

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION DE LA NUTRITION

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice



RECUEIL DES BONNES PRATIQUES

EDITION DE 2023

Avril 2024

Introduction

La malnutrition demeure un problème de santé publique au Burkina Faso malgré les efforts consentis par le gouvernement et ses partenaires. En effet, la prévalence du retard de croissance est passée de 35,1% en 2009 à 21,6% en 2021 et celle de l'émaciation est passée de 11,3% en 2009 à 9,7% en 2021¹. Par ailleurs, les carences en micronutriments présentent un niveau relativement préoccupant. L'anémie touche 56% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans et 72% chez les enfants de moins de 5 ans. Aussi, 49% des enfants de moins de 5 ans présentent une carence en vitamine A².

La lutte contre ce fléau nécessite la conjugaison d'efforts émanant de tous les secteurs menant des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Ainsi, les structures étatiques, les partenaires techniques et financiers (PTF), les ONG et associations développent des interventions dans le secteur de la santé, l'agriculture, le WASH, l'éducation, ...

Cependant, la plupart du temps, ces interventions qui pourraient être des bonnes pratiques sont circonscrites à une communauté, une localité et ne sont pas documentées, ni partagées avec les autres acteurs. Pour y remédier, un atelier de partage des bonnes pratiques a été organisé en septembre 2022 par la Direction de la Nutrition (DN), avec l'appui technique et financier de USAID à travers son projet Advancing Nutrition afin de permettre aux acteurs de partager leurs bonnes pratiques. L'une des recommandations de cet atelier était la nécessité d'avoir une approche standardisée et une méthodologie rigoureuse de sélection de BPN. En prélude à la tenue de l'atelier de partage des bonnes pratiques en 2023, plusieurs étapes ont été suivies notamment l'identification des critères de sélection, la mise en place d'un comité de sélection, la sélection des BPN...

Le présent document est un recueil des bonnes pratiques partagées en 2023.

¹ MSHP (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique), Rapport de l'Enquête nutritionnelle nationale 2021

² MSHP (Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique), Rapport de l'Enquête nationale sur les micronutriments 2020



BONNES PRATIQUES DE L'ONG PANAFRICARE





USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



INTITULE DU PROJET :

PROJET D'ACTION CONTRE LA MALNUTRITION DANS LE CENTRE-OUEST (SANGUIE) (PAMCO/BF)

Nom de la pratique ou l'approche : **Approche « MAMANS LUMIERES » Stratégie FARN**

Domaine d'intervention : **Santé-Nutrition**



A. Description de la bonne pratique

I. Contexte et justification

La région du Centre-Ouest connaît une persistance de la malnutrition depuis ces 5 dernières années. Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle de 2021, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (sans la région du Sahel) était de 9,7% au niveau national. Dans la région du Centre-Ouest, la malnutrition aigüe s'est établie à 10,2% avec des disparités entre les provinces. La province du Sangué présentait la plus forte prévalence de la Malnutrition Aiguë (MA) estimée à 12,1% supérieur au seuil de classification de l'OMS, suivi de la province du Boulkiemdé (11,2%), du Ziro (10,3%), et de la Sissili (6,7%). Cette province malgré une situation pluviométrique et une disponibilité alimentaire acceptable présentait par ailleurs, de faibles taux en matière d'indicateurs de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) dans la région du Centre-Ouest.



C'est dans ce contexte que PanAfricare Burkina a reçu un financement pour la mise en œuvre de son Projet d'Action Contre la Malnutrition dans le Centre-Ouest (PAMCO) dans la province du Sanguié. Ce projet qui s'inscrit en droite ligne avec les plans et politiques nationale

en matière de nutrition, entre dans le cadre du programme de subvention de NPI (New Partnerships Initiative) de l'USAID Advancing Nutrition mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. en collaboration avec PanAfricare.

D'une durée de 27 mois, le projet a été lancé en mi-2021 et se terminera en fin août 2023. Doté d'un budget de \$ 300 000 (soit 162 255 000 FCFA), le PAMCO a ambitionné de « Contribuer à la prévention la sous-nutrition chez les enfants de 0 à 59 mois » et les femmes enceintes à travers le renforcement des stratégies à base communautaire dont les GASPA, la stratégie PB à domicile et les Foyers d'Apprentissage et de Récupération Nutritionnelle (FARN) dans la région du Centre-Ouest plus spécifiquement dans la province du Sanguié et a couverts l'ensemble des 10 communes de la province dont Dassa, Didyr, Godyr, Kordié, Kyon, Pouni, Réo, Tenado, Zamo, Zawara.

Groupe cible concerné selon cette approche :

Les enfants malnutris aigus modérées de 6 à 36 mois

La justification des enfants de 6-36 mois :

L'approche foyer s'intéresse spécifiquement aux enfants dans la tranche d'âge de 6 à 36 mois à cause du fait que c'est autour du premier anniversaire de la vie que survient la malnutrition chez les enfants. Les résultats de l'enquête de base et les données issues de la pesée mensuelles des enfants de 0 – 59 mois ont montré que la prévalence de la malnutrition dans la zone du projet comme partout ailleurs au Burkina est importante et varie entre 6 à 36 mois. En effet à partir de l'âge de 6 mois le lait maternel ne suffit plus à couvrir les besoins nutritionnels du nouveau-né d'une part, et l'alimentation de complément n'est pas adaptée à ses besoins. C'est à partir de cet âge que la discordance apparaît entre les besoins réels de l'enfant et ce qu'il bénéficie en matière d'alimentation. Par ailleurs, l'un des principaux indicateurs d'impact est le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans. Pour constater des changements importants sur cet indicateur, les interventions nutritionnelles doivent toucher les enfants surtout avant l'âge de 24 mois. De ce fait, les enfants visés par le programme FARN ont été ceux âgés de 6 à 36 mois.

Principe fondamental du FARN est la réhabilitation nutritionnelle des enfants mal nourris au niveau de leur propre communauté en utilisant les ressources locales disponibles. Les pratiques et comportements à promouvoir sont choisis à partir d'une petite investigation locale chez certaines mères pauvres qui ont les enfants bien nourris dans cette même communauté ou dans le voisinage.

Les collaborateurs et les partenaires de mise en œuvre :Au cours de la mise en œuvre des activités du projet PAMCO, les partenaires qui ont facilité la mise en œuvre de cette activité sont: la Direction de la Nutrition (DN), la Direction Régionale de la Santé du Centre-Ouest (DRS-CO), l'Equipe du District Sanitaire de Réo et Tenado, les Infirmiers Chefs de postes (ICP), les Agents de Santé à Base Communautaires (ASBC), Les personnes ressources communautaires en Nutrition (PRCN), les mères modèles (ML), la Direction Provinciale de l'Agriculture (DPAAHM), les Maires ou présidents de la délégation spéciale, le Haut-commissaire de la province du Sanguié.

Bailleurs de fonds : La mise en œuvre de ce projet a été possible grâce à USAID Advancing Nutrition mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc.

Aspects innovants apportés par l'approche : La mise en place de ces foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (FARN) est un cadre de diffusion des

bonnes pratiques nutritionnelles et de prise en charge des enfants MAM. Ceci est considéré comme une innovation majeure au sein des communautés ciblées, car cette récupération de MAM par des aliments locaux disponibles à travers les FARNs dans leurs villages, accompagnés de visite et suivi à domicile, ne faisait pas partie du système de santé et de soins auparavant. Dans les formations sanitaires, il n'existait cependant pas de dispositif de prise en charge nutritionnelle des enfants MAM. Cette stratégie a été mise en œuvre par PanAfricare depuis fort longtemps. Elle a été une solution pour la prise en charge des enfants MAM et un appui au plan national qui ont des difficultés à fournir des compléments nutritionnels pour les enfants MAM dans la province du Sanguié.

II. Objectifs visés

Objectif général :

Démontrer aux communautés de la province du Sanguié comment récupérer des enfants de 6 à 36 mois souffrant de Malnutris Aiguë Modérée (MAM) à partir des produits locaux disponibles.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Réhabiliter les enfants malnutris de 6 à 59 mois à partir des produits locaux ;
- ✓ Prévenir les cas de malnutrition sévère dans la communauté ;
- ✓ Promouvoir un changement de comportement durable en matière de santé et de nutrition au niveau de la communauté en améliorant leurs connaissances dans ces domaines ;
- ✓ Valoriser l'utilisation des produits locaux dans les pratiques alimentaires des ménages ;
- ✓ Accroître la capacité et la responsabilité de la communauté dans la résolution de ses propres problèmes de nutrition.

III. Description de la bonne pratique

Le foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) est une intervention nutritionnelle qui commence la réhabilitation des enfants mal nourris (6-36 mois) par leurs propres mères dans le foyer d'une mère voisine et volontaire en utilisant les produits locaux disponibles pendant 12 jours au foyer et 2 mois de suivi à domicile.

Les Mamans lumières sont des mères bénévoles identifiées comme « **déviantes positives** » et reconnues par leur communauté en tant que tels. Elles ont des pratiques favorables à la santé ; un **modèle positif en nutrition** au sein des villages. Ces mères bénévoles ont été outillées à l'animation et à la gestion des FARN à travers des formations sur les démonstrations culinaires, bonnes pratiques d'hygiène, dépistage de la malnutrition avec la mesure du PB.

La réhabilitation s'est basée sur deux composantes La composante nutritionnelle et la composante additionnelle :

- La composante nutritionnelle consiste en une récupération nutritionnelle des malnutris modérées (MAM) au sein des communautés dans un délai limité (12 jours) à travers des démonstrations culinaires à base des produits locaux disponibles et 2 mois de suivi à domicile et ;

Critères d'admission à la séance des foyers

- Enfant malnutris modéré (PB au jaune et P/T compris entre -2 et -3)
-6 à 36mois
- La composante additionnelle consiste à des causeries éducatives à l'endroit des mères sur des thématiques identifiées avec la communauté.
- Le suivi pendant le foyer : le premier jour du foyer débute par une pesée de tous les enfants admis réalisé par les agents de santé ayant pour but de relever le poids initial de chaque enfant avant qu'il commence à bénéficier des effets du foyer. Les enfants sont suivis chaque jour pendant les 12 jours que dure le foyer à l'aide d'une fiche (cf fiche de suivi au foyer et après le foyer). Chaque enfant conserve le numéro qui lui est attribué le premier pendant le suivi au foyer et même après le foyer. Au 13^{ème} jour du foyer tous les enfants sont de nouveau pesés et le gain de poids est interprété suivant les normes ci-après :
 - Gain ≥ 400gr : Rattrapage de croissance ;
 - 200 g ≤ Gain < 400gr : Croissance adéquate ;
 - Gain < 200 gr : Echec de croissance.

Critères de sortie à la séance des foyers

Enfant guéris de MAM (PB au vert et P/T compris entre -1 et -2)

La procédure de mise en place est structurée en trois phases :

- **La phase préparatoire** a consisté à former les mamans lumières ou mères modèles de la communauté sur l'animation et la gestion des FARNs et sur une bonne réhabilitation nutritionnelle. La formation de la maman lumière est une

étape primordiale qui garantit la réussite de l'approche. Elle vise à renforcer les capacités de la mère à transférer ses connaissances et bonnes pratiques aux autres mères avec beaucoup d'efficacité et de finesse. Cette formation porte sur les thèmes identifiés et les messages à délivrer et prend en compte la notion des bonnes pratiques alimentaires, des bonnes pratiques de soins et des bonnes pratiques de recherche de santé ou soins dans l'alimentation de l'enfant.

- **Phase de conduite** : elle consiste à mieux outiller les bénéficiaires des FARNS sur les techniques de démonstrations culinaires à base des produits locaux disponibles pendant 12 jours au cours desquelles des causeries éducatives sur les bonnes pratiques alimentaires, les pratiques de soins et de recherche de santé sont véhiculées aux mères d'enfants malnutris admis au FARN par les mamans lumières (ML). Les différents sujets de causeries inclus :
 - Hygiène alimentaire, corporelle et de l'eau ;
 - Le suivi de la croissance ;
 - L'ANJE (Bonnes pratiques d'allaitement, l'alimentation supplémentaire) ;
 - Paludisme et diarrhées (cause, conséquence et prévention).

En plus, la dernière étape de la phase de conduite se focalise sur le partage et la prise de la bouillie enrichie assaisonnée avec les fruits secs (poudre de néré, pain de singe, détarium, moringa, jujube). Le résumé des recettes réalisées (recettes fournies par la Direction de la Nutrition (DN))

- Bouillie de petit mil enrichie à la pâte d'arachide et aux œufs ;
- Bouillie de sorgho enrichie au poisson et au pain de singe et des oranges ;
- Purée de haricot avec des brisures de maïs jaune assaisonnée à l'huile.

- **Phase de suivi après le foyer**, après le foyer, les mères participantes continuent chez elles la pratique des bons comportements alimentaires, de soins et d'hygiène. La ML est encouragée à faire des visites à domicile dans les familles des participantes pendant deux mois après la session de réhabilitation. Cette visite a pour but d'encourager les mères à pratiquer ce qu'elles ont appris durant la session et d'observer s'il y a des obstacles à la pratique de nouvelles habitudes. Les enfants sont pesés 1 mois après le foyer et le poids est interprété de la manière suivante :

- 01 mois après le FARN :

Gain ≥ 400gr : Rattrapage de croissance

200 gr ≤ Gain < 400gr : Croissance adéquate

Gain < 200 gr : Echec de croissance.

➤ 2mois après le FARN :

Gain ≥ 700gr : Rattrapage de croissance

200 ≤ Gain < 700gr : Croissance adéquate

Gain < 200 gr : Echec de croissance

Critères de sortie à la séance des foyers

Enfant guéris de MAM (PB au vert et P/T compris entre -1 et -2)

Le cout des intrants pour la réalisation des FARNs est estimé à 540 000fr et celui des kits de démonstration culinaires à 564 500fr avec plus de détail dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 1 : Cout des intrants pour les FARNs

#	Description	Unité	Quantité	Prix unitaire estimé	Prix total estimé
1	Sorgho	Sac de 100kg	2	29 000	
2	Petit mil	Sac de 100kg	2	34 000	
3	Arachide	Sac de 50kg	2	37 500	
4	Soja	Sac de 40kg	2	16 000	
5	Niébé	Sac de 50kg	2	17 000	
6	Poisson sec	Kg	30	3 000	
7	Bidon d'huile	Bidon de 1l	30	1 500	
8	Sucre	Kg paquets	30	850	
9	Sel	Bidon	30	1 000	
10	Fruit sec	Unité	30	1 000	
11	Savon citec	Unité boule	30	250	
12	Torchon	Unité	30	500	
Budget intrants FARN: 540 000fCFA avec une variation du prix en fonction de la saison					

Tableau 1 : Cout du matériel pour les FARNs

Equipements collectifs pour démonstrations culinaires	Quantité à doter par village	Nombre de village FARN	Quantité de kit de démonstration culinaire
Assiettes grandes pour tri	2	30	60
Bassine de 30 litres	1	30	30
Bouilloires	2	30	60
Gobelet 1 litre	2	30	60
Grands plats	1	30	30
Louche de cuisine	1	30	30
Louche petite	1	30	30
Marmite + couvercle	2	30	60
Panier maïs	1	30	30
Petit écumoire	1	30	30
Plats moyens couvercle	2	30	60
Seau+ couvercle cuisine	1	30	30
Cuillère	20	30	600
Tamis fin	1	30	30
Bols	20	30	600
Couteau	1	30	30
Spatule en bois	1	30	30
Budget E1: Enriched porridge cooking and preparation demonstration kit: 564 500fr CFA			

IV. Défis/Difficultés/constraintes

1. Difficultés

- ✓ Participation irrégulière de certaines mères d'enfants malnutris durant les 12 jours ;
- ✓ Absence de foyer pour la préparation des bouillies enrichies ;
- ✓ Risque de dépendance au repas supplémentaire distribué au foyer
- ✓ Le processus de récupération de certains enfants peut prendre du temps et même souvent rencontré des échecs ;
- ✓ Difficultés dans la mise en œuvre des FARNs, la non implication de certains acteurs.

