

Les Conseils Opportun et Ciblé pour la Santé et la Nutrition

Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC:
La méthodologie de la COC/ttC
(Deuxième édition)



© Vision Mondiale Internationale 2014

Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC, 2^e Édition.

Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC, 1^{ère} Édition publiée en 2011.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit, à l'exception de brefs extraits dans des revues, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

Publié par Santé Mondiale pour le compte de Vision Mondiale Internationale.

Pour plus d'informations sur cette publication ou sur d'autres publications de Vision Mondiale Internationale ou pour recevoir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez adresser votre demande à l'adresse suivante: wvi_publishing@wvi.org.

Vision Mondiale Internationale apprécierait de recevoir des informations sur toute utilisation faite de ce document lors de la conception, de la mise en œuvre ou de l'évaluation de formations, travaux de recherche ou programmes.

Auteurs: Michele Gaudrault et Polly Walker

Collaborateurs: Sue England, Tina Monique James, Alison Schafer, Fe Garcia, Beulah Jayakumar, Mesfin Teklu, Dan Irvine, Annette Ghee.

Mises à jour de la 2^e édition: Polly Walker 2014.

Coordination de la publication: Katie Fike. Rédactrice en chef: Marina Mafani. Mise en page intérieure: Alice Contreras.

Photo de couverture © Vision Mondiale

SOMMAIRE

Préface de la 2^e édition	v
• Qu'y a-t-il de nouveau dans cette édition de la COC/ttC?	v
• Clause de non responsabilité.....	vii
Introduction	1
• Qu'est-ce que les conseils opportun et ciblé?	1
• Quels sont les objectifs de la formation?	4
• Quel est le contenu du Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC?	4
• Qu'est-ce que le Manuel de COC/ttC du participant?	7
• Quelle est la méthodologie utilisée dans le Manuel du facilitateur?	7
• Quelle est la relation entre ce programme et les programmes ou supports similaires produits par les ministères de la Santé?.....	8
• Comment les planificateurs de programme se prépareront-ils à diriger la formation?.....	9
Partie 1: Introduire la COC/ttC dans les communautés.....	13
• Session 1: Introduction à les conseils opportun et ciblé.....	13
• Session 2: Introduction aux questions de santé et nutrition propres à un pays	22
• Session 3: Identifier les grossesses dès le début et atteindre les foyers vulnérables	25
• Session 3b: facultative. Inscription des femmes et des filles éligibles	33
Partie 2: Interagir avec les familles	38
• Session 4: Communication pour le changement de comportement.....	38
• Session 5: Compétences de communication.....	46
• Session 6: Compétences en Premiers secours psychologiques, et bien-être et soutien de la mère.....	56
• Session 7: L'approche du counselling par le dialogue: Utilisation d'histoires	66
• Session 8. Négocier en utilisant les Manuels du ménage	72

ABREVIATIONS

ADP	Programme de développement zonal	MAM	Malnutrition aigüe modérée
IRA	Infection respiratoire aigüe	SMPS	Santé mentale et soutien psychosocial
ARV	Antirétroviral	SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
ART	Traitement antirétroviral	MS	Ministère de la Santé
SAN	Soins anténatals	PB	Périmètre brachial
ASC/B	Agent de santé communautaire/bénévole	ONG	Organisation non gouvernementale
CDE	Canaux de l'Espoir	BN	Bureau national
COMM	Comité communautaire de santé	SRO	Solution de réhydratation orale
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe	PD/H	Déviance positive du foyer
CVA	Voix et Action citoyennes.	SSP	Soins de santé primaires
FGNF	à Faire, à Garantir, à Ne pas Faire	FEA	Femmes enceintes et allaitantes
APD	Approche des programmes de développement	PTME	Prévention, transmission mère l'enfant(VIH)
AME	Allaitement maternel exclusif	SPN	Soins postnatals
SOU	Soins obstétricaux d'urgence	SPS	Soutien psychosocial
SONU	Soins obstétricaux et néonatals d'urgence	SG	Santé génésique
PF	Planning familial	ACPE	Aliments complémentaires prêts à l'emploi
MAG	Malnutrition aigüe globale	ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
VBG	Violence basée sur le genre	MAS	Malnutrition aigüe sévère
RGRT	Réseau global des ressources techniques	AQ	Accoucheuse qualifié
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	CS	Centre de stabilisation
SIGS	Systèmes d'Information de Gestion de Santé VAD Visites à domicile	PAC	Programme d'alimentation complémentaire
TIC	Technologie de l'information et de la communication	BS	Bureau de soutien
PEC-C	Prise en charge intégrée des cas dans la communauté	SSG	Santé sexuelle et génésique
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	IST	Infection sexuellement transmissible
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	AT	Approche technique
MMK	Méthode de soins dite de la "mère-kangourou"	AT	Accoucheuse traditionnel
FPN	Faible poids de naissance (bébé)	COC/ttC	Conseils opportun et ciblé
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée d'action	ASC	Agentes de sante communautaire
		TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
		CDV	Conseil et dépistage volontaire
		WASH	Eau, assainissement et hygiène
		PAM	Programme alimentaire mondial
		OMS	Organisation mondiale de la Santé
		VM	Vision Mondiale

PREFACE DE LA 2^E EDITION

L'équipe de Santé Mondiale de Vision Mondiale Internationale a d'abord élaboré ce Manuel du facilitateur pour les conseils opportuniste et ciblé (COC/ttC) en 2010, en réponse à la nécessité de disposer d'un programme complet de counselling pour le changement de comportement dispensé par les agents de santé et les unités de bénévoles de la communauté ; programme qui engloberait les sept interventions en faveur des mères et les 11 interventions en faveur des enfants identifiées dans la stratégie de santé 7-11 de Vision Mondiale¹. Bien qu'il existe de nombreux programmes divers, très peu combinent les approches actuelles de counselling pour le changement de comportement, en combinant des interventions dans une approche de cycle de vie allant de la grossesse à la deuxième année de vie, avec l'ensemble complet de manuels, de documentation de travail, de guide des formateurs et d'outils de planification requis pour mettre en œuvre une programmation de qualité. Depuis que le programme fondamental de la COC/ttC a été élaboré pour la première fois, il a été adapté dans 20 pays dans le monde et a fait l'objet de plusieurs séries de test sur le terrain dans divers contextes. De plus, de nouveaux faits probants ont émergé concernant les interventions pouvant sauver des vies, comme le nettoyage du cordon à la Chlorhexidine pendant la première semaine de vie, les améliorations de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et l'importance de la stimulation et du jeu pour le développement de la petite enfance et la nutrition. Les tests de terrain de la COC/ttC ont permis une meilleure compréhension de la nécessité de proposer une certaine souplesse dans la sélection et l'adaptation du programme, en condensant et simplifiant les Manuels du ménage et les Livres d'histoires et en fournissant des conseils pour une planification au niveau national. De plus, nous reconnaissons que diverses unités peuvent délivrer les messages de COC/ttC au sein de leurs communautés. Ces changements ont été incorporés ici, et dans les documents connexes du Programme de la 2^e édition de la COC/ttC.

Qu'y a-t-il de nouveau dans cette édition de la COC/ttC?

Séparation de la méthodologie et du contenu technique - De nombreux pays utilisent maintenant des programmes hybrides en raison de la disponibilité croissante de contenu technique de grande qualité pour la formation des ASC émanant des ministères de la Santé, ainsi que des efforts visant à aligner tous les partenaires sur un seul programme national d'ASC. Cette séparation permet donc de combiner plus facilement le contenu technique émanant du MS à l'approche méthodologique de la COC/ttC.

Dans le module de méthodologie de la COC/ttC:

Identification des femmes enceintes grâce à une sensibilisation en faisant du porte à porte

- L'importance d'atteindre tous les foyers, en ciblant les plus vulnérables, est mise en avant dans la Session 3, en incluant notamment une méthode pour la promotion du programme en faisant du porte-à-porte.

Inscription des femmes et des filles éligibles (facultatif) - Une méthode d'inscription de toutes

les femmes et les filles éligibles à la COC/ttC est incluse sous forme d'ajout facultatif (Session 3b) afin de permettre une identification précoce des grossesses par les ASC par le biais d'une mise à jour de routine de l'inscription communautaire complète de toutes les femmes en âge de procréer. Il existe deux avantages à inclure cette approche: a) Cela pourrait être une étape préalable à l'intégration des

¹ Vision Mondiale Internationale (2010), *Guide de terrain de démarrage 7-11*. <http://www.wvi.org/health/publication/7-11-field-guide-0>

interventions pré-grossesse, et b) Cela pourrait aussi permettre de suivre la mortalité infantile/maternelle par le biais du Registre de COC/ttC.

Communication pour le changement de comportement (CCC) - Nous incluons à la Session 4 quelques éléments du cadre CCC², utilisé dans l'identification des types d'obstacles au changement de comportement abordés durant le dialogue.

Premiers secours psychologiques (PSP) et bien-être maternel et infantile - L'importance du bien-être psychosocial maternel est présenté comme un sujet clé influençant la santé de l'enfant. Les Premiers Secours Psychologiques consistent notamment à reconnaître et soutenir les femmes souffrant de détresse, et à utiliser les compétences de counselling de base qui sont incluses à la Session 6³.

Sessions sur les obstacles et les facteurs favorables aux pratiques négociées des Livres d'histoires de la Conseil Opportun et Ciblé /ttC et du Manuel du ménage - Pour les pays utilisant un programme hybride en vue de former au contenu technique, les sessions facultatives (Session 9 et 10) sont ici fournies afin pouvoir revoir des messages spécifiques du Livre d'histoires et du Manuel du ménage une fois la formation en contenu technique terminée.

Dans les modules techniques de la COC/ttC (1 à 3):

Soins de soutien pour les grossesses, les nourrissons et les enfants les plus vulnérables: Une approche adaptée, axée sur la personne - Des individus peuvent présenter certains facteurs de risque sanitaires et sociaux associés à un risque accru de décès maternels et infantiles, et peuvent être plus susceptibles de souffrir de complications médicales, d'obstacles aux services de santé et de difficultés psychosociales. Ces cas vulnérables sont identifiés dans les sessions facultatives tout au long du programme. Dans ces sessions, les ASC sont incités à considérer de quel soutien supplémentaire ces cas pourraient avoir besoin et à identifier les actions faisables permettant d'aider ces individus à surmonter leurs obstacles à une bonne santé, selon une approche davantage axée sur la personne.

Soins néonataux essentiels - Étant donnée l'importance cruciale de la phase néonatale sur les décès, cette section du programme a été renforcée pour couvrir de manière plus approfondie les soins néonataux immédiats, l'hygiène, le nettoyage du cordon ombilical avec une solution de Chlorhexidine, l'identification et l'orientation des nouveau-nés à risque élevé, ainsi que les soins de soutien supplémentaires pour les bébés de petit poids.

Recommandations de PTME mises à jour - Dans cette édition, nous faisons la promotion du traitement antirétroviral (ARV) complet pour les mères séropositives, du dépistage du VIH pour le partenaire et les autres enfants, et du diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons exposés, conformément aux dernières recommandations de l'OMS^{4,5}.

Le développement de la petite enfance, la stimulation et le jeu - Dans cette édition, nous intégrons des messages sur le développement de la petite enfance et la nutrition au cours des deux

² Core Group (2008), *Designing for Behaviour Change Curriculum*.

http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/dbc_curriculum_final_2008.pdf

³ Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale (2011), *Premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain*.

⁴ Organisation mondiale de la Santé (2013), *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*.

premières années de vie par le biais de la promotion d'un bon attachement, du jeu et de la stimulation du jeune enfant⁶.

Systèmes d'orientation et de "contre-orientation" - Au moyen d'outils simples, nous présentons une approche à l'orientation et au suivi post-orientation, qui inclut une note d'orientation écrite pouvant également permettre de transmettre des informations du centre de santé aux ASC, ce qui permet à ces derniers de mieux soutenir le patient si nécessaire après le traitement. Les visites de suivi post-orientation sont également recommandées comme stratégie visant à s'assurer que les patients ont accès aux services nécessaires et guérissent bien.

Dépistage de la malnutrition et alimentation pendant la maladie - Au sein du module 3, nous présentons l'ajout facultatif à la formation des ASC visant à dépister la malnutrition en utilisant les mesures du périmètre brachial (PB), et les signes d'une malnutrition compliquée. Le Module 3 inclut aussi des directives émanant de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) sur la façon de conseiller les parents sur l'alimentation pendant la maladie.

Outils de suivi révisés- Les systèmes de suivi de la première édition de la COC/ttC présentaient des problèmes pour les superviseurs de terrain en termes de comptabilisation des données du registre. Dans cette édition, des versions simplifiées de ces formulaires et de ces feuilles de comptabilisation sont présentées, et peuvent être adaptées aux modifications du pays.

Manuels du ménage et Livres d'histoires abrégés - Les versions précédentes des aides visuelles ont été mises à jour, et réduites en taille afin de faciliter l'impression sur le terrain.

Clause de non responsabilité

Vision Mondiale propose des supports qui constituent le programme fondamental de les conseils opportuniste et ciblé (COC/ttC) à des fins d'utilisation. Vous êtes libre de reproduire et d'utiliser tous les supports sous réserve que:

- le logo de Vision Mondiale soit conservé sur tous les supports et ne soit pas remplacé par votre propre logo ;
- la source des supports soit citée et, si nécessaire, un avis de droits d'auteur inclus ;
- Vision Mondiale soit citée en tant qu'auteur et propriétaire du Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC et supports associés ;
- aucun frais ne soit facturé pour l'atelier et que les documents ne soient pas vendus.

ICONES



Demander au groupe



Informations techniques

⁶ Organisation mondiale de la Santé, UNICEF (2012), *Care for child development: improving the care for young children*.



Résumé



Récapitulatif des principaux messages et de l'objectif



Utiliser la documentation de travail (supports)



Activité



Sujet de discussion

INTRODUCTION

Bienvenue dans le Manuel du facilitateur pour la formation en assistance socio-psychologique opportun et ciblé. Il s'agit d'une formation élaborée par Vision Mondiale, un examen technique ayant été réalisé par l'Organisation mondiale de la Santé. La conception du modèle de COC/ttC pour la Santé et la Nutrition a été informée par des travaux de l'OMS, de l'UNICEF, de l'American College of Nurse-Midwives et du Projet Health Care Improvement de l'USAID. Plus particulièrement, les sources principales de conseils techniques pour cette édition proviennent des documents suivants⁷:

- Caring for the Newborn at Home: A training course for community health workers. (2012). Organisation mondiale de la Santé et UNICEF
- The Community Infant and Young Child Feeding Package: A facilitator's guide (2013). UNICEF.
- Caring for Newborns and Children in the Community: Caring for the Sick Child (2011). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 978 92 4 154804 5
- Facts for Life, Quatrième Édition, UNICEF, 2010
- Home-Based Life Saving Skills (HBLSS), Première édition. (2004) American College of Nurse-Midwives.
- CHW AIM: A Toolkit for Improving Community Health Worker Programs and Services (CHW AIM) (2010). Crigler L et K Hill. Publié par le Projet Health Care Improvement de l'USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

Pour la 2^e Édition de la COC/ttC, les documents suivants étaient également des sources clés:

- Taking Care of a Baby at Home After Birth: What Families Need to Do (2011). Core Group, Save the Children, the American College of Nurse-Midwives, et MCHIP.
- Recommandations de l'OMS sur les Soins postnatals de la mère et du nouveau-né (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241506649 (*Ressource clé pour le nettoyage du cordon ombilical à la Chlorhexidine*)
- Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain (2011). Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale. ISBN: 978 92 4 154820 5
- Care for child development: improving the care for young children. (2012) Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. ISBN: 9789241548403
- Model IMCI handbook: Integrated management of childhood illness (2005). Organisation mondiale de la Santé ; UNICEF. ISBN: 9241546441. Numéro de référence de l'OMS: WHO/FCH/CAH/00.12
- Caring for newborns and children in the community, adaptation for high HIV or TB settings. Community health worker manual, Facilitator notes, Chart booklet, Referral form (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241548045

Qu'est-ce que les conseils opportun et ciblé?

L'"assistance socio-psychologique opportun et ciblé" se réfère à une approche de counselling en faveur du changement de comportement amenant le counselling en soins de santé primaires au niveau des ménages, et est l'une des approches fondamentales de la Stratégie de Santé et Nutrition dans le monde de Vision Mondiale,

⁷La liste complète des ouvrages utilisés pour informer la conception originale de la 1^{ère} Édition de la COC/ttC est fournie dans la Partie 7 du Guide des planificateurs de la COC/ttC. Quand une citation directe des supports source est utilisée, des références sont fournies dans le document.

baptisée 7-11. Cette stratégie s'appuie sur des interventions clés en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de deux ans, basées sur des faits probants et économiques ; interventions qui, prises collectivement, peuvent réduire de manière significative la morbidité et mortalité maternelles et néonatales/infantiles. Les interventions clés promues dans le programme de COC/ttC sont résumées ci-dessous.

Sept interventions en faveur des femmes enceintes	Onze interventions en faveur des enfants de moins de deux ans
1. Régime alimentaire adéquat	1. Allaitement approprié
2. Suppléments de fer/acide folique	2. Soins néonataux essentiels
3. Vaccin antitétanique	3. Lavage des mains au savon
4. Prévention et traitement préventif intermittent du paludisme	4. Alimentation complémentaire appropriée (de 6 à 24 mois)
5. Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé et préparation à l'accouchement	5. Consommation adéquate de fer
6. Déparasitage	6. Supplémentation en vitamine A
7. Faciliter l'accès aux services de santé maternelle: Soins anténatals et postnatals, assistance qualifiée à l'accouchement, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, dépistage du VIH/de la tuberculose/des infections sexuellement transmissibles	7. Thérapie par réhydratation orale (TRO)/zinc
	8. Prévention et recherche de soins contre le paludisme
	9. Vaccination complète pour l'âge
	10. Prévention et recherche de soins contre les infections respiratoires aiguës (IRA)
	11. Déparasitage (+ de 12 mois)

Suite à une révision importante des supports et du programme de formation des ASC réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2013⁸, à laquelle Vision Mondiale a participé, il a été constaté qu'il existait des lacunes dans les programmes conçus pour les unités d'agents de santé communautaires et de bénévoles dans les domaines de la santé sexuelle, génésique, maternelle et infantile. Parmi les programmes révisés, la première édition de la COC/ttC de Vision Mondiale a été considérée comme l'un des plus complète en termes de couverture technique des interventions sur l'ensemble du cycle de vie. Cependant, il a été signalé qu'*“il n'existait aucune couverture ou une couverture limitée des interventions associées aux avortements sans risque, à la santé des adolescentes, et à la violence basée sur le genre. Il n'existe pas d'ensemble de formation couvrant la gamme des interventions basées sur des faits probants pouvant être délivrées par des ASC selon les directives de l'Organisation mondiale de la Santé.”*

Un autre conseil, étayé par une base de faits probants croissantes, concerne l'importance du développement de la petite enfance, de la stimulation et du jeu dès la naissance⁹, l'impact de la santé mentale périnatale et de la détresse psychosociale de la mère¹⁰. Un effort global visant à réduire le fardeau de la mortalité infantile

⁸ Tran NT, Portela A, de Bernis L, Beek K (2014) 'Developing Capacities of Community Health Workers in Sexual and Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health: A Mapping and Review of Training Resources'. *PLoS ONE* 9(4): e94948. doi:10.1371/journal.pone.0094948

⁹ *Lancet Series*. 'Child Development in Developing Countries' Series 1 (2007) & 2 (2011).

¹⁰ *Lancet series*. 'Perinatal mental health'. 14 novembre 2014

survenant durant la phase néonatale a permis d'identifier plusieurs interventions à faible coût pouvant être délivrées à grande échelle afin de réduire la mortalité néonatale ; interventions qui se trouvent maintenant dans les recommandations de l'OMS, telles que le nettoyage du cordon ombilical avec de la chlorhexidine¹¹, les visites à domicile pour le nouveau-né au cours de sa première semaine de vie¹², les soins pour le bébé présentant un faible poids de naissance¹³, et les soins du nourrisson exposé au VIH.

C'est pourquoi, dans la 2^e édition, nous avons fourni de manière intégrée des sessions de formation supplémentaires sur ces interventions supplémentaires:

Sept interventions en faveur des femmes enceintes	Onze interventions en faveur des enfants de moins de deux ans
<p>Premiers secours psychologiques (PSP) pour un counselling de soutien en faveur des femmes souffrant de difficultés de santé mentale périnatale ou psychosociales.</p> <p>Recommandations pour des soins de soutien pour les grossesses les plus vulnérables (par ex. adolescentes, femmes séropositives, femmes handicapées ou ayant des problèmes de santé, femmes rencontrant des difficultés psychosociales pendant la grossesse).</p>	<p>Soins du cordon à la Chlorhexidine pour le nouveau-né</p> <p>Soins de soutien à domicile pour le bébé de petit poids</p> <p>Conseiller les aidants sur le développement de l'enfant (de la naissance à l'âge de deux ans)</p> <p>Soins de soutien pour les enfants vulnérables (de la naissance à l'âge de deux ans)</p> <p>Dépistage et détection des complications liées à la malnutrition grâce au PB.</p> <p>Détection précoce des nourrissons séropositifs</p>

Sur les 6,6 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans qui se sont produits en 2012, presque la moitié sont survenus au cours des 28 premiers jours de vie, et la plupart de ceux-ci au cours de la première semaine¹⁴. Bon nombre de ces décès (enfants et nouveau-nés) peuvent être évités par de simples interventions délivrées au niveau de la communauté. Les études indiquent que les visites à domicile effectuées pendant la grossesse et la première semaine de vie par les ASC ou des visiteurs à domicile formés peuvent réduire de manière significative les décès durant la période postnatale¹⁵. Ces visiteurs à domicile peuvent promouvoir la chaleur du nouveau-né, les soins du cordon et l'hygiène, l'allaitement précoce, et la détection des signes de danger. Poursuivre les visites à domicile jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans permet de communiquer des messages supplémentaires relatifs au suivi de la croissance, aux vaccinations, à l'alimentation complémentaire

¹¹ Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Mantaring III JB, Bhutta ZA. 'Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns'. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. n°: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

¹² Déclaration conjointe OMS/UNICEF (2009) 'Home visits for the newborn child: A strategy to improve survival'. Numéro de référence de l'OMS: WHO/FCH/CAH/09.02

¹³ Organisation mondiale de la Santé, 'Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn'. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/

¹⁴ UNICEF (2013), *Levels & Trends in Child Mortality Report 2013 Estimates, élaboré par le groupe inter-institutions de l'ONU sur l'estimation de la mortalité infantile*.

¹⁵ Gogja S, Sachdev HS. 'Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review'. *Bull World Health Organ.* 2010;88:658–66B.

appropriée à l'âge, à la prévention de maladies, à la recherche de soins en cas de maladie et à la promotion du développement de la petite enfance.

L'approche de la COC/ttC peut être dispensée par un éventail d'unités de la communauté, notamment, et de préférence, celles formellement reconnues comme étant des agents de santé communautaires (ASC), mais aussi par les bénévoles d'un groupe communautaire existant comme les bénévoles des Groupes de soins et des Groupes de mères, ainsi que par d'autres unités de bénévoles actives au sein des communautés comme les Guides de mères et les accoucheurs traditionnels formés (AT), en fonction de ce qui est jugé approprié dans le contexte du pays. Dans ces documents, nous nous référons à ces maîtres d'œuvre par l'expression "visiteurs de COC/ttC à domicile" (ASC) ; expression pouvant être modifiée en fonction du contexte, mais désignant toute personne dispensant une COC/ttC dans sa communauté.

Les ASC conseillent les mères et autres membres du foyer sur les pratiques de santé et de nutrition essentielles qui, collectivement, peuvent entraîner une réduction de la morbidité et mortalité maternelles et infantiles. Les ASC effectuent des visites au domicile des femmes enceintes afin de promouvoir les soins anténatals et prévoir une prise en charge qualifiée à la naissance. Ils rendent également visite aux nouveau-nés et aux mères à leur domicile dans les heures et les jours qui suivent la naissance, identifient les signes de danger, les orientent vers un centre de santé si nécessaire et donnent des conseils sur les soins à domicile appropriés pour le nouveau-né. Ils continueront à rendre visite aux familles à intervalles réguliers jusqu'aux deux ans de l'enfant, fournissant des messages aux membres de la famille tout au long de cette période importante de la vie d'un enfant. Le rôle des pères est particulièrement mis en avant dans le programme et les supports de la COC/ttC. En particulier, les Livres d'histoires incluent des histoires de pères jouant un rôle positif dans les prises de décisions sanitaires et qui sont considérés comme des modèles à suivre. Dans la session sur le développement de la petite enfance dans le Module technique 3, le rôle des pères est mis en avant dans le jeu et le langage, et les recommandations des visites.

Quels sont les objectifs de la formation?

- Développer les compétences en communication des visiteurs à domicile et établir de bonnes relations avec la famille lors des visites à domicile, en suivant une approche de counselling à domicile standardisée, et basée sur des histoires.
- Développer les connaissances des visiteurs à domicile ainsi que leur compréhension de l'ensemble du contenu technique et des comportements recommandés qui seront présentés aux ménages.
- Développer les compétences de collecte et de suivi des données des visiteurs à domicile ainsi que les fonctions de suivi associées à leur counselling à domicile.

Quel est le contenu du Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC?

Le Manuel du facilitateur est composé de quatre modules, incluant un module de méthodologie de la COC/ttC pour la formation à l'approche et aux techniques de COC/ttC, et trois modules techniques qui préparent les ASC aux visites à domicile pour les conseils à domicile par le biais d'une formation au contenu technique pertinent (c.à.d. tous les messages 7-11 et comportements recommandés) et une pratique de l'approche de counselling.

Le Manuel du facilitateur fournit des conseils étape par étape permettant de diriger la formation des ASC. Pour s'assurer que le facilitateur ne se rapporte qu'à un seul document lorsqu'il dirige les sessions, le Manuel du facilitateur contient toutes les informations fournies dans le Manuel de COC/ttC du participant, dans des encadrés grisés.

Tableau I. Revue des Modules de formation en COC/ttC

Nom du module	Contenu	Adaptation	Durée
La Méthodologie de la COC/ttC	<p>Travailler avec les communautés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction sur les conseils opportun et ciblé • Introduction aux questions de santé et nutrition propres à un pays • Identifier les grossesses dès le début et atteindre les foyers vulnérables • Inscriptions des femmes et des filles éligibles (15-49 ans): Identifier et cibler les foyers et les grossesses vulnérables (facultatif) <p>Interagir avec les familles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication pour le changement de comportement(CCC) • Compétences de communication • Compétences en premiers secours psychologique, bien-être et soutien de la mère • L'approche du counselling par le dialogue: Utilisation des histoires • Négociation en utilisant le Manuel du ménage 	Cela englobe les compétences et techniques clés pour la méthodologie de la COC/ttC et c'est pourquoi il est recommandé que cette formation soit incluse à toutes les adaptations.	5 jours incluant la pratique
Module technique 1: Une grossesse saine	<p>Effectuer les visites de COC/ttC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la première visite de la grossesse • Effectuer la deuxième visite de la grossesse • Effectuer la troisième visite de la grossesse • Grossesses à risque élevé et soutien supplémentaire • Orientation, contre-orientation et suivi de la Nutrition pendant la grossesse • Compléter le Registre de COC/ttC de la grossesse <p>Contenus techniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins à domicile pour la femme enceinte et signes de danger pendant la grossesse • Promouvoir les soins anténatals • VIH et Sida, tuberculose et PTME • Le plan de naissance • Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé 	Le Module 1 peut être remplacé par un programme national destiné aux ASC sur la grossesse et la préparation à l'accouchement, si un programme national adapté est identifié. ¹⁶	5 jours
Module technique 2: Accouchement et Soins du nouveau-né	<p>Effectuer les visites de COC/ttC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la visite 4: Fin de grossesse • Compléter le registre de COC/ttC du nouveau-né • Orientation et suivi du nouveau-né malade et de la mère en période de postpartum. Effectuer la 	Le Module 2 peut être remplacé par le programme national destiné	5 jours

¹⁶ Voir COC/TTC: A Toolkit for Programme Planners, pour plus de conseils sur la sélection d'un programme des ASC national adapté.

	<p>première visite après l'accouchement (visites 5a, b, c)</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectuer la visite 6: Premier mois <p>Contenus techniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> Signes de danger pendant le travail et l'accouchement Premiers soins néonataux essentiels Promouvoir un commencement précoce de l'allaitement exclusif Compétences de lavage des mains Session spéciale sur le nettoyage du cordon ombilical à la chlorhexidine (chx) Soins néonataux essentiels pendant la première semaine de vie Prendre soin de la mère après qu'elle ait accouché Alimentation du nourrisson: Mettre en place l'allaitement exclusif Développement de la petite enfance Signes de danger chez le nouveau-né Soins spéciaux du bébé de petit poids pendant le premier mois Recherche de soins contre la fièvre et les maladies respiratoires aiguës Soins de routine pour l'enfant d'un mois: services, déclaration de la naissance et jeu Nourrissons nés de mères séropositives Soutien supplémentaire pour les nouveau-nés et les mères à risque élevé 	<p>aux ASC sur les soins du nouveau-né et du postpartum à domicile (module de l'OMS) si le programme est complet.</p>	
<p>Module technique 3: Santé, nutrition et développement de l'enfant</p>	<p>Effectuer les visites de COC/ttC:</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectuer la visite 7: Cinquième mois Compléter le registre du nourrisson (1 à 6 mois) Effectuer la visite 8: Neuvième mois Effectuer la visite 9 (18 mois) Effectuer la visite 10: Dix-huitième mois Effectuer la visite 11 - L'entretien de sortie à 24 mois Soins de soutien pour l'enfant à risque élevé Orientation et suivi du nourrisson et de l'enfant malade Compléter le registre de l'enfant <p>Contenu technique:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentation de l'enfant: 6-9 mois Alimentation complémentaire Les principaux tueurs et l'alimentation pendant la maladie Conseiller la famille sur les soins favorables au développement de l'enfant La nutrition et le développement de l'enfant à l'âge de neuf mois Détecter la malnutrition aiguë et orienter les patients 	<p>Le Module 3 est une combinaison de formation à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), de suivi et promotion de la croissance (SPC), de maladies infantiles (PCIME), de vaccinations et de développement de la petite enfance (ajout facultatif). Cela peut résulter</p>	<p>5 jours</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister la malnutrition aiguë en utilisant le PB* • Le développement et la nutrition de l'enfant à l'âge d'un an • La nutrition et le développement de l'enfant à l'âge de 18 mois 	sur un hybride des programmes de formation.	
--	---	---	--

*Le contenu technique marqué d'un astérisque concerne des modules facultatifs en fonction de l'adaptation sélectionnée.

Dans tous ces modules, les ASC seront formés au contenu/aux messages liés aux visites à domicile et réaliseront des simulations des sessions de counselling à domicile sous la supervision des facilitateurs. Au total, 10 à 12 sessions d'apprentissage individuelles sont réalisées sur une durée de 10 jours pour la Méthodologie de la COC/ttC et le Module 1, suivie de cinq jours pour chacun des Modules 2 et 3.

Qu'est-ce que le Manuel de COC/ttC du participant?

Le *Manuel du participant* est une ressource connexe au Manuel du facilitateur devant être distribué à tous les ASC **sachant lire et écrire** et participant à la formation en COC/ttC. Le *Manuel du participant* résume l'intégralité du **contenu technique** présenté dans la formation: Une référence unique pour les ASC sachant lire et écrire, contenant les informations nécessaires sur la santé et la nutrition pour travailler efficacement avec les familles au sein de la communauté. De plus, des tableaux sont inclus au *Manuel de COC/ttC du participant*, dans lequel les ASC noteront les obstacles et facteurs favorables potentiels aux pratiques recommandées que les ménages au sein de leurs communautés pourraient rencontrer, et les façons dont les ASC peuvent répondre à ces obstacles pendant les visites à domicile. Cela permet, au cours de la formation, de dévoiler les mythes, conceptions erronées, croyances, non disponibilité de produits alimentaires/matériaux/produits sanitaires et autres contraintes qui ne peuvent être mises en contexte qu'en fonction de chaque localité. Cela fournit aux ASC l'occasion de réfléchir aux obstacles potentiels avant d'effectuer leurs visites à domicile, et dans une certaine mesure, de préparer une réponse.

Mise en contexte: Le Manuel du participant est conçu pour les ASC d'un niveau d'alphabétisation plus élevé ; si vous travaillez dans des contextes aux niveaux d'alphabétisation très bas, vous pourriez donc exclure totalement ce document ou ne le fournir qu'aux superviseurs des ASC (s'ils participent à la formation).

Note: L'ensemble du contenu du *Manuel du participant* est inclus au Manuel du facilitateur. Les encadrés grisés dans le Manuel du facilitateur indiqueront toujours que le contenu se trouve dans le Manuel du participant.

Quelle est la méthodologie utilisée dans le Manuel du facilitateur?

Les facilitateurs utiliseront des approches interactives et participatives à la formation des ASC, le Manuel du facilitateur fournissant des conseils et des étapes afin d'aider les facilitateurs à y parvenir. Différents types d'activités permettent de s'assurer que tous les styles d'apprentissage sont pourvus (c.à.d. visuel, oral, sonore, kinesthésique). Les méthodologies employées au cours de la formation respectent l'apprentissage adulte, en reconnaissant que les adultes arrivent à l'activité d'apprentissage avec une série d'expériences et ne sont donc pas des "toiles vierges" sur lesquelles on peut simplement déposer les nouvelles informations. Toutes les sessions d'apprentissage commencent en faisant remonter à la surface les connaissances actuelles des ASC, et en s'appuyant sur ces dernières comme base sur laquelle présenter les nouvelles informations. Les ASC ont l'occasion à chaque session de s'entraîner avec la documentation de travail (Livres d'histoires), car ils réalisent des simulations de visites à domicile pour les conseils sous la supervision des facilitateurs.

La plupart des sessions d'apprentissage suivent une séquence similaire. Du temps est également accordé au cours de chaque session pour guider une discussion autour des contraintes éventuelles que les membres du foyer pourraient rencontrer dans la pratique des comportements recommandés, et les façons dont les ASC,

et la communauté en général, pourraient réagir face à ces problèmes. La séquence générale de chaque session d'apprentissage est la suivante:

- Présenter les objectifs de la session.
- Déterminer ce que les ASC savent déjà.
- Présenter de nouvelles informations/consolider les informations: activités diverses.
- Discuter des contraintes éventuelles à la pratique des comportements recommandés.
- S'entraîner avec les visuels/s'entraîner à effectuer une visite de conseils à domicile.
- Résumer les principaux points de la leçon.

Quelle est la relation entre ce programme et les programmes ou supports similaires produits par les ministères de la Santé?

Conformément au principe de partenariat avec les MS, les bureaux doivent d'abord entamer un dialogue avec les représentants du MS au niveau national afin de comprendre les types de programmation en matière de travail de proximité auprès des ménages qui sont dirigés et approuvés par le MS qui, le cas échéant, peuvent être déjà en cours dans le pays, et revoir les manuels correspondants et/ou documents d'IEC développés autour de ces programmes. **Il est toujours préférable de travailler avec les programmes de travail de proximité auprès des ménages dirigés par le MS, et d'aider à les déployer, plutôt que d'introduire en parallèle des modèles et programmes développés par VM.** Si des documents de counselling à domicile adaptés produits par le ministère sont disponibles, ils doivent être examinés afin de déterminer dans quelle mesure ils s'alignent sur le contenu présenté dans ce programme. Un dialogue continu sera nécessaire pour décider si ces documents devraient faire l'objet d'ajouts afin de combler des lacunes éventuelles en termes de messages ou d'adaptations ; en particulier en ce qui concerne l'organisation de ces documents sous forme d'ensembles de messages visant à permettre leur communication *opportun* tel que recommandé par la COC/ttC¹⁷. Il existe trois possibilités pour la sélection du programme d'assistance socio-psychologique opportun et ciblé:

- **Scénario 1:** Utiliser un programme et des documents **produits et/ou approuvés par le MS**, en les adaptant et en y ajoutant si nécessaire des éléments afin de garantir la fourniture de la gamme complète des messages 7-11 souhaités, de la manière *opportun* que l'approche de la COC/ttC recommande.
- **Scénario 2:** Utiliser les programmes et documents produits par VM - **ce programme-** en l'absence d'ensembles de documents du MS similaires.
- **Scénario 3:** Développer un programme sur l'allaitement en utilisant une **combinaison** des programmes et documents produits par le MS et des programmes et documents de COC/ttC produits par VM, assurant ainsi une couverture de la gamme complète des messages 7-11.

Note: Suite à un important travail avec les pays ayant adapté la COC/ttC et à des examens des programmes du MS, nous recommandons que le module de méthodologie de la COC/ttC soit appliqué à la plupart des cas parallèlement au programme technique local. Cette section sur la méthodologie enseignera aux ASC les connaissances et compétences de base requises pour mener à bien une technique de donner les conseils en faveur du changement de comportement.

¹⁷ Toute adaptation des supports de formation ou documentation de travail des ASC élaborés par le gouvernement doit être faite en collaboration avec les autorisations appropriées du ministère.

Comment les planificateurs de programme se prépareront-ils à diriger la formation?

- **Impliquer les décideurs politiques:** Les décideurs politiques nationaux doivent participer à l'adaptation de la formation selon les besoins afin de s'assurer que les objectifs et le contenu sont compatibles avec les politiques nationales.
- **Impliquer les superviseurs:** Impliquez les superviseurs des ASC à la formation afin de vous assurer qu'ils comprennent parfaitement le contenu de la formation et les tâches que les ASC accompliront, et afin qu'ils puissent fournir une supervision de soutien. Cela pourrait se faire par une session d'accueil des superviseurs avant la formation des ASC et/ou l'implication des superviseurs en tant qu'observateurs et dans certains cas en tant que formateurs.
- **Décider du nombre de ASC à former:** Les groupes de stagiaires doivent compter 15 à 20 participants, et ne jamais en compter plus de 30. Si plus de 30 ASC doivent être formés, ils doivent être répartis en plusieurs groupes. Le ratio stagiaire/facilitateur recommandé pour cette formation est d'un facilitateur pour huit participants. Par conséquent, deux à quatre facilitateurs par groupe seront requis en fonction du nombre de stagiaires dans le groupe.
- **Préparer les facilitateurs:** Vision Mondiale adopte une approche systématique à la formation et à la préparation des facilitateurs en vue de dispenser une formation aux ASC. Le bureau de votre pays doit contacter l'équipe Santé durable de Vision Mondiale Internationale pour organiser une Formation des facilitateurs (FFa). Les facilitateurs peuvent être des employés de Vision Mondiale, du personnel du ministère de la Santé ou d'autres partenaires, selon les dispositions prises et les descriptions de poste. Si le modèle de COC/ttC doit être introduit dans plusieurs districts, une Formation des formateurs (FFo) visant à former les facilitateurs pourrait être requise.
- **Sélectionner le lieu de la formation en COC/ttC:** La formation doit être réalisée à proximité de la communauté. Il est recommandé que le lieu se situe au niveau du sous-district ou du district. Le choix d'une formation avec ou sans hébergement sur place des ASC dépendra de la logistique nécessaire pour se rendre jusqu'au lieu de formation tous les jours.
- **Finaliser l'agenda:** Un calendrier recommandé des formations pour les ASC est présenté ci-dessous.

Module	Nb de jours	Commentaires
Formation en classe: Méthodologie de la COC/ttC et Module 1: Grossesse saine	10	Deux semaines de formation en classe sont nécessaires au début, pour inclure toute la formation à la méthodologie et la préparation aux trois premières visites de la grossesse.
2 à 4 mois d'intervalle		
Après la formation d'introduction au Module 1 et la formation visant à se préparer aux Visites de la grossesse 1 à 3, les ASC identifieront une cohorte de femmes en début de grossesse et effectueront les visites 1 à 3 auprès de cette cohorte sur une période de deux à quatre mois, avec le soutien et l'assistance fournis par les superviseurs des ASC. Une fois les trois premières visites effectuées avec succès auprès de toutes les femmes de la cohorte, et avant que ces femmes n'accouchent, les ASC retourneront suivre la formation en classe du Module 2.		
Formation en classe: Module 2: Accouchement et Soins du nouveau-né	5	Une semaine de formation en classe visant à préparer la réalisation de la visite 4 de la grossesse, la visite de la première semaine et la visite d'un mois (visites 4 à 6).
Intervalle de 3 mois		

Les ASC effectueront les dernières visites de la grossesse, les visites de la première semaine de vie, et la visite d'un mois au cours de cet intervalle. Trois mois sont prévus pour l'étalement des accouchements des femmes enceintes de la cohorte.

Formation en classe: Module 3: Santé, nutrition et développement de l'enfant	5	Une semaine de formation en classe visant à préparer les ASC à effectuer les visites 7 à 11 (6, 9, 12, 18 et 24 mois).
---	----------	--

Les ASC effectuent la dernière série de visites sur une période de 18 mois. Ils peuvent également rajouter de nouvelles cohortes de femmes enceintes à leur charge de travail à ce moment-là.

Formation à la Méthodologie de la COC/ttC et Module I

Un calendrier est proposé ci-dessous pour l'enseignement du module de Méthodologie de la COC/ttC, qui se fait généralement avec le Module I, bien qu'il puisse aussi être dispensé sous forme de formation de 3 à 4 jours pour la Méthodologie uniquement. Il est important de comprendre que cette formation à la méthodologie est requise même lorsque le programme technique du MS est enseigné. Dans le cas où vous utiliseriez un programme du MS, vous voudrez revenir et compléter le contenu des Sessions 9 et 10 (examen du Manuel du ménage et des Livres d'histoires le jour 8) qui est pertinent pour le module en question après avoir suivi la formation du volet technique. De plus, il est hautement recommandé d'effectuer une pratique de terrain d'une journée au moins après la formation en classe de 3 jours en Méthodologie de la COC/ttC. Si vous utilisez le programme de COC/ttC de Vision Mondiale, ces sessions pourraient ne pas être nécessaires - mais peuvent constituer un exercice de révision utile. La session 3b est facultative, selon que vous décidez ou non d'inscrire toutes les femmes et les filles en âge de procréer dans les zones du projet.

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4 - Jour 7	Jour 8	Jour 9	Jour 10
08h30	Session 1 1h30	Session 4 (2h30)	Session 7 (2h00)	Module I de la COC/ttC - Grossesse (4 jours) OU Programme technique du MS	Module I de la COC/ttC - Grossesse (4 jours) OU Programme technique du MS	Pratique sur le terrain (méthodes)	Pratique sur le terrain (Inscription des femmes et des filles éligibles)
09h00							
09h30							
10h00	Pause	Pause					
10h30							
11h00	Pause	Session 4 <i>suite</i>	Session 8 (1h30)				
11h30	Session 3 (1h30)	Session 5 (1h30)	Déjeuner				
12h00							
12h30							
13h00	Déjeuner	Déjeuner	Module I de la COC/ttC - Grossesse (4 jours) OU Programme technique du MS				
13h30	Option - Session 3b (1h30)	Session 6 (1h40)	Programme technique du MS	Récapitulatif des méthodes	Débriefing	Débriefing	
14h00							
14h30				Option – Session 9 (1h30)			
15h00	Pause	Pause	Programme technique du MS	Pause	Débriefing	Débriefing	
15h30							
16h00	Plénière - Récapitula tif et discussion du Jour 1	Plénière - Récapitula tif et discussion du Jour 2	Programme technique du MS	Option – Session 10 (1h30)	Débriefing	Débriefing	
16h30							
17h00							

De quel matériel aura besoin chaque facilitateur pour former les ASC?

1. **Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC** (modules sélectionnés de ce manuel ; un par facilitateur)
2. **Manuel du participant** (un par ASC/participant **sachant lire et écrire**)¹⁸
3. **Fiches photographiques des aliments** (un par facilitateur)⁶

Les fiches photographiques des aliments se présentant sous forme de photographies couleurs ; il sera donc nécessaire d'imprimer en couleur, et non de photocopier, ces visuels. Les fiches photographiques des aliments doivent être imprimées à la taille d'une fiche.

Mise en contexte: Les projets peuvent inclure d'autres photos d'aliments locaux avec le lot de fiches photographiques des aliments. Les facilitateurs peuvent choisir de fournir des fiches photographiques des aliments à chaque ASC/participant.

4. **Livres d'histoires de la COC/ttC** (un lot complet par ASC)

Étant donné que l'ensemble de la documentation de travail destinée aux ASC inclut des illustrations en noir et blanc, il est possible de photocopier, et non d'imprimer, les illustrations voulues. Tous les Livres d'histoires **doivent** être reliés au moyen d'une spirale en plastique permettant de "feuilleter" le livre et de passer d'une illustration à l'autre. Les Livres d'histoires peuvent être plastifiés si le projet dispose de fonds suffisants, afin qu'ils durent plus longtemps sur le terrain. Le facilitateur doit s'assurer que chaque ASC reçoit un lot complet de Livres d'histoires (**11 Livres d'histoires reliés** pour les 11 visites, ou reliés de la manière suivante: Visites 1 à 3, 4 à 6 et 7 à 11).

Mise en contexte: Les Livres d'histoires peuvent être préparés avec les écrits sur une face et les images sur l'autre (comme un flipbook dans lequel les images sont présentés aux familles tandis que le ASC lit sur l'autre côté de la page) ou en imprimant les textes et les images sur la même page, ce qui réduit significativement le coût de reproduction. L'inconvénient d'imprimer sur un seul côté est que les ASC pourraient se contenter de lire l'histoire plutôt que de la montrer à la famille, et cela doit être soigneusement testé sur le terrain et envisagé pendant la formation.

5. **Les Manuels du ménage** (un par ménage auquel les ASC rendent visite)¹⁹

Le manuel fournit aux ménages un outil de rappel illustré pour les aider à retenir toutes les nouvelles informations et les pratiques clés, ainsi que leurs accords négociés pendant le counselling. Les facilitateurs doivent photocopier un nombre suffisant de copies du Manuel pour couvrir le nombre estimé de ménages auxquels les ASC rendront visite.

6. **Les Registres de COC/ttC** (un par participant)

De quel matériel supplémentaire aurai-je besoin pour chaque session de formation?

Outre les supports de COC/ttC listés ci-dessus qui sont requis pour tous les modules, le matériel de formation supplémentaire nécessaire spécifiquement pour la formation à la Méthodologie de la COC/ttC est listé dans le tableau 2.

¹⁸ Disponible sur la page d'accueil de la COC/ttC de WVCentral ou sur health@wvi.org

¹⁹ Disponible sur la page d'accueil de la COC/ttC de WVCentral ou sur health@wvi.org

Tableau 2. Matériel supplémentaire nécessaire pour la formation à la Méthodologie de la COC/ttC

Module	Matériel
Tous les modules	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs (s'il s'agit d'une formation avec des ASC sachant lire et écrire) • Feuille ou carte de couleur: noir, bleu, marron, gris, orange, jaune, rouge, vert • Exemple de carte d'un village • Post-it de diverses couleurs • Ruban adhésif • Poupées pour la démonstration (bébé) • DVD de la formation • Guide du formateur (incluant les Documents) • Manuel: Principes des premiers secours psychologiques (adapté en langue locale) • Manuel du ménage • Registre des femmes et des filles éligibles, adapté localement, si vous en utilisez un • Formulaire d'orientation/contre-orientation ou formulaire d'orientation local • Journal ou carnet de notes du ASC

Comment les facilitateurs travailleront-ils avec les ASC analphabètes?

Les supports dans cet ensemble ont été élaborés pour divers ASC dans différents contextes nationaux. Cependant, les ajustements suivants doivent être effectués quand on dispense des formations à des ASC qui ne savent ni lire ni écrire.

1. Réalisez toutes les activités par le biais de discussions ; n'écrivez pas sur le tableau de conférence

Dans ce manuel, il est demandé aux facilitateurs de "noter les réponses sur le tableau de conférence". Si vous travaillez avec un groupe de ASC analphabètes, toutes ces activités doivent être gérées en discutant et non en écrivant. Il sera nécessaire de répéter les choses afin de s'assurer que les ASC mémorisent les principaux points, étant donné qu'ils ne seront pas affichés sous forme écrite.

2. Ne distribuez pas le Manuel de COC/ttC du participant


Le *Manuel du participant* vise à servir uniquement de source de référence aux ASC qui savent lire et écrire. Le matériel de référence pour les ASC analphabètes est limité à la documentation de travail illustrée.

3. La documentation de travail visuelle permettra de mémoriser le contenu et servira de référence au contenu

Les ASC peu éduqués et analphabètes disposeront d'une source de référence s'ils réussissent à mémoriser les récits des Livres d'histoires. Les illustrations des Livres d'histoires fournissent également des représentations claires de **tous** les messages 7-11 clés. Les récits et les illustrations fournissent collectivement une référence au contenu clé dont un ASC a besoin. Les facilitateurs doivent mettre un accent particulier sur l'examen de cette documentation de travail et sur la pratique avec cette documentation de travail au cours de la formation des ASC analphabètes. Toutes les autres activités décrites dans le Manuel du facilitateur doivent tout de même être réalisées, mais la consolidation des informations se produira grâce à l'utilisation de la documentation de travail. Les facilitateurs doivent être attentifs au degré de précision avec lequel les ASC mémorisent les récits des Livres d'histoires. Il pourrait être nécessaire de fournir aux ASC un enregistrement des récits, bien que cela représente une charge de fournitures supplémentaire pour le facilitateur. Sinon, les facilitateurs doivent répéter autant de fois que nécessaire pour aider les ASC analphabètes à mémoriser les récits des histoires.

PARTIE I: INTRODUIRE LA COC/TTC DANS LES COMMUNAUTES

Session 1: Introduction à les conseils opportun et ciblé

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Grossesse et période néonatale</p> <p>Activité 3: Consolider l'apprentissage: Deux histoires</p> <p>Activité 4: Consolider l'apprentissage: Discussion en petits groupes</p> <p>Activité 5: Donner les informations pertinentes: Aperçu des tâches de COC/ttC</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Présenter les supports de la COC/ttC</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer l'importance des soins spéciaux pour une femme au cours de sa grossesse • Expliquer pourquoi la naissance et les premiers jours de vie sont particulièrement vulnérables pour la mère et le bébé, et expliquer l'importance des soins maternels et néonatals • Décrire le matériel utilisé au cours de cette formation, qui facilitera le travail du ASC. 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Matériel du cours: • Manuel du facilitateur • Manuel de COC/ttC du participant • Livre d'histoires de la COC/ttC pour la Visite I • Manuels du ménage • Registres de COC/ttC <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. • Renseignez-vous sur le taux de mortalité des moins de cinq ans et néonatale dans le pays/la région et utilisez ce taux au cours de la session s'il est substantiellement différent de celui fourni dans l'Activité 3 de la formation. 	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de la session est de souligner l'importance des soins maternels et néonatals, le rôle des visiteurs de COC/ttC à domicile et d'examiner les supports de la formation utilisés dans cette formation et pendant les visites à domicile. Distribuez le *Manuel du participant* et demandez-leur de se rendre à la page I, après le sommaire de la formation.

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Expliquer l'importance des soins spéciaux pour une femme au cours de sa grossesse
- Expliquer pourquoi la naissance et les premiers jours de vie sont particulièrement vulnérables pour la mère et le bébé, et expliquer l'importance des soins maternels et néonatals
- Décrire le matériel utilisé au cours de cette formation, qui facilitera le travail de l'ASC.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Pourquoi les femmes enceintes ont-elles besoin de soins supplémentaires?

Demandez: Pourquoi les nouveau-nés ont-ils besoin de soins supplémentaires?

Notez leurs réponses sur le tableau de conférence. **Note:** Si les participants à la formation sont analphabètes, vous pouvez effectuer cette activité sous la forme d'une réflexion orale, sans noter les réponses sur le tableau de conférence.

Activité 2: Donner les informations pertinentes: Grossesse et période néonatale



Lisez à voix haute ou expliquez:

SOINS SUPPLEMENTAIRES POUR LA FEMME ENCEINTE

La grossesse est une période de grand changement pour une femme. Son corps doit effectuer des ajustements en raison de la nouvelle vie qu'elle porte à l'intérieur d'elle-même. Malheureusement, environ 800 femmes décèdent **chaque jour** à cause de problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement¹⁹²⁰. D'autres dizaines de milliers souffrent de complications pendant la grossesse, dont bon nombre peuvent être fatales pour les femmes et leurs enfants - ou leur infliger des handicaps sévères.

Les dangers de la grossesse peuvent être considérablement réduits si une femme est en bonne santé et bien nourrie avant de tomber enceinte, si elle a bénéficié d'un examen médical effectué par un agent de santé formé au moins quatre fois au cours de chaque grossesse, et si l'accouchement est assisté par un accoucheur qualifié tel qu'un médecin, un infirmier ou une sage-femme. La femme doit également être examinée au cours des 24 heures suivant l'accouchement, lorsque le risque d'hémorragie, d'hypertension et d'infection est élevé. Au moins trois visites à domicile pendant la première semaine de vie du bébé sont également recommandées afin d'examiner la mère et le bébé. La femme sera de nouveau examinée quatre à six semaines après l'accouchement.²¹ Avoir un bébé peut être un moment difficile, car la femme se prépare à répondre aux besoins de son bébé parallèlement aux exigences de la famille, au travail et au soin d'elle-même. Pour cette raison, pendant la grossesse et après l'accouchement, les femmes sont particulièrement vulnérables aux difficultés émotionnelles comme le stress, l'anxiété et parfois la dépression du postpartum. Le bien-être émotionnel et mental de la mère est véritablement important car il affecte la santé du bébé et son développement ultérieur. Avec des soins spéciaux et de l'attention, de meilleurs résultats peuvent être produits pour la mère et son bébé.

Lisez à voix haute ou expliquez:

LA PERIODE NEONATALE

Le premier mois de vie, appelé période néonatale, est la période la plus risquée dans la vie d'un individu. Sur 100 enfants nés vivants, 10 environ décèdent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans. Sur ces 10 décès, trois environ se produisent au cours du premier mois de vie, la période néonatale. La plupart de ces décès néonataux

²⁰ OMS, *Maternal mortality: Fact sheet No. 348*, updated May 2014 (see who.int)

²¹ OMS *Facts for Life: Safe Motherhood*, 4^e Édition. <http://www.factsforlifeglobal.org/02/messages.html>

se produisent au cours de la première semaine de vie. La plupart de ces décès prématurés sont dus à des infections, à une incapacité à respirer ou au fait d'être né prématurément.²²

De nombreux nouveau-nés tombent malades au cours des premiers jours de leur vie en raison de complications liées à l'accouchement. Il est donc important de disposer de soins qualifiés à la naissance. Le premier jour de vie est particulièrement important. Quand ils sont à l'intérieur de leurs mères, les bébés sont en sécurité, au chaud et bien nourris. Après l'accouchement, les nouveau-nés doivent s'adapter à une façon différente de se nourrir, de respirer et de rester au chaud. Il est très important de les aider à satisfaire leurs nouveaux besoins. A ce moment-là, les bébés peuvent facilement tomber malades et la maladie peut s'aggraver très rapidement.

Référez-vous aux réponses sur le tableau de conférence (ou les réponses fournies lors de la réflexion orale dans le cas de ASC analphabètes) afin de déterminer ce que les ASC savent déjà. Demandez aux ASC de se référer à leur *Manuel du participant* où se trouvent les informations ci-dessus.



Activité 3: Consolider les informations: Deux histoires

Veillez à avoir votre copie du Livre d'histoires de la COC/ttC pour l'histoire problématique de la Visite 1: "Nutrition, soins à domicile et SAN" disponible pour cette session. Racontez l'histoire et montrez les illustrations. Ne distribuez pas maintenant le *Livre d'histoires de la COC/ttC*, mais expliquez qu'ils recevront toutes les histoires aux moments appropriés pendant la formation.

Lisez à voix haute l'histoire de Biba. **Montrez** les illustrations au fil de la lecture de l'histoire.

Note: Ne lisez pas encore les questions directrices, car vous poserez quelques questions aux ASC plus tard.

L'HISTOIRE D'UN DECES

1. Biba est enceinte. Chaque jour, elle se lève tôt et travaille dur toute la journée. Elle soulève même parfois des objets lourds. Personne ne l'aide. Elle n'a pas le temps de se reposer. Elle commence sa journée en pilant son maïs. Sa marmite est prête afin de pouvoir commencer à préparer les repas pour la journée.
2. L'après-midi, Biba se rend au marché pour vendre des cacahuètes et des haricots qu'elle cultive dans ses champs. Elle ne met ni cacahuète ni haricot dans la sauce pour ses repas de maïs.
3. Le soir, Biba et ses enfants mangent de petites portions de maïs sans sauce. Son mari, Pierre, mange généralement au village avec ses amis.
4. A midi, Biba revient des latrines sans s'être lavée les mains, et s'assoit sur une natte pour manger son premier repas de bouillie de maïs mélangée à de l'eau.
5. Dans l'après-midi, Biba voit ses amies enceintes en route pour le centre de santé pour leur visite anténatale. Elle continue à travailler.
6. Un jour, alors qu'elle travaille dans les champs, Biba remarque du sang sur ses vêtements. Biba n'en parle à personne, car elle ne connaît aucun des signes de danger à surveiller lorsqu'elle est enceinte.
7. Le matin suivant, Biba se réveille et sa natte est baignée de sang. Elle appelle son mari pour obtenir de l'aide.

²²Organisation mondiale de la Santé et UNICEF (2012), *Caring for the Newborn at Home: A training course for community health workers*.

8. Le mari de Biba parcourt tout le village à la recherche d'un moyen de transport. Il constate que la plupart des hommes sont aux champs avec leur char à bœufs. Cette recherche lui prend beaucoup de temps.
9. Le temps qu'il trouve de l'aide et rentre chez lui, il voit que Biba et le bébé sont morts.

Expliquez que malheureusement, cette histoire n'est pas rare, mais qu'il n'est pas nécessaire que les histoires de femmes et de bébés dans leurs communautés se terminent ainsi. La plupart des décès néonataux sont évitables, et avec de petits changements d'actions et de comportements, nous pouvons sauver leurs vies.

? **Demandez** aux ASC si ce type d'histoire est courant dans leur communauté et de faire part d'une ou deux expériences.

Mettez en avant la nécessité pour les ASC d'avoir les compétences nécessaires pour gérer des situations traumatisantes comme celle décrite plus haut, au cours desquelles les membres de la famille peuvent connaître une grande détresse (abordé dans la Session 6).

Note: Vous pouvez poser cette question en plénière, ou répartir les ASC en petits groupes afin qu'ils discutent de la question.

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Supprimez les passages de l'histoire se rapportant au paludisme si vous ne travaillez pas dans une région impaludée. Renseignez-vous aussi sur ce qu'est la politique du ministère de la Santé (MS) en matière de déparasitage et modifiez ce passage de l'histoire si nécessaire.

Prenez maintenant votre copie du **Livre d'histoires I**. Regardez l'histoire positive: "Nutrition, soins à domicile et SAN", et racontez l'histoire de David et Marie. Montrez les illustrations à mesure que vous racontez l'histoire.

Note: Ne lisez pas les questions directrices fournies à la fin de l'histoire, car vous poserez plus tard quelques questions aux ASC.

HISTOIRE D'UN DECES EVITE

1. Le visiteur à domicile rend visite à David et Marie à leur domicile et explique qu'il existe trois groupes d'aliments principaux, qui sont importants pour la santé de tous au sein de la famille, mais en particulier celle de Marie car elle est enceinte. Le ASC dit à Marie qu'elle devra augmenter les quantités d'aliments qu'elle consomme et le nombre de fois qu'elle mange par jour.
2. Le visiteur de COC/ttC à domicile montre aussi à Marie et David des images des trois types d'aliments, et explique qu'ils sont tous essentiels et que Marie doit en consommer tous les jours. (Voir les exemples locaux fournis dans le livre d'histoires).
3. David et Marie se rendent au marché où David achète quelques œufs et un morceau de foie spécialement pour Marie. Marie achète des fruits et des légumes et quelques haricots qu'elle mettra dans la sauce du plat qu'elle préparera pour toute la famille.
4. Le ASC a parlé à Marie et David de l'assainissement et de l'hygiène. En conséquence, Marie et David ont une cour propre, du savon et de l'eau. Marie s'assure de se laver les mains avant de préparer les repas. Elle aide aussi ses enfants à se laver les mains avant qu'ils ne s'assoient tous ensemble pour manger.
5. Le matin suivant, David sépare en deux tas les tomates, les oignons, les poivrons et autres produits du jardin qu'il cultive pour la famille. Marie garde un tas pour préparer les repas de la famille. La belle-mère de Marie emmène l'autre tas au marché pour le vendre.
6. L'ASC dit à David et Marie qu'il était très important que Marie se rende au centre de santé et reçoive des soins prénataux. Les soins prénataux signifient des soins spéciaux pour Marie pendant sa grossesse, pour son bien et celui du bébé à naître.

7. Au centre de santé, l'infirmier prend la tension de Marie... écoute les battements de cœur du bébé... et pèse Marie.
8. L'infirmier donne aussi à Marie des comprimés de fer-acide folique et lui demande d'en prendre quotidiennement pendant les repas. L'infirmier lui dit que les comprimés aideront le bébé à bien grandir et l'aideront elle aussi à avoir de l'énergie et un sang sain.
9. Marie se voit administrée un vaccin contre le tétanos qui les protégeront, elle et son bébé au moment de l'accouchement. L'infirmier lui dit qu'une seconde injection lui sera administrée à la prochaine visite, il est donc très important qu'elle revienne.
10. Marie et David vivent dans une région où de nombreuses personnes contractent le paludisme. L'infirmier étant inquiet que le paludisme nuise au bébé, il lui donne des comprimés, qu'elle prend immédiatement, et une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide longue durée sous laquelle elle doit dormir pendant toute sa grossesse.
11. L'ASC dit à David et Marie que quand ils se rendront aux soins anténatals, ils doivent demander un test confidentiel du VIH et un test pour la tuberculose, ainsi que des tests pour d'autres maladies sexuellement transmissibles.
12. David est très content et a commencé à économiser spécialement pour prendre soin de Marie et du nouveau bébé.
13. David est très déterminé à s'assurer que Marie et le bébé restent en bonne santé. Il s'est arrangé pour qu'elle obtienne de l'aide et a réduit sa quantité de travail quotidien. Il s'assure qu'elle peut se reposer quelques heures par jour et peut manger et boire beaucoup. Le ASC rappelle à Marie de prendre ses comprimés de fer/acide folique tous les jours pendant les repas. David et Marie vérifie également les signes de danger et conviennent d'appeler immédiatement à l'aide s'ils détectent un problème quelconque.
14. David a appris à suspendre correctement la moustiquaire de lit et il s'assure que Marie dort dessous toutes les nuits. Il vérifie également que la moustiquaire n'a pas de trou et qu'elle est correctement bordée sous le matelas.
15. Marie a un accouchement normal et David et elle accueillent une petite fille. Leur fils est très content d'accueillir sa nouvelle petite sœur en bonne santé.

Expliquez qu'il est clair à partir de cette histoire que les ASC peuvent faire beaucoup pour améliorer la santé du bébé à naître et prévenir les décès maternels et néonataux. Cependant, les ASC ont besoin d'une formation appropriée pour accomplir leurs tâches.



Activité 4: Consolider l'apprentissage: Discussions en petits groupes

Répartissez les participants en groupes de trois ou quatre personnes, et donnez à chaque groupe une feuille du tableau de conférence et des marqueurs. Demandez aux ASC de se référer aux deux histoires. Vous pouvez distribuer une copie des histoires à chaque groupe à ce moment-là. (Reprenez-les quand l'activité est terminée). Demandez à chaque groupe de discuter des différences entre la première et la deuxième histoire et de lister au moins trois différences dans ce que les familles ont fait.

Note: Si les participants sont analphabètes, demandez-leur de discuter de leurs réponses et non de les écrire.

Première histoire (Biba et Pierre)	Deuxième histoire (David et Marie)
Biba travaille trop. Elle force trop sur son corps.	Marie mange suffisamment. Elle mange plus que d'habitude quand elle est enceinte.

Elle ne mange pas assez.	Elle mange différents types d'aliments, issus de tous les groupes d'aliments.
Elle ne mange pas une variété d'aliments.	Marie et David ne vendent pas tous leurs aliments nutritifs. Ils les divisent et en gardent pour les manger.
Elle a beaucoup d'enfants.	Ils se lavent les mains.
Elle ne se lave pas les mains, ce qui peut entraîner des infections ou des maladies.	L'époux de Marie l'aide afin qu'elle ne force pas trop sur son corps alors qu'elle est enceinte.
Elle a vendu des récoltes qu'elle et ses enfants auraient pu manger à la place.	David et Marie ont épargné de l'argent pour la grossesse et une éventuelle urgence.
Elle porte des objets lourds.	Marie se rend au centre de santé pour les soins prénatals et bénéficie de nombreux services.
Elle ne s'est pas rendue au centre de santé pour les soins prénatals, pour qu'elle et son bébé à naître soient examinés.	La famille de Marie l'aide dans son travail afin qu'elle puisse se reposer.
Son mari dépense de l'argent pour lui-même qui pourrait être utilisé pour sa femme et ses enfants à la place.	David et Marie comprennent les signes de danger pendant la grossesse et vérifient toujours pour s'assurer que Marie ne présente aucun des signes de danger.
Elle ne comprend pas que les saignements sont dangereux.	Ils sont prêts à l'emmener immédiatement au centre de santé si elle a un problème.
Elle n'a parlé à personne des saignements.	Marie dort sous une moustiquaire de lit.
Son mari n'avait pas de plan de transport en cas d'urgence.	Marie a une petite fille et le bébé comme la mère sont en bonne santé.

Demandez maintenant aux participants de lister au moins cinq actions effectuées par le ASC dans l'histoire positive. Réponses possibles:

Les actions du VDC-COC/ttC dans la seconde histoire

1. Le ASC a effectué des visites à domicile au cours de la grossesse
2. Le ASC a fait la promotion des SAN
3. Le ASC leur a conseillé de demander à passer un test de dépistage du VIH au cours des SAN
4. Le ASC a rappelé à la mère de prendre les comprimés de fer/acide folique
5. Le ASC a expliqué les signes de danger pendant la grossesse.

Note: Dans de nombreux contextes, le dépistage du VIH pendant la grossesse est la règle et un système de consentement préalable est en place selon lequel une mère doit expressément demander à ne pas effectuer le test de dépistage. Si cela n'est pas la règle, alors l'ASC doit s'assurer que le test est réalisé.

Réunissez les groupes au bout de 10 minutes. Demandez à chaque groupe de présenter ses réponses. Complétez les réponses présentées s'il manque des éléments majeurs (voir les réponses possibles ci-dessus).

Note: Même si vous passerez un peu de temps à parler des actions que les familles devraient entreprendre lorsqu'une femme est enceinte, vous ne devriez pas consacrer trop de temps à ce contenu. Cette session n'est qu'une introduction, permettant aux ASC de commencer à comprendre quelles seront leurs responsabilités. Vous en apprendrez bien plus aux ASC sur les SAN pour une femme enceinte dans les sessions ultérieures.



Activité 5: Donner les informations pertinentes: Aperçu des tâches de l'ASC

Demandez: Selon vous, quand et pourquoi les visites à domicile doivent-elles être effectuées?

Écoutez les réponses, puis lisez et discutez des informations dans l'encadré ci-dessous:

APERÇU DES TACHES L'ASC

1. Identifier les femmes enceintes dans la communauté en faisant du porte à porte.
2. Effectuer **quatre** visites au domicile des femmes enceintes de la communauté:
 - **Première visite de la grossesse:** dès que possible au début de la grossesse - dès que la femme n'a pas eu ses règles - afin d'encourager la femme enceinte à se rendre aux visites de SAN dès le début, et à s'informer sur les soins à domicile dont la femme enceinte a besoin.
 - **Deuxième visite de la grossesse:** vers le milieu de la grossesse afin que l'ASC puisse conseiller la famille sur le VIH/Sida, d'autres IST et la tuberculose.
 - **Troisième visite de la grossesse:** également vers le milieu de la grossesse afin que le ASC puisse promouvoir l'accouchement dans un centre de santé, aider la famille à élaborer un plan de naissance si un accouchement dans un centre de santé n'est pas possible, et à discuter avec la famille des options de planification qui seront à leur disposition après l'accouchement.
 - **Quatrième visite de la grossesse:** un mois environ avant l'accouchement afin que l'ASC puisse revoir les plans pour l'accouchement et encourager la famille à suivre des pratiques de soins néonataux optimaux immédiatement après l'accouchement.
3. Effectuer **sept visites à domicile** après l'accouchement au cours des deux premières années de vie du bébé.

L'ASC apprendra à effectuer ces visites dans d'autres sessions de la formation. Le calendrier de ces autres visites sera le suivant:

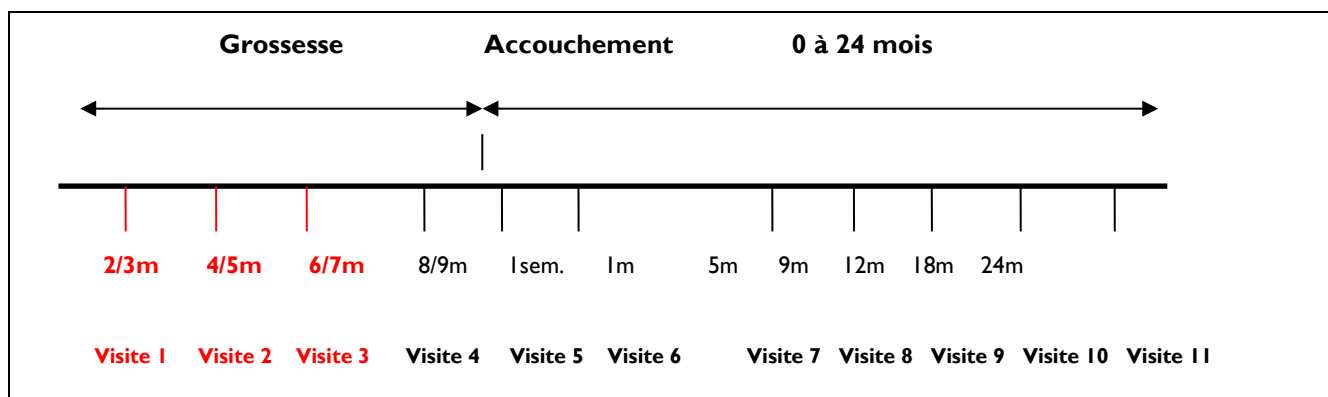
- Une semaine
- Un mois
- Cinq mois
- Neuf mois
- 12 mois
- 18 mois
- 24 mois

4. Compléter les sections appropriées du Registre de COC/ttC à la fin de chaque visite à domicile.
 - Le Registre de COC/ttC est un formulaire aidant à suivre les femmes enceintes puis leurs nouveau-nés, à planifier les visites à domicile, et à consigner les informations importantes.

Demandez aux ASC de se référer à leur manuel, où se trouvent les informations ci-dessus. Expliquez-leur qu'ils apprendront à effectuer ces visites, **l'une après l'autre**, à mesure qu'ils progressent dans la formation.

Le calendrier des visites

Tracez une ligne horizontale sur le tableau noir/une feuille du tableau de conférence affichée au mur ou sur le sol. Avec les ASC, placez les différentes visites qu'ils rendront aux femmes enceintes et aux familles d'enfants de moins de deux ans. Votre graphique devrait ressembler à ceci:



Expliquez qu'au cours de cette première formation ils apprendront à effectuer les visites 1 à 3. Ils apprendront les visites suivantes aux cours de sessions de formation ultérieures.



Activité 7: Discussion de groupe

Demandez: Pourquoi est-il important d'inclure tous les membres de la famille qui sont concernés par les soins néonataux aux visites que les ASC effectueront à domicile?

Écoutez leurs réponses. Encouragez la participation. Les réponses pourraient être les suivantes:

- Les membres de la famille tels que le mari ou la belle-mère ont une influence sur les décisions prises par la famille. Ils ont eux aussi, en plus de la mère, besoin d'informations pour prendre les meilleures décisions.
- Les membres de la famille sont plus à même d'aider la mère s'ils disposent des bonnes informations sur les soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.
- Les autres enfants du foyer doivent être inclus, afin qu'ils puissent apprendre des pratiques saines dès leur plus jeune âge.

Demandez: Pourquoi est-il important de rendre visite aux familles à leur domicile?

Écoutez leurs réponses. Encouragez la participation. Les réponses pourraient être les suivantes:

- Il est important de conseiller les familles dans leur propre environnement.
- Vous pouvez conseiller les membres de la famille ainsi que la mère.
- La tradition dans de nombreuses communautés veut que la mère reste à domicile après l'accouchement - parfois jusqu'à un mois ; la mère et le bébé ne bénéficieront donc d'aucun soin sans visite à domicile.
- Les membres de la famille se sentent plus libres de poser des questions que s'ils étaient dans une réunion communautaire.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Présenter les supports de la COC/ttC

Demandez: Avez-vous déjà reçu un document quelconque, fourni par le centre de santé ou un autre programme ou groupe avec lequel vous travaillez. Si tel est le cas, demandez-leur ce qu'ils ont reçu.

Expliquez qu'ils recevront divers supports au cours de cette formation, qui leur permettront de faire leur travail.

Note: Vous pouvez distribuer ces supports maintenant, ou expliquer qu'ils les recevront aux moments appropriés pendant la formation. Si vous décidez de les distribuer maintenant, ne distribuez que les supports du Module 1. Si les ASC reçoivent tout d'un coup, cela peut être très déroutant.

Décrivez les points suivants et répondez à toute question que les ASC pourraient poser:



- **Le Manuel du participant** fournit les informations dont ils ont besoin pour effectuer leur travail. S'ils oublient une partie des informations qu'ils ont apprises au cours de la formation, ils peuvent se référer à leur manuel.
- **Les Livres d'histoires illustrés de la COC/ttC:** Les ASC apprendront à raconter les histoires pendant les visites à domicile. Les supports pour chacune des 11 visites seront distribués aux moments appropriés pendant la formation.
- **Les Manuels du ménage:** Les ASC distribueront un manuel à chaque foyer qu'ils conseillent. Les Manuels du ménage contiennent des dessins avec les pratiques de santé clés. Ils servent d'outils de rappel pour les ménages, afin qu'ils n'oublient pas les messages importants.
- **Le Registre de COC/ttC:** Il s'agit d'un registre tenu par les ASC contenant les informations sur chaque femme enceinte (et plus tard son enfant) et sur les visites à domicile qu'ils effectuent. Il sert à suivre les comportements que l'on a conseillés aux mères (et aux membres du foyer) et qu'elles ont acceptés.
- **Le journal du ASC:** Il est recommandé de fournir aux ASC un journal vierge dans lequel ils peuvent conserver une trace des visites à domicile planifiées et noter toute question survenant pendant les visites à domicile sur les facteurs influençant le comportement et les questions de disponibilité des services ainsi que l'utilisation de ces services par les familles.
- **Le Formulaire d'orientation:** L'utilisation du formulaire d'orientation dépend des dispositions prises avec le MS du pays, en termes de procédures et processus de transfert d'un patient vers un centre de santé.



