Document 3.7 Formuler des messages simples et uniformisés de la PCMA * Document 3.8 Référence : Messages du prospectus |
| 1. Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires | * Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et la formation communautaires |
| Synthèse et évaluation du module | * Document 3.10 Eléments et séquence de l’extension communautaire de la PCMA |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Matériel  * *Community-based Therapeutic Care (CTC): a field manual* * Grande feuilles, feutres * Cartes pour l’**Exercice 3.2 Jeu de rôle : Barrières à l’accès**  prÉparation À l’avance  * Organisation de la pièce, matériel susmentionné, grandes feuilles, feutres, ruban-cache * La veille de la formation ou avant, choisir six participants qui prendront part au jeu de rôle et distribuer les cartes du jeu de rôle aux personnes choisies. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | durÉe du module : Formation de trois heures en salle de classe suivie par une visite sur place d’une journÉe Remarque : Suivant les besoins des participants, les formateurs pourront passer plus ou moins rapidement sur certains objectifs d’apprentissage et activités pédagogiques. La durée du module est une estimation du temps qu’il faudra pour atteindre les objectifs d’apprentissage et réaliser les activités de la formation. |

Objectif d’apprentissage 1 :

Expliquer l’importance de l’extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 3.1 Principes de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA, Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l’accès et la fréquentation de la PCMA et Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA** |

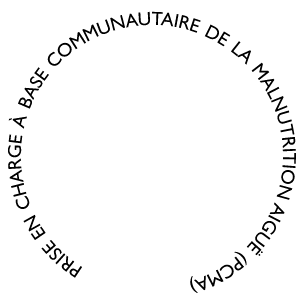
|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe et exposé participatif : Qu’est-ce que l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA ?  Si les participants ont suivi le **Module Un**, demandez-leur de former des groupes de 2 à 3 personnes et de décrire brièvement ce qu’ils savent à propos de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA. Demandez à quelques volontaires de répondre brièvement et d’apporter l’information manquante à l’aide du **Document 3.1 Principes de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA, Sections 1-3.** Soulignez l’importance des deux activités clés de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA : 1) le dépistage actif pour identifier de manière précoce les cas de MAS et faire une référence rapide, et 2) les visites de suivi à domicile pour les cas à risque. Expliquez que dans ce module de formation, nous verrons comment ces deux caractéristiques clés peuvent être vérifiées dans le cadre d’un processus en quatre étapes.  Inscrivez les quatre étapes suivantes sur une grande feuille pour pouvoir vous y reporter tout au long du module:  1. Bilan communautaire  2. Formulation de la stratégie d’extension communautaire  3. Mise au point de messages et de matériel 4. Mobilisation et formation communautaires |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Le pouvoir de l’extension communautaire.  Dessinez la **Figure 3.1** (ci-après) sur une grande feuille et revoyez les composantes de la PCMA. Demandez aux participants pourquoi l’extension communautaire entoure les autres composantes.  Comblez les lacunes dans la discussion, en faisant remarquer que l’extension communautaire vient alimenter les autres composantes et que c’est le rouage qui leur permet de bien fonctionner. L’expérience recueillie en matière de PCMA nous montre bien des fois que la PEC MAS ambulatoire sans l’extension communautaire arrive rarement à augmenter l’accès et la fréquentation de la PCMA (la couverture). Aussi, le dépistage communautaire et la référence au niveau communautaire sont-ils nécessaires pour faire en sorte que la couverture atteigne des niveaux acceptables et que la MAS soit identifiée et traitée de manière précoce, ce qui permettra d’obtenir de bons résultats cliniques et diminuera la charge de travail dans la PEC MAS hospitalière. |

**Figure 1 : Composantes centrales de la PCMA**

PrÉvention De La MALnutrition

Extension communautaire



|  |  |
| --- | --- |
|  | **Brainstorming et discussion en groupe : Obstacles à la participation à la PCMA.** Demandez aux participants de réfléchir aux obstacles auxquels peut se heurter une communauté et qui risquent d’entraver la participation à la PCMA. Inscrivez leurs réponses sur une grande fiche et complétez :  * + **Peu de connaissance** des soins de santé et de nutrition au sein de la communauté desservie   + **Mobilisation trop** ambitieuse, faisant qu’un trop grand nombre d’enfants non éligibles se sont présentés et ont été refusés   + **Les critères de référence et d’admission ne sont pas alignés :** si le périmètre brachial [PB] est utilisé pour les dépistages communautaires mais que l’admission finale sur le site se base sur l’indice du poids par rapport à la taille [le rapport P/T], certaines personnes référées seront refusées au site, cela nuira à la réputation du programme.   + Les gens ont connaissance des nouveaux soins nutritionnels mais **les traditions médico-culturelles locales ne font pas le rapprochement entre l’émaciation avancée ou les gonflements et la sous-nutrition,** car la connaissance des médicaments et traitements traditionnels est plus forte.   + Il risque d’y avoir **une stigmatisation dans la communauté ou bien l’influence des pairs ou des membres de la famille** décourage les gens à venir   + La mobilisation communautaire ou le choix du site a ignoré **les gardiens ou les dirigeants influents de la communauté**   + D’autres **soins de santé primaires** ne sont pas bien vus par la communauté (pour diverses raisons : ils n’ont pas de médicaments, les heures sont irrégulières, le personnel est débordé, les files d’attente sont longues) et si la PCMA s’installe dans un tel centre de santé, elle se donnera une image négative rien que par association.   + L’**emplacement des sites PEC MAS ambulatoire** n’est guère pratique et demande aux gens des communautés ciblées de se déplacer sur de longues distances ou alors risque de ne plus être accessible à certains moments de l’année à cause des inondations saisonnières.   + La participation est **interrompue par des modes de travail saisonniers** qui n’entrent pas dans le contrôle de la PCMA, comme les familles qui quittent un temps leur domicile pour faire les récoltes dans des champs ou fermes plus éloignés. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l’accès.** Vérifiez que les personnes qui vont participer au jeu de rôle (copie ci-dessous) ont les cartes qui ont été distribuées à l’avance (voir Préparation à l’avance). Expliquez que le jeu de rôle est une série de scènes se déroulant entre la mère et les autres acteurs. Passez cinq minutes avec tous les acteurs pour répondre aux questions qu’ils peuvent avoir et proposez diverses manières de rendre leur performance plus réaliste.Le public (c'est-à-dire les autres participants qui ne jouent pas dans le jeu de rôle) ne devrait pas être présent lorsque vous expliquez les rôles aux acteurs. On peut par contre lui demander de participer à la scène finale où il pourra jouer la foule de ceux qui viennent par curiosité et de ceux qui viennent se faire traiter au site PEC MAS ambulatoire.Après le jeu de rôle, aidez les participants à faire une liste des obstacles et à analyser le scénario :  * + Laquelle de ces barrières risque effectivement d’exister dans votre propre communauté ?   + Quels sont les facteurs entravant la participation ?   + Quelles mesures peuvent être prises pour éliminer ces barrières ? |

**Mère de la communauté :** Vous êtes la mère de cinq enfants, vivant dans une communauté qui se trouve à deux heures de marche du dispensaire public le plus proche. Votre fillette de deux ans a été malade depuis la naissance de sa petite sœur il y a six mois. Vous avez essayé de nombreux remèdes locaux mais rien ne semble l’aider à se remettre. Maintenant elle est très maigre et n’a presque plus d’énergie. Vous vous faites du souci. Vous avez entendu que des gens venaient à la maison pour mesurer le bras des enfants mais vous ne savez pas vraiment pourquoi ils le font. Vous ne croyez pas trop dans ces bénévoles car certains sont les mêmes que ceux qui sont venus l’an dernier comme « messagers de santé » et ont taraudé les gens sans fin pour qu’ils construisent des latrines. Imaginez vous qu’une famille semble-t-il a même dû payer une amende parce qu’elle a refusé de construire une latrine. Votre mari (qui est absent pour le moment) vous a bien dit de ne pas laisser rentrer ces gens dans votre concession. Lorsque le messager arrive et vous demande s’il peut voir vos enfants, vous ne savez vraiment pas quoi faire. D’une part vous ne voulez pas désobéir à votre mari mais d’autre part vous ne voulez pas fâcher le président de la communauté en refusant de laisser entrer ces émissaires. Et quand le messager vous affirme qu’il ne vient pas pour voir votre latrine, vous le laissez passer un peu à contrecœur d’ailleurs. Et pour commencer, vous ne songez même pas à lui montrer votre fillette malade.

**Bénévole nutritionnel (homme ou femme) :** Vous avez suivi une formation pour prendre les mesures du périmètre brachial des enfants, en allant de porte à porte. Vous êtes en charge de quatre communautés, y compris la vôtre. Vous n’avez pas une éducation trop poussée mais vous êtes intelligent et vous êtes respectés par les gens de votre communauté qui vous connaissent bien que vous soyez jeune. Certes, vous savez que vous êtes capable de mesurer le périmètre brachial mais vous n’avez pas encore assisté à une journée ou séance de PEC MAS ambulatoire car le poste de santé est éloigné et vous ne savez donc pas très bien ce qui se passe avec les enfants que vous référez à cet endroit. Ici, vous commencez plutôt mal car il y a quelques mois, vous avez demandé aux mères et/ou accompagnant(e)s des enfants dans vos communautés de rassembler leurs enfants en un seul endroit pour qu’ils soient vaccinés. Seulement voilà, les vaccins ne sont pas arrivés à temps et les mères ont attendu en vain. Vous avez dû prendre un second rendez-vous et certaines mères vous en veulent encore de leur avoir fait perdre toute la matinée. La mère qui se trouve devant vous semble hésiter, un peu inquiète, mais vous sentez que probablement vous pourriez la convaincre de vous laisser voir ses enfants. Une fois qu’elle vous laisse finalement entrer dans la concession, vous ne pouvez pas répondre à toutes ses questions. Aussi, vous essayez de souligner deux points importants, pour elle et son mari qui vient de rentrer : 1) vous essayez de sauver la vie des enfants les plus malades et 2) il existe un nouveau traitement pour les enfants qui souffrent de malnutrition grave et ce traitement peut être administré à la maison et la mère ou accompagnante de l’enfant n’a plus besoin de passer des semaines à l’hôpital de la ville avec l’enfant.

**Première voisine :** Vous passez la martinée dans la concession de votre amie (la mère de la communauté) quand vous voyez arriver le messager de la santé. Vous le reconnaissez ou la reconnaissez car c’est la personne qui vous a fait perdre votre matinée pour ces fameuses vaccinations et vous lui êtes ouvertement opposée. Pourquoi votre amie va-t-elle perdre son temps avec ces nouveaux soins? Et ce sont bien des collègues à lui ou à elle qui font que les gens doivent payer des amendes parce qu’ils ne veulent pas de latrines ? Quand votre amie lui montre son enfant malade, vous voyez bien que ce n’est pas un problème de sous-nutrition, la cause en est le lait maternel « qui a tourné ». Vous conseillez à votre amie d’aller chercher des racines auprès du guérisseur dans la communauté, de les faire bouillir et ensuite de baigner l’enfant dans cette eau. Mais votre amie finit par accepter d’aller au site PEC MAS ambulatoire et vous l’aidez donc en gardant ses autres enfants pour la journée et en faisant la cuisine au mari.

**Mari :** Vous rentrez chez vous pour trouver votre femme qui parle avec le messager de la santé et d’abord, cela vous agace de le trouver dans votre concession. Mais une fois que vous réalisez qu’il (ou elle) n’est pas venu pour contrôler si vous avez une latrine, vous vous détendez. A vous maintenant de choisir entre le remède traditionnel dont parle votre voisine et les conseils du messager conseillant à votre femme de se rendre au poste de santé où l’enfant peut recevoir un nouveau traitement que la mère peut rapporter à la maison. Vous n’êtes pas opposé à ce que votre femme se rende au poste de santé mais par le passé, vous avez constaté que des enfants dans cet état étaient emmenés du poste à l’hôpital du district sanitaire avec leur mère qui a dû y passer des semaines pendant que l’enfant était traité. Vous aimez beaucoup votre petite fille et vous souhaitez qu’elle aille mieux mais vous craignez également les conséquences pour votre famille. Comment la famille va-t-elle manger ? En plus c’est la saison où il faut nettoyer et désherber les champs et si votre femme s’absente de chez elle, pour aller au poste de santé, la récolte risque d’être moins bonne. Vous aimeriez qu’on vous rassure et qu’on vous dise qu’elle reviendra bien vite à la maison.