2. Solutions adoptées face aux difficultés

- ✓ La mobilisation des mères d'enfants malnutris à travers des visites à domicile par les ML
- ✓ Construction des foyers améliorées en hauteur contre le vent et la poussière ;
- ✓ La réussite de la mise en place des FARNs - nécessite une bonne communication et l'implication des acteurs techniques et locaux

Défis rencontrés : non implication des maris

Stratégie utilisée : Approche “Genre et la Nutrition” à travers le Renforcement des Capacités des Acteurs communautaires

Constat :

Faible implication des maris dans la lutte contre la malnutrition bien qu'ils soient les acteurs clefs de cette lutte de par leur pouvoir d'achat et leur autorité dans la gestion des stocks de sécurité alimentaire

Objectif de l'approche :

Améliorer les connaissances des maris sur les bonnes pratiques nutritionnelles et la prise en compte du Genre dans la lutte contre la malnutrition dans les foyers.

Eléments clés de l'approche

- ✓ Communication sur l'intégration du genre en milieu communautaire
- ✓ Importance et inclusion de l'approche genre dans la nutrition
- ✓ L'apport des maris dans l'adoption des bonnes pratiques en matière de nutrition

- ✓ Contribution des autorités locales et techniques pour la pérennisation des bonnes pratiques en matière de nutrition.

V. Résultats et impacts

Résultats après la mise en place des FARN durant les 12 jours dans la province du Sanguié

Au **premier cycle**, sur 368 enfants admis dans les FARNs, 316 enfants ont eu un gain de poids supérieur à 200g à la fin du foyer et 50 enfants ont eu un poids stable. Et au **second cycle**, 249 enfants MAM admis dont 240 ont eu une croissance adéquate et 09 un poids stable (échec de croissance). Au total 617 enfants ont été réhabilités. Après les 12 jours au FARN, le suivi à domicile des enfants qui ont eu une croissance adéquate et un échec se poursuivent pour s'assurer de la récupération totale de ses enfants.

Résultats de l'Évolution Pondérale des enfants après les 02 mois de suivi à domicile

- ✓ Nombre d'enfants ayant perdu du poids lors des FARN : **00**
- ✓ Nombre d'enfants ayant eu un poids stationnaire lors des FARN : **00**
- ✓ Nombre total d'enfants admis dans les FARNs : **617**
- ✓ Nombre d'abandons : **17**
- ✓ Nombre d'enfants ayant eu une croissance adéquate dont le gain de poids est compris entre 200 et 700 grammes : **600**
- ✓ Nombre d'enfants dont le z-score est de -1 : **315**
- ✓ Nombre d'enfants dont le z-score est de -2 : **285**

Résumé : sur 45 FARNs prévues, 40 ont été réalisés et les 05 non réalisés pour des raisons sécuritaires dans la localité ayant entraîné une mobilité des communautés. La mise en œuvre des deux cycles FARN ont permis de réhabiliter 617 enfants dont 337(172 filles et 165 garçons) à Tenado et 280 (144 filles et 136 garçons) à Réo soit 316 filles et 301 garçons dans les deux districts au bout des 12 Jours.

Après les deux mois de suivi à domicile dans la province du Sanguié, 600 enfants soit 306 filles et 294 garçons ont été guéris soit un taux de guérison de près de 97% de la malnutrition aigüe modérée. La durée moyenne de guérison est d'au moins 3 mois. Les 17 autres enfants sont des abandons constatés au premier cycle lors des suivis à domicile due à un changement de localité suite à la situation sécuritaire.

VI. Facteurs de réussite et enseignements tirés

1. Facteurs de réussite

- ✓ Mise en œuvre d'une bonne pratique nutritionnelle à base de produits locaux disponible dans la communauté ;
- ✓ Réhabilitation nutritionnelle des MAM uniquement à partir des intrants locaux disponible ;
- ✓ Changement de comportements de certains maris à l'égard de leur femme dans la gestion des ressources au sein des ménages.

2. Leçons apprises

- ✓ La réussite du dépistage des MAM- nécessite une bonne communication et l'implication des acteurs techniques et locaux ;
- ✓ L'implication des maris facilite la mobilisation des femmes et l'adoption des bonnes pratiques en matière de nutrition ;
- ✓ L'implication des chefs de famille, des chefs de villages donne plus de succès à la mise en œuvre des FARNs à travers une forte mobilisation ;
- ✓ L'inclusion de l'approche genre a un impact positif dans la mise en œuvre des FARNs et dans la lutte contre la malnutrition ;
- ✓ L'implication des agents techniques de santé favorise la mise en place des FARNs et la réhabilitation nutritionnelle pendant les 12 jours ;
- ✓ Le changement de comportement est un processus qui dure et l'analyse des barrières est indispensables à la réussite du processus de réhabilitation nutritionnelle des enfants MAM.

VII. Potentiels de mise en œuvre

Les différentes potentialités de la mise en œuvre des FARNs sont entre autres :

- ✓ L'existence des aliments locaux au sein de la communauté ;
- ✓ La revalorisation des produits locaux ;
- ✓ La disponibilité des mères volontaires ;
- ✓ La participation des ASBC ;
- ✓ L'implication des agents de santé, des acteurs techniques et locaux.

Conclusion

La mise en place des FARNs combiné à l'approche Genre et Nutrition a été une bonne expérience ayant permis de capitaliser des acquis dans la lutte contre la malnutrition. L'approche Genre-Nutrition et le FARN a touché plus de mille maris sensibilisés, et des mères outillées sur les bonnes pratiques de réhabilitation des enfants malnutris avec des aliments locaux a guéris 600 enfants sur 617 admis dans 40 FARNs soit un taux de guérison de près de 97%.

Un changement sur la contribution des maris à la mise en œuvre des bonnes pratiques nutritionnelle commence à s'opérer dans certaines familles.

Ceci constitue leur espoir pour contribuer efficacement à la lutte contre ce fléau dans cette province dotée de potentialités nutritionnelles mais qui présente des indicateurs de la malnutrition alarmante.

B. Référence sur la bonne pratique

- Documents de référence et support, vidéo ou autres sur la bonne pratique***
- ✓ Africare Guinée - Rapport de l'Atelier National sur le Foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle (Hearth Nutrition Model), 11- 15 Octobre 1999. Guinée/Conakry.
- ✓ Ministère de la Santé (MS) / Service National de l'Alimentation et de la Nutrition - Approche des foyers d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle utilisant la positive déviance- Décembre 2001. République du Sénégal.
- ✓ Africare Food Security Review, No. 12, March 2008. The Success of the Hearth Model in Guinea. Maslowsky et al
- Noms et email des personnes ayant servi à renseigner le canevas :***
- ✓ Hubert BADIEL, Directeur Pays PanAfricare, email: hbadiel@panafricare.org
- ✓ P Mamouna SIMPORE, Coordinatrice du projet, email : pmsimpore@panafricare.org

ICONOGRAPHIE



Préparation de la bouillie enrichie pendant les 12jours au FARNs



Prise de bouillie enrichie à Laba DS Tenado



29/04/2013 à LABA



29/04/2013 à LABA



Séance de démonstration culinaire foyer de Batatiolo, DS Tenado



Prise de bouillie enrichie commune à Batatiolo, DS de Tenado



16/07/2013 à Batatiolo



29/04/2013 à Batatiolo
Suivi à domicile 02 mois après les FARNs

Présentation de la bonne pratique expérimentée par le Programme alimentaire Mondial (PAM)

A. Description de la bonne pratique



Intitulé du projet/programme : Programme conjoint sahel en réponse aux défis Covid-19, conflits et changements climatiques (SD3C-G5 SAHEL + SENEGAL)

Nom de la pratique ou de l'approche : Le Jardin porte-bonheur, un moyen de lutte contre la malnutrition

Domaine d'intervention : Sécurité alimentaire, diversification alimentaire

Photo illustrative de l'expérience capitalisée



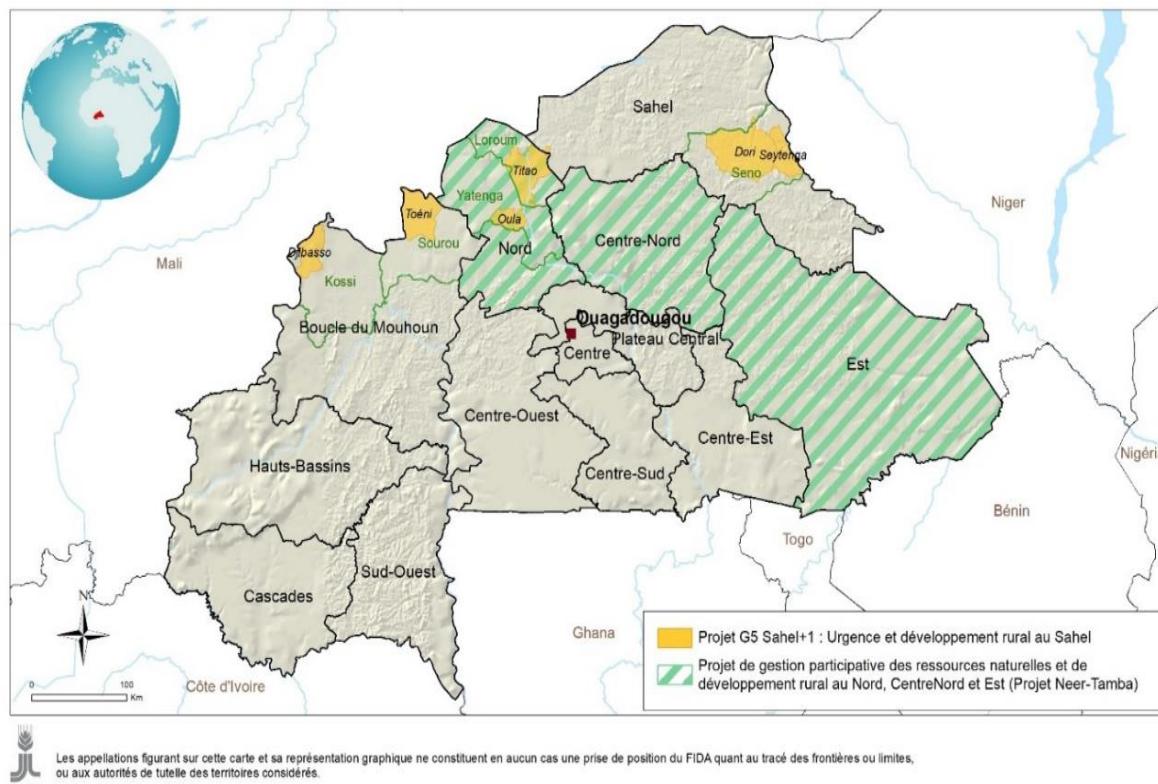
I. Contexte et justification

Le JPB est une expérience introduite au Burkina Faso par le PAM faisant suite aux besoins des communautés de diversifier leur alimentation au regard d'un contexte marqué par la faible production agricole et l'insuffisance des points d'eau pour les cultures de contre saison. Il a été inscrit dans les plans d'action communautaires lors des Planifications communautaires participatives (PCP) qui s'inscrit dans la vision de SD3C d « 'augmenter la productivité et la production agricole par des pratiques technologiques innovantes et résilientes au climat ».

II. Zone et période de mise en œuvre

L'expérience de Jardin Porte Bonheur (JPB) s'est déroulée au Burkina Faso dans la région du Sahel plus précisément au niveau des communes de Dori et de Seytenga.

Six villages ont été concernés à savoir Foufou, Seytenga, Wouro-daka à Seytenga et Kompiti, Torodi, Boudouguel à Dori. Elle s'est déroulée dans le cadre de la mise en œuvre des activités du programme conjoint sahel en réponse aux défis covid-19, conflits et changements climatiques (SD3C-G5 Sahel + Sénégal). L'approche été développée en 2022 par le PAM, avec l'appui de l'ensemble des parties prenantes.



Carte1 : Zone d'intervention du programme

III. Groupe cible concerné par la bonne pratique ou l'approche

Petits producteurs, en particulier les hommes, femmes, jeunes, enfants et les PDI vivants en zones transfrontalières.

IV. Les collaborateurs et Partenaires de mise en œuvre

Les parties prenantes de l'expérience se composent essentiellement des communautés bénéficiaires, des services techniques déconcentrés (STD) des Ministères en charge du développement rural, de l'Association des communicateurs pour le changement de comportement et de développement (ACCOD) Sahel, le PAM, le SD3C et les collectivités locales.

V. Bailleur de fonds

Le financement de l'activité est assuré par le PAM à travers le budget SD3C.

VI. Problèmes à résoudre, défis initiaux

Cette technique de production a été initiée au Burkina Faso en 2020 dans les activités de Food for assets (FFA) du PAM au début de la pandémie de la COVID-19 (fermeture des marchés, des frontières et interdiction de rassemblement communautaire), pour permettre aux communautés d'être plus autonomes en termes de disponibilité en produits maraîchers et d'être plus résilientes face aux restrictions sanitaires.

Aspects innovants apportés par la bonne pratique

Aussi appelé KEYHOLE GARDEN, le JPB est un concept d'origine Ougandaise (Afrique de l'Est) développé dans les années 2000. Il est implanté dans des zones arides (faible pluviométrie, sol pauvre). Ce jardin utilise moins d'eau, favorise un sol riche en nutriments et offre plus de rendement qu'un jardin standard.

VII. Objectifs visés par l'approche

Objectif général

L'objectif global de l'approche est de constituer dans le long terme, des stocks de produits maraîchers pour la consommation en vue d'améliorer la situation nutritionnelle et alimentaire des ménages.

Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- disponibiliser des légumes frais tout au long des saisons ;
- améliorer la qualité des repas au sein des ménages;
- diversifier la composition des repas au sein des ménages;
- stimuler la production maraîchère au niveau ménage.

VIII. Description de la bonne pratique

Brève présentation du jardin porte bonheur (JPB)

Le Jardin porte bonheur (JPB) est un aménagement adapté, implanté au sein des ménages en vue d'une production maraîchère diversifiée en toute saison. Il est d'une superficie d'environ de 6-10 m², bâti en matériaux locaux.

Etapes de mise en œuvre

- Etape1 : Identification des problèmes et besoins prioritaires de la communauté à travers la planification communautaire participative (PCP)
- Etape2 : Socialisation (ciblage des couches vulnérables et mise en place des comités, suivi des activités)
- Etape3 : Dotation de kit (petit matériel)
- Etape4 : Réalisation du JPB
- Etape5 : Suivi et entretien (service techniques et communautés)
- Etape6 : Récolte/consommation

Le rôle des parties prenantes dans la mise en œuvre de la technique se résume comme suit :

Partenaires	Rôles
MARAH	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage de programme ; • Supervision des activités ;
Collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> • Appuis à organisation des planifications communautaires participative • Participation aux activités de suivi
PAM	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique aux services déconcentrés et organisations de la société civile sur la diffusion des bonnes pratiques ; • Met à la disposition les fonds nécessaires à la mise en œuvre du JPB • Supervision la mise en œuvre du JPB
Services techniques déconcentrés et ACCOD-Sahel	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance et supervision technique des activités dans leur domaines de compétences ; • Contribution à l'optimisation du dispositif ; • Organisation bénéficiaire • Diffusion des bonnes pratiques
Bénéficiaires (Comité de ciblage, Comité de gestion, comité de plainte et ménage)	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation et exploitation du jardin porte bonheur ; • Contribution à l'optimisation du dispositif ; • Contribution à la diffusion du jardin porte bonheur dans la communauté ; • Régule le fonctionnement du dispositif

Les techniques /technologie et outils utilisés lors de la mise en œuvre de la bonne pratique

Outils : petits équipements (pelles, brouette, pioche, binette, daba, arrosoirs) et des semences

Technique/technologie

Fait en matériaux locaux et facile d'entretien, le JPB est composé d'un composteur situé au centre du potager dans lequel les bio-déchets se transformeront en nutriments pour une croissance rapide des légumes. Il permet également de propager l'humidité nécessaire à l'ensemble de l'espace de plantation. Le dispositif final doit être de forme conique

Pour sa technique de réalisation, il faut :

- Délimiter une zone appropriée d'une superficie moyenne de 6-10 m² ;
- Réaliser un cercle d'un rayon de 1,5 m ;
- Monter un muret sur la périphérie du cercle extérieur. Le muret doit avoir une hauteur de 60-80 cm à la hauteur du trou de serrure et de 80 cm à 1m à sa droite ;
- Planter au centre de la structure 8 piquets d'une hauteur de 1,6 m à un espacement de 20 cm sur le périmètre. Bien enfonder les piquets pour qu'ils se tiennent droit ;
- Passer un grillage pour former une colonne cylindrique qui servira à accueillir la cheminée d'humidification. Cette cheminée est constituée de rameaux de bois, difficilement décomposable, enfouis profondément jusqu'à la base et débordés d'environ 20 cm ;
- Remplir l'intérieur du grand cylindre avec les matériaux disponibles (terres arables, compost) ;
- Bien tasser et bien remplir la base pour éviter tout tassement ultérieur ;
- Arroser abondamment chaque couche de terre jusqu'à la hauteur souhaitée. Le dispositif final doit être de forme conique (cf. Photo ci-dessous).