Résumez les principaux points de la session:

- Cette formation apprendra aux ASC à aider les familles à prendre soin des femmes enceintes et de leurs enfants à domicile, et à aider les familles à obtenir des soins au centre de santé lorsque cela est nécessaire.
- La formation durera 10 jours.
- Les nouveau-nés et les mères sont très vulnérables pendant les premiers jours et premières semaines qui suivent l'accouchement. Les ASC jouent un rôle important pour préserver la santé des mères et des nouveau-nés dans leurs communautés.
- Ils y parviendront en identifiant les femmes enceintes et en se rendant à leur domicile au moins quatre fois au cours de la grossesse et sept fois après la naissance du bébé.

Session 2: Introduction aux questions de santé et nutrition du pays

Plan de la session	Activité 1: Identifier les problèmes dans le pays	 Durée: 1h00
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la situation du pays concernant quelques-uns des problèmes les plus courants en matière de santé et de nutrition (S/N) maternelles et de petite enfance. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles, marqueurs • Feuilles de couleur, selon les instructions ci-dessous <p><i>Préparation</i></p> <p>Note: Cette session exigera une bonne préparation de la part des facilitateurs. Examinez les résultats de l'évaluation préliminaire du projet et l'étude de référence et préparez les données statistiques concernant les problèmes de santé/nutrition listés ci-dessous, au moins. Si l'évaluation préliminaire a révélé d'autres problèmes importants dans la communauté, veuillez les inclure également. Préparez les cartes à partir des feuilles de couleur, selon les instructions ci-dessous:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % des enfants décédant avant leur premier anniversaire, leur 5^{ème} anniversaire (cartes noires) • % des enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (cartes bleues) • % des enfants de moins de 2 ans ayant souffert d'un épisode diarrhéique au cours des deux dernières semaines (cartes marrons) • % des enfants de moins de 2 ans ayant souffert d'un épisode diarrhéique au cours des deux dernières semaines et ayant reçu une SRO (cartes grises) • % des enfants de moins de 5 ans présentant une carence en vitamine A (cartes oranges) • % des enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie (cartes jaunes) • % des femmes enceintes souffrant d'anémie (cartes rouges). • % des femmes en postpartum souffrant d'une dépression périnatale (cartes vertes) <p>Vous devrez connaître le nombre de participants à la formation. Découpez les cartes de couleur pour représenter les pourcentages pour les statistiques, de la manière suivante: par ex. s'il votre formation compte 20 participants. Vous avez fait des recherches et appris que 40 pour cent des enfants de moins de cinq ans dans le pays où vous dispensez la formation souffraient d'un retard de croissance. Vous avez choisi la couleur bleue pour représenter le retard de croissance. Découpez huit cartes bleues et posez-les sur les tables de huit des 20 participants = 40 pour cent. Vous avez appris que 70 pour cent des femmes dans le pays souffraient d'anémie. Découpez 14 cartes rouges et posez-les sur les bureaux de 14 des 20 participants = 70 pour cent. Si vous n'avez pas de feuilles de couleur, vous pouvez découper les cartes et dessiner divers symboles dessus. Distribuez les cartes sur les tables des participants avant le début de la session. Tous les participants ne recevront pas toutes les cartes. Un participant peut par exemple avoir une carte rouge, bleue et marron, tandis qu'un autre a une carte bleue et orange, etc.</p>	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est de souligner certains des problèmes de santé et nutrition les plus importants affectant les femmes et les jeunes enfants dans le pays.

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre la situation du pays concernant quelques-uns des problèmes les plus courants en matière de santé et de nutrition (S/N) maternelles et de petite enfance.



Activité 1: Identifier les problèmes dans le pays

La diarrhée

Expliquez que la **diarrhée** est un problème très sérieux. Référez-vous aux statistiques de votre pays, et demandez aux participants de former **un graphique** avec leurs propres corps. Tous les participants ayant une carte marron sur leur table (ou une carte avec le symbole représentant la diarrhée) doivent former une ligne, tandis que ceux n'ayant pas la "carte diarrhée" doivent former une seconde ligne. **Dites** aux participants représentant les enfants ayant souffert d'un épisode diarrhéique de *rejoindre la ligne et de s'accroupir*, comme s'ils souffraient de diarrhée. **Veillez** à ce que les participants comprennent ce que signifient les deux lignes, en termes de pourcentages des enfants souffrant fréquemment de diarrhée dans leur pays.

Mortalité néonatale et infantile

Répétez maintenant l'activité afin de représenter **la mortalité néonatale et infantile**. Les participants doivent former trois lignes en fonction des statistiques nationales: une ligne pour représenter le pourcentage des enfants décédés avant leur premier anniversaire, une ligne pour représenter le pourcentage des enfants décédés avant leur cinquième anniversaire, et une troisième ligne pour représenter le pourcentage des enfants toujours en vie après leur cinquième anniversaire. (Vous aurez posé les cartes correspondantes sur leurs tables avant le début de la session). Les participants sur les deux premières lignes s'allongent sur le sol pour représenter la mort. **Expliquez** que ces décès sont dus à toutes les causes (pas uniquement la diarrhée). Si vous disposez de statistiques, vous pouvez **organiser** les participants en lignes en fonction des pourcentages par **cause de décès** (diarrhée, pneumonie, tuberculose, etc.)

Les carences en vitamine A

Répétez l'activité pour représenter **la carence en vitamine A**. Les participants doivent former deux lignes en fonction des statistiques nationales: une ligne pour représenter le pourcentage des enfants carencés en vitamine A (cartes oranges) et une autre ligne pour représenter ceux qui ne le sont pas. Les participants représentant les enfants carencés en vitamine A doivent se rendre sur leur ligne les yeux fermés, afin de représenter l'héméralopie (cécité nocturne), l'un des symptômes les plus courants de la carence en vitamine A.

Le retard de croissance

Cette fois, **réalisez l'activité** pour représenter le **retard de croissance**. Une ligne représentera le pourcentage des enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance (cartes bleues), tandis que l'autre ligne représentera les enfants présentant une croissance normale. Les participants représentant les

enfants souffrant d'un retard de croissance doivent s'agenouiller sur la ligne. Expliquez aux participants que le retard de croissance est le résultat d'une mauvaise nutrition au cours des premières années de vie, est en grande partie irréversible, et a des conséquences négatives tout au long de la vie.

L'anémie maternelle

Cette fois, **réalisez l'activité** pour représenter l'**anémie maternelle**. Les participants doivent former deux lignes: l'une représentant le pourcentage des femmes souffrant d'anémie (cartes rouges) et l'autre le pourcentage des femmes présentant un niveau normal d'hémoglobine dans le sang. Les participants représentant les femmes anémiées doivent *marcher* faiblement jusqu'à la ligne, afin de représenter le manque d'énergie qui accompagne l'anémie. Expliquez que l'anémie a plusieurs causes possibles, la plus courante étant une mauvaise nutrition, et que les conséquences peuvent aller jusqu'au décès du nouveau-né.

La dépression du postpartum

Si les données sont disponibles pour votre contexte, effectuez l'exercice en utilisant les données que vous avez. Dans le cas contraire, utilisez l'estimation de 13 % des femmes qui souffrent d'une dépression sérieuse après l'accouchement. **Expliquez** que la santé mentale maternelle est souvent mal comprise dans les communautés et les familles, mais qu'elle peut avoir des conséquences majeures, non seulement sur la mère mais aussi sur sa capacité à élever des enfants bien nourris et en bonne santé.




CHANGEMENTS CONTEXTUELS.: Vous pouvez supprimer certains des sujets présentés ici et ajouter d'autres sujets à ces activités en fonction des problèmes les plus importants dans votre pays/contexte, tel que les auront révélés l'évaluation préliminaire du projet et l'étude de base. Par exemple, vous pourriez décider d'ajouter le paludisme, le VIH et le Sida, la pneumonie, etc.



Résumez les principaux points de la session:

- **Consolidez** cette activité en traçant les diagrammes sur une feuille du tableau de conférence, indiquant les pourcentages correspondant à la diarrhée, à la mortalité néonatale et infantile, au retard de croissance, à la carence en vitamine A et à l'anémie maternelle. **Aidez** les participants à tracer des diagrammes en bâtons similaires ou des lignes dans leur manuel.
- **Expliquez** que l'objectif du travail des ASC consiste à entamer un dialogue avec les familles sur les moyens de prévenir ces problèmes de santé et autres, entraînant ainsi une amélioration de la santé et la nutrition des femmes enceintes et de leurs jeunes enfants.

Session 3: Identifier les grossesses dès le début et atteindre les foyers vulnérables

Plan de la session	<p>Activité 1: Atteindre les foyers vulnérables - Discussion</p> <p>Activité 2: Identifier les femmes en début de grossesse</p> <p>Activité 3: L'histoire de Sarama</p> <p>Activité 4: Accéder aux plus vulnérables</p> <p>Activité 5: Planifier et pratiquer vos visites d'introduction à la COC/ttC</p>	 <p>Durée: 1h40</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire au moins trois risques ou facteurs de vulnérabilité du foyer rendant les familles moins susceptibles de rechercher des soins • Expliquer pourquoi il est important d'identifier les femmes enceintes dès le début de la grossesse • Expliquer comment le fait de rendre visite à tous les foyers au début du projet aide à identifier les grossesses • Décrire au moins deux façons d'identifier les femmes enceintes dans la communauté. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Au début de la COC/ttC dans votre communauté, rendez visite à tous les foyers de la zone qui vous a été attribuée, et demandez à chaque famille si elle compte des femmes enceintes ou de jeunes enfants, et si tel est le cas, parlez-leur de la COC/ttC, et demandez-leur la permission de commencer à leur rendre visite. • Passez plus de temps avec les individus et/ou familles que vous avez identifiés comme étant plus vulnérables car ils sont moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé et sont plus susceptibles de souffrir de complications. Les visiteurs de COC/ttC à domicile doivent s'assurer qu'ils incluent les familles les moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé, telles que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Les adolescentes, les handicapés, les mères célibataires ou qui travaillent ○ Les femmes qui pourraient souffrir de dépression ou les victimes de violence conjugale ○ Les familles nombreuses ou les femmes prenant soin de nombreux enfants ○ Les foyers ayant des difficultés financières ○ Les foyers isolés ou difficiles à atteindre. • Identifier les femmes dès le début de la grossesse les aide à avoir accès aux soins de santé dès le début, à commencer à prendre des comprimés d'acide folique et de fer et à améliorer leur nutrition et les soins auto-administrés, ce qui améliorera la santé de la mère et du bébé pendant la grossesse.. • Utilisez les visites à domicile, les groupes communautaires, les sages-femmes et les informateurs clés de la communauté pour identifier les grossesses dès le début. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Cas écrits sur des post-it ou des notes • Exemple de carte d'un village <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir la session et préparer le matériel. • Préparer les sièges pour l'entraînement par groupes de deux 	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est de comprendre pourquoi il est important d'identifier les femmes enceintes dès le début de leur grossesse et de discuter des moyens d'y parvenir.

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Décrire au moins trois risques ou facteurs de vulnérabilité du foyer rendant les familles moins susceptibles de rechercher des soins
- Expliquer pourquoi il est important d'identifier les femmes enceintes dès le début de la grossesse
- Expliquer comment le fait de rendre visite à tous les foyers au début du projet aide à identifier les grossesses
- Décrire au moins deux façons d'identifier les femmes enceintes dans la communauté.



Activité I: Atteindre les foyers vulnérables (discussion)

Demandez: Comment pourrions-nous informer nos communautés du nouveau programme de COC/ttC?

Les exemples pourraient être les suivants: parler aux groupes, coller des affiches, convoquer une réunion communautaire, faire des annonces à la radio locale, etc. Listez ceux qu'ils ont proposés.

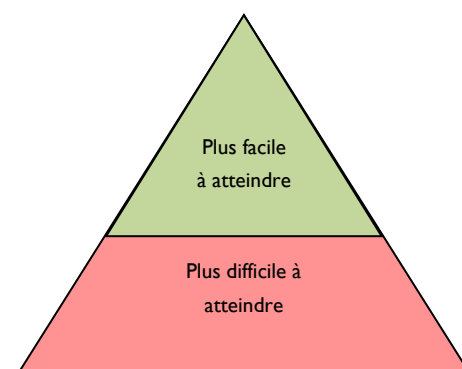
Expliquez que vous voulez parler de la façon d'atteindre tout le monde dans la communauté ayant besoin de COC/ttC. Pensez à des méthodes pour identifier les participants, par exemple, par le biais de groupes existants, de réunions communautaires, d'affiches. Dessinez la figure suivante sur le tableau de conférence.

Expliquez qu'il existe deux types de personnes dans les communautés: Un type qui participe fréquemment aux réunions, lit les affiches, écoute la radio ; ce groupe de personnes est "facile à atteindre".

Demandez: Quelles familles sont les plus faciles à atteindre et quelles sont les plus difficiles à atteindre?

Demandez: Existe-t-il des différences entre ces groupes en termes de comportement, d'accès et de besoins en matière de santé?

Demandez: Peuvent-ils donner quelques exemples de femmes et de familles qui présentent des circonstances sanitaires ou familiales qui pourraient les empêcher de participer à des réunions régulières?



Les réponses pourraient notamment être:

Plus facile à atteindre	Plus difficile à atteindre
<p><i>Types de personnes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participants à un groupe • Pourraient être à proximité du centre de la communauté • Ont un moyen de transport ou un accès • Savent lire et écrire • Ont le soutien de la famille pour participer • Ont du temps libre 	<p><i>Types de personnes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus éloignés de la communauté • Problèmes de transport ou d'accès • Analphabètes/Ne savent pas lire • N'ont pas le soutien de la famille • N'entendent pas parler des événements • N'ont pas le temps de participer
<p><i>Exemples de familles plus faciles à atteindre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères avec du temps libre/qui ne travaillent pas • Les mères mariées • Actives et en bonne santé • Vivent à proximité 	<p><i>Exemples de familles qui peuvent être plus difficiles à atteindre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères adolescentes • Les mères célibataires • Les enfants orphelins ou dont la mère est absente • Les mères ayant de nombreux enfants de moins de 5 ans, des jumeaux • Les mères qui travaillent à plein temps • Les mères handicapées • Les mères qui ne sont pas en bonne santé/s'occupent d'un malade • Les mères/familles séropositives • Très pauvres • Les familles vivant loin ou dans des lieux isolés

? **Demandez: Ayant identifié les types de familles qui pourraient ne pas participer à des groupes ou des réunions, que constatez-vous au sujet de ce groupe plus difficile à atteindre? Pensez-vous qu'ils:**

- Ont régulièrement accès à des services de santé préventifs? (Soins anténatals, vaccins)
- Recherchent rapidement des soins médicaux d'urgence quand ils en ont besoin? (Enfant souffrant de fièvre, de toux)
- Ont de bonnes pratiques de nutrition et d'hygiène chez eux?

Groupe plus facile à atteindre	Groupe plus difficile à atteindre
<ul style="list-style-type: none"> - Aura tendance à adopter de meilleurs comportements de santé - Aura tendance à accéder plus facilement aux soins de santé - Pourrait avoir de meilleures pratiques de nutrition et d'hygiène à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Aura tendance à accéder moins régulièrement aux services de santé - Recherchera moins rapidement des soins d'urgence - Pourrait avoir une nutrition et une hygiène plus mauvaises à domicile

Étant donné ce que nous savons maintenant: Le groupe plus difficile à atteindre est-il plus ou moins susceptible de subir un décès infantile ou maternel?

Facultatif: Donnez des exemples du tableau ci-dessous, indiquant la probabilité que ces femmes subissent un décès infantile (expliquez cela en utilisant le langage de la 2^e colonne, la 3^e colonne est fournie à titre de référence).

Cas	Plus susceptible de subir un décès infantile	% de risque accru d'un décès infantile
Une femme dont les enfants les plus jeunes ont moins de 18 mois d'écart	+ (plus susceptible)	36% de risques en plus
Un foyer comptant 4 enfants ou plus de moins de cinq ans Ou une femme ayant plus de 5 enfants	++ (beaucoup plus susceptible)	131% de risques en plus
Un enfant orphelin de mère ou mère absente	+++ (considérablement plus susceptible)	1500% de risques en plus
Une mère adolescente	+ (plus susceptible)	Jusqu'à 40 % de risques en plus
Un parent célibataire	++ (beaucoup plus susceptible)	100 % de risques en plus

*Informations issues de diverses sources de données²³

POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'IDENTIFIER TOUTES LES FEMMES ENCEINTES DANS LA COMMUNAUTE?

- Toutes les mères et les nouveau-nés sont vulnérables et ont besoin de soins. Souvent, celles que l'on n'identifie pas sont les plus vulnérables et courent un risque de tomber malade ou de mourir, ou de souffrir d'une dépression périnatale, de violence conjugale.

Comment pouvons-nous identifier toutes les femmes au sein de la communauté?

- Au début de la COC/ttC dans votre communauté, essayez de rendre visite à toutes les familles à leur domicile pour leur parler de la COC/ttC, de ce que le programme peut proposer et des raisons pour lesquelles il est important de s'inscrire tôt pour les services, en passant plus de temps avec les individus et les familles les moins susceptibles d'avoir accès aux soins.

²³ Références clés pour les facteurs de risque dans les décès maternels et infantiles:

Armstrong Schellenberg JR, Nathan R, Abdulla S, Mukasa O, Marchant TJ, Tanner M, Lengeler C. 'Risk factors for child mortality in rural Tanzania'. *Trop Med Int Health*. Juin 2002 ; 7(6):506-11.

Hammer GP, Kouyaté B, Ramroth H, Becher H. 'Risk factors for childhood mortality in sub-Saharan Africa. A comparison of data from a Demographic and Health Survey and from a Demographic Surveillance System'. *Acta Trop*. Juillet 2006 ; 98(3):212-8. Epub 13 juin 2006.

Mturi AJ, Curtis SL. 'The determinants of infant and child mortality in Tanzania'. *Plan de la politique de santé*. Déc. 1995 ; 10(4):384-94.

Becher H, Müller O, Jahn A, Gbangou A, Kynast-Wolf G, Kouyaté B. 'Risk factors of infant and child mortality in rural Burkina Faso'. *Bull World Health Organ*. Avril 2004 ; 82 (4):265-73.

Kayode, GA., Adekanmbi, VT., et Uthman OA (2012). 'Risk factors and a predictive model for under-five mortality in Nigeria: evidence from Nigeria demographic and health survey'. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:10.



Activité 2: Identifier les femmes en début de grossesse

Demandez: Pourquoi est-il important d'identifier les femmes dès le début de leur grossesse?

Écoutez leurs réponses et veillez à ce que les points ci-dessous soient cités:

IDENTIFIER LES FEMMES DES LE DEBUT DE LEUR GROSSESSE

- Plus la femme se rend aux visites de SAN tôt, et plus elle peut être examinée et recevoir les médicaments importants et les conseils tôt.
- Les familles ont besoin de temps pour se préparer à l'accouchement, économiser de l'argent pour le transport et tout autre frais, et pour rassembler les fournitures et les vêtements pour le bébé.
- Le ASC doit rendre visite à la femme enceinte quatre fois pendant la grossesse. Identifier les femmes au début de leur grossesse permet d'avoir le temps d'effectuer toutes ces visites.
- Identifier les femmes dès le début de la grossesse les aide à commencer à avoir accès aux soins anténatals, à l'acide folique et au fer, à une meilleure nutrition et soins auto-administrés afin d'améliorer la santé de la mère et du bébé pendant la grossesse, et à bénéficier du soutien supplémentaire nécessaire pour prévenir une dépression périnatale.



Activité 3: L'histoire de Sarama

Lisez à voix haute:

Sarama est un agent de santé communautaire dans un village rural. L'une de ses tâches consiste à identifier toutes les femmes enceintes du village et à leur rendre visite pendant leur grossesse. Pour faire son travail, Sarama a dû réfléchir à la façon d'identifier toutes les femmes enceintes dans sa zone.

Pour l'aider à déterminer comment obtenir ces informations, elle a réuni quelques-unes de ses amies ; l'une était la responsable de l'organisation de femmes dans le village, l'autre était enseignante, la troisième était accoucheuse traditionnelle et la quatrième sage-femme au centre de santé. Elle leur a expliqué ce dont elle avait besoin.

L'enseignante a suggéré à Sarama de (1) se rendre à quelques mois d'intervalle dans chaque foyer et demander si une femme était enceinte. La responsable de l'organisation de femmes a suggéré qu'à la prochaine réunion des femmes (2), Sarama explique son travail et demande à toutes les familles de l'informer dès qu'une femme au sein de leur foyer tombe enceinte.

La sage-femme a suggéré que, tous les mois, quand Sarama se rend au centre de santé pour la réunion mensuelle ou quand la sage-femme vient dans la communauté pour effectuer des activités de proximité (3), elles discutent des femmes récemment tombées enceintes dans le village, et la sage-femme peut orienter ces femmes vers Samara.

L'enseignante a également dit que (4) lorsqu'elle verrait une femme enceinte à l'école, elle lui demanderait si la ASC lui avait déjà rendu visite et dans le cas contraire en informerait Sarama. L'accoucheuse traditionnelle a dit qu'elle pourrait informer Sarama si elle apprenait qu'une femme était enceinte, et que Samara pourrait demander à ses clientes actuelles de l'informer si elles apprennent qu'une femme est récemment tombée enceinte.

Le plan de Sarama pour identifier les femmes enceintes:

1. Se rendre régulièrement, à quelques mois d'intervalle, dans tous les foyers et demander si une femme est enceinte.
2. Participer à la réunion de femmes et demander aux familles de l'informer dès qu'une femme tombe enceinte.

3. Travaillez avec la sage-femme ou l'infirmière du centre de santé à identifier toutes les femmes enceintes de la communauté dès le début de leur grossesse.
4. Demandez à d'autres informateurs clés de la communauté, tels que l'enseignante, le chef du village et l'accoucheuse traditionnelle et d'autres mères enceintes de l'informer quand une femme tombe enceinte.



Demandez: Comment pouvez-vous savoir si une femme dans votre communauté est enceinte?

Notez leurs réponses sur le tableau de conférence et utilisez ces informations à la prochaine étape de la formation. Discutez des exemples fournis ci-dessous et discutez de quelques-uns des pour et des contre de chaque méthode:

Méthode pour identifier les grossesses	Pour et contre
1. Effectuer des visites à domicile régulières chez toutes les femmes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Très approfondi, développe la sensibilisation et la relations avec les familles. ✓ Permet d'identifier les femmes qui <i>pourraient être enceintes mais n'en sont pas encore sûres.</i> ✗ Nécessite beaucoup de temps
2. Utiliser les organisations communautaires pour promouvoir la COC/ttC, par ex. les groupes de femmes, les rassemblements religieux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bien pour informer la communauté et susciter un soutien. Les femmes qui sont contactées partageront cette information au sein de leurs familles et de leurs quartiers. ✗ Ne permet pas d'identifier toutes les femmes
3. Orientation de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La sage-femme fait la promotion du programme de COC/ttC ✗ N'atteint que celles qui se savent déjà enceintes
4. Informateurs clés (par ex. enseignante, accoucheuse traditionnelle, autres mères enceintes)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des personnalités de l'autorité font la promotion de la COC/ttC ; permet d'atteindre des groupes divers, et probablement celles qui ne parlent pas encore de leur grossesse. ✗ Peut être délicat car certaines femmes préfèrent garder leur grossesse secrète au début.

Lisez à voix haute ou expliquez:

Un ASC peut apprendre qu'une femme est enceinte en lui rendant visite ou par le biais d'une autre personne du village telle que la responsable de l'organisation des femmes, la sage-femme ou l'accoucheuse traditionnelle. Une fois que l'ASC informé du fait qu'une femme est enceinte, il ou elle doit se rendre chez la femme afin d'effectuer la première visite de la grossesse, ou programmer un moment pour la faire.

- Utiliser les visites à domicile, les groupes communautaires, les orientations de sage-femme et les informateurs clés pour identifier les grossesses dès le début.



Activité 4: Accéder aux plus vulnérables

Lisez cette histoire à voix haute. Note: Cette histoire n'est pas incluse aux Livres d'histoires, elle ne concerne que cette activité.

Mariama a 16 ans. Ses parents l'ont déscolarisée afin qu'elle puisse aider sa mère à la maison et se préparer pour son mariage que ses parents arrangeront bientôt pour elle. Mariama est amoureuse d'un garçon du village, et tombe enceinte mais ne le réalise que très tardivement. Elle est terrifiée et veut que personne ne le sache ; elle le cache donc à sa famille jusqu'à ce que ses parents devinent ce qu'il s'est passé. Son père la frappe et elle est mise à la porte du foyer familial. Mariama est enceinte de huit mois quand vous la rencontrez et elle vit chez un voisin, elle n'a jamais été aux soins anténatals et n'a pas d'argent pour payer le transport jusqu'au centre de santé qui se trouve loin. Elle est seule et déprimée et sa famille lui manque.

Betty a trois enfants de son mari Michael, âgés de 6, 3 et 1 an. Après une longue maladie, Michael est décédé et le centre de santé lui a appris qu'il était séropositif, et qu'elle et son enfant le plus jeune étaient aussi séropositifs. Elle a pu avoir accès à des médicaments pour elle-même et son fils. Avant de mourir, Michael a eu du mal à continuer son travail, et a fini très endetté. Betty travaille dur pour rembourser ces dettes et pourvoir aux besoins de la famille. Quand vous la rencontrez, elle explique que son stock de médicaments ARV est épuisé car elle n'a pas eu le temps ou l'argent pour se rendre au centre de santé récemment. Elle explique qu'elle nourrit ses enfants essentiellement avec du riz sans sauce, sauf quand quelques fois des personnes de l'église l'aident en lui donnant de la nourriture, mais elle dit qu'elle est toujours fatiguée, qu'elle maigrit et n'arrive pas à joindre les deux bouts.

Discussion de groupe

Répartissez les participants en deux groupes et attribuez-leur le cas de Mariama ou celui de Betty.

- Quelles vulnérabilités ces deux femmes rencontrent-elles? Listez toutes celles qui vous viennent à l'esprit.
- D'après vous, comment ces femmes se sentent-elles?
- Comment cela pourrait-il affecter leur santé physique et mentale et la santé de leurs enfants?
- Pensez-vous que ces femmes sont susceptibles d'avoir régulièrement accès à des services? Pourquoi ou pourquoi pas?
- La COC/ttC peut-elle aider ces femmes? D'après vous, que peuvent faire les ASC pour fournir davantage de soutien à ces femmes?

Demandez aux groupes de rendre compte de leur présentation puis mettez en avant les vulnérabilités soulignées:

Mariama (11): adolescente, potentiellement soumise à un mariage forcé, non éduquée, grossesse, accès tardif aux soins, victime de violence, pas de soutien familial, pas d'argent, loin du centre de santé, pas de soins anténatals, dépression périnatale.

Betty (9): séropositive, prend soin d'un enfant séropositif, mère seule, mère qui travaille, n'a pas accès aux médicaments, pas de temps libre, pas d'argent, mauvaise nutrition, potentiellement en train de tomber malade.

Soulignez le message clé suivant:

ACCEDER AUX PLUS VULNERABLES

Passez plus de temps avec les personnes et/ou les familles que vous avez identifiées comme étant plus vulnérables car elles sont moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé et sont plus susceptibles de souffrir de complications. Les visiteurs de COC/ttC à domicile doivent s'assurer qu'ils incluent les familles les moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé, telles que:

- Les adolescentes, les handicapés, les mères célibataires ou qui travaillent
- Les femmes qui pourraient souffrir de dépression ou les victimes de violence conjugale
- Les familles nombreuses ou les femmes prenant soin de nombreux enfants
- Les foyers ayant des difficultés financières
- Les foyers isolés ou difficiles à atteindre.



Activité 5: Planifier et pratiquer vos visites d'introduction à la COC/ttC

Discutez avec le groupe:

- Comment atteindrez-vous tous les foyers après la formation en vue d'effectuer les visites d'introduction de la COC/ttC?
- Combien de foyers pouvez-vous atteindre en une journée?
- A quels foyers devriez-vous rendre visite en premier (les réponses doivent être: rendre visite en premier aux plus vulnérables ou aux plus éloignés et rendre visite en dernier à ceux qui sont le plus près du centre).
- Qui doit être présent à la réunion d'introduction à domicile?

Faites une fois la démonstration, puis demandez aux participants de **s'entraîner par groupes de deux:**

"COMMENT EFFECTUER UNE VISITE DE SENSIBILISATION"

1. Présentez-vous.
2. Demandez si vous pouvez parler aux membres du foyer, en particulier les femmes âgées de 15 à 49 ans, les grand-mères, les maris et ceux qui s'occupent d'enfants de moins de 2 ans.
3. Expliquez ce qu'est la COC/ttC, à qui elle est destinée, et comment elle peut aider la famille.
4. Expliquez pourquoi il est important de s'inscrire pour la COC/ttC dès que vous *pensez être enceinte* en utilisant le message clé ci-dessous.
5. Dites aux membres de la famille quand vous prévoyez de revenir et de faire de nouveau le point avec eux.
6. Dites-leur où ils peuvent vous trouver ou vous contacter pour s'inscrire à la COC/ttC.
7. Demandez-leur s'ils ont des questions ou des préoccupations.






Résumez les principaux points de la session

- Il est important d'identifier toutes les femmes enceintes dans votre communauté et de le faire le plus tôt possible dans la grossesse. Les femmes enceintes doivent bénéficier de SAN dans un centre de santé. Plus la femme bénéficie de SAN tôt, plus elle recevra des services et des informations importantes tôt, et plus elle et son bébé seront en bonne santé.
- Le ASC doit rendre visite quatre fois à la femme au cours de sa grossesse, afin de s'assurer qu'elle bénéficie de SAN, d'aider la famille à planifier l'accouchement dans un centre si possible et de fournir des informations importantes sur les soins pendant la grossesse et sur les signes de danger.
- Les ASC peuvent utiliser les visites de sensibilisation à domicile, les groupes communautaires, les orientations des sages-femmes ainsi que des informateurs clés pour identifier les grossesses dès le début.

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Si votre projet a décidé de suivre des processus différents pour identifier et inscrire les femmes enceintes, fournissez ces informations au cours de cette session. Vous pourriez souhaiter développer une activité supplémentaire afin que les participants s'entraînent avec vos processus spécifiques.

Session 3b facultative. Inscription des femmes et des filles éligibles

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Les projets de COC/ttC peuvent choisir d'inscrire toutes les femmes et les filles en âge de procréer dès le début. L'avantage est que le registre peut être utilisé pour consigner les naissances et les décès, et identifier les femmes qui pourraient tomber enceintes. Il peut aussi être utilisé pour attribuer un code identifiant unique dans les applications mobiles et papier. Utilisez le "[Registre des femmes et des filles éligibles.xls](#)"²⁴, adapté au contexte de votre pays. Si votre projet dispose de protocoles visant à promouvoir la planification familiale avant la grossesse, fournissez ces informations au cours de cette session. Vous pourriez souhaiter développer d'autres activités pour ce faire.

Plan de la session	Activité 1: Compléter le registre des femmes et des filles éligibles Activité 2: S'entraîner et planifier la visite d'inscription	 Durée: 1h30
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Compléter le Registre des femmes et des filles éligibles (FFE) au démarrage du projet de COC/ttC • Expliquer comment et quand mettre à jour le registre FFE 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans*, et les aidants principaux d'un enfant de moins de 2 ans sont tous éligibles à l'inscription au projet. Une mise à jour régulière du registre (tous les 3 à 6 mois) peut contribuer à sensibiliser la communauté, à identifier des débuts de grossesses et à suivre les événements vitaux (naissances et décès). <p>*Adaptation au contexte - Certains lieux pourraient souhaiter effectuer les inscriptions plus tôt en fonction de l'accent du MS ou du projet sur la prévention des grossesses des filles de moins de 18 ans.</p>	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Registre des femmes et des filles éligibles (adapté au contexte du pays) Préparation <ul style="list-style-type: none"> • Distribuez les exemples de cas fournis dans cette session et les registres de COC/ttC sur les tables. 	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est de comprendre pourquoi il est important d'identifier les femmes enceintes dès le début de leur grossesse et de discuter des moyens d'y parvenir.

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Compléter le Registre des femmes et des filles éligibles (FFE) au démarrage du projet de COC/ttC
- Expliquer comment et quand mettre à jour le registre FFE

²⁴ A consulter sur la page d'accueil de la COC/ttC de WV Central, ou contactez health@wvi.org



Activité 1: Compléter le Registre des femmes et des filles éligibles

Demandez au groupe: Quelles personnes dans notre communauté sont *éligibles* à l'accès aux services de COC/ttC?

Vérifiez qu'ils citent: Les mères ou les aidants d'enfants de moins de deux ans, les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer (c.à.d. celle qui pourraient tomber enceintes pendant le programme).

Demandez: Pourquoi pourrions-nous décider de tenir un registre des femmes et des filles éligibles?

- Il peut être utilisé pour nous guider quand nous effectuons des visites à domicile afin de vérifier s'il y a de nouvelles grossesses.
- Il peut être utilisé pour identifier les nouvelles naissances et décès et les familles qui viennent de s'installer dans la région.
- Il peut être communiqué au COMM et au centre de santé pour saisir des informations sur la population.

QUI EST ELIGIBLE A L'INSCRIPTION?

Les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans*, et les aidants principaux d'un enfant de moins de 2 ans sont tous éligibles à l'inscription au projet. Une mise à jour régulière du registre (tous les 3 à 6 mois) peut contribuer à sensibiliser la communauté, à identifier des débuts de grossesses et à suivre les événements vitaux (naissances et décès).

Présentez-leur le formulaire et expliquez ce qui est écrit dans chaque colonne, puis demandez-leur de compléter un de leurs exemplaires de formulaire.

Informations sur l'ASC ou le VAD

Données	Instructions supplémentaires
ADP	Dans quel programme de développement régional ou zone de projet travaillent-ils
Identifiant de la communauté	Numéro d'identification de la communauté, doit être attribué par le responsable du programme ou l'autorité sanitaire
Nom de la communauté	Nom de la communauté/c.à.d. où le ASC travaille
Nom/n° d'identification de l'ASC	Nom de l'ASC/du VD et numéro d'identification attribué au début du programme.

Informations sur chaque femme

Numéro d'identification de la femme	Il sera attribué au début du projet ou pendant l'inscription
Nom de la femme	Écrivez son nom complet, tel qu'il est inscrit dans son carnet de santé. Ne donnez pas le nom du foyer ou des surnoms.
Age	Au moment de l'inscription
Nom de l'époux/responsable du foyer	Demandez le nom du responsable du foyer si elle n'est pas mariée. Cela ne sert qu'à la retrouver si elle déménage ou si vous ne pouvez pas trouver le domicile.
N° du domicile ou localisation	Si les domiciles sont numérotés, donnez le numéro de porte. Dans le cas contraire, notez quelque chose pour vous rappeler le lieu du domicile (<i>cela est facultatif et ne sert qu'à trouver le domicile pour mettre à jour le registre</i>)

Date de naissance de la femme	Notez-la telle qu'elle est inscrite sur son carnet de santé
Nombre d'enfants de moins de 24 mois	Avec combien d'enfants vit-elle actuellement et dont elle s'occupe qui ont moins de deux ans (ne notez pas les décès antérieurs d'enfants ou l'histoire maternelle).
Actuellement enceinte? O/N	Demandez si elle est actuellement enceinte (ou s'il est possible qu'elle le soit). *Il est conseillé d'orienter les grossesses suspectées vers des SAN, même si la grossesse n'est pas encore certaine. Inscrivez <i>toutes</i> les grossesses au démarrage. Quand vous mettez à jour le registre, ajustez cette information.
Noms des enfants de moins de 24 mois.	Tels qu'ils sont inscrits sur le carnet de santé de l'enfant.
Date de naissance	Telle qu'elle est inscrite sur le carnet de santé de l'enfant.
Sexe	Tel qu'il est inscrit sur le carnet de santé de l'enfant.
En vie?	Ne consignez que les enfants en vie au début. Quand vous mettez à jour le registre, confirmez tous les enfants précédemment inscrits.

Distribuez les cas/ou notez sur le tableau de conférence.

Demandez au groupe de compléter les *formulaire de FFE* avec les informations suivantes. Quand ils ont fini chaque cas, ils peuvent en discuter en groupes. N'oubliez pas de vérifier les formulaires en les comparant à l'exemple fourni ci-dessous.

Case 0001: Mariama Djau	Le nom de son mari est Braïma Dane. Mariama et Braïma vivent au domicile n° 12. Sa date de naissance est le 1 ^{er} mai 1991, elle a donc 23 ans. Elle a un fils qui s'appelle Mahmoud Dane , né le 2 décembre 2012. Elle est actuellement enceinte.
Case 0002: Binta Balde	Binta a 34 ans et est mariée à Abram Kande . Sa date de naissance est en novembre 1980, mais elle ne sait pas quel jour. Ils vivent dans une maison peinte en rouge près du fleuve , sans numéro sur la porte. Elle a des jumelles nées le 3 juin 2013 qui se prénomment Ami et Adama Kande, et elle n'est pas enceinte <i>actuellement</i> .
Case 0003: Mary lalá	Marie est mariée à Babu lalá bien qu'elle n'ait que 17 ans. Ils vivent dans une petite cabane avec un toit en tôle, près du marché. Marie n'est pas encore enceinte.
Case 0004: Djenabu Ndjai	Djenabu a 15 ans et vit dans la maison de son père (Touba Djalo), au numéro 324, rue Haute. Elle n'est pas encore mariée mais elle révèle, avec difficulté, qu'elle pense être actuellement enceinte.

Après avoir examiné les cas, demandez au groupe:

- A quelle fréquence doivent-ils mettre à jour le registre? (Tous les 3 à 6 mois)
- Quelles femmes/familles doivent recevoir les visites de COC/ttC? (Cas 1, 2 & 4)
- Quels cas estimez-vous être les plus vulnérables? (Cas 4 - Grossesse d'une adolescente non mariée).
- Quand devriez-vous rendre visite au cas 3? (Adolescente mariée, au moins 3 fois par mois, ou dès que possible).



Activité 2: Planifier et s'entraîner aux visites d'inscription

Discutez avec le groupe:

- Comment atteindrez-vous tous les domiciles quand vous reviendrez de la formation en vue d'effectuer les visites d'inscriptions?
- Combien de foyers pouvez-vous atteindre en une journée?

- A quels foyers devriez-vous rendre visite en premier (les réponses doivent être: rendre visite en premier aux plus vulnérables ou aux plus éloignés et rendre visite en dernier à ceux qui sont le plus près du centre).
- Qui doit être présent à la réunion d'inscription à domicile?

Demandez aux participants de s'entraîner par groupes de deux.

"COMMENT EFFECTUER UNE VISITE D'INSCRIPTION".

1. Présentez-vous.
2. Demandez si vous pouvez parler aux membres du foyer, en particulier les femmes âgées de 15 à 49 ans, les grand-mères, les maris et ceux qui s'occupent d'enfants de moins de 2 ans.
3. Expliquez ce qu'est la COC/ttC, à qui elle est destinée, et comment elle peut aider la famille.
4. Expliquez pourquoi il est important de s'inscrire pour la COC/ttC dès que vous *pensez être enceinte* en utilisant le message clé ci-dessous.
5. Inscrivez toutes les femmes et les filles éligibles (assurez-vous d'avoir les noms tels qu'ils sont inscrits sur leurs carnets de santé)
6. Dites-leur où ils peuvent vous trouver ou vous contacter pour s'inscrire à la COC/ttC.
7. Dites aux membres de la famille quand vous prévoyez de revenir et de faire de nouveau le point avec eux.
8. Demandez-leur s'ils ont des questions ou des préoccupations.

Enfin, discutez: **Qui conservera le registre des FFE?**

- Le registre des femmes et des filles éligibles doit être conservé en sécurité jusqu'à ce qu'il nécessite une mise à jour.
- Il peut être conservé par le COMM, dans une unité de santé, ou à domicile s'il n'existe pas de COMM à proximité.



Résumez les principaux points de la session

- Les femmes et les filles âgées de 15 à 49 ans*, et les aidants principaux d'un enfant de moins de 2 ans sont tous éligibles à l'inscription au projet.
- Une mise à jour régulière du registre (tous les 3 à 6 mois) peut contribuer à sensibiliser la communauté, à identifier des débuts de grossesses et à suivre les événements vitaux (naissances et décès).

Registre des femmes et des enfants éligibles

World Vision		Communauté-COC/ttC							ADP						
Nom du pays		Liste des femmes et des filles éligibles							Numéro d'identification de la communauté		Nom de la communauté				
									Nom/n° d'identification de l'ASC						
Numéro d'identification de la femme	Nom de la femme	Age	Nom de l'époux/responsable du foyer	N° du domicile ou localisation	Date de naissance de la femme			Nombre d'enfants de moins de 24 mois	Actuellement enceinte? O/N	Noms enfants de moins de 24 mois.	Date de naissance			Sexe	En vie?
					J	M	A				J	M	A		
0001	Mariama Djau	23	Braïma Dane	n° 12	1	5	1991	1	✓	Mahmoud Dane	2	12	12	M	✓
0002	Binta Balde	34	Abram Kande	Maison rouge à côté du fleuve	-	11	1980	2	✗	Ami Kande	3	6	13	F	✓
										Adama Kande	3	6	13	F	✓
0003	Mary lalá	17	Babu lalá	A côté du marché, cabane avec toit en tôle	3	1	1997	0	✗						
0004	Tienabu Ndjai	15	Touba Djalo	324 rue Haute	16	4	1998	0	✓						

Les données sur l'utilisation de contraceptifs peuvent être recueillies ici si elles sont intégrées à la programmation




Des numéros d'identification uniques pourraient être nécessaires ; ils peuvent être attribués en utilisant ce formulaire, en utilisant une inscription mobile, ou utilisez des codes existants.

Insérez toutes informations aidant le ASC à savoir où se trouve le domicile.

Dans le cadre du suivi, le ASC peut confirmer les naissances et les décès en mettant à jour ces données.

PARTIE 2: INTERAGIR AVEC LES FAMILLES

Session 4: Communication pour le changement de comportement

Plan de la session	Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2: Jeu de rôle: Connaissances versus action Activité 3: Consolider les informations: Connaissances versus pratique Activité 4: Obstacles et facteurs favorables au changement de comportement Activité 5: Obstacles aux pratiques de COC/ttC Activité 6: Obstacles les plus courants au changement de comportement Activité 7: Consolider les informations: Groupes de discussion	 Durée: 2h30
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none">• Expliquer pourquoi il est important d'acquérir des compétences de communication efficaces en vue de promouvoir le changement de comportement.• Comprendre que la simple communication d'informations ne suffit pas nécessairement à changer le comportement d'une personne• Comprendre le fossé pouvant exister entre les connaissances, les croyances et les actions (comportements)• Expliquer ce que signifie obstacle au changement de comportement et comprendre la nécessité de réagir de manière appropriée en fonction des obstacles spécifiques• Décrire de meilleures façons de communiquer avec les ménages afin que l'ASC ne se contente pas de présenter simplement des informations aux familles et s'arrête là.	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none">• Donner une information à une personne ou lui dire ce qu'elle doit faire ne suffit pas nécessairement pour que cette personne change de comportement.• Les informations ou les connaissances ne suffisent pas toujours à elles-seules à entraîner des changements de comportement ou des actions. Il existe souvent un fossé entre connaissances, croyances et actions. Se contenter de donner de nouvelles informations à une personne ne garantit pas que cette personne mettra l'action ou le comportement en pratique. Dans cette formation, les ASC apprendront de meilleures façons de communiquer avec les ménages. Les ASC ne se contenteront pas de présenter simplement les informations aux familles et de s'arrêter là.	
Préparation et matériel 	<i>Matériel</i> <ul style="list-style-type: none">• Tableau de conférence, feuilles et marqueurs• Bande adhésive pour marquer le sol pour l'activité "route".• Poupées comme accessoires pour les jeux de rôle et l'activité "route".• Pratiques 7-11 notées sur des post-it ou des cartes (avec les images ou des symboles tirés du manuel du ménage pour aider les participants analphabètes). <i>Préparation</i> <ul style="list-style-type: none">• Revoir les jeux de rôle et s'entraîner avec d'autres facilitateurs si nécessaire.	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est d'aider les ASC à comprendre ce qu'aider une autre personne à changer de comportement implique. Expliquez ou lisez les points suivants:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Expliquer pourquoi il est important d'acquérir des compétences de communication efficaces en vue de promouvoir le changement de comportement.
- Comprendre pourquoi la simple communication d'informations ne suffit pas nécessairement à changer le comportement d'une personne
- Comprendre et expliquer le fossé pouvant exister entre les connaissances, les croyances et les actions (comportement)
- Expliquer ce que signifie obstacle au changement de comportement et savoir comment réagir de manière appropriée en fonction des obstacles spécifiques.
- Décrire de meilleures façons de communiquer avec les ménages afin que le ASC ne se contente pas de présenter simplement des informations aux familles et s'arrête là.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Selon vous, comment devriez-vous parler aux familles lorsque vous leur rendez visite à domicile?

Écoutez et notez les réponses sur le tableau de conférence. Lorsque cela est pertinent, référez-vous à ces réponses pendant le reste de la session.



Activité 2: Jeu de rôle: Connaissances versus action

Pour cette activité, les facilitateurs doivent effectuer un jeu de rôle, nécessitant trois facilitateurs (ou participants s'il n'y a pas assez de facilitateurs) pour jouer les rôles. Deux personnes doivent jouer les rôles de la mère et du mari/de la grand-mère tandis que la troisième personne jouera celui de l'ASC. Le ASC donnera des conseils à la famille et dira à la mère ce qu'elle ne fait pas bien. Notez que le ASC peut faire preuve de *bonnes* compétences de communication - Ce n'est pas le problème joué dans le jeu de rôle. Le problème est que l'ASC se contente de *dire* simplement à la famille ce qu'elle doit faire. Des exemples à jouer pourraient inclure les suivants:

- Dire à la mère d'allaiter exclusivement le bébé. Lui dire qu'elle a tort de donner de l'eau au bébé.
- Dire à la mère de se laver les mains avant de cuisiner. Lui dire qu'elle a tort de passer directement des toilettes à la cuisine sans se laver les mains.
- Dire à la mère d'alimenter son enfant de un an avec de la bouillie de flocons d'avoine enrichie. La réprimander si elle ne donne que de la bouillie de maïs sans rien d'autre.

Effectuez le jeu de rôle, en utilisant un ou plusieurs des scénarios ci-dessus, ou un scénario de votre cru. **Faites un débriefing** du jeu de rôle avec les participants, en leur posant les questions suivantes:

- Vous est-il déjà arrivé qu'une personne vienne chez vous comme ça pour vous dire ce que vous deviez faire?
- Avez-vous cru ce que la personne vous a dit? L'avez-vous fait? Pourquoi ou pourquoi pas?

Continuez le jeu de rôle. L'ASC doit partir et la "mère" et la "grand-mère" doivent continuer à parler entre elles. Leur conversation indique clairement qu'elles ne vont **pas** faire ce que le ASC leur a demandé de faire ; elles vont totalement ignorer les recommandations. Il peut y avoir de nombreuses raisons pour ne pas suivre le conseil ; les participants au jeu de rôle peuvent choisir la raison de leur choix.

Faites un débriefing de la suite du jeu de rôle avec les participants, en posant les questions suivantes pour vous guider. Vous pourriez souhaiter leur demander de discuter de ces questions en petits groupes avant de les réunir de nouveau en plénière.

- Cela vous est-il déjà arrivé? Vous est-il déjà arrivé qu'une personne vous dise ce que vous deviez faire, mais vous ne l'avez pas fait pour une raison ou une autre? Que s'est-il passé? Pourquoi ne l'avez-vous pas fait?
- Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation où vous avez pensé qu'une recommandation était une bonne idée, *mais une personne de votre foyer n'était pas d'accord*? Expliquez.
- Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation où vous vouliez mettre en pratique une recommandation mais vous *n'aviez pas ce dont vous avez besoin* pour y parvenir? Expliquez.
- Avez-vous pensé que la mise en pratique de la recommandation était importante et que cela changerait votre vie? Pourquoi n'avez-vous pas suivi le conseil?

Message principal: Donner une information à une personne ou lui dire ce qu'elle doit faire ne suffit pas nécessairement pour changer son comportement. (Savoir quelque chose ne suffit pas toujours pour changer son comportement).



Activité 3: Consolider les informations: Connaissances versus pratique

Note: Pour cette activité, choisissez le scénario pour lequel les participants sont le plus susceptible d'être conscients de son importance, bien que bon nombre ne le mettent pas en pratique. Les ensembles de déclaration pour chacun des scénarios sont présentés ci-dessous, accompagnés des instructions à suivre.

Scénario 1: Moustiquaires

Déclarations de connaissances

1. Je ne sais pas ce qui cause le paludisme.
2. Je sais que les moustiques piquent entre le crépuscule et l'aube.
3. Je sais que dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est le meilleur moyen de prévenir le paludisme.

Déclarations de croyances

1. Je pense que le paludisme n'est pas une maladie grave.
2. Je pense qu'il est important de prévenir le paludisme, et que le paludisme peut être évité.
3. Je pense qu'il est de ma responsabilité de faire ce que je peux pour rester en bonne santé.

Déclarations d'actions

1. La semaine dernière, je n'ai pas dormi sous une moustiquaire de lit toutes les nuits.
2. La semaine dernière, j'ai parfois dormi sous une moustiquaire de lit.
3. La semaine dernière, j'ai dormi sous une moustiquaire de lit toutes les nuits.

Scénario 2: Faire bouillir de l'eau

Déclarations de connaissances

1. Je sais que la diarrhée est un problème pour les enfants de ma communauté.

2. J'ai entendu dire que boire de l'eau sale peut entraîner une diarrhée chez les enfants.
3. Je sais que faire bouillir de l'eau tue les microbes qui vivent dans l'eau sale, et rend l'eau plus sûre à la consommation.

Déclarations de croyances

1. Je pense que la diarrhée est mauvaise pour la santé des enfants.
2. Je pense que donner de l'eau potable sans risque nous protégera, moi et ma famille, de la diarrhée.
3. Je pense que faire bouillir de l'eau tuera les microbes qui sont responsables de la diarrhée.

Déclarations d'actions

1. La semaine dernière, je me suis procuré de l'eau auprès de n'importe quelle source qui était commode pour moi.
2. La semaine dernière, je n'ai bu que de l'eau que je pensais propre.
3. La semaine dernière, j'ai toujours fait bouillir l'eau avant de la boire.

Sélectionnez le scénario que vous utiliserez avec le groupe.

Demandez aux participants de fermer les yeux (afin de réduire la probabilité qu'ils se sentent "obligés" de répondre la même chose que leurs pairs). **Lisez** d'abord les "déclarations de connaissances" et demandez aux participants de lever la main lorsqu'ils sont d'accord avec les déclarations. Les facilitateurs doivent noter ou mémoriser le nombre maximal de réponses positives aux: 1, 2 ou 3. **Répétez** maintenant la même séquence pour les "déclarations de croyances" et les "déclarations d'actions".

Faites un débriefing de l'activité. Certains d'entre vous ont-ils eu de bons scores sur les connaissances et les croyances, mais n'accomplissent pas toujours les actions? Pourquoi? Laissez les participants expliquer les raisons de leurs réponses et de leurs comportements. Qu'est-ce qui les empêche de faire quelque chose même s'ils comprennent et sont convaincus des raisons de le faire?

Message principal: Les informations ou les connaissances ne suffisent pas toujours à elles-seules à entraîner des changements de comportement ou des actions. Il existe souvent un fossé entre connaissances, croyances et actions. Se contenter de donner simplement de nouvelles informations à une personne ne garantit pas que cette personne mettra *ou pourra* mettre l'action ou le comportement en pratique. Dans cette formation, les ASC apprendront de meilleures façons de communiquer. Les ASC ne se contenteront *pas* de présenter simplement les informations aux familles et de s'arrêter là.



Activité 4: Obstacles et facteurs favorables au changement de comportement

Pour cette activité, vous utiliserez l'exemple d'un voyage, ou d'une route. Vous devez le faire visuellement dans la classe, en marchant sur une partie du sol de la classe et en expliquant aux participants que vous vous imaginez marchant le long d'une route lors d'un voyage. Mettez du ruban adhésif sur les sols pour marquer les points où les "obstacles" sur la route se produisent. Donnez-leur une poupée à utiliser comme étant le "bébé". Sinon, dessinez une route sur une longue feuille du tableau de conférence, puis utilisez l'image d'une femme enceinte et d'une famille longeant la route. Le concept des types d'obstacles pourrait être introduit en dessinant des blocs sur la route.

Exemple 1: Un voyage - Demandez à un volontaire de venir se tenir au début de la "route". Expliquez que cette personne se met en route pour un voyage et veut atteindre sa destination. Demandez aux participants quel serait le type d'obstacles que la personne pourrait rencontrer sur son chemin. Des exemples pourraient être de l'eau (fleuves), des arbres déracinés, des montagnes, des rochers, des voitures renversées, etc. Pour chaque exemple, d'autres volontaires peuvent venir et jouer le rôle de l'obstacle, en s'allongeant sur la route, en formant une "montagne", et ainsi de suite.

Faites un débriefing de cet exemple afin de souligner que les obstacles peuvent souvent nous empêcher de faire ce que l'on veut, ou d'"atteindre notre destination".

Exemple 2: Allaitement - Répétez l'exercice avec l'exemple de l'allaitement exclusif pendant six mois. Une mère pratiquante l'allaitement maternel exclusif à son enfant pendant six mois est la "destination" ou le "but" voulu: c'est le comportement, ou le changement de comportement, que le ASC veut voir se produire.

Demandez à trois ou quatre volontaires de se tenir début de la route. Demandez au premier volontaire de marcher puis de s'arrêter. Le volontaire doit expliquer ce qui l'empêche d'allaiter son enfant, puis s'asseoir sur la route:

- Par ex. elle ne produit pas encore de lait.
- Bien qu'elle allaite, elle ne pense pas que son bébé soit rassasié.
- Elle n'a pas assez de temps pour allaiter l'enfant en raison de son travail ou d'autres raisons.

Faites un débriefing de cet exemple. Le point essentiel est *qu'il existe souvent des obstacles* qui peuvent empêcher de mettre en pratique les recommandations que les ASC feront, et qu'il est important que les ASC soient conscients de ce que peuvent être ces obstacles, afin d'y répondre de manière appropriée.

Exemple 3: Comprimés de fer/acide folique (FAF) - Répétez la démonstration avec trois nouveaux volontaires. Les raisons pourraient être les suivantes:

- Un dégoût des selles acides qui sont parfois un effet secondaire des comprimés.
- Une constipation (le volontaire peut jouer la constipation) ou le fait d'avoir des nausées si aucun aliment n'est consommé en même temps que le comprimé (le volontaire peut jouer la nausée et les vomissements).
- Oublier de prendre les comprimés ou ne pas pouvoir les trouver en pharmacie.

Faites un débriefing avec les ASC. Comment peuvent-ils répondre aux mères qui connaissent ces types de problèmes? Ils doivent donner des exemples de conseils qui pourraient aider une mère enceinte à prendre tous ses comprimés de FAF.

Exemple 4: Alimentation complémentaire d'un enfant de 6 mois - Répétez la démonstration, les obstacles pouvant inclure la non disponibilité des aliments nécessaires, par opposition aux croyances ou préférences et aversions.

Faites un débriefing de cet exemple. Le point essentiel ici est qu'il est important de comprendre que parfois une personne peut ne pas mettre en pratique une recommandation car elle ne dispose pas de ce dont elle a besoin pour ce faire. Les ASC devront régir différemment dans ces cas-là, par rapport à leur réaction face à un cas où l'obstacle concerne des croyances ou des préférences et aversions. Comment les ASC peuvent-ils réagir face à des mères qui parlent d'obstacles impliquant l'absence d'aliments ou d'autre matériel? Nous devons reconnaître que les ASC ne pourront pas trouver des solutions pour *tous* les obstacles différents que les familles peuvent rencontrer.

Répétez la démonstration autant de fois que voulu, afin de mettre en avant les obstacles au changement de comportement et de montrer les différents types d'obstacles pouvant exister.



Activité 5: Obstacles aux pratiques de COC/ttC

Tracez une ligne sur le tableau noir, ou en utilisant des feuilles du tableau de conférence sur le sol ou le mur ; à une extrémité de la ligne se trouve "toujours pratiqué" et à l'autre extrémité le comportement est "rarement/jamais pratiqué". Expliquez aux participants que nous réfléchirons à chacun des comportements de la COC/ttC destinés aux mères enceintes et nous les placerons le long de la ligne selon la fréquence à laquelle les femmes au sein de leur communauté ont tendance à réaliser la pratique.



Distribuez aux participants les pratiques 7-11, notées sur les post-it ou des cartes. Pour les stagiaires analphabètes, il pourrait être utile d'avoir des images et des symboles pour représenter les pratiques (par ex. tirés du Manuel du ménage). Demandez à chaque participant de tenir une carte et de venir placer la carte selon si la pratique est adoptée dans leurs communautés.

Pratiques de COC/ttC pour la grossesse

- Dépistage du VIH pendant la grossesse
- Passer un premier examen anténatal au début de la grossesse (avant 4 mois)
- Accouchement dans un centre de santé avec un accoucheur qualifié
- Le mari accompagne sa femme à l'examen anténatal
- Manger un repas de plus pendant la grossesse
- Bonne nutrition pendant la grossesse
- Se rendre aux centres de santé néonatale au moins quatre fois
- Prendre les comprimés de fer/acide folique tous les jours
- Se laver les mains au savon
- Rechercher des soins en temps voulu en cas de signes de danger
- Planification familiale/espacement des grossesses de 2 ans entre deux accouchements

Après avoir fait cela, sélectionnez un ou deux des comportements les moins pratiqués dans les communautés.

Demandez: Qu'est-ce qui rend la réalisation de cette pratique par les femmes et les familles difficile? Est-elle acceptable? Ont-ils des croyances négatives à ce sujet? Est-ce accessible pour eux ou coûteux? Oublient-ils de le faire?

Demandez: Qu'est-ce qui leur rendrait cette pratique plus facile à faire ?

Sélectionnez maintenant un des comportements les plus couramment pratiqués dans les communautés et posez les questions suivantes:

Qu'est-ce qui rendrait cette pratique plus facile à faire pour les femmes et les familles? Est-ce accepté par les familles, la culture? Est-ce facilement accessible, gratuit?



Activité 6: Les obstacles les plus courants

Pour les participants sachant lire et écrire, notez les différents types d'obstacles au changement de comportement sur le tableau de conférence pour les leur rappeler. Expliquez ce que chacun d'entre eux signifie et donnez des exemples pertinents de choses que les femmes *pourraient dire* qui indiquent que cela constitue un obstacle.

1. **Connaissances et compétences:** Je ne pense pas pouvoir le faire, je ne sais pas comment le faire (Je n'ai pas les connaissances ou les compétences)
2. **Influence de la famille/communauté** - D'autres personnes pensent que je ne devrais pas le faire (ma famille ou ma communauté n'approuvera pas). Cela va à l'encontre de ma culture.
3. **Accès** - Je ne peux pas m'y rendre, c'est trop cher ou même si j'y vais, le centre de santé n'en aura pas.
4. **Peur** - je pense que ça pourrait être dangereux de le faire, par ex. si j'accouche au centre de santé, ça sera plus dangereux, si je passe un test de dépistage du VIH, j'ai peur que mon mari ne me rejette/ne m'accuse.
5. **Croyances sur le comportement et les risques** - Si je fais X, cela ne sera pas efficace, ça ne m'arrivera pas à moi. Par ex. si mon enfant a la diarrhée, ce ne sera pas un problème sérieux.
6. **Rappels/signaux** - Les gens oublient de pratiquer le comportement sauf si on le leur rappelle, par ex. oublier de se laver les mains au savon sauf si on le leur rappelle, ou oublier de se rendre au centre de santé à la date prévue.

Quel obstacle?

Lisez les exemples ci-dessous et demandez au groupe quels obstacles sont identifiés dans ce cas. Si vous avez le temps, discutez d'exemples de choses qu'ils ont entendu dire par des gens dans leurs communautés.

Exemples de réponses	Obstacles
1. Il n'y a que les enfants qui vivent dans des maisons sales qui ont la diarrhée	Croyance/risque
2. C'est trop difficile de se laver les mains quand vous n'êtes pas à la maison.	Connaissances/compétences
3. Si je passe un test de dépistage du VIH, j'ai peur que mon mari me frappe.	Peur
4. Je veux aller au centre de santé anténatale mais j'oublie toujours quel jour ces services sont proposés au centre	Rappel/signal
5. Qui se préoccupe de savoir si mon enfant a la diarrhée? Tous les enfants de cet âge l'ont de temps à autres et ils vont tous bien.	Croyance/risque
6. Je n'ai pas le temps de me rendre au centre de santé pour les soins anténatals.	Connaissances/compétences et accès
7. Je ne sais pas quels aliments je dois consommer ou éviter quand je suis enceinte.	Connaissances/compétences
8. Ma famille ne sera pas d'accord si je veux manger des aliments différents/plus d'aliments quand je suis enceinte.	Influence de la famille
9. Si je vais dès le début au centre de santé anténatale, les gens sauront alors que je suis enceinte et cela pourrait nuire à mon bébé.	Culture/peur
10. Ma belle-mère n'approuvera pas si j'accouche au centre de santé	Influence de la famille
11. J'irai bien au centre de santé faire traiter mon problème de santé mais c'est trop loin et le transport coûte trop cher.	Accès
12. Même si je me rendais au centre de santé, je ne peux pas payer les médicaments.	Accès

Surmonter les obstacles

Demandez aux membres du groupe ce qu'ils pourraient faire pour aider les femmes à surmonter certains des obstacles.

- Rassurer
- Mettre en contact avec les services/Orienter vers le centre de santé
- Conseiller la famille
- Faire une démonstration/enseigner
- Fournir des rappels
- La mettre en contact avec des gens qui peuvent apporter une aide supplémentaire.

Dites au groupe que pour chaque visite, nous pouvons mettre en avant les obstacles courants, et identifier le type de choses que nous pourrions faire pour aider les mères à surmonter ces obstacles.



Activité 7: Consolider les informations: Groupes de discussion




Travailler par groupes de deux: Les participants doivent "discuter" pendant quelques minutes avec leur partenaire, en donnant un ou deux exemples tirés de leur propre vie de quelque chose qu'ils savent qu'ils devraient faire mais qu'ils ne font pas pour une raison ou une autre. Ils doivent expliquer les raisons, ou les obstacles, qui les empêchent de faire quelque chose qu'ils savent être bon pour eux. Une fois que les paires ont discuté pendant quelques minutes, **demandez** à un ou deux volontaires de faire part de leurs exemples en plénière.



Résumez les principaux points de la session

- Changer le comportement d'une personne (le sien ou celui d'autrui) est un cheminement. Le changement ne se produit généralement pas d'un seul coup.
- Disposer des connaissances ou des informations sur un comportement ou une pratique est nécessaire mais n'est pas toujours suffisant pour changer de comportement. Parfois, nous **savons** que nous devrions faire quelque chose, mais nous ne le faisons pas, pour diverses raisons.
- Cela signifie que les ASC ne peuvent se contenter de se rendre au domicile des familles, présenter de nouvelles informations et partir. Cela ne suffit pas. Il est peu probable que les familles suivent les recommandations du ASC si ce dernier se borne à ne faire que cela.
- Bien que des personnes puissent disposer de connaissances et d'informations exactes, il existe souvent des **obstacles** les empêchant de mettre en pratique un comportement recommandé. Il existe de nombreux types d'obstacles, dont les croyances erronées, les préférences et aversions, l'influence d'autres personnes ou l'absence de matériel. La façon dont un ASC réagira dépendra du type d'obstacle.
- Les ASC doivent apprendre des façons efficaces de communiquer avec les familles, dépassant la simple présentation d'informations. Les ASC doivent savoir comment écouter les préoccupations et les obstacles du ménage, et comment y répondre de manière appropriée.
- La Session 5 couvrira un certain nombre de compétences de communication qui aideront le ASC en la matière, la Session 6 abordera la façon de gérer des circonstances difficiles et la Session 7 couvrira le processus de counseling à domicile utilisé dans ce programme.

Session 5: Compétences de communication

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Compétences de communication</p> <p>Activité 3: Jeu de rôle sur les compétences de communication</p> <p>Résumer les principaux points de la session</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, vous:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saurez comment parler aux familles des problèmes de santé affectant les femmes enceintes, allaitantes et les enfants • Identifierez les compétences de communication qui vous aideront à conseiller efficacement les familles • Commencerez à acquérir les compétences de communication ainsi que des manières de parler aux familles qui contribueront à augmenter les chances que les membres de la famille adoptent les comportements. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est très important de nouer de bonnes relations avec la famille au cours de la visite à domicile. Il faut pour cela être amical et respectueux, en parlant d'une voix respectueuse favorisant une communication bidirectionnelle, et en utilisant un "langage corporel" approprié. • Il existe de nombreuses techniques pour poser des questions et écouter. Il s'agit notamment de: <ul style="list-style-type: none"> ○ poser des questions ouvertes ○ utiliser le langage corporel pour montrer que vous êtes à l'écoute ○ répéter ce que la mère ou un autre membre du foyer a dit ○ faire preuve d'empathie, afin de montrer que vous comprenez ce que ressent la personne ○ éviter d'employer des termes qui semblent porteurs de jugement • De nombreuses compétences sont également nécessaires pour fournir des informations, vérifier la compréhension et résoudre les problèmes. Il s'agit notamment de: <ul style="list-style-type: none"> ○ accepter ou reconnaître ce que pense et ressent le membre du foyer ○ donner les informations pertinentes ○ utiliser un langage simple 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livres d'histoires (documentation de travail de l'ASC) <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facilitateurs peuvent vouloir s'entraîner aux jeux de rôle à l'avance. 	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est de leur présenter les compétences de communication qui les aideront à conseiller efficacement les familles, et de s'entraîner à mettre en pratique quelques-unes de ces compétences.

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Savoir comment parler aux familles des problèmes de santé affectant les femmes enceintes, allaitants et les enfants
- Identifier les compétences de communication qui les aideront à conseiller efficacement les familles
- Commencer à acquérir les compétences de communication ainsi que des manières de parler aux familles qui contribueront à augmenter les chances que les membres de la famille adoptent les comportements.



Activité 1: Déterminer ce que les ASC savent déjà

Demandez: *Quelles sont les bonnes compétences pour une communication efficace? Comment devraient-ils se comporter lorsqu'ils rendent visite aux familles? Peuvent-ils donner des exemples de mauvaise communication? Notez leurs réponses sur le tableau de conférence.*



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Compétences de communication

Expliquez qu'il existe de nombreuses manières de favoriser une communication efficace. **Notez** la liste suivante sur le tableau de conférence, en la comparant à la liste que les ASC auront eux-mêmes élaborée lors de l'étape précédente. Nous examinerons ces compétences l'une après l'autre. Vous pouvez **ajouter** d'autres compétences à la liste si vous le souhaitez.

COMPETENCES DE COMMUNICATION

1. Communication bidirectionnelle
2. Faire preuve de respect
3. Langage corporel approprié
4. Poser des questions
5. Écouter
6. Féliciter
7. Répondre de manière appropriée
8. Vérifier la compréhension

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 1: Communication bidirectionnelle



Activité 3: Compétences de communication (jeu de rôle)

Demandez à des volontaires de réaliser deux jeux de rôle:

1. Le ASC entre dans le foyer et dit aux membres de la famille ce qu'ils doivent faire, mais n'autorise aucun dialogue, ni question ou expression d'une préoccupation. Le ASC parle à la mère et liste tous les aliments que la mère doit donner à son enfant âgé de six mois, mais ne demande pas à la mère les aliments dont elle dispose. La mère accepte tout mais ne pose pas de question. Après avoir dit à la famille ce qu'elle doit faire, le ASC s'en va.
2. Le deuxième ASC doit démontrer un counselling efficace en entamant un dialogue bidirectionnel avec la famille. Les membres de la famille sont autorisés à poser des questions, à exprimer leurs préoccupations et à donner leurs avis. Le ASC répond avec respect et de manière appropriée. Dans ce cas, la mère dit au ASC

qu'elle ne dispose pas de tous les aliments que l'ASC a listés. L'ASC aide la mère à trouver des moyens alternatifs de résoudre ce problème.

COMMUNICATION BIDIRECTIONNELLE

L'une des tâches les plus importantes que vous effectuerez est de rendre visite aux familles à leur domicile. Pour le faire correctement, vous aurez besoin de nouer de bonnes relations avec les membres de la famille, les écouter, leur donner les informations pertinentes et les aider à prendre leurs propres décisions. **Le counselling** est une manière de travailler avec des gens dans le cadre de laquelle vous **vous efforcez de comprendre ce qu'ils ressentent et les aidez à décider de ce qu'il faut faire**. Le counselling est **une communication bidirectionnelle** entre le ASC et la famille. **Le counselling ne consiste PAS à simplement donner des informations ou transmettre des messages.** .

Si vous parlez à quelqu'un, et que cette personne vous dit ce que vous devez faire sans vous demander ce que vous en pensez, ni écouter ce que vous dites, vous n'aurez généralement pas envie de parler à cette personne. Cela parce qu'elle ne montre aucun respect et ne tient pas compte de votre avis.

Expliquez que nous avons tous connu des moments où des personnes (agents de santé ou autres) n'avaient pas employé de bonnes compétences de communication bidirectionnelle. Demandez aux participants de discuter par groupes de deux, de partager des expériences au cours desquelles cela leur est arrivé, puis demandez à l'un des deux volontaires de faire part de leurs exemples en plénière.

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 2: Faire preuve de respect

Expliquez: Il est très important que les membres du foyer sentent que l'ASC les respecte. S'ils ne se sentent pas respectés, il sera plus difficile pour les membres du foyer d'écouter ouvertement ce que l'ASC dira.

Demandez aux participants comment on montre son respect *dans leur culture*. Pour chaque façon d'afficher son respect, demandez à un ou deux volontaires de montrer le comportement devant la classe. Par exemple, dans certaines cultures, tenir le bras droit d'un individu avec sa main gauche lorsqu'on lui tend quelque chose de la main droite est un signe de respect. Un volontaire peut venir devant la classe pour montrer ce geste.

Demandez aux participants s'ils ont vécu des expériences au cours desquelles ils ont senti qu'une personne en position de pouvoir ne les traitait pas avec respect, et de faire part de leurs expériences à la personne assise à côté d'eux.

Enfin, **demandez** aux participants de discuter des façons dont un membre d'un foyer peut ne pas se sentir respecté. Que pouvons-nous faire pour éviter une situation dans laquelle un membre du foyer sent que le ASC lui manque de respect?

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 3: Langage corporel approprié

Expliquez: Nous communiquons non seulement par les mots, mais aussi par nos expressions et mouvements (notre "langage corporel"). Il est tout aussi important d'être conscient du respect que nous affichons par le biais du langage corporel que par le biais de nos paroles.

Demandez aux participants de discuter du langage corporel qu'ils pourraient adopter pendant les visites à domicile en utilisant la liste ci-dessous, et en incluant également des exemples locaux si nécessaire.

LANGAGE CORPOREL

- Sourire ou ne pas sourire
- Croiser les bras et les jambes
- Choisir où l'on s'assied
- Choisir à quel niveau on s'assied (au même niveau que les membres de la famille, plus haut ou plus bas)
- Établir un contact visuel
- Gestes des mains
- Interactions hommes/femmes.

Exercice rapide: Demandez à deux ou trois volontaires d'effectuer un jeu de rôle où un ASC affiche un manque de respect par le biais de son langage corporel. Puis demandez à d'autres volontaires d'effectuer un jeu de rôle dans lequel les membres du foyer ne se sentent pas respectés et sont mal à l'aise à cause du langage corporel de l'ASC.

Note: Si possible, essayez cela dans une langue que les autres participants ne parlent pas, afin de les aider à se concentrer sur le langage corporel et non sur ce qui est dit.

Exercice rapide: Sourire - Faites un exercice rapide avec les participants en leur demandant de montrer plusieurs types de sourires, avec un partenaire, et dans l'ensemble du groupe. Les possibilités sont les suivantes:

Large sourire	ou	Petit sourire
Sourire hypocrite	ou	Sourire sincèrement chaleureux
Sourire poli	ou	Sourire en colère

 **Demandez:** Est-il important de sourire quand on rend visite aux membres du foyer? Pourquoi ou pourquoi pas?

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 4: Poser des questions

Expliquez: Il est important de poser des questions afin de se renseigner sur la situation de la famille. Et ce parce que le ASC devra fonder son conseil sur ce que la famille sait déjà et fait actuellement.

A. Questions fermées et questions ouvertes

Expliquez qu'il est important de poser des questions de manière à ce que l'ASC puisse tirer des enseignements de la réponse, et ce sans influencer la réponse.

 **Demandez aux participants** d'expliquer la différence entre les deux questions suivantes (lisez les questions à voix haute). Discutez des réponses.

QUESTIONS FERMEES ET QUESTIONS OUVERTES

- *Ne donnez-vous que du lait maternel à votre bébé?*
- *Pouvez-vous me dire comment vous alimentez votre bébé?*

On peut répondre à la première question par "oui" ou par "non". Ces questions sont appelées questions **fermées**. La réponse à la seconde question est une description plus longue. Des questions comme celles-ci sont utiles quand vous voulez comprendre une situation ou en apprendre davantage sur un sujet. Il s'agit de questions **ouvertes**..

Les questions fermées - sont utiles pour obtenir des informations spécifiques, pour savoir par exemple si la mère a déjà des enfants, et que la réponse est simplement **oui** ou **non**.

Les questions ouvertes -sont préférables pour étudier la situation de la famille quant à ce que ses membres savent et font déjà. Vous pouvez alors vous appuyer sur ces informations lors du counselling, au lieu de leur parler comme si ils ne savaient rien.

Exercice rapide: Déplacez vous dans la salle et **demandez** à chaque personne de formuler une question ouverte. S'il existe un doute pour déterminer s'il s'agit d'une question ouverte ou fermée, discutez-en avec le groupe afin de renforcer l'apprentissage.

Note: *Vous devrez peut-être donner des exemples de questions fermées et ouvertes pour vous assurer que les ASC ont bien compris, avant de leur demander de trouver leurs propres exemples.*

B. Questions porteuses de jugement et ne portant pas de jugement

Expliquez: Il est important de poser des questions de manière à ne pas porter de jugement, mais à soutenir. Donnez les exemples ci-dessous et **demandez** aux participants quelles sont les questions qui soutiennent le plus et qui portent le moins de jugement.

QUESTIONS PORTEUSES DE JUGEMENT ET NE PORTANT PAS DE JUGEMENT

Porteuse de jugement: *Pourquoi n'êtes-vous pas venu au centre de soins prénatals dès que vous avez su que vous étiez enceinte?*

Ne portant pas de jugement: *C'est bien d'être venu au centre de soins anténatals maintenant. Y'a-t-il une raison au fait que vous n'avez pas pu venir avant?*

Porteuse de jugement: *Pourquoi n'allaites-vous pas votre bébé?*

Ne portant pas de jugement: *Il semblerait que vous rencontriez des difficultés à allaiter. Pouvez-vous m'expliquer ce qui se passe?*

Exercice rapide: Demandez à chaque participant d'essayer de poser une question porteuse de jugement. La personne assise à coté de vous devra alors reformuler la question afin qu'elle ne porte pas de jugement. Faites le tour de la salle jusqu'à ce que tout le monde ait eu l'occasion de poser une question et de la reformuler.

