Les "Ti Foyers", foyers de démonstration nutritionnelle dans les Cahos

L'expérience du programme de santé de Pérodin, Haïti

Laurence Martin-Collignon[1]
Octobre 2001
Mise en ligne 25.01.2002

Préambule

Le centre de nutrition de Pérodin a été fermé début 2001 car il recevait de moins en moins d'enfants de la zone. Le traitement des malnutritions aiguës se fait par un suivi à domicile ("*suivi La Caye*" - une fiche est envisagée sur le sujet) et référencement à l'hôpital de la zone si nécessaire) tandis que la prise en charge des **malnutritions chroniques** se fait à travers les "**petits foyers de démonstration nutritionnelle**" que cette fiche décrit.

18 "ti foyers" ont été réalisés en 2001 sur la zone de Pérodin dans les Cahos, pour un total de 107 enfants (soit 6 enfants par ti foyers en moyenne).

Laurence Martin-Colligon souligne que **la plupart des cas de malnutrition chroniques proviennent de familles très démunies et marginalisées, ce qui rend les réhabilitations plus difficiles et confirme, s'il le fallait, l'importance de l'accompagnement des familles et de l'éducation à l'hygiène**.

Cette activité est encore récente. Un recul supplémentaire de 6 mois permettra d'évaluer l'impact de cette action.

1. Identification des facteurs contribuant à la malnutrition

A. Insécurité alimentaire des familles

A peu près 95% des familles ont accès à des jardins pour la production agricole: il s'agit essentiellement d'une agriculture d'auto-subsistance, du fait de l'érosion des sols et du manque de techniques agricoles.

Le relief de cette zone montagneuse et enclavée, le manque de débouchés commerciaux et l'impossibilité de stockage sont les principales raisons du non-développement de l'agriculture. Ainsi les plus gros propriétaires terriens préfèrent-ils affermer une part de leur jardin au lieu d'augmenter leur production agricole. La zone des Cahos est de plus régulièrement soumise à des intempéries provoquant de gros dégâts dans les récoltes.

[1] *Laurence Martin-Collignon est médecin. Elle a été responsable du programme de santé de Pérodin dans les Cahos en Haïti d'août 99 à octobre 2001.*

PRATIQUES
Réseau d'échanges d'idées et de méthodes pour des actions de développement
http://www.interaide.org/pratiques

Par ailleurs, les sources de revenus non liés à l'agriculture sont pratiquement nulles: un peu de commerce, quelques métiers non-qualifiés. Il y a donc peu de capitalisation, qu'elle soit monétaire ou alimentaire. La seule capitalisation reconnue dans les "mornes" (montagnes) est l'achat de bêtes avec tous les aléas que cela implique.

B. Soins inadéquats des enfants liés à des problèmes socio-économiques :

L'implication importante des mères pour la survie économique des familles explique une assez grande absence du foyer (achat/vente de marchandises, travail dans les jardins, recherche de bois et d'eau, lessive...). Ces contraintes budgétaires et temporelles compromettent sérieusement la qualité de la prise en charge nutritionnelle surtout pour les jeunes enfants confiés à des grand-mères tout aussi absentes que leurs filles, ou à d'autres enfants.

Des études anthropologiques ont montré une variété d'unions conjugales socialement acceptées dans lesquelles mobilité sexuelle et liaisons à partenaires multiples sont communes. Cette fragilité des couples amène une redistribution, une relocalisation fréquente des enfants dans d'autres foyers.

Des grossesses trop nombreuses et très rapprochées (taux de fécondité en Haïti = 5 enfants / femme) ont deux effets néfastes sur la nutrition des enfants. Elles diminuent la capacité de la mère de s'occuper correctement de l'enfant en augmentant les contraintes budgétaires et temporelles. Le sevrage est plus précoce (normalement les femmes continuent à allaiter jusqu'aux 2 ans de l'enfant) et les mères délaissent les autres enfants pour s'occuper du dernier-né.