**Seconde voisine (sur la route du retour) :** Vous revenez du site PEC MAS ambulatoire et vous êtes plutôt de mauvaise humeur. Hier, on vous a demandé d’assister à un dépistage dans votre communauté. Vous avez attendu toute la matinée sous le soleil pendant que les enfants étaient mesurés. Votre enfant a été référé au site PEC MAS ambulatoire. Mais aujourd’hui, alors que vous avez marché plus d’une heure pour aller au poste de santé, l’agent de santé a mesuré à nouveau l’enfant et a refusé de l’admettre. Vous et plusieurs autres mères, vous avez attendu pour parler au chef du poste car vous pensez que les mesureurs ont triché. Après tout vous êtes venu avec une note ! Le programme a pris toute la journée, le personnel de santé était débordé et à bout de nerfs et la foule se faisait de plus en plus pressante. Aussi vous êtes reparties chez vous sans présenter votre plainte. Sur le chemin du retour, vous rencontrez une femme de la communauté voisine (mère de la communauté) qui vous dit qu’elle a été référée au même programme. Vous lui racontez votre histoire en lui conseillant avec amertume de ne pas perdre son temps.

**Infirmière de la PEC MAS ambulatoire :** Vous avez passé toute votre matinée à examiner les enfants dans le cadre de ces nouveaux soins. Vous êtes bien contente qu’il existe finalement un traitement efficace pour les enfants avec malnutrition aiguë mais les choses ne peuvent pas continuer ainsi d’une manière aussi désorganisée. Les gens se trouvent partout dans le poste de santé demandant nourriture et assistance. Après tout, ce n’est pas la place du marché ici. Vous êtes infirmière mais de plus en plus on vous demande de gérer une opération d’approvisionnement alimentaire. Tant de stress vous rend irritable surtout quand vous voyez les mères revenir exprès dans la file d’attente alors qu’elles viennent d’être rejetées il y a quelques minutes. Tiens en voila une (mère de la communauté) qui essaye de s’infiltrer dans la ligne pour accéder la PEC MAS ambulatoire sans même aller d’abord dans la ligne du dépistage. Non vraiment ! L’irritation monte en vous et sur un ton mauvais, vous lui dites de s’en aller. La foule s’en mêle. Alors que vous revenez vous occuper de l’enfant qui se trouve devant vous, la dernière image que vous voyez est celle de la mère entourée de gens qui lui crient des conseils tous plus contradictoires les uns que les autres.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Groupes de travail : Surmonter les obstacles à l’extension communautaire.** Divisez les participants en groupes de travail et demandez-leur de se reporter à l’Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA. Faites remarquer qu’il présente un récapitulatif de certains des obstacles dont nous venons de parler. Demandez aux groupes de travail de réfléchir aux types de personnes qui devraient participer à la planification de l’extension communautaire pour venir à bout de ces obstacles et quelles sont les mesures qu’il faudrait prendre à ce niveau. Discutez-en. Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.1** pour lecture supplémentaire. |

Objectif d’apprentissage 2 :

Identifier les éléments clés d’un bilan communautaire

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Prendre connaissance du **Document 3.2 Bilans communautaires** et **Document 3.3 Etapes et méthodes du bilan communautaire**.  >>**Etape un : Bilan communautaire**  Etape deux : Formulation de la stratégie d’extension communautaire  Etape trois : Mise au point de messages et de matériel  Etape quatre : Mobilisation et formation communautaires |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Le rôle du bilan communautaire. Indiquez aux participants que c’est la première étape dans la préparation pour l’extension communautaire de la PCMA. En plénière, demandez aux participants pourquoi il est important de faire un bilan communautaire, quelles informations doivent être recueillies et comment elles seront utilisées. Comblez les lacunes dans la discussion en faisant remarquer que :   * Le bilan est l’occasion d’envisager la participation communautaire, l’accès et la fréquentation de la PCMA (la couverture), d’une manière systématique et dans un contexte de mise en œuvre spécifique. * Pour supprimer le mieux possible les barrières à la participation, le bilan communautaire doit montrer comment la communauté est organisée, comment les gens voient la sous-nutrition, comment les nouveaux soins seront probablement reçus et comment la communauté peut mieux soutenir le volet extension. * Le bilan communautaire doit être utilisé comme une occasion d’identifier et de reconnaître les limites de la connaissance que le personnel peut avoir de la communauté locale. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Exposé participatif : En quoi consistent les bilans communautaires.**Revoyez le contenu sur le Document 3.2 Bilans communautaires, section B en indiquant les deux grandes questions auxquelles doivent répondre les bilans communautaires : 1) qu’est-ce qui risque d’influencer la demande pour la PCMA au niveau local, et 2) comment l’extension communautaire peut-elle être organisée (offre) pour répondre le plus efficacement possible à cette demande ? |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Méthodes de bilan communautaire. Divisez les participants en groupes de travail de quatre ou cinq. Demandez-leur de se reporter au **Document 3.2 Section B.** Demandez-leur de penser à leurs propres communautés et aux facteurs les plus pertinents qui influencent la demande chez eux. Rappelez-leur que le bilan est l’occasion d’identifier et de reconnaître les limites dans la connaissance que le personnel a de la communauté. Demandez-leur à qui il faudrait demander dans la communauté quels sont les facteurs influençant la demande. Demandez à un groupe de faire le compte rendu en plénière.  Demandez aux mêmes groupes de réfléchir à l’aspect «offre » et essayez de répondre aux questions dans le **Document 3.2, Section C.** Comme pour l’aspect « demande », demandez quelles sont les personnes dans la communauté qui peuvent vous aider à répondre à ces questions. Demandez à un autre groupe de faire le compte rendu en plénière.  Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.3 Etapes et méthodes de bilan communautaire.** Revoyez en plénière et discutez des différences entre leurs réponses aux étapes du bilan et celles figurant sur le document. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Méthodes de bilan communautaire. En vous reportant t à nouveau au **Document 3.3**, attirez l’attention des participants sur le fait que :   * Les méthodes de bilan varient mais elles sont qualitatives du style Evaluation Rurale Rapide (ERR) ou Estimation Rurale Participative (ERP). * Il faut évaluer l’accès et la fréquentation à l’information secondaire pertinente. * L’objectif consiste à générer rapidement des informations concrètes et non à produire un long rapport. * Les étapes et les méthodes dans le **Document 3.3** constituent le minimum recommandé qui peut ensuite être augmenté si on dispose de ressources supplémentaires. |

Objectif d’apprentissage 3 :

Identifier les étapes clés de la formulation d’une stratégie d’extension de la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Prendre connaissance du Document 3.4 Extension communautaire : Du bilan à la stratégie, Document 3.5 Stratégie d’extension communautaire, Document 3.6 : Choix des personnes qui seront chargées du **dépistage communautaire**, Exercice 3.3 Comparaison des modèles de dépistage, et Exercice 3.4 Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l’extension communautaire    Etape un : Bilan communautaire  **>>Etape deux : Formulation de la stratégie d’extension communautaire**  Etape trois : Mise au point de messages et de matériel  Etape quatre: Mobilisation et formation communautaires |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Brainstorming : Points clés des bilans communautaires. Indiquez aux participants que la formulation d’une stratégie d’extension est la seconde étape dans la préparation de la stratégie d’extension communautaire de la PCMA. Demandez aux participants de récapituler certains des points clés obtenus à partir du bilan communautaire et qui pourraient former la base de la stratégie d’extension. Voici des réponses possibles :     * Les objectifs et la nature de la PCMA : court terme ou long terme ; aidée par une organisation non gouvernementale (ONG) ou gérée par le Ministère de la Santé (MS) ; intégrée, temporaire ou indépendante. * Conditions favorables et barrières influençant la participation (la demande) dans la communauté. * Ressources et capacités influençant la disponibilité des soins (l’offre), surtout en ce qui concerne l’extension communautaire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Du bilan communautaire à la stratégie. Divisez les participants en quatre groupes de travail. Dites-leur que vous allez expliquer quatre conclusions différentes d’un bilan communautaire en Ethiopie et que vous souhaitez que chaque groupe discute d’une de ces conclusions en voyant comment la stratégie de l’extension communautaire pourrait traiter cet aspect.   * + 1. Sur le plan local, on attribue diverses causes au gonflement et à l’émaciation. Elles ne sont pas toutes liées à l’alimentation. Les causes sont attribuées à l’allaitement pendant la grossesse, à l’exposition du bébé à la lumière directe du soleil, aux mauvais esprits et au mécontentement des ancêtres.     2. Les familles ayant des enfants malades se tournent souvent d’abord vers l’église ou la mosquée pour emprunter de l’argent pour le traitement.     3. Personne dans la communauté ne comprend bien la relation entre la PCMA proposée et le dépistage anthropométrique qui la précède pour évaluer les rations alimentaires     4. Un groupe d’agents de santé communautaire (ASC) ou des bénévoles font déjà des visites à domicile pour l’éducation sanitaire. Seules les ASC qui savent lire et écrire reçoivent une formation régulière.   Demandez à chaque groupe de travail de faire le compte rendu de leurs commentaires et de discuter ensemble. Demandez aux participants de se reporter au Document 3.4 Extension communautaire : de l’évaluation à la stratégie et de comparer les « implications pour la stratégie » trouvées dans la seconde colonne avec les réponses du groupe de travail. Discutez et comblez les lacunes. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif et brainstorming : Méthodes de dépistage. Expliquez aux participants que l’aspect le plus important d’une stratégie d’extension communautaire est probablement la manière dont sera réalisé le dépistage communautaire.  Définissez les trois modèles trouvés de dépistage communautaire dans le Document 3.5 Stratégie d’extension communautaire :   * Dépistage par la recherche des cas en porte à porte * Dépistage par la recherche des cas dans la communauté * Dépistage passif   Demandez aux participants de décrire certains facteurs favorisant le choix du modèle (ou la séquence ou combinaison). Voici quelques réponses possibles: degré de MAS dans la communauté, connaissance des signes de la MAS au sein de la communauté, accessibilité et dispersion des maisons, réseaux existants d’ASC et leur charge de travail, temps et ressources disponibles pour la formation et l’extension, caractère permanent ou temporaire du dépistage communautaire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pratique : Déterminer les méthodes du dépistage communautaire.  Alors que les participants travaillent toujours en groupe, demandez-leur de se reporter à l’Exercice 3.3 Comparaisons des modèles de dépistage communautaire. En prenant les trois modèles de dépistage communautaire en séquence, demandez aux groupes de discuter des catégories et de remplir la matrice. Rappelez-leur certains des facteurs susmentionnés et, si nécessaire, démarrez la discussion en demandant lesquels des modèles conviennent au début et lesquels sont plus pertinents pour les phases ultérieures. En discutant des réponses, faites remarquer qu’il n’existe pas de « réponse juste » pour chaque situation. La leçon la plus importante qui est tirée de cet exercice est la suivante : un grand nombre des décisions sont des compromis faisant l’équilibre entre le côté pratique pour les membres communautaires et le côté pratique pour les agents de santé. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Choix des personnes qui seront chargées du dépistage communautaire. Indiquez aux participants qu’une fois la décision prise quant au type de dépistage communautaire à utiliser, l’équipe devra déterminer qui peut entreprendre le plus facilement ce travail. Dans certains contextes, les options sont très limitées et le choix est évident. S’il existe plusieurs options disponibles, il est utile d’envisager systématiquement les forces et les faiblesses de chacune afin d’arriver au meilleur équilibre ou compromis possible.  Demandez aux participants de consulter le Document 3.6. **Qui s’occupera de la recherche des cas en porte-à-porte**. L’exemple vient d’Ethiopie . La matrice classe les candidats pour le dépistage communautaire au moyen d’une simple échelle avec trois caractéristiques : X est la partie la plus basse de l’échelle et XXX la partie la plus élevée. La conclusion à laquelle on est arrivé dans ce cas, c’est que les trois types d’ASC avaient des traits en leur faveur mais que seul l’animateur sanitaire pouvait réaliser les visites à domicile et accepter un surcroît de travail. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Exercice 3.3 Comparaison des modÈles de dÉpistagecommunautaire (avec rÉponses)  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Modèle** | **Convient pour** | **Forces** | **Faiblesses** | | **Recherche de cas en porte à porte** | **Le démarrage et la suite**  Situations où la meilleure manière d’annoncer les nouveaux soins consiste aussi à aller de porte à porte pour identifier des cas de malnutrition  Situations où des ASC ou bénévoles sont facilement disponibles  Situations où la fragmentation sociale ou d’autres facteurs empêchent les ménages de se rassembler pour un dépistage communautaire | Permet de trouver plus facilement des cas « cachés » à la maison à cause de la stigmatisation, d’un diagnostic erroné ou d’autres facteurs. | Demande un nombre bien plus important d’ASC ou de bénévoles formés  Risque d’être difficile à maintenir dans le long terme  Les mesures du PB prises par les ASC ou les bénévoles risquent de ne pas toujours être exactes sans formation de haute qualité.  Si les visites sont trop fréquentes, la recherche de cas devient une intrusion dans la vie familiale. | | **Recherche de cas dans la communauté (continue ou de pointe)** | **Le démarrage et la suite**  Situations où les familles emmènent déjà les enfants à un endroit central pour d’autres soins de santé (vaccinations, PEC MAM) et communautaire (marché, funérailles).  Communautés où la distance entre les ménages fait qu’il est difficile de faire des visites à domicile  Situations où les ASC ou bénévoles pour faire du porte à porte ne peuvent pas être recrutés aisément.  Situations où probablement les gens n’auront pas honte à présenter en public un enfant avec une malnutrition grave. | Moins d’effort pour les agents d’extension que dans le cas de dépistage de porte à porte  Moins de personnes nécessaires que pour le porte à porte, on peut donc insister lors de la formation sur l’apprentissage de la mesure du PB par un nombre moins élevé de participants à la formation. | Le rassemblement d’un trop grand nombre de ménages dans un seul endroit crée de la confusion et représente une perte de temps pour les familles.  Risque de reproduire les modes d’accès existants, convenant aux familles qui sont déjà bien desservies alors que les plus marginalisées restent chez elles .  Les ASC ou les bénévoles ne peuvent pas venir sans être annoncés. Les gens doivent être mis au courant de l’arrivée des équipes de dépistage et cela exige une planification à l’avance et par la suite, il est important de s’y tenir. | | **Recherche de cas passive** | **Après le démarrage,**  surtout dans les contextes où la prévalence de la MAS est faible  Peut être utilisée en combinaison avec le dépistage communautaire périodique  N’est pas encore très utilisée pour la PCMA | Les ressources sont ciblées vers ceux qui sont les plus susceptibles de rencontrer des enfants malnutris alors que le reste de la communauté n’a pas besoin de supporter une mobilisation style campagne qui risque de lui faire perdre son temps. | Utiliser n’importe quel candidat en se rappelant que certaines personnes qui conviennent bien à ce rôle de dépistage passif n’ont pas toujours de bonnes relations de travail avec le système de santé du MS ce qui fait que les références vers la PCMA ne sont pas fiables, par exemple, les gardiens pu les dirigeants influents de la communauté (les dirigeants traditionnels et religieux, les guérisseurs, les accoucheuses) ou encore le personnel d’une clinique privée. | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pratique : Choix des personnes pour le dépistage communautaire.Répartissez les participants en groupes selon leurs districts sanitaires et demandez à chaque groupe de remplir sa propre matrice en utilisant **L’exercice 3.4 : Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l’extension communautaire**,en fonction des ASC et des bénévoles locaux. Demandez-leur de faire une liste et d’envisager les avantages et les qualités de trois catégories au moins de candidats :   * 1. Agents communautaires : ASC, distributeurs/éducateurs communautaires de la planification familiale, bénévoles, bénévoles de soins à domicile, distributeurs de la vitamine A   2. Autres agents : agents de la vulgarisation agricole, agents responsable du bien-être social, agents des projets des ONG   3. Personnalités communautaires : enseignants, prêtres ou catéchistes, enseignants des lycées, leaders culturels, guérisseurs traditionnels |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Exposé participatif : Assurer le suivi des cas à risque**. Les visites à domicile ne sont demandées que pour les cas à risque, et non pour la majorité des cas de PEC MAS ambulatoire, et par conséquent, les cas qui ne représentent pas de problèmes peuvent être aisément négligés. Rappelez aux participants qu’il n’en reste pas moins important de tenir compte de ces cas. Tout comme les dispositions pour le dépistage, les plans pour les visites à domicile devraient être faits avant que les premiers cas de PEC MAS ambulatoire n’arrivent. Le personnel disponible pour les visites à domicile varie d’un site PEC MAS ambulatoire à un autre et il est donc impossible d’avoir une « modèle unique » qui conviendrait à tous. De fait, les responsabilités doivent être décidées séparément pour chaque site. |