Note: *Vous devriez dire aux participants que quand ils passent d'une question porteuse de jugement à une question qui ne porte pas de jugement, il est interdit de commencer la question par "Pourquoi avez-vous..." ou "Pourquoi n'avez-vous pas..." !*

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 5: Écouter

A. Communiquer l'écoute par le biais du langage corporel

Les gens se sentent respectés s'ils se sentent écoutés. Il existe de nombreuses façons de montrer que vous êtes à l'écoute, même sans dire un mot, au moyen du "langage corporel".



Travailler par groupes de deux: Une personne doit parler de ce qu'elle a fait la veille, tandis que l'autre écoute. La personne qui écoute doit **montrer** qu'elle écoute, grâce à son langage corporel. Puis les membres de la paire changent de rôle. Une fois terminé, discutez ensemble des manières utilisées pour montrer qu'ils étaient à l'écoute l'un de l'autre. Continuez par une réflexion en plénière. **Notez** ces points sur le tableau de conférence.

COMMENT MONTRER QUE VOUS ETES A L'ECOUTE GRACE AU LANGAGE CORPOREL

- Asseyez-vous en face de la personne que vous écoutez.
- Penchez-vous légèrement vers la personne pour lui montrer que vous vous intéressez à ce qu'elle dit.
- Établissez un contact visuel tel qu'approprié.
- Ayez l'air détendu et ouvert. Montrez que vous êtes à l'aise avec la personne. Ne croisez pas les bras.
- Ne vous précipitez-pas et n'agissez pas comme si vous étiez pressé.
- Utilisez des gestes, en hochant la tête et en souriant ou en disant "mmm" ou "ha" par exemple.

Puis demandez à deux volontaires de venir devant la classe pour faire la démonstration de ces compétences. Puis demandez à deux volontaires de venir devant la classe pour faire la démonstration d'une **mauvaise** écoute !

B. Communiquer l'écoute grâce aux réponses

Expliquez: Ils peuvent **aussi** montrer qu'ils écoutent en **répondant** à ce que le membre de la famille dit.

COMMENT MONTRER QUE VOUS ETES A L'ECOUTE GRACE A VOS REPONSES

A. Refléter

Quand une personne décrit comment elle se sent (inquiète, heureuse, etc.), faites-lui savoir que vous l'avez entendue en **répétant ce qu'elle a dit**. On appelle cela **réfléter** et cela permet de montrer que vous êtes à l'écoute. Deux exemples sont présentés ci-dessous:

Mère: Je suis inquiète pour mon bébé.

ASC: Vous dites donc que vous êtes inquiète.

Mère: Mon bébé a beaucoup pleuré la nuit dernière.

ASC: Il a beaucoup pleuré?



Travailler par groupes de deux: Une personne doit parler de quelque chose qui l'inquiète ou qui la rend triste, et son partenaire doit s'entraîner à **réfléter** son propos. Vous pouvez d'abord montrer un exemple.

COMMENT MONTRER QUE VOUS ETES A L'ECOUTE GRACE A VOS REPONSES

B. Empathie

Faire preuve d'empathie consiste à se mettre à la place de quelqu'un et à comprendre ce qu'il ressent dans une situation donnée. Cela favorise la confiance. Deux exemples sont présentés ci-dessous:

Mère: Je suis tout le temps fatiguée maintenant.

ASC: Vous vous sentez fatiguée, cela doit être difficile pour vous.

Mère: Mon bébé tète bien et je suis contente.

ASC: Vous devez être heureuse que l'allaitement se passe si bien.

Travailler par groupes de deux: Entraînez-vous à parler et répondre avec **empathie**. Les participants peuvent noter leurs exemples et en rendre compte au groupe. Faites une démonstration pour commencer.

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 6: Féliciter

Exercice rapide: Jeu de rôle en ayant recours à des facilitateurs ou des volontaires, sélectionnez trois acteurs: une mère, un père et un enfant. Les parents vont rendre visite à de la famille, et demande à l'enfant de nettoyer la maison pendant leur absence. L'enfant nettoie la maison et fait du bon travail, mais oublie de laver un verre. Quand les parents reviennent, la mère gronde l'enfant parce qu'il n'a pas lavé un verre. Le père, de son côté, félicite l'enfant pour tout le bon travail qu'il/elle a *fait*. Demandez au ASC quelle est la meilleure approche et discutez-en. **Expliquez** l'importance de féliciter les membres du foyer pour ce qu'ils font bien. **Examinez** les informations ci-dessous:

FELICITEZ LORSQUE CELA EST APPROPRIE

Il est important de féliciter la mère et la famille s'ils font bien quelque chose ou s'ils ont bien compris. Féliciter la famille permettra de renforcer sa confiance à persévérer dans le comportement et à adopter d'autres bons comportements.

Vous pouvez toujours trouver un objet de félicitation. Vous pouvez féliciter tout au long du processus de counselling lorsque cela est approprié. En voici un exemple:

Mère: J'ai envoyé mon mari vous chercher car mon bébé semble souffrant.

ASC: C'est bien que vous m'ayez appelé si rapidement parce que vous étiez inquiète pour le bébé.

Exercice rapide: Demandez à chaque participant de donner un exemple de la manière dont il pourrait féliciter un membre du foyer pendant une visite à domicile. Accordez quelques minutes aux participants pour qu'ils puissent penser à un exemple, avant de faire le tour de la salle. Quelques exemples sont présentés ci-dessous:

- Je vois que vous allaitez votre bébé, c'est très bien.
- Votre cour est si propre.
- Je vois que vous avez recouvert votre eau potable, c'est très bien.



Travailler par groupes de deux: Chaque membre des paires doit féliciter l'autre personne pour une chose positive qu'il a observée ou qu'il sait de cette personne. Les exemples pourraient être les suivants:

- Tu sembles apprendre si vite dans ce cours.

- J'ai remarqué que tu te lavais les mains avant de déjeuner. C'est très bien.
- Tes enfants sont magnifiques.

Vous pouvez conclure cette partie en soulignant que les ASC doivent s'efforcer d'observer le foyer quand ils lui rendent visite afin de remarquer les raisons de féliciter la famille.

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 7: Répondre de manière appropriée

Expliquez qu'au cours des visites à domicile, ils utiliseront toutes les compétences de communication susmentionnées. Il est particulièrement important de répondre de manière appropriée pour renforcer la confiance des membres du foyer en l'adoption des nouveaux comportements. **Examinez** les manières de répondre aux membres du foyer suivantes:

1. Accepter ce que dit et ressent la mère ou un autre membre de la famille

Ne montrez pas immédiatement votre désaccord s'ils énoncent une idée fautive, car ils pourraient alors se sentir incompetents ou offusqués et pourraient décider en conséquence de ne plus vous parler de leurs préoccupations. Il est cependant important de ne pas être d'accord si vous pensez que l'idée est incorrecte. Donnez une réponse qui indique à la personne que vous acceptez (reconnaissez) sa préoccupation.

Expliquez que vous montrerez une brève interaction entre un ASC et une mère. **Expliquez** que la mère exprimera une inquiétude et que le ASC y répondra. **Demandez** aux participants de déterminer laquelle des réponses suivantes est appropriée et est susceptible de renforcer la confiance de la mère? **Faites une démonstration** des réponses avec un facilitateur ou un volontaire jouant le rôle de la mère.

PREMIERE INTERACTION:

Mère: Mon lait est trop liquide et trop léger, je dois donc donner des biberons.

ASC: Oh, non ! Le lait n'est jamais trop léger ou trop liquide..

Demandez: Cette réponse est-elle appropriée? Renforcera-t-elle la confiance de la mère?

Réponse: Non, elle ne renforcera pas la confiance de la mère.

DEUXIEME INTERACTION:

Mère: Mon lait est trop liquide et trop léger, je dois donc donner des biberons.

ASC: Oui, le lait trop léger peut être un problème.

Demandez: Cette réponse est-elle appropriée?

Réponse: Non, la réponse est inappropriée, car l'ASC est d'accord avec une perception incorrecte.

TROISIEME INTERACTION:

Mère: Mon lait est trop liquide et trop léger, je dois donc donner des biberons.

ASC: Je vois, vous êtes inquiète au sujet de votre lait.

Demandez: Cette réponse est-elle appropriée?

Réponse: L'ASC accepte l'inquiétude de la mère sans exprimer son désaccord ou son accord ; la réponse est donc appropriée car elle est susceptible de renforcer la confiance de la mère.

2. Félicitez la mère pour ce qu'elle fait correctement.

Par exemple, l'ASC pourrait ajouter:

Mère: Mon lait est trop liquide et trop léger, je dois donc donner des biberons.

ASC: Je vois, vous êtes inquiète au sujet de votre lait.

Mère: Oui, dois-je donner le biberon à mon bébé?

ASC: C'est bien de vous renseigner avant de décider ...

3. Donner les informations pertinentes de manière positive afin de corriger l'idée erronée ou d'appuyer une bonne idée.

Par exemple, le ASC pourrait ajouter:

Mère: Mon lait est trop liquide et trop léger, je dois donc donner des biberons.

ASC: Je vois, vous êtes inquiète au sujet de votre lait.

Mère: Oui, dois-je donner le biberon à mon bébé?

ASC: C'est bien de vous renseigner avant de décider. Le lait de la mère est le meilleur aliment pour le bébé car il contient tous les nutriments nécessaires, même s'il semble trop liquide. De plus, il protège le bébé contre les maladies. Une autre considération importante est que le "lait du début de la tétée" et le "lait de la fin de la tétée" ont des qualités différentes. Le premier flux de lait est effectivement plus liquide alors que le lait sortant à la fin de la tétée est plus épais.

ASC: Le lait de la mère est essentiel pour le bébé, il peut tomber malade si vous lui donnez le biberon.

Exercice: Jeux de rôle en petits groupes

En travaillant en groupes de trois ou quatre, demandez-leur de s'entraîner à renforcer la confiance de la mère tout en donnant les bonnes informations en utilisant les cas ci-dessous. Les participants doivent à tour de rôle jouer la mère, le ASC et l'observateur. De cette façon, les trois situations seront toutes abordées et tous les participants auront joué le rôle du ASC une fois. **Observez** chaque groupe et **aidez** si nécessaire.

- **Cas 1:** La mère n'a pas allaité le bébé, elle pense que ses seins sont vides et que le bébé n'en tirera pas de lait.
- **Cas 2:** La mère n'a pas allaité le bébé car elle pense que le premier flux de son lait est sale et qu'il pourrait nuire au bébé.
- **Cas 3:** La mère n'allait pas son bébé car le bébé pleure même après une tétée, elle pense donc que son bébé n'a pas assez à manger.

Résumé: Répondre de manière appropriée

Passez en revue les informations ci-dessous avec les ASC et **répondez** à toute question qu'ils pourraient poser.

REPONDRE DE MANIERE APPROPRIEE

1. Accepter ce que pense et ressent la mère (ou un autre membre de la famille) sans exprimer votre accord ou désaccord

Mère: Mon lait est trop liquide et trop léger, je dois donc donner des biberons.

ASC: Je vois, vous êtes inquiète au sujet de votre lait.

2. Félicitez la mère (ou un autre membre de la famille) pour ce qu'elle fait bien.

Mère: Oui, dois-je donner le biberon à mon bébé?

ASC: C'est bien de vous renseigner avant de décider ...

3. Donnez les informations pertinentes afin de corriger l'idée erronée ou d'appuyer une bonne idée.

ASC: Le lait de la mère est le meilleur aliment pour le bébé car il contient tous les nutriments nécessaires, même s'il semble trop liquide. De plus, il protège le bébé contre les maladies.

COMPÉTENCE DE COMMUNICATION 8: Vérifier la compréhension

Expliquez qu'un bon conseiller à domicile doit également veiller à ce que les membres de la famille comprennent toute nouvelle information que le ASC leur fournit.

Demandez aux ASC de penser à des moyens de s'assurer que les familles comprennent ce qui leur a été dit. Notez leurs réponses sur le tableau de conférence. Des exemples pourraient être les suivants:

VERIFIER LA COMPREHENSION




- Poser des questions afin de s'assurer de la compréhension.
- Demander aux membres du foyer de répéter ce qu'ils ont entendu.
- Demander aux membres du foyer de montrer ce qu'ils ont appris.



Résumez les principaux points de la session

- Il est très important de nouer de bonnes relations avec la famille au cours de la visite à domicile. Il faut pour cela être amical et respectueux, en parlant d'une voix respectueuse favorisant une communication bidirectionnelle, et en utilisant un "langage corporel" approprié.
- Il existe de nombreuses techniques pour poser des questions et écouter. Il s'agit notamment de: poser des questions ouvertes, utiliser le langage corporel pour montrer que vous êtes à l'écoute, répéter ce que la mère ou un autre membre du ménage a dit, faire preuve d'empathie, afin de montrer que vous comprenez ce que ressent la personne, éviter d'employer des termes qui semblent porteurs de jugement.
- De nombreuses compétences sont également nécessaires pour fournir des informations, vérifier la compréhension et résoudre les problèmes. Il s'agit notamment de: accepter ou reconnaître ce que pense et ressent le membre du foyer, donner les informations pertinentes, utiliser un langage simple, féliciter lorsque cela est approprié.
- Le processus de counselling consiste à poser des questions et à écouter afin de comprendre la situation de la famille, à fournir des informations pertinentes fondées sur la situation, à vérifier la compréhension de la famille, à discuter de ce que les membres de la famille ont prévu de faire et à essayer de résoudre tout problème qui selon eux pourrait faire obstacle à l'adoption de nouveaux comportements.

Session 6: Compétences en Premiers secours psychologiques, et bien-être et soutien de la mère

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2: Discussion pour identifier les signes de détresse Activité 3: Introduction aux principes d'action des PSP Activité 4: Travail de groupes : Stratégies d'adaptation positives et négatives Activité 5: Jeu de rôle Activité 6: Démonstration des techniques de relaxation</p>	 Durée: 1h40
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le lien entre les problèmes de santé mentale maternelle et les mauvais résultats de santé néonatale/infantile • Reconnaître au moins trois signes indiquant qu'une mère pourraient souffrir de problèmes de santé mentale maternelle ou psychosociaux • Répondre aux mères présentant des signes de détresse émotionnelle en utilisant les principes d'action des Premiers secours psychologiques (PSP) • Décrire les stratégies d'adaptation positives et négatives en matière de santé mentale et de bien-être • Enseigner aux mères des techniques simples de relaxation et de réduction du stress. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes de santé mentale et psychosociaux sont courants, en particulier chez les femmes qui ont récemment accouché. • Les problèmes de santé mentale maternelle et psychosociaux sont associés au retard de croissance chez l'enfant, à l'interruption précoce de l'allaitement, à un lien et un attachement fragiles et à d'éventuels retards de développement du nourrisson/de l'enfant. • Une mère souffrant de problèmes de santé mentale maternelle et qui manque de soutien psychosocial peut se sentir trop déprimée ou anxieuse pour interagir avec son enfant, ce qui en retour peut entraîner l'enfant à devenir moins interactif ; les entraînant dans un cercle vicieux qui réduit l'interaction mère/enfant au fil du temps. • Les signes de mauvaise santé mentale maternelle et de problèmes psychosociaux peuvent se manifester de diverses manières, telles que des problèmes de sommeil, une perte ou un gain de poids, de la tristesse et des pleurs, l'anxiété, etc. • Surveiller les besoins de sécurité de la mère et de l'enfant, écouter ses préoccupations et difficultés et la mettre en contact avec des soutiens supplémentaires sont les principes d'action des Premiers secours psychologiques (PSP), pouvant être utilisés pour aider les mères en détresse. • Les mères souffrant de ces problèmes doivent être bien soutenues grâce aux principes d'action des PSP, à un soutien à domicile supplémentaire, et à l'adoption de stratégies d'adaptation positives (plutôt que négatives) et de techniques de réduction du stress. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Document: Principes d'action des Premiers secours psychologiques (PSP) - de préférence traduit en langue locale. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre le lien entre les problèmes de santé mentale maternelle et les mauvais résultats de santé néonatale/infantile
- Reconnaître au moins trois signes indiquant qu'une mère pourraient souffrir de problèmes de santé mentale maternelle ou psychosociaux
- Répondre aux mères présentant des signes de détresse émotionnelle en utilisant les principes d'action des Premiers secours psychologiques (PSP)
- Enseigner aux mères des techniques simples de relaxation et de réduction du stress
- Décrire les stratégies d'adaptation positives et négatives en matière de santé mentale et de bien-être.

Expliquez: Avant de commencer cette session, il est important d'informer tous les participants que le fait de parler de ces sujets pourrait raviver des expériences personnelles pouvant être pénibles. Cela doit être d'abord mentionné, puis les participants doivent être informés qu'ils peuvent sortir de la salle à tout moment, qu'ils ne sont pas tenus de faire part d'informations personnelles, et donnez-leur l'opportunité de discuter, en privé, de toute question qu'ils pourraient vouloir aborder.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Expliquez: Des problèmes de santé mentale maternelle et psychosociaux peuvent se manifester chez des femmes, entraînant des expériences telles qu'une dépression ou une anxiété sévère, et une difficulté à gérer les tâches ménagères habituelles ou à prendre soin de leurs enfants..

Demandez: D'après eux, quelles difficultés émotionnelles et sociales et quelles anxiétés (inquiétudes) les femmes dans leurs communautés peuvent-elles rencontrer? Ces problèmes sont-ils répandus?

Pourquoi la grossesse et/ou l'accouchement pourrait être un moment où les femmes peuvent souffrir de problèmes de santé mentale et psychosociaux?

Quel est le comportement des mères qui souffrent de ces types de problèmes? Comment pouvez-vous savoir si une femme souffre de ces difficultés??

Quels pourraient être les risques pour leurs nourrissons et enfants?

Pensez-vous qu'il soit facile pour les femmes de parler de ces difficultés avec leurs familles, amis et autres membres de la communauté et d'obtenir le soutien dont elles ont besoin? Quelle est, selon vous, l'influence des personnes au sein de leur communauté et des opinions qu'elles ont?

Expliquez que les problèmes de santé mentale sont plus courants qu'on ne le pense, en citant les faits suivants pour mettre en avant à quel point ils sont répandus:

- Une personne sur quatre souffrira d'une maladie mentale à un moment de sa vie²⁵;
- Les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas "folles" ; elles ont simplement souvent du mal à gérer leurs problèmes quotidiens.
- Les femmes sont deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les hommes, le risque étant significativement plus élevé après un accouchement¹².
- Nous savons que les mères souffrant de dépression peuvent souvent avoir du mal à prendre soin de leurs nourrissons et enfants et à répondre à leurs besoins.

RESUMEZ LA DISCUSSION ET SOULIGNEZ QUE:

- Avoir des problèmes de santé mentale maternelle et psychosociaux ne signifie pas que la personne est "folle" ou nécessite des soins psychiatriques. Souvent, elle a juste besoin d'un soutien supplémentaire sur le plan pratique et émotionnel.
- Les études indiquent que les problèmes de santé mentale maternelle et psychosociaux sont associés au retard de croissance, à l'interruption précoce de l'allaitement, à un faible lien entre le mère et le bébé et à des retards de développement du nourrisson/de l'enfant. Il est donc important que nous surveillions le bien-être en termes de santé mentale et psychosocial des mères.
- Expliquez comment une mère souffrant de problèmes de santé mentale maternelle et psychosociaux se trouve souvent confrontée à un cycle dans lequel elle se sent trop déprimée ou anxieuse pour tisser un lien, parler et jouer avec son enfant, l'enfant devenant alors léthargique et apathique et ne recherchant plus son attention, tandis que la mère peut réduire encore davantage l'attention qu'elle accorde à l'enfant - le cycle continue.



Activité 2: Discussion pour identifier les signes de détresse

Expliquez que les mères ayant des problèmes de santé mentale/psychosociaux sont susceptibles de manifester des signes de détresse.

Demandez: Qu'ont-ils observé pouvant être d'éventuels signes de détresse? Assurez-vous que le groupe a abordé les signes de détresse les plus courants suivants:

• Se sentir toujours fatiguée	• Pleurer sans raison apparente
• Dormir trop	• Ne pas dormir assez (au-delà de ce qui est normal pour des mères)
• Perte d'appétit ou augmentation de l'appétit	• Sentiments de tristesse
• Des sentiments d'anxiété ou de nervosité qui deviennent sérieux ou problématiques (un certain degré d'anxiété est normal chez toutes les femmes)	• Se tenir à l'écart des gens/se sentir seule
• Négliger les besoins de l'enfant	• Manque d'intérêt à interagir avec l'enfant

²⁵ OMS (2008) *Improving Maternal Mental Health*. www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf

<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir "sur le fil du rasoir", difficulté à prendre des décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir irritable, agressive ou agitée
<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir désespérée 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir inutile, inadaptée ou coupable
<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'hygiène personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvais fonctionnement
<ul style="list-style-type: none"> • Faible concentration 	<ul style="list-style-type: none"> • Humour inapproprié

Note: Soulignez le fait que bon nombre de ces signes de détresse se manifestent chez les mères, en particulier les mères jeunes ou celles qui sont mères pour la première fois - et cela est normal ! Cependant, quand ces signes de détresse empêchent les mères de répondre à leurs propres besoins et à ceux de leur enfant, c'est alors un sujet de préoccupation.



Activité 3: Introduction aux principes d'action des PSP

Fournissez aux participants sachant lire et écrire le **Document des principes d'action des PSP**²⁶ (de préférence traduit), qui est fourni dans le Guide du formateur et le CD des supports.

Demandez aux participants d'imiter les actions selon les figures, en disant les mots "Observer, Écouter et Mettre en contact" pendant que vous faites les actions: par ex. pour Observer, mettez une main au-dessus des yeux et faites comme si vous regardiez au loin ; pour Écouter, mettez une main à l'oreille et tourner la tête pour signaler que vous écoutez ; pour Mettre en contact, joignez les doigts fermement devant vous. Si vous avez le temps, "mélangez" les actions Observer, Écouter et Mettre en contact (par ex. appelez à "Mettre en contact" et demandez aux participants de faire l'action, puis appelez à "Observer", puis à "Mettre en contact", puis à "Écouter"). L'objectif est que les participants se souviennent des principes d'action Observer, Écouter, Mettre en contact en les jouant réellement. Fournissez une brève explication de chaque principe d'action, en précisant les messages clés suivants:

AU COURS DE CHAQUE VISITE A DOMICILE:

OBSERVER:

- **La sécurité** - La sécurité physique de la mère et de l'enfant (par ex. abri ou environnement), les préoccupations de protection (par ex. contre la violence) et toutes préoccupations de santé, etc.
- **Les personnes ayant des besoins de base urgents flagrants.** Par exemple, il ne sert à rien d'essayer de fournir un soutien émotionnel à une mère si elle n'a ni abri ni nourriture (par exemple une mère qui a été abandonnée et mise à la porte du domicile familial, ou qui a de sérieuses contraintes financières pour accéder aux aliments).
- **Les personnes en détresse.** Des mères peuvent essayer de cacher leurs problèmes, il est donc important que vous observiez les signes possibles de détresse ou de mauvais fonctionnement pouvant nécessiter un dialogue plus approfondi.

ÉCOUTER:

- **Approchez les personnes pouvant nécessiter un soutien.** Si une mère manifeste des signes de détresse, vous pouvez lui en parler et lui demander si elle souhaiterait davantage de soutien pour faire

²⁶ Voir le Guide du formateur et le CD pour ce Document.

face à ces difficultés. Ou vous pouvez faire part de votre propre préoccupation au sujet de ces signes de détresse et expliquer pourquoi il pourrait être important d'en parler davantage. Assurez-vous qu'elle sait que le ASC respectera la confidentialité des propos.

- **Écoutez les besoins et les préoccupations des personnes.** Essayez de ne pas les interrompre ou de résoudre immédiatement tous leurs problèmes. Encouragez-les simplement à faire part de ce qu'ils jugent difficile et de la façon dont cela les affecte, eux et leurs enfants. Utilisez vos bonnes compétences de communication et une écoute active. Après avoir écouté pendant un moment, vous pourriez vouloir savoir quels sont les défis qu'elle doit traiter en urgence. Étudiez avec la mère des moyens qui pourraient lui permettre d'améliorer sa situation ou de résoudre des problèmes importants. Essayez de ne pas donner de conseils directs, mais de lui demander quelles sont ses propres idées pour atténuer son stress et ses difficultés. Elle pourrait avoir déjà eu recours à des stratégies qui pourraient l'aider maintenant.
- **Aidez-les à se calmer.** La détresse est souvent le résultat de personnes se sentant dépassées et incapables de gérer ce qui se passe dans leur vie. Cela pourrait être une bonne opportunité d'enseigner à la mère quelques moyens simples de réduire son stress, moyens que nous examinerons plus tard.

METTRE EN CONTACT:

- **Mettez en contact les personnes avec des moyens leur permettant de répondre à leurs besoins de base,** ce qui pourrait signifier une orientation vers des services ou des informations sur les ressources à leur disposition au sein de la communauté. Veillez à fournir les informations de manière bienveillante et utile (les messages d'information doivent être simples !).
- **Encouragez la mère à se mettre en contact avec le soutien existant à sa disposition,** qui pourrait provenir de membres de la famille, d'amis, de voisins ou de membres de la communauté. Encouragez-la à parler de ses problèmes avec d'autres pour voir si les gens pourraient avoir de bonnes suggestions pour l'aider. Elle pourrait aussi demander une assistance, comme quelques heures de garde des enfants ou une assistance au domicile.

TERMINER L'ASSISTANCE CORRECTEMENT ET SUIVI:

- **Terminez sur une note positive** - Il est important, quand vous avez une conversation sur ces sujets, de conclure la discussion sur une note positive. Affirmez la capacité de la mère à faire face, trouvez une raison de la complimenter et encouragez-la en lui indiquant que de nombreuses mères connaissent ces difficultés.
- **Assurez un suivi** - Elle pourrait avoir besoin d'un soutien continu pendant une brève période, apprécier l'opportunité de parler à quelqu'un de ses problèmes si elle n'ose pas le faire avec sa famille ou vous pourriez devoir vous assurer qu'elle a mené à bien des actions spécifiques (par ex. une orientation).

Appliquer ces techniques à la COC/ttC

Demandez: Que peut faire un ASC s'il constate qu'une femme rencontre des difficultés psychosociales? Notez leurs idées sur le tableau de conférence. Soulignez les points clés suivants:

REPONDRE A LA DETRESSE

- Assurez-vous que la femme comprend ses propres facteurs de stress, signaux et signes indiquant qu'elle se sent déprimée ou anxieuse.

- Identifiez avec la femme si elle dispose d'un soutien suffisant autour d'elle et dans le cas contraire, aidez-la à identifier ce que ses besoins supplémentaires pourraient être pour accéder à un autre soutien tel que des groupes, des amis, des services.
- Conseillez les membres de la famille pour les aider à comprendre le soutien dont une femme présentant des problèmes de santé mentale maternelle et psychosociaux pourrait avoir besoin. Que peuvent-ils faire pour aider? Rassurez-les également afin de prévenir la stigmatisation - ou toutes croyances qui peuvent les empêcher de rechercher de l'aide.

VIOLENCE CONJUGALE

Violence conjugale (VC) Comportement d'un partenaire intime (petit-ami, époux ou ex-partenaire) qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, notamment des actes d'agression physiques, une coercition sexuelle, une maltraitance psychologique et des comportements dominateurs. Aussi désignée par les expressions violence domestique, maltraitance contre l'épouse, frapper sa femme.

Violence sexuelle (VS): Tout acte sexuel ou tentative d'acte sexuel, commentaire ou avance sexuels inopportuns à l'encontre d'une personne en ayant recours à la coercition. Cela inclut les actes commis par tout individu et dans tout milieu, notamment au domicile.

Maltraitance affective: La VC et la VS sont deux types de maltraitance très graves, cependant soyez conscients du fait que les mères peuvent aussi vivre des relations abusives au sein du foyer: travailler trop dur, être mal traitées, n'avoir aucun pouvoir de décision, ce qui peut influencer leurs émotions ainsi que leurs pratiques de santé.

Ce problème est-il répandu?

- De 13 % à 61 % des femmes déclarent avoir été physiquement maltraitées par un partenaire intime au moins une fois dans leur vie.
- De 6 % à 59 % des femmes déclarent avoir vécu un rapports sexuel contraint ou une tentative de rapport sexuel contraint, commis par un partenaire intime dans leur vie.
- De 1 % à 28 % des femmes déclarent avoir été physiquement maltraitées pendant leur grossesse, par un partenaire intime.

Risque accru pendant la grossesse

La grossesse (contrairement à ce que l'on pourrait penser) ne protège pas une femme de la violence conjugale, peut-être que se préparer à une nouvelle vie peut ajouter aux pressions existantes sur la famille. Les femmes souffrant de VC/VS pendant leur grossesse peuvent connaître un risque d'infections accru, et les dommages aux femmes et aux bébés à naître peuvent entraîner des blessures sérieuses ou même l'arrêt de la grossesse. L'effet de ces événements sur son état émotionnel aura des conséquences sérieuses sur son bien-être et sur celui de ses enfants. N'oubliez pas que certaines questions comme le dépistage du VIH peuvent même rendre la femme vulnérable à une maltraitance exercée par sa famille ou son partenaire.

Répondre à la VC

Les femmes qui vous parlent d'une quelconque forme de violence exercée par un partenaire intime (ou par un autre membre de la famille) ou d'agression sexuelle commise par un quelconque individu, doivent se voir proposer un soutien immédiat, sous la forme des Premiers secours psychologiques (PSP), consistant notamment à examiner immédiatement toutes préoccupations de santé et déterminer si la personne a besoin de soins de santé d'urgence. Proposez un soutien de première ligne, notamment:

- en ne portant pas de jugement et en soutenant et validant ce que la femme dit (croyez-la et prenez ses préoccupations au sérieux)
- en fournissant des soins et un soutien pratiques qui répondent à ses préoccupations, mais en la laissant faire ses propres choix
- en l'écoutant parler de ses expériences, mais sans la forcer à parler (il convient d'être vigilant quand on parle de sujets sensibles quand la famille est impliquée)
- en l'aidant à accéder aux informations, et en l'aidant à se mettre en contact avec les services et les soutiens sociaux
- en l'aidant à renforcer sa sécurité et celle de ses enfants, si nécessaire
- en fournissant un soutien ou en l'aidant à se mettre en lien avec un soutien dans sa communauté ou ailleurs.

Répondre à un incident de VS récent

- Tel que ci-dessus
- Orientez la personne dès que possible vers un centre pour y recevoir des soins ; il pourrait s'agir d'un centre de santé, d'un hôpital, d'un refuge, de services juridiques ou de service de soutien psychosocial.

Les prestataires doivent s'assurer que:

- la consultation se déroule en privé
- la confidentialité est garantie, c.à.d. ne divulguer ces informations à personne sans la permission de la femme.

Sources:

OMS (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Organisation mondiale de la Santé.

OMS (2011). *Premiers secours psychologiques: Un guide pour les acteurs de terrain* OMS, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale.



Activité 4: Travail de groupes pour identifier les stratégies d'adaptation positives et négatives

Expliquez que quand nous sommes confrontés à des difficultés dans la vie, nous utilisons différents moyens pour faire face ; nous appelons ces différents moyens des "stratégies d'adaptation". Parfois, ces stratégies d'adaptation sont positives et utiles, tandis que d'autres fois elles ne sont pas utiles et peuvent nuire encore davantage, à nous et aux gens autour de nous.

Travailler en groupes: Donnez aux participants sachant lire et écrire des feuilles de tableau de conférence et des marqueurs. Demandez aux participants de penser à des moments difficiles dans leur vie ou dans la vie de personnes qu'ils connaissent ayant traversé un moment difficile. Quelles stratégies d'adaptation ont-ils adopté pour traverser cette épreuve? Ont-elles été utiles ou préjudiciables à long terme? Demandez à un groupe d'identifier "les stratégies d'adaptation positives" et à l'autre groupe d'identifier "les stratégies d'adaptation négatives". Si vous avez le temps, il est souvent plus parlant de leur demander de dessiner ces stratégies. Demandez à un membre de chaque groupe de décrire et expliquer sa liste à l'autre groupe.

Soulignez les points suivants dans le débriefing:

Exemples de stratégies d'adaptation positives:	Exemples de stratégies d'adaptation négatives:
Soins auto-administrés, relaxation, faire du sport, passer du temps avec des amis, participer à un groupe de soutien, activités de l'église ou religieuses, gestion du temps, s'affirmer.	Consommation d'alcool, déni (faire comme si tout allait bien), garder ses émotions pour soi-même, s'inquiéter de tout, procrastination, ignorer le problème, éviter ses amis et sa famille, se culpabiliser, automutilation, la dissociation (expliquez: se déconnecter émotionnellement du problème).



Demandez au groupe - Pensez aux stratégies d'adaptation positives et négatives de mères souffrant d'inquiétudes ou de dépression pendant la grossesse et l'accouchement que vous avez vues.

PROMOUVOIR LES STRATEGIES D'ADAPTATION POSITIVES POUR EVITER QU'UNE DETRESSE EMOTIONNELLE PRENNE DE L'AMPLEUR:

- Soins auto-administrés et repos - Pendant la grossesse et l'accouchement, des stratégies d'adaptation positives peuvent être soutenues, par exemple: en s'assurant que les femmes prennent soin d'elles-mêmes, mangent et dorment bien, se reposent régulièrement et prennent le temps de se détendre, sont en lien avec la famille et les amis, recherchent des groupes de soutien communautaires.
- Accéder à un soutien familial et communautaire, et savoir reconnaître quand elle est dépassée/épuisée ou souffre d'une détresse mentale et y répondre en conséquence, permettra d'aider à prévenir l'impact négatif sur elle-même et sur son enfant/sa famille.



Activité 5: Observer, Écouter et Mettre en contact (jeu de rôle)

- **Demandez** aux participants de penser à un petit problème qu'ils ont eu dans leur propre vie qui leur cause un certain degré de stress. Un véritable problème, mais quelque chose dont ils peuvent parler sans gêne.
- **Travailler par groupes de deux:** Une personne présente le problème et l'autre fournit un soutien. La personne qui fournit le soutien doit se renseigner sur les principes Observer, Écouter et Mettre en contact, en utilisant ses bonnes compétences de communication quand elle aide l'autre personne à discuter de ses préoccupations.
- **Rendre compte:** Une fois que chaque paire a fini, discutez du jeu de rôle (mais pas de l'expérience personnelle) en plénière. Les questions à poser pourraient être les suivantes: Était-ce utile? Qu'est-ce qui n'a pas été utile? Vous êtes-vous senti soutenu et écouté? Avez-vous eu le sentiment d'être habilité à trouver vos propres solutions?

Exercice: Répartissez maintenant les participants en trois groupes en travaillant au sein des mêmes paires, et pensez aux cas qu'ils pourraient rencontrer dans les communautés. Donnez à chaque groupe l'un des cas ci-dessous. Ils doivent jouer le cas au sein du groupe.

- Cas 1. Une jeune mère adolescente et célibataire
- Cas 2. Une mère souffrant de sérieux problèmes de santé, qui s'occupe d'un nourrisson
- Cas 3. Une mère victime de violence conjugale pendant sa grossesse

Répétez la discussion en plénière. Était-ce utile? En quoi les principes Observer, Écouter et Mettre en contact étaient-ils utiles, selon eux? Quels défis pourraient-ils anticiper sur le terrain?

Demandez-leur de discuter également des actions spécifiques qu'ils pourraient entreprendre pour assurer un soutien supplémentaire à ces femmes, et quelles considérations particulières ils pourraient devoir prendre en compte quand ils dispensent la COC/ttC. Une fois qu'ils ont fini leur jeu de rôle et leur discussion, demandez-leur de désigner un participant qui rendra compte au reste du groupe des actions qu'ils ont décidé d'entreprendre.



Activité 6: Démonstration des techniques de relaxation

Dirigez le groupe dans les techniques de relaxation suivantes qu'ils peuvent utiliser pour apprendre aux mères à réduire le stress, la détresse ou à leur permettre de rester suffisamment calmes pour pouvoir parler de leurs problèmes (par ex. si elles commencent à pleurer de manière incontrôlable). Tout le monde dans la formation doit participer activement à ces exercices.

Relaxation musculaire progressive

L'exercice suivant peut être utilisé pour aider les membres du groupe à se détendre mais également pour qu'ils puissent apprendre aux mères un moyen efficace contribuant à leur propre gestion du stress. En tant que facilitateur, n'oubliez pas de toujours parler d'un ton apaisant quand vous donnez les instructions aux participants et de parler lentement, laissant ainsi le temps aux participants de vivre pleinement l'effet de relaxation. Demandez aux membres du groupe de s'allonger ou de s'asseoir confortablement.

En respirant, nous ferons quelques exercices de relaxation musculaire progressive afin que vous puissiez sentir la différence entre la tension et la relaxation dans vos muscles. Souvent, nous ne sommes pas conscients du fait que nous maintenons une tension dans nos corps. Ces exercices nous permettront d'en prendre conscience et nous donneront un moyen de relâcher la tension. Fermez les yeux et asseyez-vous le dos bien droit sur votre chaise. Placez vos pieds sur le sol et sentez le sol sous vos pieds. Relâchez les mains sur vos cuisses. Quand vous inspirerez, je vous demanderai de tendre et contracter certains muscles de votre corps. Les muscles contractés, vous retiendrez votre respiration en comptant jusqu'à trois, puis vous les relâcherez complètement quand je vous dirai d'expirer. Commençons par les doigts de pied...

Dirigez LENTEMENT le groupe dans la relaxation musculaire progressive. Demandez aux participants de contracter une partie du corps, d'inspirer et de retenir leur respiration pendant que vous comptez lentement 1 — 2 — 3. Puis dites "expirez et relâchez". Montez légèrement le ton de votre voix quand vous dites "inspirez et reprenez votre respiration" et baissez le ton de votre voix quand vous dites "expirez et relâchez". Demandez aux participants de contracter et relâcher les muscles dans cet ordre:

- Recroqueviller fermement les doigts de pieds et maintenir la tension de sorte à ce que ça fasse légèrement mal
- Contracter les muscles des cuisses et des jambes
- Contracter le ventre, en le maintenant rentré
- Former des poings avec les mains
- Contracter les bras en pliant les coudes et en ramenant vos bras serrés contre le buste.
- Remonter les épaules jusqu'aux oreilles
- Contracter les muscles du visage

Après avoir passé en revue les divers muscles, dites:

"... Maintenant sentez vos (doigts de pied, cuisse, visage/front, etc.) détendus, respirez normalement, sentez le sang revenir dans vos (doigts de pied, cuisse, visage/front, etc.). Maintenant, baissez lentement votre menton vers votre poitrine. Quand vous inspirez, tournez lentement et prudemment la tête en formant un cercle vers la droite, expirez quand vous ramenez la tête en terminant le cercle vers la gauche, puis de retour sur votre poitrine. Inspirez vers la droite et vers l'arrière... expirez vers la gauche et vers le bas. Inspirez vers la droite et vers l'arrière... expirez vers la gauche et vers le bas. Maintenant, inversez la direction... inspirez vers la gauche et vers l'arrière, expirez vers la droite et vers le bas (répétez deux fois). Maintenant amenez votre tête au centre. Sentez le calme dans votre esprit et votre corps".

Tapoter

En utilisant l'index et le majeur d'une main, demandez aux membres du groupe de tapoter le dessus de l'autre main ; sinon, ils peuvent tapoter doucement leurs cuisses avec leurs paumes. Cet exercice aide les gens à "s'arrêter" et à se concentrer sur quelque chose d'"extérieur" à leurs problèmes ; et leur permet de prendre quelques instants pour penser à ce qu'ils doivent faire ensuite ou comment résoudre un problème immédiat. Cet exercice peut aussi être excellent pour les personnes qui n'arrivent pas à rester immobiles (par ex. agitées ou bougeant constamment) Si nécessaire, vous pouvez demander à quelqu'un de tapoter tranquillement sa main ou sa cuisse pendant qu'il vous parle !

Conscience attentive




Encouragez la personne, dans un moment de détresse ou de stress, à s'arrêter un instant et à remarquer quelque chose qui ne soit pas stressant dans son environnement. Il pourrait s'agir d'une plante, d'une image, d'un objet favori. Demandez-lui d'étudier cet objet et de considérer ce à quoi il ressemble, la sensation au toucher, son odeur, si elle peut entendre quelque chose en lien avec cet objet. Pour une gestion du stress étendue, cet exercice peut être pratiqué dans un délai court pour commencer (par ex. juste pendant 1 minute), ou progressivement prolongé dans le temps (par ex. jusqu'à 5 minutes). L'idée est d'encourager la personne à s'arrêter un instant, à considérer son environnement, à se sentir de nouveau "les pieds sur terre" et à la distraire suffisamment pour se détendre et oublier un instant son problème initial (même si c'est pour un bref instant) afin de se sentir de nouveau suffisamment forte pour se confronter de nouveau à son problème de manière plus considérée.



Résumer la session

- Résumez les messages clés tirés du tableau au début de la session, notamment la mesure dans laquelle les problèmes de santé mentale et psychosociaux sont répandus - en particulier chez les femmes après un accouchement ; l'importance de la santé mentale maternelle pour la santé du nourrisson, les signes de détresse courants, les stratégies d'adaptation positives et négatives.
- Pour bien terminer la session, demandez aux participants de jouer encore une fois les principes d'action Observer, Écouter et Mettre en contact.

Session 7: L'approche du counselling par le dialogue: Utilisation d'histoires

Plan de la session	<p>Activité 1: Présenter le vocabulaire</p> <p>Activité 2: Passer en revue les étapes pour le counselling à domicile</p> <p>Activité 3: Les facilitateurs simulent un processus de counselling</p> <p>Activité 4: Les groupes s'entraînent</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le processus qu'ils suivront au cours des visites à domicile pour les conseils à domicile • Expliquer pourquoi ce processus de counselling est plus susceptible d'entraîner un changement de comportement qu'une simple présentation d'informations nouvelles. 	
Messages clés 	<p>Processus de counselling à domicile: Aperçu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étape 1: Revoir la rencontre précédente. • Étape 2: Présenter les problèmes et y réfléchir (histoires problématiques) • Étape 3: Présenter les actions positives (histoires positives) • Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 1 <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Étudiez le processus de counselling et préparez-vous à faire la démonstration d'une visite à domicile. Entraînez-vous à faire cette démonstration à l'avance. • Notez les étapes sur le tableau de conférence ou dessinez une bande dessinée 	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est de présenter aux ASC le processus de counselling.

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre le processus qu'ils suivront au cours des visites à domicile pour les conseils à domicile
- Expliquer pourquoi ce processus de counselling est plus susceptible d'entraîner un changement de comportement qu'une simple présentation d'informations nouvelles.



Activité 1: Présenter le vocabulaire utilisé dans cette session

Les ASC peuvent ne pas tous comprendre les mots employés dans cette session. Vous devrez revoir le vocabulaire suivant avec eux. Demandez aux ASC de se rendre à la section pertinente dans le *Manuel du participant* (s'ils savent lire et écrire)

Dialogue: Parler avec une personne en utilisant une communication *bidirectionnelle*. Dans un dialogue, vous parlez et écoutez, et vous répondez en fonction de ce que l'autre personne dit. Lorsque vous effectuerez des visites à domicile, vous utiliserez toujours le dialogue, par opposition à la simple fourniture de conseils.

Négociation: *Déterminer conjointement avec une autre personne* si cette personne fera ou non quelque chose. Bien que vous essaieriez d'aider la personne à accepter, vous ne la **forcerez** pas à le faire. Vous écouterez respectueusement ce qu'elle dit, puis accepterez la décision qu'elle prend. Vous négociez.

Obstacles: Dans ce contexte, un obstacle est *ce qui vous empêche de faire quelque chose*, comme un obstacle sur une route tel qu'un arbre déraciné ou un portail, qui vous empêcher d'aller de l'avant. Dans le changement de comportement, un obstacle est quelque chose qui empêche la famille de pratiquer un comportement recommandé. Nous pensons aux obstacles comme à *ce qui rend difficile la pratique d'un comportement*: par ex. les effets secondaires des comprimés de fer, le transport et la distance jusqu'aux centres de santé.

Facteurs favorables: Un facteur favorable est quelque chose qui permet à une personne de changer son comportement, ou qui facilite ce changement. Il pourrait s'agir d'un rôle de soutien de l'un des membres de la famille, une aide pour couvrir les coûts, des moyens alternatifs d'accéder à des sources d'aliments appropriés. Nous pensons à un facteur favorable comme à *ce qui faciliterait la pratique d'un comportement*.



Étape 2: Passer en revue les étapes des visites à domicile pour les conseils à domicile

PROCESSUS DE COUNSELLING A DOMICILE: APERÇU

- **Avant de commencer:** assurer la participation
- **Avant les étapes:** Identifier et répondre à toutes difficultés éventuelles
- **Étape 1:** Revoir la rencontre précédente (pas d'Étape 1 pour la Visite 1)
- **Étape 2:** Présenter les problèmes et y réfléchir en utilisant les livres d'histoires
- **Étape 3:** Présenter les actions positives en utilisant les livres d'histoires
- **Étape 4:** Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage

PROCESSUS DE COUNSELLING A DOMICILE: DETAILS DE CHAQUE ETAPE

Avant de commencer

- Saluez la famille et nouer de bonnes relations.
- Expliquez l'objectif de la visite
- Assurez-vous que les principes de base pour la visite sont bons:
- Qui - toutes les personnes de soutien identifiées sont-elles présentes? (Allez les chercher ou reportez la visite)
- Quand - Est-ce un moment commode?

- Où - Le lieu de la visite est-il confortable et privé?

Avant les étapes: Identifiez toutes difficultés éventuelles et répondez-y (ne faites pas la visite si la femme est souffrante ou bouleversée).

- Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle.
- Effectuez une orientation si nécessaire.
- Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire.

Étape 1: Revoir la rencontre précédente.

- Le ASC passera en revue les pages du Manuel du ménage de la visite précédente avec les membres de la famille. Le ASC passera en revue toutes les actions que les membres de la famille ne pratiquaient pas auparavant mais qu'ils ont accepté d'essayer et discutera avec eux de leurs expériences. Comment cela s'est-il passé? Ont-ils réussi? Pourquoi ou pourquoi pas? C'est une étape très importante dans toute visite à domicile (sauf pour la visite 1).

Étape 2: Présenter les problèmes et y réfléchir en utilisant les livres d'histoires (Histoires problématiques)

- Les principaux messages pour la visite actuelle sont alors présentés à la famille, d'abord sous la forme du **problèmes ou des problèmes** qui pourraient survenir si les recommandations ne sont pas pratiquées tel qu'exposé dans l'**histoire problématique**. L'ASC racontera l'histoire en utilisant le *Livre d'histoires de la COC/ttC* illustré.
- L'histoire problématique est suivie de **questions directrices** pour aider les membres de la famille à **réfléchir** au problème. Les questions sont les suivantes:
 1. **"Quels comportements/pratiques voyez-vous dans l'histoire?"** Cette question permet d'identifier les comportements et les conséquences vus dans l'histoire afin de garantir leur compréhension.
 2. **"Des choses similaires se produisent-elles dans votre communauté?"** Cette question permet **d'abord** de réfléchir au problème dans le sens où il peut affecter une autre personne (pas eux-mêmes). Il est utile d'étudier un problème de "l'extérieur", car cela aide à penser au problème de manière non émotionnelle ou subjective.
 3. **"Est-ce que l'une de ces choses se produit dans votre vie/famille/domicile?"** - Cette question amène les membres du foyer à **personnaliser** le problème ; c.à.d. à réfléchir pour déterminer si le problème pourrait être pertinent pour leurs propres vies. C'est une occasion de commencer à penser aux causes du problème et à ses solutions.

Étape 3: Présenter les actions positives en utilisant les livres d'histoires (Histoires positives)

- Ensuite, le ASC présentera les informations sur les actions de santé positives. Ces informations doivent être présentées de manière à s'appuyer sur ce que les ménages savent déjà sur le problème, sans partir du principe qu'ils ne savent rien. Cela est réalisé sous la forme d'une **histoire positive** qui contient les principaux messages de santé.
- L'histoire positive est suivie des **questions directrices ci-dessus**, en listant les pratiques observées et les résultats, et en en discutant dans le contexte de la communauté puis de sa propre vie.

Étape 3+: Informations techniques (certaines visites)

- Certaines visites incluront une étape 3+ supplémentaire, s'il existe des informations techniques spéciales à présenter pendant la visite. Par ex. tirer le lait maternel, examiner les signes de danger et examiner les maladies à prévention vaccinale.

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage (voir la Session 8).

Dans cette étape, le ASC étudiera avec les membres de la famille le **Manuel du ménage**, en passant en revue les pages correspondant à la visite.

- **Chaque dessin est un 'dessin de négociation**, c.à.d. qu'il représente une pratique que les ASC négocieront avec la famille. Le ASC posera des questions afin de décider avec les membres de la famille si ces derniers pensent pouvoir commencer à faire les actions illustrées sur les images.
- Les signes x/✓ sous chaque dessin permettent au ASC de consigner ce que la famille rapporte
- **Présentez** chaque dessin (ou comportement clé) l'un après l'autre et demandez s'ils le font déjà
- Si les membres de la famille pratiquent le comportement: entourez la coche ✓ puis félicitez-les.
- Si la famille ne pratique pas le comportement: entourez la croix ✕ puis posez le Manuel du ménage et demandez à la famille ce qui les empêche de faire cela: "Qu'est-ce qui vous rend cette pratique plus difficile à faire? (Sondez-les: Pourquoi est-ce ainsi selon vous?)". Notez les obstacles identifiés dans l'espace prévu pour cette visite.
- **Counselling: Trouver des solutions.** – Étudiez les raisons de l'obstacle et aidez-les à trouver des solutions. Essayez de poser des questions ouvertes, à l'ensemble de la famille, pas uniquement à la mère. "**Selon vous, qu'est-ce qui vous rendrait cette pratique plus facile à faire?'"**
- **Négociation:** Si la famille a trouvé des solutions, demandez: "Pouvons-nous convenir que vous essaieriez cela?" Si la famille accepte d'essayer, demandez à un membre de la famille d'inscrire ses initiales sur la ligne située sous le dessin. **Félicitez-les d'avoir pris cette décision.**
- **Examinez** avec les membres de la famille toutes les actions qu'ils ont accepté d'essayer entre maintenant et le moment où vous reviendrez leur rendre visite. Félicitez-les d'avoir pris cette décision d'essayer quelque chose de nouveau.
- Le ASC notera à côté de l'illustration les obstacles dont les familles parlent, et il peut aussi en parler aux réunions avec les superviseurs et autres ASC, et les examiner avec les familles au cours des visites ultérieures.



Activité 3: Les facilitateurs simulent un processus de counselling

Expliquez aux participants que nous avons maintenant couvert les *informations* que nous devons connaître sur le début de la grossesse, et que nous allons maintenant les rassembler de manière à pouvoir les présenter aux foyers. Dans la COC/ttC, cela est réalisé en utilisant des *histoires*.

Demandez: Pourquoi pourrions-nous utiliser des histoires pour délivrer des messages aux familles?

Recueillez toutes les réponses des participants et assurez-vous que les points suivants ont été saisis:

- Peut être plus intéressant ou parlant pour aider les gens à ne pas oublier les messages
- Peut montrer la *cause et la conséquence* d'un message de santé
- Peut être utile pour traiter des sujets difficiles
- Identifie déjà les obstacles et les facteurs favorables dans les histoires qui sont similaires aux contextes.

BONNES TECHNIQUES DE NARRATION:

Un bon narrateur peut véritablement captiver l'attention des membres du public et les impliquer dans l'histoire, ce qui les aide à la mémoriser et à bien écouter

- Le facilitateur doit très bien connaître l'histoire (se préparer à l'avance !) afin de pouvoir montrer l'image à la famille tout en racontant l'histoire
- Ne vous contentez pas de lire l'histoire
- Assurez-vous que tout le monde peut voir les images pendant que vous racontez l'histoire
- Faites participer le public à l'histoire (posez des questions, encouragez les commentaires)
- Utilisez un bon "ton" de voix pour raconter l'histoire Si vous utilisez un ton morne, vous endormirez les gens !

Les facilitateurs doivent organiser une simulation (un jeu de rôle) du processus de counselling à domicile. Vous aurez besoin de quatre facilitateurs au moins pour cette simulation:

- une personne pour jouer le rôle du ASC
- deux personnes pour jouer les rôles des membres du foyer (la mère et le mari par exemple)
- une personne pour narrer ce qui se produit à chacune des étapes.

Utilisez l'**histoire problématique** et l'**histoire positive** pour la **troisième visite de la grossesse** (en suivant toutes les étapes). Après la simulation de chaque étape, **arrêtez-vous** et faites un débriefing complet, en leur demandant ce qui s'est passé dans cette étape, et d'expliquer entièrement l'étape. Vous n'effectuerez le jeu de rôle que jusqu'à l'étape 3 dans cette simulation, car l'Étape 4 (Manuel du ménage) sera abordée à la session suivante.

Jeu de rôle des Étapes 1 à 3 (Visite 3)

Étape 1: Revoir la rencontre précédente (Visite 2)

Le "ASC" (joué par le facilitateur) ouvrira le Manuel du ménage aux pages correspondant à la 2e visite de la grossesse. **Les facilitateurs doivent se préparer à l'avance** afin que la mention "Accepte d'essayer" figure sous certains des dessins de négociation. Le ASC doit examiner **toutes les actions clés** y compris les actions "accepte d'essayer" afin de déterminer s'ils ont réussi à les faire.

Étape 2: Présenter le problème et y réfléchir (histoire problématique)

Le "ASC" lit l'**histoire problématique** aux membres du foyer, en montrant le *Livre d'histoires de la COC/ttC* avec les dessins pour raconter l'histoire. Puis pose aux membres du foyer les **questions directrices**..

Note: *Ils doivent toujours raconter l'histoire de façon à ce que la famille puisse voir les images.*

Étape 3: Présenter les actions positives (Histoire positive)

Le ASC racontera l'**histoire positive**, puis posera les **questions directrices**. Quand vous posez la question "Qu'avez-vous vu dans cette histoire", assurez-vous que tous les messages importants sont mentionnés. Si les membres de la famille ne mentionnent pas tout eux-mêmes, ajoutez alors ce qui manque.

Laissez le temps à la fin aux participants de poser d'éventuelles questions.



Activité 4: S'entraîner en groupes

Demandez maintenant aux participants de se répartir en groupes de quatre personnes et d'effectuer les simulations tel que ci-dessus. Chaque participant doit avoir l'occasion de raconter l'une des histoires et de poser les questions directrices au moins une fois. Vous pouvez utiliser les Livres d'histoires 1 à 3 à cette fin.






Résumer la session

Menez une discussion avec les ASC sur leurs réactions par rapport au processus de counselling à domicile. Vous pouvez utiliser les questions directrices suivantes:

- Quels étaient les principaux messages de la session de counselling que vous venez d'observer?
- En quoi l'approche de narration est-elle différente d'une simple présentation de ces messages?
- Les membres du foyer ont-ils l'occasion d'exprimer leurs propres opinions, questions et préoccupations?
- L'approche de narration a-t-elle été utile pour traiter des sujets difficiles? Pourquoi ou pourquoi pas?

Session 8. Négocier en utilisant les Manuels du ménage

Plan de la session	<p>Activité 1: Découvrir la cause - questions POURQUOI-POURQUOI</p> <p>Activité 2: Trouver la solution: les questions QUOI et COMMENT</p> <p>Activité 3: Examen détaillé de l'Étape 4</p> <p>Activité 4: Les facilitateurs simulent le processus de négociation</p> <p>Activité 5: Entraînement en groupes</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le processus qu'ils suivront au cours des visites à domicile pour les conseils à domicile • Expliquer pourquoi ce processus de counselling est plus susceptible d'entraîner un changement de comportement qu'une simple présentation d'informations nouvelles. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Étape 4 utilise le Manuel du ménage pour le counselling par la négociation et le dialogue, qui est au cœur de la méthodologie de la COC/ttC. La séquence est la suivante: <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Identifier les comportements pratiqués/non pratiqués</u> ○ <u>Si les membres de la famille pratiquent le comportement:</u> entourez la coche ✓ et félicitez-les. ○ <u>Si les membres de la famille ne pratiquent pas le comportement:</u> entourez la croix ✕ puis identifiez les obstacles. ○ <u>Counselling: Discuter ensemble pour trouver des solutions.</u> ○ <u>Négociation</u> ○ <u>Examiner</u> les nouvelles actions 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Manuel du ménage 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute

OBJECTIFS DE LA SESSION

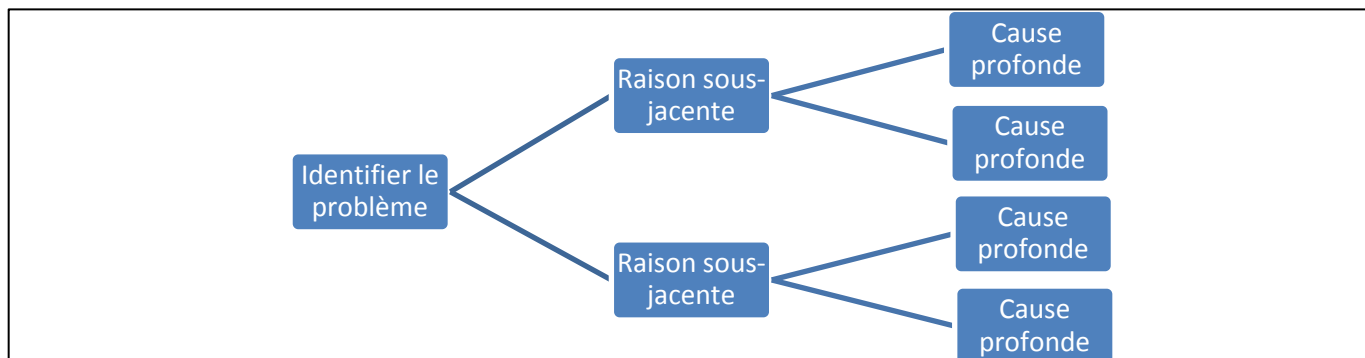
A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre le processus qu'ils suivront au cours des visites à domicile pour les conseils à domicile
- Expliquer pourquoi ce processus de counselling est plus susceptible d'entraîner un changement de comportement qu'une simple présentation d'informations nouvelles.



Activité 1: Découvrir la cause: Questions POURQUOI-POURQUOI

Expliquez - Quand vous parlez aux mères des pratiques de santé, vous devez parvenir à la *cause profonde* de l'obstacle, cela signifie la *véritable* raison empêchant la mère de pratiquer actuellement ce comportement. Dessinez un diagramme comme celui présenté ci-dessous. Une fois que nous avons identifié un problème, il faut



généralement deux étapes au moins pour parvenir à la cause profonde du problème. Une façon courante de le faire dans une conversation consiste à suivre une voie d'interrogation POURQUOI-POURQUOI.

Cependant, n'oubliez pas que les *questions porteuses de jugement* sont souvent mal prises. Pour cette raison, nous recommandons la question suivante:

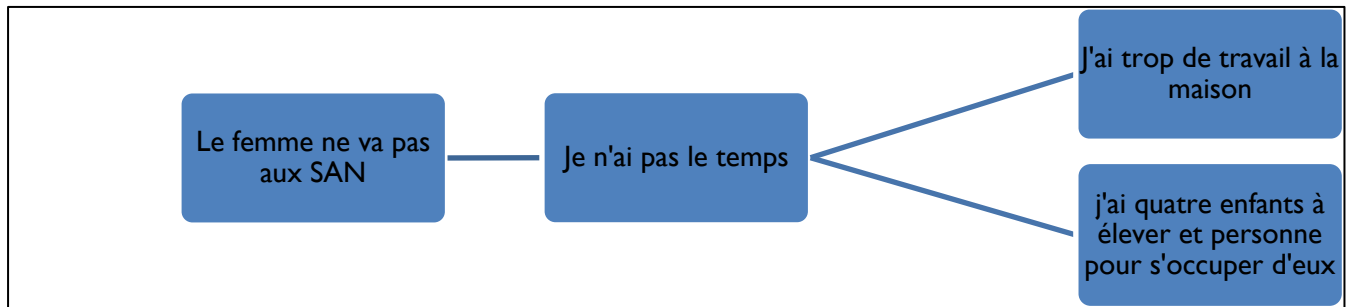
"Qu'est-ce qui a rendu cela difficile?" suivi de **"et selon vous pourquoi est-ce ainsi?"** (Répétez jusqu'à ce que vous parveniez à la cause).

Voyons cela en pratique: Deux facilitateur peuvent effectuer le jeu de rôle suivant:

EXEMPLE I

L'ASC: Donc, vous dites que vous ne vous êtes pas rendu au centre de santé pour les soins anténatals?
La femme: Non, je n'y suis pas allée.
L'ASC: **Selon vous, qu'est-ce qui rend le fait d'aller aux SAN** difficile pour vous?
La femme: Je n'ai pas le temps pour cela.
L'ASC: Je vois. **Pourquoi** n'avez-vous pas le temps d'aller au centre de santé?
La femme: J'ai trop de travail à faire
L'ASC: D'accord, **pourquoi** avez-vous trop de travail?
La femme: J'ai beaucoup à faire à la maison, et quatre enfants, et personne pour m'aider à m'occuper d'eux.

Notez ces étapes dans le diagramme sur le tableau de conférence et expliquez comment l'ASC dans le jeu de rôle a posé une série de questions ouvertes pour découvrir la cause profonde du problème.



Expliquez: C'est un processus utile car il nous permet de nous concentrer sur l'étape suivante - négocier les solutions autour de la cause profonde d'un problème (obstacle) plutôt que de nous concentrer sur des éléments moins importants.



Travailler par groupes de deux: Pensez à une pratique de santé que nous ne faisons pas souvent, par ex. faire du sport régulièrement, manger des fruits et des légumes frais, se brosser les dents après les repas (ou pensez à un exemple par vous-mêmes). Maintenant, essayez à tour de rôle d'identifier le problème et de découvrir la cause profonde en posant ces questions.

"Qu'est-ce qui a rendu cela difficile?"

"Et pourquoi selon vous est-ce ainsi?"

Faites part des expériences en plénière - Êtes-vous parvenu à la cause profonde? Avez-vous trouvé cette technique utile? Quand ne devrions-vous pas utiliser cette méthode?



Activité 2: Trouver la solution: les questions QUOI et COMMENT

Une fois que vous avez trouvé l'obstacle, vous pouvez vous renseigner auprès de la famille sur cet obstacle en posant les questions suivantes:

"Qu'est-ce qui, selon vous, rendrait cela plus facile à faire?"

"Comment pouvons-nous aider pour que cela se produise?"

N'oubliez pas à ce stade que si vous avez des suggestions à proposer, vous pouvez le faire ou vous pouvez demander à d'autres membres de la famille de faire part de leurs suggestions. Mais il est toujours important de demander les solutions à la personne elle-même **avant de fournir des conseils**. Expliquez après le jeu de rôle, que cela n'est pas toujours aussi facile, et que vous pourriez devoir engager de longues négociations pour trouver des solutions à tous les obstacles, mais ces techniques devraient vous aider.

EXEMPLE 2

ASC: Donc, vous n'avez personne pour vous aider à prendre soin des enfants pendant que vous allez au centre de santé pour les SAN

La femme: C'EST ÇA.

VD--COC/ttC:: **Qu'est-ce qui faciliterait** le fait que vous alliez aux SAN?

La femme: Si quelqu'un peut m'aider en s'occupant des enfants, je pourrai y aller

L'ASC: **Comment pouvons-nous aider pour que cela se produise?**

La femme: Nous pourrions demander à ma belle-mère de venir aider pendant que je vais au centre de santé
L'ASC: Donc, on est d'accord pour essayer de faire cela?
La femme: Oui. Je peux lui demander.

Travailler par groupes de deux: En utilisant les mêmes exemples que ci-dessus, discutez des solutions avec votre partenaire jusqu'à ce que vous parveniez à un accord, en commençant par poser ces questions.

"Qu'est-ce qui, selon vous, rendrait cela plus facile à faire?"

"Comment pouvons-nous aider pour que cela se produise?"

Cela a-t-il été utile? Avez-vous trouvé des solutions? Pensez-vous pouvoir appliquer cela au dialogue de COC/ttC?



Activité 3: Examen détaillé de l'Étape 4

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage

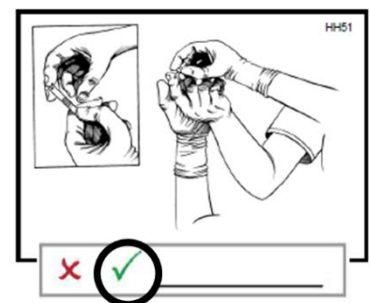
Après avoir montré à la famille les histoires problématiques et positives, l'Étape 4 ne traite que de counselling. Cette étape est l'étape la plus importante du processus de COC/ttC - C'est le "C" (counselling) de COC/ttC. Dans cette étape, votre objectif est de comprendre ce que la famille fait déjà, et quelles sont les pratiques/comportements qu'elle n'a pas encore adoptés et pourquoi. Le Manuel du ménage est la documentation de travail de l'ASC pour l'aider à conseiller la famille. Le counselling est constitué de trois parties:

- Aider les membres de la famille à **identifier les obstacles** à l'amélioration de leurs pratiques afin que les mères, les nouveau-nés et les enfants soient en bonne santé (c.à.d. ce qui les empêche de faire la pratique préférée).
- Conseiller les membres de la famille**, en utilisant des techniques telles que le dialogue, la discussion, les questions d'investigation et les questions ouvertes, pour essayer de **trouver leurs propres solutions** afin de surmonter les obstacles qu'ils ont identifiés (c.à.d; qu'est-ce qui leur permettrait de faire la pratique préférée).
- Négocier** avec eux pour essayer la ou les solutions identifiées entre maintenant et la visite suivante.

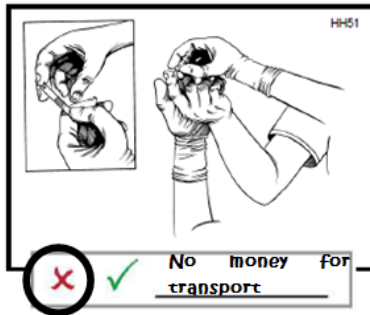
Comment effectuer l'Étape 4

- Rendez-vous aux pages du Manuel du ménage qui correspondent à la visite que vous effectuez.

Identifiez le comportement pratiqué/non pratiqué: Examinez chaque dessin (ou comportement clé) l'un après l'autre avec les membres de la famille. Chacune de ces images représente un comportement négocié.



2. **Si la famille pratique le comportement:** Montrez chaque dessin et demandez à la famille "Est-ce quelque chose que vous faites déjà?" Si la famille répond "Oui", entourez la coche figurant sous le dessin. **Félicitez les membres de la famille.**
3. **Si la famille ne pratique pas le comportement:** Si les membres de la famille répondent Non, ils ne font pas encore cela, alors posez le Manuel du ménage et demandez à la famille:



"Qu'est-ce qui rend cette pratique difficile à faire pour vous?"

Ou "Que se passe-t-il en général quand... par ex. un enfant tombe malade, ou quand vous préparez les repas de la famille?"

"Pourquoi, selon vous, est-ce ainsi?"

Les choses qui rendent difficile l'adoption de la pratique par la femme ou les membres de la famille sont les obstacles.

Posez des questions d'investigation pour vous aider à comprendre quels sont les obstacles auxquels est confrontée la famille dans la pratique de ce comportement. Après avoir fait cela pour tous les dessins auxquels ils ont répondu "Non", notez **les obstacles identifiés** dans l'espace prévu pour cette visite et entourez la croix ✕. Vous pourriez avoir un certain nombre d'obstacles listés pour chaque pratique.

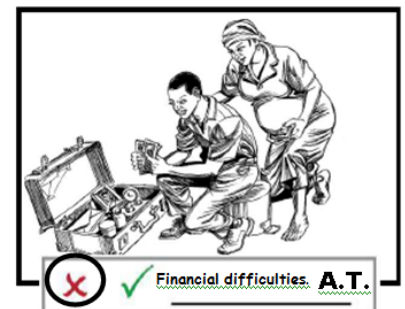
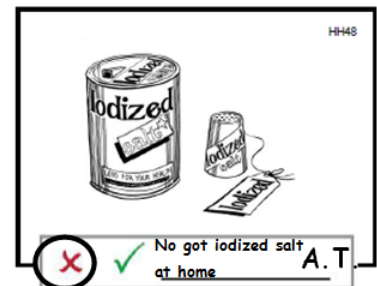
4. **Counselling: Trouver des solutions** - Étudiez les raisons de l'obstacles et aidez-les à trouver des solutions. Essayez de poser des questions ouvertes, à l'ensemble de la famille, pas uniquement à la mère.

"Selon vous, qu'est-ce qui vous rendrait cette pratique plus facile à faire?"

- Existe-t-il des alternatives disponibles pour que vous pratiquiez ce comportement? (Par ex. utiliser du savon local ou de la cendre pour le lavage des mains)
- Qui ou quoi pourrait contribuer à s'assurer que cela se produit?

"Comment pouvons-nous aider pour que cela se produise?"

Écoutez attentivement leurs réponses, et réagissez à ce qu'ils disent. Ne vous contentez pas de leur dire ce qu'ils doivent faire, mais écoutez-les et aidez-les à penser à l'obstacle et à leur propre situation et aux possibilités de solutions (ou à ce qui leur permettrait) de surmonter l'obstacle.



Quand vous avez terminé la discussion de counselling, si la famille ne trouve pas de solution ou ne pense pas pouvoir surmonter l'obstacle, entourez la croix ✕ sous le dessin. Expliquez aux membres de la famille que cette croix ✕ vise à aider le ASC à se souvenir des difficultés auxquelles ils sont confrontés quand il leur rendra visite la fois suivante. Expliquez à la famille que cela ne signifie pas qu'elle a fait quelque chose de mal.

6. **Négociation:** Si la famille a trouvé des solutions possibles, demandez-lui "Pouvons-nous convenir que vous essaieriez de faire cela?" Si la famille accepte d'essayer, demandez à un membre de la famille de noter ses initiales sur la ligne sous le dessin, à côté de l'obstacle (ou de tracer une marque ou une empreinte digitale). **Félicitez-les d'avoir pris cette décision.** Informez-les que vous vous renseignerez sur ces changements au cours de la visite suivante. La croix ✕ reste entourée jusqu'à ce qu'ils aient réellement fait l'action.



7. **À la fin de toutes les pratiques négociées, passez en revue** avec les membres de la famille toutes les actions qu'ils ont accepté d'essayer entre maintenant et le moment de votre prochaine visite. Félicitez-les d'avoir pris la décision d'essayer quelque chose de nouveau !

8. **Visite suivante:** La prochaine fois, l'Étape 2 consiste à examiner ce qui s'est passé depuis la dernière visite. Passez en revue les pages du Manuel du ménage avec les membres de la famille et les obstacles consignés ainsi que toutes les solutions qu'ils ont accepté d'essayer, et demandez-leur s'ils ont réussi. S'ils n'ont **pas** réussi, continuez à discuter des raisons avec eux, et essayez encore une fois de trouver des solutions aux obstacles ; s'ils pratiquent maintenant ce comportement clé, entourez la coche ✓ et barrez les informations précédentes. **Félicitez la famille pour sa réussite.**



Activité 4: Les facilitateurs simulent le processus de négociation

Les facilitateurs referont maintenant la même simulation qu'à la Session 7, et commenceront à l'Étape 4 pour la troisième visite de la grossesse. Ils ne doivent pas répéter les Étapes 1 à 3 précédentes. Utilisez le résumé pour rappeler ces étapes, puis laissez le temps au groupe de poser des questions ou de faire part de ses observations.

COMMENT EFFECTUER L'ÉTAPE 4: RESUME

- Dans cette étape, le ASC étudiera avec les membres de la famille le **Manuel du ménage**, en passant en revue les pages correspondant à la visite.
- **Chaque dessin est un 'dessin de négociation**, c.à.d. qu'il représente une pratique que les ASC négocieront avec la famille. Le ASC posera des questions afin de décider avec les membres de la famille si ces derniers pensent pouvoir commencer à entreprendre les actions illustrées sur les images.
- Les signes ✕ / ✓ sous chaque dessin permettent au ASC de consigner ce que la famille rapporte.
 - **Identifiez les comportements pratiqués/non pratiqués** - Présentez chaque dessin (ou comportement clé) l'un après l'autre et demandez s'ils le pratiquent déjà.
 - Si les membres de la famille pratiquent le comportement: entourez la coche ✓ puis félicitez-les.
 - Si la famille ne pratique pas le comportement: entourez la croix ✕ puis posez le Manuel du ménage et demandez aux membres de la famille ce qui les empêche de le faire: "Qu'est-ce qui rend cette

pratique difficile à faire pour vous? Pourquoi selon vous est-ce ainsi?". Notez les obstacles identifiés dans l'espace prévu pour cette visite.

- **Counselling: Trouver des solutions.** – Étudiez les raisons de l'obstacle et aidez-les à trouver des solutions. Essayez de poser des questions ouvertes, à l'ensemble de la famille, pas uniquement à la mère. "**Selon vous, qu'est-ce qui rendrait cette pratique plus facile à faire? Comment pouvons-nous aider pour ce que cela se produise?"**
- **Négociation:** Si la famille a trouvé des solutions, demandez: "Pouvons-nous convenir que vous essaieriez cela?" Si la famille accepte d'essayer, demandez à un membre de la famille d'inscrire ses initiales sur la ligne située sous le dessin. **Félicitez-les d'avoir pris cette décision.**
- **Examinez** avec les membres de la famille toutes les actions qu'ils ont accepté d'essayer entre maintenant et le moment de votre prochaine visite. Félicitez-les d'avoir pris cette décision d'essayer quelque chose de nouveau.



Activité 5: Entraînement en groupes

Demandez maintenant aux participants de retourner dans leurs groupes de trois ou quatre personnes comme pour la Session 7, et de faire une simulation de l'Étape 4. Un participant jouera le ASC, et deux joueront les membres de la famille. Les membres de la famille doivent être prêts à trouver des obstacles ainsi que des facteurs favorables, mais ne doivent les divulguer que si le ASC pose les bonnes questions de la bonne façon. Utilisez deux actions négociées pour chaque simulation, puis l'observateur présente son compte rendu. Chaque participant doit avoir l'occasion de jouer le rôle du ASC.



Résumez la session

Menez une discussion sur leurs réactions par rapport au processus de counselling en posant ces questions directrices:

- Le processus de counselling permet-il de découvrir d'éventuelles contraintes à la mise en pratique des comportements recommandés? Expliquez.
- Pour la "famille" - Comment vous sentez-vous quand le ASC aborde vos obstacles en particulier.
- En quoi le processus de counselling que vous venez d'observer est-il différent d'une situation dans laquelle le ASC se contente de **présenter** ces messages?
- Pensez-vous que cette façon de conseiller est conforme à ce que vous avez appris sur le changement de comportement? Pourquoi ou pourquoi pas?