C. Pratiques alimentaires inadaptées

Certaines pratiques ont la vie dure :

- jeter le colostrum et donner un laxatif au nouveau-né le jour de sa naissance;
- attendre la montée de lait 2 ou 3 jours ou plus avant de mettre l'enfant au sein et lui donner de l'eau sucrée en attendant;
- entamer une alimentation complémentaire très précoce;
- pratiquer un sevrage brutal qui correspond à la disparition de la mère (celle-ci part la journée pour le marché) associant dans l'esprit de l'enfant alimentation solide et abandon.

Si traditionnellement les mères savent que l'alimentation doit être équilibrée (riz - sauce pois - légume - jus de fruit) en revanche, à cause de contraintes budgétaires et temporelles, elles oublient souvent de l'équilibrer au profit des aliments qui remplissent le ventre (bananes seules, maïs moulu seul, bouillies de farine de blé ou de maïs).

De plus, par ignorance des familles alimentaires, si un aliment est cher pendant une période, les mères s'en passent plutôt que de le remplacer. De même, il y a des familles alimentaires non consommées parce qu'elles ont une haute valeur ajoutée (viande) et d'autres parce qu'elles n'en ont pas assez (certains fruits en pleine saison) ce qui leur confère une faible valeur alimentaire aux yeux des gens. Ils oublient tout simplement de les donner aux enfants.

Enfin certains interdits existent : le proverbe "*qui vole un œuf vole un bœuf*" interdit les œufs aux enfants et la séparation des tâches entraîne des dysfonctionnements : le père s'occupe du bétail mais ne sait pas que le lait des bêtes est bon pour les enfants...

Les messages d'éducation sanitaire qui passent le mieux sont souvent ceux qui prennent en compte les croyances locales (religieuses, sociales...): par exemple, les messages de promotion de la vaccination passent bien car l'idée que quelque chose à l'intérieur de notre corps protège des maladies correspond à une image du vaudou haïtien...

D. Les infections

Le rapport du dispensaire de Pérodin pour l'année 2000 montre que les premières causes de consultations sont les infections respiratoires supérieures (40%) suivies par la malnutrition (21%) puis les gastro-entérites. D'après une des dernières enquêtes du S.O.E (Service Œcuménique d'entraide, ONG haïtienne travaillant entre autre dans le domaine de la santé dans la zone de La Chapelle) un enfant souffre de plus de 4 épisodes diarrhéiques par an, expliquant plus de 50% des morts infantiles.

La plupart des cas de malnutrition chronique ayant participé aux "ti foyers" en 2001 sont accompagnés de diarrhées, ce qui confirme que **l'hygiène et l'éducation à l'hygiène sont des enjeux majeurs.**

2. Proposition de réponse : les "ti foyers"

Les objectifs généraux des "petits foyers de démonstration nutritionnelle" :

- à terme, contribuer à la diminution des malnutritions chroniques
- apporter un soutien aux populations les plus défavorisées
- améliorer l'état général des enfants afin qu'ils aient un développement physique et intellectuel suffisant;
- constituer une porte d'entrée éventuelle dans les communautés les plus défavorisées pour développer différents types d'activités;
- détecter et permettre une intervention précoce des sujets à risque.

Ce dernier point est important car en effet, la distribution des enfants en stade G2 ou G3 n'est pas du tout uniforme dans la zone. Il existe des foyers géographiques évidents. Les petits foyers seront l'occasion d'une analyse plus fine de ces problèmes.

3. Principes

Cinq mères ayant des **enfants en stade G2 ou G3** viennent tous les jours avec l'enfant **pendant 12 jours dans un petit foyer.** Les mères sont voisines et le rendez-vous se fait chez une "mère-ressource" de la même zone. Chaque jour, une nutritionniste et la maman-

ressource donnent explications et conseils. Toutes les mères participent à la confection d'un repas commun et de deux collations.