Objectif d’apprentissage 4 :

Quels sont les aspects à envisager pour la formulation et l’utilisation des messages de la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Prendre connaissance de l’**Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l’accès et la fréquentation de la PCMA** et du Document 3.7 Mise au point de messages et de matériel uniformisés pour la PCMA et du Document 3.8 Référence : Messages du prospectus.  Etape un : Bilan communautaire  Etape deux : Formulation de la stratégie d’extension communautaire  >>Etape trois : Mise au point de messages et de matériel  Etape quatre : Mobilisation et formation communautaires |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Importance de messages PCMA uniformisés  Rappelez aux participants que la formulation des messages et la mise au point du matériel représente la troisième étape dans la préparation pour l’extension communautaire de la PCMA. En plénière, expliquez que les messages les plus importants sont des messages simples et uniformisés décrivant le programme lui-même. Demandez aux participants de décrire pourquoi c’est important. Rappelez-leur l’Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l’accès. Voici des réponses possibles :   * Expliquer clairement comment les soins sont proposés et à qui * S’assurer que la communauté dispose d’une information exacte et non pas de rumeurs qui peuvent nuire à la participation communautaire ainsi qu’à l’accès et la fréquentation de la PCMA * Faciliter la diffusion de l’information par la bouche à oreille |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Brainstorming : Formuler des messages uniformisés de la PCMA.  Demandez aux participants de réfléchir à l’information essentielle (quoi ? comment ? qui ? où ? quand ?) qu’ils doivent diffuser pour s’assurer que la communauté comprend bien en quoi consiste la PCMA. Marquez les réponses sur une grande fiche, et comblez les lacunes en puisant dans le contenu du **Document 3.7 Formuler des messages simples et uniformisés de la PCMA, Section A.** Soulignez l’importance d’utiliser des messages clés pour répondre aux préoccupations et aux problèmes soulevés par le bilan communautaire. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Mettre au point et utiliser des prospectus.  Décrivez le processus de création d’un prospectus à partir des messages uniformisés sur la PCMA (simplifier les messages, traduire dans les langues locales, traduire à nouveau dans la langue originale pour vérifier, photocopier, diffuser et corriger les conceptions erronées une fois les prospectus distribués et corriger le cas échéant). Demandez aux participants de travailler en groupes de trois à quatre et de réfléchir aux différents endroits et publics où les prospectus pourraient être diffusés dans la communauté. Demandez-leur également de réfléchir à leurs propres conditions locales et de voir comment le prospectus pourrait être utilisé pour communiquer par le biais de la radio, des systèmes de discours publics etc. Discutez-en et demandez aux participants de se reporter au **Document 3.7 Section B** et **au Document 3.8 Référence : Messages du prospectus.** Comparez les réponses. |

Objectif d’apprentissage 5 :

Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATEUR : Prendre connaissance du Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et de la formation communautaires.  Etape un : Bilan communautaire  Etape deux : Formulation de la stratégie d’extension communautaire  Etape trios : Mise au point de messages et de matériel  >>**Etape quatre : Mobilisation et formation communautaires** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Exposé participatif : Préparations pour la mobilisation et la formation communautaires. Demandez aux participants de se reporter au **Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et de la formation communautaires**, en leur rappelant qu’il s’agit de la quatrième étape de la préparation pour l’extension communautaire de la PCMA. Faites l’ébauche des quatre grandes actions qui entrent dans la mobilisation et la formation communautaires :   * Etablir des communications fiables entre les agents de santé et la communauté * Aider les communautés à choisir les agents d’extension si c’est nécessaire * Former les agents d’extension (ASC ou bénévoles) pour qu’ils puissent faire le dépistage * Engager les partenaires de la société civile   Pour chacune des actions clés, demandez aux participants pourquoi l’action est importante en utilisant le contenu dans la deuxième colonne (« pourquoi ? ») du **Document 3.9** comme guide de la discussion. Ensuite, décrivez les éléments de la colonne trois (« comment ? ») Et répondez aux questions. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Utiliser la mobilisation et la formation pour intégrer la communication pour le changement de comportement (CCC) de la PCMA**.** Expliquez aux participants qu’en recherchant des facteurs causatifs des taux de prévalence de la MAS, les agents de santé de la PCMA pourraient trouver moyen d’introduire ou de renforcer les messages préventifs dans les tâches de routine de la PCMA. Demandez aux participants de former des groupes de travail de trois ou quatre personnes et de discuter des différentes manières dont les activités de la mobilisation et de la formation communautaires pourraient être élargies et utilisées pour identifier les messages pertinents sur le changement de comportement, accéder à l’information, l’éducation et la communication (IEC) ainsi qu’aux outils de la CCC et créer un mécanisme pour les diffuser.  En voici des exemples :   * Une fois la PCMA établie, les agents de santé de la PCMA pourraient parler avec les agents d’extension pour discuter les principales causes sous-jacentes des admissions de la MAS jusqu’à présent. * L’équipe de gestion sanitaire du district sanitaire, les comités de gestion, les organismes d’exécution intervenant dans la région et les structures sanitaires locales ont probablement accès à toute une gamme de matériel de CCC et d’IEC sur divers facteurs contribuant à la MAS (aliments de sevrage, allaitement maternel exclusif, variété alimentaire) * Les agents d’extension qui réalisent le dépistage et prennent le PB au niveau de la communauté ou du foyer pourraient recevoir une simple formation portant sur la prise en charge de la diarrhée afin de pouvoir répondre aux questions qu’on leur pose lors de leurs visites dans la communauté. Ou encore, les agents de santé de la PEC MAS ambulatoire pourraient parler aux mères de la planification familiale lors des visites pour la PCMA. |

SynthÈse et Évaluation du module

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Méthode proposée : Revoir les objectifs d’apprentissage et remplir la fiche d’évaluation**   * Revoyez les objectifs d’apprentissage du module. Ce module traite des éléments suivants :   1. L’importance de l’extension communautaire pour les résultats de la PCMA   2. Les obstacles qui peuvent entraver la participation communautaire à la PCMA   3. Les champs d’enquête qui composent le bilan communautaire   4. Les étapes pour passer du bilan à la stratégie   5. Pourquoi il est important de simplifier et d’uniformiser les messages de la PCMA   6. Les principales étapes à suivre pour démarrer une extension communautaire active de la PCMA * Demandez aux participants s’ils ont des questions et du feedback sur le module. * Demandez-leur de se reporter au Document 3.10 Eléments et séquence de l’extension communautaire de la PCMA. * Rappelez aux participants qu’ils auront l’occasion de rencontrer des dirigeants influents de la communauté, des ASC, des bénévoles et des mères et/ou accompagnant(e)s des enfants lors de la visite sur le terrain pour l’extension communautaire. * Demandez aux participants de remplir la fiche d’évaluation du module. |

VISITE SUR LE TERRAIN POUR L’EXTENSION COMMUNAUTAIRE

La visite sur le terrain est l’occasion pour les participants de s’exercer à réaliser les étapes nécessaires pour mettre au point une stratégie et un plan d’action de l’extension communautaire. Lors de la visite sur le terrain, les participants organiseront des entretiens avec un des quatre groupes suivants : dirigeants influents de la communauté, ASC, bénévoles, un groupe de jeunes mères et accompagnant(e)s des enfants et un groupe de mères et accompagnant(e)s des enfants plus âgés y compris les grand-mères. Les participants consolideront ensuite les résultats des entretiens, formuleront un prospectus (avec les messages à communiquer) et commenceront à concevoir une stratégie d’extension communautaire et un plan d’action.

Il peut être difficile de faire une pratique des activités réalistes d’extension communautaire dans une région où la PCMA est déjà fournie. La visite se fait idéalement dans un endroit qui n’est pas desservi par la PCMA.

Les préparations consistent à rencontrer les dirigeants influents de la communauté pour organiser les entretiens, à choisir les membres communautaires pour les entretiens de groupe, à trouver des traducteurs, à prendre les dispositions nécessaires pour les transports et à formuler de simples guides d’entretien (listes de questions). Les formateurs devront utiliser des contacts dans la communauté pour prendre ces dispositions.

Le temps accordé à cette visite sur le terrain ne représente qu’une fraction du temps nécessaire pour couvrir tous les aspects de l’extension communautaire. Cette visite en particulier insiste sur l’évaluation communautaire, la stratégie et le matériel.