Les Conseils Opportun et Ciblé pour la Santé et la Nutrition

Manuel du facilitateur pour la formation en COC/ttC

Module I: Grossesse Saine



© Vision Mondiale Internationale 2014

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC, 2^e Edition.

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC, 1^{ère} Edition publiée en 2011.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit, à l'exception de brefs extraits dans des revues, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

Publié par Santé Durable pour le compte de Vision Mondiale Internationale

Pour plus d'informations sur cette publication ou sur d'autres publications de Vision Mondiale Internationale ou pour recevoir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez adresser votre demande à l'adresse suivante: wvi_publishing@wvi.org.

Vision Mondiale Internationale apprécierait de recevoir des informations sur toute utilisation faite de ce document lors de la conception, de la mise en œuvre ou de l'évaluation de formations, travaux de recherche ou programmes.

Auteurs: Michele Gaudrault et Polly Walker

Collaborateurs: Sue England, Danielle Chekaraou, Annette Ghee, Fe Garcia, Tina Monique James, Alison Schafer, Carmen Tse.

Mises à jour de la 2^e édition: Polly Walker 2014.

Coordination de la publication: Katie Fike. Rédactrice en chef: Marina Mafani. Correctrice: Nancy Warren. Mise en page intérieure: Alice Contreras.

Photo de couverture © Vision Mondiale

CONTENTS

Contents.....	iii
Abréviations.....	iv
Préface du module I (2 ^e édition): Une grossesse saine.....	v
Comment utiliser ce document.....	v
Clause de non responsabilité.....	v
Icônes.....	vi
Introduction.....	7
Session 11: Nutrition pendant la grossesse.....	10
Session 12: Soins a domicile pour les femmes enceintes et signes de danger au cours de la grossesse.....	19
Session 13: La promotion des soins anténatals.....	24
Session 14: Effectuer la première visite de la grossesse.....	28
Visite 2: Mi-grossesse.....	35
Session 15: VIH et Sida, Tuberculose et PTME.....	36
Session 16: Effectuer la deuxième visite de la grossesse.....	45
Visite 3: Mi-GROSSESSE.....	49
Session 17: Le plan de naissance.....	50
Session 18: Planification et espacement idéal des grossesses.....	57
Session 19: Effectuer la troisième visite de la grossesse.....	63
Session 20: Soins de soutien pour les grossesses vulnérables.....	67
Session 21: Orientation, contre-orientation et suivi.....	72
Session 22: Compléter le Registre de ttC de la grossesse.....	80

ABREVIATIONS

ADP	Programme de développement régional	SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
IRA	Infection respiratoire aigüe	MS	Ministère de la Santé
ARV	Antirétroviral	ONG	Organisation non gouvernementale
ART	Traitement antirétroviral	BN	Bureau national
SAN	Soins prénatals	SSP	Soins de santé primaires
ASC/B	Agent de santé communautaire/bénévole	FEA	Femmes enceintes et allaitantes
CHX	Chlorhexidine	PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
CdE	Canaux de l'Espoir	SPN	Soins postnatals
COMM	Comité de santé communautaire	HPP	Hémorragie du postpartum
VAC	Voix et Action citoyennes	IPP	Infection du postpartum
APD	Approche des programmes de développement	SPS	Soutien psychosocial
DPE	Développement de la petite enfance	SG	Santé génésique
AME	Allaitement maternel exclusif	MAS	Malnutrition aiguë sévère
SOU	Soins obstétricaux d'urgence	AQ	Accoucheur qualifié
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	CS	Centre de stabilisation
PF	Planning familial	PAG	Petit poids pour l'âge gestationnel
VBG	Violence basée sur le genre	BS	Bureau de soutien
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	SSG	Santé sexuelle et génésique
PEIGS	Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé	IST	Infection sexuellement transmissible
VD	Visiteur à domicile	AT	Approche technique
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	TB	Tuberculose
MMK	Méthode de soins dite de la "mère-kangourou"	AT	Accoucheur traditionnel
FPN	Faible poids de naissance (bébé)	ttC	Conseils opportuns et ciblés
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée	VD-ttC	Visiteurs de ttC à domiciles
SMSP	Santé mentale et soutien psychosocial	TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
		CDV	Conseil et dépistage volontaire
		WASH	Eau, assainissement et hygiène
		OMS	Organisation Mondiale de la Santé
		VM	Vision Mondial

PREFACE DU MODULE I (2^E EDITION): UNE GROSSESSE SAINE

Comment utiliser ce document

Il s'agit du Module I du programme du contenu technique de la ttC, qui devrait suivre la session du Manuel du Facilitateur pour la formation en ttC: La Méthodologie. Les pays peuvent utiliser le programme fondamental de Vision Mondiale à la place d'un programme élaboré au niveau local et dirigé par le MS. Nous avons délibérément adopté une approche modulaire afin que les modules individuels puissent être intégrés ou retirés dans le cadre d'une adaptation du programme. Ainsi, certains modules peuvent être dispensés de manière autonome ou annexés à une session de révision destinée aux VD-ttC existants.

Veillez noter que les sessions sont numérotées en fonction du déroulement de l'intégralité du programme de ttC afin qu'aucun module n'ait le même numéro. Ainsi, le Module I: Une grossesse saine, devrait dans l'idéal, être dispensé directement après la formation à la méthodologie de la ttC; c'est pourquoi les sessions sont numérotées de 11 à 21, en se basant sur ce déroulement spécifique. Ce document peut être utilisé pour les processus suivants:

- 1. Sélection du programme:** Utilisez ce document pour effectuer une comparaison avec le programme disponible au niveau local pendant la phase d'adaptation de la ttC;
- 2. Adaptation du programme et sélection du module:** Si vous utilisez un programme du MS, vous pourriez souhaiter examiner ce document et sélectionner les éléments ou modules qui vous intéressent et n'ayant pas d'équivalents dans la formation de votre MS.

Sessions 14, 16 et 19. Effectuer les visites de la grossesse (utilisées comme sessions de révision)

Session 20. Soins de soutien pour les grossesses les plus vulnérables

Session 21. Orientation d'un patient, contre-orientation et suivi

Session 22. Compléter le registre de ttC de la grossesse

- 3. Formation de remise à niveau pour les VD-ttC existants:** Si vous avez déjà suivi une formation en ttC avec la première édition du programme de ttC et que vos VD-ttC doivent suivre une formation de remise à niveau, vous pourriez souhaiter inclure les sessions sur le *nouveau contenu*. Le contenu mis à jour se trouve dans la Session 15: VIH et Sida, Tuberculose et PTME. Le nouveau contenu de cette deuxième édition de la ttC a été inclus sous forme de *sessions supplémentaires*; c'est pourquoi ces modules peuvent être utilisés indépendamment pendant les formations de remise à niveau, en particulier les sessions suivantes:

Session 20: Grossesses à risque élevé et soutien supplémentaire

Session 21: Orientation, contre-orientation et suivi

Session 22: Compléter le registre de ttC de la grossesse

Clause de non responsabilité

Vision Mondiale propose des supports qui constituent la 2e édition du Manuel du facilitateur sur les conseils opportune et ciblée à des fins d'utilisation. Vous êtes libre de reproduire et d'utiliser sous réserve que:

- le logo de Vision Mondiale soit conservé et ne soit pas remplacé par votre propre logo;
- la source des supports soit citée et, si nécessaire, un avis de droits d'auteur inclus;
- Vision Mondiale soit citée en tant qu'auteur et propriétaire;
- aucun frais ne soit facturé pour l'atelier et que les supports ne soient pas vendus.

ICONES



Demander au groupe



Informations techniques



Résumé



Récapitulatif des principaux messages et de l'objectif



Utiliser la documentation de travail (supports)



Activité



Sujet de discussion

INTRODUCTION

Bienvenue dans le Manuel du facilitateur pour la formation en Assistance socio-psychologique opportune et ciblée, Module 1: Une grossesse saine. Il s'agit d'une formation élaborée par Vision Mondiale en partenariat avec l'OMS, l'UNICEF, l'American College of Nurse-Midwives et le Health Care Improvement Project de l'USAID, qui s'appuie essentiellement sur les ressources suivantes produites par ces partenaires:

- Caring for the Newborn at Home: A training course for community health workers. (2012). Organisation mondiale de la Santé et UNICEF
- The Community Infant and Young Child Feeding Package: A facilitator's guide (2013). UNICEF.
- Caring for Newborns and Children in the Community: Caring for the Sick Child (2011). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 978 92 4 154804 5
- Facts for Life, Quatrième Édition, UNICEF, 2010
- Home-Based Life Saving Skills (HBLSS), Première édition. (2004) American College of Nurse-Midwives.
- CHW AIM: A Toolkit for Improving Community Health Worker Programs and Services (CHW AIM) (2010). Crigler L et K Hill. Publié par le Projet Health Care Improvement de l'USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

Pour la 2^e Édition de la ttC, les documents suivants étaient également des sources clés:

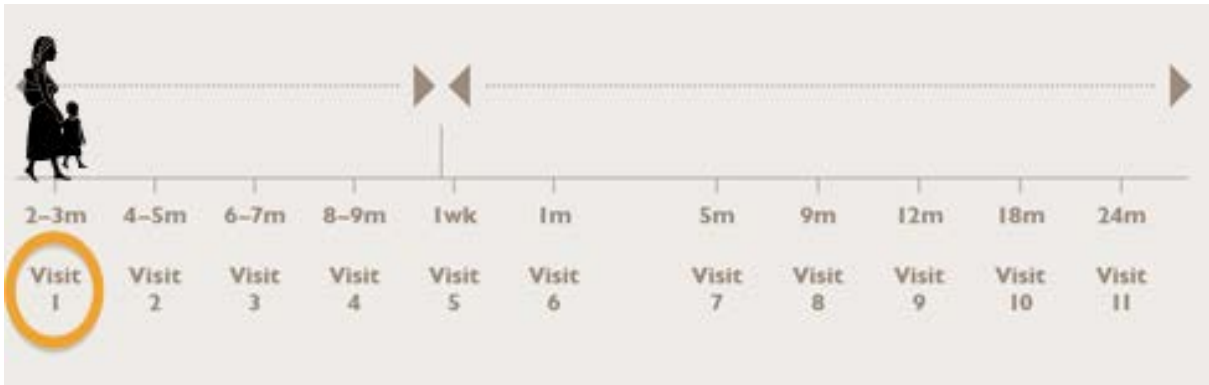
- Taking Care of a Baby at Home After Birth: What Families Need to Do (2011). Core Group, Save the Children, the American College of Nurse-Midwives, et MCHIP.
- Recommandations de l'OMS sur les Soins postnatals de la mère et du nouveau-né (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241506649 (*Ressource clé pour le nettoyage du cordon ombilical à l'aide de chlorhexidine*)
- Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain (2011). Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale. ISBN: 978 92 4 154820 5
- Care for child development: improving the care for young children. (2012) Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. ISBN: 9789241548403
- Model IMCI handbook: Integrated management of childhood illness (2005). Organisation mondiale de la Santé; UNICEF. ISBN: 9241546441. Numéro de référence de l'OMS: WHO/FCH/CAH/00.12
- Caring for newborns and children in the community, adaptation for high HIV or TB settings. Community health worker manual, Facilitator notes, Chart booklet, Referral form (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241548045

Supports de formation nécessaires pour le Module 1 de la ttC



Afin de vous préparer à dispenser cette formation, vous aurez besoin des supports suivants, à imprimer et préparer à l'avance.

Ressources de ttC publiées	<p>Guide et DVD du formateur</p> <p>Manuel du facilitateur (un par facilitateur)</p> <p>Manuel de ttC du participant (un par participant sachant lire et écrire)</p> <p>Livres d'histoires ttC 1-3 (1 lot par VD-ttC)</p> <p>Manuel de ttC du ménage (un par participant)</p> <p>Fiches des aliments (un lot par facilitateur)</p> <p>Registre ttC de la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemple de formulaires d'orientation/contre-orientation d'un patient (ou utiliser la version locale) - trois par participant
Matériel de formation supplémentaire	<p>Tableau de conférence, feuilles et marqueurs</p> <p>Projecteur et écran</p> <p>Exemple de carnet de santé maternelle</p> <p>Exemplaires d'aliments locaux (facultatif)</p> <p>2-3 poupées pour les démonstrations</p> <p>Articles pour les démonstrations: (facultatif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprimés de fer/acide folique - Sel iodé (facultatif) - Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (facultatif) - Comprimés de déparasitage <p>Assiettes (pour les jeux de rôle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Graines de maïs (pour les jeux de rôle: facultatif)

VISITE I: DEBUT DE LA GROSSESSE



Session 1 I: Nutrition pendant la grossesse

<p>Plan de la Session</p>	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2: Les trois groupes d'aliments Activité 3: Renforcer les informations: Les trois groupes d'aliments Activité 4: Combiner les aliments pour un maximum de bienfaits Activité 5: Renforcer les informations: Combiner les aliments pour un maximum de bienfaits Activité 6: Revoir les informations sur les aliments Activité 7: Renforcer les informations: L'importance du fer Activité 8: La nutrition pour la femme enceinte Activité 9: Barrières et facteurs favorables à la bonne nutrition</p>	 <p>Durée: 3h00</p>
<p>Objectifs de la session</p>	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifier les aliments de chacun des trois groupes d'aliments et expliquer l'importance de chacun d'entre eux • identifier les aliments contenant du fer, de la vitamine A, de la vitamine C et des graisses • comprendre et expliquer l'importance d'une bonne nutrition pour la femme enceinte • savoir comment conseiller les membres de la famille en matière d'exigences nutritionnelles chez la femme enceinte. 	
<p>Messages clés</p> 	<p>Les femmes enceintes devraient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manger des aliments de chacun des trois groupes d'aliments tous les jours: • Aliments pour courir: Les aliments énergétiques (riz, pain, maïs) • Aliments pour grandir: les aliments de croissance (poisson, viande, les œufs, les haricots) • aliments pour resplendir: aliments protecteurs (fruits, légumes) • Mangez des aliments riches en Vitamine A tels que le foie, les œufs, les produits laitiers, les poissons gras, mangues mûres, la papaye, la patate douce, les légumes verts, les carottes et l'huile de palme • Faites très attention à l'hygiène: se laver les mains avec du savon ou de la cendre après avoir utilisé les latrines, avant de préparer ou de manger des aliments, ou l'alimentation des enfants • Augmenter la quantité et le nombre de fois par jour qu'ils mangent, en ayant un repas supplémentaire et une collation nutritive • Utiliser le sel iodé pendant la grossesse pour aider à prévenir les maladies; le sel doit être utilisé en petites quantités • Les trois groupes d'aliments • Les micronutriments contenus dans les aliments (aliments riches en fer, aliments riches en vitamine A) 	

Preparation and materials**Matériaux**

- Tableau de conférence, feuilles et marqueurs
- Fiches photographiques des aliments: un lot par participant
- Livre des histoires: Module 1
- Manuels du ménage
- Échantillons d'aliments locaux (facultatif: voir Activité 4)
- Une grande et une petite poupée (facultatif: voir Activité 10)
- Des ciseaux, de grands cercles de papier blanc découpés (facultatif: voir Activité 10)

Préparation

- Rassemblez tout le matériel de formation au préalable
- Entraînez-vous à présenter le conseil en matière de nutrition et préparez-vous à présenter le processus aux participants.

Introduire la session**Posez les questions suivantes aux ASC:**

- Qu'avez-vous mangé hier?
- Pourquoi avez-vous mangé cela?

Présenter la session

Expliquez que l'objectif de la session est de souligner l'importance d'une bonne nutrition pour tous les membres de la famille, mais en particulier pour la femme enceinte et plus tard son nouveau-né.

Demandez aux ASC d'ouvrir leur Manuel.

Expliquez ou lisez à voix haute:**Objectifs de la session**

A la fin de cette session, vous pourrez:

- identifier les aliments de chacun des trois groupes d'aliments et expliquer l'importance de chacun de ces groupes
- identifier les aliments contenant du fer, de la vitamine A et de la vitamine C
- comprendre et expliquer l'importance d'une bonne nutrition pour la femme enceinte
- conseiller les membres de la famille en matière d'exigences nutritionnelles chez la femme enceinte.

**Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà**

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Vous ne montrerez que les fiches photographiques des aliments représentant des aliments courants dans votre région et que les ASC reconnaîtront. Vous devez supprimer ceux qui ne se trouvent pas dans votre région. **Vous devez également vous arranger avec le responsable de projet** afin que des photos supplémentaires d'aliments locaux non inclus dans cette collection soient prises.

Organiser les participants en trois ou quatre groupes et donnez à chacun un ensemble de cartes représentant les aliments. Ces cartes sont seulement utilisées à des fins de formation, mais aident à guider sur les types d'aliments qu'ils peuvent conseiller les familles à utiliser pendant les visites à domicile.

Répartissez les participants en groupes de quatre ou cinq personnes. **Demandez** aux participants s'ils connaissent les différents groupes d'aliments, et de trier leurs fiches en fonction de ces groupes. Ils doivent étiqueter chaque groupe d'aliments qu'ils identifient.



Demandez: Quels sont les différents groupes d'aliments?

Ils devraient essayer de grouper les cartes dans les types d'aliments similaires et donner un nom à chacun pour que les groupes expliquent les caractéristiques que ces aliments ont en commun. Après 15 à 20 minutes, **réunissez** tous les participants et examinez leurs réponses. Demandez à chaque groupe de présenter l'un des groupes et pourquoi ils les ont regroupés.

Capturer les idées clés sur le tableau de conférence.



Activité 2: Fournir des informations pertinentes: Les trois groupes d'aliments

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Les MS disposent de directives alimentaires différentes selon le pays. Bien que les exemples fournis ici fonctionnent avec trois groupes d'aliments, les facilitateurs devront les adapter si nécessaire afin de s'aligner sur les messages promus par le MS de leur pays.



LES TROIS GROUPES D'ALIMENTS

- **Les aliments « pour courir »** fournissent de l'énergie au corps, tout comme l'essence permet à une voiture de rouler. Ces glucides remplissent l'estomac et donnent à la personne le sentiment d'être forte. Les aliments « pour courir » sont généralement des aliments « de base » que les familles consomment tous les jours. Des exemples tirés des fiches photographiques incluent: le maïs, le manioc, le sorgho, le millet, le riz, les patates douces, les patates, le pain, les pâtes, les nouilles
- **Les aliments « pour resplendir »** rendent le corps sain et le protège des maladies, grâce aux vitamines et minéraux qu'ils contiennent. Cette bonne santé se traduit par des cheveux brillants, une peau éclatante, des yeux brillants et fait donc « resplendir » le corps. Les aliments « pour resplendir » doivent être consommés tous les jours si possible, ou au moins trois à quatre fois par semaine. Des exemples tirés des fiches photographiques incluent: les mangues, les légumes à feuilles, les patates douces cuites, les bananes, les papayes, les ananas, les courges, les avocats, les tomates.
- I. **Les aliments « pour grandir »** développent la force et permettent de grandir. Ces aliments, qui contiennent des protéines, peuvent être comparés à l'eau et au sol fertile qui permettent à une plante de pousser. Les aliments « pour grandir » doivent être consommés tous les jours si possible, ou au moins trois à quatre fois par semaine. Des exemples tirés des fiches photographiques incluent: la viande, le poisson, le foie, le poulet, les œufs, l'arachide, les haricots



Activité 3: Renforcer les informations: Les trois groupes d'aliments

Placez trois feuilles de tableau de conférence sur le sol avec les rubriques courir, Resplendir, grandir. Demandez aux participants dans un cercle autour des papiers de tableau de conférence et de distribuer toutes les cartes représentant les aliments (un ou deux par personne). Examinez **avec les participants les trois analogies utilisées pour décrire les groupes d'aliments:**

- I. **Les aliments « pour courir »:** comme l'essence qui permet à une voiture de rouler.
 - Action = Vous et les participants pouvez courir sur place pour illustrer l'idée.

2. **Les aliments « pour resplendir »:** comme une lampe ou une bougie qui illumine une pièce.
 - Action = **Demandez** aux participants s'ils pensent être beaux lorsqu'ils sont malades. Ils répondront généralement que non. Expliquez que les aliments « pour resplendir » aident à se protéger des maladies. Manger ces aliments vous aidera donc à rester en bonne santé, et aidera votre peau à « resplendir » et à avoir belle apparence. Vous et les participants devrez essayer de vous montrer sous votre meilleur jour et paraître resplendissants.
3. **Les aliments « pour grandir »:** comme l'eau et le sol fertile font pousser les plantes
 - Vous et les participants devrez vous étirer en longueur comme si vous grandissiez afin d'illustrer cette idée.



Placez trois feuilles du tableau de conférence au sol en inscrivant les trois titres suivants (Courir, Resplendir, Grandir) et demandez aux participants de trier leurs fiches photographiques afin de les placer dans les groupes adéquats s'ils n'ont pas catégorisé correctement certains d'entre eux au cours de l'étape précédente.

Maintenant, **demandez** aux participants d'indiquer les cartes représentant des aliments **disponibles localement** et d'enlever les autres cartes. **Demandez-leur** s'il existe d'autres aliments qu'eux-mêmes ou d'autres membres de la communauté mangent fréquemment, et entamez une discussion visant à déterminer à quelle catégorie ces autres aliments appartiennent. Les participants peuvent dessiner des images de ces aliments locaux sur la feuille du tableau de conférence adéquate. Vous pouvez sinon vous organiser afin de rapporter certains de ces aliments avec vous à la session de formation afin que les ASC en déterminent la catégorie.

Une alimentation équilibrée

Après l'exercice ci-dessus, vous aurez trois groupes alimentaires triés en tas, y compris les exemples locaux que vous avez apportés. Maintenant, expliquer qu'un régime «équilibré» signifie que la femme enceinte mange des aliments compris dans les trois groupes tous les jours. Demandez à des volontaires de se manifester et de sélectionner trois cartes et expliquer comment ils pourraient être combinés dans un repas que les populations locales peuvent manger.



Activité 4: Information: Combiner les aliments pour un maximum de bienfaits

Expliquez aux ASC que les aliments peuvent être catégorisés selon le **groupe d'aliments** auquel ils appartiennent (Courir, Resplendir, Grandir) comme ils viennent de l'apprendre. Mais ils peuvent **également** être catégorisés en fonction des **micronutriments** qu'ils contiennent. **Passez en revue** les catégories d'aliments de l'encadré ci-dessous.

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Vous devez ajouter d'autres aliments disponibles localement à ces listes.



Les aliments contenant du fer

Les aliments riches en fer aident à fortifier le sang et à prévenir une anémie. La prévention de l'anémie est particulièrement importante chez les femmes enceintes et les jeunes enfants. Les aliments riches en fer doivent être consommés tous les jours si possible, ou au moins trois à quatre fois par semaine. Des exemples incluent:

- le foie, les viandes maigres, les poissons, les œufs (aliments d'origine animale)

- les légumes à feuilles foncées (aliments d'origine végétale).

Les aliments contenant de la vitamine C

La vitamine C est une vitamine essentielle pour la santé, car elle aide à lutter contre les infections; aide à la cicatrisation des plaies et la croissance saine. Il nous aide aussi à absorber le fer et prévenir l'anémie. Les exemples comprennent:

- les oranges, les pamplemousses, les tomates, agrumes

Les aliments contenant de la vitamine A

- La vitamine A contribue à renforcer la résistance contre les infections, améliorer et maintenir une bonne vision en particulier dans la pénombre, et le maintien d'une peau saine.
- le foie, les œufs, les poissons gras (aliments d'origine animale) **Note:** une femme enceinte doit éviter de manger du foie en grandes quantités, car cela peut être dangereux; une petite quantité pas plus d'une fois par semaine ne serait pas nuisible.
- les mangues, les papayes, les patates douces jaunes ou oranges, les légumes à feuilles foncées et les carottes (aliments d'origine végétale).

Les aliments contenant des graisses

- De petites quantités d'huiles saines sont importantes dans une alimentation saine. Graisses et huiles aident à protéger les organes du corps, vous garde au chaud et aide votre corps à absorber les nutriments de l'alimentation. Trop de graisse et d'huile dans notre alimentation peuvent vous amener à devenir en surpoids, car ils contiennent beaucoup d'énergie.
- l'huile, l'arachide, le lait de coco, l'avocat

Expliquer maintenant que pour un bénéfice maximum, les aliments suivants doivent être consommés ensemble:

VITAMINE A + GRAISSES

FER + VITAMINE C



Activité 5: Renforcer les informations: Combiner les aliments

Étape 1: Répartissez les participants en groupes de quatre ou cinq personnes. **Demandez** aux participants de travailler avec leurs **fiches photographiques des aliments**, en les triant en fonction de ce que contiennent les aliments représentés:

- Fer Vitamine C Vitamine A Graisses

Étape 2: Ensuite, demandez aux groupes de concevoir deux exemples de repas pour une femme enceinte, présentant une combinaison d'aliments idéale. C'est-à-dire que leur sélection de repas doit indiquer une combinaison d'un **aliment riche en vitamine A avec une source de graisses** et une combinaison d'un **aliment riche en fer avec un aliment riche en vitamine C**. Ils peuvent afficher les fiches photographiques des aliments sur la feuille du tableau de conférence et affichez la feuille au mur. Une fois que les groupes ont terminé, ils doivent présenter leurs sélections de repas.



Activité 6: Revoir les informations sur les aliments

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Vous ne devez pas utiliser le tableau ci-dessous tel quel. Vous devez plutôt vous renseigner sur les aliments courants dans votre pays/région, notamment les aliments disponibles localement, et n'inclure que ces aliments au tableau. Cela signifie qu'il faudra supprimer et ajouter des aliments aux listes présentées ici.

Une fois ceci fait, vous pourrez présenter cette sélection aux ASC. Vous devrez sélectionner avec les ASC les cinq aliments les plus importants de chaque catégorie comme étant ceux que les ASC recommanderont aux familles.

Un tableau vierge correspondant est fourni dans le Manuel de l'ASC. Demandez aux ASC de remplir leur tableau en plaçant les aliments locaux corrects dans chaque catégorie. Les ASC peuvent entourer les cinq premiers de chaque catégorie dans leur tableau. La réponse clé est fournie ci-dessous:

Courir	Resplendir	Grandir	Fer	Vitamine C	Vitamine A	Graisses
Maïs						
Riz						
Sorgho						
Millet						
Manioc						
Bouillie						
Spaghetti						
Patates						
Pain						
OFSP					OFSP	
	Légumes verts à feuilles		Légumes verts à feuilles		Légumes verts à feuilles	
	Épinards		Épinards		Épinards	
	Mangues				Mangues	
	Carottes				Carottes	
	Papayes			Papayes	Papayes	
	Oranges			Oranges		
	Ananas			Ananas		
	Tomates			Tomates		
	Citrouilles					
	Bananes					
	Laitue					
	Choux					
	Avocats					Avocat
		Œufs	Œufs		Œufs	
		Foie	Foie		Foie	
		Poisson	Poisson		Poisson	
		Viande	Viande			
		Poulet	Poulet			
		Haricots	Haricots			
		Fruits oléagineux	Fruits oléagineux			Fruits oléagineux

						Huile
						Noix de coco



Activite 7: Renforcer les informations: L'importance du fer

Expliquez aux ASC les informations de l'encadré et répondez à toute question qu'ils pourraient poser:



L'IMPORTANT DU FER

Le sang est rouge car il contient des globules rouges. Les globules rouges sont très importants car ils transportent l'oxygène dans le corps. Comme chacun sait, l'oxygène est essentiel à la vie. Toutes les cellules du corps meurent et se reproduisent constamment; il est normal qu'une cellule du corps meure, et ceci est également vrai pour les globules rouges. Cependant, **le fer** est nécessaire pour assurer le remplacement des globules rouges. C'est le fer qui aide à produire des globules rouges. En l'absence de fer, le corps produit moins de globules rouges, et avec moins de globules rouges, moins d'oxygène est transporté dans le corps. On appelle cette maladie l'**anémie**, et une personne disposant d'une quantité moindre d'oxygène sera de plus en plus fatiguée. Ce problème est particulièrement courant chez les femmes enceintes et les jeunes enfants, et c'est pour cela qu'il est si important qu'une femme enceinte consomme suffisamment de fer, à la fois à partir des aliments qu'elle consomme et des comprimés qui lui sont remis au centre de santé.



Activité 8: La nutrition pour la femme enceinte

Demandez ce qu'une femme enceinte doit manger selon eux. Pourquoi est-ce important qu'elle mange bien?

Demandez aux VD-ttc de sexe féminin de décrire ce qu'elles ont mangé lorsqu'elles étaient enceintes, et aux VD-ttc de sexe masculin de décrire ce que leurs épouses ont mangé.

Demandez aux VD-ttc de vous dire pourquoi il est important qu'une femme enceinte mange bien.

Passer en revue les messages importants suivants relatifs à la nutrition pour la femme enceinte:



LA NUTRITION POUR LA FEMME ENCEINTE

Le lavage des mains: Les personnes préparant les repas pour la famille devraient toujours se laver les mains avant de cuisiner. Tous les membres de la famille devraient se laver les mains avant de manger.

Un repas nutritif et un encas nutritif supplémentaires par jour: Les femmes enceintes devraient augmenter la quantité de nourriture et le nombre de repas consommés par jour. Leur corps a besoin de davantage de nourriture pour que le bébé grandisse bien dans leur ventre. La femme enceinte « mange pour deux » maintenant, et si elle ne mange pas suffisamment, le bébé risque de naître avec un petit poids de naissance. Les bébés ayant un petit poids de naissance ont plus de problèmes et tombent plus souvent malades que les bébés dont le poids est normal.

Manger des aliments des trois groupes d'aliments: Les femmes enceintes devraient manger, chaque jour si possible ou au moins trois à quatre fois par semaine, des aliments des trois groupes d'aliments, pour le bien de la femme, mais aussi de son bébé à naître.

Manger des aliments riches en fer: De plus, les femmes enceintes devraient manger chaque jour si possible ou au moins trois à quatre fois par semaine des aliments **riches en fer**. Les femmes enceintes devraient également manger chaque jour si possible ou au moins trois à quatre fois par semaine des aliments **enrichis en fer**. Consommer ces aliments aidera la femme à avoir un sang sain et lui évitera de s'affaiblir au cours de la grossesse. Cela bénéficiera à la femme, mais aussi à son bébé à naître.

Utiliser du sel iodé: De l'iode en petites quantités est essentiel à la croissance et au développement des enfants. Si la mère ne consomme pas suffisamment d'iode au cours de sa grossesse, l'enfant est susceptible de naître avec un handicap mental, de l'audition ou de la parole, et pourrait souffrir d'un retard de développement physique ou mental.

L'utilisation de sel iodé plutôt que de sel ordinaire permet aux femmes enceintes de disposer de tout l'iode dont elles ont besoin. Si du sel iodé n'est pas disponible, les femmes doivent se voir remettre des suppléments iodés auprès du centre de santé



Activité 9: Barrières et facilitateurs à la bonne nutrition

Examiner les Manuels de ménages visite I. Identifier quels sont les comportements négociés qui s'associent à la nutrition. Pour chacun d'eux (des quatres), Prener un groupe qui va discuter entre eux quels sont ceux qui existent:

- Les obstacles (barrières) à la pratique - Qu'est ce qui empêche les femmes et les familles de faire cette action?
- Facilitateurs - Ce qui pourrait aider les femmes et les familles à faire cette action?
- Actions que TTC peut faire pour aider la famille à surmonter les obstacles et trouver des solutions

Rappelez au groupe des actions possibles qu'ils pourraient prendre pour résoudre ou surmonter un obstacle:

- Rassurer
- Connectez-vous à des services / reporter à la clinique
- Conseiller la famille
- Démontrer / enseigner
- Donner des rappels
- Communiquer avec les gens qui peuvent donner une aide supplémentaire ou qui ont surmonté les obstacles (ex: groupes de soutien)



Demandez à chaque groupe de faire un rapport sur les discussions sur chaque comportement négocié

Le VD-ttc peut utiliser la table dans leurs manuels pour noter les obstacles et les actions clés.

Visite I. Début de grossesse ou d'une première inscription (voir Manuels du participants aussi)

Messages clés et Information Supplémentaire	Barrières <i>Qu'est ce qui le rend difficile a réaliser?</i>	Facteurs favorables <i>Qu'est ce qui le rend facile a réaliser?</i>	réponse de counselling ou solution
Augmentation de la quantité et la variété des aliments pour les femmes enceintes	<i>par exemple. Famille / culture</i>	<i>Production locale d'aliments,</i>	




	<i>argent</i>	<i>Soutien familial</i>	
Trois groupes d'aliments (discuter les aliments disponibles localement) - Avoir une alimentation équilibrée. Inclure les micronutriments (aliments riches en fer, en vitamine A des aliments riches)	Accès		
Le lavage des mains avant de préparer la nourriture			
Sel iodé	<i>L'accès, de l'argent</i>	<i>Connaissance des avantages</i>	



Résumer de la session

- Les femmes enceintes ont besoin de manger une alimentation saine et équilibrée contenant des aliments de chacun des trois groupes d'aliments tous les jours:
 - o Aliments pour courir: Les aliments énergétiques (riz, pain, maïs)
 - o Aliments pour grandir: les aliments de croissance (poisson, viande, les œufs, les haricots)
 - o Aliments pour resplendir: aliments protecteurs (fruits, légumes)
- Ils devraient également veiller à ce qu'ils mangent des aliments riches en Vitamine A tels que le foie, les œufs, les produits laitiers, les poissons gras, les mangues mûres, la papaye, la patate douce, les légumes verts, les carottes et l'huile de palme; des aliments riches en Vitamine C comme les oranges tomates et les agrumes et les aliments riches en fer tels que le foie, les œufs et les légumes verts à feuilles vert foncé.
- Le sel iodé devrait être utilisé au lieu du sel ordinaire pendant la grossesse pour aider à prévenir les maladies; le sel doit être utilisé en petites quantités.

Session 12: Soins a domicile pour les femmes enceintes et signes de danger au cours de la grossesse

Plan de la Session	Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2: Les soins à domicile pour la femme enceinte Activité 3: Les signes de danger pendant la grossesse Activité 4: Les quatre retards Activité 5: Obstacles et facteurs favorables pour soins à domicile et référence	 <p>Durée: 2h10</p>
Objectifs de la session	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • conseiller les femmes sur la façon de prendre soin d'elles-mêmes à domicile au cours de la grossesse • reconnaître et expliquer les signes de danger au cours de la grossesse 	
Messages clés 	La femme enceinte devrait: <ul style="list-style-type: none"> • prendre un repas nutritif supplémentaire et un encas supplémentaire par jour • se reposer suffisamment; se reposer plus que d'habitude, ne pas porter d'objets lourds, se faire aider par les membres de la famille • prendre des comprimés de FAF • consommer des aliments riches en fer • ne pas fumer ni boire d'alcool au cours de sa grossesse • dormir sous une moustiquaire de lit appelée moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MILDA) dans les régions impaludées. Signes de danger au cours de la grossesse: <ul style="list-style-type: none"> • Informer immédiatement quelqu'un en cas de signe de danger. • Orienter la femme vers un centre de santé. 	
Preparation and materials 	<p><i>Matériaux:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Histoires du folioscope pour la visite I • Manuels du ménage • Échantillons du matériel suivant (facultatif): <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprimés de FAF ○ Sel iodé ○ MILDA ○ Légumes à feuilles foncées <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation au préalable. 	

Présenter la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

Objectifs de la session

A la fin de cette session, vous:

- pourrez conseiller les femmes sur la façon de prendre soin d'elles-mêmes à domicile au cours de la grossesse
- connaîtrez les signes de danger au cours de la grossesse et pourrez conseiller les familles quant aux mesures à prendre en cas de signe de danger



Activite 1: Déterminer ce que les ASC savent déjà

Posez la question suivante aux ASC: D'après votre expérience de la grossesse, qu'il s'agisse de votre propre grossesse ou de celle d'un membre de votre famille, de quels soins à domicile une femme enceinte a-t-elle besoin?

Posez maintenant la question suivante aux ASC: Connaissez-vous un des signes indiquant qu'une femme enceinte est en danger et qu'elle doit immédiatement rechercher des soins?



Activite 2: Fournir des informations pertinentes: Les soins à domicile pour la femme enceinte

Renvoyez les ASC à leur Manuel, où les informations ci-dessus sont fournies.

Note: Vous devrez vous préparer à l'avance afin de rapporter des comprimés de FAF, des moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide (si vous travaillez dans une région où le paludisme est courant) afin de les montrer aux ASC, au cas où ils ne seraient pas vraiment familiarisés avec eux.



LES SOINS A DOMICILE POUR LA FEMME ENCEINTE

- Pourquoi les femmes enceintes doivent-elles se reposer davantage?
- Si une femme enceinte travaille dur, elle aura alors moins d'énergie à disposition pour que le bébé puisse grandir. Si une femme se repose et mange bien, le bébé sera plus grand et plus fort. Une femme enceinte ne doit pas porter d'objets lourds, et les membres de la famille doivent l'aider dans ses tâches quotidiennes, afin qu'elle puisse se reposer davantage. En ne travaillant pas trop, la femme réduit également le risque d'hémorragie ou de fausse-couche.
 - Pourquoi les femmes enceintes doivent-elles prendre des comprimés de FAF?
- Au cours de la grossesse, de l'accouchement et après l'accouchement, une femme doit avoir un sang sain afin de porter, puis d'alimenter le bébé et d'éviter des problèmes. La femme enceinte devrait consommer des aliments riches en fer, comme nous l'avons appris au cours de la session précédente. Cependant, même lorsqu'elle consomme ces aliments, elle a parfois besoin de fer supplémentaire, qu'elle peut se procurer grâce à ces comprimés.
- L'acide folique se trouve dans certains aliments, mais il est difficile pour une femme enceinte d'en manger suffisamment pour satisfaire les besoins de son corps. En l'absence d'acide folique en quantité suffisante, il existe un danger que son bébé présente des anomalies à la naissance. Elle doit donc prendre des comprimés de FAF qu'elle se procurera auprès du centre de santé.
 - Pourquoi les femmes enceintes ne doivent-elles ni fumer ni boire d'alcool?
- Si une femme boit de l'alcool au cours de sa grossesse, l'alcool dans le sang de la mère est transmis à son bébé par le biais du cordon ombilical. Cela peut entraîner une fausse couche, la naissance d'un mort-né ou de bébés présentant des problèmes de croissance, mentaux et physiques, tels qu'une tête de petite taille, un petit poids de naissance, une mauvaise mémoire, des difficultés scolaires et autres. De même, si une femme fume pendant la grossesse, les substances toxiques de la cigarette sont transmises au bébé par le biais du cordon ombilical. Ces substances réduisent l'apport d'oxygène au bébé, ce qui affecte sa croissance et son développement dans le ventre. Bon nombre des effets, tels que les mort-nés ou un petit poids de naissance, sont les mêmes que ceux de l'alcool sur le fœtus.
- Pourquoi les femmes enceintes doivent-elles dormir sous une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide à longue durée?
- Le paludisme est une maladie grave, en particulier au cours de la grossesse, et peut être très dangereuse pour la mère et pour le bébé. Pour éviter de tomber malade, tout le monde (mais en particulier les femmes

enceintes et, une fois qu'ils sont nés, leurs bébés) devraient dormir sous une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide à longue durée.

Note: Ce dernier point n'est pertinent que dans les régions où le paludisme est courant



Activité 3: Fournir des informations pertinentes: les Signes de danger au cours de la grossesse

Distribuez la session technique du folioscope: « Les signes de danger au cours de la grossesse ». La première image montre une femme transférée vers un centre de santé. Il s'agit de l'**image d'action** (ou l'« image de négociation », comme l'apprendront les ASC). Les autres images illustrent les divers signes de danger. Si la femme enceinte présente l'un des signes de danger illustrés, elle doit immédiatement être transférée vers le centre de santé le plus proche. **Passez en revue** les signes de danger, un par un, avec les participants.



SIGNES DE DANGER AU COURS DE LA GROSSESSE

- Saignement vaginal
- Attaque ou crise
- Fièvre
- Douleur abdominale sévère
- Douleur en urinant
- Mal de tête sévère, vision troublée
- Respiration rapide ou difficile
- Gonflement inhabituel des jambes, des bras ou du visage
- Coups de pied réduits ou absents (le bébé a cessé de bouger)
- Si l'un de ces signes de danger apparaît, la famille doit rechercher dès que possible des soins auprès du centre de santé.

Reportez l'ASC à la page correspondante dans le manuel du Participant TTC. Rappeler aux participants les compétences qu'ils ont apprises pour supporter une femme en détresse. Si une femme éprouve des signes de danger ou de complications de santé, veiller à ce que vous appliquiez de bonnes aptitudes à la communication, et d'aider la femme à rester calme et se sentir soutenus.

Expliquer:

- **Crises/ convulsions:** les crises impliquent le raidissement du corps, avec des mouvements rythmiques de bras, les jambes ou le visage. Habituellement, une personne perd conscience pendant une crise. Ceci est un état très grave.
- **Des douleurs abdominales sévères:** une douleur abdominale sévère est une très mauvaise douleur dans le bas-ventre. Elle est différente de contractions en ce qu'il ne vient pas et s'en va à des intervalles réguliers, mais est généralement constante. Cela peut signifier un danger pour le bébé,
- **Fièvre chez une femme enceinte:** la fièvre pendant la grossesse, en particulier dans les zones où le paludisme est commun, doit être pris très au sérieux, et la femme doit se faire soigner le plus tôt possible.
- **Les signes de danger:** Après avoir discuté de soins pendant la grossesse, l'ASC devrait examiner les signes de danger avec la femme et de la famille et s'assurer qu'ils savent que si l'un de ces problèmes se posent, ils doivent aller à l'hôpital immédiatement.

- **Renvoyer au centre de santé:** Les femmes enceintes peuvent éprouver une variété de plaintes de santé et de symptômes pendant la grossesse; chacun d'entre eux ne sont pas dangereux, mais si elles sont incertaines, il est préférable de se référer au centre de santé pour les soins.



Activité 4: Fournir des informations pertinentes: Les quatre retards

Expliquez aux participants que de nombreux décès maternels sont dus à l'un ou plusieurs des **quatre retards**:



LES QUATRE RETARDS

- **Danger:** Retard dans la reconnaissance du signe de danger
- **Décision:** Retard dans la décision de recherche de soins
- **Distance:** Retard dans l'atteinte des soins (distance jusqu'au centre de santé et/ou absence de transport)
- **Service:** Retard dans l'obtention de soins.



Discutez de ces retards avec les participants. Expliquez qu'ils travailleront avec les familles afin que ces dernières **reconnaissent les signes de danger** et prennent la **décision de rechercher immédiatement des soins** (dans 24 heures) en cas de signe de danger

Demandez aux participants de discuter de la situation dans leur région eue égard aux retards 3 et 4. Est-il difficile pour les familles de se rendre au centre de santé? Une fois arrivées au centre de santé, sont-elles retardées dans l'obtention du service? Comment peut-on surmonter ces retards?



Activité 5: Contraintes entravant la mise en pratique des recommandations

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Les contraintes dont vous avez parlé avec les ASC seront différentes en fonction du lieu où vous vous situez. Ainsi, si vous travaillez dans une communauté urbaine, vous ne parlerez pas du travail agricole de la femme enceinte. Si vous vous trouvez dans une communauté proche d'un centre de santé, les longues distances pour se rendre au centre ne constitueront pas une contrainte. Veillez à ce que ce dont vous parlez avec les ASC est pertinent pour le contexte dans lequel vous travaillez.



Examiner les Manuels de ménages visite 1. Identifier quels sont les comportements négociés qui s'associent aux soins a domicile. Pour chacun d'eux (des quatres), Prener un groupe qui va discuter entre eux quels sont ceux qui existent:

- Les obstacles (barrières) à la pratique - Qu'est ce qui empêche les femmes et les familles de faire cette action?
- Facilitateurs – qu'est ce qui pourrait aider les femmes et les familles à faire cette action?
- Actions que TTC peut faire pour aider la famille à surmonter les obstacles et trouver des solutions

Demandez à chaque groupe de faire un rapport sur leurs discussions détaillées sur chaque comportement négocié et discuter. L'ASC peut utiliser la table dans leurs manuels pour noter les obstacles et les actions clés. (Nous ne regardons que les comportements de soins à domicile.)

Discutez ensuite des difficultés éventuelles que les femmes enceintes peuvent rencontrer dans la **recherche de soins immédiats en cas de signe de danger**. Par exemple, le centre de santé peut être éloigné du domicile et la famille peut ne pas disposer d'argent pour payer le transport. Discutez des façons pour les ASC de conseiller les familles afin de les aider à surmonter ces contraintes, en encourageant par exemple la famille à mettre de l'argent de coté afin de pouvoir

régler ces urgences. Dressez une liste sur le tableau de conférence des contraintes que les ASC identifient, et des solutions possibles.

Visite 1. Début de grossesse ou d'une première inscription (voir Participants du Manuels aussi)

Sujets	Messages clés et Information Supplémentaire	Barrières Qu'est ce qui le rend difficile à réaliser?	Facteurs favorables Qu'est ce qui le rend facile à réaliser?	Réponse de counselling ou solution
Soins à domicile et Signes de Danger	Dormir sous MILDA dans les zones où le paludisme est répandu			
	Ne pas fumer ou boire de l'alcool pendant la grossesse	Connaissances, croyances Dépendance	Connaissance des risques	
	Un repos adéquat et l'aide de membres de la famille	Famille/ culture	Plus de soutien dans le travail	
	Prendre des comprimés de fer et d'acide folique par jour	L'accès à l'IFA, la croyance en effet, la constipation, l'oubli	Rappel à prendre, savoir prendre avec de la nourriture, traiter la constipation	
	Renvoyez la femme au centre de santé immédiatement si un signe de danger est présent (voir la liste des signes)	Connaissance	La connaissance des signes de danger, le soutien familial	




Résumer les principaux points de la session

Une femme enceinte devrait:

- Obtenir suffisamment de repos; plus de repos que d'habitude, ne pas soulever des objets lourds, l'aide de membres de la famille
- Prendre des comprimés de fer et d'acide folique par jour pendant la grossesse
- Consommez des aliments riches en fer par jour
- Ne pas fumer ou boire de l'alcool pendant la grossesse
- dormir chaque nuit sous une moustiquaire connue sous le nom de moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD) dans les zones avec une prévalence élevée du paludisme.
- Les signes de danger pendant la grossesse: Informer quelqu'un immédiatement si un signe de danger est présent.

Session 13: La promotion des soins anténatals

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Importance des soins prénatals</p> <p>Activité 3: Discussion sur les obstacles et les facteurs favorables de SAN</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de la formation	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> expliquer pourquoi les femmes enceintes devraient se rendre aux visites de SAN, et les principaux services qu'elles peuvent s'attendre à recevoir. expliquer quand les femmes enceintes devraient commencer à se rendre aux visites de SAN et le nombre de visites recommandé aider à résoudre des problèmes pour se rendre aux visites de SAN. 	
Messages clés	<p>La femme enceinte se rend au moins à quatre visites de SAN. Les services suivants doivent être fournis au cours des visites de SAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Les femmes enceintes doivent recevoir et prendre des comprimés de fer-acide folique (FAF) au cours de la grossesse. Les femmes enceintes doivent se voir administrer deux vaccins de toxoiide tétanique (TT) au cours de la grossesse. Les femmes enceintes doivent passer un test de dépistage du VIH, de la tuberculose et autres infections sexuellement transmissibles (IST). Les femmes enceintes doivent recevoir des comprimés de deparasitage au quatrième mois de grossesse, si elles vivent dans une région où les vers intestinaux sont courants. Dans les zones à prévalence de paludisme élevée, les femmes enceintes doivent bénéficier d'un traitement présomptif intermittent contre le paludisme (TPIg) et peuvent également se voir remettre une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide appelée MILDA. Dans les régions à prévalence de paludisme élevée, les femmes enceintes doivent dormir sous une MILDA. 	
Preparation et materiaux	<p><i>Materials</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tableau de conférence, feuilles et marqueurs Histoires du folioscope pour la visite 1 Manuels du ménage Comprimés de FAF Comprimés de deparasitage Moustiquaires (facultatif) Matériel pour prendre la tension artérielle, etc. pour le jeu de rôle (facultatif) <p><i>Preparation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rassemblez tout le matériel de formation au préalable. 	

Présenter la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, vous pourrez:

- expliquer pourquoi les femmes enceintes devraient se rendre aux visites de SAN et les principaux services qu'elles peuvent s'attendre à recevoir
- expliquer quand les femmes enceintes devraient commencer à se rendre aux visites de SAN et le nombre de visites recommandé
- aider les familles à résoudre des problèmes pour se rendre aux visites de SAN.



Activite 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez aux participants si l'un d'entre eux ou une personne de leur famille a déjà bénéficié de SAN au cours de sa grossesse.

Demandez aux femmes ayant répondu « oui » d'expliquer les soins reçus et pourquoi les SAN sont important pour les femmes enceintes.

Écoutez leurs réponses et notez-les sur le tableau de conférence. Utilisez cette liste au cours de la prochaine étape de formation (comparez-la à la présentation générale des SAN ci-dessous)



Activité 2: Fournir des informations pertinentes: L'importance des soins anténatals

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Vous ne parlerez que des services de SAN qui sont réellement proposés aux femmes enceintes dans votre pays. Par exemple, si les comprimés de déparasitage ne sont pas fournis, vous n'en parlerez pas. Étudiez et modifiez l'encadré ci-dessous si nécessaire. Quatre visites de SAN au minimum sont recommandées. Cette recommandation doit être adaptée en fonction de la politique nationale de votre pays.

Expliquez ou lisez à voix haute, et réviser:

Vous pouvez également afficher les différents éléments au ASC afin qu'ils sachent comment confirmer dans la visite à domicile que les ménages possèdent ces éléments.



PRESENTATION GENERALE DES SOINS FOURNIS AU COURS DES VISITES DE SOINS ANTENATALS

Bien que l'ASC rende visite à chaque femme enceinte vivant dans sa zone quatre fois au cours de la grossesse, l'ASC ne fournit pas de SAN. Ces soins sont fournis par le centre de santé ou dans le cadre d'un travail de proximité effectué par un agent de santé formé. L'ASC encouragera la femme enceinte à se rendre aux visites de SAN au cours des visites à domicile.

- **Un examen** de la femme enceinte; tension artérielle, yeux, poids, urine, tests sanguins
- **Des comprimés de FAF** afin de prévenir une anémie et renforcer le sang
- Au moins deux vaccins **TT** afin de prévenir le tétanos
- Des tests visant à détecter des infections telles que **le VIH, la tuberculose et les IST** et un traitement et des soins si nécessaire; le traitement des IST peut contribuer à prévenir des fausses couches et des mort-nés
- **Des conseils** sur les soins à domicile pour la femme enceinte et pour s'assurer que le bébé grandit bien
- **Une préparation à l'accouchement**, notamment se préparer à un accouchement dans un centre de santé et informer la famille des **signes de danger** et de l'importance de rechercher une prise en charge rapide
- Des comprimés de **deparasitage** à quatre mois de grossesse dans les régions où les vers intestinaux sont courants

- **Des moustiquaires de lit** imprégnées d'insecticide à longue durée et un traitement préventif intermittent (**TPIg**) afin de prévenir le paludisme dans des régions où cette maladie est très fréquente.

Demandez si quelqu'un sait combien de fois une femme doit se rendre aux visites de SAN. Écoutez les réponses, puis continuez à expliquer ou lire à voix haute:

Le nombre minimum de visites de SAN recommandé est de quatre; la première visite au début de la grossesse, dès que la femme pense être enceinte, puis, s'il n'y a aucun problème, autour de 28 semaines, 32 semaines et 36 semaines.

Renvoyez l'ASC dans leur Manuel, où les informations ci-dessus sont fournies.



Activite 3: Renforcer les informations: Jeu de rôle

Posez la question suivante: Pourquoi certaines femmes ne se rendent pas aux visites de SAN?



• **Écoutez** les réponses, qui pourraient être les suivantes:

- la distance à parcourir jusqu'au centre de santé
- les coûts cachés
- l'attitude négative des agents de santé
- trop de travail à faire à domicile.



Demandez: même si une mère va aux SAN, pourrait-il y avoir certains services qu' elle ne reçoit pas?

Pourquoi pourquoi pas?

- Rupture de stock de produits
- Les partenaires ne souhaitent pas assister au dépistage du VIH.

Revoir le Manuel des ménages Visite I, et de voir la liste ci-dessous. Menez une discussion sur les quatre comportements énumérés et demande que les groupes traitent des comportements énumérés ci-dessous, et ensuite faire un rapport:

- Les obstacles (barrières) à la pratique - Qu'est ce qui empêche les femmes et les familles de faire cette action?
- Facilitateurs – qu'est ce qui pourrait aider les femmes et les familles à faire cette action?
- Actions que TTC peut faire pour aider la famille à surmonter les obstacles et trouver des solutions

Remplir cette section dans le Manuel des participants TTC

Sujets	Messages clés et Information Supplémentaire	Barrières	Facilitateurs	réponse de counselling ou solution
Soin prénatal	Préparer des économies pour les coûts de la grossesse / la planification des naissances et la préparation	Qu'est ce qui le rend difficile à réaliser?	Qu'est ce qui le rend facile à réaliser?	Soutien familial




Et l'accès aux services	4 visites prénatales * participer le plus tôt possible Services de SAN (fer et d'acide folique, le vaccin contre le tétanos, la prévention du paludisme, le déparasitage)	L'accès, la distance, de l'argent Rupture de Stock de produits	Soutien familial, argent Des économies	
	le dépistage du VIH à la fois pour la femme et son partenaire	Partenaire qui ne participe pas,, croyances, connaissances	Soutien familial, conseils	
	dépistage de la tuberculose pour la femme et son partenaire	connaissances	Conseils et Soutien	



Résumer les principaux points de la session

- Les SAN peuvent permettre à la mère et à son bébé d'éviter des maladies, d'identifier et traiter une maladie le cas échéant, et aider la famille à se préparer à un accouchement sans danger.
- Les femmes enceintes doivent faire l'objet d'au moins quatre visites anténatales, ce qui signifie qu'elles doivent commencer dès le début de la grossesse.

Session 14: Effectuer la première visite de la grossesse

<p>Plan de la session</p>	<p>Activité 1: Comprendre l'histoire</p> <p>Activité: Principes d'une visite de ttC à domicile</p> <p>Activité 3: Première visite à domicile de la grossesse</p> <p>Activité 4: S'entraîner à effectuer la première visite - Démonstration du facilitateur</p> <p>Activité 5: S'entraîner à effectuer la première visite - Jeu de rôle des participants</p> <p>Activité 6: S'entraîner avec les supports visuels - Travail en petits groupes</p> <p>Activité 7: Débriefing en plénière</p>	 <p>Durée: 2h40</p>
<p>Objectifs de la session</p>	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monter comment effectuer une première visite à une femme enceinte et sa famille • Montrer comment utiliser correctement les supports visuels au cours de la visite de conseils • Être prêts à effectuer la visite 1 et à s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du ménage. 	
<p>Messages clés</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les visites à domicile doivent être effectuées avec la femme enceinte ou la mère accompagnée de son mari, de l'accompagnante à l'accouchement ou autre membre de la famille que la femme enceinte estime être une personne de soutien significative au sein du foyer. • Identifiez les personnes de soutien qu'elle a choisies, notez ces noms dans le Manuel du ménage, et assurez-vous que ces personnes sont présentes à chaque fois que vous venez. • Présentez les histoires positives et négatives "Nutrition, Soins à domicile et SAN" en utilisant le Livre d'histoires pour la Visite 1 et les questions directrices. • Donnez les informations pertinentes à la famille sur les signes de danger pendant la grossesse et sur les groupes d'aliments. • Négociez les pratiques de la visite 1 en utilisant les Manuels du ménage. 	
<p>Préparation et matériel</p> 	<p><i>Matériaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 1 • Manuels de ttC du ménage <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. 	

Présenter la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Monter comment effectuer une première visite à une femme enceinte et sa famille
- Montrer comment utiliser correctement les supports visuels au cours de la visite de conseils

- Être prêts à effectuer la visite 1 et à s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du ménage.



Activité 1: Comprendre l'histoire

Expliquez aux participants que maintenant que nous avons couvert les *informations* dont nous avons besoin sur le début de la grossesse, nous allons les rassembler de manière à pouvoir les présenter aux foyers. Dans la ttC, nous les présentons en utilisant des *histoires*.

Travailler en groupes: Chaque groupe ayant une copie du Livre d'histoires pour la Visite 1 et un facilitateur/assistant étant affecté à chaque table, demandez au facilitateur de lire l'histoire au groupe. N'oubliez pas d'appliquer les bonnes techniques de narration.

Bonnes techniques de narration:

Le facilitateur doit parfaitement connaître l'histoire (se préparer à l'avance !) afin de pouvoir montrer l'image à la femme tout en racontant l'histoire.

Ne vous contentez pas de lire l'histoire, racontez-la.

Assurez-vous que tout le monde peut voir les images pendant que vous racontez l'histoire.

Faites participer le public à l'histoire (posez des questions, encouragez les commentaires).

Utilisez le bon "ton" de voix. Si vous parlez d'un ton monotone, les gens s'endormiront !

Lisez les histoires au groupe et à la fin de l'histoire, les membres du groupe doivent chacun à leur tour, en faisant le tour du cercle, identifier les pratiques positives et négatives des histoires. Le facilitateur ou le rapporteur (si analphabète) doit utiliser les tableaux ci-dessous comme liste de contrôle pour cocher toutes les pratiques des histoires. Laissez les participants les deviner jusqu'à ce qu'ils les aient toutes trouvées !

Module 1. Messages du livre d'histoires

Livre d'histoire n°	Messages de l'histoire positive	Messages de l'histoire négative
1	<ul style="list-style-type: none"> • Marie mange suffisamment. Elle mange plus que d'habitude quand elle est enceinte • Elle mange différents types d'aliments, issus de tous les groupes d'aliments. • Marie et David ne vendent pas tous leurs aliments nutritifs. • Ils se lavent les mains. • David et Marie ont épargné de l'argent pour la grossesse et une éventuelle urgence. • Marie se rend au centre de santé pour les soins prénatals et bénéficient de nombreux services. • La famille/le mari de Marie l'aide dans son travail afin qu'elle puisse se reposer. • David et Marie comprennent les signes de danger pendant la grossesse et vérifient toujours pour s'assurer que Marie ne présente aucun des signes de danger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biba <i>travaille trop</i>. Elle force trop sur son corps. Son mari ne l'aide pas du tout. • Elle porte des objets lourds. • Elle ne mange pas assez. • Elle ne mange pas une variété d'aliments. • Elle ne s'est pas rendue au centre de santé pour les soins prénatals • Elle ne comprenait que les saignements étaient dangereux, ou qu'il fallait parler à quelqu'un <i>des signes de danger</i>. • Son mari n'avait pas de plan d'urgence pour le transport • Elle ne se <i>lave pas les mains</i>, ce qui peut entraîner des infections ou des maladies. • Son mari dépense de l'argent pour lui-même qui pourrait être utilisé pour sa femme et ses enfants à la place.

- Ils sont prêts à l'emmener immédiatement au centre de santé si elle a un problème.
- Marie dort sous une moustiquaire de lit.



Activité 2: Principes de la visite de ttC à domicile

Demandez: Qui doit être présent à la visite de ttC à domicile? Où doivent se dérouler les visites de ttC? Quand devons-nous effectuer les visites à domicile?

Discutez de leurs réponses, puis présentez les informations ci-dessous, issues de leurs manuels.



SOUTIEN DU PARTENAIRE ET DE LA FAMILLE

S'assurer que les membres de la famille peuvent participer à la visite. Pendant la visite, vous devrez vous assoir avec toute la famille et expliquer *pourquoi* il est important que le mari/partenaire participe.

Si cela est plus approprié, demandez aux membres de la famille de sexe féminin de fournir un soutien à la femme pendant et après la grossesse; il pourrait s'agir de la belle-mère, de la grand-mère ou autres personnes au sein du foyer.

Sinon, demandez à la femme d'identifier quelqu'un en qui elle a confiance pour la soutenir en tant que "partenaire de ttC" (une personne qui l'accompagnera et la soutiendra pendant la grossesse, l'accouchement, et les visites à domicile).

Identifiez les *personnes de soutien qu'elle a choisies* et notez ces noms dans le Manuel du ménage, et assurez-vous que ces personnes sont présentes à chacune de vos visites.

Lieu

Les conseils de ttC sont une activité confidentielle et privée. Vous pourriez constater qu'au début de nombreuses personnes souhaitent voir ce que vous faites. Il est important que la femme et les *personnes de soutien choisies* soient les seules personnes présentes. Effectuez toujours les visites au domicile, et **non dans un** espace public comme un centre de santé ou un dispensaire, car cela ne sera pas favorable à la fourniture d'un soutien et de conseils confidentiels.

Prévoir une visite à domicile: quand?

Assurez-vous que le moment de la journée ou de la soirée est pratique pour la famille, et que les personnes de soutien pourront participer à cette heure-là. Si possible, vérifiez à l'avance, afin de vous assurer que c'est un bon moment, et fixez le jour et l'heure avant d'arriver.

Activité 3: Première visite à domicile de la grossesse



Passez en revue la séquence de la première visite à domicile avec les participants, dans le *Manuel du participant*. Le VD-ttC doit bien connaître ce processus tiré de la formation en *Méthodologie de la ttC*. Nous présentons ci-dessous le processus en détail pour la visite 1. Dans les sessions suivantes pour les visites 2 et 3, nous n'examinerons que brièvement l'ensemble du processus. S'ils sont *analphabètes*, procédez *directement à la démonstration*.

VISITE 1 DE LA GROSSESSE DU DEBUT A LA FIN

Avant de commencer

- Saluez la famille et nouez de bonnes relations.
- Expliquez l'objectif de la visite
- Assurez-vous que les principes de base pour la visite sont bons:

- Qui - toutes les personnes de soutien identifiées sont-elles là? (allez les chercher ou reporter la visite)
- Quand - Est-ce un moment pratique?
- Où - Le lieu de la visite est-il confortable et privé?

Identifiez toutes difficultés et répondez-y (ne faites pas la visite si la femme est souffrante ou bouleversée).

- Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle.
- Effectuez une orientation si nécessaire.
- Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire.

Le processus de conseils:

Étape 1: Revoir la rencontre précédente

- Passez en revue les pages du Manuel du ménage de la visite précédente avec les membres de la famille. Cette étape n'est pas nécessaire pour la Visite 1.

Étape 2: Présenter le problème et y réfléchir: Histoire problématique: "Nutrition, Soins à domicile et SAN" et questions directrices.

- Les principaux messages pour la visite en cours sont alors présentés aux familles, d'abord sous la forme du **problèmes ou des problèmes** qui pourraient survenir si les recommandations n'étaient pas pratiquées tel qu'exposé dans l'**histoire problématique**. Le VD-ttC racontera l'histoire en utilisant le *Livre d'histoires de la ttC* illustré.
- L'histoire problématique est suivie de **questions directrices** pour aider les membres de la famille à **réfléchir** au problème. Les questions sont les suivantes:

Quels comportements/pratiques observez-vous dans l'histoire? Cette question permet d'identifier les comportements et les conséquences dans l'histoire afin de garantir leur compréhension.

Est-ce que des choses similaires se produisent dans votre communauté? Cette question permet d'abord de réfléchir au problème dans le sens où il peut affecter une autre personne (pas eux-mêmes). Il est utile d'étudier un problème de "l'extérieur", car cela aide à penser au problème de manière non émotionnelle ou subjective.

"Est-ce que l'une de ces choses se produit dans votre expérience/famille/domicile?" Cette question amène les membres du foyer à personnaliser le problème; c.à.d. à réfléchir pour déterminer si le problème pourrait être pertinent pour leurs propres vies. C'est une occasion de commencer à penser aux causes et aux solutions au problème.

Étape 3: Présenter les informations: histoire positive: "Nutrition, Soins à domicile et SAN" et questions directrices.

- Ensuite, le VD-ttC présente les informations sur les actions de santé positives en utilisant l'histoire "Nutrition, Soins à domicile et SAN". N'oubliez pas de présenter les informations de manière à vous appuyer sur ce que les ménages savent déjà, sans partir du principe qu'ils ne savent rien. Utilisez les questions directrices ci-dessous pour mener la discussion sur les pratiques et les résultats observés.

Étape 3b: Réaliser une session technique: "Signes de danger pendant la grossesse".

- Passez en revue tous les signes de danger pendant la grossesse avec la mère et les personnes de soutien pour s'assurer qu'elles les comprennent.

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage

- Dans cette étape, les VD-ttC étudieront avec les membres de la famille le **Manuel du ménage**, en passant en revue les pages correspondant à la visite (pages deux à quatre du Manuel).

Chaque dessin est un dessin de négociation, c.à.d. qu'il représente une pratique que les VD-ttC négocieront avec la famille. Le VD-ttC posera des questions afin de décider avec les membres de la famille si ces derniers pensent pouvoir commencer à réaliser les actions illustrées sur les images.

- Les signes x/✓ sous chaque dessin permettent au VD-ttC de consigner ce que la famille rapporte.
- **Présentez** chaque dessin (ou comportement clé) l'un après l'autre et demandez s'ils le font déjà.
- Si les membres de la famille pratiquent le comportement: entourez la coche ✓ puis félicitez-les.
- Si la famille ne pratique pas le comportement: entourez la croix ✕ puis posez le Manuel du ménage et demandez à la famille ce qui les empêche de faire cela: "**Qu'est-ce qui vous rend la réalisation de cette pratique plus difficile? "Selon vous, pourquoi est-ce le cas?"**". Notez les obstacles identifiés dans l'espace prévu pour cette visite. N'oubliez pas d'essayer de découvrir la cause profonde des obstacles en posant des questions d'investigation.
- **Conseiller: Trouver des solutions** - Étudiez les raisons de l'obstacle et aidez-les à trouver des solutions. Essayez de poser des questions ouvertes, à l'ensemble de la famille, pas uniquement à la mère. "**Selon vous, qu'est-ce qui vous rendrait cette pratique plus facile à faire?"**" "**Comment pouvons-nous contribuer à ce que cela se produise?"**"
- **Négociation**: Si la famille a trouvé des solutions, demandez: "Pouvons-nous convenir que vous essaieriez cela?" Si la famille accepte d'essayer, demandez à un membre de la famille d'inscrire ses initiales sur la ligne située sous le dessin. **Félicitez-les d'avoir pris cette décision.**
- **Examinez** avec les membres de la famille toutes les actions qu'ils ont accepté d'essayer entre maintenant et le moment où vous reviendrez leur rendre visite. Félicitez-les d'avoir pris cette décision d'essayer quelque chose de nouveau.
- Consignez les résultats de la réunion: Complétez le *Registre de ttC* pour cette visite (*nous le ferons à la fin*).
- Fin de la visite: Déterminez avec la famille la date de la prochaine visite (au milieu de la grossesse). Remerciez la famille.



Activité 4: S'entraîner à effectuer la première visite (démonstration du facilitateur, avec les supports visuels)

Les facilitateurs feront la démonstration du processus, mais dans les sessions ultérieures, les participants effectueront eux-mêmes le jeu de rôle du processus. Vous avez besoin d'au moins deux facilitateurs pour cette activité, pour jouer le VD-ttC et la mère, et de sélectionner des volontaires qui peuvent jouer le mari et la belle-mère. Les facilitateurs effectueront la visite de conseils à domicile étape par étape, comme dans les étapes ci-dessus, avec des indications des participants sur les étapes suivantes (en utilisant leurs Manuels de ttC du participant).



Activité 5: Effectuer la première visite (jeu de rôle des participants)

Demandez à six volontaires de présenter maintenant le jeu de rôle de la visite en plénière. Expliquez aux participants qu'ils auront tous effectué le jeu de rôle des conseils en plénière d'ici la fin de la semaine de formation. Les volontaires doivent réaliser toutes les étapes du processus de conseils à domicile. Le premier VD-ttC effectue le jeu de rôle de la première étape (Avant de commencer), le deuxième VD-ttC effectue le jeu de rôle de la deuxième étape (Identifier les difficultés et y répondre) et ainsi de suite, jusqu'à ce que la Visite I soit terminée.

Demandez aux observateurs de prendre des notes de ce que les VD-ttC font bien et de ce qui nécessite des améliorations. Demandez-leur de prendre des notes, en s'appuyant sur le guide des compétences en conseils, et de faire des commentaires ou poser des questions à mesure qu'ils progressent.



Activité 6: S'entraîner avec les supports visuels (travail en petits groupes)

En travaillant en groupes de quatre, demandez-leur d'effectuer le jeu de rôle de la visite 1. Chaque VD-ttC doit choisir une étape à reproduire, tandis que les autres membres du groupe jouent le rôle de la mère, du mari, de la belle-mère, etc. **Un facilitateur/assistant doit être affecté à chaque groupe** et fournir des contributions s'il estime qu'un VD-ttC a besoin d'aide. C'est l'occasion pour les VD-ttC de poser des questions, en interrompant le jeu de rôle à tout moment afin de demander des éclaircissements si nécessaire. Ensuite, en restant dans les petits groupes, **faites un débriefing** sur le processus de conseils, en posant les questions directrices suivantes:

- Comment selon vous le processus s'est-il déroulé?
- Avez-vous trouvé que des parties étaient difficiles à comprendre ou à réaliser? Si tel est le cas, de quoi avez-vous besoin pour vous sentir en confiance dans votre capacité à les réaliser?
- Vous sentez-vous prêt à réaliser cette session avec des ménages de la communauté? De quel soutien supplémentaire avez-vous besoin?
- Quels types de clients et de contextes pourraient, selon vous, rendre le processus plus difficiles? (*pensez aux mères adolescentes, aux femmes en détresse*).



Activité 7: Débriefing en plénière

Organisez une discussion de groupe avec les participants, en posant les questions suivantes sur ce qu'ils ont observé au cours du jeu de rôle sur les conseils à domicile. Cela sert de révision et permet de résoudre tout problème.

Le processus de conseils: Questions directrices

Quelle est la **2^e étape** du processus de conseils à domicile?

- Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?

Quelle est la **3^e étape** du processus de conseils à domicile?

- Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?

Cette séance de conseils comportait-elle une **Étape 3b**? Si tel est le cas, quelle était-elle?

- **(Réponse:** Session technique sur les groupes d'aliments; Signes de danger pendant la grossesse)
- Que s'est-il passé?

Quelle est la **4^e étape** du processus de conseils à domicile?

- Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?

Compétences de conseils: Questions directrices

Parmi les compétences de conseils, quelles sont celles que le VD-ttC a appliquées? Qu'aurait-il pu mieux faire?

Attitude respectueuse

Féliciter

Langage corporel

Gérer les préoccupations, utilisation appropriée des compétences de PSP

Bonne écoute

Utilisation des supports visuels

Bonne technique de narration

Bonne technique de négociation (questions sur la cause profonde)

Bonne identification d'une solution

Donne les informations de santé



Résumez les principaux points de la session

- Au cours de la première visite de la grossesse, vous identifierez le partenaire approprié ou la ou les personnes de soutien pour les visites de ttC, puis encouragerez ces membres à participer à toutes les visites, *à condition que leur présence ne gêne pas la femme.*
- Au cours de la première visite de la grossesse, vous raconterez deux histoires et poserez les questions directrices correspondantes: (1) Histoire problématique: "Nutrition, Soins à domicile et SAN", (2) Histoire positive: "Nutrition, Soins à domicile et SAN". Renforcez les messages avec deux sessions techniques: (1) "Groupes d'aliments" (si des fiches photographiques sont fournies) et (2) "Signes de danger pendant la grossesse". Suivez les quatre étapes du processus de conseils.
- N'oubliez pas que la manière dont vous interagissez avec une femme enceinte et sa famille affectera la mesure dans laquelle elle se sentira détendue et en confiance et si elle décidera de suivre vos conseils ou non.
- Les histoires visuelles et le *Manuel du ménage* vous guideront quant à la façon de promouvoir les soins à domicile de la femme enceinte et les SAN et vous aideront à apprendre à la famille à reconnaître les signes de danger pendant la grossesse.



VISITE 2: MI-GROSSESSE




VISITE 2

Session 15: VIH et Sida, Tuberculose et PTME

Mise en contexte: Vous mettrez plus ou moins l'accent sur le VIH selon le contexte dans lequel vous travaillez. Passez en revue les informations dans l'encadré ci-dessous et modifiez-les si nécessaire, en fonction de votre contexte et des politiques du MS.

<p>Plan de la session</p>	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Le VIH et le Sida pendant la grossesse et l'accouchement</p> <p>Activité 3: Le VIH et le Sida après l'accouchement</p> <p>Activité 4: La tuberculose</p> <p>Activité 5: Consolider les informations: Le théâtre-forum</p> <p>Activité 6: Conseils (assistance socio-psychologique) pour la mère séropositive</p> <p>Activité 7: Obstacles et facteurs favorables aux soins contre le VIH</p>	 <p>Durée: 2h00</p>
<p>Objectifs de l'apprentissage</p>	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les faits basiques (et les mythes) sur le VIH et le Sida, et la tuberculose • Comprendre l'importance du dépistage du VIH, de la tuberculose et des IST pour la mère et son partenaire, et conseiller aux familles d'effectuer cet examen n'importe quand, mais spécialement pendant la grossesse • Expliquer l'importance pour toutes les femmes, mais spécialement les femmes séropositives, d'accoucher dans un centre de santé, pour que la mère bénéficie de soins spéciaux et pour réduire le risque de transmission du VIH au bébé • Conseiller et aider les ménages à respecter le traitement contre le VIH et la tuberculose • Expliquer aux familles les deux raisons pour lesquelles le bébé d'une mère séropositive doit être emmené au centre de santé à l'âge de 4 à 6 semaines: pour un dépistage précoce du VIH chez le bébé si cet examen est proposé, et pour recevoir un traitement qui protégera le bébé contre des infections telles que la pneumonie. 	
<p>Messages clés</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les femmes et leurs partenaires doivent passer un test de dépistage du VIH, de la tuberculose et autres IST pendant la grossesse • Leurs enfants qui n'ont pas passé de test de dépistage du VIH doivent aussi être testés à ce moment-là, en particulier si l'un de leurs parents est séropositif. • Il est important qu'un test de dépistage de la tuberculose soit administré aux enfants, si l'enfant ou quiconque au sein du foyer a été diagnostiqué comme atteint de tuberculose. • Les symptômes de la tuberculose sont notamment: une toux persistante, des sueurs nocturnes, une perte de poids (ou une prise de poids stagnante chez les enfants), des malaises, la fièvre. Orientez toute personne ou enfant présentant ces symptômes vers un centre de santé. • Toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives, doivent accoucher dans un centre de santé pour bénéficier de soins spéciaux et d'une PTME. • Des préservatifs doivent être utilisés pendant les rapports sexuels durant la grossesse et l'allaitement afin de se protéger d'une infection par le VIH pendant la grossesse. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • La tuberculose et le VIH peuvent être traités grâce à des médicaments fournis au centre de santé. Vous devez prendre tous les médicaments tels que prescrits, sans interruption (observance du traitement), sans quoi vous pourriez tomber malade. • Les nourrissons nés d'une mère séropositive doivent se voir administrer un test de dépistage du VIH le plus tôt possible après la naissance, pour une détection et un traitement précoces au moyen d'un traitement antirétroviral (ART) et d'un traitement préventif au cotrimoxazole afin qu'ils ne tombent pas malades. • Toutes les femmes, mais en particulier les mères séropositives, doivent exclusivement allaiter l'enfant jusqu'à l'âge de six mois. Si elles suivent un traitement antirétroviral, elles peuvent continuer à allaiter jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans.
<p>Préparation et matériel</p> 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. • Entraînez-vous au "théâtre-forum" (Activité 6) et soyez prêt à le présenter aux participants sous forme de jeu de rôle.