	
Photo 1 : Délimitation du contour du muret	Photo 2 : Réalisation du muret à l'aide de brique en terre
	
Photo 3 : Plantation de la structure du centre	Photo 4 : Remplissage du grand cylindre et arrosage des différentes couches

La méthode de suivi et d'évaluation utilisée dans le cadre de la bonne pratique

- ✓ Approche Planification Communautaire Participative (PCP) dans la programmation des activités ;
- ✓ Les rapports de mission conjointes de supervision ;
- ✓ Les rapports des partenaires de mise en œuvre ;
- ✓ Note de capitalisation de l'expérience ;
- ✓ Comité de plainte.

Le coût de l'approche : développement, mise en place, maintenance/durabilité la technique ou technologie.

Un kit constitué de grillage, arrosoir, pioche, pelle, binette et de semences est mis à la disposition des bénéficiaires. Les bénéficiaires apportent une contribution en nature composée de briques, pailles, terre arable et compost. **Le coût total pour la réalisation d'un JPB a été estimé à 95 000 F CFA en 2022 par le PAM.** Ce coût prend en compte l'apport local des bénéficiaires à hauteur de 20% du montant global.

IX. Défis/Difficultés/Contraintes

1. Les défis majeurs à relever pour une mise en œuvre efficace du JPB sont :

- ✓ La disponibilité de l'eau et sa priorisation entre l'abreuvement des animaux, les besoins du ménage et ceux du jardin ;
- ✓ La sécurisation des sites pour éviter les dégâts des animaux domestiques
- ✓ la disponibilité des semences maraîchères.

2. Les solutions adoptées pour faire face aux défis, difficultés et contraintes

- ✓ Mettre à contribution les eaux (rinçage lors de la préparation des mets, lavage du visage au réveil, captage des eaux de pluies etc.) pour l'arrosage du jardin
- ✓ Mise en place d'un dispositif de coût partagé pour l'acquisition des grillages de protection du JPB ;
- ✓ Prioriser les achats groupés lors de l'acquisition en semence
- ✓ Mettre à contribution les producteurs semenciers au niveau local pour faciliter la disponibilité des semences maraîchères.

X. Résultats et impacts

1. Présentation des résultats qualitatifs et quantitatifs

La mise en œuvre des JPB dans la région du Sahel en 2022, a permis de :

- Réaliser 78 jardins porte bonheur au profit de 78 ménages composés de 846 personnes dont 217 hommes, 251 femmes, 154 jeunes et 224 enfants. Le nombre de PDI était de 169 personnes.
- Produire 2 691 Kg de produits maraîchers toutes spéculations confondues (tomate, aubergine, choux, oignon, etc.) ;
- Diversifier l'alimentation d'au moins 846 personnes vulnérables.

2. Description des changements provenant de l'application de l'expérience capitalisée

Les changements provenant de l'expérience JPB au sein des communautés :

- Forte implication des communautés dans la Gouvernance et la coordination du dispositif à travers la mise en place et le fonctionnement des comités de plainte, les STD et le partenaire opérationnel.
- Autonomie du ménage bénéficiaire à travers la réalisation de son jardin, des spéculations à produire et l'entretien régulier de l'ouvrage et des plants. Le ménage peut faire recours au comité de gestion et au comité de plainte qui sont mis en place au sein de la communauté en cas de difficulté. Le ménage peut faire également recours aux STD pour un encadrement technique en lien avec l'expérience. Le renforcement de la cohésion sociale et l'entraide au sein du ménage à travers la forte implication de tous les membres du ménage dans réalisation et l'entretien du JPB.

XI. Facteurs de réussite et enseignements tirés

1. Facteurs de réussite

Originalité de l'expérience - Le muret était au paravent réalisé à l'aide de matériaux en bois ou en pierre. Le PAM a apporté une innovation à travers l'utilisation de briques en terre battue qui sont plus adaptées, économique et respectueuse de l'environnement. Par ailleurs, l'ouvrage n'était pas protégé, il a été introduit l'installation d'une mini clôture grillagée/secco pour protéger les cultures contre les dégâts des animaux domestiques.

	
Modèle original	Modèle adapté

- La technique de réalisation de l'ouvrage est facile et maitrisable par les communautés ;
- L'introduction de l'activité de maraîchage aux communautés rurales dont leurs principales activités est la production agricole et l'élevage ;

- Le rapprochement de l'ouvrage au niveau des ménages ;
- Il permet d'offrir des légumes frais en toute saison, améliorant ainsi la valeur nutritionnelle des aliments des ménages ;
- La facilité d'adoption par les communautés surtout les femmes ;
- La maîtrise et la bonne gestion en eau du modèle, facilitent son adhésion dans le milieu rural ou la question d'eau est problématique ;
- La disponibilité des matériaux de réalisation de l'ouvrage au niveau local ;
- Le faible coût de l'ouvrage ;
- Le caractère individuel et non collectif du JPB.

2. Enseignements tirés

Ce qu'il faut renforcer :

- Renforcer les capacités les producteurs semenciers au niveau local pour faciliter l'accès aux semences
- Renforcer l'accessibilité aux semences par la mise en place des points de vente des semences
- Renforcer les capacités des bénéficiaires à faire face aux maladies phytosanitaires sans les pesticides de synthèse ;

Ce qui a bien marché :

- Adhésion de l'ensemble des parties prenantes lors de la tenue des PCP
- Contribution en nature dans bénéficiaires (à la hauteur de 20%) dans la réalisation du JPB
- Approche ménage permettant de responsabiliser les bénéficiaires
- Appuis techniques des STD dans encadrement et le suivi de la MEO des JPB
- Stimulation de la production maraîchère et la consommation des légumes frais au sein des ménages

Ce qu'il faut éviter :

- La non-implication des communautés à la base
- La faible implication des STD des secteurs de l'agriculture et de la santé.

Les questions qui restent à approfondir/explorer :

Réalisation d'une étude approfondie sur la contribution du JPB dans l'amélioration et/ou diversification des repas au niveau des ménages.

Les opportunités, etc...pour mieux réussir :

- Disponibilité des matériaux de réalisation de l'ouvrage au niveau local
- Existence de model de JPB pour service de cas d'école
- Disponibilité des personnes ressources (STD) et les compétences disponibles au niveau communautaire ayant déjà réaliser l'approche

3. Stratégies développées pour assurer la durabilité, l'appropriation et le leadership au niveau des groupes cibles bénéficiaires de la bonne pratique

En termes de durabilité, on peut citer les actions suivantes :

- L'appropriation des techniques de réalisation des jardins porte bonheur et l'adhésion communautaire ;
- La connaissance de l'importance de la consommation des produits frais à circuit court ;
- La faible demande en eau ainsi que l'utilisation des matériaux locaux de réalisation de l'ouvrage permettent sa pérennité ;
- L'existence d'une gouvernance locale (comité de gestion et de plainte) pour la gestion et le règlement des éventuels conflits ;
- L'existence d'expertise locale pour la réalisation et l'entretien de l'ouvrage.

Rapport cout-efficacité de l'approche

Le coût total pour la réalisation d'un JPB a été estimé à **95 000 F CFA en 2022 par le PAM**. Ce coût prend en compte l'apport local des bénéficiaires à hauteur de 20% du montant global.

XII. Potentiel de mise à l'échelle

Reproductibilité à échelle communautaire - Le JPB est reproductible car :

- son coût de réalisation est abordable et à la portée des communautés avec ou sans appuis financier ;
- les matériaux de réalisation sont des matériaux locaux, disponibles et accessibles par les communautés ;
- il est facilement réalisable, et ne nécessitant pas beaucoup de technicité.

Si le potentiel existe, quelles sont les conditions requises pour réaliser avec succès cette mise à l'échelle ;

Les JPB peuvent être mis à l'échelle dans le cadre de la réalisation d'autres projets et programmes de développement du milieu rural au regard de son importance dans la disponibilité et accessibilité des produits frais à consommer au niveau des ménages. Ils peuvent aussi être portés par les organisations rurales, les faitières, les ONG/Associations de développement et les collectivités territoriales.

Afin de susciter le passage à l'échelle, un slogan a été développé au niveau communautaire « **chaque ménage, son jardin porte bonheur** »

Quels sont les principaux défis liés à la mise à l'échelle ?

- Disponibilité les producteurs semenciers au niveau local pour faciliter l'accès aux semences ;
- Mobilisation communautaire pour renforcer la solidarité en termes de partage des coûts.
-

Conclusion

Synthèse des résultats de la JPB

- Réaliser 78 jardins porte bonheur au profit de 78 ménages composés de 846 personnes
- Production de 2 691 Kg de produits maraîchers toutes spéculations confondues (tomate, aubergine, choux, oignon, etc.) ;
- Diversifier l'alimentation d'au moins 846 personnes vulnérables.

Perspectives de réPLICATION.

En termes de perspectives, les actions suivantes sont envisagées :

- Organiser des compétitions avec des prix de meilleur JPB entre les villages des sites d'interventions ;
- Promouvoir davantage cette pratique à l'ensemble des ménages bénéficiant des activités FFA (Food For Access) ;
- Mettre en place des petits comités villageois de JPB pour leur diffusion ;
- Vulgarisation des boîtes à images existantes pour susciter le changement de comportement pour la diversification des aliments ;
- Evoluer vers la pisciculture ménagère et poulailler ménagère associer au JPB ;
- Faciliter l'acquisition des petits équipements (pelles, brouette, daba, arrosoirs) et des semences ;

- Créer de l'emploi par la formation et l'équipement des jeunes pour la confection des grillages de protection et la production de semences maraîchères ;
- Faire une campagne de communication sur le JPB à travers le slogan « **chaque ménage, son jardin porte bonheur** » ;
- Sensibilisation de masse sur l'approche JPB ménage
- Réalisation des voyage d'échange/d'études dans les zones où l'expérience est déjà développée ;
- Renforcer les capacités des STD sur la maîtrise de la technique.

B. Référence sur la bonne pratique

Documents de références et support, vidéo ou autres sur la bonne pratique

- DCP SD3C,2020. Rapport de conception détaillé du projet. Version finale, octobre 2020, 141p.
- Fiche synthèse du jardin porte bonheur, mars 2021, 6p.
- Rapport de mise en œuvre du SD3C au 31 décembre 2022, composante Burkina Faso, 46p.
- Rapport mensuel des partenaires terrain, août 2022, 14p.

Contact

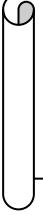
Jonas SOUBEIGA, jonas.soubeiga@wfp.org

Pascaline KIEMDE, pascaline.kiemde@wfp.org

Kadiatou GADJAGA, kadiatou.gadjaga@wfp.org

Zakaria KONFE, Zakaria.konfe@wfp.org

Adama Ange TRAORE, angeadama.traore@gmail.com



Présentation de la bonne pratique expérimentée par l'ONG LVIA



Intitulé du projet

Programme d'appui intégré en santé et nutrition au profit des populations affectées par la crise sécuritaire dans le District Sanitaire de Gorom-Gorom (Burkina Faso), 2022

Nom de la pratique ou de l'approche

Appui à la gratuité des soins au profit des enfants hospitalisés en UPCI, au CMA de Gorom-Gorom.

Domaine d'intervention

Santé- nutrition



A. Description de la bonne pratique

I. Contexte et justification

Le projet dénommé « **Programme d'appui intégré en santé et nutrition au profit des populations affectées par la crise sécuritaire** » a été mis en œuvre dans le district sanitaire de Gorom-Gorom, Région du Sahel au Burkina Faso du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023 soit 12 mois. En effet, depuis 2018, la crise sécuritaire a entraîné une répercussion sur l'offre des soins de santé (fermeture de certaines structures, fonctionnement à minima d'autres structures), difficultés à payer les frais de transport pour rejoindre le CMA dans un contexte où la logistique médicale roulante à 4 roues est hors d'usage (insécurité). LVIA a donc entrepris de soutenir les patients de la pédiatrie par le remboursement des frais de transport et aussi de prendre en charge à travers l'achat des médicaments et la réalisation des examens de Laboratoire à travers un contrat de prestation avec une pharmacie de la place.

Groupe cible concerné par la bonne pratique ou l'approche :

Les interventions de ce projet étaient diverses parmi lesquelles la prise en charge gratuite des soins de santé primaires et secondaires concernant les personnes vulnérables non ciblées par la gratuité de l'Etat et/ou en complément de cette gratuité et qui venaient à présenter une urgence vitale.

Les collaborateurs et Partenaires de mise en œuvre :

Au cours de l'intervention, le concours du district sanitaire et de l'Officine Pharmaceutique de l'Oudalan a été essentiel à la réussite de l'action. Le choix de l'officine repose sur le fait de la haute proximité avec le CMA de Gorom. Cela permet de faciliter le déplacement des accompagnateurs qui vont chercher les produits au dehors en cas de non disponibilité.

Bailleur de fonds

Cette action a été possible grâce au financement de ECHO.

Problèmes à résoudre, défis initiaux

Il s'est agi notamment des ruptures fréquentes de médicaments et consommables médicaux, de la mortalité élevée au niveau de la pédiatrie ainsi que de la demande exponentielle de la gratuité due à l'arrivée massive de PDI qui sont pour la plupart vulnérables.

Aspects innovants apportés par la bonne pratique

Cette gratuité a concerné en plus des cibles traditionnelles pour ces types d'interventions (enfants de moins de 5 ans et FEFA), toute personne identifiée comme vulnérable indépendamment de l'âge ou le sexe. Elle a donc contribué à lever de façon concrète la barrière financière aux soins de santé.

II. Objectifs visés

Objectif général :

Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité dans le district à travers une référence précoce suivie d'une prise en charge gratuite des cas de MAS avec complication (MASc) hospitalisés au CMA de Gorom-Gorom.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Assurer le remboursement des frais de transport des patients référés des centres de santé vers le CMA de Gorom-Gorom ;
- ✓ Assurer une prise en charge gratuite des enfants de 0 à 05 ans en complément de la gratuité des soins du Ministère de la santé et de l'Hygiène publique ;
- ✓ Assurer une prise en charge gratuite des patients vulnérables de plus de 5 ans admis au CMA de Gorom-Gorom.

III. Description de la bonne pratique

Cette approche a consisté à exempter les patients de tout paiement de médicaments et d'examens complémentaires. Pour ce qui est médicaments, il s'est agi d'un contrat entre une officine privée de la place et la LVIA afin que tout produit générique en rupture au niveau de la pharmacie du CMA ou spécialité nécessaire aux soins des enfants soit prescrit sur des ordonnanciers conçus à cet effet. Le district sanitaire est le partenaire de mise en œuvre de la stratégie. Le choix du DS Gorom-Gorom se justifie par le fait que c'est l'une des zones de la région du Sahel définies comme prioritaire dans le HRP par le cluster Nutrition.

Les différentes étapes suivantes ont été nécessaires à la bonne mise en œuvre de cette stratégie :

- ✓ Rencontre avec l'ECD/DS Gorom pour présenter la stratégie
- ✓ Rencontre d'information avec les services de l'action sociale pour le partage de la stratégie ;
- ✓ Rencontre d'échange avec les acteurs de mise en œuvre sur la stratégie ;

- ✓ Conception, reproduction et mise à disposition des outils de la gratuité (ordonnanciers, bulletins d'examens) aux services concernés du CMA de Gorom-Gorom ;
- ✓ Signature d'une convention avec une officine privée pour servir les produits qui venaient à manquer au CMA.
- ✓ Sorties de suivi de la mise en œuvre ;
- ✓ Rencontre bilan avec les acteurs de mise en œuvre sur la stratégie.