Ces remarques ébauchent les activités à réaliser pendant la visite. Elles ne remplacent pas les aides techniques de la recherche qualitative comme les techniques de groupe de discussions ni les connaissances et compétences du formateur. C’est à celui-ci de juger en fonction du contexte local pour adapter le contenu du module. Il ou elle attire l’attention des participants sur les normes culturelles ou communautaires pour qu’ils puissent les respecter (par exemple, la manière de s’habiller ou de se présenter).

| **Activités de visite sur le terrain** | **Document à emporter** |
| --- | --- |
| 1. S’exercer à faire des entretiens communautaires | * + Guide d’entretien mis au point et fourni par le formateur   + Document 3.4 Extension communautaire : de l’évaluation à la stratégie   + Document 3.8 Référence : Messages du prospectus   + Document 3.11 Liste de vérification pour la visite de terrain |
| 1. Consolider les résultats des entretiens |
| 1. S’exercer à rédiger un prospectus |
| 1. S’exercer à formuler une stratégie et un plan d’action de l’extension communautaire |

|  |  |
| --- | --- |
|  | MatÉriel  * Cahier  PrÉparation À l’avance  * Une semaine à l’avance, prenez les dispositions avec les dirigeants influents de deux communautés pour organiser huit réunions de deux heures dans les communautés. Quatre réunions seront organisées simultanément dans chaque communauté. Il vaudrait mieux que les deux communautés soient très différentes l’une de l’autre (du point de vue environnement, ethnie et accessibilité) bien que cela dépende du niveau d’homogénéité et de la disponibilité des ressources, surtout des moyens de transport. * Conseils :   + Expliquez aux dirigeants influents de la communauté que le but des réunions est d’apprendre à des agents santé à faire des consultations dans la communauté et à ce propos, ils poseront des questions sur les pratiques nutritionnelles.   + Choisissez sept personnes pour chaque groupe communautaire.   + Les groupes des mères et/ou accompagnants des enfants devront si possible regrouper des personnes venant de différentes parties de la communauté mais qui sont à l’aise pour s’entretenir et parler ensemble. Il ne faudrait pas que les groupes soient dominés par une seule personne.   + Les entretiens doivent se dérouler dans un endroit où les gens ne seront pas dérangés par des passants curieux. Point besoin que cela se fasse à l’intérieur. Il faut également éviter un endroit connecté avec une force puissante comme le conseil municipal ou l’église/mosquée.   + Les sites des entretiens dans chaque communauté devront être suffisamment éloignés pour ne pas se déranger mutuellement tout en laissant le formateur circuler entre eux.     - Lorsque vous prenez les dispositions pour les sites, n’oubliez pas de demander des traducteurs pour chacun des groupes car les participants ne parlent pas toujours la langue locale. Ce n’est pas toujours facile car une bonne traduction dépend autant du tempérament que de la compétence linguistique. Il suffira d’ailleurs que les traducteurs parlent et lisent le français. Point besoin d’utiliser des traducteurs professionnels ou des personnes qui ont une maîtrise plus avancée en français écrit.     - Un ou deux jours à l’avance, les formateurs feront à nouveau le tour du contenu du Module 3, surtout les sections se rapportant au bilan communautaire, à la formulation d’une stratégie d’extension communautaire et à la mise au point de messages et de matériel.     - Un ou deux jours à l’avance, les formateurs mettront au point trois guides d’entretien simples (listes des questions) couvrant des questions pour les dirigeants influents de la communauté, les ASC et les bénévoles ainsi que pour les deux groupes de mères et/ou accompagnants des enfants. Les formateurs devront adapter les questions aux contextes locaux. * La veille de la pratique, affectez chaque participant à un des huit groupes. Demandez aux participants de choisir deux modérateurs et un rapporteur pour chaque groupe. Distribuez les guides d’entretien et demandez aux participants de les revoir et de prendre connaissance du contenu avant les entretiens. Demandez aux modérateurs/interviewers de décider des questions que chacun posera. Vérifiez que les rapporteurs ont les cahiers pour noter la discussion.   + - La veille, vérifiez que les moyens de transport sont disponibles et envoyez un message à la communauté pour confirmer l’heure d’arrivée de l’équipe. Il serait bon que vous vous rendiez dans les communautés pour vérifier que toutes les dispositions pour les entretiens avec les groupes sont en place et répondre aux questions que pourraient avoir les membres communautaires. |

ActivitÉ 1 de la visite sur le terrain :

Pratique des entretiens communautaires

|  |  |
| --- | --- |
|  | Petits groupes de travail : **Faire des entretiens avec les dirigeants influents de la communauté, les ASC et les bénévoles, les mères et accompagnants jeunes et les mères et accompagnantes plus âgées, y compris les grands-mères. Les entretiens seront faits à l’aide des guides mis au point par les formateurs.**  Formez de petits groupes de travail avec un modérateur et un rapporteur.   * Transportez les participants dans les deux communautés. * Remerciez les dirigeants influents de la communauté de permettre cette occasion d’apprentissage et ensuite demandez aux participants d’aller rejoindre le groupe auquel ils ont été affectés. * Dans chaque communauté, un formateur au moins circule entre les groupes d’entretien, notant les progrès et aidant à résoudre les problèmes ou le manque de compréhension. * Dans chaque groupe, demandez aux deux modérateurs désignés de travailler à tour de rôle pour poser les questions et gérer l’entretien. * Après l’entretien, le rapporteur devrait voir si certains points ont besoin être clarifiés. Une fois que les personnes interviewées sont parties, le rapporteur complète les notes du groupe avec l’aide des autres participants. * Se reporter au **Document 3.11 Liste de vérification de l’équipe pour la visite d’extension communautaire sur le terrain** |

ActivitÉ 2 de la visite sur le terrain :

Consolider les résultats des entretiens

|  |  |
| --- | --- |
|  | Présentation des groupes de travail, feedback/discussion : Consolider et présenter les résultats   * Demandez aux groupes de participants de consolider les résultats de chaque groupe communautaire qu’ils ont interviewé à l’aide des questions des guides d’entretien et de la session de bilan communautaire de ce module. * Demandez à chaque groupe de présenter ses résultats et de les inscrire sur une grande fiche. Aidez à faire ressortir les idées principales des présentations des groupes. L’information est triangulée. * Demandez aux participants de discuter de leurs expériences en ce qui concerne les entretiens. Faites une évaluation en fonction de l’observation des entretiens. * Guidez les participants tout au long d’un processus de révision des guides d’entretien, en soulignant que la discipline de la révision quotidienne en fonction du nouvel éclairage de ce qu’ils ont appris représente une partie importante du bilan. * Insistez sur le fait que les nouvelles connaissances tirées des premiers entretiens restent préliminaires. Normalement, une telle enquête est faite pour chaque groupe de sites PEC MAS ambulatoire. * Faites une courte liste des nouvelles connaissances et perceptions qui se sont présentées pour guider la discussion de la stratégie. * Se reporter au **Document 3.11 Liste de vérification de l’équipe pour la visite d’extension communautaire sur le terrain**. |

ActivitÉ 3 de la visite sur le terrain :

Mettre au point un prospectus

|  |  |
| --- | --- |
|  | Groupes de travail : Mettre au point un prospectus  * Formez cinq groupes de travail. * Utilisez le Document 3.8 Référence : Messages du prospectus comme exemple et demandez à chaque groupe de travailler en plusieurs étapes dont : discuter et se mettre d’accord sur les principaux messages, récapituler les points importants, écrire le texte en phrases complètes et se mettre d’accord sur la formulation et les termes puis condenser le texte dans son langage le plus simple possible pour un brouillon « final. » * Si le temps le permet, les formateurs peuvent demander aux traducteurs (deux par groupe) de traduire le prospectus dans la langue des utilisateurs locaux de la PCMA. Les deux traducteurs devront le faire indépendamment, comparer leurs versions et discuter des différences avec les participants pour choisir la version la plus exacte. * Demandez aux groupes de partager leurs prospectus. * Discutez en plénière. |

ActivitÉ 4 de la visite sur le terrain :

Pratique de l’élaboration d’une stratégie et d’un plan d’action pour l’extension communautaire

|  |  |
| --- | --- |
|  | Discussion en groupe : Stratégie et plan d’action pour l’extension communautaire   * En utilisant le Document 3.4 Extension communautaire : Du bilan à la stratégie comme modèle, aidez les participants à revoir les connaissances tirées des entretiens qui étayent les conclusions pour la stratégie. Insistez sur le fait que les conclusions doivent être pratiques et réalistes. * Structurez la discussion en demandant aux participants d’envisager au moins les points suivants : quelle est la durée appropriée de l’extension communautaire, combien de temps faut-il pour le dépistage communautaire et quel modèle utiliser, quels sont les avantages et les inconvénients des réseaux existants de ASC ou de bénévoles et quelle devrait être la participation de la société civile et des autres partenaires en dehors du système de santé. Si vous avez le temps, vous pouvez traiter certaines questions stratégiques en groupes plus petits et comparer les conclusions des groupes. * Récapitulez la stratégie qui commence à prendre forme avec les points importants sur la grande feuille, en passant en revue les idées principales du bilan qui ont étoffé les conclusions. * Demandez aux participants de structurer les plans d’action le long de l’axe suivant : forger une relation continue avec la communauté, aider la communauté à choisir les agents d’extension, former des bénévoles pour réaliser le dépistage et engager des partenaires de la société civile. * Au vu des connaissances qu’ils ont acquises sur la communauté, demandez aux participants comment ils répartiraient le temps pour les différentes activités de mobilisation. |

Module TROIS

LES DOCUMENTS POUR L’EXTENSION COMMUNAUTAIRE

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs d’apprentissage** | **Documents à distribuer et exercices** |
| 1. Expliquer l’importance de l’extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA. | * + Document 3.1 Principes de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA   + Exercice 3.1 Jeu de rôle sur les barrières à l’accès   + Exercice 3.2 Surmonter les obstacles entravant la participation communautaire à la PCMA |
| 1. Identifier les éléments clés d’un bilan communautaire | * Document 3.2 Bilan communautaire * Document 3.3 Etapes et méthodes du bilan communautaire |
| 1. Identifier les étapes clés de l’extension communautaire de la PCMA | * Document 3.4 Extension communautaire : du bilan à la stratégie * Document 3.5 Stratégie d’extension communautaire   + Document 3.6 Exemple : Qui s’occupera du dépistage communautaire ?   + Exercice 3.3 Comparaison des modèles de dépistage communautaire   + Exercice 3.4 Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l’extension communautaire |
| 1. Discuter des divers aspects à envisager lors de la formulation et de l’utilisation des messages de la PCMA | * Document 3.7 Formuler des messages simples et uniformisés de la PCMA * Document 3.8 Référence : Messages du prospectus |
| 1. Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires | * Document 3.9 Actions clés de la mobilisation et la formation communautaires |
| Synthèse et évaluation du module | * Document 3.10 Eléments et séquence de l’extension communautaire de la PCMA |

DOCUMENT 3.1

Principes de l’extension communautaire dans le contexte de la PCMA

L’extension communautaire est un volet essentiel de la Prise en charge de la malnutrition aiguë (PCMA) également pour la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière), de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire), et de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (PEC MAM).

C’est grâce à l’extension communautaire que la malnutrition aiguë est détectée à un stade précoce - avant que ne surviennent les complications médicales - et référée aux fins d’une prise en charge, améliorant non seulement le résultat clinique mais allégeant aussi la charge de travail des structures sanitaires avec sites PCMA. L’extension communautaire est vitale pour la PCMA dans un contexte quel qu’il soit, qu’elle soit mise en œuvre par des organisations non gouvernementales (ONG) ou le Ministère de la Santé ou qu’il s’agisse de la nutrition dans une situation d’urgence ou un contexte de développement stable.

Une fois la PCMA démarrée, l’extension communautaire se situe le long de l’axe suivant :

**Dépistage communautaire actif pour une recherche précoce de cas et une référence rapide :** Pour que la PCMA fonctionne efficacement et que la couverture (par exemple, ceux qui ont besoin du traitement suivent le traitement) atteigne des niveaux acceptables, il est indispensable de détecter les enfants souffrant de malnutrition aiguë à un stade précoce, généralement par le biais d’une recherche active de cas.