Une semaine avant le démarrage du petit foyer les enfants sont examinés au dispensaire et vermifugés.

Les parents signent un "contrat nutrition" (annexe 1) dans lequel l'un des deux parents s'engage à venir tous les jours pendant toute la durée du petit foyer, et à contribuer par un apport local à la confection des repas.

Les repas sont confectionnés avec des **aliments locaux uniquement** et correspondent aux habitudes locales (par exemple, certaines zones consomment du manioc, d'autres pas). C'est le postulat de base. Les repas varient donc en fonction de la disponibilité et des prix du marché. **La nutritionniste doit impérativement utiliser ce qui coûte le moins cher au moment donné.**

Pendant deux semaines à l'issue du petit foyer, la maman-ressource rend visite aux autres mères pour les encourager.

Une enquête est faite auprès des mères et les enfants sont pesés à l'entrée et à la sortie du petit foyer. (annexe 2)

Après leur sortie les enfants sont pesés 3 fois : 1 mois , 2 mois et 6 après leur sortie du petit foyer.

Après leur sortie du petit foyer, les agents de santé suivent ces familles en faisant une visite domiciliaire par mois minimum pendant 6 mois, pour donner des conseils, peser l'enfant et le référer au dispensaire en cas de problème. (voir le *guide de visite domiciliaire à l'intention des agents de santé*, Cécile Cames, Pérodin en septembre 98).

4. Objectifs spécifiques

- Créer de nouvelles habitudes alimentaires chez les mères (collations, repas fréquents...)
- Conscientiser les **parents** : une rencontre avec les pères est espérée[2]. Ils doivent co-signer avec leur femme le "contrat nutrition". Des activités conjointes entre les

[2] Les messages ne sont pas spécialement adaptés aux hommes mais je trouve l'idée d'Emmanuelle Six excellente (cf. NOTE PRATIQUE *les groupes d'hommes à Tana*) d'autant que j'arrive aux mêmes conclusions qu'elle, sur le planning familial mais aussi sur l'alimentation : c'est en effet d'abord l'homme qui a accès aux sources protéiques et ce n'est pas parce que sa femme est allée à une formation santé qu'il va accepter de partager sa part avec les enfants. Ce qui place souvent les femmes dans une situation difficile. Soit elles donnent de la viande aux enfants en cachette, soit elles privent leurs enfants, soit elles subissent les foudres de leur mari.
La séparation des tâches entraîne des dysfonctionnements : le père s'occupe du bétail mais ne sait pas que le lait des bêtes est bon pour les enfants...
Il y a de plus des "interdits" qui sont plus faciles à transgresser à deux que seuls (le proverbe "qui vole un œuf vole un bœuf" interdit les œufs aux enfants !).
Organiser des activités santé avec les comités agricoles est une piste à travailler pour impliquer les hommes.

comités agricoles et les comités santé sont envisagées pour associer les hommes aux activités d'éducation à la santé.
- Donner des informations dans ces familles particulièrement à risque (ex. faire un sérum de réhydratation orale quand l'enfant est malade...)
- Créer, si c'est possible, un lien entre la mère-ressource et les autres mères pour que ces dernières reviennent vers la personne-ressource en cas de problèmes.
- Créer un effet de groupe par rapport aux habitudes alimentaires et vis-à-vis des coutumes.
- Créer si c'est possible un lien entre les mères pour qu'elles cherchent des solutions à leurs problèmes (garderies d'enfants[3]...)

A Pérodin, **nous avons décidé de choisir les mamans-ressources parmi les animatrices de comité santé** pour les raisons suivantes :
- elles possèdent déjà une connaissance de base acquise grâce aux formations dispensées par le programme
- elles ont un bon niveau d'intelligence et de dynamisme
- elles sont concernées par les problèmes et la santé de leur communauté
- elles sont reconnues socialement (et cette reconnaissance sociale les motive)
- leurs enfants sont en bonne santé (vaccinés...)