Introduire la session

Demandez aux VD-ttC d'ouvrir leurs manuels à la bonne page. **Expliquez** ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre les faits basiques (et les mythes) sur le VIH et le Sida, et la tuberculose
- Comprendre l'importance du dépistage du VIH, de la tuberculose et des IST pour la mère et son partenaire, et conseiller aux familles d'effectuer cet examen n'importe quand, mais spécialement pendant la grossesse
- Expliquer l'importance pour toutes les femmes, mais spécialement les femmes séropositives, d'accoucher dans un centre de santé, pour que la mère bénéficie de soins spéciaux et pour réduire le risque de transmission du VIH au bébé
- Conseiller et aider les ménages à respecter le traitement contre le VIH et la tuberculose
- Expliquer aux familles les deux raisons pour lesquelles le bébé d'une mère séropositive doit être emmené au centre de santé à l'âge de 4 à 6 semaines: pour un dépistage précoce du VIH chez le bébé si cet examen est proposé, et pour recevoir un traitement qui protégera le bébé des infections telles que la pneumonie.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Des campagnes ou des programmes d'information sur le VIH et le Sida ont-ils été menés dans vos communautés? Qu'avez-vous appris lors de ces campagnes?

Que savez-vous du VIH et du Sida?

Laissez-leur le temps de discuter des nombreux faits (et peut-être des mythes) que les VD-ttC ont cités. Vous pouvez noter leurs réponses sur les tableaux de conférence, un tableau pour les faits et l'autre pour les mythes. A la fin, **clarifiez** toute conception erronée sur le VIH et le Sida.



Demandez: Comment pouvez-vous réduire le risque de transmission du VIH d'une mère à son bébé?

Écoutez leurs réponses et discutez de toutes expériences qu'ils pourraient avoir à cet égard.



Demandez: Pourquoi est-il également important qu'un test de dépistage soit administré aux enfants plus âgés, si la mère est séropositive?

Expliquez: Les enfants qui suivent un traitement ART ont tendance à bien réagir au traitement. L'ART est généralement gratuit et proposé dans leur centre de santé local. Si la mère est séropositive, il est alors possible que quelques-uns des enfants plus âgés le soient aussi. Il est préférable de tester tout le monde pour en être sûr.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Le VIH et le Sida pendant la grossesse et l'accouchement

Mise en contexte: Vous mettrez plus ou moins l'accent sur le VIH selon le contexte dans lequel vous travaillez. Passez en revue les informations dans l'encadré ci-dessous et modifiez-les si nécessaire, en fonction de votre contexte et des politiques du MS.

Expliquez ou lisez à voix haute les points suivants tirés du *Manuel du participant*



MESSAGES CLES: LE VIH ET LE SIDA ET LA TUBERCULOSE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

- Le VIH, le virus qui cause le Sida, se transmet par le biais de rapports sexuels non protégés (rapport sexuel sans préservatif), de transfusions de sang non dépisté, d'aiguilles et seringues contaminées, d'une femme infectée à son bébé au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.
- La tuberculose et le VIH peuvent être traités grâce à des médicaments fournis au centre de santé. Le Sida peut être efficacement traité au moyen d'un traitement antirétroviral (ART).
- Toutes les femmes enceintes devraient passer un test de dépistage du VIH, de la tuberculose et autres IST dans le cadre des SAN. Il est très important que leurs partenaires/époux soient également testés, en même temps. Si le diagnostic de l'un des parents est positif pour le VIH ou la tuberculose, il est important de tester TOUS les enfants vivant dans le foyer.
- Les symptômes de la tuberculose sont notamment: une toux persistante, des sueurs nocturnes, une perte de poids (ou une prise de poids stagnante chez les enfants), des malaises, la fièvre. Orientez toute personne ou enfant présentant ces symptômes vers un centre de santé.
- L'infection par le VIH peut se transmettre d'une mère à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. On peut éviter cette transmission, si la mère prend les médicaments de l'ART pendant et après sa grossesse, tel qu'indiqué par le centre de santé.
- Une fois qu'elle a commencé à suivre un traitement ART, une mère ne doit pas déroger au traitement mais s'assurer qu'elle prend ses comprimés tel que prescrit (observance du traitement). Si elle interrompt le traitement à n'importe quel moment, le bébé est susceptible d'être infecté ou la mère pourrait souffrir de problèmes de santé. Si elle souffre d'effets secondaires en raison des médicaments, elle doit immédiatement demander une assistance médicale.
- Les nourrissons nés d'une mère séropositive doivent se voir administrer un test de dépistage du VIH le plus tôt possible après la naissance, pour une détection et un traitement précoces au moyen d'un traitement antirétroviral (ART) et d'un traitement préventif au cotrimoxazole afin qu'ils ne tombent pas malades.
- Alimentation de l'enfant si la mère est séropositive: Toutes les femmes, mais en particulier les mères séropositives, doivent exclusivement allaiter l'enfant jusqu'à l'âge de six mois. Si elles suivent un

traitement antirétroviral, elles peuvent continuer à allaiter jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans.

- Toutes les femmes, mais en particulier les mères enceintes séropositives, doivent accoucher dans un centre de santé, car la mère et le bébé auront besoin de soins spéciaux pendant et après l'accouchement (comme la PTME) et pour assurer un accouchement sans risque et propre.
- Des préservatifs doivent être systématiquement utilisés lors des rapports sexuels lorsque la femme séropositive est enceinte et allaite, afin d'éviter le risque de réinfections et de maintenir les quantités de virus à un faible niveau.
- Les femmes enceintes séropositives ou atteintes de tuberculose doivent bénéficier de soins spéciaux durant la grossesse. Elles doivent se rendre à quatre visites anténatales ou plus, observer parfaitement leurs traitements, manger un régime équilibré riche en une variété de nutriments, et se reposer souvent pour assurer la meilleure santé possible pour elles-mêmes et pour leur bébé.

Découvrir sa séropositive pendant la grossesse peut entraîner chez de nombreuses femmes une détresse émotionnelle et accroître le risque de violence ou de maltraitance conjugale. Les VD-ttC devront être particulièrement attentifs et sensibles à cette éventualité quand ils traitent de la question du VIH au domicile.

Activité 3: Donner les informations pertinentes: VIH et Sida après l'accouchement.

Mise en contexte: Consultez les deux notes de l'encadré ci-dessous et formez-vous sur ces points tel qu'approprié, en fonction de votre contexte.



LE VIH ET LE SIDA: APRES L'ACCOUCHEMENT

- Il est important de tester le bébé afin de déterminer s'il a contracté le VIH auprès de sa mère. Dans certains pays, des tests spéciaux sont disponibles pour tester le bébé à l'âge de 4 ou 6 semaines. Si ce test est disponible dans votre pays, la famille doit emmener le bébé au centre de santé une fois qu'il a atteint cet âge. Il est important de déterminer dès que possible si le bébé est infecté par le VIH afin qu'un traitement adapté puisse lui être administré. Dans d'autres pays, le test précoce spécial n'est pas disponible. Dans ce cas, la famille emmènera le bébé au centre de santé afin d'y être testé avant l'âge de six mois.
- **Note:** Renseignez-vous afin de savoir si un diagnostic précoce du nourrisson - le test précoce spécial - est disponible dans votre communauté, et conseillez les VD-ttC en conséquence.
- Si le bébé est diagnostiqué séropositif, il devra alors bénéficier d'un traitement ART (médicaments contre le VIH) dès que possible, ce qui permettra de contrôler l'infection et l'empêchera de tomber malade.
- Si le bébé est séropositif ou si l'état sérologique du bébé est inconnu, le bébé devra également se voir administrer un médicament visant à prévenir d'autres infections, comme la pneumonie. Ce médicament est appelé **co-trimoxizole** et sera fourni quand le bébé aura atteint l'âge de 4 à 6 semaines. Le VD-ttC doit conseiller les mères séropositives d'emmener le bébé au centre de santé quand il a atteint cet âge, afin de recevoir ce médicament.
- Une mère séropositive qui suit un traitement ART pendant toute sa grossesse et après, peut allaiter son **enfant normalement jusqu'à ce qu'il ait 24 mois** ou plus. Il est particulièrement important qu'elle donne au bébé *uniquement* du lait maternel pendant les six premiers mois, comme les autres mères. A l'âge de six mois, la mère introduira des aliments complémentaires dans l'alimentation de son bébé et continuera à allaiter, comme toutes les autres mères. **Note: Vérifiez les directives nationales relatives à l'allaitement chez les femmes séropositives.**

Activité 4: Donner les informations pertinentes: La tuberculose

Demandez: Que savez-vous de la tuberculose? Quels sont les symptômes et comment la maladie se transmet-elle?

**LA TUBERCULOSE**

- **La tuberculose est une infection bactérienne qui se propage en inhalant de minuscules gouttelettes provenant de la toux ou des éternuements d'une personne infectée.** C'est une maladie grave qui peut être soignée par un traitement adéquat. La tuberculose affecte principalement les poumons.
- Les symptômes de la tuberculose sont notamment: une toux persistante, des sueurs nocturnes, une perte de poids (ou une prise de poids stagnante chez les enfants), des malaises, la fièvre. Toute personne ou enfant présentant ces symptômes doit être orienté vers un centre de santé, et passer un test de dépistage de la tuberculose.
- Un test de dépistage de la tuberculose doit aussi être administré aux enfants si une personne au sein du domicile a été diagnostiquée positive à la tuberculose, en particulier si le domicile est bondé ou si l'enfant est aussi séropositif.
- Les personnes testées positives à la tuberculose doivent s'inscrire à un programme de traitement. Le personnel soignant fournira des informations à ce sujet. Le programme de traitement doit être suivi sans interrompre la prise des médicaments.

Autres informations techniques - ACTIVITÉ FACULTATIVE

Mise en contexte: Si une autre programmation sur le VIH et le Sida est disponible ou nécessaire, coordonnez-vous avec ces autres programmes afin de fournir une formation technique supplémentaire ici. Voir le guide des planificateurs de ttC pour plus de recommandations sur l'intégration de la PTME à la ttC.

**Activité 5: Consolider les informations: Le théâtre-forum****QU'EST-CE QUE LE THEATRE-FORUM?**

Un "théâtre-forum" est un jeu de rôle dans lequel le personnage principal prend une série de mauvaises décisions, qui ont toutes des conséquences. Un théâtre-forum est généralement joué par les facilitateurs et non les participants; ces derniers observant les mauvaises décisions que le personnage principal prend. Après la première présentation, les facilitateurs font un débriefing avec les participants afin de revoir chaque décision et ses conséquences.

Le théâtre-forum est alors présenté une deuxième fois, mais cette fois-ci les facilitateurs arrêteront l'action avant que le personnage principal ne prenne sa première mauvaise décision. A ce moment, les facilitateurs demanderont aux participants: "Qu'a fait le personnage principal à ce moment de l'histoire et quelles en étaient les conséquences?". Les facilitateurs demandent ensuite: "Qu'est-ce que le personnage principal pourrait faire différemment à ce moment-là pour changer l'issue de l'histoire?". Les participants donneront une réponse - une décision alternative - que les facilitateurs joueront. Jouer cette décision alternative changera positivement le cours de l'histoire.

Le jeu de rôle continuera jusqu'à ce que les facilitateurs arrivent au moment de la deuxième mauvaise décision, moment où ils "arrêteront l'action" et demanderont aux participants ce que le personnage principal aurait pu faire différemment pour changer le cours de l'histoire, puis ils joueront cette décision alternative. Ils

continueront de la sorte jusqu'à la fin du jeu de rôle, ce second jeu de rôle montrant l'histoire positive à la différence de l'histoire négative.

Présenter le théâtre-forum

Présentez un théâtre-forum dans lequel les personnages principaux - la femme enceinte et son mari - joués par les facilitateurs prennent les mauvaises décisions suivantes:

Note: Le narrateur doit expliquer que la femme est séropositive, mais qu'elle ne le sait pas.

1. La femme est enceinte mais attend la fin de sa grossesse pour se rendre à une visite de SAN, alors même que le centre de santé se trouve à proximité. Lors de la visite de SAN, elle ne passe pas de test de dépistage du VIH, et ne souhaite pas non plus être accompagné de son époux pour qu'il passe un test de dépistage du VIH (point critique 1).
2. Le moment de l'accouchement arrive et la femme et son mari décident que l'accouchement aura lieu à leur domicile et non au centre de santé, bien que celui-ci soit situé à proximité (point critique 2).

Note: Le narrateur explique que la femme ne reçoit donc aucun médicament contre le VIH, et que son bébé est susceptible de contracter le virus VIH pendant l'accouchement.

3. Quand le bébé naît, elle ne va pas non plus lui faire passer un test de dépistage du VIH, car elle ne sait pas qu'elle est infectée et qu'elle a pu transmettre le virus à son bébé (point critique 3).
4. La femme n'allaite pas exclusivement son bébé. Elle l'allaite parfois mais lui donne aussi de l'eau et de la bouillie de flocons d'avoine (point critique 4).
5. Comme le bébé ne prend pas de co-trimoxazole préventif, il attrape une pneumonie. A la fin, le bébé décède.

Rejouez le jeu de rôle, mais cette fois arrêtez et reprenez l'action aux quatre points critiques, tel que décrit dans l'encadré ci-dessous. Les participants doivent expliquer les choix que la femme et son mari pourraient faire pour changer l'issue de l'histoire. Cette comparaison est fournie dans le tableau ci-dessous.

Premier jeu de rôle	Décisions alternatives positives
Ne se rend pas dès le début aux visites de SAN, ne passe pas le test de dépistage du VIH, ne connaît pas son état sérologique.	Se rend dès le début aux visites de SAN, passe le test de dépistage du VIH avec le partenaire, et connaît son état sérologique. Reçoit des médicaments pour la mère et le bébé afin de réduire le risque de transmission du virus VIH au bébé.
N'accouche pas dans un centre de santé, ne reçoit pas de médicaments pour la mère et le bébé. La probabilité que le virus VIH soit transmis au bébé pendant l'accouchement est plus élevée.	Accouche dans un centre de santé
Ne fait pas passer le test de dépistage du VIH au bébé, ou ne lui administre pas du co-trimoxazole pour prévenir une pneumonie.	Dépistage précoce du VIH chez le bébé et co-trimoxazole pour prévenir une pneumonie.
N'allaite pas exclusivement, augmentant ainsi le risque de transmission du VIH de la mère au bébé, ainsi que le risque de malnutrition et autres maladies.	Allaite exclusivement le bébé, faisant ainsi le maximum pour que le bébé reste en bonne santé et soit bien nourri.
Résultat	Résultat
Le bébé décède.	Le bébé vit.



Activité 6: Counselling pour la mère séropositive

Si une mère vous révèle pendant une visite à domicile qu'elle a passé un test de dépistage du VIH et qu'elle a appris qu'elle était séropositive, demandez aux groupes quel effet cela pourrait avoir sur elle? Passez en revue les actions de counselling pour une mère séropositive en appliquant les principes des premiers secours psychologiques.



LES PRINCIPALES ACTIONS DE COUNSELLING POUR LES FEMMES SEROPOSITIVES ET LEURS FAMILLES:

Rassurer:

- Expliquez que l'infection par le VIH peut être contrôlée avec les bons médicaments et que vous l'aidez à avoir accès aux médicaments et aux soins dont elle a besoin.
- Employez un langage positif, écoutez et faites preuve d'empathie quand elle exprime ses inquiétudes.
- Renseignez sa famille sur l'accès à l'ART et sa disponibilité dans votre région

Recommander: les principaux messages de counseling

- Les partenaires des femmes séropositives doivent également passer un test de dépistage et suivre un traitement
- On peut prévenir l'infection du bébé par le VIH en prenant les médicaments de l'ART (traitement antirétroviral) pendant et après la grossesse, tel qu'indiqué par le centre de santé, et en accouchant dans un centre de santé.
- Une fois qu'elle a commencé à suivre l'ART, assurez-vous qu'elle prend ses comprimés tous les jours pour prévenir l'infection du bébé et des problèmes de santé. Si elle souffre d'effets secondaires en raison des médicaments, elle doit immédiatement demander une aide médicale.
- Les préservatifs doivent toujours être utilisés durant la grossesse et l'allaitement.
- Il est particulièrement important pour une femme séropositive de bénéficier d'une bonne nutrition pendant la grossesse, de bien se reposer, de prévenir les infections (hygiène et lavage des mains) et de se rendre aux quatre visites anténatales ou plus.

Orienter: vers d'autres services de soutien

- Dans la communauté (des agents de soutien aux personnes séropositives s'il en existe)
- Centres de traitement du VIH/centres de santé pour des services de suivi.



Activité 7: Obstacles et facteurs favorables aux soins contre le VIH

Passez en revue le Manuel du ménage, visite 1, ainsi que la liste ci-dessous. Menez une discussion sur les quatre comportements listés; chaque groupe discute d'un des comportements listés ci-dessous, puis rend compte de sa discussion:

Obstacles à la pratique - Qu'est-ce qui empêche les femmes et les familles de réaliser cette action

Facteurs favorables - Qu'est-ce qui pourrait aider les femmes et les familles à réaliser cette action

Ce que la ttC peut faire pour aider la famille à surmonter les obstacles et trouver des solutions.

Complétez cette section dans le Manuel de ttC du participant.




Sujets	Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles: <i>Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?</i>	Facteurs favorables: <i>Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?</i>	Réponse de counselling ou solution
VIH et Sida, tuberculose et PTME	Test pendant la grossesse du VIH, de la tuberculose et autres IST pour les femmes et leurs partenaires (Visite 1)	Test du partenaire, culture, stigmatisation, peur	Soutien familial	
	Accès au traitement du VIH et de la tuberculose et prise des médicaments chaque jour (observance de l'ART pour les mères séropositives)	Stigmatisation, accès aux médicaments, les personnes influentes de la famille, les effets secondaires	Rappels, soutien en cas d'effets secondaires, mise en relation avec les groupes de soutien aux personnes séropositives existants	
	Diagnostic précoce du nourrisson et traitement préventif co-trimoxazole	Accès, croyances	Participation du partenaire, connaissances	
	Préservatifs pendant les rapports sexuels quand la femme est enceinte et allaite pour prévenir une réinfection	Dynamique de pouvoir entre hommes et femmes, mythes et croyances, connaissances et attitudes inappropriées concernant les préservatifs	Participation du partenaire, connaissances accrues, meilleure efficacité personnelle en termes de négociation et d'utilisation régulière de préservatifs	
	Toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives, accouchent dans un centre de santé afin de bénéficier d'une prise en charge spéciale et d'une PTME	Accès aux soins, distance jusqu'au centre de santé, coûts, manque d'argent pour la trousse d'accouchement au centre de santé	Alliance renforcée avec les accoucheurs traditionnels (AT), normes sociales modifiées qui exigent un accouchement au centre	
	Nutrition, repos et soins prénatals pour la mère séropositive	Attitudes de la famille, travail, pauvreté	Soutien familial	
	Allaitement précoce et exclusif	Croyances, craintes, pression familiale en faveur d'une alimentation complémentaire	Connaissances, soutien familial, communautaire	



Résumez les principaux points de la session

- Toutes les femmes et leurs partenaires doivent passer un test de dépistage du VIH, de la tuberculose et autres IST pendant la grossesse. Les enfants qui n'ont pas encore été dépistés pour le VIH doivent être testés si l'un de leurs parents est séropositif.
- Il est important qu'un test de dépistage de la tuberculose soit administré aux enfants, si l'enfant ou quiconque au sein du foyer a été diagnostiqué comme atteint de tuberculose. Orientez toute personne présentant les symptômes de la tuberculose: une toux persistante, des sueurs nocturnes, une perte de poids (ou une prise de poids stagnante chez les enfants), des malaises, la fièvre.
- La tuberculose et le VIH peuvent être traités grâce à des médicaments fournis au centre de santé. Vous devez prendre tous les médicaments tels que prescrits, sans interruption (observance du traitement), sans quoi vous pourriez tomber malade.
- Toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives accouchent dans un centre de santé.
- Les nourrissons nés d'une mère séropositive doivent se voir administrer un test de dépistage du VIH *le plus tôt possible* après la naissance, pour une détection et un traitement précoces.
- Toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives, doivent exclusivement allaiter l'enfant jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de six mois, et continuer à aller jusqu'à ses deux ans si elles suivent un traitement ART.

Session 16: Effectuer la deuxième visite de la grossesse

Plan de la session	<p>Activité 1: Comprendre l'histoire</p> <p>Activité 2: Deuxième visite à domicile de la grossesse</p> <p>Activité 3: S'entraîner avec les supports visuels: Travailler en petits groupes</p> <p>Activité 4: Démonstration des facteurs favorables et débriefing en plénière</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de la session	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les messages clés dans le Livre d'histoires 2 • Montrer comment effectuer une deuxième visite à une femme enceinte et sa famille • Montrer comment utiliser correctement les supports visuels au cours de la visite de conseils 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la deuxième visite à domicile, vous dialoguerez, négocierez et encouragerez les familles à passer un test de dépistage du VIH et de la tuberculose, à suivre les directives du traitement, à accoucher dans un centre de santé en particulier si la mère est séropositive, et à planifier un dépistage précoce du VIH chez le bébé si la mère est séropositive. • Au cours de la deuxième visite de la grossesse, vous raconterez deux histoires et poserez les questions directrices correspondantes: (1) Histoire problématique: "VIH" (2) Histoire positive: "VIH", et négocierez en utilisant le manuel du ménage. • N'oubliez pas que la manière dont vous interagissez avec la famille affectera la mesure dans laquelle elle se sentira détendue et en confiance et si elle décidera de suivre vos conseils ou non. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livres d'histoires pour la Visite 2 • Manuels de ttC du ménage <p><i>Préparation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. 	

Présenter la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre les messages clés dans le Livre d'histoires 2
- Montrer comment effectuer une deuxième visite à une femme enceinte et sa famille
- Montrer comment utiliser correctement les supports visuels au cours de la visite de conseils



Activité 1: Comprendre l'histoire

Distribuez les copies du Livre d'histoires 2. **Travailler en groupe:** avec un facilitateur/assistant par table, demandez au facilitateur de lire l'histoire au groupe, en appliquant de bonnes techniques de narration. A la fin de

l'histoire, le groupe doit faire le tour de la table et identifier les pratiques positives et négatives. Le facilitateur ou le rapporteur (si analphabète) doit utiliser le tableau ci-dessous comme d'une liste de contrôle.

Module 2. Messages du livre d'histoires

Livre d'histoire n°	Messages de l'histoire positive	Messages de l'histoire négative
2	<ul style="list-style-type: none"> • Ils doivent se rendre au centre de santé pour les soins anténatals, et passer les tests du VIH et de la tuberculose, le mari, la femme et tous les enfants vivant avec eux. • Une femme séropositive aura besoin d'une nutrition spéciale et de davantage de repos. • Une femme séropositive doit accoucher dans un centre de santé, pour protéger le bébé d'une infection par le VIH pendant l'accouchement. • Les personnes séropositives et tuberculeuses doivent prendre des médicaments, et il est très important de prendre tous les médicaments tels que prescrits. • Les personnes séropositives doivent utiliser des préservatifs pendant les rapports sexuels, en particulier pendant une grossesse • Une mère séropositive doit exclusivement allaiter pendant les 6 premiers mois. Aucun autre aliment ni liquide ne doit être fourni. • Le bébé doit passer un test de dépistage du VIH dès que possible après la naissance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Khadija ainsi qu'Ibraïm auraient dû passer le test VIH et obtenir le traitement. • Khadija n'a pas pris les médicaments contre le VIH, ce qui aurait permis d'éviter que son bébé soit infecté par le VIH. • Khadija a accouché à domicile augmentant ainsi le risque de transmission du VIH au bébé. • Quand le bébé est né, ils auraient dû l'emmener immédiatement passer un test de dépistage du VIH, afin que le bébé puisse commencer un traitement ART dès que possible.

Activité 2: Fournir des informations pertinentes: Deuxième visite à domicile de la grossesse



Passez en revue la séquence de la 2^e visite à domicile avec les participants, dans le Manuel de ttC du participant (bref récapitulatif). S'ils sont analphabètes, procédez directement à la démonstration.

DEUXIEME VISITE À DOMICILE DE LA GROSSESSE DU DEBUT A LA FIN VIH ET SIDA, ET TUBERCULOSE

Avant de commencer: Saluez la famille et nouez de bonnes relations. Expliquez l'objectif de la visite. Assurez-vous que toutes les personnes de soutien identifiées sont présentes.

Identifiez et répondez à toutes difficultés: Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle. Effectuez une orientation si nécessaire. Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire.

Le processus de conseils:

Étape 1: Revoir la rencontre précédente

- Passez en revue les pages du Manuel du ménage de la visite précédente avec les membres de la famille. Passez en revue les comportements négociés qu'elle a accepté d'essayer et félicitez-la pour tout progrès. Renégociez avec la famille si elle rencontre encore des difficultés.

Étape 2: Présenter le problème et y réfléchir: Histoire problématique: "VIH". Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3: Présenter les informations: Histoire positive "VIH". Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

(Il n'y a pas d'Étape 3b à la Visite 2)

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage

- N'oubliez pas de poser des questions pour "découvrir la cause profonde" (ce qui rend cela difficile; pourquoi est-ce ainsi).
- N'oubliez pas de poser les questions visant à trouver une solution (ce qui pourrait rendre cela plus facile, comment pouvons-nous contribuer à ce que cela se produise)

Consignez les résultats de la réunion: Complétez le *Registre de ttC* pour cette visite (*nous le ferons à la fin*)

Fin de la visite: Déterminez avec la famille la date de la prochaine visite (au milieu de la grossesse). Remerciez la famille.

Répéter la section de pratique ci-dessus.



Activité 3: S'entraîner à effectuer la première visite (travail en petits groupes)

Distribuer le livre d'histoires 2 aux participants. Diviser les VD-ttc en groupes de quatre avec un animateur / aide par groupe. Rappelez-leur que le processus de consultation est divisé en quatre étapes. Chaque VD-ttc devrait choisir différentes étapes de modélisation (de ceux qu'ils modélisés dans les sessions précédentes). Dans les groupes, le VD-ttc devrait passer par les quatre étapes du processus de counseling, comme décrit ci-dessous. Le premier VD-ttc fera une simulation de la première étape, tandis que les autres membres du groupe jouent les rôles de mère, mari, mère-frère, etc. Le deuxième VD-ttc fera une simulation de la deuxième étape, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la séquence complète sera jouée. Rappelez au groupe à propos de l'importance d'appliquer les compétences PFA pour conseiller à une mère sur le VIH, mais aussi de répondre à ses besoins et préoccupations avant de commencer les histoires.



Activité 4: Les démonstrations de facilitateurs et de débriefing en plénière

Maintenant, demandez à cinq volontaires (pas les personnes sélectionnées pour cette activité en session 14) pour jouer le rôle de la visite à domicile en plénière de cette session. Les volontaires doivent diviser les étapes entre eux: le premier volontaire VD-ttc joue le rôle d' "identifier et répondre aux préoccupations ", le deuxième volontaire VD-TTC joue le rôle de l'étape 1, et ainsi de suite, jusqu'à ce que toute la deuxième visite à domicile soit terminée. Les autres participants agiront comme plénière et peuvent répondre à des questions TTC-HV quand ils le souhaitent.

Conseiller les observateurs plénières qu'ils devraient prendre note de ce que le VD-TTC fait bien dans les jeux de rôle et ce qu'il faut améliorer, en utilisant le guide des compétences de conseil à titre de référence, qui se trouve à la dernière page du manuel VD-TTC.



Organisez une discussion de groupe avec les participants, en posant les questions suivantes sur ce qu'ils ont observé au cours du jeu de rôle sur le conseil auprès des ménages.

Le processus de conseil: Questions directrices

- Quelle est la **2^e étape** du processus de conseil auprès des ménages?
 - Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?
- Quelle est la **3^e étape** du processus de conseil auprès des ménages?
 - Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?
- Cette séance de conseils comportait-elle une **Étape 3b**? Si tel est le cas, quelle était-elle?
(Réponse: non) Que s'est-il passé?
- Quelle est la **4^e étape** du processus de conseil auprès des ménages?
 - Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?

Compétences de conseils: Questions directrices

Parmi les compétences de conseils, quelles sont celles que le VD-ttC a appliquées? Qu'aurait-il pu mieux faire?

Attitude respectueuse

Féliciter

Langage corporel

Gérer les préoccupations, utilisation appropriée des compétences de PSP

Bonne écoute

Utilisation des supports visuels

Bonne technique de narration

Bonne technique de négociation (questions sur la cause profonde)

Bonne identification d'une solution

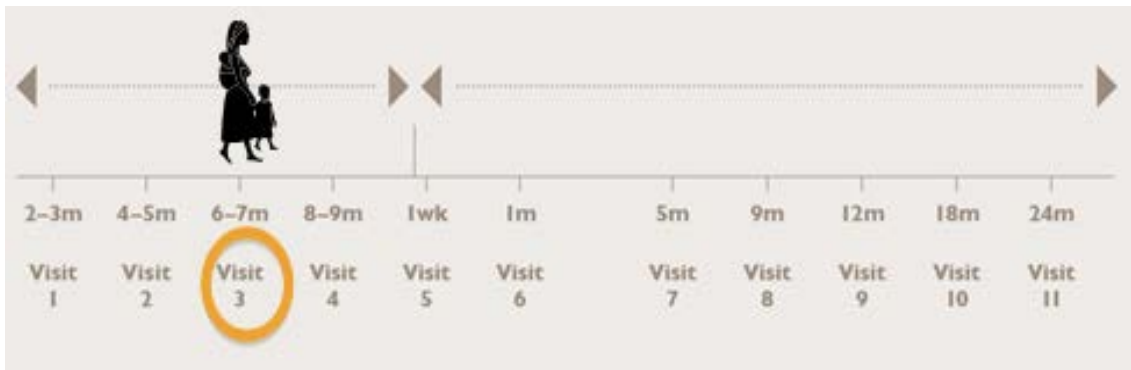
Donner les informations de santé






Résumez les principaux points de la session

- Au cours de la deuxième visite de la grossesse, vous dialoguez, négociez et encouragez les familles à passer un test de dépistage du VIH et de la tuberculose, à suivre les directives de traitement, à accoucher dans un centre de santé, en particulier si la mère est séropositive et à planifier le dépistage précoce du VIH chez le bébé si la mère est séropositive.
- Pendant la deuxième visite de la grossesse, vous raconterez deux histoires et poserez les questions directrices correspondantes: Histoire problématique: "VIH", Histoire positive: "VIH", et négociez en utilisant le Manuel du ménage.
- N'oubliez pas que la manière dont vous interagissez avec la famille affectera la mesure dans laquelle elle se sentira détendue et en confiance et si elle décidera de suivre vos conseils ou non.

VISIT 3: MI-GROSSESSE



Session 17: Le plan de naissance

<p>Plan de la Session</p>	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Impliquer les membres de la famille dans la planification des naissances</p> <p>Activité 3: Se préparer à la naissance</p> <p>Activité 4: L'importance de la naissance de l'installation pour les femmes séropositives</p> <p>Activité 5: Barrières à l'accouchement dans le centre de santé</p> <p>Activité 6: Discussion: Les obstacles à la planification des naissances</p>	 <p>Durée: 1h45</p>
<p>Objectifs de la session</p>	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> expliquer à une famille l'importance de se faire accompagner d'accoucheurs qualifiés lorsqu'une femme accouche comprendre et expliquer aux familles pourquoi toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives, devraient accoucher dans un centre de santé aider la famille à se préparer à l'accouchement, dans un centre de santé ou à domicile identifier les problèmes que les familles peuvent rencontrer dans la préparation à l'accouchement et travailler avec elles à trouver des solutions potentielles. 	
<p>Messages clés</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives, devraient accoucher dans un centre de santé. Elles ont besoin d'un accoucheur qualifié. Elles doivent élaborer un plan de naissance. Elles ont besoin d'un plan de transport. Elles ont besoin de matériel pour la naissance. 	
<p>Préparation et matériaux</p> 	<p><i>Matériaux:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tableau de conférence, feuilles et marqueurs Histoires du folioscope pour la visite 2 Manuels du ménage <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rassemblez tout le matériel de formation au préalable 	

Présenter la session

Objectifs de la session

A la fin de cette session, vous pourrez:

- expliquer à une famille l'importance de se faire accompagner d'accoucheurs qualifiés lorsqu'une femme accouche
- expliquer à une famille pourquoi toutes les femmes, mais en particulier les femmes séropositives, devraient accoucher dans un centre de santé
- aider la famille à se préparer à l'accouchement, dans un centre de santé ou à domicile
- identifier les problèmes que les familles peuvent rencontrer dans la préparation à l'accouchement et travailler avec elles à trouver des solutions potentielles.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez aux ASC de sexe féminin de dire où elles ont accouché et **demandez** aux ASC de sexe masculin de dire où leurs épouses ont accouché.

Demandez aux ASC si ces accouchements ont été assistés par un accoucheur qualifié (formé).

Demandez aux ASC d'expliquer ce qu'ils ont fait pour se préparer à l'accouchement dans les mois précédant l'accouchement?



Activity 2 : Fournir des informations pertinentes: Impliquer les membres de la famille dans la planification de la naissance

Expliquez ou lisez à voix haute:



SE PREPARER A LA NAISSANCE

Au cours de la troisième visite à une femme enceinte, l'ASC aidera la famille à se préparer à la naissance. Aider la famille à préparer son propre plan de naissance implique une discussion continue avec la femme et sa famille afin de les aider à décider du lieu de l'accouchement, organiser les choses dont ils auront besoin pour l'accouchement, reconnaître les signes de danger et décider de ce qu'ils feront en cas d'urgence. Disposer d'un plan de naissance permet de réduire la confusion au moment de l'accouchement et d'augmenter les chances que la femme et son bébé bénéficient d'une prise en charge appropriée et opportune.



Demandez aux participants s'ils pensent qu'il est important d'inclure le mari et autres membres de la famille aux discussions relatives au lieu de l'accouchement. Pourquoi?

Dans la discussion de suivi avec les participants, **vérifiez** que les raisons suivantes sont citées:



RAISONS D'INCLURE LE MARI ET LES MEMBRES DE LA FAMILLE A LA DISCUSSION

- Accoucher dans un centre nécessite de l'argent, cette décision doit donc être prise avec le mari et toute autre personne impliquée.
- Si tout le monde s'est accordé au préalable, lorsque le travail commencera, il n'y aura aucun problème à décider de se rendre dans un centre de santé.
- Dans certaines sociétés, le mari doit donner la permission à la femme de quitter la maison, s'il accepte donc au préalable, cela permettra à la femme de quitter la maison même si son époux n'est pas présent à ce moment-là.
- Quitter la maison nécessite de l'argent pour payer le transport et la présence d'une personne pour garder la maison et les enfants; d'autres membres de la famille peuvent remplir ce rôle.



Activité 3: Fournir des informations pertinentes: Se préparer à l'accouchement

CHANGEMENTS DE CONTEXTE: Passez en revue les informations des encadrés ci-dessous et déterminez si tous les points sont pertinents ou non par rapport à votre contexte

Expliquez ou lisez à voix haute:

Un objectif clé de votre visite au cours de la grossesse est d'aider les familles à se préparer à la naissance. Le processus de planification de la naissance aide les familles à penser à l'avance à ce qui sera nécessaire pour garantir un accouchement sans danger et les aide à décider de la manière de surmonter toute difficulté qu'elles pourraient rencontrer. Bien qu'il soit toujours préférable d'accoucher dans un centre de santé, cette décision n'est pas toujours prise immédiatement. Si la famille est indécise, passez en revue les éléments de la préparation à l'accouchement dans un centre de santé et laissez-la y réfléchir. Abordez de nouveau le sujet de l'accouchement dans un centre lors de la visite suivante. Il est possible que toutes les femmes ne puissent pas accoucher dans un centre de santé. Si une famille décide que la femme n'accouchera pas dans un centre de santé, même après en avoir discuté, il est important de l'aider à rendre l'accouchement à domicile aussi sûr que possible. Ne les jugez pas et ne les réprimandez pas en raison de leur choix.

Maintenant, **étudiez** les préparations à la naissance suivantes avec les participants. **Comparez** ces points à la liste qu'ils ont notée sur le tableau de conférence à l'étape précédente.



PLANIFICATION DE LA NAISSANCE

1. Se préparer à l'accouchement dans un centre de santé ou à domicile

Il est plus sûr d'accoucher dans un centre de santé. De nombreux problèmes peuvent être évités et tout problème survenant peut être rapidement traité grâce aux compétences et médicaments requis. Si la famille décide que la femme n'accouchera pas dans un centre de santé, les étapes suivantes sont néanmoins importantes pour se préparer à un accouchement à domicile et pour préparer le transport jusqu'au centre de santé en cas d'urgence.

2. Décider comment la famille s'assurera que la femme enceinte est assistée d'un accoucheur qualifié.

Si la femme accouche dans un centre de santé, des accoucheurs qualifiés seront présents pour aider la femme tout au long du travail, et pour parer à toute complication qu'elle pourrait présenter. Si la femme ne peut accoucher dans un centre de santé, les membres de la famille doivent faire tout leur possible pour trouver la personne la plus formée capable d'apporter son aide au cours de l'accouchement à domicile.

3. Identifier des moyens de transport pour se rendre au centre de santé.

Il est important d'identifier la manière dont la femme enceinte se rendra au centre de santé au cours de la grossesse, car le travail peut commencer à tout moment du jour ou de la nuit, et il pourrait être difficile de trouver un moyen de transport au dernier moment. Ceci est également important pour un accouchement à domicile, en cas de complications au cours de l'accouchement et si la femme doit être transportée au centre de santé.

4. Économiser afin de pouvoir payer le transport et autres dépenses pour se rendre au centre de santé.

Il est important d'économiser de petites sommes d'argent tout au long de la grossesse afin de disposer de suffisamment d'argent pour couvrir les frais de transport et autres dépenses nécessaires à un accouchement dans un centre de santé.

5. Rassembler le matériel nécessaire à un accouchement à domicile ou dans un centre de santé.

Pour accoucher dans la plupart des centres de santé, les femmes doivent apporter: du savon, un drap en plastique, des serviettes hygiéniques et des vêtements propres pour la mère et le bébé (**note: veuillez adapter la liste en fonction de la situation dans votre pays**). Ce matériel pouvant être coûteux, les familles doivent les réunir petit à petit. Il est important que la famille conserve les

articles au propre et dans un même lieu afin qu'ils soient prêts et puissent être facilement trouvés lorsqu'ils seront nécessaires. Ces articles sont également nécessaires si la femme accouche à domicile.

6. Décider d'aller à l'établissement de santé au début du travail ou de rester à proximité de lavant le début du travail.

Il est important d'aller à l'établissement de santé au début du travail afin qu'il y ait suffisamment de temps pour arriver avant la naissance du bébé, surtout si la mère a eu un bébé avant. Idéalement, si la famille vit loin de la clinique la plus proche de la femme pouvait rester près de l'installation dans les dernières semaines de la grossesse pour éviter un voyage long et difficile pendant le travail ou une naissance le long du chemin.

7. Prévoir qui s'occupera du foyer lorsque la femme enceinte et d'autres membres de la famille seront au centre de santé.

Il est important que des dispositions soient prises à l'avance afin qu'une personne puisse s'occuper du foyer, notamment des enfants plus âgés, d'autres membres de la famille, des animaux, etc.

8. Planifier qui prendra soin de la maison pendant que la femme enceinte et d'autres membres de la famille sont dans le centre de santé.

Il est important que des mesures soient prises à l'avance pour quelqu'un pour prendre soin de la maison, y compris les soins pour les enfants plus âgés, d'autres membres de la famille, les animaux, etc.



Activite 4: L'importance du centre de santé, en particulier pour les femmes séropositives

Il est plus sûr pour toutes les femmes d'accoucher en présence d'un accoucheur qualifié et dans un centre de santé car le personnel soignant dispose des compétences et du matériel nécessaires pour s'assurer que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions et que le bébé soit en bonne santé. Des problèmes se produisent parfois au cours du travail et de l'accouchement, tels que des saignements ou des crises, nécessitant un personnel soignant qualifié, des médicaments et du matériel pour les traiter, sans quoi la mère et/ou le bébé pourraient mourir. Il est par conséquent plus sûr d'accoucher dans un centre pouvant gérer ces problèmes ainsi que d'autres.

Le VD-TTC devrait fortement encourager les femmes séropositives, et toute femme identifiée comme à haut risque (voir Session 20) pour trouver un moyen d'avoir l'accouchement dans un centre de santé, et si elles vivent loin de la clinique, à l'intention de rester à proximité de la clinique avant leur date d'accouchement.



Activite 5: Barrières à l'accouchement dans le centre de santé

Posez la question suivante: Quelles sont les raisons expliquant pourquoi les femmes de votre communauté n'accouchent pas dans un centre de santé?

Notez les réponses sur le tableau de conférence. Discutez avec les participants, en ajoutant les raisons ci-dessous n'ayant pas été citées par les ASC.

Raisons expliquant pourquoi les femmes n'accouchent pas dans un centre de santé

- Coût des articles nécessaires à l'accouchement, du transport et des honoraires du centre de santé
- Elles pensent que les accouchements à domicile sont tout aussi sûrs
- Elles se sentent plus à l'aise en accouchant à domicile en présence d'une AT
- Elles ne sont pas conscientes de l'importance d'accoucher dans un centre de santé
- Elles ne disposent pas de moyen de transport
- Elles ont peur des procédures suivies dans un centre de santé ou du personnel du centre de santé
- L'accouchement se produit soudainement à domicile ou en route vers le centre de santé

- Influence des membres de la famille –e.g. belle mere ou mere.



Travail en groupe: Répartissez maintenant les participants en groupes de trois ou quatre personnes et attribuez à chaque groupe une ou deux des raisons citées de ne pas accoucher dans un centre de santé. Le groupe doit discuter des moyens possibles de surmonter ces contraintes dans sa communauté. **Faites le tour** de la pièce et observez la discussion en apportant des éclaircissements si nécessaire. Après 10 à 15 minutes, **réunissez** de nouveau tous les participants. **Demandez** à chaque groupe de présenter ses solutions. Vous pouvez **utiliser** le tableau ci-dessous pour vos discussions. En parlant des solutions, partager les suggestions suivantes:

Problème	Conseil possible
Coût de l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Informez la famille de ce que coûte un accouchement dans un centre de santé; incluez les « coûts cachés », même si l'accouchement est en soi gratuit. • Aidez-la à déterminer comment elle pourrait économiser une toute petite somme d'argent toutes les semaines, afin de disposer à la fin de la grossesse d'un montant significatif, en particulier si toute la famille est impliquée. • Soulignez le fait qu'un accouchement dans un centre de santé permet de s'assurer que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions et que le bébé est en bonne santé. Si des complications se produisaient au cours d'un accouchement à domicile, l'obtention d'un traitement d'urgence sera bien plus coûteux qu'un accouchement dans un centre de santé.
Perception des accouchements à domicile comme étant tout aussi sûrs	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquez à la famille que le centre de santé est le meilleur endroit pour prévenir et traiter les complications à l'accouchement. • Expliquez que les complications telles qu'un travail prolongé, un retard dans l'expulsion du placenta et une hémorragie après l'accouchement peuvent se produire chez n'importe quelle femme, même celles qui ont connu des accouchements sans problème.
Se sentir à l'aise pour accoucher à domicile en présence d'un AT	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissez qu'il est réconfortant qu'un AT avec lequel vous vous sentez à l'aise soit présent à l'accouchement, mais qu'en cas de complications, la mère et le bébé pourraient le payer de leur vie. • Suggérez que l'AT pourrait peut-être se rendre avec la femme enceinte au centre de santé et apporter son soutien (ou être un compagnon de naissance) au cours du travail et de l'accouchement.
Pas de moyens de transport	<ul style="list-style-type: none"> • Aidez les familles à identifier un moyen de se rendre au centre de santé de jour comme de nuit et en cas d'intempéries. • Encouragez les familles à prendre des dispositions à l'avance avec un propriétaire de véhicule, notamment en notant son numéro de téléphone. • Encouragez une planification communautaire afin de fournir un moyen de transport en cas d'accouchement et d'urgences. • Vers la fin de la grossesse, encouragez la femme à tenter de trouver un lieu sûr où séjourner (auprès d'un parent ou d'un ami) situé à proximité du centre de santé.
Peur des procédures du centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquez à la famille que les procédures du centre de santé servent toujours à sauver des vies. Si ces procédures ne sont pas suivies lorsqu'elles sont requises, il est probable que la mère ou son bébé décède.

et des attitudes du personnel soignant	<ul style="list-style-type: none"> Expliquez que l'ASC ou une personne adulte pourrait accompagner la femme enceinte au centre de santé afin de la soutenir et de l'aider à communiquer avec le personnel du centre de santé.
Les naissances se produisent parfois très rapidement	<ul style="list-style-type: none"> Expliquez qu'il est important de se rendre dans un centre de santé pour y accoucher dès que le travail commence. C'est pourquoi il est important de planifier l'accouchement au cours de la grossesse. Aidez les familles à s'assurer qu'elles disposent du nécessaire pour un accouchement à domicile sans danger au cas où le travail serait très rapide. Vers la fin de la grossesse, encouragez la femme à tenter de trouver un lieu sûr où séjourner (auprès d'un parent ou d'un ami) situé à proximité du centre de santé.
L'influence des membres de famille	<ul style="list-style-type: none"> Engager avec les membres de la famille qui prennent des décisions de ménage dans vos discussions. Si ils ne sont pas dans la maison, prendre des dispositions pour les faire venir, ou pour assister à la prochaine fois et procéder à l'analyse des obstacles avec eux.



Activité 6: Barrières à la planification des naissances (discussion)

Travail en groupes: Revoir le Manuel des ménages Visite 3, et de voir la liste ci-dessous. Menez une discussion sur les comportements énumérés. Le premier comportement (la naissance au centre de santé) a déjà été fait par l'ensemble du groupe. Donner à chaque groupe un comportement à discuter comme précédemment et ensuite faire un rapport

Remplir cette section dans le Manuel des participants

Visite 3. La planification des naissances et de la préparation - Mi à fin de grossesse




Sujets	Messages clés et Information Supplémentaire	Barrières Qu'est ce qui le rend difficile à réaliser?	Facteurs favorables Qu'est ce qui le rend facile à réaliser?	réponse de counselling ou solution
La planification des naissances	Toutes les femmes, mais les femmes séropositives en particulier devraient accoucher dans un établissement de santé avec une accoucheuse qualifiée			Résultats de l'activité 2
	L'élaboration d'un plan de naissance			
	arranger les finances			
	Préparation pour la naissance et des matériaux (kit de naissance propre)			



Résumer les principaux points de la session

- Il est plus sûr pour une femme et son bébé que cette dernière accouche dans un centre de santé. Même si elle est en bonne santé, elle peut avoir des problèmes au cours de l'accouchement, nécessitant des médicaments, du matériel et/ou des professionnels de santé qualifiés afin de sauver sa vie et celle du bébé.
- Les femmes séropositives devraient toujours accoucher dans un centre de santé car elles bénéficieront d'une prise en charge spéciale visant à prévenir la transmission du VIH de la mère au bébé.
- Les familles devraient disposer d'un plan de naissance clair, afin d'y inclure l'épargne d'argent, l'organisation du transport et la collecte du matériel.
- L'ASC peut jouer un rôle très important pour aider la famille à surmonter les difficultés rencontrées afin d'accoucher dans un centre de santé et l'aider à se préparer à l'accouchement.

Session 18: Planification et espacement idéal des grossesses

Plan de la Session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: L'espacement des naissances</p> <p>Activité 3: Prévention des grossesses chez les adolescentes</p> <p>Activité 4: Renforcer l'information: jeu de rôle</p> <p>Activité 5: Les barrières et les facteurs favorables à planification et l'espacement de la grossesse</p>	 <p>Duree: 2h00</p>
Objectifs de la session	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> comprendre et expliquer les raisons d'espacer les grossesses et de limiter les grossesses aux années de procréation saines comprises entre 18 et 35 ans connaître les différentes méthodes de planification familiale conseiller les familles sur la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé et les aider à surmonter les difficultés rencontrées pour utiliser une méthode de planification familiale 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les grossesses aux années de procréation saines comprises entre 18 et 35 ans • Attendre au moins deux ans après une naissance avant d'essayer de retomber enceinte • Attendre au moins six mois après une fausse couche avant d'essayer de retomber enceinte. • Les méthodes modernes de planification familiale disponibles dans le pays (fournir une liste locale) • Éviter une grossesse non planifiée par le démarrage d'une méthode de planification familiale post-partum de votre choix avant que le bébé est âgé de 6 mois 	
Préparation et matériaux 	<p><i>Matériaux:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Histoires du folioscope pour la visite 3 • Manuels du ménage • Deux poupées (pour le jeu de rôle) • Assiettes (pour le jeu de rôle) • Grains de maïs (pour le jeu de rôle: facultatif) <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation au préalable • Entraînez-vous à la narration du jeu de rôle (Activité 5) 	

Présenter la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, vous pourrez:

- comprendre et expliquer pourquoi les grossesses doivent être espacées par deux ans à compter de la naissance à la prochaine grossesse
- Comprendre pourquoi les jeunes filles doivent retarder leur première grossesse jusqu'à ce qu'a l'âge de 18 ans.
- comprendre où obtenir des informations sur les différentes méthodes de planification familiale

- conseiller les familles sur la planification et l'espace idéal des grossesses pour la santé et les aider à surmonter les difficultés rencontrées pour utiliser une méthode de planification familiale.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez aux VD-ttc s'ils savent pourquoi il est important d'espacer les grossesses; c'est-à-dire pourquoi il est important d'attendre un certain temps après une naissance ou une fausse couche avant d'essayer de retomber enceinte?

Demandez maintenant aux VD-ttc de citer et d'expliquer les différentes méthodes qu'ils connaissent permettant d'éviter de tomber enceinte.

Notez leurs réponses sur le tableau de conférence. Vous pouvez **discuter** des expériences des ASC en matière d'utilisation de ces différentes méthodes, s'ils se sentent suffisamment à l'aise pour en faire part.

Demandez: Quelles sont les méthodes les plus faciles, les plus difficiles à utiliser et pourquoi?



Activité 2: Fournir des informations pertinentes: Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé.



ESPACEMENT IDEAL DES GROSSESSES

- **Les couples sont conseillés à attendre et planifier de commencer à penser à une autre grossesse lorsque le dernier enfant a atteint l'âge de deux ans.**

L'une des plus grandes menaces pour la santé et la croissance d'un jeune enfant de moins de deux ans est une grossesse et la naissance d'un nouveau bébé. L'allaitement pour l'enfant plus âgé arrête trop tôt, et la mère a moins d'énergie et de temps pour préparer les aliments spéciaux dont le jeune enfant a besoin. En conséquence, les enfants nés à moins de deux ans d'intervalle ne sont généralement pas développés ou ne grandissent pas bien, physiquement ou mentalement, que les enfants nés à deux ans d'écart ou plus. Un écart de deux ans donnera suffisamment de temps au corps d'une femme de se rétablir complètement de la grossesse et de l'accouchement.

- **Pour permettre au corps de la femme de se remettre, un couple doit attendre six mois après une fausse couche avant que la femme n'essaie de retomber enceinte.** Le corps d'une femme a besoin d'environ six mois pour se remettre totalement d'une fausse couche.

Les services de planification familiale fournissent aux gens les connaissances et les moyens de planifier le moment où ils auront des enfants, le nombre d'enfants qu'ils auront, l'écart entre les enfants et le moment d'arrêter d'en avoir. Il existe de nombreux moyens sûrs et acceptables d'éviter des grossesses.

Les centres de santé devraient proposer des conseils visant à aider les gens à choisir une méthode de planification familiale acceptable, sûre, commode, efficace et abordable. Parmi toutes les méthodes de contraception, seuls les préservatifs protègent à la fois des grossesses et des IST, et notamment du VIH et du Sida.

- **La responsabilité de la planification familiale incombe aux hommes et aux femmes; tout le monde doit en connaître les bienfaits pour la santé.**

Les hommes ainsi que les femmes doivent assumer la responsabilité d'éviter des grossesses non prévues. Ils doivent avoir accès aux informations et conseils fournis par un agent de santé afin de se tenir informés des diverses méthodes de planification familiale disponibles.



Activité 3: Fournir des informations pertinentes: Prévention des grossesses chez les adolescentes



Posez la question: Est-il courant dans vos communautés que les filles se marient ou tombent enceintes avant l'âge de 18 ans? Pourquoi? / pourquoi pas?

Y at-il des normes culturelles qui favorisent ceci? Est-ce que le mariage précoce se produit dans vos communautés?

Les filles sont-elles éduquées sur l'importance des premiers rapports sexuels retardée et la façon de prévenir les grossesses?

Maintenant, demandez au groupe d'essayer de chercher la cause principale. Poser des questions (rappeler les questions sur les causes principales du dernier module). Pour les deux problèmes énumérés ci-dessous, nous allons essayer d'obtenir les causes sous-jacentes des problèmes «Pourquoi est-ce possible?» Soulever les points énumérés ci-dessous également..

Contextualisation: Ajuster la liste ci-dessous pour les circonstances que vous trouverez dans votre pays. Si le mariage précoce n'est pas un problème, vous pouvez vous concentrer sur l'initiation sexuelle précoce. Cependant - presque tous les pays ont un problème avec l'initiation sexuelle précoce, même dans les cultures restrictives.

Quel est le problème?	Quelles sont les causes profondes?
Les filles se marient trop jeune et deviennent enceintes	L'accès et les connaissances sur le contrôle des naissances Les pressions exercées par la famille Mariages arrangés Crainte que les filles ne se marient pas bien si elles ne se marient pas plutôt Les soucis financiers Crainte que les filles deviennent sexuellement actives avant le mariage la préférence des hommes pour les jeunes mariées? Autres?
Les adolescentes ayant des rapports sexuels trop jeune (en dehors du mariage) et deviennent enceintes	Le manque d'éducation sur la façon dont elles peuvent devenir enceinte Filles ignorent les risques de tomber enceinte La pression des pairs pour devenir sexuellement actifs La contrainte ou la pression des jeunes garçons et des hommes Le manque de pouvoir de négociation L'accès et les connaissances sur le contrôle des naissances intérêts financiers (par exemple les cadeaux et l'argent de petits amis) Autres?

Expliquer ou lire à haute voix:



PREVENTION DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE

Grossesse avant l'âge de 18 ans augmente les risques pour la santé de la mère et son bébé. Les jeunes femmes devraient retarder leur première grossesse jusqu'à 18 ans ou plus.

Les risques de grossesse chez les adolescentes: Une jeune fille n'est pas physiquement prête à avoir des enfants jusqu'à ce qu'elle ait 18 ans. L'accouchement est plus susceptible d'être difficile et dangereux pour une adolescente que chez l'adulte, et est plus susceptible de souffrir de complications dans le travail. Les adolescentes ne peuvent pas être émotionnellement assez mature pour prendre soin de leur jeune enfant, et peuvent également souffrir d'isolement dans leurs familles et amis qui peuvent conduire à un mauvais bien-être psychosocial. Les bébés nés de mères très jeunes sont beaucoup plus susceptibles de mourir dans la première année de vie. Plus une mère est jeune, plus les risques sont élevés.

Le mariage précoce: Les filles qui se marient trop tôt peuvent avoir un pouvoir de décision limité dans leur mariage. Son mari et ses nouveaux membres de la famille peuvent ne pas vouloir qu'elle retarde la grossesse jusqu'à ce qu'elle ait 18 ans. Donc, ces filles et leurs familles ont besoin d'un soutien supplémentaire et l'éducation sanitaire dans vos programmes pour assurer que la fille est prise en charge pour accéder à la planification familiale et retarder la grossesse jusqu'à après 18 ans. Cela peut inclure des normes culturelles difficiles du mariage précoce, l'éducation sur les risques de grossesse chez les adolescentes et comment les filles peuvent se protéger contre une grossesse.



Activité 4: Renforcer les informations: Jeu de rôle

ACTIVITE FACULTATIVE: Vous pouvez réaliser cette activité ou développer une activité de votre propre cru pour renforcer les informations.

Ce jeu de rôle aidera les ASC à opérer une comparaison entre un bon espacement des plantes dans l'agriculture et un espacement des naissances idéal pour la santé, en termes de résultats positifs.

Les ASC se porteront volontaires pour venir devant la classe et jouer les scénarios suivants, tandis que l'un des facilitateurs dira ce qu'il se passe (par exemple, le facilitateur dira: « Thomas est agriculteur. Il plante du maïs dans son champ. Thomas plante les graines de manière très rapprochées les unes des autres ».)

- **Demandez** à cinq ou six volontaires de venir se tenir devant la classe. Le premier volontaire jouera le rôle d'un agriculteur ensemençant son champ. L'agriculteur sèmera les graines de manière très rapprochées les unes des autres. Demandez maintenant aux autres volontaires de s'aligner comme s'ils étaient des tiges de maïs. Ils doivent se tenir très près les uns des autres, se bousculant pour obtenir de l'espace. A mesure que l'agriculteur les asperge d'engrais, ils se battent pour obtenir cette « nourriture », et à mesure que l'agriculteur irrigue les plantes, ils rivalisent durement pour « boire ». Au fil du temps, deux des tiges de maïs grandissent et sont en bonne santé tandis que les autres se flétriront et dépériront en raison du manque d'eau et de nutriments.
- **Demandez** maintenant à quatre ou cinq autres volontaires de venir se tenir devant la classe. Un volontaire jouera le rôle d'une femme enceinte, tandis que les autres joueront le rôle de ses enfants. La femme porte un bébé sur le dos, en allaite un autre et a deux ou trois enfants dans la cour (**note:** vous pouvez utiliser deux poupées pour représenter le bébé allaité et le bébé porté sur le dos). Lorsque la mère pose une assiette de nourriture sur le sol, les enfants dans la cour rivalisent entre eux et se disputent la nourriture. Le bébé sur le dos et le bébé allaité pleurent car ils n'ont pas assez à manger. La mère frotte son ventre pour montrer que sa grossesse la fatigue. Au fil du temps, le bébé allaité, qui n'obtient pas suffisamment de nourriture, décède. La mère est très triste.
- **Demandez** à cinq ou six autres volontaires de venir se tenir devant la classe. De nouveau, l'un des volontaires jouera le rôle d'un agriculteur ensemençant son champ. Cette fois, l'agriculteur sèmera les graines en les espaçant suffisamment. Les autres volontaires s'aligneront comme s'ils étaient des tiges de maïs, mais cette fois, la distance les séparant sera plus importante. A mesure que l'agriculteur asperge de l'engrais, ils auront tous suffisamment à « manger », et à mesure que l'agriculteur irrigue, ils auront tous suffisamment à « boire ». Toutes les tiges de maïs grandissent, sont solides et en bonne santé.

- Enfin, les derniers volontaires joueront le rôle d'une femme enceinte ayant trois enfants en bonne santé d'âges différents. Cette femme ne porte pas de bébé sur le dos, et n'allaite pas non plus de bébé. Lorsqu'il est l'heure de manger, tous les enfants mangent à leur faim et lorsque la femme accouche, son bébé présente un poids normal et est en bonne santé (**note:** vous pouvez utiliser une poupée pour représenter le nouveau bébé).

Débriefez avec les participants en leur demandant d'expliquer ce qu'ils ont vu dans les différents scénarios. Quels sont les messages principaux qu'ils comprennent à partir de ce qu'ils ont vu?



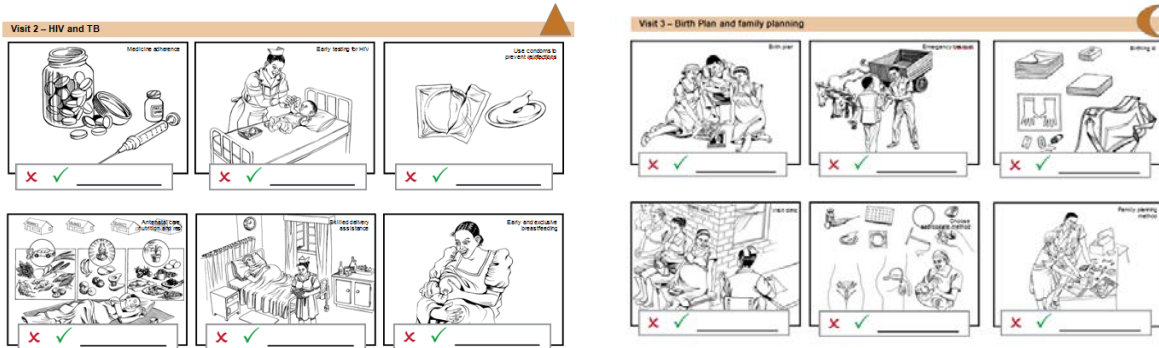
Activité 5: Les barrières et les facteurs favorables à planification et l'espacement de la grossesse

Demandez: Pourquoi certaines femmes ne pratiquent pas la planification familiale après la naissance?



Animez une discussion avec les ASC sur les difficultés éventuelles que les femmes et les familles peuvent rencontrer pour planifier et espacer les grossesses. Par exemple, une épouse peut souhaiter utiliser l'une des méthodes de contrôle des naissances alors que son époux refuse. **Discutez** des façons dont les ASC peuvent aider les familles; peut-être en conseillant le mari et sa femme en même temps sur les bienfaits de la planification et de l'espacement idéal des grossesses pour la santé, et des dangers potentiels pour la mère et ses enfants s'ils ne sont pas mis en pratique. Revoir le Manuel du ménage et voir la liste ci-dessous. Menez une discussion sur les comportements répertoriés et notez solutions dans leurs manuels.

Remplir cette section dans le Manuel des participants TTC.



Visite 3. La planification des naissances et la préparation - Mi à fin de grossesse

Sujets	Messages clés and information supplémentaires	Barrières: Qu'est ce qui le rend difficile à réaliser?	Facteurs favorables Qu'est ce qui le rend facile à réaliser?	réponse de counselling ou solution
Planification et l'espacement de la grossesse	planification Familiale post partum (le plus tôt possible après la naissance et avant que le bébé ait l'âge de 6 mois)	Les croyances, les risques perçus (qu'ils ne peuvent pas tomber enceinte)		


	Limiter la grossesse pour les années de procréation en bonne santé de 18 à 35	<i>préférence de se marier plutôt dans certaines cultures</i> <i>la pression des pairs adolescents</i> <i>La contrainte sexuelle de commencer tôt</i>	Education Family support	
	Attendre au moins deux ans après une naissance avant d'essayer de tomber enceinte à nouveau	Connaissances, croyances, souhaitent avoir de grandes familles,		
	Attendre au moins six mois après une fausse couche avant d'essayer de tomber enceinte à nouveau			
	Utilisation de méthodes modernes de la planification familiale disponibles au centre de santé (fournir une liste)	Connaissances, les croyances, les compétences, la préférence pour les méthodes traditionnelles, la famille / opinion du partenaire		



Résumer les principaux points de la session

- Il est important pour la santé de la mère et des enfants d'espacer les grossesses et de limiter les naissances aux années de procréation saines comprises entre 18 et 35 ans.
- Les jeunes filles devraient retarder leur premier rapport sexuel jusqu'après l'âge de 18 ans, et si ce n'est pas possible, utiliser le contrôle des naissances pour prévenir la grossesse chez les adolescents.
- Un laps de temps d'au moins trois ans doit être observé entre les naissances. Un couple peut commencer à penser à une autre grossesse lorsque le dernier enfant a atteint l'âge de deux ans.
- Pour permettre au corps de la femme de se remettre, un couple doit attendre six mois après une fausse couche avant que la femme n'essaie de retomber enceinte.
- Il existe de nombreux moyens simples et acceptables d'éviter une grossesse non désirée. Certains de ces services ou tous ces services sont proposés dans les centres de santé.

Session 19: Effectuer la troisième visite de la grossesse

Plan de la session	Activité 1: Comprendre l'histoire Activité 2: La troisième visite à domicile de la grossesse Activité 3: S'entraîner à effectuer la troisième visite de la grossesse Activité 4: S'entraîner avec les supports visuels (travail en petits groupes) Activité 5: débriefing en plénière	 <p>Durée: 2h00</p>
Objectifs de la session	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Monter comment effectuer une troisième visite à une femme enceinte et sa famille • Montrer comment utiliser correctement les supports visuels au cours de la visite de conseils • Être prêts à effectuer la Visite 3 et à s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du ménage. 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours de la 3^e visite de la grossesse, vous dialoguerez, négocierez et encouragerez les familles à élaborer un plan de naissance, à se préparer pour l'accouchement et à considérer la planification familiale afin d'éviter que la femme ne retombe enceinte trop rapidement. • Au cours de la 3^e visite de la grossesse, vous raconterez trois histoires et poserez les questions directrices correspondantes: (1) Histoire problématique: "Plan de naissance", "Espacement des grossesses" et (2) histoire positive: "Plan de naissance" et (3) Histoire positive: "Espacement des grossesses". Suivez les quatre étapes du processus de conseils. • N'oubliez pas que la manière dont vous interagissez avec une femme enceinte et sa famille affectera la mesure dans laquelle elle se sentira détendue et en confiance et si elle décidera de suivre vos conseils ou non. 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 3 • Manuels de ttC du ménage <p><i>Préparation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation au préalable 	

Présenter la session

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Monter comment effectuer une troisième visite à une femme enceinte et sa famille
- Montrer comment utiliser correctement les supports visuels au cours de la visite de conseils
- Être prêts à effectuer la Visite 3 et à s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du ménage.



Activité 1: Comprendre l'histoire

Distribuez les copies du Livre d'histoires 3. **Travailler en groupe:** avec un facilitateur/assistant par table, demandez au facilitateur de lire l'histoire au groupe, en appliquant de bonnes techniques de narration. A la fin de l'histoire, le groupe doit faire le tour de la table et identifier les pratiques positives et négatives. Le facilitateur ou le rapporteur (si analphabète) doit utiliser le tableau ci-dessous comme d'une liste de contrôle.

Messages du Livre d'histoires 3

Livre d'histoire n°	Messages de l'histoire positive	Messages de l'histoire négative
3	<ul style="list-style-type: none"> • Ils ont économisé de l'argent pour l'accouchement, et pour une éventuelle urgence • La communauté s'était organisée pour le transport. • Blessing avait identifié à l'avance le moyen de transport qu'il utiliserait. • Ils ont acheté des fournitures propres pour l'accouchement. • Faith se rend à la consultation postnatale après avoir accouché. • Ils choisissent une méthode de planification familiale pour éviter qu'elle ne retombe enceinte trop tôt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patience travaillait trop. • Elle n'a prévenu personne quand sa fièvre et ses frissons sont apparus. • Son accouchement était prolongé et personne n'a compris que c'était dangereux. • La famille n'avait pas de plan d'urgence; le mari n'avait pas économisé d'argent pour le transport ou pris des dispositions pour le transport. • Ils ne sont pas passés devant la file d'attente au centre de santé. • Ils n'ont pas dit au personnel soignant ce qu'il se passait.

Activité 2: Fournir des informations pertinentes: La troisième visite de la grossesse



Passez en revue la séquence de la 3^e visite à domicile avec les participants, dans le *Manuel de ttC du participant* (bref récapitulatif). S'ils sont *analphabètes*, procédez *directement à la démonstration*.

SEQUENCE DE LA TROISIEME VISITE A DOMICILE DE LA GROSSESSE

Avant de commencer: Saluez la famille et nouez de bonnes relations. Expliquez l'objectif de la visite. Assurez-vous que toutes les personnes de soutien identifiées sont présentes.

Identifiez et répondez à toutes difficultés: Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle. Effectuez une orientation si nécessaire. Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire.

Le processus de conseils:

Étape 1: Revoir la rencontre précédente: Passez en revue les pages du Manuel du ménage de la visite précédente. Passez en revue les comportements négociés qu'elle a accepté d'essayer et félicitez-la pour tout progrès. Renégociez avec la famille si elle rencontre encore des difficultés.

Étape 2: Présenter le problème et y réfléchir: Histoire problématique: "Plan de naissance, Espacement des grossesses". Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3: Présenter les informations: Histoire positive: "Plan de naissance", "Espacement des grossesses". Racontez l'histoire et posez les questions directrices. (Il n'y a pas d'étape 3b à la visite 3).

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage: N'oubliez pas de poser les questions visant "à découvrir la cause profonde" (ce qui rend cela difficile; pourquoi est-ce le cas?); N'oubliez pas de poser les questions visant à trouver une solution (ce qui rendrait cela plus facile; comment pouvons-nous contribuer à ce que cela se produise).

Consignez les résultats de la réunion: Complétez le *Registre de ttC* pour cette visite (*nous le ferons à la fin*).

Fin de la visite: Déterminez avec la famille la date de la prochaine visite (au milieu de la grossesse). Remerciez la famille.

Activité 3: Effectuer la troisième visite de la grossesse



Demandez à cinq volontaires de jouer l' conseil auprès d'un ménage en groupe au complet pour cette session. Ces volontaires doivent être différents de ceux ayant joué des rôles au cours des autres visites à domicile.

- Les autres participants tiendront le rôle du public et pourront répondre aux questions de l'ASC s'ils le veulent.

Demandez aux cinq volontaires désignés initialement de jouer chaque étape du processus de conseil auprès du ménage. Le premier ASC jouera la première étape avec le public, le deuxième ASC jouera la deuxième étape avec le public, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la séquence complète de la troisième visite à domicile ait été complétée.

Demandez aux observateurs du public de prendre note de ce que les ASC font convenablement au cours du jeu de rôle et ce qu'ils devraient améliorer, en utilisant le **guide des compétences en conseil** comme référence, disponible à la dernière page du Manuel de l'ASC.



Activité 4: S'entraîner avec les supports visuels (travail en petits groupes)

Distribuer le livre d'histoire des 3 histoires suivantes au VD-TTC. Rappelez-leur que les questions d'orientation se trouvent à la fin de chaque histoire:

histoire négative: plan de naissance, l'espacement des naissances

histoire positive: «plan de naissance ».

Diviser les VD-ttc dans quatre groupes. Le VD-TTC devrait passer par les quatre étapes du processus de conseils dans le manuel, comme décrit ci-dessous. Le premier VD-TTC montrera un model de la première étape, tandis que les autres membres du groupe jouent les rôles de mère, mari, mère-frère, etc. Le deuxième VD-TTC montrera un model de la deuxième étape, et ainsi de suite, pour terminer la séquence. Chaque groupe doit avoir un animateur. Une fois qu'ils ont chacun eu une chance de pratiquer, l'animateur doit faire un compte rendu du processus de consultation avec eux, poser les questions directrices suivantes:

Comment selon vous le processus s'est-il déroulé?

- Avez-vous trouvé que des parties étaient difficiles à comprendre ou à réaliser? De quel soutien supplémentaire avez-vous besoin?
- Avez-vous trouvé que des parties étaient difficiles à comprendre ou à réaliser?
- Vous sentez-vous prêt à réaliser cette session avec des ménages de la communauté? De quel soutien supplémentaire avez-vous besoin?



Activité 5: Débriefer



Organisez une discussion de groupe avec les participants, en posant les questions suivantes sur ce qu'ils ont observé au cours du jeu de rôle sur l' conseil auprès des ménages.

Le processus de conseil: Questions directrices

- Quelle est la **2^e étape** du processus de conseil auprès des ménages?
 - Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?
- Quelle est la **3^e étape** du processus de conseil auprès des ménages?
 - Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?

- Cette séance de conseils comportait-elle une **Étape 3b**? Si tel est le cas, quelle était-elle?
 - Que s'est-il passé?
- Quelle est la **4^e étape** du processus de conseil auprès des ménages?
 - Où avons-nous vu cette étape? Que s'est-il passé?

Compétences de conseils: Questions directrices

Parmi les compétences de conseils, quelles sont celles que le VD-ttC a appliquées? Qu'aurait-il pu mieux faire?

Attitude respectueuse

Féliciter

Langage corporel

Gérer les préoccupations, utilisation appropriée des compétences de PSP

Bonne écoute

Utilisation des supports visuels

Bonne technique de narration

Bonne technique de négociation (questions sur la cause profonde)

Bonne identification d'une solution

Donne les informations de santé





Résumer les principaux points de la session

- Au cours de la 3^e visite de la grossesse, vous dialoguez, négociez et encouragez les familles à élaborer un plan de naissance, à se préparer pour l'accouchement et à considérer la planification familiale afin d'éviter que la femme ne retombe enceinte trop rapidement.
- Au cours de la 3^e visite de la grossesse, vous raconterez trois histoires et poserez les questions directrices correspondantes: (1) Histoire problématique: "Plan de naissance", "Espacement des grossesses" et (2) Histoire positive: "Plan de naissance" et (3) Histoire positive: "Espacement des grossesses". Suivez les quatre étapes du processus de conseils.
- N'oubliez pas que la manière dont vous interagissez avec une femme enceinte et sa famille affectera la mesure dans laquelle elle se sentira détendue et en confiance et si elle décidera de suivre vos conseils ou non.

SUIVI ET REFERENCE POUR LA GROSSESSE

Session 20: Soins de soutien pour les grossesses vulnérables

Plan de la session	<p>Activité 1: Discussion - Facteurs d'une grossesse vulnérable</p> <p>Activité 2: Discussion - Planification des naissances, soutien et soins supplémentaires</p> <p>Activité 3: Études de cas sur les grossesses vulnérables</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire certaines des conditions pouvant rendre une femme enceinte plus vulnérable à des complications et des problèmes psychologiques pendant la grossesse et l'accouchement. • Décrire deux façons pour les VD-ttC de fournir des soins et un soutien supplémentaires aux mères et femmes enceintes vulnérables. 	
Messages clés	 <ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse vulnérable est une grossesse au cours de laquelle une femme présente un ou plusieurs facteurs susceptibles d'augmenter ses risques de souffrir de complications ou de problèmes psychologiques pendant la grossesse ou l'accouchement. • Les facteurs de vulnérabilité pendant une grossesse peuvent inclure: être séropositive, une fausse couche antérieure, une hémorragie antérieure (ou autre complication sérieuse), une hypertension liée à la grossesse, être âgée de moins 18 ans ou de plus de 35 ans, une opération chirurgicale antérieure comme une césarienne ou une réparation de fistules, des complications durant la grossesse actuelle identifiées par le personnel du centre de soins prénatals, notamment des jumeaux, une grossesse multiple ou une hypertension liée à la grossesse. • Toutes les femmes peuvent développer des complications ou des problèmes psychologiques pendant la grossesse ou l'accouchement et doivent être prêtes en cas de signes de danger ou si des problèmes surviennent. • Toutes les femmes doivent élaborer un plan de naissance, incluant le lieu de l'accouchement, l'assistant choisi, l'accompagnant(e) à la naissance, une trousse d'accouchement propre, un transport d'urgence et de l'argent économisé pour couvrir tout coût éventuel de procédures, médicaments ou séjour hospitalier. • Les femmes enceintes vulnérables doivent envisager de s'installer à proximité de l'hôpital à la fin de la grossesse et avant que le travail ne commence. • Les femmes enceintes les plus vulnérables ont besoin d'un soutien supplémentaire: <ul style="list-style-type: none"> ○ Davantage de visites à domicile et de counseling de soutien ○ Un suivi et un soutien à l'observance du traitement ○ Un soutien psychologique de la famille ou par le biais de services ○ La garantie d'un accès régulier aux services de SAN et de maternité 	
Préparation et matériel	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun matériel supplémentaire n'est requis 	

Introduire la session

OBJECTIFS DE LA SESSION

- Décrire certaines des conditions pouvant rendre une femme enceinte plus vulnérable à des complications et des problèmes psychologiques pendant la grossesse et l'accouchement.