**Visite de suivi à domicile pour les cas à risque :** Pour une minorité de cas, les protocoles de la PCMA supposent une visite de suivi à domicile pour les raisons suivantes :

* Surveiller un enfant qui ne se développe pas ou qui ne répond pas bien au traitement
* Déterminer pourquoi un enfant ne s’est pas présenté à une séance de suivi de PEC MAS ambulatoire ou PEC MAM
* Déterminer pourquoi un enfant n’a pas terminé le traitement (exemple, un abandon)

Les étapes suivantes sont nécessaires pour établir efficacement les deux volets de l’extension communautaire :

* Bilan communautaire
* Formulation de la stratégie de l’extension communautaire
* Mise au point de messages et de matériel
* Mobilisation et formation communautaires

Ces étapes permettent aux agents de santé de la PCMA de comprendre et de prévoir les problèmes et les contraintes liés à la participation communautaire ainsi qu’à l’accès et la fréquentation de la PCMA, éléments sans lesquels la PCMA ne sera pas efficace. Elles favorisent également l’engagement et la responsabilisation communautaires. Avec une bonne préparation, l’extension communautaire peut créer un cycle de feedback positif dans la communauté faisant que les mères et les autres personnes s’occupant des enfants puissent se référer et s’orienter mutuellement vers les soins et étendant par là la couverture. L’absence de telles étapes signifie que toute erreur de calcul et d’appréciation risque d’engendrer un feedback négatif et de réduire la participation. Et s’il n’existe pas un bon accès aux soins et une bonne utilisation des soins, même les sites PCMA les mieux gérés n’auront qu’un impact limité.

## A la recherche de l’équilibre

* Tant dans les contextes de développement que dans les contextes d’urgence, un objectif primaire consiste en une recherche active précoce des enfants avec MAS en cherchant à déranger le moins possible la population. Les gens seront probablement prêts à accepter un certain dérangement pour obtenir une assistance pendant les urgences nutritionnelles mais là aussi il y a des risques. Une mobilisation trop large – exemple : où le dépistage d’un grand nombre d’enfants est fait mais peu finissent par être admis- risque de se retourner contre vous : la communauté peut se fâcher et ne voudra plus participer.
* Le défi consiste à **réglementer l’accès et la fréquentation** de la PCMA de la manière la plus efficace possible. Il existe toujours un moyen d’arriver à un bon **compromis ou équilibre :** lorsqu’on démarre la PCMA, les enfants qui ne sont pas éligibles ne doivent pas pouvoir venir alors qu’on doit encourager le plus grand nombre possible d’enfants éligibles à venir. Ainsi on crée un cycle de feedback positif car les mères rentrent des séances de PEC MAS ambulatoire avec de bonnes nouvelles.
* Si on ne réussissait pas cet équilibre, la PCMA partirait du mauvais pied et, surtout dans les situations d’urgence, on aurait des agents de santé complètement débordés face à une grande foule de personnes et en fin de compte, pour beaucoup , la PCMA se résumerait à une perte de temps.

## Engager les bons acteurs

* Il est bien plus facile d’arriver à cet équilibre si la PCMA est mise en œuvre par des personnes connaissant relativement bien la région, par exemple, les agents de santé du district sanitaire ou d’une ONG réalisant des programmes de santé ou de développement dans la région. C’est le cas aussi bien pour les contextes de développement que les situations d’urgence.
* L’extension communautaire n’est pas une chose nouvelle ou récente pour le secteur de la santé. Il faut chercher dans la mesure du possible à évaluer les systèmes et les intervenants de l’extension communautaire pour que la PCMA puisse s’en servir de fondation en les renforçant.
* L’affectation d’un membre du personnel dévoué qui sera responsable de gérer les activités d’extension communautaire favorise la réussite de la PCMA.
* La préparation de la PCMA commence généralement par une discussion entre les membres de l’équipe de gestion sanitaire du district sanitaire, les comités de gestion et les partenaires locaux.
* Les agents de santé sont au courant des pratiques de santé et connaissent probablement les **dirigeants influents de la communauté** (dirigeantsd’opinion, chefs de village, autorités religieuses et traditionnelles, membres importants de la société civile, guérisseurs, accoucheuses) qui peuvent aider à faire accepter la PCMA ou au contraire qui risquent de mettre des bâtons dans les roues. Les agents de santé ont généralement les moyens de partager et de recevoir de l’information utile de la communauté.
* Voici le type de personnes qu’il faudrait engager dans les premières discussions pour explorer la question :
* Médecin chef du district
* Responsable de la structure de santé
* Coordinateur de la santé maternelle et infantile du district
* Superviseur des agents de santé communautaire (ASC)
* Personnel des organisations à base communautaire (OBC) et/ou non gouvernementales (ONG) avec de liens forts dans la communauté
* Dirigeants influents de la communauté connaissant bien les pratiques locales de recours aux soins

DOCUMENT 3.2

Bilan communautaire

L’évaluation de la communauté est la première étape dans la préparation de l’extension communautaire de la PCMA.

## A. Pourquoi faire un bilan communautaire?

**Le bilan communautaire est l’étape de l’apprentissage dans la préparation à l’extension communautaire.**

Les jeux de rôle et les discussions de groupe qui précèdent un bilan communautaire ont montré qu’il pourrait exister des obstacles à l’accès et à la fréquentation de la PCMA ainsi qu’ à la participation communautaire à la PCMA. L’évaluation communautaire est l’occasion de les envisager de manière systématique dans un contexte de mise en œuvre spécifique.

Il faut identifier les obstacles éventuels à l’accès et à la fréquentation de la PCMA bien avant d’établir la PCMA. A cette fin, les planificateurs devraient avoir une bonne idée de la manière dont la communauté est organisée, comment la nutrition est vue dans ce milieu, comment les nouveaux soins risquent d’être accueillis et comment la communauté peut soutenir autant que possible le volet extension.

Les réponses à un grand nombre de ces questions semblent évidentes si la PCMA est mise en œuvre par le Ministère de la Santé (MS) ou une organisation non gouvernementale (ONG) ayant une longue expérience de travail dans la communauté en question. Par ailleurs, même le personnel du MS vient parfois de l’extérieur et ne parlera pas toujours aisément la langue locale.

*Il est important que le bilan communautaire soit l’occasion d’identifier et de reconnaître les limites des connaissances du personnel de la communauté locale.*

## B. En quoi consiste le bilan communautaire?

Une des manières d’envisager le bilan communautaire est sous l’angle ‘offre et demande’. Deux grandes questions se posent auxquelles il faudra répondre :

* Quels sont les facteurs susceptibles de créer et d’influencer la demande locale pour la PCMA (la demande) ?
* Comment l’extension communautaire doit-elle être organisée pour répondre le plus efficacement possible à cette demande pour la PCMA (l’offre) ?

**Pour comprendre la demande,**  il faut passer du temps dans la communauté et s’entretenir avec ses membres pour mieux saisir les opinions et les pratiques et voir où risquent de se nicher les inhibiteurs de la demande. Voici les **champs d’enquête** possibles :

* **Classification locale des maladies** pour les formes graves de la malnutrition aiguë ; les problèmes de santé peuvent être traités comme quelque chose d’autre qu’un problème nutritionnel, exigeant donc une communication spéciale.
* **Attitudes** **face aux soins de santé formels :** ceci inclut d’identifierquels sont les autres soins de santé dispensés par le biais du système de santé du gouvernement et comment ils sont perçus par la population. Si les gens n’ont pas une très bonne opinion des soins de santé publique, cela pourrait diminuer l’utilisation de la PCMA.
* **Autres filières de traitement** (pharmaciens, praticiens privés ou guérisseurs traditionnels) : Parfois ils occupent un rôle aussi important ou plus important que les soins de santé du MS.
* **Homogénéité/hétérogénéité de la communauté :** Divers aspects définissant leur identité (langue, appartenance ethnique, religion, politique) risquent de diviser les communautés, demandant donc que les informations et les soins soient dispensés en donnant un accès égal à tous ou en faisant des efforts spéciaux pour atteindre les groupes exclus ou marginalisés.
* **Autres barrières éventuelles à l’accès et à la fréquentation de la PCMA**: 
  + **Peu de connaissance** de la PCMA au sein de la communauté desservie
  + **Mobilisation trop** ambitieuse, faisant qu’un trop grand nombre d’enfants non éligibles se sont présentés et ont été refusés à l’admission
  + **Les critères de référence et d’admission ne sont pas alignés** (à savoir, le périmètre brachial [PB] est utilisé pour les dépistages communautaires d’émaciation grave mais l’admission finale à la PCMA est basée sur le rapport poids- taille). Ainsi certaines personnes référées pourraient être refusées et le programme se fait une mauvaise réputation
  + Les gens seront peut-être au courant des nouveaux soins nutritionnels mais **les traditions médico-culturelles locales ne font pas le rapprochement entre l’émaciation ou les gonflements et la sous-nutrition,**  l’utilisation et la connaissance des médicaments et traitements traditionnels sont plus fortes.
  + Il risque d’y avoir **une stigmatisation dans la communauté ou bien l’influence des pairs ou des membres de la famille** décourage les gens de venir
  + La mobilisation communautaire ou le choix du site a ignoré **des dirigeants influents** de la communauté
  + D’autres **soins de santé primaires** ne sont pas bien vus par la communauté (pour diverses raisons, par exemple, il n’y a pas de médicaments, les heures sont irrégulières, le personnel est débordé, les files d’attente sont longues) et si la PCMA s’installe dans une telle structures sanitaire, elle se fera une image négative rien que par association.
  + L’**emplacement des sites PEC MAS ambulatoire et PEC MAM** n’est guère pratique et demande aux gens des communautés ciblées de se déplacer sur de longues distances ou alors risque de ne plus être accessible à certains moments de l’année à cause des inondations saisonnières.
  + La participation est **interrompue par des modes de travail saisonniers** qui n’entrent pas dans le contrôle des soins, par exemple les familles qui quittent un temps leur domicile pour faire les récoltes dans des champs ou fermes plus éloignés.

**Comprendre l’offre** suppose également qu’on organise des discussions au niveau de la communauté (généralement en même temps qu’est faite l’enquête ou l’exploration de la demande) tout en demandant également aux évaluateurs d’envisager des facteurs institutionnels et organisationnels au niveau de la structure sanitaire et du district sanitaire. Voici des exemples de questions qu’il faudra se poser :

* **Qui s’occupera du dépistage communautaire ?** Recrutera-t-on dans les réseaux existants les agents de santé communautaire [ASC], éducateurs sanitaires, animateurs de santé, distributeurs de contraceptifs, agents de soins à domicile, bénévoles, ou autres agents de santé? Existe-t-il d’autres agents communautaires comme les agents de la vulgarisation agricole ou agents de protection sociale auxquels on pourrait confier cette tâche ? Lesquels d’entre eux semblent les plus estimés et respectés dans la communauté ?
* **Où la supervision de dépistage devrait-elle se situer ?** A qui et comment rendent compte actuellement les agents d’extension ? Ce contact est-il fiable ? Existe-t-il une visite de suivi à domicile de la part de l’infirmière de la santé maternelle et infantile ou d’autres membres de l’équipe de gestion du district sanitaire?
* **Si on décide de faire appel aux bénévoles, quelles sont les limites locales du bénévolat?** Utilise-t-on des formes d’incitations autres que le paiement qui peuvent les motiver ?
* **Les liens entre les structures sanitaires et la communauté sont-ils solides et fiables ?** Comment les utiliser ou les améliorer pour susciter un sentiment d’appartenance au sein de la communauté face aux activités de la PCMA ?
* **Quels sont les dirigeants influents de la communauté qui doivent être engagés dans l’effort pour arriver à accéder pleinement à la communauté ?** (par exemple, pour le choix des bénévoles, pour la recherche des cas en faisant du porte à porte, pour communiquer le but de la PCMA) ?
* **Quels sont les canaux qui existent pour diffuser l’information sur la PCMA et quels sont les risques et avantages liés à chacune de ces filières ?** Si les éducateurs sanitaires peuvent effectivement s’avérer une bonne filière pour diffuser l’information auprès des ménages, ils risquent par contre de ne pas être très utiles s’ils ont la réputation de répéter simplement des messages peu réalistes (par exemple, encourager les familles à faire bouillir l’eau alors qu’il n’existe pratiquement pas de combustible, ou encore exhorter les familles à laver les vêtements alors que le savon est hors de prix). Dans ce cas, des dirigeants influents de la communauté auront plus de poids et seront un meilleur canal de communication.