5. Rôle des nutritionnistes

Les deux nutritionnistes du projet de Pérodin sont chargées de :

- **faire une analyse locale des habitudes alimentaires et créer des menus appropriés**
- **encadrer les mères dans les activités et les former sur** :
  - les "3 qualités manger" (protéines, glucides; vitamines et minéraux) & les repas équilibrés
  - hygiène corporelle (du savon est donné pour le lavage des mains)
  - hygiène de l'eau (du « chlorox » est donné pour chlorer l'eau et laver les fruits et légumes car sinon, en cas d'épidémie de diarrhées, tout le bénéfice nutritionnel du "ti foyers" sera perdu si l'enfant est touché par l'épidémie)
  - hygiène de l'environnement (latrines...)
  - vaccinations
  - allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois + allaitement de suite
  - contraception (les femmes sont encouragées à adopter une méthode contraceptive; en général, 1 ou 2 mères se décident pendant le petit foyer et une méthode – implant contraceptif (norplant®) le plus souvent - leur est offerte)
  - formation des matrones (hygiène des mains, lame de rasoir stérilisée pour couper le cordon...)
  - une formation agro par les agents agricoles est prévue
- **assurer le recueil des données et rapports d'activité** (*cf. fiche de suivi en annexe 2*)

[3] à ce sujet on peut lire Mobiliser les mères et les préparer à encadrer les jeunes enfants: modules de formation de base pour les "clos d'enfants" UNESCO,Collection Recherche-Action sur la famille et la petite enfance, monographie n°7/1997.

- **tenter une analyse causale avec la maman-ressource des problèmes locaux**
- **suggérer des solutions, aux mères et aux autres projets actifs dans la zone** (projets agricole IA et projet de santé de Médor...)
- **Encadrer la maman-ressource pour les achats locaux.**

Les deux nutritionnistes peuvent suivre deux petits foyers par mois chacune soit 120 à 144 enfants par an (2 petits foyers * 5 à 6 enfants * 12 mois = 120 à 144 enfants / an).

6. Rôle des agents de santé

- dépister lors de leur travail habituel (postes de vaccination, visites domiciliaires[4]...) les enfants malnutris G2 et G3 : les agents de santé repèrent les enfants malnutris chroniques lors des visites domiciliaires, et encouragent d'abord les parents à venir avec l'enfant au prochain poste de vaccination
- lors du poste de vaccination, on propose à toute la communauté d'organiser un ou deux petits foyers (en fonction du nombre d'enfants repérés par les agents de santé). Si la communauté accepte, les enfants sont pesés et on propose à 5 mamans de participer (5 mères par "Ti foyer")
- discuter et motiver les parents de ces enfants: en effet la plupart d'entre eux ne sont pas conscients que leur enfant est malade. Il va donc falloir leur faire comprendre ce qu'est la malnutrition, ses causes, conséquences et les moyens de réhabiliter l'enfant et les motiver à participer aux "ti foyers";
- suivre et motiver les parents après les petits foyers pour qu'ils n'abandonnent pas les nouvelles habitudes alimentaires.

7. Premiers résultats

En 2001, 18 "ti foyers" ont été réalisés dans la zone de Pérodin, pour un total de 107 enfants (6 enfants par ti foyer en moyenne).

Les résultats sont les suivants :

	Stade		
	G1	G2	G3
NB d'enfants à l'entrée	0	90	17
NB d'enfants à la sortie	1	95	11

[4] *voir le guide de visite domiciliaire à l'intention des agents de santé, Cécile Cames, Pérodin en septembre 98*

Si l'on regarde les résultats à la sortie de 12 jours de petits foyers on peut constater que 6 enfants sont passés du stade G3 au stade G2 et 1 enfant du stade G2 au stade G1. En ce qui concerne les autres, ils restent au stade G2.