- Décrire deux façons pour les VD-ttC de fournir des soins et un soutien supplémentaires aux mères et femmes enceintes vulnérables.



Activité I: Discussion sur les facteurs de grossesse vulnérable

Demandez au groupe de penser à toutes les femmes enceintes dans leurs communautés.

Demandez: Des femmes sont-elles PLUS SUSCEPTIBLES d'avoir des problèmes pendant la grossesse ou l'accouchement? Pourquoi? Ont-elles connu des problèmes par le passé?

Présentent-elles des caractéristiques physiques qui rendent leur grossesse plus susceptible d'entraîner des complications? Quelles sont-elles?

Facteurs de vulnérabilité pendant une grossesse - Exemples	Quel est le risque?	Soutien supplémentaire nécessaire?
Tous les cas de grossesse à haut risque doivent accoucher dans un centre de santé ou un hôpital.		
Test du VIH positif	Transmission du VIH à l'enfant, risque de maladie et d'infections chez la mère, effets secondaires des médicaments	Soutien au traitement ARV, soutien à la PTME, vigilance accrue pour les signes de danger, régime alimentaire amélioré et soins auto-administrés, accouchement à l'hôpital planifié et soutien communautaire
Hypertension actuelle ou antérieure pendant la grossesse (expliquez: les problèmes liés à l'hypertension artérielle)	Le risque de convulsion est plus élevé et la nécessité d'une opération chirurgicale telle qu'une césarienne est accrue (et risque accru de perdre le bébé avant ou après la naissance)	Traitement médicamenteux et soutien à l'observance, vigilance accrue pour les signes de danger, régime alimentaire amélioré et soins auto-administrés, accouchement à l'hôpital planifié
Adolescente (moins de 18 ans)	Risque accru de ne pas se rendre aux visites de SAN ou de ne pas accoucher dans un centre de santé, risque accru de fausse couche ou de perte du bébé avant la naissance, risque accru de complications pendant l'accouchement comme une hémorragie, un accouchement prolongé avec obstruction ou une infection, et problèmes psychologiques au domicile comme la VBG/VC.	Vigilance accrue pour les signes de danger, meilleurs soins auto-administrés, accouchement à l'hôpital planifié
Les femmes connaissant des problèmes de santé mentale périnatale, des difficultés psychologiques comme la violence ou la maltraitance conjugale	Accès réduit aux services, problèmes de santé mentale comme la dépression et l'anxiété, capacité réduite à se prendre en charge et prendre soin de l'enfant	PSP si nécessaire, accès aux services de soutien appropriés, soutien émotionnel et counselling
Problèmes de santé existants, donnez des exemples.	Handicap - tel que la paralysie cérébrale ou la polio La tuberculose pendant la grossesse	

Risques sociaux et vulnérabilités: Les vulnérabilités sociales des ménages peuvent aussi être soulignées, telles qu'abordées à la session 3, dans la mesure où ils doivent aussi les prendre en compte quand ils considèrent une grossesse à risque élevé.

Notez leurs réponses sur le tableau, puis invitez le personnel soignant à entourer les femmes qui pourraient être plus susceptibles de développer des complications afin d'expliquer quels sont les risques et pourquoi elles ont besoin de davantage de soutien, ou utilisez le tableau pour discuter de problèmes spécifiques.

Demandez: Quels pourraient être les besoins additionnels de ces femmes par rapport aux autres femmes enceintes?

RECAPITULATIF DES MESSAGES CLES

- Une grossesse vulnérable est une grossesse au cours de laquelle une femme présente un ou plusieurs facteurs susceptibles d'augmenter ses risques de souffrir de complications ou de problèmes psychologiques pendant la grossesse ou l'accouchement.
- Les facteurs de vulnérabilité pendant une grossesse peuvent inclure: être séropositive, une fausse couche antérieure, une hémorragie antérieure (ou autre complication sérieuse), une hypertension liée à la grossesse, être âgée de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans, une opération chirurgicale antérieure comme une césarienne ou une réparation de fistules, des complications durant la grossesse actuelle identifiées par le personnel du centre de soins prénatals, notamment des jumeaux, une grossesse multiple ou une hypertension liée à la grossesse.



Activité 2: Discussion de la planification des naissances, soutien et soins supplémentaires

Principaux points de discussions

Demandez: Un plan de naissance, c'est QUOI?? Un plan de naissance signifie que la femme et sa famille ont pris en compte les divers besoins, notamment l'argent et les articles essentiels requis pour la naissance d'un bébé et qu'ils ont des idées claires et faisables de la façon dont ils répondront à ces besoins à l'avance.

Demandez: POURQUOI avoir un plan de naissance? De nombreuses tragédies se produisent pendant le travail et l'accouchement parce que la femme ou sa famille n'a pas envisagé avant l'évènement ce qui pourrait être nécessaire et les complications éventuelles associées à l'accouchement.

Demandez: QUI doit participer au plan de naissance et pourquoi?

- La femme enceinte;
- La sage-femme ou infirmière - peut réaliser une évaluation et améliorer le plan;
- L'ASC ou le VD-ttC - est informé du plan de naissance, et soutient la femme et sa famille;
- L'accompagnant(e) à la naissance = la personne accompagnante choisie pendant l'accouchement, par exemple le mari, la sœur, la belle-mère ou un(e) ami(e)

QUAND le plan de naissance doit-il être prêt? Toutes les femmes doivent élaborer un plan de naissance deux mois au moins avant l'accouchement, et il doit être révisé lors de toutes les visites ultérieures.

QUE doit inclure un plan de naissance? Toutes les femmes doivent élaborer un plan de naissance, incluant le lieu de l'accouchement, l'assistant choisi, l'accompagnant(e) à la naissance, une trousse d'accouchement propre, un transport d'urgence et l'argent économisé pour couvrir tous les coûts éventuels des procédures, des médicaments ou du séjour hospitalier.

**SOUTIEN SUPPLÉMENTAIRE AU PLAN DE NAISSANCE POUR LES GROSSESSES VULNÉRABLES**

- Toutes les femmes peuvent développer des complications ou des problèmes psychologiques pendant la grossesse ou l'accouchement et doivent être prêtes en cas de signes de danger ou si des problèmes surviennent.
- Toutes les femmes doivent élaborer un plan de naissance, incluant le lieu de l'accouchement, l'assistant choisi, l'accompagnant(e) à la naissance, une trousse d'accouchement propre, un transport d'urgence et l'argent économisé pour couvrir tous les coûts éventuels des procédures, des médicaments ou du séjour hospitalier.
- Les femmes enceintes vulnérables doivent envisager de s'installer à proximité de l'hôpital à la fin de la grossesse et avant que le travail ne commence.
- Les femmes enceintes les plus vulnérables ont besoin d'un soutien supplémentaire:
- Davantage de visites à domicile et de conseil de soutien
- Un suivi et un soutien à l'observance du traitement
- Un soutien psychologique de la famille ou par le biais de services
- La garantie d'un accès régulier aux services de SAN et de maternité



Demandez: Quelles autres questions/considérations une mère vulnérable pourrait-elle devoir envisager quand elle élabore son plan de naissance?

Où accoucher: Dans un hôpital ou un centre de santé de niveau supérieur.

Quand se rendre au centre de santé (date prévue de l'accouchement): L'objectif est de vous trouver vers la fin de votre grossesse, à proximité d'un centre de santé disposant de soins d'urgence, jour et nuit. Si vous vivez loin d'un centre de santé, prévoyez de vous installer et de rester à proximité si possible.

Qui accompagnera la mère?: Les mères vulnérables doivent se déplacer avec un(e) accompagnant(e) choisi(e) afin que quelqu'un puisse prendre soin d'elles.

Signes de danger: Les membres de la famille doivent être informés des facteurs de risque ou signes de danger à surveiller, et de ce qu'il faut faire si un signe de danger apparaît. Assurez-vous que la famille en est consciente et est attentive aux signes de danger.

**Activité 3: Études de cas**

Lisez les études de cas. Les participants peuvent discuter par groupes de deux, puis votez si le cas doit être considéré comme un cas présentant des besoins de soutien ÉLEVÉ.

Étude de cas	Réponse
<ul style="list-style-type: none"> • Fatima a 38 ans. Elle a quatre enfants en bonne santé, mais au cours de son dernier accouchement, elle <u>a souffert d'attaques et de convulsions</u> et a dû être emmenée au centre de santé pour un traitement. 	ÉLEVÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Sally a 25 ans et c'est sa troisième grossesse. Elle a eu une grossesse saine et ses accouchements précédents se sont déroulés sans complication. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Quinta a 23 ans et c'est sa 2^e grossesse. Elle n'a souffert d'aucune complication et ses accouchements précédents se sont bien passés. <u>On lui a dit qu'elle attendait des jumeaux.</u> 	ÉLEVÉ

<ul style="list-style-type: none"> • Carmen et son mari ont été testés <u>positifs au VIH</u> et ont commencé des traitements <u>ARV</u> pendant la grossesse. Elle déclare être en bonne santé et n'avoir rencontré aucun problème. Son mari était souffrant, et dans l'incapacité de travailler; c'est donc Carmen qui travaille pour assurer leur gagne-pain. 	ÉLEVÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Eugénie a 21 ans, c'est sa deuxième grossesse. La première s'est bien déroulée, et elle n'a souffert d'aucune complication pendant sa grossesse. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Caroline a 16 ans et est enceinte. Elle est en bonne santé et n'a connu jusqu'à présent aucun problème pendant sa grossesse, mais elle ne s'est rendue à aucune visite de SAN. Autre inquiétude, elle vit loin de tout moyen de transport, et se rend rarement au centre de santé pour cette raison. 	ÉLEVÉ





Demandez maintenant aux participants de se répartir en groupes, et donnez à chaque groupe une étude de cas dans laquelle la femme court un risque. Demandez ensuite à chaque groupe de déterminer quels sont les besoins de la femme, quelles autres actions elle pourrait réaliser parmi celles de la liste ci-dessous, et comment ils pourraient la conseiller, elle et sa famille. Les quatre groupes doivent alors présenter leur compte-rendu aux autres participants.


- Davantage de visites à domicile et de conseil de soutien
- Un suivi et un soutien à l'observance du traitement pour les mères séropositives/tuberculeuses
- Un plan de naissance amélioré, notamment le transport/s'installer à proximité du centre de santé avant la date prévue de l'accouchement

Résumez les principaux points de la session

- Une grossesse vulnérable est une grossesse au cours de laquelle une femme présente un ou plusieurs facteurs susceptibles d'augmenter ses risques de souffrir de complications ou de problèmes psychologiques pendant la grossesse ou l'accouchement.
- Les facteurs de vulnérabilité pendant une grossesse peuvent inclure: être séropositive, une fausse couche antérieure, une hémorragie antérieure (ou autre complication sérieuse), une hypertension liée à la grossesse, être âgée de moins 18 ans ou de plus de 35 ans, une opération chirurgicale antérieure comme une césarienne ou une réparation de fistules, des complications durant la grossesse actuelle identifiées par le personnel du centre de soins prénatals, notamment des jumeaux, une grossesse multiple ou une hypertension liée à la grossesse.
- Toutes les femmes peuvent développer des complications ou des problèmes psychologiques pendant la grossesse ou l'accouchement et doivent être prêtes en cas de signes de danger ou si des problèmes surviennent.
- Toutes les femmes doivent élaborer un plan de naissance, incluant le lieu de l'accouchement, l'assistant choisi, l'accompagnant(e) à la naissance, une trousse d'accouchement propre, un transport d'urgence et l'argent économisé pour couvrir tous les coûts éventuels des procédures, des médicaments ou du séjour hospitalier.
- Les femmes enceintes vulnérables doivent envisager de s'installer à proximité de l'hôpital à la fin de la grossesse et avant que le travail ne commence.
- Les femmes enceintes les plus vulnérables ont besoin d'un soutien supplémentaire:
 - Davantage de visites à domicile et de conseil de soutien
 - Un suivi et un soutien à l'observance du traitement
 - Un soutien psychologique de la famille ou par le biais de services
 - La garantie d'un accès régulier aux services de SAN et de maternité

Session 2 I: Orientation, contre-orientation et suivi

Plan de la session	Activité 1: Révision des signes de danger - orienter ou ne pas orienter? Activité 2: Orienter Activité 3: Suivi post-orientation basé à domicile Activité 4: Interpréter les formulaires de contre-orientation	 <p>Durée: 1h40 min</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire quelques considérations quand on transporte une femme enceinte souffrant d'une complication (évacuation d'urgence) • Compléter un formulaire d'orientation écrit au mieux de leur capacité (VD sachant lire et écrire) • Expliquer le suivi de l'orientation à domicile, quand effectuer une visite et ce qu'il faut évaluer pendant la visite • Interpréter les contre-orientations du centre de santé (VD sachant lire et écrire) 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher immédiatement de l'aide au centre de santé le plus proche si vous présentez l'un de ces signes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Maux de tête sévères ○ Température élevée ou fièvre ○ Saignement vaginal ○ Irritation ou perte vaginale ○ Évanouissement, vertiges et fatigue sévère ○ Gonflement des mains ou du visage ○ Douleur abdominale ○ Aucun mouvement du bébé pendant 24 heures (6-9 mois) • Lors d'une orientation d'urgence, la femme est: accompagnée par un membre de sa famille ou un VD-ttC, elle est confortablement installée, elle a à boire et à manger, tous les dossiers médicaux ou carnets de santé, le matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital. • Un formulaire d'orientation écrit communique au personnel du centre de santé les informations importantes pendant une évacuation, telles que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Les problèmes médicaux antérieurs ou de long terme ○ Depuis quand elle est souffrante ○ Les médicaments qu'elle a déjà essayé/pris pour traiter le problème ○ Qui contacter si d'autres problèmes survenaient (VD-ttC/famille) • A cours d'une visite de post-orientation à domicile, un VD-ttC doit s'assurer que la patiente a reçu les soins médicaux et les médicaments dont elle avait besoin, qu'elle se rétablit bien, qu'elle suit les conseils de traitement et de soins auto-administrés qui lui ont été donnés. • Une contre-orientation écrite (*note d'autorisation à quitter le centre de santé) peut être rédigée par le centre de santé, avec le consentement de la patiente et peut communiquer des informations importantes sur les soins de la patiente qui pourraient être importantes pour le VD-ttC ou la famille, telles que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Problèmes médicaux identifiés nécessitant des soins supplémentaires ○ Quand le patient doit revenir pour un suivi ○ Les médicaments que le patient doit prendre ○ Les signes de danger à surveiller et les conseils de soins à suivre 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Quand le VD-ttC doit effectuer un suivi à domicile
Préparation et matériel 	<i>Matériel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Exemplaires de formulaires d'orientation/contre-orientation ou version locale: trois par participant <i>Préparation:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuez les formulaires d'orientation

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Décrire quelques considérations quand on transporte une femme enceinte souffrant d'une complication (urgence)
- Compléter un formulaire d'orientation écrit au mieux de leur capacité (VD sachant lire et écrire)
- Expliquer le suivi de l'orientation à domicile, quand effectuer une visite et ce qu'il faut évaluer pendant la visite
- Interpréter les contre-orientations du centre de santé (VD sachant lire et écrire)



Activité I: Révision des signes de danger = Orienter ou ne pas orienter?

Demandez au groupe quels sont les signes de danger les plus importants pendant une grossesse? Demandez-leur d'utiliser leur Livre d'histoires pour la Visite I afin d'examiner les signes de danger.

Rechercher immédiatement de l'aide au centre de santé le plus proche si vous présentez l'un de ces signes:

- Maux de tête sévères
- Température élevée ou fièvre
- Saignement vaginal
- Irritation ou perte vaginale
- Évanouissement, vertiges et fatigue sévère
- Gonflement des mains ou du visage
- Douleur abdominale
- Aucun mouvement du bébé pendant 24 heures (6-9 mois)

Expliquez au groupe que dans cette activité vous écouterez quelques cas et déterminerez ce qu'ils doivent recommander, à partir des trois actions possibles suivantes: **ROUGE** = Orientation urgente; **ORANGE** = Orientation non urgente; **JAUNE** = Prise en charge du cas à domicile. Vous pouvez faire ceci en vous déplaçant dans la salle, un lieu étant attribué à chaque action. Lisez le cas puis accordez-leur une minute pour qu'ils se mettent en place. Demandez à des volontaires pourquoi ils ont fait ce choix et discutez de toutes recommandations.

Une femme est enceinte de deux mois et a des nausées sévères le matin; elle ne veut rien manger car cela la rend encore plus nauséusee..	JAUNE
Une femme souffre de douleurs au dos dans son 3 ^e trimestre de grossesse, elle dit qu'elle ne peut pas bien dormir et ne peut plus porter de l'eau.	JAUNE

Au cours d'une visite à domicile, une femme déclare être souvent prise de vertiges, essouffée et toujours fatiguée, et elle en est à son 9 ^e mois de grossesse	ROUGE
Une femme à son 4 ^e mois de grossesse déclare avoir de graves hémorroïdes l'empêchant de s'asseoir, et elle a trop peur d'aller aux toilettes à cause de la douleur.	ORANGE
Au cours d'une visite de routine, une femme présente des pieds et des mains très enflés. Elle se plaint également de maux de têtes et de douleurs à l'estomac. Elle en est à son 3 ^e trimestre de grossesse.	ROUGE
Le mari d'une femme vient vous voir en pleine nuit - sa femme a de sévères douleurs au ventre et une forte fièvre, elle tremble.	ROUGE
Un AT rend visite toutes les semaines à une femme pendant son dernier trimestre de grossesse. L'AT vous dit que le bébé est positionné en diagonale dans le ventre, et elle en est à son 9 ^e mois de grossesse.	ORANGE



Demandez au groupe de faire part de quelques-unes de leurs propres expériences et discutez des options si vous en avez le temps.



Activité 2: Orienter

Demandez aux membres du groupe si l'un d'entre eux a déjà effectué une "orientation d'urgence" dans son village? Quelles recommandations donnent-ils généralement à une famille quand ils doivent se déplacer avec une femme enceinte qui est souffrante?

Lors d'une orientation d'urgence vers un centre de santé, la femme est: accompagnée par un membre de sa famille ou un VD-ttC, elle est confortablement installée, elle a à boire et à manger, tous les dossiers médicaux ou carnets de santé, le matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital.

Discutez de leurs réponses et soulignez les points suivants:

- Une femme enceinte doit voyager avec un membre de sa famille, ou un VD-ttC et non pas seule
- Elle doit avoir ses dossiers médicaux avec elle
- Si elle est dans son troisième trimestre de grossesse, elle pourrait avoir besoin d'une trousse d'accouchement et du matériel de naissance

Quelles informations le centre de santé devrait-il connaître sur le cas?

Un formulaire d'orientation écrit communiqué au personnel du centre de santé les informations importantes pendant une évacuation, telles que:

- Les problèmes médicaux antérieurs ou de long terme, les événements précédant les symptômes
- Depuis quand elle est souffrante
- Les médicaments qu'elle a déjà essayé/pris pour traiter le problème
- Qui contacter si d'autres problèmes apparaissaient (VD-ttC/famille)

Écrire une note d'orientation

Si vous avez administré un traitement dans le village - et prévoyez d'évacuer une personne malade, il est sage d'envoyer les informations pertinentes pour informer le centre de santé.

Mise en contexte: Si dans votre pays, vous disposez de services d'urgence et de notes d'orientation spécifiques dans un format que les VD-ttC peuvent compléter, veuillez remplacer le système ci-dessus par ces services et ces notes.

Caractéristiques du formulaire d'orientation/contre-orientation

Chaque feuille d'orientation a deux côtés; l'un est complété par le VD-ttC/VD qui *oriente la femme vers le centre de santé*. L'autre côté doit être laissé vierge et doit être complété par le centre de santé *s'il existe des informations que le centre de santé doit communiquer au VD-ttC/VD*.

- Écrivez toujours nettement en LETTRES MAJUSCULES.
- Recopiez les informations d'identification du registre de ttC ou du carnet de santé de la femme.
- N'écrivez pas trop d'informations, uniquement les informations nécessaires les plus importantes.
- Décrivez tous les symptômes pertinents ou affections antérieures: et cochez l'état indiqué de la patiente à ce moment-là. Il pourrait se dégrader sérieusement en chemin.
- Listez clairement tous les médicaments que vous avez donnés/que la patiente a pris, les doses et le nombre de prise.

Exercices d'entraînement

Travaillez au sein de vos équipes. Considérez les deux cas ci-dessous et complétez les exemplaires de formulaire. Quand vous avez fini: Discutez des résultats ensemble au sein des groupes et avec le formateur. Si des membres du personnel du centre de santé sont présents dans le groupe, demandez-leur de recevoir les fiches d'orientation et de confirmer que les informations sont correctement, clairement et complètement communiquées. Demandez au groupe de penser à leur propre expérience pour trouver des cas supplémentaires, ou de présenter des cas problématiques dont vous pouvez parler afin de les résoudre en groupes.

- 1) Mariama Cisse # 0023 est dans son 3^e trimestre de sa quatrième grossesse. Elle a perdu les eaux et ne présente aucun signe de travail ni de dilatation. Elle est consciente et peut marcher, mais se plaint de crampes abdominales et elle a de la fièvre. Elle a déjà fait une fausse couche et a donné naissance à un bébé mort-né par le passé. Donnez les traitements adéquats, un counselling pour elle et l'AT qui lui a proposé de l'accompagner et compléter le formulaire en fonction de ce que vous avez convenu au sein des groupes.
- 2) Aissatu Balde # 0043 en est à son deuxième trimestre de grossesse. Elle a eu de la fièvre les trois nuits précédentes, et a acheté un *médicament inconnu* contre le paludisme auprès d'un vendeur du marché, et des herbes qu'elle a préparées chez elle. Aujourd'hui, elle a toujours de la fièvre, mais en plus elle vomit. Son état est sérieux mais elle peut marcher avec de l'aide. Conseillez sa famille et complétez le formulaire d'orientation.



Activité 3: Donner les informations pertinentes: Suivi post-orientation à domicile

Demandez aux membres du groupe ce qu'il pourrait se produire selon eux au centre de santé.

- A-t-elle pu avoir accès à tous les médicaments qu'on lui a recommandés au centre de santé?
- Suivra-t-elle les recommandations de médicaments et de soins une fois de retour chez elle?
- Que pourrait-il se passer si elle continuait à être souffrante chez elle après son retour du centre de santé?



Demandez aux membres du groupe s'ils ont déjà vu des complications se produire après que la patiente soit revenue du centre de santé.

Discutez de leurs réponses et soulignez les points suivants:

Les patientes peuvent se trouver confrontées à des ruptures de stock ou ne pas pouvoir payer les médicaments prescrits, ou peuvent finir par les acheter auprès de fournisseurs non officiels vendant des médicaments de mauvaise qualité.

Les patientes peuvent ne pas terminer leur traitement à cause des effets secondaires, parce qu'elles ont oublié ou ne savent pas quand elles doivent arrêter de prendre les médicaments (*expliquez par ex. les dangers éventuels si on ne termine pas le traitement complet d'antibiotiques ou d'antipaludiques*)#

Si le premier traitement n'a pas porté ses fruits, elles peuvent rechercher des soins auprès d'autres prestataires, s'exposant et exposant leurs enfants à un risque.

De nombreux décès d'enfants se produisent à domicile après le retour du centre de santé; le suivi à domicile est donc véritablement important pour prévenir ces décès et s'assurer que les patients sont renvoyés au centre de santé s'ils ne guérissent pas.

Expliquez l'objectif des visites à domicile après une orientation d'urgence:

Au cours d'une visite à domicile après une orientation, un VD-ttC doit s'assurer que la patiente a reçu les soins médicaux et les médicaments dont elle avait besoin, qu'elle se sent complètement guérie, et qu'elle suit les conseils de traitement et de soins auto-administrés qui lui ont été donnés.



Activité 4: Interpréter les formulaires de contre-orientation

Une contre-orientation écrite (*note d'autorisation de quitter le centre de santé) peut être rédigée par le centre de santé, avec le consentement de la patiente et peut communiquer des informations importantes sur les soins de la patiente qui pourraient être importantes pour le VD-ttC ou la famille, telles que:

- Problèmes médicaux identifiés nécessitant des soins supplémentaires
- Quand le patient doit revenir pour un suivi
- Les médicaments que le patient doit prendre
- Les signes de danger à surveiller et les conseils de soins à suivre
- Quand le VD-ttC doit effectuer un suivi à domicile



Résumez les principaux points de la session

- Rechercher immédiatement de l'aide au centre de santé le plus proche si vous présentez l'un des signes de danger.
- Lors d'une orientation d'urgence, la femme est: accompagnée par un membre de sa famille ou un VD-ttC, elle est confortablement installée, elle a à boire et à manger, tous les dossiers médicaux ou carnets de santé, le matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital.
- Un formulaire d'orientation écrit communiqué au personnel du centre de santé les informations importantes pendant une évacuation, telles que: Les problèmes médicaux antérieurs ou de long terme, le moment de la maladie, les médicaments actuellement ou précédemment pris, qui contacter (la famille).
- A cours d'une visite de post-orientation à domicile, un VD-ttC doit s'assurer que la patiente a reçu les soins médicaux et les médicaments dont elle avait besoin, qu'elle se rétablit bien, qu'elle suit les conseils de traitement et de soins auto-administrés qui lui ont été donnés.
- Une contre-orientation écrite (*note d'autorisation de quitter le centre de santé) peut être rédigée par le centre de santé, avec le consentement de la patiente et peut communiquer des informations importantes sur les soins de la patiente qui pourraient être importantes pour le VD-ttC ou la famille, telles que: L'affection identifiée, quand rentrer, les médicaments pris, les signes de danger éventuels et quand effectuer un suivi à domicile.

World Vision <i>Part completed by the CHW, kept by PHC for reference</i>	ttC CHW Referral form		Date of referral: __/__/__																		
			CHW name: _____																		
			Mob No.: _____																		
Referring location <i>(site evacuated from)</i>	_____																				
Name of patient	_____		# of number of patient record																		
Condition / reason for evacuation	<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Newborn (0-28d) <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other (specify) _____																				
Medical history: Date of first symptoms: _____ Description of condition: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Child</th> <th>Maternal / neonatal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fever</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Newborn danger signs <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cough with difficult breathing</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Birth complication <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bleeding <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malnutrition</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Other sign <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Other <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Child	Maternal / neonatal	Fever	<input type="checkbox"/>	Newborn danger signs <input type="checkbox"/>	Cough with difficult breathing	<input type="checkbox"/>	Birth complication <input type="checkbox"/>	Diarrhoea	<input type="checkbox"/>	Bleeding <input type="checkbox"/>	Malnutrition	<input type="checkbox"/>	Other sign <input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	
		Child	Maternal / neonatal																		
Fever	<input type="checkbox"/>	Newborn danger signs <input type="checkbox"/>																			
Cough with difficult breathing	<input type="checkbox"/>	Birth complication <input type="checkbox"/>																			
Diarrhoea	<input type="checkbox"/>	Bleeding <input type="checkbox"/>																			
Malnutrition	<input type="checkbox"/>	Other sign <input type="checkbox"/>																			
Other	<input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>																			
Condition on departure	___ Normal ___ Moderate ___ Severe ___ Critical																				
Prior treatments (community)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicine</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> given by? _____			Medicine	Dose	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____								
Medicine	Dose																				
1. _____	_____																				
2. _____	_____																				
3. _____	_____																				
4. _____	_____																				
Next of Kin / contact	_____																				

Quand le patient a-t-il commencé à se sentir souffrant?

Notez les signes de danger qu'ils ont présentés, tout problème médical antérieur et les maladies chroniques. Cochez le problème le plus approprié dans la liste.

Au moment où ils quittent le lieu, étaient-ils dans un état:
Normal - capable de marcher, à l'aise
Modéré - capable de marcher avec difficulté
Sérieux - conscient, incapable de marcher
Critique - inconscient ou très faible

Demandez à la famille tous les traitements que la femme ou l'enfant aurait pu prendre avant de quitter le village. Si possible, ils doivent prendre les médicaments avec eux au centre de santé ou les noter ici.

Dans le cas de complication supplémentaire, qui le centre de santé doit-il contacter? Notez un numéro de téléphone si possible.



Expliquez qu'au cours d'une visite à domicile, vous pouvez demander à la femme si on lui a remis une autorisation de quitter le centre de santé (ou la page du formulaire d'orientation ci-dessus). Le formateur doit (ou demander au personnel du centre de santé présent à la formation) *compléter* les 3 cases suivantes. Les VD-ttC doivent pouvoir lire et interpréter les formulaires. Puis lisez le texte en italique et discutez (avec le personnel soignant si possible) de la façon de gérer le cas.

- **Mary Smith** a été autorisée à quitter l'**hôpital Saint Audrey** le 4 juin 2014. Elle était enceinte, mais a malheureusement fait une fausse couche au 5^e mois et a été gardée en observation pendant deux jours au centre de santé. On lui a remis des comprimés de fer (60 mg), à prendre deux fois par jour pendant un mois. On lui a recommandé de bien se reposer, de bien manger et de revenir au centre de santé pour un suivi dans une semaine. On lui a également recommandé de revenir immédiatement si elle avait de la fièvre, des évanouissements ou des saignements. Le centre de santé a recommandé au VD-ttC de lui rendre visite deux fois par semaine pendant 3 semaines.

Au cours de la visite à domicile de la 2^e semaine, le VD-ttC découvre que Mary n'est pas retournée au centre de santé, et que, de plus, la pharmacie n'avait que 12 comprimés de fer/acide folique en stock; elle a donc épuisé son stock et a arrêté de les prendre. Elle se sent bien et a repris son programme de travail normal. Que devrait-on recommander à la famille?

Réponse = conseiller la famille sur le report de la reprise du travail, s'assurer qu'elle obtient les comprimés de fer/acide folique, effectuer le suivi tel qu'indiqué

- **Josefina Carlos** a été examinée au centre de santé de **Quimbale** le 16 mai, et a été traitée contre le paludisme pendant sa grossesse. Le centre de santé rapporte qu'elle a terminé son traitement au centre, et a été autorisée à quitter le centre sans autres médicaments, mais il lui a été recommandé de continuer à prendre du fer/acide folique une fois par jour, et de revenir en cas de fièvre. Le centre de santé recommande une visite de suivi par semaine pendant deux semaines.

Pendant la visite à domicile, le VD-ttC découvre que Josefina a souffert de violents maux de tête et de crampes musculaires depuis qu'elle est rentrée il y a six jours. Elle a aussi souffert de fièvre pendant deux jours. Que recommanderiez-vous?

Réponse = Orienter immédiatement vers un centre de santé

- Une semaine après avoir accouché de jumeaux à l'hôpital régional de Tombali, Kamwazi a été autorisée à quitter l'hôpital le 30 avril; elle a accouché par césarienne, sans autres complications. Le centre de santé a recommandé qu'elle se rende dans 10 jours dans son centre de santé local pour un suivi en consultation externe et qu'elle bénéficie d'une visite à domicile une fois par semaine pendant six semaines. Ils lui ont dit de bien se reposer, de bien manger et de changer son pansement deux fois par jour. Et de revenir immédiatement si des signes de fièvre, de saignement ou de douleur au bas-ventre apparaissent.

Vous rendez visite à Imelda à domicile et constatez qu'elle s'occupe seule de ses jumeaux chez elle. Cependant, Imelda se rétablit bien, ne signale aucun symptôme, et affirme qu'elle va bien. Que recommanderiez-vous?

Réponse = Conseiller la famille de l'aider à s'occuper des bébés, continuer le suivi tel qu'indiqué.

Exemple de la façon de compléter un formulaire d'orientation

Le personnel soignant notera quel était l'état et ce qui a été traité ici (si la mère donne son consentement pour partager cette information).

Le personnel soignant doit indiquer l'état du patient à la sortie - parfois la famille peut opter pour le retrait d'un patient malade du centre de santé pour s'en occuper à domicile.




Le personnel soignant doit indiquer la date requise pour le suivi - Les VD-ttC peuvent assurer ce suivi.

Le personnel soignant liste les signes de danger indiquant que le patient doit immédiatement revenir, *par ex. fièvre, maux de tête, aucune amélioration.*

- Message aux VD-ttC à vérifier (si nécessaire):
- Médicaments
 - Signes de danger
 - Conseils de soins auto-administrés pour le patient

World Vision <small>Part completed by PHC returns to CHW</small>	ttC-CHW Counter-referral form		Date of discharge: ___/___/___																
			Health staff name _____																
			Contact no.PHC: _____																
Receiving institution	<input type="checkbox"/> MCHP <input type="checkbox"/> CH post <input type="checkbox"/> CHC <input type="checkbox"/> Hospital																		
Name of patient	<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Post partum <input type="checkbox"/> Newborn (0-59d) <input type="checkbox"/> Infant <input type="checkbox"/> Child		ID number of patient record																
Conditions treated at facility	Medical history Condition: _____ Treatments given: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Child</th> <th>Maternal / neonatal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Malaria <input type="checkbox"/></td> <td>Neonatal infection <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AKI <input type="checkbox"/></td> <td>Complex delivery <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diarrhea / dehydration <input type="checkbox"/></td> <td>Piscariage <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malnutrition <input type="checkbox"/></td> <td>Malaria <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PI / S <input type="checkbox"/></td> <td>Danger sign in pregnancy <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other infection <input type="checkbox"/></td> <td>Danger sign <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other <input type="checkbox"/></td> <td>Other <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Child	Maternal / neonatal	Malaria <input type="checkbox"/>	Neonatal infection <input type="checkbox"/>	AKI <input type="checkbox"/>	Complex delivery <input type="checkbox"/>	Diarrhea / dehydration <input type="checkbox"/>	Piscariage <input type="checkbox"/>	Malnutrition <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>	PI / S <input type="checkbox"/>	Danger sign in pregnancy <input type="checkbox"/>	Other infection <input type="checkbox"/>	Danger sign <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	
Child	Maternal / neonatal																		
Malaria <input type="checkbox"/>	Neonatal infection <input type="checkbox"/>																		
AKI <input type="checkbox"/>	Complex delivery <input type="checkbox"/>																		
Diarrhea / dehydration <input type="checkbox"/>	Piscariage <input type="checkbox"/>																		
Malnutrition <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>																		
PI / S <input type="checkbox"/>	Danger sign in pregnancy <input type="checkbox"/>																		
Other infection <input type="checkbox"/>	Danger sign <input type="checkbox"/>																		
Other <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>																		
Condition on discharge	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Critical																		
Instruction to CHW																			
Date return to PHC	Return immediately if:																		
Follow up schedule	Home visit patient _____ times per week for _____ weeks																		
CHW to check during follow up	Medicine adherence schedule Possible danger signs Counselling																		
Signature of Health staff																			

Session 22: Compléter le Registre de ttC de la grossesse

Session 22	Activité 1: Examiner les formulaires Activité 2: Exemples de cas et compléter les formulaires Activité 3: Valider les informations en utilisant les dossiers de santé maternels Activité 4: Discussion et pratique	 Durée: 2h15
Objectifs de l'apprentissage	Après cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Compléter le registre de grossesse pour la première inscription de grossesse • Compléter le registre de grossesse pour toutes les visites de suivi ultérieures pendant la grossesse 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Le registre de grossesse sert à consigner toutes les pratiques de santé importantes réalisées par le foyer au moment de la visite, et peut être utilisé pour rendre compte des progrès. • Pour toutes les pratiques, les VD-ttC doivent mettre une coche pour une réponse positive et une croix pour une réponse négative, selon l'âge gestationnel au moment de la visite à domicile. 	
Préparation et matériel 	Matériel: <ul style="list-style-type: none"> • Registres de grossesse (trois par participant) • Exemples de registres - imprimé ou projeté sur l'écran 	

Présenter la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Compléter le registre de grossesse pour la première inscription de grossesse
- Compléter le registre de grossesse pour toutes les visites de suivi ultérieures pendant la grossesse

Mise en contexte: Votre bureau national aura mis en contexte les systèmes de suivi. Ce processus consiste à apporter des changements à la liste des indicateurs et aux Registres de ttC, en ajoutant ou supprimant des indicateurs en fonction de votre contexte. Vérifiez que vous travaillez bien avec les versions finales du registre de ttC de la grossesse, tel qu'adapté par votre BN ou projet.

Activité 1: Examiner les formulaires



Distribuez une copie du Registre de ttC de la grossesse à chaque participant.

Note: L'intention est que le même registre soit utilisé par les VD-ttC sachant lire et écrire et les VD-ttC analphabètes. Les participants analphabètes peuvent nécessiter une aide pour compléter les parties écrites des registres, mais devraient pouvoir compléter la partie imagée du registre avec une formation et un soutien.

Le registre de grossesse sert à consigner toutes les pratiques de santé importantes réalisées par le foyer au moment de la visite, et peut être utilisé pour rendre compte des progrès.

Pour toutes les pratiques, les VD-ttC doivent mettre une coche pour une réponse positive et une croix pour une réponse négative, selon l'âge gestationnel au moment de la visite à domicile.

Expliquez la structure des formulaires:

Informations universelles du registre: *Changement contextuel:* Cette section du formulaire indique où se trouve le projet, les numéros d'identification des VD-ttC, des communautés et du centre de santé le plus proche, le nom et le numéro d'identification de la mère (si numéro attribué). Ces données seront modifiées dans le cadre de la mise en contexte.

Structure en colonnes et calendrier: Chacun des registres présente une structure en colonnes - complétez chaque visite dans une colonne verticale en fonction de l'âge gestationnel au moment de la visite et complétez le registre vers le bas. Recherchez l'âge gestationnel (*symboles de mère enceinte, avec les mois en bas*). Il y a deux colonnes - une pour les visites des mois 1 à 4 de la grossesse (visites du début de la grossesse) et une colonne pour les visites se produisant au cours des mois 5 à 9. Dans l'exemple pratique fourni, regardez comment les coches et les croix sont toutes alignées sous 4 mois. Vous pouvez trouver l'âge gestationnel de trois manières:

Consultez le dossier de santé anténatale pour vérifier la date prévue de l'accouchement

Demandez à la mère, *si elle le sait*, ou calculez à partir de la dernière période de menstruation.

Confirmez l'âge gestationnel par le biais d'une palpation si vous êtes formé en la matière (par ex. VD-ttC/AT formés uniquement).

Comment marquer les visites prévues et effectuées - Dans la ligne "visites prévues", notez la date de la prochaine visite prévue. Dans la ligne au-dessous, les VD-ttC sachant lire et écrire peuvent noter la date à laquelle la visite a été effectuée. S'ils sont analphabètes, ils peuvent mettre une coche pour montrer qu'ils ont effectué la visite.

Indicateurs: Chaque ligne correspond à l'une des pratiques de santé que les VD-ttC devront encourager en utilisant les histoires et le Manuel du ménage. Pour compléter le registre, cochez ✓ quand la mère a déjà commencé ou a fini la pratique. Mettez une croix ✗ quand la pratique n'a pas encore été réalisée (*contrairement au Manuel du ménage, ne notez pas l'intention d'essayer*). Dans l'exemple pratique fourni, les données montrent que le mari de Lara n'a pas participé, et qu'elle utilisait une moustiquaire de lit.

Signes de danger et orientation: Au début de chaque visite à domicile, vous devrez vous renseigner sur les signes de danger. Si elle présente un signe de danger et que vous recommandez une orientation vers le centre de santé - vous pourriez noter la date de l'orientation ou une coche si les VD-ttC sont analphabètes. Si vous devez orienter immédiatement, revenez un autre jour pour effectuer la visite de ttC. S'il n'y a aucun signe de danger, mettez une croix. Si vous l'avez orientée, attendez d'avoir la confirmation qu'elle s'est rendue au centre de santé avant d'indiquer que l'orientation est terminée. Dans l'exemple pratique fourni ci-dessous, montrez comment Lara a été orientée le jour de la visite de ttC, et que vous n'avez pas encore confirmé l'orientation.



Activité 2: Exemples de cas et compléter les formulaires

Expliquez que les trois exemples/récits seront utilisés pour nous aider à apprendre à compléter les registres: Lara, Sheila et Satumina. Précisez que ces histoires ne sont **pas** utilisées au cours des visites à domicile (et ne font donc pas partie du Manuel du ménage ou de la documentation de travail de ttC) mais qu'elles ne seront utilisées que dans le cadre de cette formation.















Mise en contexte: Vous devrez comparer les exemples d'histoires fournis ci-dessous avec les versions finales du registre de ttC que vous utilisez. N'incluez que les informations ou les données fournies dans les exemples ci-dessous si ceux-ci se trouvent également dans le registre du VD-ttC pour la première visite de la grossesse.







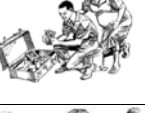



Demandez aux participants de prendre leur Manuel de ttC du participant à la page où se trouve l'exemple ci-dessous, et lisez-leur à voix haute. Expliquez que les exemples désignent le VD-ttC par le terme "vous".

EXEMPLE I: LARA

- Vous rendez visite à Lara le 15 mai. Lara est enceinte de quatre mois environ; elle vit à la périphérie du village et sa maison est située juste à côté de l'école primaire. Son mari, Hussein, ne participe pas à la visite.
- Elle est déjà allée au centre de santé pour sa première visite de SAN. Elle ne présente aucun signe indiquant qu'elle a une grossesse à risque élevé. Un test de dépistage du VIH lui a été proposé, mais elle a refusé et n'a donc pas eu ses résultats.
- Elle a commencé à prendre des comprimés de fer et d'acide folique tous les jours, et signale qu'elle dort toujours sous une moustiquaire de lit la nuit. Elle n'a pas encore de plan de naissance.
- Vous venez juste de la conseiller sur les visites anténatales, les soins à domicile, la nutrition et les signes de danger au cours de la grossesse. Lara rapporte qu'en raison de nausées matinales, elle mange moins que d'habitude.
- Lara ne se sent pas bien et vous lui recommandez d'aller au centre de santé. Vous assurerez un suivi dans deux jours pour savoir si elle s'est rendue au centre de santé et si elle se sent mieux.
- Lara et sa famille veulent que vous leur rendiez de nouveau visite dans deux mois environ pour la 2^e visite de conseils de ttC.

Worked Example: Lara

COMPLÉTER LE REGISTRE DANS CHAQUE VISITE A DOMICILE		Grossesse		Grossesse		Code de do	Totals
		V1	V2	V3	V4		
		 1m	 2m	 3m	 4m		
		 5m	 6m	 7m	 8m	 9m	
Decès durant la grossesse (écrivez la date)						D1	Décès maternel? Oui ou non
Fausse couche						D2	La femme a-t-elle eu une fausse couche?
visite prévue (écrivez la date pour la visite prévue)			14/5	17/6		*	Date vérifié contre gestation
Visite à domicile (écrivez la date de la visite)		15/5 or ✓				PIA	Première visite avant 16 semaines?
						PIB	4 visites pendant la grossesse?
Mari / partenaire a participe dans la visites du ttc?			✗			P2	Mari / participation du partenaire dans la majorité des visites du ttc?
Grossesse à haut risques			✗			P3	Femme était à haut risque à tout moment de la grossesse?

Les moustiquaires régulièrement depuis la dernière visite			✓		P4	Est-ce que la femme a dormi sous une moustiquaire pendant la majeure partie de la grossesse?
visites prénatales terminées			✓		P5A	1 ^{er} visite SAN avant 16 semaines?
					P5B	4 visites SAN pendant la grossesse?
Test de dépistage du VIH			✗		P6	Femme a fait le test du VIH au cours de cette grossesse?
résultat obtenu au test du VIH			✗		P6	Femme a obtenu le résultat du test au cours de cette grossesse?
Femme a pris des comprimés de fer régulièrement pendant le mois dernier		Mother has started taking IFA?	✓	Mother has taken IFA for more than 4 months?	P7	Mère a pris au moins 4 mois de IFA pendant cette grossesse?
Femme a mangé plus que d'habitude			✗		P8	Femme a déclaré avoir manger plus que d'habitude (3 repas + goûter) à toutes les visites?
plan de naissance			✗		P9	Femme avait mis au point un plan de naissance à tout moment?
Les signes de danger pendant la grossesse			15/ 5 or ✓		E1	Total des événements
renvoi complété					E1A	Total des événements
visite à domicile après renvoi complété					E1B	Total des événements

EXEMPLE 2: SHEILA

Visite 1

- Sheila est enceinte de quatre mois environ et vit à côté de la maison de son amie Pinky, près du marché hebdomadaire. Le mari de Sheila s'appelle Aman et a participé à la visite.
- Elle s'est déjà rendue au centre de santé pour une visite de SAN et reçu le vaccin TT. Vous vérifiez son carnet de santé et confirmez les SAN, le TTI et le TPIgl. On ne lui a pas dit qu'elle présentait un risque élevé.
- Elle a passé un test de dépistage du VIH et a reçu les résultats.
- Le carnet de santé de Sheila indique comme date prévue de son accouchement le 20 août 2010. Vous venez juste de la conseiller sur les visites anténatales, les soins à domicile, la nutrition et les signes de danger au cours de la grossesse. Elle utilise une moustiquaire de lit tout le temps.

- Sheila se sent bien et ne présente aucun signe de danger.
- La famille de Sheila souhaiterait que vous lui rendiez de nouveau visite dans un mois environ.

Visite 2

- Vous rendez visite à Sheila un mois plus tard, pour la Visite 2, mais son mari est absent à ce moment-là. Vous apprenez qu'elle a bénéficié de plus d'une visite de SAN; elle mange toujours bien, et utilise sa moustiquaire de lit. Elle prend aussi régulièrement ses comprimés de fer.
- Elle signale qu'elle s'est sentie très faible et épuisée tout le temps et vous la réorientez vers le centre de santé. Elle se rend au centre de santé et deux jours plus tard, vous assurez un suivi pour confirmer qu'elle s'y est bien rendue. On lui a donné d'autres comprimés de fer et elle se sent mieux.

EXEMPLE 3: SATUMINA

- Satumina en est à son 6^e mois de grossesse, son mari s'appelle Manuel et il n'est pas au domicile quand vous effectuez votre visite.
- Elle s'est déjà rendue au centre de santé pour une visite de SAN et s'est vue administrée un vaccin TT. Vous vérifiez son carnet de santé et confirmez les SAN, le TT1 et le TPIg1. Elle a passé un test de dépistage du VIH mais n'est pas encore retournée chercher ses résultats.
- Pendant la consultation, on lui a dit qu'elle présentait un risque élevé. C'est son 4^e enfant et elle a souffert d'hypertension au cours des grossesses précédentes, et au cours de celle-ci. On lui a donné des comprimés à prendre et on lui a dit de venir plus régulièrement en vue d'un examen.
- Vous venez juste de la conseiller sur les visites anténatales, les soins à domicile, la nutrition et les signes de danger au cours de la grossesse. Elle n'a pas encore de moustiquaire de lit et elle dit qu'elle trouve qu'il fait trop chaud sous une moustiquaire. Elle rapporte qu'elle mange bien, prend ses comprimés de fer et se sent bien aujourd'hui.
- Sa famille souhaiterait que vous lui rendiez de nouvelle visite dans un mois environ.

Note: Lorsque les participants ont fini de compléter les registres, demandez-leur de se regrouper par deux pour parler de la façon dont ils conseilleraient chaque famille, en fonction des informations qu'elle leur a fournies.



Activité 3: Valider les informations en utilisant les dossiers médicaux maternels (VD-ttC sachant lire et écrire)

Mise en contexte: Donnez des exemples de dossiers médicaux maternels de votre pays.

Les informations que la mère ou la famille rapporte pendant la visite à domicile doivent être validées en les comparant aux dossiers existants ayant été établis au centre de santé. En utilisant les exemples fournis dans votre zone, montrez où se trouvent les informations suivantes sur les dossiers:

- Fréquentation du centre de santé anténatale
- Date prévue de l'accouchement ou date de la dernière période de menstruation
- Vaccin contre le tétanos administré
- Doses de TPI administrées
- Résultats du test VIH (si le consentement a été donné)
- Toute complication ou observations pendant les soins anténatals



Activité 4: Discussion et pratique

Demandez aux participants de s'entraîner par groupes de deux à remplir le registre, l'un d'eux jouant le rôle du VD-ttC et l'autre celui de la mère/de la femme enceinte. La personne jouant le rôle du VD-ttC posera toutes les questions ouvertes

nécessaires afin de compléter la section du registre relative à cette visite, l'autre personne répondra aux questions. Une fois l'exercice terminé, ces personnes échangeront leurs rôles et recommenceront. Vous pouvez réaliser cette activité de la même manière, que vous travailliez avec des VD-ttC analphabètes ou non.

Débriefing

Rassemblez les participants au complet pour discuter de leur expérience sur la manière dont ils ont complété le registre et sur ce qu'ils ont appris. Répondez à toutes les questions qu'ils pourraient poser.

Informations universelles du registre: Quelles informations doivent être complétées ici?

Dates prévues et effectuées: Ont-ils pu déterminer la date de la prochaine visite? A quelles difficultés se sont-ils trouvés confrontés pour ce faire?

Pratiques de santé: Quelles sont les informations requises ici? Quelles sont les informations sur Lara devant être complétées ici? Qu'en est-il de Sheila et Satumina? A quel niveau les deux cas diffèrent-ils?

Obtenir des informations en posant des questions ouvertes: Qu'ont-ils appris de la seconde série de jeux de rôles, réalisée sans l'aide des histoires? Ont-il pu poser les bonnes questions et obtenir les informations dont ils avaient besoin? Quelles difficultés ont-ils rencontrées en posant les questions? Quelles difficultés l'autre personne formant la paire a-t-elle rencontrées pour comprendre les questions et y répondre?

Pour les VD-ttc analphabètes:

Demandez-leur comment ils se sont sentis en complétant le REGISTRE de ttC

Ont-il pu poser les bonnes questions et obtenir les informations dont ils avaient besoin? Quelles difficultés ont-ils rencontrées en posant les questions? Quelles difficultés l'autre personne formant la paire a-t-elle rencontrées pour comprendre les questions et y répondre?

Quelles difficultés pourraient se présenter, selon eux, lorsqu'ils complèteront ce registre au cours d'une visite à domicile?



Résumez les principaux points de la session

- Le registre de grossesse sert à consigner toutes les pratiques de santé importantes réalisées par le foyer au moment de la visite, et peut être utilisé pour rendre compte des progrès.
- Pour toutes les pratiques, les VD-ttC doivent mettre une coche pour une réponse positive et une croix pour une réponse négative, selon l'âge gestationnel au moment de la visite à domicile.

FOR FURTHER INFORMATION**PLEASE CONTACT:****WVI Offices****World Vision International****Executive Office**

Waterview House
1 Roundwood Avenue
Stockley Park
Uxbridge, Middlesex
UB11 1FG, UK

World Vision Brussels & EU**Representation ivzw**

18, Square de Meeûs
1st floor, Box 2
B- 1050 Brussels, Belgium
+32.2.230.1621

World Vision International**Liaison Office**

7-9 Chemin de Balxert
Case Postale 545
CH-1219 Châtelineau
Switzerland
+41.22.798.4183

**World Vision International
United Nations Liaison Office**

919, 2nd Avenue, 2nd Floor
New York, NY 10017, USA
+1.212.355.1779

WVI Regional Offices**East Africa Office**

Karen Road, Off Ngong Road
P.O. Box 133 - 00502 Karen
Nairobi
Kenya

Southern Africa Office

P.O. Box 5903
Weltevredenpark, 1715
South Africa

West Africa Office

Hann Maristes
Scat Urbam n° R21
BP: 25857 - Dakar Fann
Dakar
Senegal

East Asia Office

Bangkok Business Centre
13th Floor, 29 Sukhumvit 63 (Soi Ekamai)
Klongton Nua, Wattana, Bangkok 10110
Thailand

South Asia & Pacific Office

750B Chai Chee Road #03-02
Technopark @ Chai Chee
Singapore 469002

Latin America and Caribbean Regional Office

P.O. Box: 133-2300
Edificio Torres Del Campo, Torre 1, piso 1
Frente al Centro Comercial El Pueblo
Barrio Tournón
San José
Costa Rica

Middle East and Eastern Europe Regional Office

P.O. Box 28979
2084 Nicosia
Cyprus

© World Vision International 2013

World Vision is a Christian relief, development and advocacy organisation dedicated to working with children, families and communities to overcome poverty and injustice. Inspired by our Christian values, World Vision is dedicated to working with the world's most vulnerable people. World Vision serves all people regardless of religion, race, ethnicity or gender.

Conseils opportuns et ciblés pour la Santé et la Nutrition

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC
Module 2: Accouchement et soins du nouveau-né



© Vision Mondiale Internationale 2014

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC, 2^e Edition.

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC, 1^{ère} Edition publiée en 2011.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit, à l'exception de brefs extraits dans des revues, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

Publié par Santé Durable pour le compte de Vision Mondiale Internationale

Pour plus d'informations sur cette publication ou sur d'autres publications de Vision Mondiale Internationale ou pour recevoir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez adresser votre demande à l'adresse suivante: wvi_publishing@wvi.org.

Vision Mondiale Internationale apprécierait de recevoir des informations sur toute utilisation faite de ce document lors de la conception, de la mise en œuvre ou de l'évaluation de formations, travaux de recherche ou programmes.

Auteurs: Michele Gaudrault et Polly Walker

Collaborateurs: Sue England, Danielle Chekaraou, Annette Ghee, Fe Garcia, Tina Monique James, Alison Schafer, Carmen Tse.

Mises à jour de la 2^e édition: Polly Walker 2014.

Coordination de la publication: Katie Fike. Rédactrice en chef: Marina Mafani. Correctrice: Nancy Warren.

Mise en page intérieure: Alice Contreras.

Photo de couverture © Vision Mondiale

SOMMAIRE

Sommaire	iii
Abréviations.....	iv
Préface du Module 2 de la ttC: Accouchement et soins du nouveau-né.....	v
Comment utiliser ce document	v
Clause de non responsabilité.....	v
Icônes.....	vi
Introduction.....	I
Visite 4: Fin de la grossesse	3
Session 1: Signes de danger pendant le travail et l'accouchement.....	4
Session 2: Soins essentiels immédiats du nouveau-né après la naissance	9
Session 3: Favoriser un commencement précoce de l'allaitement exclusif	16
Session 4: Lavage des mains	21
Session 5: Effectuer la Visite 4: Fin de la grossesse	25
Session spéciale sur le nettoyage à la Chlorhexidine (CHX) du cordon ombilical	29
Visites 5a, 5b, 5c: Première semaine de vie	33
Session 6: Soins néonataux essentiels au cours de la première semaine de vie	34
Session 7: Prendre soin de la mère après qu'elle ait accouché	40
Session 8: Alimentation du nourrisson: Mettre en place l'allaitement exclusif.....	48
Session 9: Développement de la petite enfance.....	57
Session 10: Signes de danger chez le nouveau-né.....	61
Session 11: Soins spéciaux du bébé de petit poids le premier mois	67
Session 12: Effectuer la première visite après l'accouchement (visite 5a, b, c)	74
Visite 6: Premier mois.....	80
Session 13: Rechercher des soins contre la fièvre et les maladies respiratoires aiguës.....	81
Session 14: Soins de routine pour l'enfant d'un mois: Services, Déclaration de la naissance et Jeu	88
Session 15: Effectuer la Visite 6: Premier mois	96
Suivi et orientation du nouveau-né et de la mère pendant la période du postpartum	99
Session 16: Nourrissons nés de mères séropositives.....	100
Session 17: Soutien supplémentaire pour les nouveau-nés et les mères à risque élevé	105
Session 18: Compléter le Registre de COC/ttC du nouveau-né.....	111
Session 19: Orientation et suivi du nouveau-né malade et de la mère en période de postpartum.....	116

ABREVIATIONS

ADP	Programme de développement régional	MS	Ministère de la Santé
IRA	Infection respiratoire aigüe	ONG	Organisation non gouvernementale
ARV	Antirétroviral	BN	Bureau national
ART	Traitement antirétroviral	SSP	Soins de santé primaires
SAN	Soins prénatals	FEA	Femmes enceintes et allaitantes
ASC/B	Agent de santé communautaire/bénévole	PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
CHX	Chlorhexidine	SPN	Soins postnatals
CdE	Canaux de l'Espoir	HPP	Hémorragie du postpartum
COMM	Comité de santé communautaire	IPP	Infection du postpartum
VAC	Voix et Action citoyennes	SPS	Soutien psychosocial
APD	Approche des programmes de développement	SG	Santé génésique
DPE	Développement de la petite enfance	MAS	Malnutrition aiguë sévère
AME	Allaitement maternel exclusif	AQ	Accoucheur qualifié
SOU	Soins obstétricaux d'urgence	CS	Centre de stabilisation
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	PAG	Petit poids pour l'âge gestationnel
PF	Planning familial	BS	Bureau de soutien
VBG	Violence basée sur le genre	SSG	Santé sexuelle et génésique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	IST	Infection sexuellement transmissible
PEIGS	Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé	AT	Approche technique
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	TB	Tuberculose
MMK	Méthode de soins dite de la "mère-kangourou"	AT	Accoucheur traditionnel
FPN	Faible poids de naissance (bébé)	ttC	Conseils opportuns et ciblés
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée	ASC	Visiteurs de COC/ttC à domiciles
SMSP	Santé mentale et soutien psychosocial	TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile	CDV	Conseil et dépistage volontaire
		WASH	Eau, assainissement et hygiène
		PAM	Programme alimentaire mondial
		OMS	Organisation mondiale de la Santé
		VM	Vision Mondiale

PREFACE DU MODULE 2 DE LA TTC: ACCOUCHEMENT ET SOINS DU NOUVEAU-NE

Comment utiliser ce document

Il s'agit de la partie 2 du programme du contenu technique de la ttC, qui suit la Méthodologie de la COC/ttC et le Module 1: Une grossesse saine. Elle a été élaborée dans les pays ayant été sélectionnés pour utiliser le contenu technique de Vision Mondiale plutôt qu'un programme local du ministère de la Santé (MS). Nous ne recommandons pas que cette formation soit dispensée en combinaison avec les précédents modules, car cela englobe trop d'informations pour une seule formation.

Elle peut également être utilisée dans le cadre d'une approche hybride, en sélectionnant les sessions qui manquent dans le programme national. Tous ces choix doivent être faits en collaboration avec le ministère de la Santé du pays dans lequel vous travaillez.

Ce document peut être utilisé aux fins suivantes:

1. **Sélection du programme:** Utilisez ce document afin de le comparer avec le programme du MS dans la phase d'adaptation de la ttC.
2. **Adaptation du programme et sélection du module:** Si vous utilisez un programme du MS, vous pourriez souhaiter examiner ce document et sélectionner les éléments ou modules qui vous intéressent et n'ayant pas d'équivalents dans la formation dirigée par votre MS, tels que les sessions suivantes:
 - Sessions 5, 12 et 15. Effectuer les visites - Ces sections peuvent être utilisées comme des sessions pratiques/de révision
 - Section 18: Compléter le *Registre de CoC/ttC*
 - Session 19: Orientation et suivi du nouveau-né malade et de la mère pendant la période postpartum
3. **Formation de remise à niveau pour les ASC-COC/ttC existants:** Si vous avez déjà suivi une formation en COC/ttC avec la première édition du programme de COC/ttC et que vos ASC-COC/ttC doivent suivre une formation de remise à niveau, vous pourriez souhaiter inclure les sessions sur le *nouveau contenu*. L'intégralité du nouveau contenu de cette deuxième édition de la COC/ttC a été incluse sous forme de *sessions supplémentaires*; c'est pourquoi ces modules peuvent être utilisés indépendamment pendant les formations de remise à niveau, en particulier les sessions suivantes:
 - Session 7: Prendre soin de la mère après l'accouchement, notamment le soutien psychosocial (SPS)
 - Session 9: Développement de la petite enfance
 - Session 11: Soins spéciaux du bébé de petit poids pendant le premier mois
 - Session 16: Les enfants nés de mères séropositives
 - Session 17: Un soutien supplémentaire pour les nouveau-nés et les mères à risque élevé
 - Session spéciale sur le nettoyage à la Chlorhexidine du cordon ombilical (facultatif)
 - Des documents supplémentaires ont été ajoutés pour renforcer les Visites 4 et 5 afin d'inclure le nettoyage du cordon ombilical, l'hygiène, la chaleur pour le nouveau-né et le SPS maternel.

Clause de non responsabilité

Vision Mondiale propose des supports qui constituent le programme fondamental de Conseils opportuns et ciblés (COC/ttC) à des fins d'utilisation. Vous êtes libre de reproduire tous les supports sous réserve que:

- le logo de Vision Mondiale soit conservé sur tous les supports et ne soit pas remplacé par votre propre logo;
- la source des supports soit citée et, si nécessaire, un avis de droits d'auteur inclus;

- Vision Mondiale soit citée en tant qu'auteur et propriétaire du programme fondamental en COC/ttC et supports associés;
- aucun frais ne soit facturé pour l'atelier et que les documents ne soient pas vendus.

ICONES



Demander au groupe



Informations techniques



Résumé



Récapitulatif des principaux messages et de l'objectif



Utiliser la documentation de travail (supports)



Activité



Sujet de discussion

INTRODUCTION

Bienvenue dans le Manuel du facilitateur pour la formation en conseils opportuns et ciblés (COC/ttC). Il s'agit du deuxième module du volet de formation technique de la ttC, qui se concentre sur les soins à la fin de la grossesse, la préparation à l'accouchement et les soins immédiats et essentiels du nouveau-né jusqu'à la fin de son premier mois de vie. Cela correspond à la dernière visite de la grossesse (Visite 4), les visites du postpartum de la première semaine de vie (Visites 5a, b, et c) et la visite du premier mois de vie (Visite 6). Les principales ressources utilisées dans l'élaboration du modèle du projet de COC/ttC sont notamment:

- Caring for the Newborn at Home: A training course for community health workers. (2012). Organisation mondiale de la Santé et UNICEF
- The Community Infant and Young Child Feeding Package: A facilitator's guide (2013). UNICEF.
- Caring for Newborns and Children in the Community: Caring for the Sick Child (2011). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 978 92 4 154804 5
- Facts for Life, Quatrième Édition, UNICEF, 2010
- Home-Based Life Saving Skills (HBLSS) Première édition. (2004) American College of Nurse-Midwives.
- CHW AIM: A Toolkit for Improving Community Health Worker Programs and Services (CHW AIM) (2010). Crigler L et K Hill. Publié par le Projet Health Care Improvement de l'USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

Pour la 2^e Édition de la ttC, les documents suivants étaient également des sources clés:

- Taking Care of a Baby at Home After Birth: What Families Need to Do (2011). Core Group, Save the Children, le American College of Nurse-Midwives, et MCHIP.
- Recommandations de l'OMS sur les Soins postnatals de la mère et du nouveau-né (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241506649 (*Ressource clé pour le nettoyage du cordon ombilical à l'aide de Chlorhexidine*)
- Premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain (2011). Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale. ISBN: 978 92 4 154820 5
- Care for child development: improving the care for young children. (2012) Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. ISBN: 9789241548403
- Model IMCI handbook: Integrated management of childhood illness (2005). Organisation mondiale de la Santé; UNICEF. ISBN: 9241546441. Numéro de référence de l'OMS: WHO/FCH/CAH/00.12
- Caring for newborns and children in the community, adaptation for high HIV or TB settings. Community health worker manual, Facilitator notes, Chart booklet, Referral form (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241548045

Supports de formation nécessaires pour le Module 1 de la ttC




Afin de vous préparer à dispenser cette formation, vous aurez besoin des supports suivants, à imprimer et préparer à l'avance.

Ressources publiées sur la ttC	Guide et DASC du formateur Manuel du facilitateur (un par facilitateur) Manuel du participant (un par participant sachant lire et écrire) Livres d'histoires de la COC/ttC 4-6 (1 lot par ASC) Manuel de COC/ttC du ménage (un par participant) Fiches des aliments (un lot par facilitateur) Registre de COC/ttC du nouveau-né Exemple de formulaires d'orientation/contre-orientation d'un patient (ou utiliser la version locale) - trois par participant
Autres supports de formation	Tableau de conférence, feuilles et marqueurs Exemple de carnet de santé maternelle Exemple de carnet de santé de l'enfant Fiches photographiques de l'allaitement Fiches photographiques du cordon ombilical Fiche de conseils de l'OMS (Soins pour le développement de l'enfant) imprimée ou projetée sur un écran <i>Matériel de démonstration:</i> 2-3 poupées pour les démonstrations Kit d'accouchement propre Deux serviettes, bonnet et chaussettes de bébé Accessoire de "Faux seins" pour le jeu de rôle (facultatif) Poupée en chiffon fait maison avec une corde attachée au placenta, pour le jeu de rôle (facultatif) Tissu rouge pour représenter le sang, pour le jeu de rôle (facultatif) Eau, savon, une grande bassine, une grande tasse ou un broc (quatre lots) Balances (pour le poids du bébé) Huile végétale (facultatif) Poivre ou cannelle moulu (facultatif) Échantillons de solution de Chlorhexidine (un par groupe) Haricots Une MILD, celle que l'on trouve le plus fréquemment dans la région Matériel de suspension (crochets, clous, poteau - tout le nécessaire) Photocopies des instructions fournies avec la moustiquaire de lit, une copie par ASC Tables à utiliser comme lits pendant la démonstration <i>Pour regarder les vidéos:</i> Projecteur et écran Ordinateur portable ou lecteur de DASC DASC: Commencement précoce de l'allaitement DASC: Clips vidéo sur les soins immédiats du nouveau-né DASC: "Soins immédiats après l'accouchement" DASC: Ramper sur la poitrine (Breast-crawl) DASC ou clips vidéos: Observer un allaitement, le positionnement correct et l'attachement

VISITE 4: FIN DE LA GROSSESSE



Session 1: Signes de danger pendant le travail et l'accouchement

Plan de la session	Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2: Signes de danger pendant le travail et l'accouchement Activité 3: Jeu de rôle sur les signes de danger pendant l'accouchement Activité 4: Obstacles et facteurs favorables à une orientation rapide	 Durée: 2h00
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Se rappeler les étapes clés de la préparation qui permettront aux familles d'agir rapidement si le travail commence trop tôt ou si des signes de danger surviennent pendant le travail • Reconnaître les signes de danger pendant le travail et l'accouchement • Expliquer les signes de danger aux ménages et les conseiller de manière appropriée sur les actions à entreprendre et la façon de surmonter les obstacles à une recherche rapide de soins. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre du plan de naissance, les familles doivent avoir tout le matériel pour l'accouchement, un plan pour le transport ainsi que l'argent pour les urgences, à disposition avant que le travail ne commence. Si le travail commence trop tôt ou qu'un signe de danger apparaît, la femme peut rapidement être emmenée au centre de santé. • Emmenez la femme au centre de santé si un signe de danger apparaît (en cas d'accouchement à domicile) Pendant le travail, allez immédiatement au centre de santé si la mère présente l'un de ces signes: <ul style="list-style-type: none"> ○ ne sent aucun mouvement ou un mouvement réduit du bébé ○ perte des eaux sans contractions six heures après ○ saignements ○ tout saignement pendant le travail mais avant la naissance ○ saignement trop important immédiatement après l'accouchement ○ fièvre et frissons ○ accouchement prolongé/retard de la naissance (12 heures ou plus) ○ attaques ou perte de connaissance 	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 4 • Manuels du ménage Préparation <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Se rappeler les étapes clés de la préparation qui permettront aux familles d'agir rapidement si le travail commence trop tôt ou si des signes de danger surviennent pendant le travail
- Reconnaître les signes de danger pendant le travail et l'accouchement

- Expliquer les signes de danger aux ménages et les conseiller de manière appropriée sur les actions à entreprendre et la façon de surmonter les obstacles à une recherche rapide de soins.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Connaissez-vous une femme dans vos communautés qui a souffert de complications pendant le travail ou l'accouchement? Que s'est-il passé? Quelle a été l'issue?

Demandez: Quels sont les signes de danger pendant le travail et l'accouchement? Que devriez-vous faire s'ils apparaissent?



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Signes de danger pendant le travail et l'accouchement

Rappelez aux participants que ces signes sont différents des signes de danger pendant la grossesse, bien que quelques-uns soient similaires. **Expliquez ou lisez à voix haute:**



SIGNES DE DANGER PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Il est impossible de prévoir si une femme souffrira de complications pendant le travail, même si elle a vécu des accouchements sans complication par le passé. C'est pourquoi il est toujours préférable d'accoucher dans un centre de santé avec un accoucheur qualifié (AQ) qui peut réagir face à toutes complications pouvant survenir. Néanmoins, si un accouchement dans un centre de santé est impossible, ou si le travail commence trop tôt, les familles doivent pouvoir reconnaître les signes de danger pendant le travail et l'accouchement et être prêtes à emmener immédiatement la femme au centre de santé si des complications survenaient.

Demandez aux ASC-COC/ttC d'ouvrir leur Manuel du ménage à la page traitant des signes de danger au cours du travail et de l'accouchement. Référez-vous à la bonne page dans le Manuel du participant où se trouvent les informations ci-dessus, et répondez à toutes éventuelles questions.



SIGNES DE DANGER PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT (VOIR MANUEL DU MENAGE)

- La femme ne sent aucun mouvement ou des mouvements réduits du bébé
- Perte des eaux sans contractions dans un délai de 6 heures
- Saignements
- tout saignement pendant le travail mais avant la naissance
- saignement trop important immédiatement après l'accouchement
- Fièvre et frissons
- Accouchement prolongé/retard de la naissance (12 heures ou plus)
- Maux de tête sévères, attaques ou perte de connaissance

Il existe des signes de danger qui ne figurent pas dans le Manuel du ménage et que la famille pourrait avoir du mal à détecter, mais si la mère accouche à domicile, elle doit être informée qu'il s'agit de graves signes de danger et qu'une orientation urgente est nécessaire:

- le placenta ne sort pas ou de façon incomplète après l'accouchement
- un liquide vert foncé est expulsé du ventre alors qu'elle est en train d'accoucher.

Actions nécessaires

- Informez immédiatement quelqu'un - Ne le cachez pas ou n'attendez pas de voir ce qui pourrait se passer

- Demandez de l'aide et emmenez immédiatement la femme au centre de santé
- Avancez-vous au devant de la file d'attente et expliquez la situation au personnel soignant
- Donnez des boissons à la femme en route vers le centre de santé (à moins que la femme n'ait une crise, auquel cas il ne faut pas lui en donner).

Rappelez au groupe les quatre retards abordés dans le Module 1, qui peuvent être les principales raisons de décès d'une mère ou d'un bébé pendant un accouchement:



LES QUATRE RETARDS

Danger: Retard dans la reconnaissance du signe de danger

Décision: Retard dans la décision de rechercher des soins

Distance: Retard dans l'atteinte des soins (distance jusqu'au centre de santé et/ou absence de transport)

Service: Retard dans l'administration de soins efficaces.



Discutez de ces retards avec les participants. Expliquez qu'ils travailleront avec les familles afin que ces dernières **reconnaissent les signes de danger** et prennent la **décision sans délai de rechercher des soins** (dans les 24 premières heures) si un signe de danger apparaît. **Demandez** aux participants de discuter de la situation dans leur région eu égard aux retards 3 et 4. Est-il difficile pour les familles de se rendre au centre de santé? Une fois arrivées au centre de santé, sont-elles retardées dans l'obtention du service? Comment peut-on surmonter ces retards?



Demandez: Qu'est-ce qui pourrait retarder le départ immédiat d'une famille vers le centre de santé? Quelles préparations doivent-elles avoir effectuées pour se préparer aux urgences?



PREPARATIONS D'URGENCE

Avant le début du travail, la famille doit avoir préparé un plan d'urgence et réuni le matériel pour l'accouchement afin d'être prête à partir de toute urgence à tout moment:

- Identifier des moyens de transport pour se rendre au centre de santé.
- Économiser l'argent nécessaire au transport et autres frais au centre de santé.
- Rassembler les fournitures pour un accouchement à domicile ou au centre de santé: Kit d'accouchement propre, notamment une lame propre et une solution de Chlorhexidine (CHX), du savon, des gants, des pinces pour le cordon, un drap en plastique, des serviettes hygiéniques et des vêtements propres pour la mère et le bébé.



Activité 3: Consolider les informations: Jeu de rôle

Travailler en groupes: Demandez à deux groupes de présenter un jeu de rôle en plénière illustrant la situation d'une femme souffrant de l'une des complications listées alors que le travail a commencé en pleine nuit. Le jeu de rôle doit illustrer toutes les actions nécessaires devant être réalisées pour aider la femme.

- Groupe 1: Le travail commence plus tôt que prévu et la femme connaît des complications, mais la famille n'a pas de plans d'urgence en place ni le matériel pour l'accouchement.
- Groupe 2: La même situation, mais la famille a des plans d'urgence et le matériel est prêt.

Questions de discussion: En quoi les situations différaient-elles? En quoi cela a-t-il affecté l'issue? Comment la mère se sentait-elle dans le scénario du Groupe 1? Comment cela pourrait-il affecter le travail de la femme et du bébé? Quand les ASC-COC/ttC doivent-ils s'assurer que la famille a des plans d'urgence et le matériel prêts pour l'accouchement?



Activité 4: Discussion: Les obstacles et les facteurs favorables à une orientation rapide si des signes de danger apparaissent

Travailler en groupes: En considérant ces actions clés pour la visite 4 - Reconnaissance des signes de danger et orientation rapide, demandez au groupe de considérer les obstacles et les facteurs favorables:

- Qu'est-ce qui retarde la reconnaissance des signes de danger? Rappelez-leur les 3 retards du Module 1.
- Qu'est-ce qui retarde l'orientation pendant le travail?
- Qu'est-ce qui pourrait faciliter une réaction rapide des familles?
- Que peuvent faire les ASC-COC/ttC pour aider les familles à surmonter les obstacles et à trouver des solutions? (comme conseiller les familles, vérifier le plan d'urgence et le matériel).

Demandez à chaque groupe de rendre compte aux ASC, puis de prendre des notes dans leur *Manuel de COC/ttC du participant*.

Visite 4. Orientation rapide en cas de signes de danger pendant le travail et l'accouchement



Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles <i>Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?</i>	Facteurs favorables <i>Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?</i>	Réponse de conseils ou solution
<p>Emmenez la femme dans un centre de santé si un signe de danger apparaît (si accouchement à domicile)</p> <p>Pendant le travail, évacuez immédiatement la mère si elle présente l'un de ces signes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saignement pendant le travail mais avant la naissance - saignement trop important immédiatement après l'accouchement - fièvre et frissons - accouchement prolongé/retard de la naissance (12 heures ou plus) - maux de tête sévères, attaques ou perte de connaissance - perte des eaux sans contractions après 6 heures. - la femme ne sent aucun mouvement ou un mouvement réduit du bébé. 	<p>Absence de sensibilisation, aucun transport</p> <p>Mauvaise préparation à l'accouchement</p> <p>Contraintes financières relatives à l'accès au transport</p>	<p>Connaissance des signes de danger</p> <p>Préparer à l'avance les plans d'urgence et le matériel pour l'accouchement</p>	

N'oubliez pas:

Dans le cadre du plan de naissance, les familles doivent avoir tout le matériel pour l'accouchement, un plan pour le transport ainsi que l'argent pour les urgences à disposition avant que le travail ne commence. Si le travail commence trop tôt ou qu'un signe de danger apparaît, la femme peut être rapidement emmenée au centre de santé.

--	--	--	--

Session 2: Soins essentiels immédiats du nouveau-né après la naissance

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Soins néonataux essentiels immédiats après la naissance</p> <p>Activité 3: Consolider les informations: Démonstration de la séquence des soins immédiats</p> <p>Activité 4: Consolider l'apprentissage: Démonstration avec DASC</p> <p>Activité 5: Donner les informations pertinentes: Suivi postnatal et vaccinations</p> <p>Activité 6: Donner les informations pertinentes: Signes de danger immédiats chez le nouveau-né</p> <p>Activité 7: Obstacles et facteurs favorables aux soins néonataux essentiels</p>	 <p>Durée: 2h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre pourquoi les premières heures suivant la naissance sont essentielles à la survie du bébé, et connaître les soins essentiels immédiats devant être administrés au bébé après la naissance • Comprendre les actions immédiates réalisées par l'AQ quand le bébé naît afin de garantir chaleur, hygiène, respiration, soins du cordon et allaitement • Conseiller aux familles ayant choisi un accouchement à domicile d'administrer les soins néonataux essentiels et d'emmener le bébé au centre de santé dès que possible pour un examen. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • L'AQ doit administrer des soins essentiels immédiats au nouveau-né pendant sa première heure de vie, notamment les actions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Essuyer immédiatement le bébé après la naissance à l'aide de tissus chauds et propres afin d'éliminer le sang et les fluides sur le corps, le visage et la tête. ○ Le frotter et le stimuler afin de favoriser la respiration. ○ Nettoyer les voies respiratoires du bébé si nécessaire: nez et bouche pour favoriser la respiration. ○ Maintenir le bébé au chaud en le gardant dans une salle chauffée et en lui mettant un bonnet et des chaussettes. • Placer le bébé de sorte à être en contact peau-contre-peau avec la mère pendant la première heure de vie. <ul style="list-style-type: none"> ○ Couper le cordon avec une lame propre issue de la trousse d'accouchement propre. ○ Ne pas laver le bébé au cours des 24 premières heures ○ Aider le bébé à téter dans les 30 à 60 minutes suivant sa naissance; lui donner le colostrum. ○ Observer la couleur et la respiration du bébé - Les lèvres, la langue et la bouche doivent être roses, ni grises ni bleues, et vérifier régulièrement la respiration pendant plusieurs heures après la naissance. • Si l'accouchement s'est déroulé à domicile, la famille doit administrer les soins néonataux essentiels et encourager la mère et le bébé à se rendre au centre de santé pour bénéficier de soins postnatals dès que possible après l'accouchement à domicile. Dès que possible après l'accouchement, emmener le nourrisson se faire vacciner et passer un examen au centre de santé. 	

Préparation et matériel**Matériel**

- Livre d'histoires pour la Visite 4 et Manuels du ménage
- Poupée
- Kit d'accouchement propre
- Deux serviettes pour essuyer
- Bonnet et chaussettes de bébé
- DASC: "Soins immédiats après l'accouchement"
- Ordinateur portable ou lecteur de DASC

Préparation

Installez le lecteur DASC, la télévision/l'ordinateur et le projecteur
Vérifiez le DASC et veillez à le positionner sur le bon clip.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre pourquoi les premières heures suivant la naissance sont essentielles à la survie du bébé, et connaître les soins essentiels immédiats devant être administrés au bébé après la naissance
- Comprendre les actions immédiates réalisées par l'AQ quand le bébé naît afin de garantir chaleur, hygiène, respiration, soins du cordon et allaitement
- Conseiller aux familles ayant choisi un accouchement à domicile d'administrer les soins néonataux essentiels et d'emmener le bébé au centre de santé dès que possible pour un examen.

**Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà**

Demandez: Que fait-on aux bébés juste après leur naissance dans votre communauté? Quand sont-ils essuyés? Fait-on autre chose?

Demandez: Que se passe-t-il si vous restez nu et mouillé après vous être lavé par temps froid?

La réponse est que vous attraperez froid. La même chose se produit chez un nouveau-né si on le laisse mouillé avec les fluides de l'accouchement après la naissance, à la différence que les nouveau-nés se refroidissent beaucoup plus rapidement que les adultes. Si les bébés attrapent froid, ils peuvent tomber malade.



Demandez: Comment un nouveau-né peut-il contracter une infection dans l'heure qui suit sa naissance?

Le bébé peut contracter des infections par le biais de mains sales qui le touchent, de tissus ou de vêtements sales qui l'enveloppent, de surfaces sales ou si une lame non stérilisée sale est utilisée pour couper le cordon ombilical.

**Activité 2: Donner les informations pertinentes: Soins néonataux essentiels précoces**

Expliquez ou lisez à voix haute dans le *Manuel de COC/ttC du participant*, et répondez à toutes les questions éventuelles des participants.



LES PREMIERES HEURES DE VIE

Les premières heures de vie sont une période cruciale pour la survie d'un bébé, et des soins spéciaux doivent être administrés. Quatre points clés ne doivent pas être oubliés pendant cette période:

CHALEUR: Il est essentiel que les **nouveau-nés soient maintenus au chaud** pendant cette période. Les bébés se refroidissent facilement juste après la naissance s'ils sont exposés à des températures plus froides que celles du ventre de la mère car ils ne peuvent régler leur température, contrairement aux adultes.

RESPIRATION: Si le nouveau-né a souffert d'un accouchement prolongé ou compliqué, il ou elle peut souffrir de *difficultés respiratoires ou d'une asphyxie à la naissance*; il est donc important d'**aider le bébé à respirer** et de vérifier régulièrement sa respiration pour prévenir un décès dû à une asphyxie.

HYGIÈNE/NAISSANCE PROPRE: Durant les premières heures de vie, la mère et le bébé peuvent être infectés de diverses manières. Il existe *cinq nettoyages essentiels à ne pas oublier pendant l'accouchement*, qui doivent être réalisés pour prévenir les infections chez le nouveau-né:

- Mains propres - Les accoucheurs et les personnes de soutien doivent se laver les mains au savon avant de toucher la mère ou le bébé, et porter des gants de protection.
- Surface propre - Utiliser un drap en plastique pour s'assurer que le bébé naît sur une surface propre.
- Pincettes de cordon propre - Prises dans la trousse d'accouchement propre
- Lame propre - Le cordon ombilical doit être coupé avec une lame propre/neuve prise dans la trousse d'accouchement.
- Soins du cordon propre - Assurer la propreté du cordon ombilical, l'essuyer et ne pas mettre de compresse. (Ou appliquer de la Chlorhexidine (**CHX**)*).

ALLAITEMENT: La mère et le bébé bénéficient tous les deux du commencement de **l'allaitement dans la première heure de vie** car cela aide à expulser le placenta, à protéger le bébé et à lui donner de l'énergie après l'épreuve de l'accouchement.

**L'utilisation tout autre produit sur le cordon ombilical n'est pas recommandée.*

Mise en contexte: Si la politique appuie la distribution et l'utilisation de CHX pour le nettoyage du cordon ombilical des bébés nés à domicile, alors adaptez les conseils d'hygiène en conséquence.



Activité 3: Consolider les informations: Démonstration de la séquence des soins immédiats

Référez-vous à la liste ci-dessous dans le *Manuel de COC/ttC du participant*. Lisez la séquence et demandez à quel thème se réfèrent les actions (chaleur, hygiène, respiration, allaitement).



SOINS NEONATALS ESSENTIELS IMMEDIATS

L'AQ et/ou l'accompagnant(e) à la naissance présent pendant l'accouchement doit s'assurer que les actions suivantes sont réalisées immédiatement après l'accouchement, quel que soit le lieu (domicile, centre de santé, en route).

1. **Chauffer** la pièce où se déroule l'accouchement et où le bébé sera installé. (*Chaleur*)
2. S'assurer que tous les accoucheurs et personnes de soutien ont les **mains propres** et que la mère est installée sur une surface propre. (*Hygiène*)

3. **Essuyer** le bébé dès qu'il naît (sort de la filière génitale). Enlever le tissu ou la serviette mouillée et la remplacer par un tissu sec. (*Chaleur*)
4. **Nettoyer** le nez et la bouche du bébé immédiatement afin de s'assurer qu'aucune obstruction ne gêne la respiration du bébé. (*Respiration*)
5. Placer le bébé **peau contre peau** avec sa mère (ou sur son abdomen) et couvrir le bébé d'un drap ou d'une couverture sèche. (*Chaleur*)
6. Mettre un **bonnet et des chaussettes** au bébé. (*Chaleur*)
7. Le cordon ne doit pas être coupé immédiatement; il est préférable d'attendre quelques minutes que les pulsations du cordon cessent afin que le bébé puisse commencer sa vie avec tout le sang dont il a besoin. Le cordon doit être clampé avec **des pinces de cordon propres** et coupé avec une **lame propre**. (*Hygiène*)
8. Mettre le bébé au **sein** peu de temps après que le cordon a été coupé. (*Allaitement*)
9. Lorsque le bébé ne tète pas, la mère peut frotter le dos et les jambes du bébé pour le maintenir au chaud et **favoriser une bonne circulation** du sang. (*Respiration et chaleur*)
10. Ne pas donner de bain au bébé le premier jour. (*Chaleur*)

Le facilitateur peut ensuite **montrer** ces étapes en faisant une démonstration à l'aide de la poupée, du kit d'accouchement propre et des vêtements, ainsi que de volontaires qui joueront le rôle de la mère et des accompagnants à la naissance. L'autre facilitateur doit lire la séquence, à mesure que les acteurs présentent le jeu de rôle. Pendant les actions, les participants peuvent désigner toutes erreurs, puis demandez à d'autres volontaires de venir à l'avant de la salle et de répéter la démonstration.



Activité 4: Consolider l'apprentissage: Démonstration avec DASC

Mise en contexte: La vidéo suivante peut être téléchargée sur le site internet des médias de Santé Mondiale. D'autres langues sont possibles: <http://globlahleathmedia.org/immediate-care-after-birth>. Il pourrait également être utile de récapituler les principaux messages sur le lavage des mains à ce moment-là, ou de faire une démonstration.



Soins immédiats après la naissance

Soins néonataux essentiels immédiats (essuyer, contact peau contre peau, commencement précoce de l'allaitement).

Réunissez les participants afin qu'ils puissent tous voir la vidéo, diffusée sur un ordinateur portable ou un lecteur de DASC.

Présentez la vidéo en expliquant qu'elle montre ce qui se produit pendant et après un accouchement dans un centre de santé.

Montrez le vidéo clip et expliquez ce qui se passe à chaque étape. La vidéo dure 9 minutes, mais les facilitateurs peuvent arrêter et reprendre la vidéo afin de souligner les points clés à mesure qu'ils se produisent. Demandez s'ils ont des questions.



Activité 5: Donner les informations pertinentes: Suivi post-natal et vaccinations précoces

Expliquez ou lisez à voix haute:



EXAMEN POST-NATAL ET VACCINATIONS

Un nouveau-né a besoin de deux vaccinations importantes à la naissance ou dans les jours qui suivent.

Expliquez aux participants qu'ils conseilleront les aidants afin de s'assurer que ces derniers comprennent que deux vaccins doivent être administrés au nouveau-né:

- le vaccin BCG afin de protéger les enfants contre des formes graves de la tuberculose
- le vaccin antipolio oral (VPO). La première dose de VPO est appelée VPO-0 (zéro).

Message clé: Pour les accouchements à domicile, encouragez la mère et le bébé à se rendre au centre de santé pour bénéficier de soins postnatals dès que possible après l'accouchement à domicile. Dès que possible après l'accouchement, emmenez le nourrisson se faire vacciner et passer un examen au centre de santé.

Montrez les carnets de vaccination aux participants, en leur montrant où les premiers vaccins doivent être notés une fois administrés.



Activité 6: Donner les informations pertinentes: Signes de danger immédiats chez le nouveau-né



Demandez: Quels signes durant le premier jour de vie indiquent qu'un nouveau-né est en danger? Que s'est-il passé?

Expliquez ou lisez à voix haute:

Les familles doivent être conscientes des signes indiquant que le nouveau-né est souffrant, notamment une activité réduite/léthargie, des problèmes d'allaitement, une respiration difficile ou des changements de température. S'il s'agit d'un accouchement à domicile, rendez-vous immédiatement au centre de santé. Pour les accouchements dans un centre de santé, appelez immédiatement le médecin/la sage-femme.

Message clé: Orientez de toute urgence un nouveau-né vers un centre de santé si un signe de danger apparaît:

- inconscient, léthargie
- enfoncement de la cage thoracique
- incapable de téter
- attaques/convulsions
- respiration rapide ou difficile
- fièvre.



Activité 7: Obstacles et facteurs favorables aux soins néonataux essentiels précoces

Travailler en groupes: Considérez les obstacles et facteurs favorables aux pratiques de soin du nouveau-né dans le tableau ci-dessous, regroupés en fonction de 1) la respiration, 2) la chaleur, 3) l'hygiène et 4) la reconnaissance des signes de danger et l'orientation (l'allaitement sera abordé dans la session suivante).

Demandez aux participants de considérer les croyances sur les soins du nouveau-né au sein de leurs communautés. Par exemple, la famille peut penser que l'on doit donner le bain au bébé afin de retirer la substance blanchâtre (appelée vernix) sur son corps. Ensuite, demandez aux groupes de rendre compte de la façon dont ils pourraient aider les familles à surmonter tout obstacles pratique ou culturel.

Visite 4. Soins essentiels et néonataux immédiats

Sujets	Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?	Facteurs favorables Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?	Réponse de conseils ou solution
Soins néonataux essentiels immédiats	Encourager le <i>lavage des mains</i> au savon avant de toucher le nouveau-né ou la mère pendant l'accouchement. Utiliser une lame propre pour couper le cordon ombilical.			
	Aider le bébé à respirer: Dégager les voies respiratoires (nez et bouche) du bébé et s'assurer que le bébé respire sans difficulté pendant la première heure de vie. Essuyer le bébé immédiatement après la naissance. Le froter et le stimuler.			
	Maintenir le bébé au chaud: <ul style="list-style-type: none"> • Placer le bébé peau contre peau avec sa mère. • Salle chauffée, bonnet, chaussettes, couverture. • Ne pas laver le bébé au cours des 24 premières heures 			
	Soins postnatals au centre de santé pour la mère et le bébé. Dès que possible après l'accouchement, emmener la mère et le nourrisson pour un examen au centre de santé et pour des vaccinations.			
	Orienter de toute urgence un nouveau-né vers un centre de santé si un signe de danger apparaît: <ul style="list-style-type: none"> • Inconscient, léthargie 			


Signes de danger chez un nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Enfacement de la cage thoracique • Incapable de téter • Attaques/convulsions • Respiration rapide ou difficile • Fièvre 			
--	---	--	--	--



Résumez les principaux points de la session

- Les nouveau-nés doivent être maintenus au chaud après l'accouchement car s'ils attrapent froid, ils peuvent tomber malades. Nous pouvons les maintenir au chaud:
 - en les essuyant dès qu'ils naissent et en enlevant le tissu mouillé
 - en les plaçant peau contre peau avec leur mère et en couvrant le bébé et la mère d'un tissu sec
 - en les aidant à téter juste après la naissance (généralement dans les 30 minutes)
 - en évitant de leur donner un bain le premier jour suivant la naissance.
- D'autres actions importantes devant être réalisées immédiatement à la naissance d'un bébé consistent notamment à nettoyer le nez et la bouche afin de s'assurer qu'aucune obstruction ne gêne la respiration du bébé, et à frotter le dos et les jambes du bébé afin de stimuler la respiration.
- Il est important d'emmener le bébé au centre de santé dès que possible afin que les premiers vaccins lui soient administrés et pour qu'il fasse l'objet d'un examen post-naissance général.

Session 3: Favoriser un commencement précoce de l'allaitement exclusif

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Commencement de l'allaitement</p> <p>Activité 3: Montrer le clip du DASC: Ramper sur la poitrine (Breast-crawl)</p> <p>Activité 4: Obstacles et facteurs favorables à un allaitement précoce et exclusif</p> <p>Activité 5: Donner les informations pertinentes: Tirer le lait maternel</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer aux familles pourquoi un commencement précoce de l'allaitement exclusif est important • Conseiller efficacement les familles afin de les aider à surmonter les obstacles au commencement de l'allaitement immédiatement après la naissance • Apprendre aux ménages à tirer le lait maternel, et expliquer les situations dans lesquelles cela pourrait être nécessaire. 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> • Mettez le bébé au sein dans les 30 à 60 minutes suivant sa naissance. • Ne jetez pas le premier lait (colostrum) et ne donnez aucune autre substance à manger ou à boire. • Allaitement exclusif: Les bébés ne doivent consommer que du lait maternel pendant les 6 premiers mois de leur vie. La plupart des mères en bonne santé produisent du lait en quantité suffisante, et aucun autre liquide ou aliment, y compris l'eau, n'est nécessaire, à condition que vous allaitiez le bébé régulièrement et à la demande (8 à 12 fois par jour). • Aidez la mère à tirer le lait maternel si elle est inconsciente ou malade après l'accouchement. 	
Préparation et matériel	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires et Manuels du ménage • Accessoires de "Faux seins" pour le jeu de rôle (facultatif) • Tissu rouge pour représenter le sang, pour le jeu de rôle (facultatif) • DASC: Ramper sur la poitrine (Breast-crawl) • Lecteur de DASC ou ordinateur portable <p>Préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. • Installez le DASC, la télévision/l'ordinateur et le projecteur. • Vérifiez le DASC et veillez à le positionner sur le bon clip. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Expliquer aux familles pourquoi un commencement précoce de l'allaitement exclusif est important

- Conseiller les familles afin qu'elles surmontent les obstacles au commencement de l'allaitement immédiatement après la naissance
- Apprendre aux ménages à tirer le lait maternel, et expliquer les situations dans lesquelles cela pourrait être nécessaire.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Combien de temps après l'accouchement commence-t-on l'allaitement dans votre communauté? Pourquoi?

Demandez: Quelles sont les croyances les plus courantes sur le colostrum (le premier lait) dans votre communauté?

Demandez: Que donne-t-on généralement aux bébés dans cette communauté après leur naissance?

Notez chaque question sur le tableau noir/tableau de conférence et listez les réponses sous la question. Ne portez aucun jugement sur ce qui est dit.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Commencement de l'allaitement

Lisez à voix haute:



ALLAITEMENT EXCLUSIF

L'allaitement doit commencer dans les **30 minutes qui suivent la naissance**. Les bébés sont prêts à téter quand ils ouvrent la bouche, tournent la tête comme s'ils cherchaient le mamelon, ou qu'ils sucent leurs doigts ou leur main. **Aucun autre aliment ou liquide**, même les thés traditionnels ou l'eau, ne doit être donné au bébé avant ou après sa tétée. L'allaitement précoce et exclusif est l'une des meilleures mesures pour s'assurer qu'un bébé reste en bonne santé, et présente de nombreux avantages pour le nouveau-né comme pour la mère.



Demandez: Quels sont les avantages à commencer l'allaitement tôt?

Soulignez les points de l'encadré ci-dessous au cours de la discussion.



AVANTAGES D'UN COMMENCEMENT PRECOCE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF

Pour le bébé

- Le bébé bénéficie de tous les bienfaits du premier lait (colostrum ou lait jaune), qui tient lieu de première vaccination du bébé et le protège contre les maladies.
- Le fait de ne donner que du lait au bébé (aucun supplément, ni thé, ni eau avant ou après la première tétée) permet de protéger le bébé contre les maladies et de s'assurer qu'il obtient toute la nutrition provenant du lait de la mère.
- Un allaitement précoce aide à produire davantage de lait.
- L'allaitement contribue à maintenir le bébé au chaud.

Pour la mère:

- L'allaitement aide à expulser le placenta.

- Il réduit les saignements de la mère.
- Il peut prévenir un engorgement mammaire.
- Il favorise les liens entre la mère et le bébé.



Activité 3: Montrer le clip du DASC: Ramper sur la poitrine

Montrez le clip du DASC "Rampez sur la poitrine". Vous pouvez le télécharger ici

<http://www.breastcrawl.org/video.shtml> ou si vous avez accès à internet, le montrer directement ici <http://www.youtube.com/watch?v=b3oPb4WdycE>



Ce DASC dure 7,14 minutes et montre comment un nouveau-né cherchera instinctivement le sein peu après sa naissance. **Discutez** du DASC avec les participants une fois que vous avez fini de le regarder.



Activité 4: Obstacles et facteurs favorables au commencement précoce de l'allaitement exclusif

Demandez: Pourquoi certaines femmes ne pratiquent-elles pas l'allaitement précoce et exclusif?

Parmi leurs réponses, identifiez celles qui se rapportent à des *croyances* et celles qui ont trait aux *connaissances/compétences*.

Expliquez: Dans de nombreuses régions, il existe des *croyances* culturelles sur l'allaitement précoce et le fait de donner le colostrum, qui pourraient constituer un obstacle à cette pratique. **Référez-vous** aux réponses à l'Activité 1, et **résumez** les pratiques locales qui constituent des obstacles/facteurs favorables à un bon allaitement. La famille ou l'accoucheur pourrait ne pas avoir les connaissances ou les compétences pour s'assurer que l'allaitement précoce est pratiqué. Des exemples sont fournis dans le tableau ci-dessous. Demandez au ASC-COC/ttC de réfléchir à des solutions possibles.

Obstacle perçu	Type d'obstacle	Réponse de conseils possible
La famille pense que le premier lait est sale et doit être jeté	Croyances	Conseillez-les sur les bienfaits du colostrum: Le premier lait est très bénéfique pour le bébé car il tient lieu de première vaccination. Tous les bébés devraient boire le premier lait.
La mère pense que le lait n'est pas encore "arrivé"/qu'elle n'a pas assez de lait	Croyances	La mère peut estimer qu'elle ne peut pas allaiter tant que ses seins ne sont pas pleins, ce qui peut se produire que trois jours après la naissance. Conseillez les mères sur le fait que le bébé n'a besoin que d'une toute petite quantité de lait (montrez l'estomac de la taille d'une bille d'un nouveau-né), donc ce que la mère peut donner est suffisant.
Le bébé ne pleure pas pour être allaité	Croyances	Tous les bébés ne montrent pas qu'ils ont faim en pleurant; ils peuvent montrer leur faim en ouvrant la bouche, en "cherchant" - c.à.d. en tournant la tête à la recherche du mamelon, ou en suçant leurs doigts ou leur main. Le bébé doit être mis au sein, même s'il ne pleure pas pour téter.
La tradition veut que l'on donne de l'eau, des thés rituels ou du lait animal au bébé avant la première tétée	Culture/croyances	Conseillez la mère ou les personnes de soutien (en particulier la belle-mère, l'accoucheur traditionnel (AQ) ou une femme plus âgée qui pourrait influencer la décision). Expliquez que le bébé n'a besoin que de lait maternel et que tous les autres liquides ou aliments peuvent en fait rendre le bébé très malade ou le rassasier au point qu'il ne tète pas correctement et n'obtient pas tous les bienfaits de la nutrition et de la protection du colostrum.
Le bébé ne "s'accroche pas" ou est incapable de téter	Connaissances/compétences	Certains bébés peuvent rencontrer des difficultés lors de la première tétée, et ce pour de nombreuses raisons, en particulier après un accouchement difficile ou si le bébé est de petit poids. Dans d'autres cas, le mamelon est trop gros, et la mère a besoin d'aide la première fois pour commencer. Un AQ peut conseiller la mère sur l'attachement et le positionnement corrects pour l'allaitement. Si le bébé ne peut pas "s'accrocher", alors le lait doit être tiré dans une tasse propre et donné au bébé dans cette tasse ou à l'aide d'une cuillère. Un bébé incapable d'allaiter est un signe de danger et nécessite une orientation urgente. Le centre de santé ne doit pas autoriser une femme et un bébé à partir tant qu'elle n'allait pas et qu'il ne tète pas sans problème.
Accomplir d'autres tâches après l'accouchement	Connaissances/compétences	Les familles ou les AT peuvent penser que la mère et le bébé doivent prendre un bain avant de commencer l'allaitement, ou peuvent ne pas saisir l'importance de commencer l'allaitement immédiatement. Même si la mère est fatiguée, elle doit être encouragée à donner la première tétée avant de se reposer ou de manger, et les autres activités doivent être reportées jusqu'à ce que le bébé ait été nourri.



Activité 5: Donner les informations pertinentes: Tirer le lait maternel

Demandez: Pourquoi une mère pourrait ne pas pouvoir allaiter immédiatement son bébé?

Demandez: Comment les mères peuvent-elles s'assurer que le bébé reçoit le premier lait même si la mère n'est pas en mesure d'allaiter elle-même? Avez-vous déjà rencontré cette situation?

Expliquez que l'infirmière ou l'AT peut aider la mère à tirer son lait et à nourrir le bébé avec ce lait dans une tasse propre. Demandez aux participants si certains d'entre eux l'ont déjà fait, et si tel est le cas, demandez-leur d'expliquer le processus aux autres participants. Passez en revue les pages du Livre d'histoires: "Tirer le lait maternel" et les informations suivantes dans le *Manuel de COC/ttC du participant*.

Expliquez ou lisez à voix haute:



TIRER LE LAIT MATERNEL




- Il est important d'apprendre à tirer le lait maternel au cas où l'enfant aurait du mal à s'accrocher, ou si la mère rencontre des difficultés à allaiter à causes de mamelons ou de seins douloureux. Pour tirer le lait, suivez ces étapes:
 - a. Lavez-vous les mains au savon.
 - b. Massez le sein pour favoriser la descente du lait.
 - c. Placez le pouce et l'index de part et d'autre du mamelon, trois à cinq centimètres derrière le mamelon.
 - d. Appuyez doucement vers la cage thoracique.
 - e. Déplacez les doigts en même temps dans un léger mouvement vers le bas.
 - f. Répétez la même action tout autour du téton si nécessaire.
- Le lait maternel tiré conservé dans un contenant propre restera frais pendant 8 heures environ.



Résumez les principaux points de la session

- Allaiter immédiatement après la naissance présente de nombreux avantages pour le bébé comme pour la mère. Le premier lait donné au bébé juste après sa naissance tient lieu de vaccin car il protège le bébé contre les maladies.
- Une mère peut allaiter immédiatement après avoir accouché même si elle n'a pas l'impression que ses seins sont pleins. L'allaitement l'aidera en général à produire davantage de lait.
- Si une mère n'est pas en mesure d'allaiter immédiatement après l'accouchement en raison de complications au cours de l'accouchement ayant rendu la mère malade ou inconsciente, l'infirmière ou l'AT doit tirer le lait de ses seins et nourrir le bébé avec ce lait dans une tasse propre.
- La mère devrait **exclusivement** allaiter son bébé. Cela signifie qu'aucun autre aliment ou liquide ne doit être donné au bébé, le lait maternel fournissant tout ce dont le bébé a besoin.

Session 4: Lavage des mains

Plan de la session	Activité 1: Donner les informations pertinentes: Lavage des mains Activité 2: Démontrer les compétences et pratiquer le lavage des mains Activité 3: Obstacle au lavage des mains et à l'hygiène	 Durée: 1h00
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer l'importance de se laver les mains avant et après avoir touché le nouveau-né • Savoir comment se laver les mains correctement. • Conseiller les familles sur l'hygiène du nouveau-né. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille doivent toujours se laver les mains avant de toucher un nouveau-né, car cela leur permettra de ne pas transmettre de microbes ou d'infections au bébé. • Les membres de la famille doivent se laver les mains plus soigneusement que d'habitude, comme ils se sont entraînés à le faire, avant de toucher un bébé. • Tout le monde dans la maison doit se laver les mains après avoir été aux toilettes/latrines, avant de cuisiner, avant de manger et avant de tenir un nouveau-né. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 3 • Manuels du ménage • Eau, savon, une grande bassine, une grande tasse ou un broc (quatre lots) • Huile végétale (facultatif) • Poivre ou cannelle moulu (facultatif) • DASC de la formation • Lecteur DASC, télévision/ordinateur et projecteur <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparez au préalable le matériel pour la démonstration du lavage des mains • Installez le DASC, la télévision/l'ordinateur et le projecteur. • Vérifiez le DASC et veillez à le positionner sur le bon clip. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Expliquer l'importance de se laver les mains avant et après avoir touché un nouveau-né
- Montrer aux familles comment se laver correctement les mains au savon
- Conseiller les familles sur l'hygiène du nouveau-né.



Activité 1: Donner les informations pertinentes: Apprendre à la famille le lavage des mains

Demandez: Pourquoi est-il important de se laver les mains avant de toucher un nouveau-né?

Discutez, et assurez-vous que les points suivants sont abordés.



HYGIENE DU NOUVEAU-NE

Les nouveau-nés peuvent contracter une infection plus facilement qu'un adulte ou qu'un enfant plus âgé. L'infection chez un nouveau-né peut être dangereuse et il peut tomber malade et décéder très rapidement. Se laver les mains fréquemment et correctement constitue l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir les infections. En tant que ASC, il est très important de **toujours vous laver les mains** avant de toucher le bébé, afin que vous ne transmettiez pas de microbes ou d'infections au bébé, et pour encourager et montrer aux membres de la famille comment faire de même.

Demandez aux participants de lire à voix haute les étapes d'un lavage correct des mains présentées dans l'encadré ci-dessous. **Expliquez** qu'ils doivent utiliser cette méthode de lavage des mains uniquement avant de toucher un nouveau-né, et l'enseigner aux membres de la famille. Lorsqu'ils se lavent les mains après être allés aux toilettes ou avant de manger, ils peuvent continuer à se laver les mains comme ils le font d'habitude.



ÉTAPES D'UN LAVAGE CORRECT DES MAINS

- Retirez les bracelets ou montres et remontez vos manches.
- Mouillez-vous les mains et les avant-bras jusqu'au coude.
- Savonnez-vous et frottez minutieusement vos mains et avant-bras jusqu'au coude. Frottez soigneusement vos ongles et l'espace entre les doigts.
- Rincez à l'eau claire coulant d'un robinet ou versée par une personne à l'aide d'une grande tasse ou d'un broc.
- Séchez à l'air en tenant vos mains vers le haut et les coudes dirigés vers le sol, afin que l'eau ne s'écoule pas sur vos mains et vos doigts.
- Ne vous essuyez pas les mains avec un tissu ou une serviette, car des microbes pourraient être présents même sur une serviette ayant l'air propre.

Note: En l'absence de savon, vous pouvez également vous laver les mains avec de la **cendre** ou avec du **jus de citron**. Il est important de s'assurer que la cendre n'a pas été contaminée en restant exposée à l'air trop longtemps. Ces alternatives constituent toutefois un **second choix**, en l'absence de savon. Le savon constitue toujours la meilleure option.

Expliquez maintenant aux ASC-COC/ttC que, bien que la méthode ci-dessus de lavage des mains soit importante avant de tenir un nouveau-né, le lavage des mains devrait être une pratique régulière dans toutes les situations suivantes:

Note: Vous pouvez présenter les informations suivantes sous forme de concours, en demandant aux ASC-COC/ttC de lister les moments où il faut se laver les mains.



QUAND SE LAYER LES MAINS

- Après être allé aux toilettes/latrines
- Avant de cuisiner
- Avant de manger
- Avant et après avoir touché un nouveau-né



Activité 2: Montrer et pratiquer le lavage des mains

Montrez un clip vidéo sur le lavage des mains (utilisez les ressources de formation de l'UNICEF, de la PCIME communautaire ou de WASH) si vous l'avez à disposition. Dans le cas contraire, faites directement la démonstration.

- **Montrez** la bonne technique de lavage des mains pendant que les participants observent.

Travailler en groupes:

- **Répartissez** les participants en groupes de trois à cinq personnes.
- **Demandez** aux groupes de s'entraîner à se laver les mains en suivant les étapes de l'encadré ci-dessus.
- **Observez** s'ils suivent bien les étapes de l'encadré ci-dessus.



Activité 3: Obstacle au lavage des mains et à l'hygiène

Demandez: Qu'est-ce qui empêche les gens de se laver les mains aux moments importants?

Notez toutes les réponses, puis réfléchissez à la façon de conseiller les familles pour s'assurer que le lavage des mains est effectué dans leur foyer à tous les moments clés. Laisser les participants faire des propositions car celles-ci montreront les moyens clés permettant aux familles de surmonter les obstacles au lavage des mains dans leurs communautés.




Obstacle	Réponse possible
Pas de savon/n'a pas les moyens d'acheter du savon	Aider la famille à utiliser de la cendre ou du jus de citron ou des savons fabriqués localement à la place du savon. Ou conseiller la famille pour s'assurer qu'elle achète du savon qui ne sera utilisé que pendant la phase néonatale.
Les installations de lavage des mains du foyer sont situées dans un endroit peu commode.	Trouvez un lieu pratique pour placer les installations de lavage des mains (par ex. une bassine et une bouilloire en plastique) à proximité du lieu où le bébé est allaité et où il dort.
Les gens oublient de se laver les mains.	Affichez un panneau à l'entrée des toilettes et au-dessus des zones de préparation des repas. Placez le matériel de lavage des mains dans un lieu flagrant afin que les gens s'en souviennent quand ils le voient.
Les gens ne pensent pas que cela est important.	Conseiller la famille sur les dangers de transmission d'infections au nouveau-né: Presque la moitié des décès d'enfants se produisent pendant la phase néonatale, et bon nombre de ces décès sont dus à des infections évitables.



Résumez les principaux points de la session

- Les ASC-COC/ttC doivent toujours se laver les mains avant de toucher un nouveau-né, car cela permet de ne pas transmettre de microbes ou d'infections au bébé, en particulier sur le cordon ombilical.
- Les ASC-COC/ttC doivent se laver les mains plus soigneusement que d'habitude, comme ils se sont entraînés à le faire, avant de toucher un bébé.
- Tout le monde doit se laver les mains après avoir été aux toilettes/latrines, avant de cuisiner, avant de manger et avant de tenir un nouveau-né.

Session 5: Effectuer la Visite 4: Fin de la grossesse

Plan de la session	Activité 1: Comprendre l'histoire Activité 2: Donner les informations pertinentes: Quatrième visite de la grossesse Activité 3: S'entraîner à la quatrième visite de la grossesse Activité 4: Débriefing en plénière	 Durée: 1h30
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Montrer comment effectuer une quatrième visite à une femme enceinte et sa famille • Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils • Être prêts à réaliser une quatrième visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours de la quatrième visite de la grossesse, vous dialoguerez, négocierez et encouragerez les familles à agir en cas de complications lors de l'accouchement et à se préparer à réaliser les actions appropriées immédiatement après la naissance du bébé. • Il y a deux lots d'histoires pour la dernière visite incluant les "Complications pendant le travail" (histoire positive et négative) et les "Soins néonataux et maternels essentiels" (histoire positive et négative). • D'autres actions recommandées pendant la visite à domicile sont les suivantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier que le matériel pour l'accouchement est prêt et que le plan d'urgence est en place. ○ Faire une démonstration d'un lavage des mains correct et s'entraîner avec la famille. ○ Vérifier les pratiques d'hygiène et la disponibilité d'installations de lavage des mains et de savon au domicile. 	
Préparation et matériel 	<i>Matériel</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 4 et Manuel du ménage <i>Préparation</i> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. 	

Introduire la session

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Montrer comment effectuer une quatrième visite à une femme enceinte et sa famille
- Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils
- Effectuer une quatrième visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer.



Activité 1: Comprendre l'histoire et identifier les pratiques positives et négatives.

Distribuez les copies du Livre d'histoires 4. **Travailler en groupes** avec un facilitateur/assistant par table. Demandez au facilitateur de lire l'histoire au groupe, en appliquant les bonnes techniques de narration.

Bonnes techniques de narration:

- Connaissez parfaitement l'histoire et référez-vous aux images à mesure que vous progressez dans l'histoire.
- Ne vous contentez pas de lire l'histoire, racontez-la.
- Assurez-vous que tout le monde peut voir les images à mesure que vous racontez l'histoire.
- Engagez le public dans l'histoire (posez des questions, encouragez les commentaires).
- Utilisez le bon ton de voix.

A la fin de l'histoire, le groupe doit faire un tour de table et identifier les pratiques positives et négatives. Utilisez le tableau ci-dessous comme d'une liste de contrôle des points à mentionner, et laissez-les deviner jusqu'à ce qu'ils les aient tous trouver.

Livre d'histoires 4: Messages clés

Messages de l'histoire positive	Messages de l'histoire négative
<p>Monica comprend les signes de danger pendant le travail et l'accouchement.</p> <p>Monica dit à sa mère qu'elle ne se sent pas bien.</p> <p>Elles se rendent au centre de santé dès qu'elles réalisent qu'elle est en danger.</p> <p>L'infirmière emmène Monica dans service de maternité sans attendre.</p> <p>Monica et le bébé survivent, même si Monica était en danger.</p> <p><i>Soins néonataux et maternels essentiels:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Être prêt à l'avance et acheter les fournitures • Retarder le clampage du cordon. • Hygiène: l'AQ et l'accompagnant(e) doivent se laver les mains. • Hygiène: Fournir une surface propre pour la mère • Hygiène: Utiliser une trousse d'accouchement propre et un rasoir propre. • Maintenir le bébé au sec et au chaud, ne pas le laver, l'allonger peau contre peau avec sa mère. • Encourager un allaitement immédiat. • Demander à la mère de froter et de stimuler la peau du bébé. • Se laver les mains avant de toucher le bébé. • Encourager l'allaitement exclusif. • Encourager la vaccination précoce. • Encourager la consultation et l'examen postpartum. 	<p>Grace et Emmanuel ne comprenaient pas qu'un travail qui dure plus de 12 heures est dangereux.</p> <p>Ils ne comprenaient pas que la fièvre pendant l'accouchement est signe de danger.</p> <p>Ils n'ont pas emmené Grace au centre de santé immédiatement quand elle a rencontré ces problèmes.</p>



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Quatrième visite de la grossesse

Examinez la séquence de la Visite à domicile 4 avec les participants, dans le *Manuel du participant* (bref récapitulatif). S'ils ne savent pas lire et écrire, passez directement à la démonstration.

SEQUENCE DE LA QUATRIEME VISITE A DOMICILE DE LA GROSSESSE

Avant de commencer: Saluez la famille. Expliquez l'objectif de la visite. Assurez-vous que toutes les personnes de soutien identifiées sont présentes.

Identifiez et répondez à toutes difficultés: Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle. Effectuez une orientation si nécessaire. Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire.

Le processus de conseils de la ttC:

Étape 1: Revoir la rencontre précédente. Passez en revue les pages du Manuel du ménage de la visite précédente (Visite 3). Examinez tous les comportements négociés qu'elle a accepté d'essayer et félicitez-la pour tout progrès accompli. Renégociez si la famille rencontre toujours des difficultés.

Étape 2: Présenter et réfléchir à l'histoire problématique: "Complications pendant le travail" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3: Présenter les informations: L'histoire positive: "Complications pendant le travail" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 2 (deuxième histoire): Présenter l'histoire problématique et y réfléchir: "Soins néonataux et maternels essentiels" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3: Présenter les informations: L'histoire positive: "Soins néonataux et maternels essentiels" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Il n'y a pas d'étape 3b (informations techniques)

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage:

- N'oubliez pas les questions "aller jusqu'à la cause profonde" (qu'est-ce qui rend cela difficile; pour quoi est-ce la cas?)
- N'oubliez pas les questions pour trouver une solution (qu'est-ce qui pourrait rendre cela plus facile, comment pouvons-nous aider pour nous assurer que cela se produit?)

Étape 5: Actions supplémentaires du ASC:

- Vérifier que le matériel pour l'accouchement est prêt et que le plan d'urgence est en place.
- Faire une démonstration d'un lavage des mains correct et s'entraîner avec la famille.
- Vérifier les pratiques d'hygiène et la disponibilité d'installations de lavage des mains et de savon au domicile.

Consignez les résultats de la réunion: Complétez le *Registre de COC/ttC* pour cette visite. (Nous le ferons à la fin).

Fin de la visite: Décidez avec la famille quand vous effectuerez la visite suivante (assurez-vous que la famille vous informera dès que possible quand les contractions commenceront ou quand la mère reviendra du centre de santé après l'accouchement). Remerciez la famille.



Activité 3: S'entraîner à la quatrième visite de la grossesse

- **Demandez** à 10 volontaires de présenter un jeu de rôle sur les conseils de la visite à domicile, en rassemblant tout le monde pour cette session.
- **Expliquez** aux volontaires qu'ils devront se répartir les étapes de la séquence de conseils entre eux. Le premier volontaire jouera la première étape, le deuxième jouera la deuxième étape, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la séquence complète de la première visite à domicile ait été complétée.
- **Demandez** aux observateurs de prendre note de ce que les ASC-COC/ttC font bien au cours du jeu de rôle et de ce qu'ils devraient améliorer, en utilisant le **guide des compétences en Conseils** comme référence, qui se trouve à la dernière page du manuel du ASC.



Activité 4: Débriefing en plénière

Organisez une discussion en plénière avec les participants, en posant les questions suivantes sur ce qu'ils ont observé au cours du jeu de rôle sur les Conseils du Manuel du ménage. Cela sert de révision et permet de résoudre tout problème.






Résumez les principaux points de la session

- Au cours de la quatrième visite de la grossesse, vous dialoguerez, négocierez et encouragerez les familles à agir en cas de complications lors de l'accouchement et à se préparer à réaliser les actions appropriées immédiatement après la naissance du bébé.
- Il y a deux lots d'histoires pour la dernière visite, incluant les "Complications pendant le travail" (positive et négative) et les "Soins néonataux et maternels essentiels" (positifs et négatifs).
- D'autres actions recommandées pendant la visite à domicile sont les suivantes:
 - Vérifier que le matériel pour l'accouchement est prêt et que le plan d'urgence est en place.
 - Faire une démonstration d'un lavage des mains correct et s'entraîner avec la famille.
 - Vérifier les pratiques d'hygiène et la disponibilité d'installations de lavage des mains et de savon au domicile.

Session spéciale sur le nettoyage du cordon ombilical à la Chlorhexidine (CHX)

Mise en contexte: Appliquer une solution de gluconate de Chlorhexidine à 7,1 pour cent sur le cordon ombilical pendant la première semaine de vie.

Si la politique du MS dans votre pays est favorable à l'application d'une solution aqueuse de gluconate de Chlorhexidine à 7,1 pour cent pour le soin du cordon ombilical des bébés nés à domicile, ainsi qu'à la distribution, à l'éducation, à l'application du produit et au suivi post-natal par des ASC, alors cette session doit être incluse quand vous adaptez la COC/ttC au contexte.

Plan de la session	Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2: Donner les informations pertinentes: Nettoyage du cordon ombilical à la Chlorhexidine (CHX) Activité 3: Sources vidéo Activité 4: Démonstration et pratique en classe	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les familles, dans le cadre d'une visite à domicile au cours de la première semaine de vie, sur le rôle de la CHX dans le soin du cordon ombilical et son importance pour prévenir les infections • Faire la démonstration de la procédure d'application correcte, ou apprendre à la famille à appliquer la CHX sur le cordon pendant la visite à domicile • Compléter tous formulaires pour le contrôle de la distribution du stock de CHX et de l'utilisation par les familles 	
Messages clés	 <ul style="list-style-type: none"> • Se préparer à l'accouchement en ayant à disposition la CHX approuvée par le MS pour les soins du cordon ombilical et en ayant la trousse d'accouchement propre prête. (Cela est fourni par le personnel soignant, l'ASC/ASC-COC/ttC ou acheté par la famille). • Appliquer la solution ou le gel de CHX dès que possible après que le cordon ait été coupé et dans les 24 premières heures. • Appliquer la CHX quotidiennement sur le cordon et la peau autour pendant 7 jours. • N'importe quel membre de la famille ou un ASC peut appliquer la CHX après avoir été formé. • Ne rien mettre d'autre sur le cordon ombilical après l'application de la CHX. 	
Préparation et matériel	 <p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 4 et Manuel du ménage • Poupée et vêtements • Échantillons de solution de CHX (un par groupe) <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, vous pourrez:

- Conseiller les familles, dans le cadre d'une visite à domicile dans la première semaine de vie, sur le rôle de la CHX dans les soins du cordon ombilical et son importance pour prévenir les infections
- Faire la démonstration de la procédure d'application correcte, ou apprendre à la famille à appliquer la CHX sur le cordon pendant la visite à domicile
- Compléter tous formulaires pour le contrôle de la distribution du stock de CHX et de l'utilisation par les familles.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Quelles sont les pratiques actuelles pour le soin du cordon dans vos communautés? Utilise-t-on encore des pratiques traditionnelles?

Menez une discussion sur les croyances ou pratiques actuelles concernant le soin du cordon à domicile et au centre de santé.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Nettoyage du cordon à la Chlorhexidine

Expliquez ou lisez à voix haute:



INFORMATIONS TECHNIQUES APPLICATION DE LA CHLORHEXIDINE SUR LE CORDON

- Il est recommandé d'appliquer la CHX 7,1 pour cent (solution aqueuse ou gel, fournissant 4 pour cent de CHX) sur le cordon ombilical dès que possible après que le cordon ait été coupé et dans les 24 premières heures pour tous les bébés nés à domicile.
- Il est recommandé d'effectuer une application quotidienne pendant la première semaine de vie pour tous les bébés nés à domicile. (Certains pays pourraient avoir une politique préconisant une seule application).
- L'application de CHX sur le cordon ombilical doit être réalisée immédiatement après que le cordon a été coupé ou dès que possible le premier jour de vie.
- La CHX appliquée selon ces recommandations pourrait prévenir un quart des décès de nouveau-nés dus à une septicémie/infection.
- Les ASC et/ou ASC-COC/ttC ayant suivi une formation approuvée par le MS sur la CHX pour les soins du cordon peuvent aider à la distribution, l'éducation, l'application et le compte rendu conformément à la politique nationale.

Messages clés pour les familles planifiant un accouchement à domicile

- Se préparer à l'accouchement en ayant à disposition la CHX approuvée par le MS pour les soins du cordon ombilical et en ayant la trousse d'accouchement propre prête. (Cela est fourni par le personnel soignant, l'ASC/ASC-COC/ttC ou une pharmacie privée).
- Il n'est pas indispensable de porter des gants mais les mains doivent être lavées au savon et à l'eau avant d'appliquer la CHX.

- Appliquer la solution ou le gel de CHX dès que possible après que le cordon ait été coupé et dans les 24 premières heures.
- Appliquer la CHX quotidiennement sur le cordon et la peau autour pendant 7 jours.
- N'importe quel membre de la famille ou un ASC peut appliquer la CHX après avoir été formé.
- Ne rien mettre d'autre sur le cordon ombilical après l'application de la CHX.



Activité 3: Sources vidéo

Utilisez, s'ils sont disponibles, une vidéo locale ou des supports de formation locaux. Si vous avez accès à internet, montrez la vidéo sur les expériences de CHX pour les soins du cordon ombilical au Népal: <http://www.youtube.com/watch?v=TChDiEBXWGM>

Si des guides locaux n'ont pas encore été produits par l'UNICEF/l'OMS dans votre pays, utilisez les ressources sur la page du Healthy newborn Network sur le nettoyage du cordon ombilical à la Chlorhexidine: <http://www.hleathynewbornnetwork.org/topic/chlorhexidine-umbilical-cord-care>

Vous pouvez effectuer une avance rapide sur cette vidéo jusqu'aux moments où la CHX est appliquée sur le cordon d'un nouveau-né. Vous n'avez pas besoin de visionner toute la vidéo.



Activité 4: Démonstration et pratique en classe

Démonstrations par les facilitateurs: Utilisez la poupée pour montrer comment appliquer les solutions, puis montrez comment conseiller la famille sur les principaux points associés à l'utilisation de la solution. S'il existe des supports produits au niveau local traitant de la CHX, utilisez-les ici.



COMMENT APPLIQUER LA CHLORHEXIDINE:

- Lavez-vous les mains au savon et à l'eau avant de toucher le bébé et sa peau ou son cordon ombilical.
- Appliquez le gel en pressant le tube et/ou en appliquant des gouttes de lotion directement sur le cordon et la peau autour du cordon.
- Répartissez le gel ou le liquide avec votre doigt afin que le cordon et la peau autour de la zone soient bien recouverts.

CONSEILLER LA FAMILLE:

Avant l'accouchement:

- Vérifiez que la famille a une solution de CHX à disposition dans la trousse d'accouchement.
- Indiquez-leur comment ils peuvent y avoir accès: personnel soignant, ASC ou pharmacie.
- Appliquer la solution ou le gel de CHX dès que possible après que le cordon ait été coupé et dans les 24 premières heures.

Après l'accouchement:

- N'importe quel membre de la famille ou un ASC formé peut appliquer la CHX dans les 24 premières heures. La solution peut être appliquée quotidiennement à domicile pendant la première semaine de vie.
- Ne mettez rien d'autre sur le cordon ombilical après l'application de la CHX, et ne mettez pas de compresse sur le cordon.

Mise en contexte: Notez la distribution de CHX dans le registre.

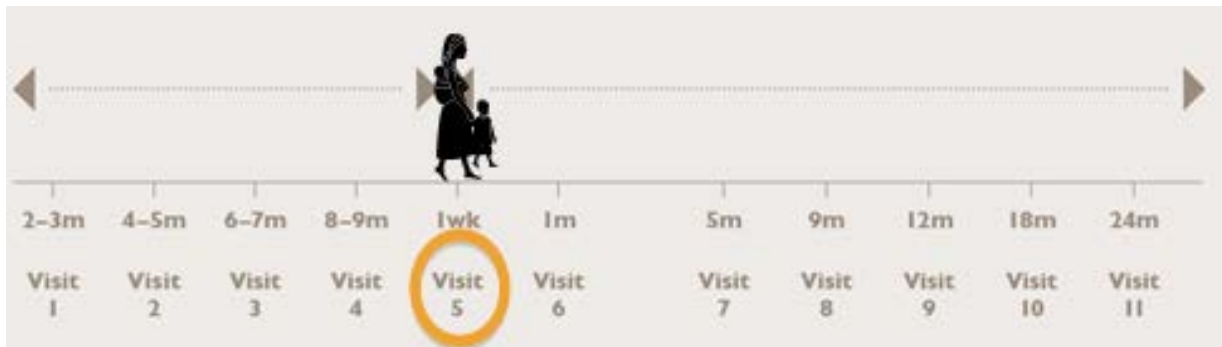
Le MS fournira des registres pour consigner la distribution et l'utilisation de solution de CHX dans le cadre du programme. Pendant cette session, vous devrez distribuer ces formulaires et expliquer comment les utiliser. Leur utilisation par l'ASC est incluse au Manuel du ménage mais peut aussi être ajoutée aux Registres de COC/ttC pour la phase néonatale.




Résumez les principaux points de la session

- **Qui doit effectuer la distribution?** Les solutions de CHX peuvent être distribuées par le biais des soins anténatals dans les centres de santé, les ASC ou des pharmacies privées, selon les politiques du pays. Le ASC-COC/ttC doit s'assurer que la famille a une solution de CHX à disposition dans la trousse d'accouchement.
- **Pourquoi est-ce important?** La Chlorhexidine appliquée selon ces recommandations pourrait prévenir un quart des décès de nouveau-nés dus à une septicémie/infection.
- **Quand l'appliquer?** Appliquez la solution ou le gel de CHX dès que possible après que le cordon ait été coupé et dans les 24 premières heures. Ne mettez rien d'autre sur le cordon ombilical après l'application de la CHX, et ne mettez pas de compresse sur le cordon. **Après l'accouchement:** N'importe quel membre de la famille ou un ASC peut appliquer la CHX après avoir été formé. La solution peut être appliquée quotidiennement à domicile pendant la première semaine de vie.
- **Comment l'appliquer?** Pour appliquer la solution de CHX, commencez par vous laver les mains au savon et à l'eau avant de toucher le bébé et sa peau ou son cordon. Appliquez en pressant le gel/les gouttes directement sur le cordon et la peau autour. Répartissez le gel ou le liquide avec votre doigt afin que le cordon et la peau autour de la zone soient bien recouverts.

VISITES 5A, 5B, 5C: PREMIERE SEMAINE DE VIE



Session 6: Soins néonataux essentiels pendant la première semaine de vie

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Maintenir le bébé au chaud</p> <p>Activité 3: Consolider les informations: Voies d'infection</p> <p>Activité 4: Regarder le DASC/clips sur les soins néonataux essentiels</p> <p>Activité 5: Donner les informations pertinentes: Soins de routine pour le nouveau-né</p> <p>Activité 6: Donner les informations pertinentes: Conseiller la famille sur le développement de la petite enfance pour le nouveau-né</p>	 <p>Durée: 2h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre pourquoi la première semaine de vie est si critique pour la survie d'un bébé • Conseiller et montrer aux familles les soins essentiels qui protègeront le nouveau-né et l'aideront à survivre la première semaine de vie • Conseiller les familles sur l'importance des moustiquaires de lit afin de prévenir le paludisme dans les régions où cette maladie est courante • Comprendre l'importance des vaccinations et conseiller les familles en vue de s'assurer que les nouveau-nés se voient administrer tous les vaccins • Conseiller les familles sur l'importance du jeu et de la communication avec le nouveau-né dès la naissance. 	
Messages clés	<p>Soins néonataux essentiels pendant la première semaine de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le bébé au chaud <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne donnez pas de bain au bébé pendant les 24 premières heures ○ Donnez un bain au bébé uniquement dans de l'eau chaude ○ Couvrez la tête du bébé d'un bonnet ○ Enveloppez le bébé dans deux fois plus de couches de vêtements que les adultes OU le maintenir près de la mère dans un contact peau contre peau. • Protéger contre les infections grâce à l'hygiène – yeux, cordon, peau <ul style="list-style-type: none"> ○ Lavez-vous les mains au savon avant de toucher le bébé ○ Maintenez la zone du cordon propre et sèche, et ne le couvrez pas d'une compresse ○ Ne mettez rien sur le cordon ○ Maintenez la propreté des yeux du bébé ○ Lavez le bébé quotidiennement et changez régulièrement les vêtements salis <p>Soins néonataux de routine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour se protéger du paludisme, la mère et le bébé doivent tous les deux dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée (MILD). • En cas d'accouchement à domicile, la mère et le bébé doivent être emmenés au centre de santé pour bénéficier dès que possible de soins postnatals pour les recevoir les vaccinations de naissance et un examen. • Parlez, chantez, souriez et interagissez avec votre bébé en particulier pendant l'allaitement. 	
Préparation et matériel	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles pour le tableau, marqueurs, scotch 	



- Livre d'histoires 5 et Manuels du ménage

Préparation

- Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance.
- Préparez des bouts de papier conformément aux instructions de l'Activité 13.

Mise en contexte: Nettoyage du cordon ombilical à la Chlorhexidine

Si la politique du pays autorise la distribution de solution de CHX pour le nettoyage du cordon par le biais des ASC, ces derniers doivent alors s'assurer que les mères ont ce matériel avant l'accouchement. Dans le cadre du suivi de la première semaine de vie, ils vérifieront que la mère l'a appliqué correctement, ou ils l'appliqueront avec elle. Adaptez cette session en conséquence.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre pourquoi la première semaine de vie est si critique pour la survie d'un bébé
- Conseiller et montrer aux familles les soins essentiels qui **protègeront** le nouveau-né et l'aideront à survivre la première semaine de vie
- Conseiller les familles sur l'importance des moustiquaires de lit afin de prévenir le paludisme dans les régions où cette maladie est courante
- Comprendre l'importance des vaccinations et conseiller les familles en vue de s'assurer que les nouveau-nés se voient administrer tous les vaccins
- Conseiller les familles sur l'importance du jeu et de la communication avec le nouveau-né dès la naissance.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Quelles actions sont importantes pour le bien-être du bébé pendant la semaine qui suit la naissance?

Les participants peuvent faire part d'histoires tirées de leur propre vie sur les façons dont ils se sont occupés de leurs propres bébés. Notez leurs réponses sur le tableau de conférence.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Maintenir le bébé au chaud

Expliquez: Une action extrêmement importante dans les jours qui suivent la naissance du bébé est de s'assurer que le bébé reste *toujours* au chaud. Le bébé vient juste de sortir du ventre chaud et à température constante de sa mère et a besoin d'une protection contre le refroidissement de son corps.

Lisez à voix haute:**ACTION N°1: MAINTENIR LE BEBE AU CHAUD**

- S'assurer que la pièce où se trouvent la mère et le bébé est chauffée et à l'abri des courants d'air.
- Placer le bébé afin qu'il soit en contact peau contre peau avec sa mère.
- Quand le bébé n'est pas peau contre peau avec sa mère, l'habiller de plusieurs couches de vêtements, et le placer dans le même lit que sa mère.
- Couvrir la tête du bébé d'un bonnet.
- Ne pas donner de bain au bébé pendant la première journée, se contenter de l'essuyer et de l'envelopper.
- Éviter de laver le bébé par temps froid.
- S'il est nécessaire de donner un bain au bébé, utiliser de l'eau chaude et lui donner le bain rapidement. Essuyer le bébé immédiatement après le bain et le placer dans un contact peau contre peau avec la mère, ou l'habiller chaudement et le placer à côté de sa mère.

**Activité 3: Consolider les informations: Voies d'infection****Demandez: Comment peut-on prévenir les infections?**

Les nouveau-nés peuvent contracter une infection si les aidants ne font pas attention à l'hygiène.



Travailler en groupes: Distribuez une image d'un bébé et des autocollants ou post-it de couleur. Expliquez qu'une infection se produit quand des microbes entrent dans le corps et entraînent une maladie. Pendant la première semaine de vie, le bébé est vulnérable aux infections, ce qui peut lui être fatal. Par où les microbes peuvent-ils entrer? Demandez aux groupes d'utiliser les autocollants pour **trouver cinq points d'entrée** pour les infections, en déterminant comment ils pourraient être infectés, et de les indiquer sur le bébé. En plénière, les groupes présenteront un point d'entrée pour les infections et la façon dont on peut les *prévenir*. Discutez des idées ci-dessous en plénière.

Où sur le corps?	Comment peuvent-ils être infectés?	Comment l'éviter?
Yeux	Mains sales, tissus sales utilisés pour les nettoyer Aussi par le biais d'une infection pendant l'accouchement	Nettoyer les yeux, surveiller les infections et traiter avec de la pommade à base de tétracycline en cas d'infection. Donner des bains réguliers. Se laver les mains avant de tenir le bébé.
Oreilles	Microbes dans l'air et sur les mains, absence de lavage	Surveiller les infections. Donner des bains réguliers.
Bouche	Manger ou boire un aliment ou de l'eau autre que le lait maternel. Utiliser des biberons ou des tasses qui ne sont pas propres. Mettre des mains sales dans la bouche.	Encourager l'allaitement exclusif - pas de biberons. Changer le bébé quand il fait pipi ou caca. Tenir le bébé à l'écart des animaux. Se laver les mains avant de tenir le bébé.
Nez et gorge	Respirer des microbes dans l'air, comme auprès de	Tenir le bébé à l'écart des personnes malades qui toussent ou éternuent.

	personnes souffrant de rhumes ou de toux.	
Ombilic	Microbes sur la lame, sur vos mains. Microbes dans des substances comme l'huile de palme ou de moutarde, la bouse de vache, la boue ou les cendres.	Le nettoyer tous les jours au savon et à l'eau et bien l'essuyer. Ne rien mettre sur le cordon (autre que la CHX). Se laver les mains avant de tenir le bébé ou de toucher le cordon. Ne pas toucher ni tirer le cordon, ne pas couvrir d'une compresse.

Référez-vous aux informations ci-dessous dans le *Manuel de COC/ttC du participant*.



ACTION N°2: PREVENIR LES INFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NE, HYGIENE

- Les aidants et les visiteurs se lavent les mains avant de tenir le bébé, en utilisant du savon s'ils en ont ou de la cendre ou du jus de citron s'ils n'ont pas de savon.
- Maintenir la propreté des yeux du bébé
- Nettoyer la peau du bébé en le lavant à l'eau chaude tous les jours et à chaque fois qu'il défèque ou urine.
- Mettre chaque jour des vêtements propres au bébé ou l'envelopper dans des tissus propres.
- Soins du cordon ombilical
 - S'assurer que le cordon est propre et sec, et ne rien appliquer sur le cordon (autre que la solution CHX).
 - Ne pas toucher ou tirer sur le cordon, ne pas mettre de compresse, laisser le cordon tomber naturellement au bout de trois ou quatre jours.



Activité 4: Regarder le DASC/clips sur les soins néonataux essentiels

visant

Le bébé froid



Le bébé froid:

Regardez le clip du DASC, et notez les actions à protéger le bébé du froid.

- Lui couvrir la tête.
- Encourager un contact peau contre peau.
- Envelopper le bébé.

Signes d'alerte chez un nouveau-né pour les mères et les aidants



Signes d'alerte chez un nouveau-né:

Passez à la section sur les soins pendant la période de postpartum immédiate.

Commentez la façon d'envelopper et d'essuyer le bébé et la façon dont la mère maintient le bébé au chaud.

Commentez les pratiques d'hygiène et les soins.



Activité 5: Donner les informations pertinentes: Soins de routine pour le nouveau-né

Mise en contexte: Ne présentez pas l'action n°3 si vous travaillez dans une région où le paludisme est rare.

Expliquez maintenant aux participants qu'un moyen de prévenir la grave maladie qu'est le **paludisme** dans les régions où elle est répandue est de faire dormir le bébé sous une moustiquaire de lit avec sa mère.

Lisez à voix haute:



ACTION N°3: PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LE NOUVEAU-NE

Un nouveau-né est vulnérable à l'infection par le paludisme, tout comme les autres enfants le sont. Les familles doivent donc s'assurer que le nouveau-né et la mère dorment toujours sous une moustiquaire imprégnée MILD.

- Le nouveau-né dort sous une moustiquaire de lit avec sa mère.
- Les ASC-COC/ttC doivent s'assurer que la mère et le bébé dorment sous une moustiquaire.

ACTION N°4: VACCINATIONS DU NOURRISSON

Expliquez aux ASC-COC/ttC qu'un nouveau-né doit se voir administrer deux vaccins importants à la naissance ou dans les jours qui suivent. **Expliquez** aux participants qu'ils conseilleront les aidants afin de s'assurer que ces derniers comprennent que deux vaccins doivent être administrés au nouveau-né:

- le vaccin BCG afin de protéger les enfants contre des formes graves de la tuberculose
- le vaccin antipoliomyélitique oral.

Les ASC-COC/ttC doivent vérifier que le bébé a bien reçu les premiers vaccins et conseiller aux familles de se rendre au centre de santé pour l'administration de ces vaccins si ce n'est déjà fait (dans le cas où le bébé est né à domicile).

ACTION N°5: JAUNISSE (PEAU ET YEUX JAUNES)

Demandez aux ASC-COC/ttC s'ils ont déjà vu un bébé à la peau jaune ou atteint de jaunisse. **Expliquez** que la jaunisse au cours de la première semaine de vie est très courante et n'est généralement pas inquiétante si le bébé va par ailleurs bien et qu'il tète régulièrement. Les ASC-COC/ttC doivent se renseigner auprès de la mère pour déterminer si le bébé a la jaunisse. Si le bébé a la plante des pieds très jaunes et qu'il ne se nourrit pas bien, c'est un signe de danger et le bébé doit être emmené au centre de santé.



Activité 6: Donner les informations pertinentes: Conseiller la famille sur le développement de la petite enfance (DPE) pour le nouveau-né

Action n°6: Favoriser un développement précoce grâce à l'amour, au jeu et à la communication



Demandez: Comment peut-on favoriser le développement du bébé?

Demandez: Quand un bébé commence-t-il à apprendre?

Il est important que la famille sache que le bébé apprend dès la naissance. Les éléments suivants sont importants pour le développement pendant les premières phases de vie du nouveau-né:

**ACTION N°6: FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DU BEBE**

1. **Le toucher et le mouvement:** Donner au bébé les moyens de voir, d'entendre et de bouger ses bras et ses jambes librement contribue à son développement, tout comme le fait de le toucher, de le caresser et de le prendre dans les bras. La mère et le père peuvent caresser les jambes et le dos du bébé lorsqu'il ne mange pas.
2. **Communiquer:** Si la mère et d'autres membres de la famille regardent le bébé dans les yeux et lui parlent, cela favorisera également son développement. Un bon moment pour faire cela est quand la mère allaite. Même un nouveau-né voit le visage de la mère et entend sa voix.






Discutez de ces points avec les participants. **Demandez** aux ASC-COC/ttC s'il est courant dans leurs communautés que les mères et d'autres membres de la famille touchent, caressent et parlent aux bébés dès cette phase néonatale. **Écoutez** leurs réponses et **animez** une discussion sur la manière d'encourager et/ou d'améliorer si nécessaire ces pratiques chez les familles au sein de la communauté.

**Résumez les principaux points de la session**

- Maintenir le bébé au chaud pendant la première semaine de vie.
- Prévenir les infections en garantissant une bonne hygiène grâce à un lavage fréquent des mains.
- S'assurer que le bébé dort sous une moustiquaire de lit avec la mère dans les régions où le paludisme est répandu, et apprendre aux mères et aux membres de la famille à surveiller l'apparition de signes de danger chez le bébé.
- Emmener le bébé et la mère passer un examen postnatal et recevoir les premières vaccinations dès que possible après l'accouchement.
- Un bébé apprend dès la naissance. Il est important de jouer et de communiquer avec le bébé, en lui parlant, en lui chantant et en le touchant doucement.

Session 7: Prendre soin de la mère après qu'elle ait accouché

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Soins de la mère pendant la période du postpartum</p> <p>Activité 3: Signes de danger chez la mère pendant la période du postpartum</p> <p>Activité 4: Consolider les informations: Risques pendant la période du postpartum</p> <p>Activité 5: Soins de la mère qui a souffert de complications à l'accouchement</p> <p>Activité 6: Démonstration: Examiner la mère pendant la période du postpartum</p> <p>Activité 7: Obstacles et facteurs favorables aux soins pendant la période du postpartum</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir la période du postpartum et son importance pour la santé maternelle • Décrire les actions en termes de soins auto-administrés que les mères et les familles devraient réaliser pendant la période du postpartum • Décrire les signes de danger qui indiquent que les mères pendant la période du postpartum doivent faire l'objet d'une orientation de toute urgence et la façon de présenter ces signes pendant les visites à domicile. 	
Messages clés 	<p>Soins maternels essentiels pendant la période du postpartum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se rendre au centre de santé pour bénéficier de soins postnatals dès que possible après un accouchement à domicile et dans un délai de 4 à 5 jours après l'accouchement. • Hygiène maternelle: Les mères doivent se laver entièrement en utilisant du savon, deux fois par jours pendant 5 jours, en particulier le périnée et toute blessure ou déchirure. • Les mères doivent continuer à consommer des aliments nutritifs et à prendre du fer et de l'acide folique pendant trois mois après la naissance. • Les mères en période de postpartum doivent se reposer suffisamment, et bénéficier du soutien de leur famille. • Signes de danger chez la mère pendant la période de postpartum: Emmenez de toute urgence la mère au centre de santé si elle souffre de: <ul style="list-style-type: none"> ○ saignements importants ○ douleur abdominale sévère ○ fièvre et frissons ○ mastite - gonflement ou rougeur du sein. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Livre d'histoires 5 et Manuels du ménage 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Définir le période du postpartum et son importance pour la santé maternelle
- Décrire les actions en termes de soins auto-administrés que les mères et les familles doivent réaliser pendant la période du postpartum
- Décrire les signes de danger qui indiquent que les mères pendant la période du postpartum doivent faire l'objet d'une orientation de toute urgence et la façon de présenter ces signes pendant les visites à domicile.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Qu'est-ce que la période du postpartum et quand se produit-elle? Pourquoi est-ce important pour la mère?

Expliquez:



LA PERIODE DU POSTPARTUM

La période du postpartum dure de 0 à 45 jours après l'accouchement, période pendant laquelle le risque que la mère souffre d'une infection ou de complications associées à l'accouchement est élevé. Pendant cette période, la femme doit prendre davantage soin d'elle-même afin de prévenir les infections et garder ses forces pour allaiter et s'occuper de son nouveau-né; elle a aussi des besoins spéciaux en matière de soins auto-administrés et de soutien.

Demandez: Est-ce que certains d'entre vous ont déjà pris soin d'une mère les jours et semaines suivant son accouchement? Comment se sentait-elle? Connaissez-vous des cas de femme ayant rencontré des difficultés? Que s'est-il passé?

Demandez: Quels conseils donne-t-on à une femme après qu'elle ait accouché? Existe-t-il des tabous, comme les aliments qu'elle doit consommer, quand elle doit avoir des rapports sexuels, commencer à travailler, etc. Notez leurs réponses sur le tableau de conférence et entourez les plus importantes.

Demandez-leur maintenant d'examiner les tableaux de conférence et de répondre chacun à leur tour aux questions suivantes:

Demandez: Quels conseils importants donneriez-vous aux mères pendant la période du postpartum?



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Soins de la mère pendant la période du postpartum

Expliquez ou lisez à voix haute:



IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT

Durant un accouchement dans un centre de santé ou à domicile, quelqu'un doit être auprès de la mère pendant les premières heures pour s'assurer qu'elle se sent bien - et peut-être plus longtemps si elle a eu des problèmes à accoucher. Les trois plus grandes inquiétudes concernant la mère à ce moment-là sont:

- des saignements excessifs
- de la fièvre et des frissons, qui pourraient être un signe d'infection

- une perte de connaissance/un évanouissement.

Durant les premières heures et jours après l'accouchement, encouragez la femme à:

- allaiter le bébé et à le maintenir dans un contact peau contre peau
- manger des repas légers et boire beaucoup
- uriner
- bien se reposer.

SOINS MATERNELS ESSENTIELS

Activité n°1: Soins de suivi du postpartum

- La mère en période de postpartum doit être examinée à domicile par une infirmière ou un visiteur à domicile communautaire au moins deux fois par semaine pendant la première semaine suivant l'accouchement.
- Elle doit bénéficier d'un examen postpartum au centre de santé afin de dès que possible après un accouchement à domicile et dans les 45 jours après un accouchement dans un centre de santé.

Action n°2: Hygiène maternelle

- La mère doit assurer la propreté de son corps, en particulier pour prévenir les infections dans son utérus et ses seins. Assurer la propreté de ses seins permet de réduire le risque de transmettre une infection au bébé. Elle doit se laver entièrement en utilisant du savon deux fois par jours pendant 5 jours, en particulier le périnée et toute blessure ou déchirure.

Action n°3: Bonne nutrition et consommation de fer:

- Après l'accouchement, la mère devra continuer à bénéficier d'une bonne nutrition, en particulier quand elle allaite. Elle doit continuer à consommer un régime alimentaire équilibré contenant les trois groupes d'aliments et continuer à prendre trois repas par jour et un encas sain chaque jour. La mère peut se sentir plus faible après l'accouchement et le fait de manger sainement l'aidera à se rétablir. Son corps a besoin de davantage de nutriments et d'eau pour pouvoir allaiter son bébé grandissant. Elle doit aussi continuer à prendre des comprimés de fer/acide folique pendant la période de postpartum de 45 jours au moins.

Action n°4: Repos et soutien psychosocial de la famille:

- Après l'accouchement, les mères devront se reposer suffisamment pour se remettre de l'accouchement, en particulier si elles ont souffert de complications. La famille doit s'efforcer de proposer son soutien afin de s'assurer que la mère bénéficie du repos dont elle a besoin, qu'elle fait quelques exercices légers et reçoit un soutien émotionnel et des soins. Les exercices légers l'aideront à se rétablir rapidement, mais elle ne doit pas forcer. La femme ne doit pas effectuer de travaux pénibles pendant cette phase, ni marcher sur de longues distances ou porter des objets lourds.



Activité 3: Donner les informations pertinentes: Signes de danger chez la mère pendant la période du postpartum

Demandez: Avez-vous eu connaissance de cas de femmes ayant souffert de problèmes après l'accouchement? Que s'est-il passé? Quels étaient les signes de danger? Quels sont les signes de danger les plus importants pendant la période du postpartum?

**SIGNES DE DANGER CHEZ LA MÈRE PENDANT LA PÉRIODE DU POSTPARTUM****Action n°5: Comprendre les signes de danger et la nécessité d'une orientation rapide:**

- La période du postpartum désigne la période de 45 jours après que la femme a accouché. C'est une période au cours de laquelle elle est le plus susceptible de tomber malade en raison de complications liées à l'accouchement. Certaines de ces complications sont dangereuses et contribuent considérablement aux décès maternels. La première semaine est la plus dangereuse.

Emmenez directement la mère au centre de santé si elle souffre de:

- saignements importants
- fièvre et frissons
- douleur abdominale
- mastite - gonflement ou rougeur du sein.