DOCUMENT 3.3

Etapes et méthodes de bilan communautaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etape** | **Méthode** | **Champs d’enquête/Questions à répondre** | **Durée nécessaire** |
| 1: Définir les paramètres du programme de la PCMA | Communication pour confirmer les objectifs de la PCMA | * Est-ce une intervention à court terme pour traiter une urgence nutritionnelle ou est-ce que ce sera une partie permanente des soins de santé primaires ? * Sera-t-elle soutenue par une ONG ou gérée indépendamment par le MS ? Si des ONG participent, quel sera leur rôle ? * Dans quelle mesure, le programme sera-t-il intégré au système de santé existant ? * Le dépistage communautaire doit-il être fait uniquement au début ou en continu? | 1-3 heures |
| 2: Examen au niveau du district sanitaire pour comprendre le contexte local | Discussions au niveau district avec des informateurs clés des ONG/MS/société civile | * Les pratiques de recours aux soins * Cohérence/différence communautaire * Modes généraux de sous-nutrition (par exemple, saisonniers, spatiaux) * Réseaux disponibles des ASC et bénévoles * Alliés possibles (les dirigeants influents de la communauté, les sociétés civiles, le secteur privé de la santé) | 1-2 jours ou peut-être plus pour prendre les contacts et les dispositions avec les éventuels collaborateurs. |
| 3: Revue au niveau communautai-re pour compléter l’information réunie au niveau du district sanitaire | Discussions au niveau communautaire pour combler les lacunes d’information (information qui n’a pas pu être trouvée au niveau du district sanitaire) | * Une information supplémentaire sur les thèmes susmentionnés est recueillie dans les réunions communautaires avec les groupes séparés suivants : * Dirigeants influents de la communauté * ASC et bénévoles * Une attention spéciale est accordée à la recherche d’information sur des questions se rapportant aux groupes exclus et aux barrières culturelles (cas où les femmes ne peuvent pas se déplacer si elles ne sont pas accompagnées par un homme de la famille) | Varie grandement, dépendant de la taille et de l’homogénéité de l’aire du projet ; prévoir au moins une journée dans l’aire de chaque site PEC MAS ambulatoire mais tenir compte également du temps nécessaire pour prendre les rendez-vous pour les réunions. |
| 4: Discussions au niveau des bénéficiaires pour déterminer perspectives, connaissance et vocabulaire de la MAS | Entretiens avec les mères et/ou accompagnant(e)s des enfants pour trouver l’information manquante | * Des aides visuelles décrivant la MAS sont utilisées lors des entretiens individuels ou collectifs pour réunir une information plus détaillée sur les aspects suivants : * Noms des maladies et causes supposées * Indications des personnes qui ont vu et donc référé ces enfants * Attitudes envers les réseaux d’extension communautaire existants | 2-4 jours suivant l’homogénéité culturelle et la facilité d’accès. Il est possible d’avoir des discussions avec les mères et/ou accompagnant(e)s des enfants dans la structure sanitaire locale mais une meilleure information est obtenue si la discussion se déroule dans la communauté, à l’écart de la structure sanitaire. |

DOCUMENT 3.4

Extension communautaire : du bilan à la stratégie

## Exemple de l’Éthiopie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Principaux résultats** | **Implications pour la stratégie** |
| 1. | Sur le plan local, on attribue diverses causes au  gonflement et à l’émaciation. Elles ne sont pas toutes liées à l’alimentation. Les causes sont attribuées à l’allaitement pendant la grossesse, à l’exposition du bébé à la lumière vive du soleil , aux mauvais esprits et au mécontentement des ancêtres. | Inclure un volet communication qui utilise des termes locaux de maladie pour le gonflement et l’émaciation.  Explorer toute une gamme de traitements locaux et essayer de faire participer les guérisseurs traditionnels pour qu’ils réfèrent les enfants vers la PCMA. |
| 2. | Les familles ayant des enfants malades se tournent souvent d’abord vers l’église ou la mosquée pour emprunter l’argent nécessaire au traitement. | Avoir les églises et les mosquées comme premiers endroits d’une campagne pour informer les partenaires de la société civile à propos de la PCMA. Par la suite, elles peuvent également aider à référer les enfants. |
| 3. | Personne dans la communauté ne comprend bien la relation entre la PCMA proposée et le dépistage anthropométrique qui précède pour l’attribution ciblée des rations alimentaires. | Prendre immédiatement des mesures pour éviter que la PCMA ne reçoive un grand nombre de personnes auto référées qui ne sont pas éligibles |
| 4. | Un groupe d’ASC font déjà des visites d’éducation sanitaire à domicile mais seuls les agents qui savent lire et écrire reçoivent une formation régulière. | Utiliser ces ASC pour le dépistage communautaire de porte à porte. Mettre la priorité sur le groupe des illettrés et leur apporter une formation portant sur la mesure du périmètre brachial. |

DOCUMENT 3.5

Stratégie de l’extension communautaire

La formulation d’une stratégie de l’extension communautaire est la seconde étape de la préparation pour le volet extension communautaire de la PCMA.

## A. Faire une liste et discuter des points clÉs qui ressortent du bilan communautaire

Une stratégie de l’extension communautaire est déterminée par les résultats du bilan communautaire. Le bilan aura mis au clair les questions générales sur les objectifs et la nature de la PCMA et aura fait ressortir les barrières et les possibilités entourant la participation dans la communauté.

D’autres questions subsistent, notamment pour déterminer qui participera et quelles sont les activités qui devront être réalisées en priorité pour élargir l’accès et la fréquentation de la PCMA et augmenter la participation à la PCMA. La réponse à ces questions se trouve dans l’évaluation et leurs implications devront être envisagées pour la stratégie d’extension.

Le produit de cette discussion de la stratégie sera une **liste des points clés et leurs implications** pour la PCMA. Point besoin que la liste soit élaborée ou compliquée. Elle peut généralement être faite point par point sur une simple feuille de papier.

## B. DÉterminer la mÉthode qui convient le mieux au dÉpistage communautaire

Un aspect essentiel de la stratégie d’extension consiste à décider comment sera effectué le dépistage communautaire. Les éléments suivants devront être envisagés : 1) faut-il un dépistage de masse style campagne au départ, soit pour juger des niveaux de la malnutrition aiguë sévère (MAS) soit pour sensibiliser à la PCMA ? 2) comment et quand transférer le dépistage actif des activités style campagne aux soins de santé primaires de routine ? 3) où le dépistage a-t-il les meilleures chances d’être maintenu avec un minimum d’aide externe ?

Généralement, les modes de dépistage communautaire entrent dans l’un des trois modèles suivants :

* **Recherche de cas en porte à porte.** Dans le cadre de cette approche, des agents d’extension circulent dans les communautés (généralement des ASC et des bénévoles) et effectuent des contrôles à domicile pour détecter les œdèmes bilatéraux et prendre les mesures du périmètre brachial. Cette approche s’avère parfois nécessaire au démarrage pour vérifier que toutes les poches de la communauté sont insérées et que toutes les familles sont au courant de la PCMA. Par ailleurs, si le nombre des admis est suffisamment élevé pour démontrer les avantages de la PCMA, les familles commencent généralement à venir d’elles-mêmes, et on peut ainsi passer à une forme moins active de recherche de cas.
* **Recherche de cas dans la communauté (activités continues ou de pointe).** Dans le cadre de cette approche, le contrôle des œdèmes bilatéraux et la mesure du PB sont effectués dans la communauté ou dans le quartier, en rassemblant les enfants de moins de cinq ans. On peut le faire en utilisant les ASC qui font leurs visites à domicile régulières ou en recrutant des bénévoles. Une recherche de cas communautaire non programmée peut également se faire lors d’activités et de rassemblements formels et informels dans la communauté, lors des jours de marché ou d’autres évènements ou sont présents beaucoup d’enfants. Cette approche est utilisée dans un grand nombre d’urgences nutritionnelles.
* **Dépistage passif.** Dans cette approche, l’initiative revient à la famille qui se rend directement aux structures sanitaires ou qui demande aux personnes formées dans la communauté de les référer vers la PCMA. Ceci ne pourra se faire qu’une fois la connaissance  de la PCMA bien établie. Ces personnes formées sont généralement des ASC résidents ou des membres bénévoles des soins de santé. Ou alors ce sont des enseignants, des membres des groupes de soins à domicile, des guérisseurs locaux ou d’autres personnes qui sont en contact avec des enfants dans le groupe d’âge de la PCMA.

Le modèle approprié à utiliser (ou séquence ou combinaison à utiliser) dans un contexte donné dépend de divers facteurs :

* Le niveau de prévalence de la MAS dans la communauté
* La connaissance des signes de MAS dans la communauté
* L’accessibilité des foyers et la répartition géographique des maisons : sont-elles rassemblées ou dispersées ?
* Les réseaux existants des agents d’extension : leur charge de travail leur permet-elle de faire des dépistages actifs ?
* Le temps et les ressources qui sont disponibles pour la formation des agents d’extension participant aux activités de dépistage
* Le caractère du dépistage communautaire : est-il envisagé de manière permanente ou temporaire ?

DOCUMENT 3.6

Exemple : Qui s’occupera de la recherche des cas en porte-à-porte

## Exemple de l’Éthiopie

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’agent d’extension** | **Description des tâches**  **(y compris supervision)** | **Proximité aux cas** | **Portée de la couverture** | **Se prête à la formation** | **Peut accepter des tâches supplé-mentaires** | **Capable d’utiliser le PB** | **Accepté dans toutes les communautés** |
| **Agent de santé communautaire** | ASC supervisé par les agents de santé de la structure sanitaire | XX | X | XX | X | XXX | X |
| **Bénévole** | Bénévole supervisé par un ASC | XXX | XXX | XXX | XXX | XXX | XXX |
| **Membres des groupes de soins à domicile** | Les bénévoles des soins à domicile pour le VIH/SIDA (mais ils n’existent pas dans toute l’aire sanitaire) | XX | XX | XXX | XX | XX | XXX |

XXX = élevé

XX = moyen

X = faible

DOCUMENT 3.7

Mise au point de messages et de matériel uniformisés et simples pour la PCMA

La formulation de messages et de matériel est la troisième étape de la préparation de l’extension communautaire de la PCMA.

## A. Uniformiser les messages de la PCMA

Le démarrage de nouveaux soins suscite toujours beaucoup d’intérêt et de spéculation de la part des membres communautaires et si on ne répond pas à cette curiosité en donnant la bonne information, les rumeurs qui peuvent nuire à la participation communautaire et à l’utilisation de la PCMA se propageront vite.

Les structures sanitaires dans les contextes des pays avec faible alphabétisation dépendent généralement du bouche à oreille pour échanger les nouvelles avec les communautés voisines. Les messages destinés aux comités de gestion et aux dirigeants influents de la communauté passeront par beaucoup de personnes avant d’arriver au destinataire final.

Il est important de formuler, d’uniformiser et de diffuser rapidement des messages clés, exprimés simplement et expliquant l’admission et les aspects pratiques des PEC MAS hospitalière et ambulatoire afin d’éviter toute confusion et problèmes au niveau de l’accès et de la fréquentation de la PCMA.

Notons par ailleurs que le but des messages clés n’est pas de changer les comportements ou les pratiques mais d’indiquer clairement comment la PCMA est fournie et à qui.

Les messages standards de la PCMA devraient :

* Décrire les enfants ciblés en utilisant les noms locaux des maladies pour les gonflements et l’émaciation, réunis lors du bilan.
* Expliquer les avantages de la PCMA, en faisant remarquer que les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sans complications médicales peuvent être traités dans une structure sanitaire avec une prise en charge ambulatoire de la MAS (PEC MAS ambulatoire) une fois par semaine et qu’ils recevront un aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) à domicile, ce qui veut dire que la mère ou l’accompagnant(e) de l’enfant n’aura pas besoin de quitter la famille et que seuls les quelques enfants souffrant de MAS avec complications médicales et les nourrissons de moins de 6 mois avec MAS devront être traités dans une structure sanitaire avec une prise en charge hospitalière de la MAS (PEC MAS hospitalière).
* Indiquer l’heure et la date des séances de PEC MAS ambulatoire au site le plus proche.
* Expliquer le processus de référence, insistant sur le fait que l’enfant est mesuré près du domicile.
* Expliquer le cas échéant que les familles peuvent également venir d’elles-mêmes (autoréférence de l’enfant) avec des enfants souffrant de MAS en se rendant aux structures sanitaires avec sites PCMA les plus proches.
* Expliquer qu’un enfant sera réévalué à différents intervalles (hebdomadaire pour les séances de suivi) pour suivre son état nutritionnel et être hospitalisé si son état s’aggrave.
* Introduire l’ATPE non pas comme un aliment mais comme un médicament ou « aliment médicinal ou thérapeutique »
* Refléter les résultats de l’évaluation et traiter directement toute préoccupation ou tout problème.