Évolution du poids après 12 jours de Ti-foyers:

	Évolution du poids		
	en augmentation	poids stagnant	poids en baisse
NB d'enfants	87	5	15
%	81.3	4.7	14

Les résultats peuvent être considérés comme plutôt satisfaisants puisque 81.3% des enfants ont pu prendre du poids pendant les 12 jours de suivi. Ces prises de poids représentent une moyenne de 426 g avec pour certains des augmentations de 1.5 kg.

Il faut toutefois souligner que 14% d'entre eux on perdu du poids avec une moyenne de 218 g. **Ces enfants-là regroupent souvent plusieurs problèmes et sont souvent issus de familles "à problèmes" très marginalisées. Il est donc très difficile d'avoir un impact positif sur leur état de santé.**

Une fois le ti-foyer terminé les agents de santé effectuent un suivi à domicile (une visite par mois au minimum). **Nous souhaitons attendre encore quelques mois avant de faire une évaluation plus précise de l'impact de cette action.**

En savoir plus : Health Nutrition Model : Application in Haïti, Vietnam and Bangladesh, Edited by Olga Wollinka, Eric Keeley, Barton R. Burkhalter, Naheed Bashir, World Releif Basics.
Haïti, terre cassée, Claire Sugier
Mères pouvoir et santé en Haïti, J.Tremblay, Karthala Fiche de lecture remise à jour et complétée 9.10.07
Paysan haïtien et sa famille, Tallée de Morbial, Bastien R., Ed. Karthala
Voir aussi la bibliographie pratique Santé
A lire aussi :
- Rapport d'analyse causale de la situation nutritionnelle dans l'UF 12 (Cahos, Haïti), Laurence Martin-Collignon, juillet 2000, Inter Aide
- Les causes agricoles de la malnutrition aiguë, F. et A.-S. Sarmento da Silva, juillet 2000, Inter Aide
- Approche des problèmes nutritionnels dans les Cahos, (les "Ti Comité Foyers"), Dominique Roberfroid, 1995, Inter Aide

AVIS IMPORTANT

Les fiches et récits d'expériences « Pratiques » sont diffusés dans le cadre du réseau d'échanges d'idées et de méthodes entre les ONG signataires de la « charte Inter Aide ».
Il est important de souligner que ces fiches ne sont pas normatives et ne prétendent en aucun cas « dire ce qu'il faudrait faire »; elles se contentent de présenter des expériences qui ont donné des résultats intéressants dans le contexte où elles ont été menées.
Les auteurs de « Pratiques » ne voient aucun inconvénient, au contraire, à ce que ces fiches soient reproduites à la condition expresse que les informations qu'elles contiennent soient données intégralement y compris cet avis .

Annexe 1:CONTRAT NUTRITION
" Petits Foyers d'éducation nutritionnelle "

Traduction Emmanuelle Acloque

Je suis la mère d'un enfant qui souffre de malnutrition, je m'appelle: _____
Je suis le père d'un enfant qui souffre de malnutrition, je m'appelle : _____

Mon enfant s'appelle : _____

Je sais que mon enfant n'est pas en bonne santé et je m'engage aujourd'hui à faire tout mon possible pour que mon enfant puisse guérir.

Pour cela, je vais l'aider à s'alimenter correctement,
Pour cela, je veux apprendre comment bien nourrir mon enfant,
Pour cela, je vais suivre les séances de formation à la santé.

Je sais que si je ne fais rien maintenant, la santé de mon enfant va s'aggraver. Je m'engage à collaborer avec les nutrionnistes, les animateurs santé et les agents de santé pour que cela ne se produise pas.

Je m'engage (la mère ou le père) à participer chaque jour à la rencontre "Petit Foyer" pendant 12 jours. Je n'enverrai pas d'autres personnes à ma place, ni un de mes enfants.