L'agent de santé prescrit le médicament sur des ordonnanciers à trois souches, l'accompagnant se rend à la pharmacie où une souche est retirée après tarification, les médicaments sont servis gratuitement. La pharmacie élabore de façon mensuelle une facture avec la liste des bénéficiaires pour un remboursement. LVIA procède à la vérification de la conformité des ordonnances avec la facture avant d'émettre un chèque à la pharmacie. L'approche a permis à **562** nouvelles admissions d'enfants de bénéficier des soins en UPCI à un cout d'**environ 6.900.000 CFA** sur un cout global **25.582.000 francs FCA** dépensé au profit de **6190** bénéficiaires tout âge confondu.

IV. Défis/Difficultés/Contraintes

1. Défis

- Pérenniser la stratégie à travers des actions de plaidoyer auprès du MSHP pour le renforcement de la disponibilité des médicaments et consommables entrant dans le cadre de la gratuité des soins en UPCI. Également le plaidoyer s'adresse aux partenaires qui ont la capacité d'intervenir.
- Renforcer le mécanisme de suivi de la stratégie.

2. Difficultés et contraintes rencontrées :

- ✓ Les prescriptions irrationnelles ou « fictives » : médicaments prescrits ne sont pas conformes au diagnostic posé ou carrément chez des patients fictifs ;
- ✓ Interruption brusque de la stratégie : la stratégie a pris fin avec la fin du projet qui n'a pas connu un renouvellement d'une prochaine phase à des fins de renforcement ;
- ✓ Besoins énormes et sans cesse croissants en raison du contexte sécuritaire de plus en plus difficile ;
- ✓ Suspension du remboursement des frais de transport dû à une mesure des autorités régionales (CASH).

3. Solutions adoptées pour faire face aux défis, difficultés et contraintes.

Pour pallier à ces difficultés, il a été décidé de commun accord que les prescriptions se fasse avec l'accord du médecin d'astreinte sur la base de critères définies. En ce qui concerne la poursuite de la stratégie, un plaidoyer a été fait lors du Conseil de Santé du District (CSD) afin que d'autres partenaires qui ont des capacités puissent se positionner.

V. Résultats et impacts

Tableau comparé de l'évolution des indicateurs de performance en PCI, 2021 VS 2022

Nombre de nouvelles d'admission en UPCI	Taux guérison PCI	Taux d'abandon PCI	Taux décès PCI
2021			
518	84,4% (437)	3,3% (17)	12,4% (64)
2022			
562	89,0% (564)	1,1% (7)	9,9% (63)

Comparativement à l'avant intervention, le nombre de nouvelles admissions s'est accrue passant ainsi de 518 nouveaux cas de MAS en 2021 à 562 nouveaux cas de MAS en 2022. S'agissant des indicateurs de performance de la malnutrition, on note que conformément aux protocoles nationales PCIMA il y'a une amélioration des taux de guérison, d'abandon et de décès après la mise en œuvre de l'intervention vs avant l'intervention.

Le changement en lien avec l'application de l'expérience a contribué à la levée de la barrière financière, une augmentation des cas d'admissions et une baisse relative de la mortalité infantile en UPCI. Cela a été possible grâce à la volonté manifeste du district à accompagner la stratégie avec l'appui de l'ONG LVIA à travers un appui technique, matériel et financier.

VI. Facteurs de réussite et enseignements tirés

1. Facteurs de réussite :

- Elaboration des outils de gestion ;
- Contractualisation avec une pharmacie privée ;
- Elaboration et transmission des rapports mensuels ;
- Rencontre bilan ECD/Equipe LVIA, à la fin du premier mois de mise en œuvre ;
- Contrôle de la conformité des prescriptions.
- Bilan trimestriel assorti de suggestions/recommandations sous forme d'un plan de résolution de problème qui sera suivi par un comité restreint.

2. Leçons apprises :

Comme leçons apprises nous pouvons retenir la levée de la barrière financière en lien avec l'intervention a contribué à améliorer les indicateurs de performance de la malnutrition aigüe à l'UPCI.

Ce qu'il faut renforcer

Pour améliorer l'intervention, nous devons renforcer la communication avec les acteurs de mise en œuvre et les bénéficiaires et renforcer des mécanismes de contrôle et suivi de la stratégie.

Potentiel de mise à l'échelle

L'approche de gratuité des soins peut être mise à l'échelle en complément de la gratuité du ministère de la santé à travers les mutuelles de santé ou l'assurance maladie universelle. Pour ce faire il faut l'existence des mutuelles de santé et des officines pharmaceutiques dans la zone d'intervention.

Conclusion

Cette stratégie a permis d'améliorer la couverture de la PCIMA surtout au niveau de l'UPCI. Cela a contribué à réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Une évaluation de la stratégie permettrait d'apporter plus d'évidences afin de faciliter le passage à l'échelle.

B. Référence sur la bonne pratique

Documents de références et support, vidéo ou autres sur la bonne pratique

Rapport d'activités du DS de Gorom-Gorom ;

Ordonnanciers et bulletin d'examens de gratuité LVIA ;

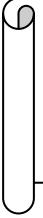
Ordres de virement à la pharmacie Oudalan.

Contact (Noms et email des personnes ayant servis à renseigner le canevas)

- **KOIDIMA Arouna, coordinateur médical LVIA, Tel : 76514608**
email : lvia.coordomed@gmail.com
- **KOALA Pêgwendé Hermann, coordinateur Terrain Sahel Tel :76735835**
email : lvia.coordosahel@gmail.com
- **MILLOGO Lassina, Attaché en Pédiatrie LVIA, Tel :65453882,**
email : lassinamillogo4@gmail.com

ICONOGRAPHIE



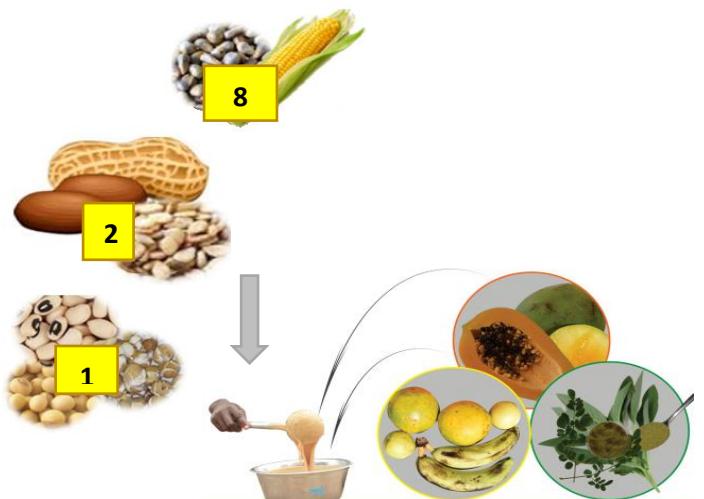


**Présentation de la bonne pratique
expérimentée par l'ONG GIZ (PAH/GIZ)**



Nom de l'approche : Farine améliorée dans les ménages

Domaine d'intervention : Nutrition



A. Description de la bonne pratique

I. Contexte et justification

L'agriculture joue un rôle essentiel dans l'économie du Burkina Faso, en employant 80 % de la population. Les petites exploitations agricoles, dirigées par des familles de 7 à 12 personnes, se concentrent principalement sur la production de céréales, dans le but de subvenir à leurs besoins. La majorité des ménages ne bénéficient pas d'un accès régulier à une alimentation saine et diversifiée durant l'année. Selon l'Enquête Nutritionnelle Nationale de 2022, dans la région du Sud-Ouest, seuls 22,6 % des enfants âgés de 6 à 23 mois bénéficient d'une alimentation minimum acceptable. De plus, la diversité alimentaire chez les femmes en âge de procréer est extrêmement faible, avec seulement 7 femmes sur 100 ayant consommé au moins 5 groupes d'aliments différents. Ces statistiques soulignent la nécessité d'améliorer l'accès des ménages à une alimentation diversifiée et équilibrée tout au long de l'année, afin de lutter contre la malnutrition et les carences nutritionnelles qui affectent aussi bien les enfants que les femmes. Ainsi, il est indispensable de mettre en place des initiatives visant à promouvoir une plus grande diversité alimentaire, une fréquence minimale de repas pour les enfants et l'introduction des aliments de complément à partir de 6 mois, d'où l'intérêt des interventions du PAH/GIZ financé par le ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement (BMZ). Depuis 2015, le PAH s'est concentré sur la sensibilisation des populations à l'importance d'une alimentation saine et diversifiée en mettant l'accent sur les dix groupes alimentaires pour les femmes et huit groupes alimentaires pour les enfants. L'objectif est d'amener chaque individu à consommer au moins cinq de ces groupes par jour, tout au long de l'année. C'est dans cette perspective que le PAH, en partenariat avec l'OBC VARENA-ASSO et avec les agents d'agriculture, a développé et testé entre 2016 et 2023 une approche de production de farine améliorée précuite dans la région du sud-ouest.

Cette initiative revêt une grande importance car elle contribue positivement à l'amélioration de la diversité alimentaire dans la zone d'intervention du projet.

Les aspects innovants de cette approche sont :

- L'usage des aliments locaux et l'utilisation des matériels locaux pour la production de la farine au niveau ménage ;
- L'augmentation du nombre de groupes alimentaires qui se trouvent dans la farine comparée aux farines classiques. La farine elle-même comprend déjà

trois groupes alimentaires pour les femmes et deux pour les enfants. Il est possible d'ajouter des aliments supplémentaires tels que des fruits, des légumes riches en vitamine A, des légumes feuilles, des œufs ou du lait lors de la préparation de la bouillie. Les purées de fruits, le lait liquide ou en poudre, ainsi que la poudre de Moringa peuvent être ajoutés après la cuisson, tandis que les légumes et les feuilles écrasées, ainsi que l'œuf, peuvent être incorporés pendant la cuisson ;

- La dynamique communautaire en faveur de la résilience des mères et des enfants.

II. Objectifs visés par l'approche

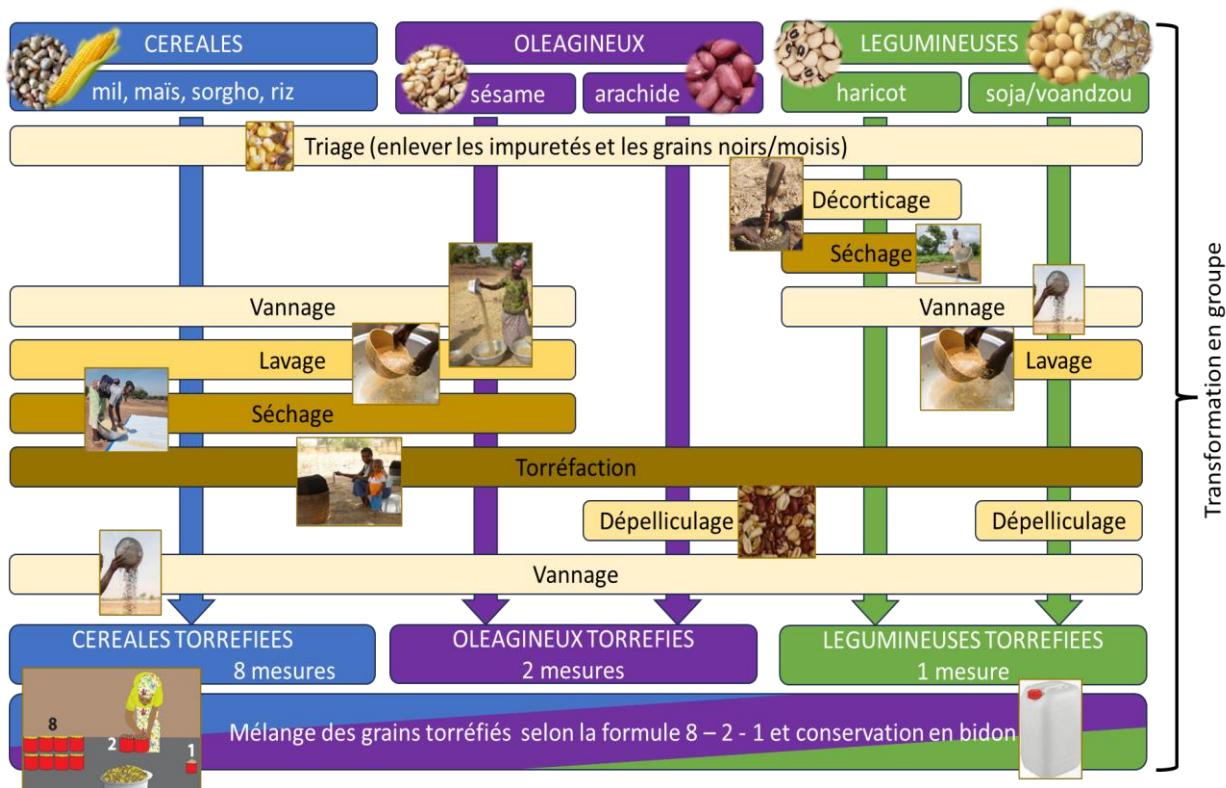
L'approche farine améliorée au niveau ménage contribue à la diversification de l'alimentation de toute la famille. Spécifiquement, il s'agit de :

- Créer en environnement favorable à l'adoption des bonnes pratiques alimentaires avec un focus sur la diversification alimentaire et l'augmentation de la fréquence de consommation pour répondre aux besoins nutritionnels fondamentaux des nourrissons et des femmes en âge de procréer ;
- Valoriser les grains locaux et renforcer la résilience alimentaire des ménages face aux défis liés aux variations saisonnières ;
- Vulgariser la technique de production de farine améliorée au sein des ménages pour en produire en grande quantité ;
- Réduire le temps de préparation et contribuer à l'épanouissement de la famille.

III. Description de la bonne pratique

Les farines de céréales sont disponibles dans toutes les familles Burkinabé et les céréales constituent l'aliment de base pour la population. La production en grande quantité et l'utilisation d'une farine améliorée pour la préparation quotidienne des bouillies pour les enfants et des mets familiaux constitue une approche novatrice et une solution résiliente au niveau local pour diversifier l'alimentation et pour prévenir et combattre la malnutrition.

Le processus de transformation des grains suit les étapes suivantes :



Le mélange de grains torréfié est moulu. La farine améliorée sert de base pour la bouille et les mets locaux



Acteurs et rôles :

Acteurs	Rôles
Mères	Collecte des ingrédients pour la transformation Transformation et conditionnement Préparation des mets à base de farine améliorée
Hommes	Production des ingrédients et leur mise à disposition
Agents d'agriculture	Parcelles de démonstration, counseling et accompagnement des ménages dans le domaine de la production, récolte et post-récolte

Relais communautaires (ASBC, hygiénistes)	Mobilisation des ménages, collecte de grains, accompagnement des séances de transformation
OBC VARENA-ASSO	Mobilisation des ménages, formations sur la production de la farine enrichie, accompagnement des relais communautaires et des ménages
Agents de santé (CSPS)	Intégration des séances de démonstration sur la production de la farine enrichie et de la bouillie enrichie dans les activités de communication organisées au niveau CSPS, encadrement des ASBC
DRS/ECD	Supervision, appui au partage de connaissance Monitoring des indicateurs de malnutrition
Equipe PAH	Développement de la bonne pratique : tests terrains, suivi, amélioration continue de l'approche

La méthode de suivi et d'évaluation utilisée dans le cadre de l'approche comporte les aspects suivants :

- Le suivi de la production agricole des ingrédients (arachide, niébé, soja) ;
- le suivi mensuel de la quantité de farine produite par village et du nombre de participants par village ;
- L'analyse annuelle des connaissances en nutrition et des pratiques alimentaires des femmes et des enfants afin de déterminer leur diversité alimentaire et fréquence de consommation.

Le coût de l'approche :

Pour une production de 20 kg par femme, on doit prévoir un animateur sur une période de 4 jours pour encadrer environ 60 femmes. A raison d'une rémunération de 10 000 FCFA/jour d'animation, le coût minimal par femme revient à 667 FCFA. Des coûts supplémentaires concernent l'achat de bidons neufs, de bâches de séchage, de foyers améliorés et de torréfacteurs, qui peuvent être utilisés par plusieurs femmes. Dans le cadre des interventions d'urgence, un budget supplémentaire peut être engagé pour l'achat des ingrédients.

IV. Défis/Difficultés/Contraintes

1. Défis

La promotion de la production des farines améliorées fait face aux défis suivants :

- l'implication des hommes pour la mise à disposition des grains à transformer ;

- la réPLICATION de l'expérience de production au sein des ménages pour assurer la disponibilité de la farine de manière permanente (25% des femmes répliquent l'activité) ;
- la mobilisation des céréales aux moments opportuns au sein des communautés (décembre et janvier).

2. Difficultés et contraintes rencontrées

- Réticence des hommes surtout en début de processus ;
- Disponibilité faible des intrants à certains moments de l'année, aggravée par le bradage au sein des ménages ;
- Application faible des BPA et singulièrement la présence de l'aflatoxine.

3. Solutions adoptées pour faire face aux défis, difficultés et contraintes

- **La promotion de l'application des bonnes pratiques de stockage** pour obtenir des grains sains, par la prévention des problèmes d'infestation d'insectes et de formation d'aflatoxines dans les denrées alimentaires qui résultent de pratiques inadéquates de récolte et de post-récolte ;
- **Le ciblage de la période post-récolte pour la collecte des intrants** : afin d'éviter la vente immédiate des grains, en particulier de l'arachide et du niébé, qui constituent souvent une source de revenus importante pour les familles, il est primordial de procéder à la collecte et à la transformation des grains dès leur disponibilité.

V. Résultats et impacts

1. Résultats

La mise en œuvre de l'approche axée sur la production de farine améliorée a eu un impact significatif sur les ménages en offrant des aliments variés, en particulier pour les enfants et les mères. Le mélange de grains torréfié est stocké dans des bidons de 20 litres et conservé tout au long de l'année.

- Un bidon plein permet de produire la bouille enrichie pour un enfant deux fois par jour et cela pendant 250 jours ;

Tableau des historiques de production de la farine améliorée dans les 10 communes d'intervention du PAH :

Année	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Quantité de farine (tonne)	26	83	245	230	300	884
Nombre de femmes touchées	-	2 568	12 155	10 945	15 000	40 668
Nombre de repas	650 000	2 075 000	6 125 000	5 750 000	7 500 000	22 100 000

- Pour les femmes en âge de procréer et les enfants, la consommation de bouillie ou d'autres repas préparés à partir de farine améliorée contribue à diversifier l'alimentation. Un bol de bouillie le matin peut déjà fournir entre 3 et 5 groupes alimentaires sur 10.
- Les hommes et les femmes apprennent à reconnaître la valeur nutritionnelle des légumineuses et des oléagineux en les intégrant à leur système de production.

2. Description des changements provenant de l'application de l'expérience capitalisée

- Les résultats d'une enquête de suivi réalisée en 2023 montrent que les femmes participant à la production de farine améliorée consomment en moyenne 0,8 groupe alimentaire de plus que celles qui n'y participent pas, tout comme leurs enfants qui consomment 1,3 groupe alimentaire de plus que les enfants des femmes non participantes.
- La préparation rapide et simple de la bouillie a également un effet positif sur la fréquence des repas pour les tout-petits, contribuant donc à améliorer leur régime alimentaire minimum acceptable.
- **Données de témoignages sur l'expérience « farine améliorée » :**

Témoignage 1 sur l'impact physique et sur la santé : « Pour moi, ce sont les activités du projet PAH qui sont les plus importants, parce qu'en nous aidant à produire la farine enrichie pour la consommation de nos enfants, nous constatons d'énormes améliorations sur la croissance et la santé de nos enfants.

Témoignage 2 sur l'impact physique et le bien-être : « En tout cas, la venue du projet à travers la production de la farine enrichie est beaucoup bénéfique, aussi bien pour les enfants que pour nous les grandes personnes. Moi particulièrement je suis très contente car mes enfants et moi consommons les mets faits à base de la farine enrichie, si les choses continuent ainsi, nous serons davantage heureuses.

Témoignage 3 sur la réplicabilité de la production de la farine améliorée à la maison : « *En plus, après avoir appris les techniques de torréfaction des graines, nous sommes capables de produire de la farine enrichie nous-mêmes une fois nos stocks arrivent à épuisement.*

Témoignage 4 sur l'impact physique des enfants et l'autonomisation des femmes : *La farine enrichie que nous écrasons, si ça finit, tu peux mesurer les ingrédients et torréfier encore pour ton enfant pour qu'il ait la force pour marcher pour que toi aussi tu sois libre.*

Source : FGD femmes d'environ 40 ans ayant eu des enfants, Moutori, province de la Bougouriba, février 2023

VI. Facteurs de réussite et enseignements tirés

1. Leçons apprises

Ce qu'il faut renforcer :

- l'encadrement par les ASBC et les autres intermédiaires de terrain ;
- la capacité de mobilisation des céréales au niveau des ménages ;
- la participation des hommes ;
- les démonstrations en milieu de soin (CSPS).

Ce qu'il faut éviter :

La dotation des ingrédients aux ménages : cela est une contradiction même de l'esprit de l'approche. Exception : les PDI !

Ce qui a bien marché ou n'a pas marché comme prévu :

L'appropriation d'une approche par le groupe cible au niveau communautaire prend énormément du temps, beaucoup plus que prévu. Le turnover constaté au niveau des acteurs intermédiaires a affecté la mise en œuvre de l'approche sur le terrain.

Les questions qui restent à approfondir/explorer :

A ce stade de la mise en œuvre de l'approche « farine améliorée au niveau des ménages », deux points restent encore à approfondir :

- Identifier les leviers pour un accroissement de la production, au-delà d'un ou deux bidons de grains torréfiés afin que la quantité de farine améliorée puisse suffire pour toute la famille ;

- Estimer le rapport cout-efficacité en comparaison des farines familiales usuelles ou des farines infantiles industrielles.

Les opportunités à saisir, etc. pour mieux réussir.

- Au niveau des ménages, la collecte des céréales au moment opportun ;
- Au niveau des structures porteuses : l'encadrement adéquat et le suivi régulier des acteurs communautaires surtout au début.

2. Stratégies développées pour assurer la durabilité, l'appropriation et le leadership au niveau des groupes cibles bénéficiaires de la bonne pratique :

- La prise en compte des moyens et besoins des mères, qui sont souvent très occupées, lors du développement de la stratégie ;
- L'utilisation des ingrédients et le matériel de transformation locaux. La population est habituée aux goûts des ingrédients locaux des différentes régions du Burkina Faso, l'acceptabilité de la farine ne pose pas de problème.
- Processus de transformation maîtrisable par les relais communautaires et les femmes : relativement simple et les femmes sont déjà familiarisées avec plusieurs étapes dans leur vie quotidienne. Après une formation/accompagnement initial par un animateur, les ASBC peuvent servir de relais pour la continuité de l'activité.
- **L'ancre déjà effectif des bouillies améliorées dans la stratégie ANJE :** Après formation des ASBC sur cette approche, ils pourront servir de relai pour la diffusion de l'approche en intégrant la démonstration lors des activités des GASPA. ;
- **La combinaison avec les activités de production :** pour accroître la production de farine enrichie, il est possible de combiner cette activité avec la mise en place de champs collectifs, de parcelles de démonstration et de la distribution de semences améliorées au niveau des ménages, afin de garantir la disponibilité de grains destinés à la torréfaction.

VII. Potentiel de mise à l'échelle

La bonne pratique a un fort potentiel pour la mise à l'échelle au niveau national.

- **L'expérimentation dans différentes provinces & régions :** La production de farine améliorée à partir de produits locaux a été efficacement mise en œuvre par le PAH dans dix communes du Sud-ouest du Burkina Faso (Batié, Gaoua,

Loropéni, Bondigui, Diébougou, Dissihnn, Ouéssa, Oronkoua et Dano). Cette approche a été largement acceptée dans les districts sanitaires et les villages, englobant différentes communautés et religions. Les organisations Naturama et WHH ont également expérimenté cette approche avec des résultats positifs respectivement dans trois (03) communes du centre-sud, Kombissiri, Doulougou et Toécé et huit (08) communes des Hauts Bassins : Dandé, Karangasso vigué, Faramana, Fo, Léna, Banzon, Kourouma et Karangasso Sambla)

- **Différents contextes** : Cette approche peut être appliquée aussi bien dans des contextes de développement que d'urgence. Elle a été testée avec succès auprès de 400 personnes déplacées à Déodougou en janvier 2023.
- **La possibilité d'ancrage dans les PCD et PAI des communes** : Avec un budget de mise en œuvre relativement faible et après la formation des animateurs identifiés par la commune, une expansion de l'activité peut être réalisée à travers les différentes communes.
- **Appui par l'agriculture** : Une sensibilisation spécifique des agents agricoles contribuerait à une meilleure disponibilité des ingrédients nécessaires à la production de la farine améliorée.

Les conditions requises pour réaliser avec succès cette mise à l'échelle :

- Une diffusion conséquente de la formule à travers les GASPA ;
- Une implication forte du ministère en charge de l'agriculture pour l'appui de la production des oléagineux et légumineuses ainsi que pour les activités qui améliorent la fertilité du sol.
- Un engagement des communes à soutenir l'approche dans le cadre de leurs plans

Les principaux défis liés à la mise à l'échelle :

- Disposer de relais formés ;
- Sensibiliser les familles sur l'approche.

Conclusion

La pratique de la production de la farine améliorée à base de produits locaux et en utilisant des matériels disponibles dans chaque ménage, représente une solution innovante pour lutter contre la malnutrition au Burkina Faso. Cette approche permet d'améliorer la diversité alimentaire et la nutrition des ménages, en particulier des enfants en bas âge et des femmes en âge de procréer. En utilisant des ingrédients locaux et en favorisant l'adoption de bonnes pratiques de production et de

conservation, cette pratique peut être largement mise à l'échelle et adaptée à d'autres régions. Les points d'ancrage sont de toute évidence la stratégie nationale ANJE et l'intégration de l'activité dans les PCD et PAI des communes.

L'activité est particulièrement intéressante, car elle permet la préparation de bouillie nutritive, en très peu de temps et diminue donc la charge de travail des femmes.

L'activité offre également des opportunités d'implication des hommes dans la production alimentaire et renforce les connaissances sur les valeurs nutritives des aliments locaux. En combinant l'approvisionnement en aliments nutritifs tout au long de l'année avec des pratiques d'hygiène adéquates, cette approche contribue à améliorer la sécurité alimentaire et la santé des populations vulnérables.

B. Référence sur la bonne pratique

Documents de références et support, vidéo ou autres sur la bonne pratique

- Analyse et étude préliminaire sur la production de la farine améliorée et son acceptation ;
- Fiches techniques qui décrivent les étapes de production (PAH) ;
- Boite à image sur la production de la farine (PAH) ;
- Film de communication sur la production de la farine enrichie (youtube), ciné-débat qui adresse la thématique (youtube) et film documentaire sur la production de la farine (disponible sur clé USB). Ces films peuvent être visionnés sur les liens suivants :<https://www.youtube.com/watch?v=WbXnz8CDfKA> et https://www.youtube.com/watch?v=7JM2qBVWE7Y&feature=emb_title ;
- Suivi annuel des connaissances des femmes sur la production de la farine améliorée et sur la préparation de la bouillie (PAH 2020, 2021, 2022) ;
- Enquête de suivi menée par un bureau d'étude indépendant qui analyse aussi l'impact de la participation à l'activité sur les indicateurs de diversité alimentaire (PAH 2021, 2023).

Contact

Abou BAYO, Abou.Bayo@health-focus.de, 00226 76 17 99 19, 00226 60 75 72 33

Sabrina DOLD, Sabrina.Dold@health-focus.de, 0049 157 356 88220

**Présentation de la bonne pratique
expérimentée par l'ONG Croix rouge
Burkinabè**



A. Description de la Bonne pratique

CROIX-ROUGE BURKINABÉ

Titre du projet :

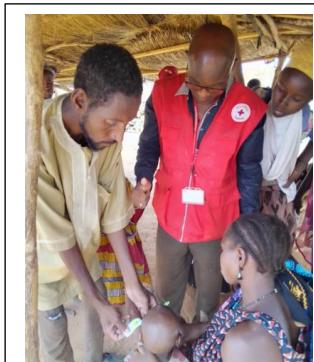
Projet 1 : Projet d'assistance alimentaire et nutritionnelle en faveur des populations vulnérables affectées par la crise sécuritaire dans les régions du Centre-Nord et du Sahel au Burkina Faso

Projet 2 : Projet de lutte contre la malnutrition dans les zones affectées par la crise sécuritaire dans les régions du Centre-Nord et du Sahel au Burkina Faso

Nom de l'approche : Santé et nutrition

Domaine d'intervention :

- Dépistage communautaire la malnutrition
- Amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune d'enfant (ANJE classique et ANJE-U)
- Appui à la prise en charge de la malnutrition
- WASH in nut
- Assistance alimentaire en situation de choc
- PCIME communautaire
- Distribution de rations de protection (farines infantiles et pour FEFA)
- Renforcement des capacités des formations sanitaires



Dans le cadre de la mise en œuvre des activités des deux projets suscités, financés par l’Ambassade de France à travers l’Aide Alimentaire Programmés (AAP) pour la période de juillet 2022 à juin 2024, des sites ANJE-U ont été établis dans le but de prévenir la malnutrition chez les enfants de moins de 24 mois et les femmes allaitantes/enceintes issus des ménages déplacés internes et hôtes vulnérables. La zone d’intervention est localisée dans les régions du Centre-Nord (districts sanitaires de Boussouma, Kaya, Kongoussi et Tougouri) et du Sahel (Dori et Djibo). Ces interventions font suite à celles réalisées dans le cadre du projet HIP ECHO depuis 2017 pour contribuer à renforcer les pratiques nutritionnelles et le dépistage/référencement précoce de la malnutrition vers les services de prise en charge. Les activités du projet intègrent dans le paquet d’activités, la stratégie PB à domicile à travers la formation des mères et tuteurs d’enfants dans les ménages. Ce processus est mis en œuvre selon les orientations de la stratégie nationale en la matière.

Au regard du contexte sécuritaire dans les zones d’intervention marquée par un afflux important de PDI avec une grande part d’enfants de moins de 5 ans, la nécessité de dépistage et de prise en charge de la malnutrition s’avère très opportune.

En effet, il est important que les mères d’enfants PDI qui intègrent les sites ANJE-U soient formées comme les autres mères sur la stratégie PB à domicile afin de soutenir le dépistage précoce de la malnutrition et le référencement précoce vers les centres de prise en charge. Cette intégration permettra également de former le plus de mères surtout dans cette situation d’accueil permanent de PDI dans les secteurs et quartiers des villages et villes.

En résumé, l’extension de la stratégie PB à domicile dans les sites ANJE-U permet de combler les lacunes de formation des parents et de renforcer les actions de prévention de la malnutrition. Cela contribue à améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants déplacés et des communautés hôtes vulnérables en leur fournissant les connaissances et les compétences nécessaires pour une alimentation adéquate pendant les situations d’urgence.

II. Objectifs visés par l’approche

Objectif général

Contribuer au dépistage et au référencement précoce des cas de malnutrition.

Objectifs spécifiques

- Renforcer les connaissances des parents /tuteurs d'enfants sur la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ;
- renforcer les compétences les parents /tuteurs d'enfants sur l'approche PB à domicile en particulier la mesure du PB et la recherche des œdèmes nutritionnels y compris la pratique par les mères ;
- améliorer le référencement précoce des cas de malnutrition identifiés vers les services de PEC.

III. Description de la bonne pratique

1. Définition succincte de la bonne pratique :

La pratique de dépistage de la malnutrition intégrée aux activités ANJE-U est une approche visant à renforcer les connaissances et les compétences des mères/tuteurs d'enfants sur l'identification précoce des cas de malnutrition et leur référencement vers les services de prise en charge. Elle permet de former un grand nombre de mères et tuteurs d'enfants PDI et hôtes sur la stratégie PB à domicile.

2. Différentes étapes dans la mise en œuvre de la bonne pratique :

Les principales étapes de mise en œuvre de l'approche sont :

- **Echanges avec les ECD et les responsables des FS impliquées** : Avant la systématisation de l'activité comme contribuant à la stratégie PB à domicile, des échanges ont été réalisés avec les structures techniques de la santé sur la pertinence et le processus d'intégration de l'activité dans le paquet ANJE-U.
- **Formation des animateurs de sites (volontaires et ASBC)** : Les animateurs des sites ANJ-U ont reçu une formation sur plusieurs thématiques essentielles, dont les techniques de dépistage et le remplissage des outils de collecte.
- **Dotation en matériel** : Une dotation en bandelettes de Shakir, de matériel de démo-culinaire, d'intrants, cartes de référencement, et outils de collecte de données a été faite aux sites.
- **Organisation des sessions de démonstrations culinaires suivies de dépistage des** : Des sessions de démonstrations culinaire et de sensibilisation sont organisées chaque semaine dans les différents sites ANJE-U identifiés avec souvent des distributions de rations de protection.

- **Collecte des données** : Le nombre d'enfant mesurés est rapporté sur une fiche synthèse de collecte. Les informations concernant les enfants malnutris sont enregistrées dans un registre spécifique et une carte de référencement leur est délivrée.
- **Supervision de l'activité** : Une supervision conjointe avec l'ECD et les agents de santé est réalisée lors de l'activité pour assurer pour apprécier le respect de la procédure de dépistage (mesure PB et recherches des œdèmes), le mécanisme de rapportage ainsi que les autres activités.

3. Les techniques /technologie et outils utilisés lors de la mise en œuvre de la bonne pratique

La mesure du Périmètre Brachial (PB) est une technique utilisée pour évaluer le statut nutritionnel des enfants âgés de 6 à 23 mois présents sur les sites ANJE-U.

Pour réaliser cette mesure, la mère est invitée à mettre en évidence le bras de son enfant et à le positionner assis sur ses genoux.

Ensuite la localisation du milieu du bras est faite entre la pointe du coude et de l'omoplate.

A l'aide de la bandelette de Shakir comportant trois couleurs (rouge, jaune, vert), les mères mesurent le milieu du bras en s'assurant que la bandelette ne serre ni ne flotte au bars. Les résultats sont interprétés en fonction de la couleur sur laquelle tombe la mesure : le rouge indique la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS), le jaune la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM), et le vert un bon état nutritionnel.

En plus de cela, les mères apprennent à identifier la présence d'œdèmes nutritionnels au niveau des deux pieds de leur enfant.

Les cas de malnutrition confirmés par l'agent de santé sont intégrés dans le programme de PEC pour le site au sein du CSPS. Dans le cas contraire ils sont référés vers un centre de prise en charge pour confirmation intégration dans le programme.

4. Le coût de l'approche : développement, mise en place, maintenance/durabilité la technique ou technologie.

Le coût total de l'approche est évalué à 5 940 000 de francs et prend en compte l'achat de MUAC, les intrants pour la réalisation des démonstration culinaires, la motivation des animatrices, la supervision...

IV. Défis/Difficultés/Contraintes

1. Défis

- La capitalisation des mesures faites par les mères à domicile ;
- La disponibilité permanente des MUAC pour les mères ;
- Le suivi des indicateurs de performance de la stratégie.

2. Difficultés et contraintes

- Le retard de confirmation et l'intégration dans le programme lié à la distance de certains sites au centre de PEC au manque de moyens (transport, financier...) ;
- La capitalisation de la collecte des données sur les mesures hebdomadaires des mères à domicile ;
- Le suivi des indicateurs de performance de la de la stratégie (désagrégation des données) ;
- Faible notification des cas référés du niveau communautaire dans les programmes de prise en charge ;
- Nombre important de mères lors des sessions (charge de travail des animateurs, quantités d'intrants...).

3. Solutions proposées

- Améliorer le suivi des indicateurs de performance ;
- Organiser des rencontres bilan régulières spécifiquement dédiées aux animateurs ANJE-U, pour partager les expériences, les défis et réussites ;
- Assurer une disponibilité adéquate des MUAC au niveau des CSPS et des animateurs.
- Renforcer le suivi des cas dépistés au niveau communautaire en assurant une notification adéquate et complète des résultats de confirmation ou d'infirmer au niveau des CSPS.

V. Résultats et impacts

Les parents formés sur le dépistage sont :

1. Résultats

- **Formation des mères/tutrices sur la stratégie et dotation en MUAC**

Tableau 1: mères/tutrices d'enfants formées et dotées en MUAC

Situation des mères	Hôte	PDI	Total parents
Formées sur la stratégie	3247	4358	7605
Dotées en MUAC	2218	2996	5214

On note que 68,56 % de mères/tutrices d'enfants formées ont été dotés en MUAC.

➤ **Formation des ASBC/volontaire sur la stratégie PB à domicile**

Tableau 2: situation de la formation des acteurs communautaires

Nombre d'ASBC formés sur la stratégie PB	Quantité
Nombre d'ASBC	76
Nombre de Volontaires de la Croix-Rouge Burkinabè	34
Total	110

➤ **Dépistage et confirmation des cas de malnutrition**

Tableau 3: Situation du dépistage de la MAM

Statut	MAM dépistés		Total	MAM confirmés		Total	Pourcentage de confirmation
	M	F		M	F		
Hôte	374	425	799	366	416	782	97,55%
PDI	165	219	384	160	212	372	
Total	539	644	1183	526	628	1154	

Tableau 4: Situation du dépistage de la MAS

Statut	MAS dépistés		Total	MAS confirmés		Total	Pourcentage de confirmation
	M	F		M	F		
Hôte	231	315	546	222	302	524	96,03%
PDI	99	136	235	95	131	226	
Total	330	451	781	317	433	750	

De l'analyse des données de dépistage, les tableaux 1 et 2 indiquent un taux de confirmation des MAM de 97,55% et de 96,03% pour les MAS.

2. Changements constatés

Le retour terrain des mères démontre une grande satisfaction à l'égard de la stratégie de dépistage de la malnutrition qu'elles sont responsabilisées et se sentent compétentes et confiantes. Les mères apprécient cette approche qui renforce leurs moyens d'agir en matière de lutte contre la malnutrition.

De plus, le fait de disposer des bandelettes de Shakir pour le dépistage ajoute une dimension pratique et accessible à cette démarche.

Les différents dépistages et référencements ont joué un rôle crucial dans le dépistage précoce de la malnutrition et l'intégration dans les programmes de PEC. Egalement, grâce aux autres activités de démonstrations culinaires, les pratiques optimales d'ANJE sont promues contribuant à la récupération nutritionnelle des enfants malnutris et à la protection des enfants contre la malnutrition.

VI. Facteurs de réussite et enseignements tirés

Leçons apprises

- L'implication des ICP a facilité la mise en œuvre de la stratégie dans les villages ciblés. En effet, les ICP ont été outillés sur la stratégie, qui à leur tour ont assuré la formation des ASBC qui mettent en œuvre la formation des parents.
- La mise en place des outils de collecte et de rapportage des données a permis la capitalisation des résultats chiffrés sur la stratégie. De même, l'implication des agents de santé (ICP) dans la supervision et la tenue des rencontres bilan semestrielle a facilité la réussite de la stratégie.
- Aussi, l'intégration de la mise en œuvre de la stratégie dans les sites ANJE U a permis de rattraper les parents n'ayant pas bénéficié de la formation sur la stratégie et a contribué à renforcer la mise en œuvre l'échelle de la stratégie.
- Sur le plan de la durabilité et de l'appropriation de la stratégie, l'on retient que la stratégie a été conçue de sorte que la communauté notamment les parents et les ASBC ainsi que les volontaires de la CRBF qui sont aussi de la communauté soient mis au centre de la mise en œuvre de la stratégie. Le district est le partenaire technique de mise en œuvre qui organise l'encadrement technique de

l'activité à travers les ICP et les autres agents de santé des CSPS et rend disponible les MUAC.

- La mise de la stratégie est faite de manière intégrée aux autres activités de santé communautaires (ANJE U, GASPA...) et cela contribue à toucher la cible avec peu de ressources.

VII. Potentiel de mise à l'échelle

- **Intégration dans un programme existant** : L'approche PB à domicile est intégrée aux activités ANJE-U, qui sont déjà bien établies dans 36 sites (06 à Dori, 10 à Boussouma, 04 à Kongoussi, 07 à Kaya, 06 à Tougouri) et 03 Djibo). Elle peut être intégrée dans toute autre sites de promotion de l'ANJE.
- **Simplicité et accessibilité** : La stratégie est simple puisqu'intégré dans les sites ANJE-U ne demande pas trop de ressources supplémentaires. Cette simplicité rend la stratégie facilement reproductible dans diverses communautés, même celles avec des ressources limitées. Les sites sont accessibles à la communauté en termes de temps comme de proximité.
- **Appropriation communautaire** : Les acteurs qui mettent en œuvre l'approche sont les animatrices des sites ANJE-U qui sont déjà des acteurs communautaires (volontaires et ASBC, leaders PDI), ce qui renforce l'engagement de la communauté autour de l'action.

Pour réaliser avec succès la mise à l'échelle de la stratégie PB à domicile, les conditions requises comprennent

- **Structure déjà en place (sites ANJE-U)** : Les sites ANJE-U sont déjà établis et fonctionnent avec des équipes formées et des infrastructures adéquates ainsi des intrants pour la réalisation de démonstrations culinaires.
- **Engagement des parties prenantes** : Il est crucial d'obtenir l'engagement et la collaboration des autorités sanitaires (DRS, Districts, CSPS, ASBC...) des membres de la communauté. Une coordination étroite entre ces parties prenantes est nécessaire pour garantir une mise en œuvre efficace et durable.
- **Renforcement des capacités** : Il est essentiel de renforcer les capacités (formations, des sessions de sensibilisation, ..) des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie, tels que les ASBC/volontaires, les agents de santé.

Les principaux défis liés à la mise à l'échelle de la stratégie PB à domicile peuvent inclure :

- **Acceptation communautaire** : Obtenir l'adhésion et la participation active de la communauté est essentiel pour la mise à l'échelle réussie de la stratégie.
- **La disponibilité des MUAC** est un élément clé pour la mise en œuvre réussie de la stratégie PB à domicile.

Conclusion

En conclusion, l'approche PB à domicile intégrée aux activités ANJE-U présente un potentiel prometteur pour le dépistage précoce de la malnutrition et l'intégration dans les programmes de PEC. Les résultats obtenus ont démontré son efficacité et son impact positif dans la communauté.

Elle reste une approche efficace pour renforcer les compétences des mères/tutrices d'enfants en particulier les PDI, sur la stratégie PB à domicile. Malgré des défis tels que la disponibilité des MUAC, l'implication des ICP, la formation des acteurs et l'intégration dans des programmes existants sont des facteurs clés de réussite pour la mise à l'échelle de cette approche. Grâce à la présence de sites ANJE-U établis, à l'engagement communautaire et à sa simplicité, cette pratique a un fort potentiel de mise à l'échelle pour améliorer la santé des tout-petits dans d'autres communautés.

Cette pratique présente également un grand potentiel de réPLICATION et d'amélioration à travers la capitalisation des succès, le renforcement des capacités locales.

En perspectives, il est prévu la mise en place de nouveaux sites ANJE-U dans le cadre de ces projets mais aussi une intégration de cette approche dans d'autres programmes/ projets de la Croix-Rouge Burkinabè.

B. Référence sur la bonne pratique

Documents de références et support, vidéo ou autres sur la bonne pratique

Les documents disponibles sont entre autres, les outils de collecte des données, la stratégie de mise en œuvre des activités ANJE-U, les rapports d'activités des animateurs ANJE-U

Lien internet ayant servi de référence

Titre/s du site Internet+ lien/s html

Contact

KONKOB K. Célestin, Chargé de programmes nutrition, tel : 0022670173440, e-mail : celestinkonkobo@croix-rouge.fr

NANA Paul,Chef de projet, tel : 0022671796322, e-mail : nanapaul74@yahoo.fr

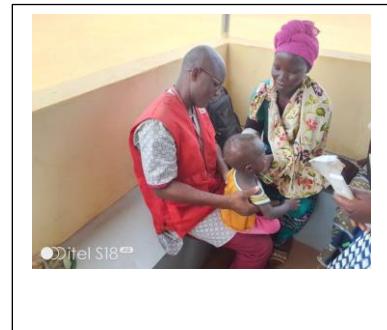
Photos illustratives de la bonne pratique



Démonstration culinaire avec dégustation de s enfants de 6-23 mois



Session de formation des ASBC/volontaires de Djibo sur la stratégie PB



Session de formation des ASBC/volontaires de Djibo sur la stratégie PB



Présentation de la bonne pratique expérimentée par l'ONG Medicus Mundi Italia



Présentation des bonnes pratiques et innovations en matière de programme de nutrition

La Fortification à Domicile des repas par les Compléments Nutritionnels pour la Prise en charge nutritionnelle de la Malnutrition aigue modérée (PECMAM)



A. Description de la bonne pratique

- Timbre de l'institution : Medicus Mundi Italia
- Intitulé du projet : Fortification domiciliaire de l'alimentation infantile, pour la lutte contre la malnutrition aigüe modérée dans la Région du Centre Ouest
- Nom de la pratique ou de l'approche : Les compléments nutritionnels à haute valeur nutritive
- Domaine d'intervention : Nutrition - Santé



I. Contexte et justification

Zone et période de mise en œuvre

Région du Centre – Ouest dans les districts sanitaires de Nanoro, Réo, Tenado

2019 - 2021

Environnement social, économique, politique et institutionnel :

Le projet « de lutte contre la malnutrition aiguë modérée dans la région du centre-ouest » s'est déroulé dans un environnement de persistance de la malnutrition sous toutes ses formes. En 2019 selon l'ENN SMART, la région du Centre – Ouest avait une prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans à 9,9% à la limite du seuil d'alerte avec une disparité par province allant de 7,5% dans la Sissili à 11,1% dans le Sanguié demeure au-dessus du seuil critique ($\geq 10\%$) de l'OMS.

La région du centre-ouest du Burkina Faso est caractérisée par des défis socio-économiques importants, tels que la pauvreté, l'accès limité aux ressources alimentaires et la non prise en charge des MAM par l'ASPE ou les ration sèches.

Sur le plan politique et institutionnel, le projet s'est aligné sur les politiques et les priorités nationales en matière de santé et de nutrition, en coopération avec les autorités locales et les acteurs du secteur.

Le groupe cible concerné par la bonne pratique ou l'approche ;

7 500 enfants de 6 – 59 mois souffrant de malnutrition aiguë modérée

7 500 mères d'enfants impliquées dans les sessions d'éducation nutritionnelles.

75 agents de santé formés

68 animatrices formées

Les collaborateurs et Partenaires de mise en œuvre ;

Medicus Mundi Italia, chef de file

Direction Régionale de la Santé du Centre-Ouest Burkina Faso (DRS)

Bailleur de fonds : AICS

Problèmes à résoudre, défis initiaux

Le projet assure la continuité du programme nutrition-santé de Medicus Mundi Italia au Burkina Faso et complète l'action de prévention, dépistage et prise en charge de la malnutrition chronique entamée avec le projet « 1000 jours » et prolongée avec le projet prolongé par le projet « malnutrition chronique infantile ».

Aspects innovants apportés par la bonne pratique.

Kit nutritionnel supplémentaire prêt à l'emploi couplée à la fortification à domicile en MNP. Le kit nutritionnel est remis à la maman lors de la séance de démonstration culinaire, en doses pour 15 jours.

II. Objectifs visés par l'approche

Objectif général : guérison de la MAM

Objectif spécifique : permettre aux mamans d'apprendre les ingrédients et les techniques d'enrichissement à domicile des repas des enfants MAM, à travers la préparation des compléments nutritionnels à haute valeur nutritive à partir d'aliments disponibles localement

III. Description de la bonne pratique

Définition succincte de la bonne pratique :

Supplémentation alimentaire à base de beurre de cacahuète et de poudre de poissons et soumbala aux enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée.

L'ONG Medicus Mundi Italie (MMI) a reçu en 2019 un financement du Gouvernement Italien, pour soutenir la prise en charge nutritionnelle des enfants affectés par la Malnutrition Aiguë Modéré. Le financement a une durée de 18 mois à partir de septembre 2019, et ses activités ont couvert les trois Districts de Nanoro, Réo et Ténado, où l'ONG intervenait déjà, en partenariat avec la Direction Régionale de la Santé (DRS) et l'ONG LVIA, pour la prévention de la Malnutrition Chronique, grâce à un autre financement de l'Etat Italien.

La mise en œuvre du projet a été précédée par une prospection terrain, avec le staff de la DRS et les animatrices seniores qui encadraient les 68 animatrices déjà opérationnelles dans les CSPS des trois Districts, et qui effectuent des démonstrations culinaires hebdomadaires.

Pendant ces rencontres, on a pu recueillir les propositions par rapport à la stratégie de la prise en charge des enfants MAM.

De prime abord, deux voies ont été exclues, pour des raisons logistiques :

- la dotation en Plumpysup ;
- la dotation en farines infantiles fortifiées.

Suite aux échanges avec les acteurs clé, la stratégie de récupération des cas des MAM proposé s'est basée :

- sur le suivi clinique et anthropométrique des cas de MAM (traitement systématique, suivi anthropométrique), effectué toutes les deux semaines par les agents du MS dans les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) ;
- sur la fortification domiciliaire des aliments par des poudres de micronutriments (MNP). Les MNP sont distribués aux mères par les animatrices, sur indication des agents du CSPS;
- sur la participation des mères aux séances de démonstration culinaire effectuées par les animatrices dans les CSPS
- sur l'apprentissage aux mères de la préparation des compléments nutritionnels à haute valeur nutritive à partir des ingrédients disponibles localement, avec lesquels enrichir les repas quotidiens des enfants MAM. Les caractéristiques des aliments utilisés sont : 1) être une source d'énergie concentrée, 2) avoir une présence de protéines de bonne qualité (protéines animales) 3) avoir peu ou pas de fibres et de phytate, 4) être faciles à transformer au CSPS, par le personnel, l'animatrice et les mères, et 5) faciles à conserver et à utiliser à la maison.

Le kit nutritionnel remis à la maman est composé comme suit :

Mélange de poisson sec + soumbala pilé pour préparation et consommation de l'enfant MAM en sauce, soupe (ou de préférence l'ajouter à la sauce du to). **3 cuillérées à café/jour en une utilisation**



Beurre de cacahuète = arachide grillée + huile + sucre à ajouter à de la bouillie, ou toute préparation à base de céréale. **2 cuillérées à café par jour en une utilisation**

NB : Le kit est à renouveler chaque deux (02) semaines.

Logistique de la préparation des compléments nutritionnels :

- dans chaque District, l'animatrice séniore réunit ses animatrices par petits groupes, et leur apprend la préparation des compléments nutritionnels, les doses, etc ;

- Chaque animatrice reçoit un stock renouvelable de pots, bols, cuillères et sachets, pour la préparation et la distribution hygiénique des compléments nutritionnels aux mères ;
- Lors de la séance, le kit nutritionnel est remis à la maman en doses pour 15 jours.

La méthode de suivi et d'évaluation utilisée dans le cadre de la bonne pratique :

- Suivi des activités par les animatrices sénières du projet et du personnel de santé ;
- Supervision conjointe équipe projet, DRSHP et ECD.

Le coût de l'approche :

Cout moyen d'une ration journalière, : 1 100 FCFA. Les doses conseillées aux mères fournissent un apport journalier d'environ 350 kcal et 10g de protéines. En plus, l'enfant MAM reçoit un sachet par jour de MNP, jusqu'à guérison

Cout moyen par enfant guéri (incluant aussi les rations données aux abandons, échecs etc.) : 7 900 FCFA.

IV. Défis/Difficultés/Contraintes

1. Défis/Difficultés et contraintes rencontrées

Rupture du poisson sec utilisé pour la préparation

2. Solutions adoptées pour faire face aux défis, difficultés et contraintes.

- Dotation en torréfacteur ;
- Commande de grande quantité de poissons.

IV. Résultats et impacts

1. Présentation des résultats qualitatifs et quantitatifs en se basant sur des éléments issus de rapports d'activités et d'évaluations ;

MAM supplémentés/attendus (Février 2020 – Mai 2021)

EMBED Excel.Sheet.12

Sur 1 650 enfants MAM réguliers aux RDV (tous les 15 jours),
 1 579 (95,7%) sont guéris dans un délai de 3 mois (6 visites);
 38 (2,3%) étaient en échec de traitement (pas encore guéris à la 6e visite);
 33 (2,0%) sont devenus MAS au cours de la PEC MAM.

2. Description des changements provenant de l'application de l'expérience capitalisée.

- La PEC nutritionnelle des MAM est utile aussi pour dépister des enfants MAS qui ont échappé aux mailles de la consultation.
- Les mères des enfants MAM, qui voient toujours mesurer le PB de leur enfant, peuvent facilement apprendre à utiliser la bandelette tricolore.

v. Facteurs de réussite et enseignements tirés

Ce qu'il faut renforcer

Les causeries nutritionnelles lors des séances de prise en charge des MAM

Ce qu'il faut éviter

Que le complément soit utilisé par autre enfants que les MAM

Ce qui a bien marché ou n'a pas marché comme prévu :

On a constaté un fort engouement dans le suivi des nourrissons

VI. Potentiel de mise à l'échelle

Expliquer comment la bonne pratique dispose ou non d'un potentiel d'être reproduite (ou mise à l'échelle) ailleurs ;

Utilisation d'aliments locaux et disponibles en toute période de l'année ;

Implémenter par les acteurs communautaires.

Si le potentiel existe, quelles sont les conditions requises pour réaliser avec succès cette mise à l'échelle ;

Formation des acteurs ;

Centraliser la production au niveau communal par les groupes de femmes produisant déjà les farines infants ;

Quels sont les principaux défis liés à la mise à l'échelle ?

Des petits équipements – par exemple, torréfacteur, machine à broyer - peuvent faciliter la préparation de compléments nutritionnels.

Conclusion

Le projet a été une réussite dans la région du Centre-Ouest. Grâce à l'utilisation du kit de complément nutritionnel de prise en charge MAM, un pourcentage élevé d'enfants souffrant de MAM ont été guéris dans un délai de 3 mois= 1 579 (95,7%) sont guéris dans un délai de 3 mois (6 visites); L'approche a également contribué à l'amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire des enfants. Les résultats obtenus ouvrent des perspectives prometteuses pour la réPLICATION de cette approche dans d'autres régions. La collaboration avec les autorités et les partenaires a été un élément clé de cette réussite et devrait être renforcée pour assurer la durabilité de l'approche à long terme.

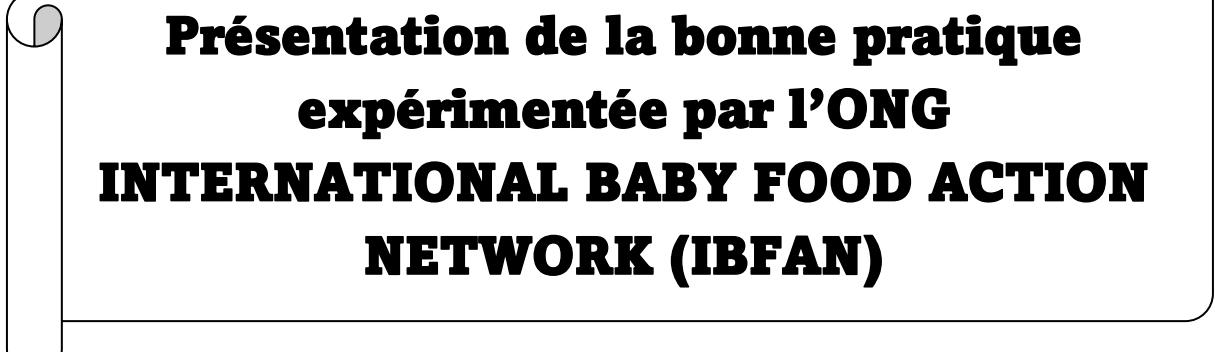
B. Référence sur la bonne pratique

Lien internet ayant servi de référence

[Burkina Faso: la preparazione dei complementi alimentari - YouTube](#)

Contact

elisa.chiara@medicusbondi.it



**Présentation de la bonne pratique
expérimentée par l'ONG
INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION
NETWORK (IBFAN)**



INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK

Titre du projet : Intervention multisectorielle de prévention de la malnutrition chronique, par la mise en œuvre des activités du paquet intégré des services d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), le dépistage de la malnutrition aiguë, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire et des soins du nouveau-né à domicile intégrant le genre dans la Région du Plateau Central.

Présentation de l'initiative

CSPS/CM « AMI DES BEBES ».

Domaine de la promotion de l'ANJE

@ IBFAN, Juillet 2023

The poster features the IBFAN logo at the top left. The main title 'Espace "KOMBI ZOA" "AMI DES BEBES"' is prominently displayed in large blue letters. To the right, the UNICEF logo is shown with the text 'unicef pour chaque enfant'. Below the text, there is a colorful illustration of a family: a man in a blue shirt, a woman in a red patterned skirt, and two children, one standing and one sitting on a small stool. The background of the poster is light blue.

Table des matières

I.	Introduction (Contexte et justification)	76
1.1.	Zone et période de mise en œuvre :	76
1.2.	Environnement social, économique, politique et institutionnel	76
1.3.	Le groupe cible concerné par la bonne pratique ou l'approche	77
1.4.	Les collaborateurs et Partenaires de mise en œuvre et bailleur de fond :	77
1.5.	Problèmes à résoudre, défis initiaux :	77
1.6.	Aspect innovant apportés par la bonne pratique	77
II.	Objectifs visés par l'approche	78
2.1.	Objectif général :	78
2.2.	Les objectifs spécifiques poursuivie étaient :	78
III.	Description de la bonne pratique	78
3.1.	Définition succincte de la bonne pratique	78
3.2.	Différentes étapes dans la mise en œuvre de la bonne pratique	79
3.3.	Les techniques /technologie et outils utilisés lors de la mise en œuvre de la bonne pratique	80
3.4.	La méthode de suivi et d'évaluation utilisée dans le cadre de la bonne pratique ;	80
3.5.	Le coût de l'approche : développement, mise en place, maintenance/durabilité la technique ou technologie.	81
IV.	Défis/Difficultés/Contraintes	81
4.1.	Défis	81
4.2.	Difficultés	82
4.3.	Contraintes	82
VI.	Facteurs de réussite et enseignements tirés	83
6.1.	Facteur de réussite et enseignement tiré :	83
VII.	Potentiel de mise à l'échelle	84
VIII.	Conclusion	85

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du jeune enfant

ASBC : Agent de santé à base communautaire

CCI : Consultation curative infirmière

CM : Centre médical

CNS : Consultation Nourrisson sain

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

DS : District sanitaire

ECD : Equipe cadre du district

FA : Femme allaitante

FE : Femme enceintes

FOSAB : Formation sanitaire ami des bébés

GASPA : Groupe d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE

IBFAN: International Baby Food Action Network

PA : plan d'action

PDI : Personne déplacé interne

PISA : Paquet intégré des services d'ANJE

PMA : Paquet minimum d'activité

RC : Relai communautaire

SPN : Soin prénatal

I. Contexte et justification

1.1. Zone et période de mise en œuvre :

La mise en œuvre de l'initiative Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) « ami des bébés » a démarré à petite échelle par une phase pilote dans 14 CSPS du district sanitaire de Zorgho en 2019 ; puis a été passé à l'échelle des 68 CSPS du district en 2021.

1.2. Environnement social, économique, politique et institutionnel

La province du Ganzourgou a une population estimée à 482 763 habitants avec un 81 557 ménages. Le taux de pauvreté est estimé à 30,2%. A l'instar des autres provinces, le Ganzourgou connaît cette situation socio-sécuritaire marquée par de nombreuses Personnes Déplacées Internes (PDI)

L'agriculture elle est la principale activité économique de la province C'est une agriculture de subsistance, faiblement mécanisée, pratiquée dans des conditions climatiques et pluviométriques précaires, avec des rendements faibles. L'élevage vient en second plan après l'agriculture au titre des activités pratiquées par les populations. L'activité commerciale se déroule dans les marchés qui se tiennent tous les 3 jours. Les activités secondaires sont l'artisanat, la forge, la vente de dolo et la boucherie. Les sites d'or constituent des lieux de prédilection à toute sorte de commerce. Il existe des sites d'orpailage dans le district et leur exploitation reste artisanale sauf dans la commune de Mogtédo avec l'entreprise Ore Zone. La province du Ganzourgou est comptée parmi les vingt provinces prioritaires où les indicateurs du secteur de l'éducation de base sont les plus faibles. Sur le plan social, tous les villages ont des chefs traditionnels, dépositaires des coutumes, qui exercent une autorité importante sur les populations. Ils jouissent d'un grand respect par l'ensemble de la population et influencent énormément les choix des communautés. Trois groupes ethniques sont les plus représentés : Mossi, Peuls et Bissa. Les peulhs sont semi sédentaires. Il existe des rites et coutumes tels que : les fêtes traditionnelles des chefs coutumiers (Nabasga), les funérailles, la persistance de l'excision le mariage forcé et précoce, le lévirat. Elles constituent des opportunités de rencontres (fortuites) et de brassage humain. Sur le plan sanitaire, la province compte un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) et 68 CSPS.

1.3. Le groupe cible concerné par la bonne pratique ou l'approche

Les cibles de cette approche sont les agents de santé qui travaillent en première ligne au niveau opérationnel du district sanitaire de Zorgho.

1.4. Les collaborateurs et Partenaires de mise en œuvre et bailleur de fond :

L'approche a été mise en œuvre par International Baby Food Action Network (IBFAN) en consortium avec l'Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina (APAIB) et l'appui technique de l'Equipe Cadre du District sanitaire (ECD) de Zorgho grâce au financement de UNICEF.

1.5. Problèmes à résoudre, défis initiaux :

- Insuffisance de prise en compte du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) dans les Paquets Minimum d'Activités (PMA) des CSPS et dans le plan d'action (PA) des ECD.
- Faible implication des agents de santé des CSPS et de l'ECD dans la mise en œuvre des activités de promotion de l'ANJE ;
- Insuffisance de promotion de l'ANJE lors des Soins Prénatal (SPN)et de la préparation à l'accouchement, des consultations Curatives Infirmières (CCI) et des Consultations Nourrissons Sains (CNS);
- Insuffisance de planification des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE (GASPA) de l'Agent de Santé à Base Communautaire (ASBC) et des supervisions de l'infirmier chef de poste (ICP) ;
- Insuffisance de pratique de la mise au sein précoce des nouveau-nés
- Insuffisance d'utilisation du partogramme ;
- Insuffisance de compétences des agents de santé dans la délivrance des services d'ANJE.

1.6. Aspect innovant apportés par la bonne pratique

Cette approche découle de l'initiative Hôpitaux ami des bébés. L'innovation qui a été introduite dans l'approche initiative CSPS/CM « ami des bébés » s'appuie sur les insuffisances de l'IHAB qui n'était mis en œuvre que dans les hôpitaux de référence. Considérant que 90% des soins de santé sont offerts au niveau du premier échelon du système de santé, l'implémentation de cette stratégie au niveau périphérique permettrait de toucher une grande majorité des femmes enceintes et des mères d'enfants de moins de 23 mois

II. Objectifs visés par l'approche

2.1. Objectif général :

L'objectif général de cette approche est de contribuer à l'encrage institutionnel de l'ANJE au niveau des CSPS et améliorer la qualité des services d'ANJE offerts par les prestataires de santé aux femmes enceintes et allaitantes du district sanitaire (DS) de Zorgho.

2.2. Les objectifs spécifiques poursuivie étaient :

- Renforcer les compétences des agents de santé sur le PISA et les critères CSPS amis des bébés ;
- Renforcer l'implication des agents des CSPS par la prise d'engagement matérialisé par une charte écrite, approuvé et signée par l'ensemble du personnel du CSPS pour la promotion de l'ANJE ;
- Améliorer la pratique de l'initiation précoce de l'allaitement matérialisé par l'utilisation systématique du partographe par les agents de santé ;
- Améliorer l'implication des agents de santé dans la supervision des ASBC sur la promotion de l'ANJE au niveau communautaire.