## B. CrÉer un prospectus en utilisant un langage simple et non technique

Une fois que les messages standards de la PCMA ont été formulés en termes simples et non techniques, il est important de les imprimer dans les langues locales pour que chaque lecteur reçoive exactement la même information sans qu’il existe d’éventuelles barrières linguistiques.

Faire un prospectus ne coûte pas cher. Il suffit généralement d’utiliser une photocopieuse et du papier. Par contre, il faut bien penser aux préoccupations et à toutes les autres questions révélées par le bilan communautaire et il faut les traiter directement à l’aide de messages centraux sur la PCMA. Il est probable que plusieurs essais seront nécessaires pour extraire l’essence même et façonner le message dans son expression la plus simple. L’effort en vaut toutefois la peine.

Cela prendra probablement une journée pour peaufiner les messages et ensuite prendre les dispositions pour les faire traduire dans la langue utilisée dans le foyer de la mère ou de l’accompagnant(e) de l’enfant. Les versions traduites devraient être retraduites pour assurer la fiabilité par quelqu’un qui n’a pas traduit les versions originales dans la langue locale. Après la diffusion, il faut garder un compte rendu avec toutes les conceptions erronées du prospectus pour pouvoir le revoir périodiquement.

## C. Comment faire le meilleur emploi du prospectus

* Utiliser le prospectus dans les réunions d’information avec les dirigeants influents de la communauté et du district. Leur demander de faire des annonces par le biais de leurs réseaux. Leur donner suffisamment de copies   pour lire à haute voix le prospectus dans la communauté. Ils doivent être distribués avant que ne démarrent les activités de dépistage.
* Apporter les prospectus lors des réunions avec les partenaires de la société civile (organisations à base communautaire [OBC], églises, mosquées) et leur demander de les distribuer.
* Créer un prospectus séparé pour les groupes parlant des langues minoritaires dans la région.
* Adapter le prospectus pour traiter les problèmes spéciaux qui se présentent (confusion, par exemple, quand les gens ne comprennent pas bien la différence entre référence et admission).
* Quand c’est approprié, présenter avec des photographies des enfants avec le kwashiorkor et le marasme pour aider à identifier les enfants ciblés.
* Remettre des exemplaires aux agents d’extension qui savent lire pour qu’ils puissent diffuser une information exacte. Ils peuvent utiliser les prospectus pour faire des annonces lors de rassemblements formels et informels (enterrement, jour de marché, point d’eau, réunion des comités communautaires).
* Envisager d’utiliser la radio qui s’est avérée un moyen utile de diffusion des messages de la PCMA

Document 3.8

Référence : Messages du prospectus

## 1. Exemple de Lusaka, Zambie

**LES FAMILLES QUI ONT DES ENFANTS TRÈS MAIGRES OU GONFLÉS PEUVENT RECEVOIR UNE AIDE MAINTENANT**

**Le nouveau traitement**

Un nouveau traitement est disponible à présent au centre de santé pour les enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition aiguë. Les enfants qui sont très maigres ou qui ont des pieds qui commencent à enfler mais qui n’ont pas de complications médicales n’ont plus besoin de passer un long séjour à l’hôpital. Il existe maintenant un nouvel aliment médicinal (thérapeutique) qu’on peut donner à ces enfants. Les familles peuvent l’utiliser pour que leurs enfants reprennent du poids à domicile.

**Comment savoir si votre enfant a besoin de ce traitement**

On prend la mesure du bras de l’enfant et on vérifie ses pieds pour déterminer si l’enfant est éligible pour ce traitement. La mesure du bras est prise avec un mètre ruban, pareil à celui qu’utilisent les tailleurs sur la place du marché. C’est un contrôle rapide sans douleur qui ne demande pas qu’on prenne du sang ou qu’on donne une piqûre à l’enfant. Diverses personnes ont été formées dans cette communauté. On leur a appris à utiliser le mètre ruban, et ainsi dans certains cas, la mesure sera donc prise par une personne que l’enfant ou la famille connaît déjà.

Si vous connaissez un enfant très maigre ou dont les pieds ont commencé à gonfler, parlez de ce nouveau traitement avec ses parents ou gardiens. Ils peuvent demander aux voisins le nom de la personne formée pour prendre la mesure du bras ou alors ils peuvent aller directement au centre de santé.

**Points importants à se rappeler**

* Le traitement sera offert chaque \_\_\_\_\_\_\_\_\_ matin au dispensaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
* Le traitement aidera même les enfants *très* malades. Et vu que l’enfant peut rester à la maison, la mère ou gardien peut s’occuper de lui en même temps qu’elle prend soin de ses autres enfants. Seulement, l’aliment médicinal est *uniquement* pour l’enfant malade. Il ne faut pas le partager avec les autres.
* Le traitement est composé de médicaments et d’un aliment médicinal préparé à base d’arachides qui se présente sous forme de pâte et l’enfant n’aura donc aucun mal à l’avaler. Les résultats sont généralement très rapides.

*(Remarque : Le paragraphe suivant devra être adapté au contexte)*

* Suivant les communautés, les maladies des enfants maigres et gonflés ont des noms différents. De nos jours, on l’appelle souvent njala, mais dans certains endroits, on dira qu’un enfant souffre de njisi (anyonkela), matufya, kalyondeyonde, midulo, kulowewa, ou kulozedwa. Ou l’enfant sera *osila* ou *dayonda*. Les familles qui soupçonnent ces maladies devraient demander qu’on contrôle les bras et les pieds de leurs enfants car le nouveau traitement pourra aider ces enfants.

## 2. Exemples du Ghana

### 

### A. Lettre pour sensibiliser les groupes de la société civile/dirigeants influents de la communauté et du district d’Agona

Date :

Adresse postale/Non de l’institution :

Cher Monsieur/Madame,

**NOUVEAU TRAITEMENT POUR LES ENFANTS AVEC MALNUTRITION AIGUË GRAVE (TRÈS MAIGRES OU GONFLÉS)**

Un nouveau traitement est à présent disponible à l’hôpital Swedru, et dans les centres de santé de Kwanyako, Abodom, Duakwa et Nsaba qui dépendent de la direction sanitaire du district d’Agona. Ce traitement est destiné aux enfants qui sont très maigres ou qui ont des pieds enflés (montrant des signes de malnutrition aiguë sévère ou MAS). Ces enfants ont besoin d’un traitement médical et d’une récupération nutritionnelle spécifique et doivent être référés vers un centre de santé. Si un enfant avec MAS a un bon appétit et aucune complication médicale, l’enfant n’aura pas besoin d’aller à l’hôpital. Il ou elle peut être traité à la maison et suivi lors des séances de suivi hebdomadaires dans le centre de santé. Si un enfant avec MAS n’a pas d’appétit ou s’il a une complication médicale, alors il ou elle sera hospitalisé pendant une courte durée jusqu’à ce que la complication soit résolue et ensuite, il recevra un traitement supplémentaire au centre de santé et à domicile. Les enfants de moins de six mois qui sont très maigres ou qui ont des pieds enflés auront besoin de soins spécialisés à l’hôpital.

Pour déterminer si un enfant est éligible pour ce traitement, on mesure son bras dans la communauté pour voir s’il/elle est trop maigre et on observe ses deux pieds pour voir s’ils sont enflés. Si l’enfant est référé au centre de santé, il ou elle est mesuré à nouveau et un bilan médical de son état est fait . Si l’enfant est trop maigre mais qu’il/elle a bon appétit et qu’il/elle n’a pas de complications médicales, il/elle reçoit gratuitement une quantité hebdomadaire de l’aliment médicinal.

La mesure du bras est prise à l’aide d’un mètre ruban pareil à celui qu’utilisent les tailleurs sur la place du marché. Cette mesure peut être prise par de nombreux types de personnes. Les agents de santé communautaire ou les bénévoles des communautés dans la zone des centres de santé mentionnée sont formés et savent prendre les mesures. Il y a de bonnes chances que ce soit une personne connue de la famille ou que l’enfant connait déjà.

Si vous connaissez un enfant qui est très maigre ou dont les pieds sont enflés, parlez aux parents ou aux gardiens de ce nouveau traitement. Ils peuvent également demander aux voisins s’ils connaissent un agent de santé ou un bénévole qui a été formé pour prendre la mesure ou ils peuvent se rendre directement au centre de santé.

Nous savons que ce nouveau traitement aidera beaucoup le district à soutenir la récupération des enfants sous-alimentés et nous souhaitons vivement votre coopération. N’hésitez surtout pas à me contacter si vous souhaitez des explications ou des informations supplémentaires.

Salutations distinguées,

Directeur de la santé du district

**B. Lettre de sensibilisation aux cliniques privées du district d’Agona**

Date :

Adresse postale :

Cher Monsieur/Madame,

**Sujet : Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)**

Dans le cadre de sa mission visant à améliorer la qualité et l’accessibilité des soins de santé dans le district d’Agona, les Services de Santé du Ghana ont introduit un nouveau traitement pour les enfants de moins de cinq ans avec une forme grave de malnutrition aiguë (œdèmes bilatéraux ou émaciation grave). Ces soins sont appelés la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). De cette manière, le traitement pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère peut être donné proche de leur domicile et ces enfants ainsi que leur mère ou autre personne qui s’occupe d’eux n’auront plus besoin de passer de longs séjours dans le service de pédiatrie ou le centre de récupération nutritionnelle, ce qui était nécessaire auparavant pour traiter la sous-nutrition.

Les enfants avec MAS ont besoin à la fois d’un traitement médical et d’une récupération nutritionnelle et doivent être référés vers un centre de santé. Si l’enfant avec MAS a bon appétit et n’a pas de complications médicales, il ou elle peut être traité à la maison et suivi lors des séances de suivi hebdomadaires au centre de santé. Si un enfant avec MAS n’a pas d’appétit ou a des complications médicales, il ou elle sera hospitalisé pendant un bref temps à l’hôpital Swedru jusqu’à ce que la complication médicale soit résolue et ensuite il ou elle recevra un traitement supplémentaire au centre de santé ou à domicile. Les enfants de moins de six mois qui sont très maigres ou qui ont des pieds enflés auront besoin de soins spécialisés à l’hôpital.

Le traitement qui est gratuit comprend des antibiotiques, des vermifuges et des antipaludique, des suppléments de vitamine A et un aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE) appelé **Plumpy’nut®**. Le traitement est donné au niveau du centre de santé et les familles des enfants éligibles peuvent l’emporter à la maison. Le dépistage précoce des cas et la référence rapide pour recevoir le traitement sont indispensables pour éviter les complications médicales.

Un contrôle des enfants est fait dans les communautés et dans les centres de santé pour déterminer la présence d’œdèmes bilatéraux et un dépistage est également fait de l’émaciation grave en prenant la mesure du périmètre brachial avec un bracelet gradué spécialement afin de déterminer si l’enfant est éligible pour être admis à la PCMA au centre de santé.

Nous aimerions engager dans notre effort différents prestataires de soins de santé, y compris les cliniques privées, pour nous aider à identifier les enfants avec MAS afin qu’ils puissent être traités à ce stade précoce. Actuellement, les soins sont fournis dans cinq endroits (Hôpital de Swedru et centres de santé de Kwanyako, Abodom, Duakwa et Nsaba) relevant de la Direction sanitaire du District d’Agona et nous espérons que ces soins seront étendus à d’autres centres de santé du District d’Agona. Aussi, aimerions-nous vous demander de bien vouloir mettre au courant tous les membres du personnel, surtout dans les soins ambulatoires, pour qu’ils réfèrent les enfants avec des œdèmes bilatéraux et émaciation grave aux centres de santé susmentionnés afin que ces enfants puissent y recevoir le traitement indiqué. L’équipe de la PCMA sera heureuse de fournir à votre centre de santé les mètres et brassards et de former votre personnel pour qu’il puisse dépister les enfants avec la MAS.

Nous savons que ce nouveau traitement aidera beaucoup le district à soutenir la récupération des enfants malnutris et nous souhaitons vivement votre coopération. N’hésitez surtout pas à me contacter si vous souhaitez des explications ou des informations supplémentaires.