1 - J'accepte de participer à la préparation des repas et des collations,
2 - J'accepte d'apporter des légumes, des fruits ou du charbon à chaque rencontre "Petit Foyer",
3 - J'accepte d'écouter tous les conseils qui me seront donnés,
4 - J'accepte de donner un repas à mon enfant avant la rencontre "Petit Foyer" et un repas après cette rencontre.

Je sais que ce qui est donné au cours de la rencontre " Petit Foyer " ne suffit pas à couvrir les besoins alimentaires de mon enfant pour la journée. C'est pourquoi, je dois lui donner d'autres repas.

Je sais que je dois participer au transport des aliments achetés au marché jusqu'au lieu où se déroule le " Petit Foyer ".

Participation d'Inter Aide :
1 - un repas chaque jour et 2 collations pour chaque enfant malnutri,
2 - Les nutritionnistes et les animatrices animent chaque jour les séances de formations sur des problèmes liés à la santé,
3 - Un animateur agronome peut conseiller les parents qui souhaitent le rencontrer.

Pour le programme santé _____

Le père et la mère _____

PRATIQUES
Réseau d'échanges d'idées et de méthodes pour des actions de développement
http://www.interaide.org/pratiques

KONTRA NUTRISYON

Ti Foyer

Mwen menm se manman ki gen yon timoun ki pa peze byen, m'rélé _____

Mwen menm se pap ki gen yon timoun ki pa peze byen, m'rélé:_____ _____

Timoun la rélé _____

M'konnen timoun pam pa anfom net, m'désidé jodya pou m'fe tou sa m'kapab pou timoun mwen ap vin peze byen

Pou sa m'ap édé li prann bon manjé
Pou sa m'vlé aprann koman pou bay pitit la manjé
Pou sa m'ap aprann tout bagay sous santé

M'konnen si m'pa fe anryen kounya, timoun mwen ka vin pi grav anpil
M'vlé met têt ansanm ak nutrisyonis ni animatris santé, ni anjan santé pou sa pa ka rivé.

mwen vlé (manman oubyen papa) pou vin chak jou nan ti foyer pandna 12 jour. Mwen pa voyé lot timoun ak pitit mwen.

1. M'dko pou patisipe nan tout preparasyon repa ak kolasyon,
2. M'dako pou pou bay yon paticipasyon legum, fwi oubyen bwa pou boule nan chak jou ti foyer
3. M'dako pou tande tout konsey ou vle bay
4. M'dako pou bay pou pitit mwen yon repa avan n'ap vini nan ti foyer ak yon repa lè ti foyer li lage,

M'kone sa yo bay nan ti foyer li pas asé pou yon jou. Se pou sa m'ap bay yon lot manje pou pitit.

M'kone li sou kont mwen tou sa nou achté nan maché pou nou fé l'riv kay moun ti foyer ap fet.

INTER AIDE ap bay:

1. Yon repas chak jou + 2 kolasyon pou timoun ki pas peze byen;

2. Nutrisyonis ak animatris ap fe fomasyon chak jou son tout pwoblem nan santé

3. yon moun kon agrikulti ap vin rankontre paren yo si yo vlé.

Pour pwogwam santé _____

Papa ak Manman _____

PRATIQUES
Réseau d'échanges d'idées et de méthodes pour des actions de développement
http://www.interaide.org/pratiques

Annexe 2: SUIVI "TI FOYER"

Ti Foyer de la zone: _____
Date du premier jour: _____
Animatrice: _____
Nutritioniste: _____
Nom et signature : _____

Enfant	Date de naissance	Mère	Père

	Entrée		Sortie		+ 1 mois		+ 2 mois		+ 6 mois		
Enfant	Stade	Poids	Stade	Poids	Stade	Poids	Stade	Poids	Stade	Poids	Taille

Menus pendant les 12 jours du Ti Foyer:
1. _____
2._____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12._____

PRATIQUES
Réseau d'échanges d'idées et de méthodes pour des actions de développement
http://www.interaide.org/pratiques