III. Description de la bonne pratique

3.1. Définition succincte de la bonne pratique

- Les formations sanitaires qui offrent des services d'ANJE de qualité sont certifiées CSPS/CM « ami des bébés : Kombi Zoa (en mooré) ».
- En effet, les agents des formations sanitaires qui adoptées et mis en œuvre les 5 critères « ami des bébés » et ayant obtenues au moins une bonne performance (moyenne supérieur ou égale à 75%) à l'issue des supervisions évaluatives conjointes équipe cadre du district (ECD) et IBFAN sont certifiées « amis des bébés » afin de maintenir l'excellence et la motivation dans la mise en œuvre du PISA aussi bien en CSPS qu'en communauté.
- La figure suivante présente les 5 critères « amis des bébés : Kombi Zoa »

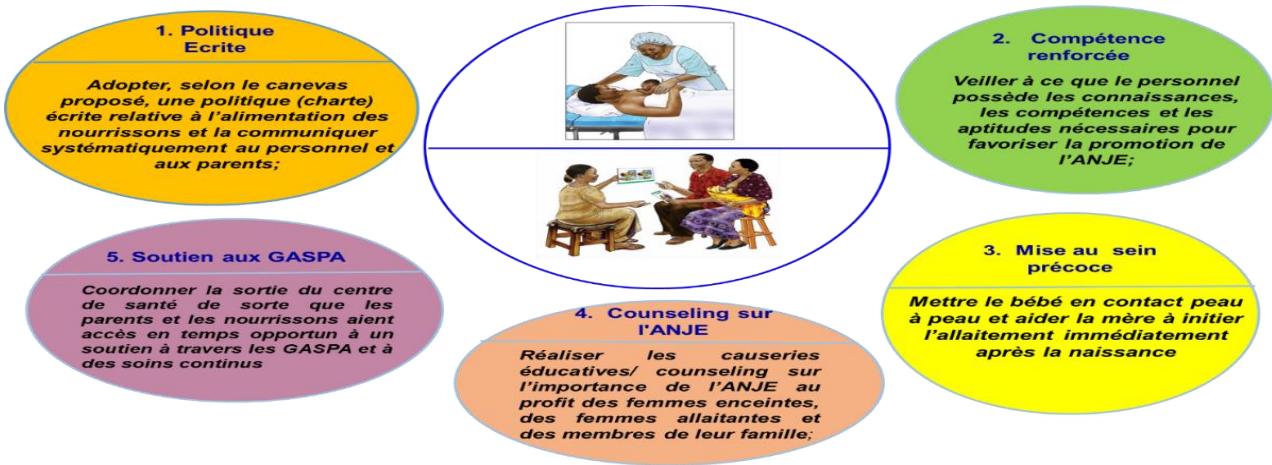


Figure 1 : les 5 Critères « amis des bébés : Kombi Zoa »

3.2. Différentes étapes dans la mise en œuvre de la bonne pratique

- 1) Etape 1 : Renforcement des capacités des agents de santé des CSPS/CM sur le PISA et les critères CSPS/CM ami des bébés ;
- 2) Etape 2 : Restitution de la formation par chaque agent formé aux autres de la formation sanitaire ;
- 3) Etape 3 : Elaboration et adoption par l'ensemble du personnel du CSPS/CM d'une charte (une politique) écrite relative (i) au paquet de services d'ANJE à offrir aux femmes enceintes et femmes allaitantes FEFA, (ii) à la protection des mères contre l'utilisation abusive et non approprié des SLM et (iii) à l'engagement des agents de santé à respecter la charte ;
- 4) Etape 4 : Planification et réalisation régulière de causerie éducative sur l'ANJE au profit des FEFA venue en consultation (SPN et CNS) au sein du CSPS/CM par les agents de santé ;
- 5) Etape 5 : Assurer le suivi des GASPA animé par les ASBC/RC sur le terrain
- 6) Etape 6 : d'évaluation des performances des CSPS/CM en matière de promotion de l'ANJE lors des supervisions semestrielles par l'ECD. Cette supervision est assortie d'un PV de classement des CSPS/CM par ordre de performance en matière de promotion des bonnes pratiques d'ANJE
- 7) Etape 7 : Distinction des CSPS/CM ayant obtenus au moins une bonne performance dans les activités de promotion de l'ANJE par des attestations de reconnaissance de ces formations sanitaires comme étant « ami des bébés ».
- 8) Etape 8 : Octroie de prix aux 5 meilleurs CSPS/CM « ami des bébés ».

3.3. Les techniques /technologie et outils utilisés lors de la mise en œuvre de la bonne pratique.

- La technique utilisée est d'abord le renforcement des compétences des agents de santé sur la mise en œuvre du PISA intégrant l'initiative CSPS/CM « ami des bébés ». Les outils utilisés sont : les modules du PISA, le module spécifique CSPS/CM « ami des bébés », les affiches sur les critères CSPS/CM « ami des bébés », la grille de supervision évaluative des CSPS/CM « ami des Bébés ».
- Ensuite la supervision évaluative des CSPS/CM « ami des bébés » pour apprécier la performance des CSPS/CM dans l'offre de soin y compris la promotion de l'ANJE : Elle utilise les techniques d'observation non participative des agents de santé en situation de promotion d'ANJE, la revue documentaire des outils et supports en lien avec la promotion de l'ANJE et les échanges avec les prestataires.

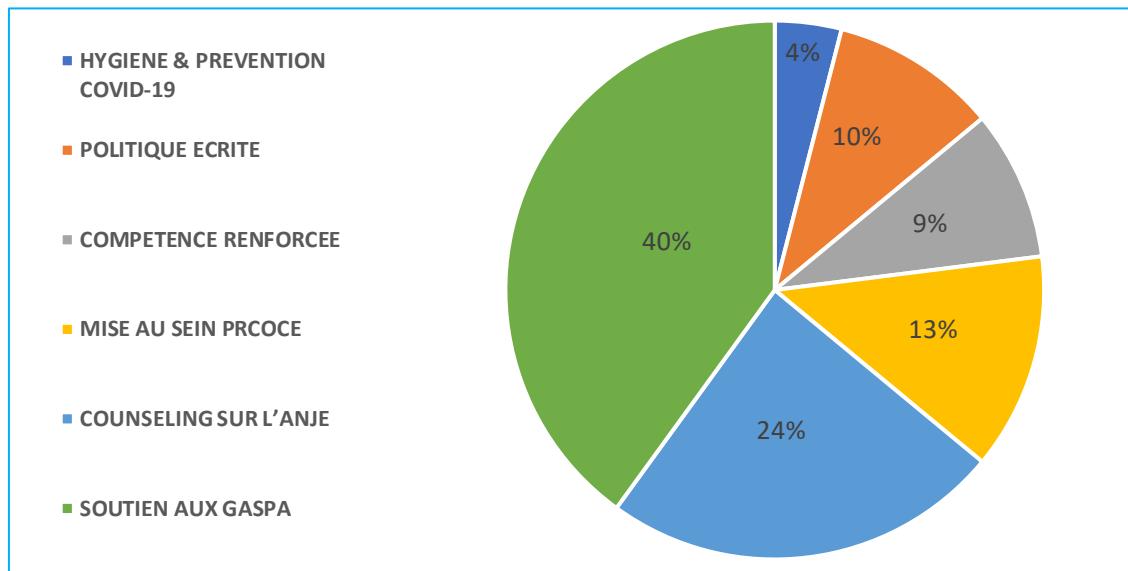
Le checklist de supervision est le suivant :

- Adoption de bonnes pratiques en matière d'hygiène par les agents de santé dans le CSPS ;
- Adoption, selon le canevas proposé, une politique (charte) écrite relative à l'alimentation des nourrissons et la communiquer systématiquement au personnel et aux parents ;
- Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour favoriser l'ANJE ;
- Mettre le bébé en contact peau à peau immédiat et aider la mère à initier précocement l'allaitement après la naissance ;
- Réalisation de causeries éducatives/ counseling sur l'importance de l'ANJE au profit des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des membres de leur famille ;
- Coordination et planification des sortie de l'établissement de santé de sorte que les parents et le nourrisson aient accès en temps voulu à un soutien à travers les GASPA et à des soins continus.

3.4. La méthode de suivi et d'évaluation utilisée dans le cadre de la bonne pratique ;

Le suivi des activités a été conjointement faite par l'ECD de Zorgho et IBFAN. Une supervision évaluation conjointe a été réalisée semestriellement par l'ECD en

utilisant la grille de supervision évaluative comportant les critères d'évaluation des CSPS/CM « ami des bébés ».



3.5. Le coût de l'approche : développement, mise en place, maintenance/durabilité la technique ou technologie.

Environ 15.580.575 FCFA ont permis d'assurer le renforcement de capacité sur le PISA intégrant l'initiative « ami des bébés) et la supervision évaluative des agents des 68 formations sanitaires du district sanitaire de Zorgho pour le démarrage de l'approche. La durabilité de cette approche pourrait être assurée à travers l'intégration des supervisions évaluatives aux supervisions ordinaires de l'ECD. De même le renforcement de capacité sur l'approche pourrait être régulièrement dans le plan d'action de l'ECD. La distinction des CSPS/CM et l'octroi des prix aux meilleurs CSPS/CM « ami des bébés » pourrait être intégré à l'organisation des journées d'excellence dans les districts sanitaires.

IV. Défis/Difficultés/Contraintes

4.1. Défis

- La disponibilité des ressources pour assurer les supervisions
- Le maintien du niveau de motivation et d'engagement des agents de santé. Cependant, la régularité des supervisions permettra aux agents de santé de garder à un haut niveau leur engagement dans la promotion de l'ANJE

4.2. Difficultés

- Insuffisance de logistique roulante de l'ECD : Mise à contribution de moto pour la supervision ;
- Les conflits de calendrier : Maintien de la communication pour reprogrammer certaines sorties de supervision et intégration de certaines activités ;
- Les supervisions évaluatives ne sont pas faites par les mêmes équipes de superviseurs. Toute chose qui entraîne des biais dans l'appréciation.

4.3. Contraintes

- Le turne over des agents de santé exige un recyclage ou une formation continue du personnel de santé des CSPS.

V. Résultats et impacts

5.1. Présentation des résultats

Les produits immédiats engrangés par la mise en œuvre de cette approche sont :

- Les connaissances et compétences de 76 acteurs ont été renforcé sur l'ANJE et l'initiative CSPS/CM ami des bébés : 68 ICP ; 5 membres ECD ; 3 chargés de suivi
- 287 ASBC/RC (242 ASBC et 45 RC) ont été supervisé trimestriellement par les ICP sur la promotion de l'ANJE dans les GASPA
- 53% des CSPS/CM sont déclarés « Ami des bébés » avec au moins une bonne performance dans la promotion de l'ANJE à l'issue de l'évaluation de l'ECD de Zorgho. La synthèse du PV d'évaluation fait par l'ECD est présenté dans le tableau 1 suivant :

Tableau 1 : Résultats de l'évaluation des CSPS/CM « ami des bébés »

Performance	Faible (<65 % des points)	Passable ≤65 & <70	Assez bonne (≤ 70 & < 75)	Bonne ≤75 & < 80	Très bonne ≤ 80 & < 85:	Excellente ≥ 85
Nbre de CSPS/CM	7 (10,29%)	11 (16,18%)	14 (20,59%)	10 (14,71%)	12 (17,65%)	14 (20,59%)

5.2. Description des changements provenant de l'application de l'expérience

Les changements induits par cette stratégie ont été apprécié lors des supervisions de l'ECD et de IBFAN.

Les formations sanitaires certifiés « ami des bébés », ont :

- Des PV de restitution de la formation sont disponibles dans les formations sanitaires et témoignent de l'effort d'implication de tous les autres agents de santé des formations sanitaires dans la promotion de l'ANJE ;
- Une politique écrite de promotion de l'ANJE faisant ressortir l'engagement du personnel de soin et les activités d'ANJE à promouvoir l'ANJE;
- la prise en compte du PISA est effective dans les activités par les CSPS ;
- un programme de sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes sont élaborés et les messages de sensibilisation y sont délivrés ;
- L'utilisation du partographe pour la surveillance de l'accouchement est optimal et l'item IPA y sont renseigné ;
- les nouveau-nés vivants bénéficient de la mise au sein précoce. Les décomptes des partogrammes dans les maternités lors des supervisions ont montré que plus de 85% des enfants nés dans les maternités de ces formations sanitaires ont été mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance ;
- Le sondage des nouvelles accouchées mis en observation en suite de couche témoigne de l'effectivité de la mise au sein précoce des nouveau-nés dans l'heure qui suit leur naissance ;
- Il existe une émulation et d'une motivation au sein des agents de santé des autres CSPS afin d'être reconnu comme CSPS amis des bébés ;
- Les noms des GASPA sont inscrit dans les carnets de santé de la mère et de l'enfant.

VI. Facteurs de réussite et enseignements tirés

6.1. Facteur de réussite et enseignement tiré :

✓ Ce qu'il faut renforcer :

Il faut également accroître le degré de motivation en organisant les journées d'excellence en matière d'ANJE des formations sanitaires afin de célébrer les succès.

Renforcement continue des compétences des agents de santé sur le PISA intégrant l'initiative « ami des bébés

✓ **Ce qu'il faut éviter :**

La non implication des acteurs ECD est à éviter.

L'exécution hâtive des supervisions.

✓ **Ce qui a bien marché ou n'a pas marché comme prévu :**

- L'émulation créer entre les agents de santé des différents CSPS est un élément de réussite
- L'usage du partographe pour la surveillance de la grossesse s'est vue améliorer même si l'intention première était le renseignement de l'item « mise au sein ».
- L'inscription du nom des GASPA dans le carnet de santé des enfants n'a pas véritablement connue une bonne application. Cela aurait permis de faire un lien entre les SPN ou CNS et les GASPA. Cela aurait certainement aidé à améliorer le taux d'enrôlement des femmes dans les GASPA

✓ **Les questions qui restent à approfondir/exploré ;**

L'octroi des prix et autres formes de motivation des meilleurs CSPS/CM « ami des bébés »

✓ **Les opportunités à saisir, etc...pour mieux réussir**

La relance de « **Formation sanitaire ami des bébés (FOSAB)** » et son intégration dans le « **label qualité des soins** » défini par la DQSS est une opportunité pour mieux intéresser les formations sanitaires qui ont une démarche qualité à s'engager davantage dans la promotion de l'ANJE.

Il faut renforcer la supervision en organisant une supervision par les pairs. Cela renforcera d'avantage l'intérêt accorder aux activités d'ANJE.

VII. Potentiel de mise à l'échelle

Le potentiel de mise à l'échelle de cette bonne pratique réside dans le fait qu'elle s'appuie sur le système de santé notamment les Agents de santé des CSPS et les ECD. L'existence d'un environnement politique favorable avec lla disponibilité d'un plan de passage à l'échelle des pratiques optimales d'ANJE, la diffusion du décret portant réglementation des SLM demeurent des dispositions nationales favorable à un passage à l'échelle de l'approche, L'opportunité de la relance de l'initiative des

hôpitaux ami des bébés à travers l'approche FOSAB et le processus de certification des formations sanitaires pourraient constituer un tremplin pour le passage à l'échelle de l'approche CSPS/CM « ami des bébés » au niveau national ou régional.

La planification, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre de l'initiative au niveau national ou régional devraient être prise en compte systématiquement dans les plans d'actions annuel des ECD. Le renforcement continue des capacités des acteurs à tous les niveaux reste une des principales conditions de succès du passage à l'échelle de l'approche « ami des bébés ».

Conclusion

Dans le district sanitaire de Zorgho, 49% des CSPS sont » amis des bébés » car offre un environnement en faveur de la promotion de l'ANJE et des services d'apprentissage de bonnes pratiques d'ANJE

- Renforce l'implication des agents de santé dans la mise en œuvre du PISA
- Création d'émulation entre les agents des CSPS avec le renforcement de la motivation des acteurs
- Renforcement de la qualité des soins

Le passage de cette bonne pratique à l'échelle de la région du Plateau Central ou nationale serait un grand pas vers l'atteinte des objectifs du plan ANJE

B. Référence sur la bonne pratique

Documents de références et support, vidéo ou autres sur la bonne pratique

- Normes et procédures pour la mise en Place des établissements sanitaires amis des bébés au Burkina Faso
- Grille de supervision des agents de santé des CSPS sur les critères CSPS/CM « ami des bébés » par l'ECD

Contact

MILLOGO Kalo Martin

millogomartin@yahoo.fr; +22670745580