Salutations distinguées,

Directeur de la santé du district

### 

### C. Messages de sensibilisation – Annonce publique dans le district d’Agona

**MESSAGE À TOUTES LES MÈRES OU AUTRES PERSONNES QUI S’OCCUPENT D’ENFANTS ENTRE SIX MOIS ET CINQ ANS, DE LA PART DES SERVICES DE SANTÉ DU GHANA**

Un nouveau traitement est à présent disponible pour les enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS, très maigre, ou gonflé). Ces enfants ont besoin d’un traitement médical et d’une récupération nutritionnelle spécifique et doivent être référés vers un centre de santé. Si un enfant avec MAS a un bon appétit et aucune complication médicale, l’enfant n’aura pas besoin d’aller à l’hôpital. Il ou elle peut être traité à la maison et suivi lors de visites hebdomadaires dans le centre de santé. Si un enfant avec MAS n’a pas d’appétit ou s’il a une complication médicale, alors il ou elle sera hospitalisé pendant une courte durée jusqu’à ce que la complication soit résolue et ensuite, il recevra un traitement supplémentaire au centre de santé et à domicile. Les enfants de moins de six mois qui sont très maigres ou qui sont gonflés auront besoin de soins spécialisés à l’hôpital Swedru.

**Comment savoir si votre enfant a besoin de ce traitement**

Certaines personnes dans votre communauté ont reçu une formation pour prendre la mesure du bras de l’enfant avec un petit mètre ruban et contrôler si les deux pieds de l’enfant sont enflés.

**Traitement**

Tous les enfants qui sont maigres ou gonflés sont envoyés au centre de santé où la mesure du bras et le gonflement sont à nouveau contrôlés. Si les enfants ont de l’appétit et sont bien portants du point de vue clinique, ils reçoivent un traitement médical et un approvisionnement d’une semaine d’un aliment médicinal appelé **Plumpy’nut®.** Seuls les enfants qui sont très petits ou très malades devront recevoir des soins hospitaliers.

Si vous connaissez un enfant qui semble très maigre ou dont les pieds sont enflés, parlez de ce nouveau traitement à ses parents ou aux autres personnes qui s’occupent de lui. Ils peuvent demander aux voisins s’ils connaissent un agent de santé, un bénévole ou une autre personne qui peut prendre la mesure du bras. Ils peuvent également se rendre directement aux centres de santé suivants n’importe quel jour (les jours de soins sont les suivants) :

* Hôpital de Swedru le lundi
* Centre de santé de Kwanyako le mercredi
* Centre de santé d’Abodom le mercredi
* Centre de santé Nsaba le vendredi
* Centre de santé de Duakwa le vendredi

DOCUMENT 3.9

Actions clés de la mobilisation et de la formation communautaires

| **Quoi ?** | **Pourquoi ?** | **Comment ?** |
| --- | --- | --- |
| **Mettre en place une communication fiable entre les agents de santé et la communauté** | La mise en œuvre de la PCMA dépend de bonnes relations entre les agents de santé et la communauté, tant au début lorsque la PCMA est expliquée que par la suite.  Au départ, des accords doivent être passés avec la communauté concernant les responsabilités conjointes (activités quotidiennes dans les sites PEC MAS ambulatoire, dépistage communautaire, identification des bénévoles, visite de suivi à domicile pour les cas à risque)  Des problèmes peuvent se présenter par la suite (par exemple : abandons, non réponses au traitement, décès précoces ou tardifs) pour lesquels il faudra demander conseil à la communauté pour savoir quelles sont les mesures correctives qui doivent être prises. | * Organiser des réunions d’orientation avant le démarrage pour expliquer le but de la PCMA. * Chercher conseils et engagement auprès des partenaires du secteur de la santé mais aussi auprès d’autres dirigeants influents de la communauté. * Chercher d’autres moyens de diffuser rapidement les messages, sans coût supplémentaire, par exemple les réunions régulières avec les dirigeants influents de la communauté. * Utiliser au maximum le prospectus et ajuster le contenu si nécessaire * Profiter des mécanismes existants pour engager les dirigeants influents de la communauté face aux questions sanitaires locales. |
| **Aider les communautés à choisir les agents d’extension, si nécessaire** | Si des bénévoles sont utilisés pour le dépistage, il est utile de prendre part au processus de sélection – sans pour autant contrôler la sélection – afin que les bénévoles comprennent bien ce qu’ils devront faire par la suite.  Si des ASC sont utilisés, il est également utile de participer pour que les dirigeants influents de la communauté aient une bonne idée de ce qui est nécessaire et que le comité de gestion et les agents de santé soient impliqués. | * Préciser le niveau d’effort attendu de la part des agents d’extension * Expliquer que le besoin de faire du dépistage intensif diminuera après le démarrage, mais qu’un système de dépistage de routine est instauré. * Essayer de recruter des agents d’extension qui   + sont acceptés dans les foyers de tous les membres communautaires   + sont à l’aise pour se déplacer entre les communautés et au sein de celles-ci   + sont des gens de confiance qui traiteront de manière honorable les familles   + sont prêts à aider dans les sites PEC MAS ambulatoire si nécessaire   + ont confiance dans leur capacité à apprendre, s’ils ne savent pas lire |
| **Former des agents d’extension (ASC, bénévoles) pour qu’ils réalisent le dépistage communautaire** | L’évaluation précise des œdèmes bilatéraux et la mesure du périmètre brachial demandent une formation de base.  Il n’est pas toujours facile d’apporter une formation de bonne qualité à un grand nombre d’agents d’extension car il faut une pratique individuelle considérable pour le périmètre brachial.  Ces formations sont souvent la première véritable occasion où les agents d’extension apprennent à propos de leurs nouvelles responsabilités. | * Mettre en place une formation près d’une structure sanitaire avec soins de santé maternels et infantiles ou autre endroit où des enfants de moins de cinq ans sont disponibles pour la pratique. Prendre les dispositions à l’avance avec les mères et/ou accompagnant(e)s des enfants (et offrir un petit cadeau comme une barre de savon pour les remercier). * S’assurer que les critères de référence utilisés par les agents d’extension sont les mêmes que les critères d’admission dans la PCMA pour minimiser le nombre de références qui seront rejetées. * Prévoir suffisamment de temps pour la pratique et la discussion sur les œdèmes bilatéraux et le périmètre brachial. Les thèmes sont les suivants :   + Explication de la PCMA   + Rôle proposé des agents d’extension   + Nombre de cas probables   + Mesure du PB   + Identification des œdèmes bilatéraux   + Procédure de référence   + Bases de notions d’éducation sanitaire et nutritionnelle   + Bases de notions de mobilisation communautaire   + Questions pour confirmer la compréhension de la formation |
| **Engager les partenaires de la société civile** | Mobiliser plus loin que la sphère du secteur de santé peut aider à combler les insuffisances dans la participation communautaire ou dans l’utilisation des soins. | * Communiquer les objectifs et les procédures de la PCMA aux églises, mosquées et organisations à base communautaire (OBC). * Rechercher les possibilités dans leurs activités pour identifier des enfants avec malnutrition. Former des agents d’extension dans d’autres organisations. * Laisser des prospectus pour qu’ils puissent faire passer le même message en communiquant l’information. |

DOCUMENT 3.10

Eléments et organisation en séquence de l’extension communautaire de la PCMA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MODULE 3 | | | | | | |  | MODULE 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Bilan communautaire** |  | **2. Formulation de la stratégie d’extension** |  | **3. Mise au point de messages et de matériel** |  | **4. Mobilisation communautaires et formation** |  | **Suivi et évaluation** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Définir les paramètres |  | Revoir les points clés du bilan communautaire |  | Préparer, tester, revoir et traduire le prospectus |  | Mettre les différentes parties concernées en relation par l’intermédiaire de réunions d’orientation sur la PCMA |  | Suivi régulier des barrières à l’accès, y compris  - Problèmes soulevés par le bilan  - Admissions à la PCMA  - Absences et abandons  - Performance des agents d’extension |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Identifier les agents de santé et les agents d’extension existants |  | Déterminer la méthode qui convient le mieux au dépistage communautaire |  | Mettre au point du matériel pour former les agents d’extension au dépistage communautaire et aux visites de suivi à domicile |  | Aider les communautés à choisir les personnes chargées du dépistage communautaire et des visites de suivi à domicile |  | Visites de supervision dans les structures sanitaires pour revoir  -La coordination  -Les activités de dépistage  -La visite de suivi à domicile |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluer les relations existant entre les structures sanitaires et la communauté |  | Identifier et choisir les personnes chargées du dépistage communautaire et des visites de suivi à domicile |  | Préparer des messages séparés pour les réunions d’orientation avec des dirigeants influents de la communauté et autres partenaires |  | Former la communauté au dépistage communautaire et aux visites de suivi à domicile |  | Consultation périodique entre la communauté et le personnel de santé |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comprendre les contraintes entravant l’accès et la fréquentation de la PCMA |  | Déterminer qui diffusera les messages |  |  |  | Engager les partenaires supplémentaires de la société civile si nécessaire |  | Ajustement des soins, des messages et du matériel sur la base de la consultation et du feedback de la communauté |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Identifier les gardiens et les canaux de communication |  | Créer des rôles pour les partenaires à l’extérieur du système de santé |  |  |  |  |  |  |

DOCUMENT 3.11

Liste de vérification de l’équipe pour les visites sur le terrain pour l’extension communautaire

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTRETIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ** | |
|  | AVIS : |
|  | Traiter avec amabilité les membres communautaires |
|  | Mettre au clair les instructions/explications pour les animateurs |
|  | Utiliser de manière efficace le temps de la communauté et saisir au maximum les possibilités |
|  | Saisir diverses tactiques pour encourager la discussion |
|  | Savoir faire un bon compte rendu écrit de la discussion |
| **QUESTIONS DE L’ENTRETIEN – Basées sur le guide d’entretien qui pourrait être développé suivant le bilan communautaire** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **DISCUSSION ET PLANIFICATION APRÈS L’ENTRETIEN** | |
|  | L’équipe sait identifier les lacunes dans le contenu |
|  | L’équipe sait distinguer les connaissances utiles à partir du matériel brut de l’entretien |
|  | L’équipe sait reconnaître les changements et les améliorations nécessaires à faire dans les guides et procédures des entretiens |
|  | L’équipe sait tirer des conclusions opérationnelles pratiques des points clés de l’entretien |
|  | L’équipe sait déterminer les messages prioritaires et les façonner dans leur forme la plus simple et la plus pertinente |
|  | L’équipe fait preuve d’ une bonne connaissance des étapes à suivre pour concevoir un plan d’action pour la phase de mobilisation |

EXERCICE 3.2

Surmonter les obstacles à la participation communautaire à la PCMA

|  |  |
| --- | --- |
| **Obstacles** | **Qui doit participer ?** |
| Connaissance insuffisante de la malnutrition aiguë |  |
| Connaissance insuffisante de la PCMA |  |
| Mobilisation communautaire trop vaste |  |
| Critères de référence et d’admission ne sont pas alignés |  |
| Aux yeux des traditions médico- culturelles locales, l’émaciation et le gonflement ne sont pas liés à la sous-nutrition |  |
| Stigmatisation de la malnutrition aiguë dans la communauté ou influence des pairs ou des membres de la famille |  |
| Influence des dirigeants influents de la communauté |  |
| Les soins de santé primaires n’ont pas une bonne réputation |  |
| Localisation des sites PEC MAS ambulatoire et hospitalière |  |
| Interruption des mouvements de la main d’œuvre saisonnière |  |

Exercice 3.3

Comparaison des modèles de dépistage communautaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modèle** | **Convient pour** | **Forces** | **Faiblesses** |
| Recherche de cas en porte à porte |  |  |  |
| Recherche de cas dans la communauté (activités continues) |  |  |  |
| Recherche de cas dans la communauté (activités de pointe) |  |  |  |
| Recherche de cas passive |  |  |  |

Exercice 3.4

Fiche de travail : Choix des personnes qui seront chargées de l’extension communautaire

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description des tâches**  (supervisé par) | **Proximité aux cas**  (voit des enfants de < 2 ans) | **Portée de la couverture**  (existe dans chaque communauté ou aire sanitaire) | **Accessible/ se prête à la formation** | **Peut accepter des tâches supplémen-taires** | **Peut apprendre à mesurer le PB** | **Demande peu/pas d’argent supplémen-taire** | **Accepté dans toutes les parties de la communauté** (pour le porte-à-porte et visite à domicile) |
| 1. **Agents de santé d’extension communautaire (par ex, ASC, bénévoles)** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Autres agents d’extension et bénévoles** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Dirigeants influents de la communauté** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |