



COVERAGE MONITORING NETWORK

Septembre 2014

Propositions pour « L'approche communautaire dans le cadre de la lutte contre la malnutrition aigüe »

Introduction

Les structures sanitaires publiques, les bailleurs de fond et plus généralement tous les acteurs de santé impliqués dans la lutte contre la malnutrition des enfants s'engagent dans le renforcement des activités communautaire pour répondre aux défis nutritionnels des pays concernés. Comme stipule dans les recommandations opérationnelles HIP 2014 de ECHO (AGIR-Sahel), la stratégie communautaire vise à améliorer la prévention de la maladie, renforcer le dépistage et le référencement des enfants vers les structures de prise en charge. Elle doit, par ce fait, améliorer la couverture des programmes et garantir un meilleur suivi des abandons et des rechutes pour atteindre la guérison de chaque enfant atteint.

Le CMN-phase 2, à travers l'appui à la réalisation des enquêtes SQUEACs et SLEACs, intègre le volet communautaire dans sa méthodologie : identification et analyse des barrières d'accès au traitement, élaboration de stratégie de mobilisation communautaire pour l'amélioration de la couverture des programmes.

1. Une (nouvelle ?) définition de la mobilisation communautaire

A ce jour les stratégies de mobilisations communautaires s'appuient principalement sur les relais communautaires et les agents de santé communautaire (ASC). Ceux-ci sont, le plus souvent, chargés du dépistage actif dans les zones d'intervention et de l'orientation des enfants vers les structures de prise en charge. Les relais ont également la tâche de mener des sensibilisations sur la question nutritionnelle à travers des discussions et/ou des démonstrations culinaires.

Les investigations de terrain permettent de cerner les avantages et les limites de cette approche :

- Les agents et relais constituent des interfaces utiles entre des populations éloignées du soin et les structures sanitaires
- Cette stratégie contribue à la décentralisation du dépistage et doit permettre un dépistage précoce des enfants et une orientation rationalisée des enfants vers le soin. Cela vise, entre autre, à éviter des rejets d'enfants au niveau des centres de santé mal compris par les mères. En effet, on y reviendra, les rejets mal compris par les mères véhiculent une mauvaise image des programmes qui devient, in fine, une barrière d'accès aux soins.
- Les relais participent, par le biais de la sensibilisation, à une meilleure connaissance des signes de la malnutrition, ses conséquences et les moyens de la prévenir.

- Les abandons et les rechutes (plusieurs épisodes de malnutrition) sont des indicateurs forts, à la fois de l'efficacité et de la couverture des programmes. Les visites à domicile effectuées par les relais et les ASC doivent permettre de limiter ces cas et de favoriser les réadmissions et l'observance du traitement jusqu'à guérison. Ils ont alors un rôle important dans le suivi des activités pour le centre de soins ou l'ONG partenaire en appui.

Néanmoins, les limites de cette approche sont observables et appellent à une reconsidération des stratégies de mobilisation communautaire :

- Les relais présents dans le village sont généralement choisis par le chef du village : sa légitimité n'est pas systématique aux yeux de la population. Le pourcentage des relais femmes peut s'avérer faible, ce qui limite indéniablement leur champ d'action auprès des mères de familles.
- Les relais sont, sauf exception ponctuelle, volontaires. Dans le cadre d'un environnement pauvre, on conçoit que la moindre opportunité d'activité économique va impacter sur son assiduité et sa motivation.
- La formation des relais n'est pas toujours assurée, ni leur supervision. Plusieurs facteurs l'expliquent : difficulté relationnelle entre les relais et les acteurs de santé, changement des relais après « abandons de poste », niveau d'instruction limite pour les formations etc. le volume des tâches (Nutrition, santé maternelle, paludisme, planification familiale, maladies infantiles etc.) qui pèsent sur les relais comme sur leurs superviseurs désignés (souvent ASC) limite les possibilités d'une formation et d'une supervision efficaces.
- Enfin, on ne peut nier les relations de pouvoir qui régissent ces différents acteurs et qui peuvent réduire les capacités de délégation des tâches : combien de relais ne possèdent pas de MUAC car cet outil représente une prérogative de l'agent de santé ? Combien de relais susceptibles d'user de leur statut à des fins contestables ? Ou encore de véhiculer un regard culpabilisant sur les mères d'enfants malades ?

Ces quelques exemples indiquent que la stratégie de mobilisation communautaire adoptée paraît nécessaire mais non suffisante. L'implication de la communauté, son renforcement de capacités et son adhésion aux programmes nutritionnels ne peuvent pas reposer uniquement sur des individus, qui par leur environnement et leur statut, peuvent aussi bien renforcer le programme que l'affaiblir.

Il est donc impératif de faire évoluer la mobilisation communautaire vers un programme de santé communautaire, soit une répartition des responsabilités, des capacités et de **l'implication de tous les membres de la communauté.**

2. [Comment faire ?](#)

En étudiant les dynamiques sociales mises en œuvre dans les communautés ciblées et en contextualisant notre approche, nous pouvons penser que les différents segments de la population peuvent participer et contribuer à la lutte contre la malnutrition. Sans supprimer ou nier le rôle pivot des relais ou des ASC, il s'agit d'élaborer une stratégie qui permette à la fois de :

- Repartir les tâches et soulager les relais : un chef de village, un leader religieux peut informer, sensibiliser, voire influencer les hommes de la communauté. Les pères et les chefs

de familles ont souvent un pouvoir décisionnaire sur le recours aux soins des enfants (plus que les mères systématiquement « cibles » des messages de sensibilisation.

- Le MUAC est un outil facile à manier et peu cher mais précieux pour le dépistage précoce des enfants : cet outil devrait être à la portée de tous, démocratisé. Pourquoi ne pas le distribuer beaucoup plus largement afin que le dépistage de la malnutrition devienne un geste banal et fréquent ? Les mères des enfants guéris et satisfaites du programme sont les meilleures ambassadrices auprès des autres mères du village, elles peuvent dépister les autres enfants et également suivre le leur en cas de rechute. Les guérisseurs traditionnels sont très présents et constituent presque toujours le premier recours aux soins des familles. Ils voient tous les enfants du village, comme beaucoup d'accoucheuses traditionnelles et bénéficient de la légitimité et de la confiance de leur communauté. Leur donner un MUAC permettrait à la fois de reconnaître leur rôle et diminuer leur sentiment concurrentiel, de dépister beaucoup d'enfants et de limiter l'administration de traitement traditionnel parfois néfaste aux enfants malades.
- Les mères d'enfants citent souvent la distance comme une barrière principale d'accès aux soins. Il s'agit plus en réalité d'un problème d'accès aux moyens de transport ou financier pour couvrir le coût du trajet jusqu' à la structure sanitaire. Seule une organisation de solidarité existante dans la communauté peut répondre à ce type d'écueil : paiement du transport par le biais des groupes de femmes existantes (tontines), partage des moyens de transport disponibles (généralement les hommes en sont propriétaires), organisation du transport collectif hebdomadaire des enfants et des mères vers le programme etc.

Ces exemples issus de nos observations de terrain ne sont ni exhaustifs ni limitatifs. Ils peuvent se concevoir à partir d'une connaissance approfondie des aspects sociaux et culturels (investigation qualitative) des différentes communautés visées et de l'écoute des capacités existantes dans chacune d'entre elles. Une stratégie basée sur ces connaissances doit s'élaborer en partenariat avec la communauté qui passe alors du statut de « bénéficiaire » à co-auteur. . Il s'agit, ici, de donner une illustration de ce qui est possible. Chaque barrière d'accès aux soins ou à la prévention n'est pas retenue dans ce texte : ce résumé cherche à redéfinir le regard de l'assistance humanitaire nutritionnelle

3. Résultat ?

- Une stratégie communautaire adaptée aux réalités des familles
- Une responsabilisation et une implication collective pour lutter contre la malnutrition des enfants.
- Une meilleure adhésion de la communauté aux services de santé proposés
- Une meilleure efficacité et une meilleure couverture des programmes à moindre coût.
- Une participation des communautés dans le processus de planification, mise en place et intégration pour une continuité à long terme du programme.

Carine Magen

c.magen@actionagainsthunger.org.uk