**Activité 4: Consolider les informations: Risques pendant la période du postpartum****1. Hémorragie du postpartum (HPP)**

Qu'est-ce que l'HPP et comment se produit-elle?	<p>L'HPP se définit comme un saignement excessif par le vagin ou le rectum après l'accouchement et se produit le plus souvent dans les 24 premières heures. Une petite quantité de saignement est normale pendant la période du postpartum, en particulier les deux premiers jours et après l'allaitement. Si le sang contient des caillots et représente plus d'une à deux serviettes hygiéniques ou autre tissu en une ou deux heures, il s'agit alors d'HPP. Les pertes de sang peuvent se produire suite au relâchement de l'utérus ou à des dommages à l'utérus, sur la filière génitale ou sur l'anus pendant l'accouchement. Le placenta ou une partie de celui-ci peut être retenu dans l'utérus et provoquer des saignements.</p>
Comment pouvons-nous aider une femme qui souffre de saignements?	<p>Juste après l'accouchement, l'utérus peut être détendu et nécessiter des frottements. Demandez à la femme ou à des membres de la famille de frotter le ventre au-dessous du nombril. Assurez-vous que la vessie est vide - demandez-lui d'uriner avant. Vérifiez les saignements en plaçant un tissu ou une serviette hygiénique et conservez toutes les serviettes hygiéniques sales. Appliquez une serviette hygiénique ferme, et assurez-vous que la femme est allongée sur le dos, les jambes levées pendant que vous organisez son transport vers le centre de santé. Organisez le transport - Ne la déplacez pas ou ne vous attendez pas à ce qu'elle marche ou se lève car cela peut aggraver les saignements. Elle doit rester allongée tout le trajet. Faites-la boire beaucoup et donnez-lui de petites choses à manger pour maintenir son taux de glycémie (énergie) élevé, et prévenir une commotion. Essayez de la maintenir consciente pendant l'orientation.</p>

2. Infection du postpartum (IPP): Fièvre/frissons et douleur abdominale

L'IPP est l'un des plus grands tueurs pendant la période du postpartum, et se produit quand une femme contracte une infection pendant ou après l'accouchement. Elle peut tomber gravement malade et même décéder si elle ne reçoit pas rapidement un traitement. Menez une discussion sur les questions suivantes:

Comment une femme peut-elle contracter une infection du postpartum?	<ul style="list-style-type: none"> - Mains sales/absence de gants pendant l'accouchement ou autres mauvaises pratiques d'hygiène - Lieu de l'accouchement ou matériel pour l'accouchement sale - Toutes les déchirures ou plaies dans l'orifice vaginal, le périnée ou l'abdomen peuvent s'infecter si elles ne sont pas soigneusement et régulièrement nettoyées après l'accouchement.
Comment peut-on prévenir une infection du postpartum?	<ul style="list-style-type: none"> - Bonnes pratiques d'hygiène - Lavage des mains et port de gants pendant l'accouchement - Utilisation correcte de la trousse d'accouchement hygiénique et lieu de l'accouchement propre - Bonne hygiène, notamment le lavage des organes génitaux avec du savon pendant la période du postpartum. - Changer régulièrement les vêtements sanitaires, les laver soigneusement à l'eau chaude. - Se laver après chaque défécation.
Comment pouvons-nous détecter une infection du postpartum?	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - C'est généralement le premier signe d'une infection de l'utérus. - Douleur abdominale - La femme souffre généralement d'une certaine gêne abdominale, car l'utérus se contracte pour revenir à sa taille normale. Cette gêne s'apparente à des crampes légères et disparaissent au bout de quelques jours. Si elle continue à avoir mal, ou la douleur est aiguë et constante, c'est un signe de danger. - Perte vaginale/sang à l'odeur nauséabonde - Pendant plusieurs jours après l'accouchement, la mère peut connaître quelques pertes colorées mais elles ne doivent pas dégager une odeur nauséabonde ni être abondantes. Si les pertes dégagent une odeur nauséabonde, qu'elles sont inhabituelles ou abondantes, cela peut être un signe d'infection.

3. Problèmes mammaires ou allaitement douloureux

Demandez: *Quels problèmes peuvent survenir quand une femme commence à allaiter, et pourquoi? Que pourrions-nous conseiller à la mère si elle rencontre des difficultés à allaiter?*

NB: Ne JAMAIS conseiller à une femme d'arrêter d'essayer d'allaiter si elle rencontre des problèmes.

Problème	Pourquoi cela pourrait-il se produire?	Conseiller des solutions
Engorgement du sein	Mauvaise position et mauvais attachement Le bébé ne tète pas assez	Continuer à allaiter. Augmenter le nombre de tétées. S'assurer qu'elle allaite sur les deux seins à quantité égale. Poser des compresses chaudes (tissu trempé dans l'eau chaude) sur le sein, et masser doucement autour des mamelons
Mamelons douloureux ou présentant des crevasses	Mauvaise position et mauvais attachement Mauvaise hygiène Utilisation de substances sur le sein qui irrite ou infecte le mamelon	Continuer à allaiter. Vérifier la position et l'attachement. Laver les seins au savon et à l'eau avant d'allaiter et les sécher soigneusement après les tétées.

		Porter des vêtements lâches, ne pas porter de soutien-gorge, et ne mettre aucune substance sur le sein.
Infection du sein: Mastite Rouge, gonflé, douloureux et zone chaude sur le sein, fièvre	L'infection du sein est due à une trop grande quantité de lait, ou parce que le lait n'est pas correctement vidé en raison d'un mauvais attachement, ou en raison de l'un des problèmes ci-dessus	Continuer à allaiter. Tous les messages ci-dessus s'appliquent, plus: Voir immédiatement un agent de santé. La mère peut avoir besoin de médicaments.

Rappelez aux ASC-COC/ttC de montrer aux mères comment tirer leur lait dans une tasse et continuer à allaiter même si elles rencontrent des difficultés.

4. Dépression du postpartum: Baby blues et anxiété

Demandez: Avez-vous déjà entendu parler de mères se sentant très tristes, inquiètes ou anxieuses après avoir donné naissance à leur bébé?



DEPRESSION MATERNELLE APRES L'ACCOUCHEMENT

Les problèmes de santé mentale maternelle après un accouchement sont très courants dans toutes les régions du monde; une femme sur cinq peut rencontrer des difficultés. Il n'existe pas de cause unique des problèmes de santé mentale maternelle, mais les femmes les plus susceptibles d'en souffrir sont celles qui:

- vivent dans la pauvreté
- vivent une grossesse non assistée
- souffrent de violence ou de maltraitance conjugale au domicile
- ont déjà souffert de problèmes de santé mentale.

Les symptômes de la dépression du postpartum peuvent inclure le fait de:

- se sentir triste ou pleurer sans raison
- perdre l'appétit
- ne pas pouvoir dormir ou de se sentir toujours très fatiguée
- éprouver une irritabilité et une colère intenses
- manquer de joie de vivre
- se sentir honteuse, coupable ou inadéquate
- avoir des changements d'humeur importants
- avoir des pensées effrayantes ou une inquiétude extrême.

Quels sont les risques:

Les femmes qui souffrent de problèmes de santé mentale peuvent ne pas obtenir le soutien adéquat, ou ne pas pouvoir s'occuper d'elles-mêmes en mangeant correctement, pratiquant une bonne hygiène, demandant des soins ou prenant des médicaments si nécessaire. Les problèmes de santé mentale peuvent aussi affecter l'enfant car la mère est moins capable d'allaiter à la demande, de stimuler l'enfant et de jouer avec lui/elle et de répondre à ses besoins. Les enfants de mères dépressives PEUVENT souffrir davantage de maladie, de malnutrition et de problèmes de développement.



Activité 5: Donner les informations pertinentes: Soins de la mère ayant souffert de complications à l'accouchement

Demandez: Que devrions-nous faire pour aider les femmes qui ont vécu des accouchements difficiles? De quels soins supplémentaires pourraient-elles avoir besoin?



SOINS DE LA MÈRE AYANT SOUFFERT DE COMPLICATIONS À L'ACCOUCHEMENT

- Les femmes qui ont souffert de complications pendant la grossesse peuvent également être plus vulnérables pendant la période du postpartum.
- Elles pourraient avoir subi une déchirure ou avoir été coupées pendant l'accouchement, avoir souffert d'un accouchement prolongé ou d'une hypertension artérielle entraînant des attaques/convulsions.
- Elles peuvent être jeunes, ou accoucher pour la première fois, et avoir besoin de davantage de soutien émotionnel.

Les femmes qui se remettent d'un accouchement par césarienne :

- Que se passe-t-il lors d'une césarienne?
- Le médecin opérera une incision (coupure).
- Le bébé est sorti de l'utérus à partir du ventre (abdomen) plutôt que par le vagin.
- Le placenta est retiré, et la coupure est refermée par des points de suture.
- La plaie est alors nettoyée et pansée.

Que se passe-t-il après une césarienne?

- Les mères et les bébés ont tendance à rester à l'hôpital pendant plusieurs jours, reçoivent des médicaments pour réduire la douleur et prévenir les infections, jusqu'à ce que la plaie commence à guérir.
- Les pansements doivent être changés régulièrement et l'infirmière ou la sage-femme ou le médecin donnera des conseils sur le nettoyage et les soins de la plaie.
- Quatre à six semaines sont nécessaires à la mère pour se rétablir. La mère est susceptible de souffrir de douleur et de fatigue. Elle doit bien se reposer, ne pas porter d'objets lourds, boire plus d'eau et consommer des aliments nutritifs.
- La mère doit faire très attention à la plaie pendant qu'elle guérit, en vérifiant et changeant les pansements régulièrement et en la nettoyant avec un antiseptique si elle devient sale, une fois rentrée chez elle.
- Orientez-la immédiatement si la plaie est enflammée, rouge, si du pus suinte de la plaie, ou si elle souffre d'une sévère douleur.
- Augmentez si possible le nombre de visites pour surveiller les signes de danger et le rétablissement, jusqu'à ce que la mère se sente bien et que la plaie soit guérie.



Activité 6: Consolider les informations: Démonstration: Examiner la mère pendant la période du postpartum

Sélectionnez des volontaires pour participer à la démonstration; ils joueront le rôle de la mère et de membres de la famille. Le formateur jouera le rôle de l'ASC, posant des questions et observant.

ÉVALUER À LA MÈRE

Demandez et observez la mère:

Parlez-moi de l'accouchement, que s'est-il passé? (Où, qui était présent, y'a-t-il eu des complications, des déchirures ou des saignements?)

Comment vous sentez-vous maintenant?

Avez-vous des saignements?

- Quelle quantité de sang?
- Depuis combien de temps?

Avez-vous souffert de fièvre?

- Contrôlez la fièvre

Avez-vous souffert de douleur abdominale?

- A quel endroit (haut ou bas de l'abdomen - vérifiez si c'est au niveau de l'utérus)
- La douleur est-elle sévère, constante?
- A-t-elle duré plus de trois jours après l'accouchement?

Vous sentez-vous faible, fatiguée ou avez-vous des vertiges?

- Examinez ses yeux et ses mains pour vérifier s'ils sont pâles - elle pourrait souffrir d'anémie.


Avez-vous eu des difficultés à allaiter?

- Souffrez-vous de seins douloureux, gonflés, de crevasses aux mamelons ou de mamelons douloureux?

**Activité 7: Obstacles et facteurs favorables aux soins du postpartum**

Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?	Facteurs favorables Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?	Réponse de conseils ou solution
Les mères doivent bénéficier de soins postnatals au centre de santé dès que possible après un accouchement à domicile et dans les 45 jours après un accouchement dans un centre de santé.			
Hygiène maternelle - Les mères doivent se laver entièrement au savon deux fois par jour pendant 5 jours, en particulier le périnée et toute plaie ou déchirure.			
Les mères doivent continuer à bien manger et à prendre du fer et de l'acide folique tel que recommandé.			
Les mères doivent bien se reposer, bénéficier du soutien de la famille et ne pas reprendre le travail trop tôt.			
Signes de danger chez une mère pendant la période de postpartum: Les mères sont emmenées au centre de santé de toute urgence si l'un des signes de danger apparaît.			

Session 8: Alimentation du nourrisson: Mettre en place l'allaitement exclusif

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Mettre en place l'allaitement</p> <p>Activité 3: Donner les informations pertinentes: L'alimentation quand l'enfant est malade</p> <p>Activité 4: Session technique: Aider les mères rencontrant des difficultés à allaiter</p> <p>Activité 5: Démonstration du DASC</p> <p>Activité 6: Consolider les informations: Le positionnement et l'attachement</p> <p>Activité 7: Croyances et problèmes courants liés à l'allaitement</p> <p>Activité 8: Obstacles et facteurs favorables à l'allaitement exclusif</p>	 <p>Durée: 2h10</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer l'alimentation optimale du nouveau-né pendant la première semaine et le premier mois de vie • Conseiller sur les bienfaits de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois • Identifier les obstacles que les familles pourraient rencontrer dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations • Aider les mères à surmonter toutes difficultés qu'elles pourraient rencontrer pour mettre en place l'allaitement. 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre le bébé au sein dans les 30 à 60 minutes suivant sa naissance. • Ne pas jeter le premier lait (colostrum) et ne donner aucune autre substance à manger ou à boire. Ne pas utiliser de biberon. • Les bébés ne doivent consommer que du lait maternel pendant les 6 premiers mois de leur vie. La plupart des mères en bonne santé produisent du lait en quantité suffisante, et aucun autre liquide ou aliment (y compris l'eau) n'est nécessaire, à condition que vous allaitiez le bébé régulièrement et à la demande (8 à 12 fois par jour). • Si le bébé ne peut pas téter, tirer le colostrum et lui donner dans une tasse. • Un positionnement et un attachement correct sur le sein contribueront à éviter les problèmes d'allaitement. • Une mère séropositive peut protéger son bébé contre le VIH en suivant les pratiques décrites ci-dessus. 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires 5 et Manuels du ménage • DASC ou clips vidéos: Observer l'allaitement, le positionnement correct et l'attachement • Ordinateur portable ou lecteur de DASC <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. 	

- Installez le DASC et le projecteur, et vérifiez et veillez à le positionner sur le bon clip.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Expliquer l'alimentation optimale du nouveau-né pendant la première semaine et le premier mois de vie
- Conseiller sur les bienfaits de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois
- Identifier les obstacles que les familles pourraient rencontrer dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations
- Aider les mères à surmonter toutes difficultés qu'elles pourraient rencontrer pour mettre en place l'allaitement.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà



Pour cette activité, **expliquez** que les participants d'un côté de la salle représenteront l'option "vrai" et ceux de l'autre côté l'option "faux". Vous **lirez** une série de déclarations et, à mesure de votre progression, les participants se déplaceront d'un côté ou de l'autre de la salle en fonction de leur réponse ou de leur opinion sur la déclaration. Pour chaque déclaration, **animez** une discussion sur les raisons de leur choix, révélant les croyances courantes relatives à l'alimentation de l'enfant chez les participants et, probablement, dans la communauté plus générale.

Déclaration	Réponse
1. Il faut jeter le premier lait de la mère avant d'allaiter un nouveau-né car le premier lait, qui est resté dans le sein chaud pendant un moment, peut avoir tourné.	Faux
2. Allaiter un bébé trop tôt pourrait mettre en péril la vie de la mère car elle est faible et saigne après l'accouchement.	Faux
3. Si le bébé ne peut pas s'accrocher tout de suite, vous devez tirer le lait maternel dans une tasse propre et le donner au bébé.	Vrai
4. Le premier lait contient des substances qui protègent le bébé contre les infections.	Vrai
5. Les nourrissons doivent être moins nourris lorsqu'ils sont malades.	Faux
6. Un allaitement programmé toutes les trois heures aide un nourrisson à apprendre l'autodiscipline et à attendre qu'on lui accorde de l'attention.	Faux
7. Une mère ne devrait pas parler à son nourrisson en allaitant car le fait de lui parler distrait le nourrisson et l'empêche de boire suffisamment de lait maternel.	Faux
8. Un nourrisson âgé de cinq mois doit être allaité lorsqu'il le demande, de jour comme de nuit.	Vrai
9. Une mère vivant avec le VIH ne doit jamais allaiter son nourrisson.	Faux
10. Les courges cuisinées et préparées sous forme de purée constituent un bon aliment nutritif pour les nourrissons de quatre mois.	Faux
11. Par temps très chaud, un nourrisson peut avoir besoin d'eau, en plus du lait maternel.	Faux
12. A l'âge de trois mois, il faut donner des aliments à un nourrisson qui commence à s'intéresser aux repas de la famille.	Faux

13. Il faut allaiter le nouveau-né dès que le cordon a été coupé, sans attendre de nettoyer le nouveau-né ou que le lait de la mère sorte.

Vrai



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Mettre en place l'allaitement

Expliquez aux ASC-COC/ttC que cette session se concentre sur l'alimentation des bébés de la naissance à l'âge de 1 mois. Les ASC-COC/ttC doivent aider les mères à mettre en place un bon allaitement, favoriser l'allaitement exclusif à la demande, le bon positionnement et le bon attachement. Passez en revue les points suivants dans le *Manuel de COC/ttC du participant*:



RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE

1. Premier lait (colostrum)

Le tout premier lait sortant du sein de la mère (le colostrum) a de nombreuses propriétés anti-infection. Il aide le bébé à être solide et en bonne santé. On ne doit pas le jeter. Conseillez plutôt à la mère de mettre le bébé au sein dès que possible (dans les 30 minutes). Le colostrum est jaune et épais et change progressivement pour devenir un lait plus liquide et blanc quand le bébé est âgé de 4 à 7 jours.

2. Allaitement exclusif

Le lait maternel **seul** est l'unique aliment et l'unique boisson dont un nourrisson a besoin pendant les 6 premiers mois. Aucun autre aliment ni boisson, pas même l'eau, n'est nécessaire au cours de cette période. La seule exception est lorsque l'on doit donner des médicaments au bébé, suite aux instructions d'un agent de santé. L'allaitement exclusif protège le bébé de la diarrhée, de la pneumonie et d'autres infections.

3. Allaiter fréquemment et à la demande

Le fait d'allaiter fréquemment pendant les premiers jours et les premières semaines favorisera la production de lait et les seins se rempliront. Les mères doivent allaiter "à la demande" - c'est-à-dire à chaque fois que le bébé a faim (ce qu'il montre en suçant ses mains ou en pleurant), à chaque fois qu'il veut être nourri et aussi longtemps qu'il le souhaite, de jour comme de nuit. Généralement, cela se produira toutes les 2 à 3 heures ou au moins 8 fois toutes les 24 heures si le bébé vide le sein pendant une tétée. Si le bébé ne se réveille pas la nuit de lui-même, la mère devra le réveiller pour l'allaiter toutes les trois heures.

4. Tirer le lait dans une tasse si le nouveau-né n'arrive pas à s'attacher ou s'il est trop faible pour téter.

La plupart des nouveau-nés sont assez solides pour commencer à téter directement. Cependant, un bébé peut être trop petit ou trop faible. Il peut être nécessaire de tirer le lait du sein, et de le donner au nouveau-né en petites gorgées à l'aide d'une cuillère ou d'une petite tasse. Le ASC-COC/ttC devra fournir les instructions étape par étape relatives au tirage du lait à la main.

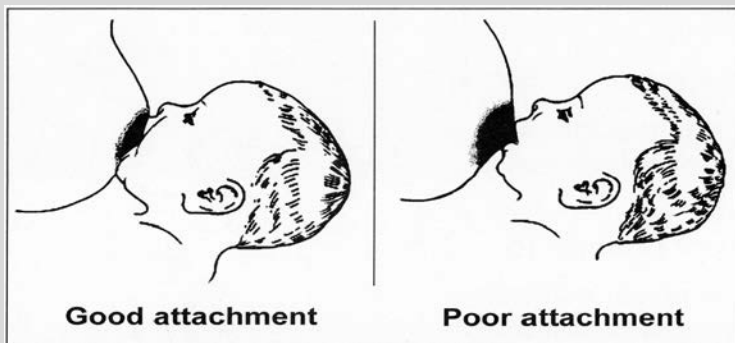
5. Tirage du lait à la main

- Lavez-vous les mains.
- Placez le pouce et l'index de part et d'autre du mamelon, trois à cinq centimètres derrière le mamelon.
- Appuyez doucement vers la cage thoracique.
- Déplacez les doigts en même temps dans un léger mouvement vers le bas.
- Répétez la même action tout autour du téton si nécessaire.

6. Bon attachement

Veillez à ce que le bébé soit correctement attaché au sein et qu'il tète bien. Un bébé bien attaché tète avec la bouche grande ouverte. La quasi-totalité de la zone foncée autour du mamelon (l'auréole) est dans la bouche

du bébé, et le bébé effectuera de solides sucions et avalera. Si les seins deviennent trop durs et pleins, le bébé pourrait avoir du mal à se positionner correctement. Si cela se produit, massez et tirez un peu de lait pour assouplir le mamelon afin que le bébé puisse s'attacher correctement.



7. Ne pas utiliser de biberons

Découragez l'utilisation des biberons car la tétine peut interférer avec la succion du nouveau-né sur le sein rendant la mise en place de l'allaitement plus difficile. Un biberon et une tétine sont également difficiles à nettoyer et pourraient causer des infections.

8. Rassurer la mère

Rassurez la mère sur le fait que l'allaitement fréquent stimule la production de lait. Presque toutes les mères peuvent réussir à allaiter exclusivement. Si la mère rencontre des difficultés, le fait d'accorder rapidement une attention au problème et de donner de simples conseils permet souvent de résoudre le problème. Rassurez la mère que si le bébé urine régulièrement (3 à 6 fois par jour), c'est qu'il boit suffisamment de lait.



Activité 3: Donner les informations pertinentes: L'alimentation quand l'enfant est malade

Demandez: Comment vous sentez-vous quand vous passez toute une journée sans manger? Décrire comment le manque de nourriture suffisante affecte leur énergie physique et leur capacité à penser clairement. **Expliquez comment une alimentation correcte est nécessaire pour la croissance du corps et de l'esprit d'un nourrisson.**



NUTRITION POUR UN ENFANT EN BONNE SANTE

Une bonne nutrition avant la naissance, grâce à la bonne santé de la mère, et au cours des premières années de vie améliore la croissance et la capacité d'apprentissage de l'enfant. Si les nourrissons ne sont pas correctement nourris, ils souffriront des effets suivants:

1. Une mauvaise croissance

Les enfants mal nourris ne grandissent pas bien. Ils sont plus petits que les autres enfants du même âge. Ils sont moins actifs lorsqu'ils jouent et ont moins envie d'explorer.

2. Plus de maladies

Les enfants mal nourris tombent souvent malades. Plus de la moitié des enfants qui décèdent d'une maladie infantile courante (diarrhée, pneumonie, paludisme et rougeole) sont mal nourris. En aidant les jeunes enfants à bénéficier d'une meilleure nutrition, vous les aidez à ne pas décéder suite à une maladie.

3. Énergie moindre

Les enfants mal nourris qui survivent ne disposent pas d'une énergie et de nutriments (vitamines et minéraux) suffisants pour répondre aux besoins nécessaires à une activité normale.

4. Difficulté d'apprentissage et effets durables

Les enfants mal nourris ont des difficultés à apprendre de nouvelles compétences, telles que marcher, parler, compter ou lire. Leurs résultats scolaires peuvent en pâtir. Devenus adultes, ils sont susceptibles de gagner moins que les autres, et sont plus susceptibles de contracter d'autres maladies telles que le diabète et les maladies cardiaques. Les effets d'une mauvaise nutrition chez les jeunes enfants sont largement irréversibles, ce qui montre l'importance fondamentale des bonnes pratiques dans les premières années de la vie.

Aide pour le facilitateur: Informations supplémentaires sur l'allaitement

Note: Ces informations pourraient vous aider à répondre aux éventuelles questions des ASC.



RAISONS DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF

- L'allaitement exclusif signifie que l'enfant ne consomme **que** du lait maternel. L'enfant ne consomme aucun autre aliment, ne boit pas d'eau ni aucun autre liquide. Si nécessaire, l'enfant exclusivement allaité peut prendre des médicaments et des vitamines. L'allaitement exclusif est l'alimentation donnant au nourrisson le plus de chance de grandir et de rester en bonne santé.
- Donner d'autres aliments ou liquides **réduit** la quantité de lait maternel que l'enfant consomme et la quantité de lait maternel que la mère produit. Allaiter fréquemment permet de produire davantage de lait.
- L'eau, les biberons et les ustensiles peuvent transmettre des **microbes** au jeune nourrisson, même s'ils semblent "propres". Les microbes peuvent rendre le nourrisson malade.
- D'autres aliments ou liquides peuvent être trop **dilués** ou trop liquides. Cela se produit quand l'aidant n'a pas les moyens de se procurer suffisamment de substitut au lait maternel pour l'enfant, ou quand le substitut est mal préparé.
- Les autres laits ne contiennent pas suffisamment de **vitamine A**.
- **Le fer** issu du lait de vache ou de brebis est difficile à absorber.
- Les nouveau-nés **ont du mal à digérer le lait animal**. Le lait animal peut entraîner une **diarrhée**, des éruptions ou d'autres symptômes d'allergies. La diarrhée peut continuer et devenir persistante, entraînant une malnutrition.
- Le tout premier lait sortant du sein de la mère (le colostrum) est jaune et **riche en vitamines et nutriments, notamment en vitamine A et sucre naturel**. C'est un "liquide en or" pour le nouveau-né.
- Une mère devrait nourrir son enfant dès qu'il a faim, "**à la demande**", de jour comme de nuit, au moins huit fois toutes les 24 heures. Allaiter à la demande ne signifie pas "gâter" l'enfant. Répondre à l'enfant aide l'enfant à avoir confiance en autrui et développe sa confiance en soi, ce qui l'aidera toute sa vie.
- Un bébé ne pleure pas toujours parce qu'il a **faim**. La mère apprendra à reconnaître les signes de la faim, comme des mouvements de succion avec la bouche, sucer les doigts de la mère et rechercher le sein.



Activité 4: Session technique: Aider les mères rencontrant des difficultés à allaiter

Distribuez le Livre d'histoires de la session technique sur l'allaitement. **Examinez** ce que peut faire une femme si elle rencontre des difficultés pour allaiter. Ces actions sont décrites ci-dessous.



AIDER LES MÈRES À ALLAITER

- S'assurer que la mère boit de l'eau en quantité suffisante - toujours boire en quantité suffisante pour étancher sa soif.
- Les seins peuvent être doucement massés de l'arrière vers l'avant afin de favoriser la sortie du lait et d'assouplir les mamelons pour que le bébé puisse bien s'attacher.
- Veiller à ce que la mère soit dans une position confortable pour allaiter.
- La mère doit laisser le bébé vider un sein avant de lui donner l'autre, afin de permettre au bébé de boire le lait riche en matière grasse et nutritif à la fin de la tétée. Pour ne pas oublier, elle devrait commencer chaque session d'allaitement par un sein différent.
- Une mère peut tirer son lait afin qu'il puisse être donné à son bébé dans une tasse, si elle s'absente pendant une période de temps prolongée. Le lait maternel tiré reste frais jusqu'à huit heures s'il est couvert.
- Il est important que le bébé soit correctement attaché au sein. Un bébé bien attaché tète la bouche grande ouverte, et tète à partir de l'auréole et non du mamelon.



Activité 5: Démonstration du DASC: Observer un allaitement

Montrez le DASC de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) sur l'attachement et le positionnement. <http://www.youtube.com/watch?v=7aKt2lV0a68>.

Vérifiez la compréhension qu'ont les participants du clip du DASC en demandant si l'attachement est correct ou incorrect, en utilisant les images ci-dessous; et demandez aux participants de montrer pourquoi l'attachement et la position sont corrects ou incorrects. **Répondez** aux questions qu'ils pourraient poser.



Activité 6: Consolider les informations: Le positionnement et l'attachement



Breastfeeding Attachment – Trainer Guide

No.	Good / Poor sorting	Cheeks touching breast	Mouth wide open	Lower lip turned outwards	Anoia more visible above than below mouth
1	Good attachment	Yes	Yes	Yes	Yes
2	Poor attachment	No	No	Yes	Yes
3	Poor attachment	Yes	No	No	No
4	Poor attachment	No	No	No	No
5	Good attachment	Yes	Yes	Yes	Unclear
6	Good attachment	Yes	Yes	Yes	Yes
7	Poor attachment	Yes	No	No	No
8	Good attachment	Yes	Yes	Yes	Unclear
9	Poor attachment	No	No	Yes	Yes



Breastfeeding Positioning – Trainer Guide

No.	Good / Poor positioning	Body and head are aligned	Head and body both turned towards breast	Body of infant is touching mother's body	Attachment?
10	Good positioning	Yes	Yes	Yes	Unclear
11	Good positioning	Yes	Yes	Yes	Good
12	Poor positioning	No (head turned to side)	No	No	Poor
13	Poor positioning	No (body twisted slightly)	Yes	Not fully	Unclear
14	Good positioning	Yes	Yes	Yes	Unclear
15	Poor positioning	No	No	Yes	Yes



Activité 7: Consolider les informations: Croyances et problèmes courants liés à l'allaitement

Mise en contexte: Assurez-vous que l'encadré ci-dessous est conforme aux croyances et problèmes courants dans vos communautés.



Travailler en groupes: Utilisez le tableau ci-dessous pour discuter des raisons courantes expliquant que les femmes ne pratiquent pas l'allaitement exclusif. Notez chaque problème sur un bout de papier et distribuez-les aux groupes. Après la discussion, demandez-leur de faire part de leurs réponses au problème en plénière.

Problème possible	Réponse de conseils possible ou solution possible
Colostrum: La coutume veut que l'on n'allait pas le nourrisson tant qu'il n'est pas âgé de 2 ou 3 jours (obstacle culturel).	En reportant l'allaitement, l'enfant ne profite pas des bienfaits du colostrum. Le colostrum favorise la vue, la protection contre les maladies et le développement cérébral du nourrisson. Un report de l'allaitement réduit également la production du lait maternel. Conseiller la mère et les autres femmes au domicile.
Allaitement exclusif: La mère dit que le bébé pleure tout le temps et qu'elle n'a pas assez de lait (croyance).	Les pleurs n'indiquent pas toujours la faim, mais peuvent aussi signifier que le bébé a besoin d'attention, d'amour et de chaleur, qu'il a besoin de roter ou souffre des maux d'estomac. Si le nourrisson urine 6 à 8 fois par jour et qu'il prend du poids conformément aux courbes de suivi de la croissance, alors le nourrisson consomme suffisamment de lait.

	La mère peut ne pas garder le bébé au sein assez longtemps. Le lait sortant du sein au début est principalement composé d'eau et est important pour l'hydratation. Le lait que le bébé boit ensuite est riche, épais et avec une teneur élevée en matière grasse et en protéines, nécessaires à la croissance et au développement du cerveau, ce qui rassasie la faim. Vider le sein est une bonne chose, afin de s'assurer que le bébé boit le premier lait et le dernier lait.
Allaitement exclusif: La mère affirme qu'il fait très chaud en été et que le bébé devra boire beaucoup d'eau.	Le lait maternel est essentiellement composé d'eau, mais il contient aussi des vitamines et des nutriments. Tant que la mère boit suffisamment d'eau, le lait maternel fournira suffisamment d'eau au bébé. Le lait maternel est une source d'eau propre !
La famille veut nourrir le bébé avec du lait maternisé ou du lait animal afin que le bébé s'y habitue, car la mère devra bientôt retourner au travail.	Expliquez les avantages de l'allaitement et les risques associés aux autres liquides ou aliments. Informez la mère qu'elle peut apprendre à tirer son lait, qui peut être conservé à température ambiante pendant huit heures, et être donné au bébé par l'aidant dans une tasse propre en l'absence de la mère.
La mère a des mamelons douloureux et dit que l'allaitement est douloureux.	Travaillez avec la mère à corriger l'attachement du bébé. Apprenez à la mère à tirer son lait à la main afin que le bébé puisse être nourri en attendant que le problème d'attachement soit résolu. Note: Si la mère souffre d'une douleur profonde, aiguë au sein, c'est un signe d'infection et elle doit être orientée vers des services professionnels.
Le sein est très douloureux et chaud au toucher ou enflammé. La mère peut également avoir de la fièvre.	La mère doit se rendre au centre de santé. Elle pourrait avoir besoin de médicaments. La mère doit continuer à allaiter son nourrisson avec son sein normal, et tirer et jeter le lait sortant du sein infecté.
La mère a des mamelons crevassés ou saignant.	La mère doit continuer à allaiter avec son sein normal, et tirer et jeter le lait sortant du sein douloureux. Elle doit masser ses seins avec du lait maternel et les laisser sécher à l'air libre. Elle ne doit pas se laver les mamelons plus qu'elle ne le ferait habituellement. Le ASC-COC/ttC doit s'assurer que le bébé est correctement attaché au sein.



Activité 8: Obstacles et facteurs favorables à l'allaitement exclusif

Travailler en groupes: Comme pour l'exercice ci-dessus, sauf que cette fois-ci vous utiliserez le Manuel du ménage pour examiner les pratiques négociées relatives à l'allaitement exclusif. Pensez à tous les obstacles et facteurs favorables possibles à l'adoption et au maintien par la mère de la pratique pendant 6 mois, et prenez des notes dans le tableau du *Manuel de COC/ttC du participant*, puis présentez vos idées en plénière.




Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles <i>Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?</i>	Facteurs favorables <i>Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?</i>	Réponse de conseils ou solution
Allaiter exclusivement jusqu'à l'âge de six mois Ne donner aucun autre aliment ni eau Ne pas utiliser de bouteilles ou d'ustensile	Croyances Normes culturelles et influence de la famille Problèmes liés à l'allaitement	Connaissances et compétences Tirer le lait Soutien familial	
Allaitement à la demande au moins 8 fois par jour	Travail ou temps Problèmes liés à l'allaitement		



Résumez les principaux points de la session

- Garantir une bonne nutrition dans les premières années de la vie est essentiel pour la croissance physique et le développement mental à long terme des enfants.
- Le premier lait (le colostrum) doit être donné au bébé dans les 30 à 60 minutes suivant sa naissance. Le lait fournit des vitamines et minéraux importants pour le bébé et le protège contre les maladies.
- Le lait maternel seul est l'unique aliment et l'unique boisson dont un bébé a besoin de la naissance à l'âge de six mois. Aucun autre aliment ni liquide n'est nécessaire, pas même l'eau.
- Dans la plupart des cas, une femme séropositive allaitera son bébé jusqu'à ses six mois. Il est très important qu'elle ne lui donne aucun autre aliment ni eau au cours de cette période.
- Presque toutes les mères peuvent réussir à allaiter. Une femme qui rencontre des difficultés pour allaiter peut être aidée de diverses manières.

Session 9: Développement de la petite enfance

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Développement précoce</p> <p>Activité 3: Donner les informations pertinentes: Conseiller la famille sur le DPE à partir de la naissance</p> <p>Activité 4: Jouer et communiquer avec le jeune nourrisson (fiches de conseils de l'OMS)</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer l'importance de la déclaration de la naissance d'un bébé et conseiller les familles sur les lieux et les façons de la déclarer • Expliquer l'importance du jeu et de la communication pour le développement de l'enfant • Conseiller les familles sur la manière d'adopter des interactions saines et positives avec le nourrisson qui favorise son développement 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour se développer complètement, les bébés ont besoin d'amour, d'attention et d'interagir avec leurs aidants • Les mères et les membres de la famille doivent regarder le bébé, le prendre dans les bras, lui parler, lui chanter et jouer avec lui tous les jours à partir de la naissance. • Le changement et la croissance du cerveau se produit le plus rapidement au cours des premières années de la vie d'un bébé grâce à une bonne nutrition, une bonne santé et un solide lien parent-nourrisson. • Le fait d'allaiter exclusivement, de donner le bain, de changer les couches, d'apaiser/de calmer le bébé quand il pleure sont autant d'occasions pour la mère/l'aidant d'interagir/établir un lien avec le bébé. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de conseils de l'OMS (Soins pour le développement de l'enfant) imprimée ou projetée sur un écran • Manuel du ménage • Projecteur et écran 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Expliquer l'importance de la déclaration de la naissance d'un bébé et conseiller les familles sur les lieux et les façons de la déclarer
- Expliquer l'importance du jeu et de la communication pour le développement de l'enfant
- Conseiller les familles sur la manière d'adopter des interactions saines et positives avec le nourrisson qui favorise son développement

**Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà**

Demandez: Comment jouiez-vous et parliez-vous à vos enfants quand ils étaient âgés de 1 mois? Est-ce que vous leur souriez, parliez, chantiez, les câliniez? Laissez-les faire part d'autant d'exemples que possible, qu'ils ont vécus ou vus.

Demandez: Qu'est-ce que les bébés étaient capables de faire pour réagir à l'âge de 1 mois? Souriaient-ils et émettaient-ils des sons? Étaient-ils capables de communiquer avec les gens?

Demandez: Pensez-vous qu'il soit important que la famille joue et parle aux bébés quand ils sont si jeunes? Pourquoi ou pourquoi pas? Quelles sont les croyances ou normes à ce sujet dans votre région?

Menez la discussion et notez les principaux thèmes sur le tableau de conférence - en particulier pour ce qui a trait aux normes sociales - et revenez-y pendant la session.

**Activité 2: Donner les informations pertinentes: Développement précoce****NOUVEAU-NÉ, DE LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÂGE DE 1 SEMAINE - VOTRE BEBE APPREND DES LA NAISSANCE.**

La période de la petite enfance est une période importante de croissance - en particulier celle du cerveau - qui affectera toute la vie adulte. Le cerveau du nouveau-né se développe très vite à mesure que le bébé entend, voit, goûte ou est touché, et il est très réceptif à l'apprentissage. Si les nouveau-nés et les jeunes enfants reçoivent de l'amour, de l'attention ainsi qu'une stimulation, une bonne nutrition et des soins de santé, ils réussissent mieux à l'école, obtiennent de meilleurs emplois et deviennent des adultes plus productifs.

**Demandez aux participants de décrire les comportements suivants sur l'interaction avec un nouveau-né:**

- Comment manifestez-vous votre amour à un bébé?
- Comment parlez-vous à un bébé?
- Devriez-vous chanter à un nouveau-né?
- Comment jouez-vous avec un bébé?
- Comment pouvez-vous faire sourire un bébé?

Listez les réponses sur une feuille du tableau de conférence.

**LES NOUVEAU-NÉS ONT BESOIN D'AMOUR ET DE COMMUNICATION POUR SE DÉVELOPPER PLEINEMENT.**

- Les membres de la famille peuvent manifester leur amour au bébé en le câlinant, le touchant, le caressant, lui souriant et en l'apaisant.
- Ils peuvent parler et chanter au bébé avec douceur. Les bébés aiment les voix chantantes et les berceuses.
- Ils peuvent communiquer avec le bébé en le regardant dans les yeux, en lui parlant, lui chantant, l'apaisant, le caressant et en le portant. L'allaitement est un bon moment pour faire cela. C'est pendant cette interaction entre la mère et le bébé que le bébé commence à se rapprocher de sa mère - une relation qui favorise le bien-être émotionnel de la mère et du bébé.



Questions de discussion

- Est-ce qu'un bébé peut vous entendre?
- Est-ce qu'un bébé peut vous voir?
- Est-ce qu'un bébé peut entendre la musique et d'autres sons?
- Est-ce qu'un bébé peut vous sentir?

LES SENS DU NOUVEAU-NE



Les nouveau-nés peuvent voir, entendre et sentir assez bien. Leur vision ne leur permet de voir clairement que du sein au visage de la mère, mais ils peuvent voir les couleurs et les ombres, la lumière et l'obscurité. Les nouveau-nés sont attirés par les visages humains et ils suivront un visage du regard. Les nouveau-nés peuvent sentir leur mère et son lait. On pense que les nouveau-nés peuvent reconnaître la voix de leur mère et des membres de la famille proches qu'ils ont entendus dans le ventre de leur mère !



Activité 3: Donner les informations pertinentes: Conseiller la famille sur le jeu et la communication



Référez-vous aux points suivants dans le *Manuel de COC/ttC du participant*, et discutez des actions clés que la famille peut entreprendre pour cette tranche d'âge. Bien que les images ne montrent que la mère, il est important de leur rappeler que tous les membres de la famille, spécialement le père et les enfants plus âgés, peuvent aussi contribuer en jouant et en parlant avec le bébé. Utilisez l'encadré ci-dessous pour expliquer ce que la mère et la famille peuvent faire à partir de la naissance pour jouer et communiquer avec le nouveau-né.

Age du jeune nourrisson	Recommandations pour la famille
<p>Nouveau-né, naissance jusqu'à 1 semaine</p>  <p>newborn</p>	<p>Un bébé apprend dès la naissance.</p> <p>Jouer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournissez à votre bébé des occasions de voir, entendre, sentir, bouger librement ses bras et ses jambes et vous toucher. • Apaisez, caressez, tenez doucement votre bébé • Le contact peau contre peau est bénéfique. <p>Communiquer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regardez votre bébé dans les yeux, et parlez à votre bébé. • Le moment de l'allaitement est un bon moment. Même un nouveau-né peut voir votre visage et entendre votre voix. 



Activité 4: Consolider les informations: Jouer et communiquer avec le jeune nourrisson (fiches de conseils de l'OMS)

Montrez ou projetez l'image de la Fiche de conseils relative au développement de la petite enfance de l'OMS.



Discutez des images figurant sur les fiches.

Quelles activités voyez-vous sur ces images? **Écoutez** leurs réponses. **Racontez** l'histoire de Nandi et de sa famille qui jouent et communiquent avec le bébé pour l'aider à apprendre.


Visit 1. Young infant, age 1 to 2 months
2 Play and communicate with the young infant

DISCUTEZ DES POINTS SUIVANTS:

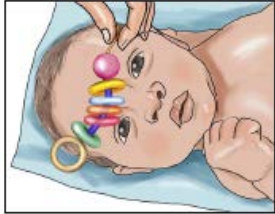
Toute la famille prend plaisir à jouer avec le bébé. Cela l'aide à bien grandir. Ils laissent le bébé bouger librement afin qu'il puisse gigoter et bouger et découvrir ses mains et ses doigts de pied. Il tend le bras pour atteindre les visages familiers (Image 1).

Nandi déplace lentement des objets colorés devant les yeux du bébé pour l'aider à apprendre à suivre les choses et à les atteindre (Image 2). Au début, le bébé a du mal à contrôler le mouvement de ses yeux et de ses mains. Il devient de plus en plus fort et il apprend à maîtriser ses muscles en jouant avec les membres de la famille plus âgés.




Nandi prend plaisir à faire sourire et rire son bébé avec elle (Image 3). Elle entame une conversation en copiant les sons et les gestes de son bébé. C'est un jeu amusant pour le bébé, qui le prépare à la parole. Et Nandi apprend à observer attentivement ce que son fils fait et lui répond.



1 PEIDS PROJECT



2 PEIDS PROJECT

3 WAGI CAH


Visit 1. Young infant, age 1 to 2 months



Résumez les principaux points de la session

- Pour se développer pleinement, les bébés ont besoin d'amour, d'attention et d'interactions avec les aidants. Les nouveau-nés commencent à apprendre et à communiquer dès la naissance.
- Les mères et les membres de la famille doivent regarder leur bébé, le prendre dans les bras, lui parler, lui chanter et jouer avec lui tous les jours, et ce dès la naissance.
- Le changement et la croissance du cerveau se produit le plus rapidement au cours des premières années de la vie d'un bébé grâce à une bonne nutrition, une bonne santé et un solide lien parent-nourrisson.
- Le fait d'allaiter exclusivement, de donner le bain, de changer les couches, d'apaiser/de calmer le bébé quand il pleure sont autant d'occasions pour la mère/l'aidant d'interagir/établir un lien avec le bébé.

Session 10: Signes de danger chez le nouveau-né

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Signes de danger chez le nouveau-né</p> <p>Activité 3: Regarder le DASC: Signes d'alerte chez le nouveau-né</p> <p>Activité 4: Repérer la différence: Infections du cordon ombilical</p> <p>Activité 5: Démonstration: Évaluer un nouveau-né</p> <p>Activité 6: Obstacles et facteurs favorables à la recherche de soins</p>	 <p>Durée: 1h20</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les signes de danger chez un nouveau-né et conseiller les familles de rechercher immédiatement des soins si des signes apparaissent • Développer les compétences en matière d'inspection du nouveau-né pendant la visite à domicile afin de surveiller l'apparition de signes d'infection ou de maladie, ou de difficultés à téter • Décrire la jaunisse chez le nouveau-né et les soins à domicile requis. 	
Messages clés	<p>Si la mère ou le père (ou tout autre membre de la famille) suspecte un signe de danger chez le nouveau-né, il/elle doit se rendre de toute urgence au centre de santé. Les signes de danger chez le nouveau-né sont notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • une léthargie ou une somnolence inhabituelle • incapable de téter • attaques/convulsions • un enfoncement de la cage thoracique et une respiration difficile ou rapide • une fièvre ou une peau anormalement froide • des pustules cutanées • une rougeur du cordon ombilical • la jaunisse - dangereuse en particulier si elle s'accompagne d'une léthargie/mauvaise alimentation • un petit poids (inférieur à 2 kg) 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Livre d'histoires 5 et Manuels du ménage • Les vidéos sur le nouveau-né téléchargées (DASC du formateur ou liens internet) • Ordinateur portable ou projecteur • Images du cordon ombilical (imprimées en couleur ou projetées sur un écran) <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Téléchargez les liens vidéo ou les fichiers à l'avance et vérifiez qu'ils fonctionnent. • Imprimez les images du cordon ombilical pour l'Activité 4. • Installez le projecteur et le son. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Reconnaître les signes de danger chez un nouveau-né et conseiller les familles de rechercher immédiatement des soins si des signes apparaissent
- Développer les compétences en matière d'inspection du nouveau-né pendant la visite à domicile afin de surveiller l'apparition de signes d'infection ou de maladie, ou de difficultés à téter
- Décrire la jaunisse chez le nouveau-né et les soins à domicile requis.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Quels sont les signes de danger chez un nouveau-né qui indiquent que le bébé a besoin de soins urgents?

Demandez: Avez-vous entendu parler d'un cas dans votre communauté où le nouveau-né est tombé malade? Avez-vous vu le nourrisson? Que s'est-il passé?

Demandez: Pourquoi, alors que les décès de nouveau-nés sont les décès d'enfants les plus fréquents, ne sont-ils pas orientés vers un hôpital ou signalés?

Expliquez:

- **Les signes de danger** chez un nouveau-né sont difficiles à déterminer.
- Le décès peut survenir très rapidement (en l'espace de quelques heures).
- De nombreuses personnes pensent que la vie d'un nouveau-né ne peut pas être sauvée.

Il est souvent difficile de reconnaître qu'un nouveau-né est souffrant, car ils ne montrent pas les mêmes signes que les bébés plus âgés quand ils sont malades. La mère doit être consciente de l'activité habituelle du bébé en termes d'alimentation et d'éveil afin de pouvoir signaler si le bébé se nourrit moins ou dort plus que d'habitude, ce qui peut être des signes indiquant que l'enfant est souffrant.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Signes de danger chez un nouveau-né

Distribuez le Livre d'histoires contenant la session technique sur les signes de danger chez le nouveau-né. **Passer en revue** les illustrations et les informations de l'encadré ci-dessous.



EMMENEZ DE TOUTE URGENCE LE BEBE AU CENTRE DE SANTE QUAND:

Signes généraux

- Convulsions - Le bébé est rigide ou souffre d'attaques.
- Léthargique/inconscient/activité réduite - Changements dans l'activité habituelle du bébé, comme pleurer faiblement, ne pas réagir au toucher, des mouvements réduits, ou une somnolence inhabituelle.
- Incapable de téter- Le bébé tète faiblement, ou moins longtemps que d'habitude, ou il est totalement incapable de se nourrir.

Difficultés de respiration

- Respiration bruyante ou rapide - Le bébé fait un bruit comme un grognement, respire très vite ou avec difficulté.
- Enfoncement de la cage thoracique - La partie sous les côtes s'enfonce quand le bébé inspire.

Température et couleur du corps

- Fièvre - La fièvre chez un nouveau-né est un signe de maladie sérieuse, mais n'est probablement pas due au paludisme. Le corps peut sembler chaud au toucher ou la mère peut signaler que le bébé est plus chaud que d'habitude.
- Corps froid au toucher - Une température basse du corps chez un nouveau-né est aussi un signe de danger.
- Couleur jaune/jaunisse - La peau et les yeux du bébé sont jaunâtres, en particulier la plante des pieds et la paume des mains. Cela est particulièrement dangereux si le bébé ne se nourrit pas bien ou est léthargique.

Infection du cordon ombilical

- Rougeur du cordon ombilical - Se propage à la peau, suintement de pus, humidité ou odeur nauséabonde.
- Nombreuses pustules cutanées



Activité 3: Regarder le DASC: Signes d'alerte chez le nouveau-né

Regardez les clips vidéo suivants et discutez avec les participants.

Signes d'alerte chez le nouveau-né, pour les mères et les aidants	Problèmes respiratoires	Infections du cordon ombilical
		
Septicémie	Jaunisse	Infection de la peau
		



Activité 4: Repérer la différence: Infections du cordon ombilical (facultatif)

Travailler en groupes: Distribuez les images colorées du cordon ombilical et demandez-leur de les trier en deux groupes, ceux qui doivent entraîner une orientation et ceux qui sont normaux. Sinon, projetez-les sur l'écran et demandez aux participants de voter.



Activité 5: Démonstration: Évaluer le nouveau-né

Inspection de la tête aux pieds: Utilisez une poupée et le groupe examine le bébé de la tête au pied - Utilisez une affiche sur le mur ou dessinez sur le mur pour vous aider. Montrez sur la poupée, si cela est approprié, comment examiner le bébé. Rappelez aux membres du groupe qu'avant de tenir le bébé, ils doivent **toujours se laver les mains** (voir la session sur le lavage des mains). Pendant qu'ils observent, ils peuvent prendre des notes dans la partie de cette session dans le *Manuel de COC/ttC du participant*. Après la démonstration, demandez à des volontaires de venir faire la démonstration aussi.

Examiner	Bébé en bonne santé	Quel pourrait être le problème?	Pourquoi?
Mouvement et pleurs	Les bras et jambes bougent vivement et le bébé pleure en hurlant quand il est réveillé	Le bébé semble très somnolent la plupart du temps Les bras et les jambes sont mous et ne bougent pas Si l'enfant pleure très faiblement, cela peut être le signe d'un problème	Complication à l'accouchement ou infection ou bébé trop petit
Respiration	La respiration semble aisée, et n'est ni trop rapide ni trop bruyante Pas d'enfoncement de la cage thoracique	Enfoncement de la cage thoracique Respiration irrégulière, respiration rapide/halètement Respiration bruyante (bruit de grincement, grognement)	Complication à l'accouchement ou infection ou bébé trop petit
Couleur	La langue, les lèvres, les paumes des mains ou les plantes des pieds sont roses	La langue, les lèvres, les paumes des mains ou les plantes des pieds sont foncées/bleuâtres	Complication à l'accouchement ou infection ou bébé trop petit
Température	Le bébé ou le ventre doit être tiède, mais ni trop chaud ni froid	Fièvre ou trop froid	Complication à l'accouchement ou infection ou bébé trop petit
Peau	La peau autour du cordon et des plis (aisselle, cou et	Pustules cutanées Jaunisse	Infection ou bébé trop petit

VISITE 5

	jambes) est sèche et ne présente aucune pustule La peau n'est pas jaune		
Yeux	Pas de suintement, pas collants	Collants, suintements, pus	Infection de l'œil causée par une infection chez la mère
Cordon ombilical	Propre, pas de saignement	Saignement, rougeur ou gonflement, suintement de pus Rougeur se propageant à la peau	Infection du cordon ombilical parce qu'il a été coupé avec un instrument sale ou en raison d'une mauvaise hygiène
Poids	Un poids supérieur à 2,5 kg est normal	Un poids inférieur à 2,5 kg doit entraîner une orientation vers un centre de santé	Un bébé de petit poids est aussi désigné par les expressions bébé au Faible poids de naissance (FPN) ou bébé prématuré (né trop tôt)



ÉVALUER LE BEBE

A chaque visite à domicile de la première semaine, examinez le bébé. Assurez-vous que la mère connaît les signes de danger, et dites-lui de vous informer immédiatement ou de se rendre directement à l'hôpital si elle remarque l'un de ses signes.

Demandez à la mère:

- Comment va le bébé aujourd'hui?
- Comment tête-t-il? A quelle fréquence?
- Avez-vous remarqué des changements dans l'activité du bébé (par exemple devenir trop somnolent)?
- Le bébé a-t-il présenté des signes de danger (voir le manuel du ménage)?

Examinez le bébé:

- Surveillez les mouvements et les pleurs quand le bébé est réveillé.
- Écoutez la respiration et observez les mouvements de la poitrine du bébé.
- Contrôlez la température de la peau avec votre main et regardez la couleur de la peau.
- Recherchez des pustules cutanées, en particulier à côté du cordon et dans les plis de la peau.
- Examinez les yeux à la recherche de pus.
- Examinez la couleur de la peau - Regardez la plante des pieds et la paume des mains pour détecter une jaunisse (à la lumière extérieure).
- Examinez le cordon ombilical pour vous assurer qu'il est propre et sec.
- Pesez le bébé (si vous avez une balance et avez été formé).



Activité 6: Obstacles et facteurs favorables à la recherche de soins

Expliquez que les familles peuvent rencontrer des problèmes pour emmener les nouveau-nés malades ou les mères malades au centre de santé même si elles ont identifié les signes d'une maladie. Considérez les quatre facteurs retardant une orientation (abordés précédemment).

- **Danger:** Retard dans la reconnaissance du signe de danger
- **Décision:** Retard dans la décision de rechercher des soins
- **Distance:** Retard dans l'atteinte des soins (distance ou absence de transport)
- **Service:** Retard dans l'administration de soins efficaces.

Demandez aux participants de citer les problèmes que les familles au sein de leurs communautés pourraient rencontrer pour emmener les mères et les nouveau-nés au centre de santé.

Utilisez les exemples d'obstacles ci-dessous pour guider la discussion. **Demandez** aux ASC-COC/ttC de compléter le tableau qui se trouve dans leur manuel en notant ces idées et toute autre idée. Demandez-leur aussi de donner des exemples de croyances et de pratiques tirées de leurs propres expériences.




Obstacle	Conseils possibles
La famille pense qu'elle doit d'abord emmener un bébé malade chez un guérisseur religieux. (Croyances > retard dans la décision)	Expliquez qu'un bébé présentant des signes de danger a besoin d'un traitement urgent dans un centre de santé, et qu'il pourrait rapidement décéder s'il n'obtient pas ce traitement.
La famille a peur du centre de santé. (Croyances > retard dans la décision)	Expliquez qu'un traitement à base d'injections est nécessaire pour un bébé atteint d'une maladie grave. Cela ne peut être effectué que dans un centre de santé.
La famille pense que le traitement sera beaucoup trop cher. (Finances > retard dans la décision)	Expliquez quel est le coût du traitement au centre de santé, afin de vérifier si cette somme pourrait être couverte par les économies de la famille en cas d'urgence ou si la famille pourrait commencer à épargner afin de se préparer à une telle urgence.
La famille ne dispose d'aucun moyen de transport pour emmener le bébé au centre de santé. (Accès > retard dans l'atteinte des soins)	Aidez la famille à étudier les possibilités d'organisation du transport ou à identifier les possibilités de transport à l'avance.
La mère pense que les symptômes du bébé ne sont pas dus à un problème médical. (Croyances > retard dans la reconnaissance du danger)	Assurez-vous que la mère et tous les membres de la famille connaissent les signes qui indiquent qu'un enfant souffre d'un problème médical. Dissipez toutes les croyances culturelles sur les maladies chez le nouveau-né par le dialogue.



Résumez les principaux points de la session

- Les signes de danger chez le nouveau-né sont difficiles à détecter et il est important que les membres de la famille soient conscients des signes et qu'ils observent attentivement le bébé tout le temps. Ils doivent informer le ASC-COC/ttC ou se rendre directement au centre de santé s'ils pensent que le bébé présente un signe de danger.
- Au cours de chaque visite à domicile de la première semaine de vie, ils doivent évaluer le bébé et effectuer un examen de la tête aux pieds afin de s'assurer que le bébé va bien.
- Les familles peuvent surmonter les obstacles à la recherche de soins en étant conscientes des signes de danger et prêtes à partir rapidement si le bébé présente l'un de ces signes. La mère et le bébé doivent être accompagnés jusqu'à l'hôpital le plus proche.

Session 1 I: Soins spéciaux du bébé de petit poids le premier mois

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Bébés prématurés et à faible poids de naissance</p> <p>Activité 3: Prendre soin du bébé de petit poids</p> <p>Activité 4: Démonstration: Porter le bébé peau contre peau</p> <p>Activité 5: Démonstration du DASC</p>	 <p>Durée: 1h15</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconnaître et décrire les caractéristiques d'un bébé de petit poids (inclut les bébés prématurés (nés trop tôt) ainsi que les bébés de petit poids pour leur âge gestationnel (PAG)) Expliquer pourquoi les bébés de petit poids ont besoin de davantage de soins et de protection pour survivre Montrer comment maintenir un bébé de petit poids au chaud le premier mois au moyen de la Méthode dite de la "mère-kangourou" (MMK) (au centre de santé et à domicile) Décrire comment aider une mère qui allaite un bébé de petit poids Effectuer des visites à domicile et des examens supplémentaires pour s'assurer que le bébé de petit poids reste en bonne santé. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> Les bébés de petits poids ont besoin de soins spéciaux pour être maintenus au chaud grâce à la MMK peau contre peau. Les bébés de petits poids peuvent avoir besoin d'une aide supplémentaire à l'allaitement ou d'être nourris avec du lait maternel tiré. Les bébés de petit poids peuvent être très malades et décéder rapidement par rapport aux bébés de taille saine; il faut donc connaître les signes de danger et avoir préparé un plan pour obtenir rapidement de l'aide. Les bébés de petit poids ont besoin de davantage de visites à domicile des ASC-COC/ttC et de visites supplémentaires au centre de santé pour passer des examens au cours du premier mois de vie. Les bébés de petit poids ont besoin de soins supplémentaires pour se développer, comme interagir et communiquer avec eux, leur chanter doucement, leur parler, quand le bébé est réveillé ou pendant les tétées. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lecteur DASC et projecteur Poupée et vêtements, bonnet et chaussettes <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Téléchargez les vidéos clips appropriés et installez la vidéo et le projecteur pour que tout soit prêt. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Reconnaître et décrire les caractéristiques d'un bébé de petit poids (inclut les bébés prématurés (nés trop tôt) ainsi que les bébés de petit poids pour leur âge gestationnel (PAG)
- Expliquer pourquoi les bébés de petit poids ont besoin de davantage de soins et de protection pour survivre
- Montrer comment maintenir un bébé de petit poids au chaud le premier mois au moyen de la Méthode dite de la "mère-kangourou" (MMK) (au centre de santé et à domicile)
- Décrire comment aider une mère qui allaite un bébé de petit poids
- Effectuer des visites à domicile et des examens supplémentaires pour s'assurer que le bébé de petit poids reste en bonne santé.



Activité 1: Écouter l'histoire

Dans le village de Bedanda, vivait un jeune garçon qui s'appelait "Miracle". Il était intelligent et joyeux, et tout le monde disait qu'il était un enfant chanceux. Sa mère, Grace, a expliqué pourquoi elle l'avait prénommé Miracle. Elle n'avait que 16 ans quand elle est tombée enceinte; elle a souffert d'une grossesse difficile, et a contracté le paludisme. A sept mois de grossesse seulement, les contractions ont commencé.

L'accouchement fut long, et sa famille l'emmena à l'hôpital. Elle accoucha finalement, mais le bébé était minuscule et faible, sa peau semblait fine comme du papier, et il était recouvert de légers poils. Elle a essayé de l'allaiter mais il n'arrivait pas à s'accrocher au sein. Le médecin expliqua que le bébé était né trop tôt et qu'il pouvait ne pas survivre, et sa famille lui conseilla de ne pas lui donner de prénom car il ne resterait pas longtemps dans ce monde. Mais Grace leur dit qu'elle ferait tout pour sauver sa vie, et resta à l'hôpital plusieurs semaines pendant que le personnel soignant donnait des médicaments et des soins au bébé. Quand elle est partie, le personnel soignant lui a conseillé de:

- continuer à maintenir le bébé peau contre peau sur sa poitrine et de le couvrir d'un bonnet afin de le maintenir au chaud;
- couvrir le bébé de couches de vêtements supplémentaires;
- tirer son lait dans une tasse pour le nourrir jusqu'à ce qu'il puisse téter normalement, aussi souvent que possible, de jour comme de nuit;
- faire particulièrement attention à l'hygiène: se laver les mains au savon avant de toucher le bébé
- emmener régulièrement le bébé passer un examen dans un centre de santé jusqu'à ce que son poids soit normal.

Quand elle est revenue chez elle, la famille lui a dit que c'était un miracle que le bébé ait survécu. Elle a particulièrement pris soin de lui à domicile et bénéficiait d'un soutien supplémentaire du ASC-COC/ttC et de sa famille. Au bout de deux mois, il grandissait si bien que Grace décida de l'appeler "Miracle" afin que les gens sachent qu'il était un enfant spécial.



Principaux points de discussions

- Pourquoi le médecin pensait-il que le bébé pourrait ne pas survivre?
- Quels signes indiquaient que le bébé était prématuré?
- Qu'a fait Grace pour aider le bébé à survivre?
- Peau contre peau, en maintenant le bébé enveloppé contre sa poitrine, et en lui mettant des couches de vêtements supplémentaires (chaleur)
- Allaitement, ou donner au bébé du lait tiré (nutrition)
- Davantage d'hygiène et d'examen de routine.

Qu'aurait pu être l'impact si Grace avait souffert de dépression après l'accouchement?
Demandez au groupe de faire part d'expériences similaires issues de leurs propres communautés. Que s'est-il passé?



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Bébés prématurés et à faible poids de naissance

Demandez: Comment peut-on reconnaître un bébé de petit poids?

La mère peut savoir si le bébé était prématuré ou cela peut être indiqué par le poids de naissance. Mais certaines caractéristiques, que pourriez observer chez un bébé né trop tôt, sont classiques chez les bébés prématurés.



SIGNES QU'UN BEBE EST NE TROP TOT

Visage - Elle peut sembler fine et présenter des vaisseaux sanguins visibles

Pieds et mains - Aucun pli sur les paumes des mains ou la plante des pieds

Bras et jambes - Fins et mous, ne résistent pas à une pression

Poils - Le bébé peut présenter une fine couche de poils fins sur le visage et le dos

Organes génitaux - Chez les garçons, les testicules ne sont pas descendues; chez les filles, les organes génitaux semblent plus grands/exposés

Faible poids de naissance - Tous les nouveau-nés doivent être pesés dès que possible après l'accouchement. Tous les bébés nés à domicile doivent être orientés vers un centre de santé dès que possible.

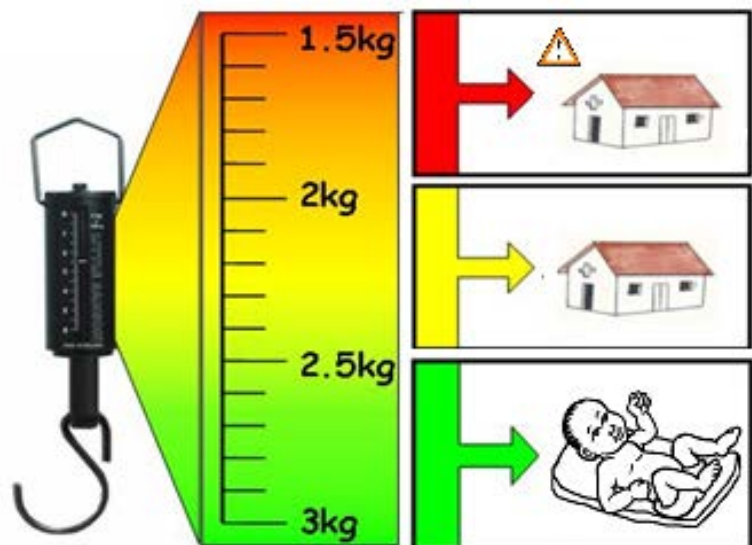
Bébé en bonne santé - Pèse plus de 2,5 kg à la naissance

Bébé de petit poids ayant besoin de soins supplémentaires - Pèse entre 2 et 2,5 kg

Bébé de petit poids devant faire l'objet d'une orientation urgente (et probablement de soins hospitaliers) - Pèse moins de 2 kg

Pourquoi un bébé peut-il être petit:

- né trop tôt
- petit pour l'âge gestationnel.





Activité 3: Donner les informations pertinentes: Prendre soin d'un bébé de petit poids

Demandez: Pourquoi les bébés de petit poids tombent-ils plus malades que les bébés dont le poids est normal?

Expliquez ou lisez à voix haute cette section du Manuel de COC/ttC du participant.



SOINS SPECIAUX DU BEBE DE PETIT POIDS

Un bébé de petit poids est plus faible et plus petit qu'un bébé dont le poids est normal, et dispose de moins de protection contre les infections. Étant plus petit, il a moins de matière grasse et peut aussi attraper froid beaucoup plus rapidement. Il peut tomber malade très rapidement et peut décéder; il est donc important d'être toujours vigilant.

SOINS DU BEBE DE PETIT POIDS DANS UN CENTRE DE SANTE

Si le bébé de petit poids est né à domicile, il/elle doit être orienté de toute urgence vers un centre de santé. Un bébé de petit poids ne doit pas être pris en charge dans la communauté à moins que la mère et le bébé aient été autorisés à quitter le centre de santé par le personnel soignant. Le ASC-COC/ttC peut soutenir la mère en initiant l'alimentation et en introduisant le contact peau contre peau, puis doit transporter la mère et le bébé au centre de santé, en portant le bébé selon la "méthode kangourou".

Au centre de santé, le personnel fournira tout traitement dont le bébé pourrait avoir besoin et aidera la mère à prendre soin du bébé, en lui apprenant l'importance de l'alimentation, de la chaleur et de l'hygiène. Une fois le bébé stabilisé, la mère et le bébé peuvent être autorisés à quitter le centre de santé, mais auront besoin de soins de suivi réguliers à domicile que le ASC-COC/ttC peut contribuer à fournir.

SOINS COMMUNAUTAIRES DU BEBE DE PETIT POIDS

PLUS D'HYGIÈNE

- Gardez le bébé à l'intérieur, dans un environnement propre et sans fumée.
- Tous les membres de la famille doivent toujours se laver les mains soigneusement avant de toucher le bébé.
- Nettoyez soigneusement le cordon et essuyez-le, ou utilisez de la Chlorhexidine.
- Tenez le bébé à l'écart des personnes malades.

PLUS DE NOURRITURE

- Si le bébé peut téter et s'alimenter sans problème, laissez-le téter aussi souvent et aussi longtemps qu'il le souhaite. Il doit s'alimenter toutes les deux heures au moins, jour et nuit, ce qui peut signifier réveiller le bébé pour le nourrir.
- Les bébés de petit poids peuvent devoir être alimentés avec du lait tiré en plus de la tétée, car ils peuvent se fatiguer facilement. Les mères doivent être aidées pour commencer à tirer le lait maternel dans les 6 premières heures suivant la naissance d'un bébé de petit poids. Au cours des premières semaines quand le bébé apprend à téter mais qu'il ne peut terminer la tétée, la mère peut mettre le bébé au sein, et une fois le bébé fatigué, elle peut lui donner du lait tiré supplémentaire à l'aide d'une tasse ou d'une cuillère ou tirer le lait directement dans la bouche du bébé. La mère peut tirer son lait dans un contenant stérile/propre juste avant que le bébé ne tète. Dans les centres de santé, une alimentation par sonde peut occasionnellement être requise.

PLUS DE CHALEUR

- La mère (et d'autres membres de la famille) doivent porter le bébé de petit poids peau contre peau pendant le premier mois, sur son buste ou sa poitrine (méthode aussi appelée méthode kangourou), ce que vous pouvez les aider, elle et sa famille, à faire correctement
- Le bébé de petit poids doit toujours porter une couche de vêtement de plus que la normale, doit être lavé dans de l'eau chaude, très soigneusement et rapidement, et doit tout le temps porter un bonnet et des chaussettes.

PLUS DE CONTRÔLE

- Soyez encore plus vigilants quant à l'apparition de signes de danger.
- Effectuez des visites à domicile plus fréquemment quand il s'agit d'un bébé de petit poids et continuez jusqu'à ce qu'il grandisse et soit en bonne santé.
- Emmenez régulièrement le bébé au centre de santé pour un examen - toutes les 1 à 2 semaines le premier mois.

DAVANTAGE D'INTERACTIONS LUDIQUES ET AFFECTUEUSES AVEC L'AIDANT

- Les bébés de petit poids ont besoin de soins supplémentaires pour se développer, comme interagir et communiquer avec eux, leur chanter doucement, leur parler, quand le bébé est réveillé ou pendant les tétées.

**Activité 4: Démonstration: Porter le bébé peau contre peau**

Expliquez que lorsqu'il s'agit d'un bébé de petit poids, la mère doit le porter sur son buste et non sur son dos. Deux facilitateurs doivent réaliser cette démonstration, dans l'idéal en portant des vêtements amples, et une femme jouera le rôle de la mère. Réalisez la démonstration de la manière suivante:

- La poupée doit être nue et tenue toute droite. Placez la poupée à l'intérieur des vêtements (contact peau contre peau), entre les seins (cela peut être fait sur les vêtements pour la démonstration, mais expliquez cela aux participants). Les jambes et les mains doivent être écartés de part et d'autre de la poitrine de la mère (comme une grenouille) et la tête tournée d'un côté, et non à plat contre la poitrine.
- Enveloppez le tissu autour du bébé comme d'habitude pour le maintenir en place, en s'assurant que le tissu n'entrave pas la respiration du bébé et que la tête et le cou sont soutenus. Couvrez la tête avec un petit bonnet ou tissu.
- La mère peut porter ses vêtements habituels (dans l'idéal une tenue ample), en laissant la tête du bébé dépasser.
- Montrez que la mère peut dormir dans cette position, sur le côté plutôt que allongée sur le dos, afin de maintenir la tête du bébé bien droite. Cela peut être difficile, et les membres de la famille peuvent aussi porter le bébé peau contre peau chacun à leur tour quand la mère se lave ou se repose.
- Vérifiez régulièrement la température et la respiration du bébé (utilisez un thermomètre ou un compteur de respiration si on vous en a fourni un). Si vous avez une balance, contrôlez régulièrement le poids du bébé.

**Activité 5: Démonstration du DASC**


- Méthode dite de la "mère-kangourou": Montrez le vidéo de la MMK. <http://www.healthynewbornnetwork.org/topic/kangaroo-mother-care-kmc>. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur la MMK après la vidéo.
- Allaitement du bébé de petit poids - tirer le lait et le nourrir à la cuillère/tasse



Résumez les principaux points de la session

- Les bébés de petits poids sont particulièrement vulnérables aux infections, aux rhumes et aux problèmes d'alimentation.
- Nous pouvons accroître leur chance de survie en leur fournissant des soins spéciaux à domicile et au centre de santé.
- Orientez de toute urgence les bébés de petit poids pour des soins dans un centre de santé. Une fois l'état du bébé stabilisé, il peut être pris en charge au sein de la communauté en soutenant la famille afin de s'assurer que le bébé bénéficie des soins supplémentaires:
 - Plus de chaleur (peau contre peau et vêtement supplémentaire)
 - Plus d'hygiène
 - Plus de nourriture (allaitement et alimentation à l'aide d'une tasse)
 - Plus de visites et d'exams pour détecter les signes de danger
 - Plus d'interaction ludique et affectueuse de l'aidant.

Session 12: Effectuer la première visite après la naissance (Visite 5a, b, c)

Plan de la session	<p>Activité 1: Comprendre l'histoire Activité 2: Donner les informations pertinentes: Effectuer la visite 5a Activité 3: S'entraîner à la visite 5 Activité 4: Débriefing en plénière</p>	 <p>Durée: 1 h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montrer comment effectuer la première visite à domicile après la naissance (Visite 5a) et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer. • Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils • Comprendre l'importance des trois visites à domicile au cours de la première semaine de vie et montrer comment effectuer les visites de suivi supplémentaires pour revoir les messages clés, examiner la mère et le bébé quant aux signes de danger et aider la mère à résoudre tout problème qu'elle aurait pu rencontrer. 	
Messages clés	<p>Soins néonataux essentiels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaitement • Signes de danger chez un nouveau-né • Effectuez la Visite 5a - première semaine de vie, dès que possible après la naissance du bébé, dans les 24 heures suivant un accouchement à domicile et dès le retour après un accouchement dans un centre de santé. Durant cette visite prolongée, renseignez-vous sur la naissance, examinez la mère et le bébé pour détecter des signes de danger, administrez les soins du cordon, évaluez et soutenez la mise en place de l'allaitement et vérifiez les vaccinations ainsi que les activités de conseils de base du Manuel et du Livre d'histoires de la visite. Orientez tous les bébés nés à domicile vers un centre de santé. • Effectuez si possible deux visites de plus pendant la première semaine de vie, conformément au calendrier fourni par les autorités sanitaires (Visites 5b et 5c). Pendant cette visite plus brève, évaluez la mère et le bébé pour détecter l'apparition de signes de danger, administrez les soins du cordon, et évaluez l'allaitement si un problème a été signalé. 	
Préparation et matériel	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la visite 5, et Manuel du ménage • Poupée, vêtements, bonnet et chaussettes <p>Préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. • Organisez la salle pour la pratique par groupes ainsi qu'une démonstration en plénière. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Montrer comment effectuer la première visite à domicile après la naissance (Visite 5a) et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer.
- Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils
- Comprendre l'importance des trois visites à domicile au cours de la première semaine de vie et montrer comment effectuer les visites de suivi supplémentaires pour revoir les messages clés, examiner la mère et le bébé quant aux signes de danger et aider la mère à résoudre tout problème qu'elle aurait pu rencontrer.



Activité 1: Comprendre l'histoire

Travailler en groupes: Un facilitateur/assistant se trouvant à chaque table, distribuez les copies du Livre d'histoire 5. **Lisez** l'histoire au groupe, puis demandez aux participants d'identifier les pratiques positives et négatives. Utilisez le tableau ci-dessous comme liste de contrôle.

Module 2. Messages du Livre d'histoires 5

Messages de l'histoire positive	Messages de l'histoire négative
<p>Soins néonataux essentiels et allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesedi reçoit des conseils sur la façon d'allaiter son bébé. • Lesedi allaite exclusivement son bébé et le bébé est en bonne santé. • Elle se masse les seins de l'arrière vers l'avant pour favoriser la descente de lait. • Elle s'assure que le bébé est correctement attaché au sein. • Ne passe pas sans cesse d'un sein à l'autre pendant l'allaitement; vide un sein avant de passer à l'autre; commence par l'autre sein à la prochaine tétée. • Elle allaite exclusivement le bébé et ne donne aucun autre liquide au bébé. • Elle ne donne pas le biberon au bébé. • Elle l'allaité toutes les 2-3 heures. • Elle maintient le bébé éveillé pendant la tétée. • Elle parle et chante au bébé. • Elle masse la tête et les jambes du bébé. <p>Soins postnatals</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle contrôle la croissance du bébé. • Elle s'assure que le bébé est vacciné. • Elle donne du fer et de l'acide folique à Lesedi. • Elle s'assure que le bébé dort sous une moustiquaire avec sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> • Madupe n'a pas confiance en son allaitement. • Elle ne sait pas comment stimuler ses seins pour que le lait sorte. • Elle donne du lait de chèvre au bébé. • Elle ne se lave pas les mains. • Elle nourrit le bébé avec un biberon. Les tétines du biberon ne sont pas stériles (elles ne sont pas assez propres, même si Madupe lave le biberon). • Elle ne remarque pas que le bébé a de la fièvre et qu'il a une respiration difficile. • Le bébé est dans un environnement qui n'est pas propre. • Elle donne de l'eau au bébé. • Madupe et sa mère attendent trop longtemps avant de chercher de l'aide pour le bébé. • Le bébé reste nu: le bébé n'est pas au chaud.



Activité 1: Donner les informations pertinentes - Visite 5a – La 1^{re} après la naissance

Passez en revue la visite, dans le *Manuel* ou procédez à la démonstration.

SEQUENCE DE LA VISITE 5A (PREMIERE VISITE À DOMICILE APRES L'ACCOUCHEMENT)

Avant de commencer:

Saluez la famille. Expliquez l'objectif de la visite. Assurez-vous que toutes les personnes de soutien identifiées sont présentes.

Identifiez et répondez à toutes difficultés:

Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle. Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire. (*Procédez directement aux examens si la mère ne soulève aucun problème dans l'immédiat*).

Étapes de l'évaluation:

- Évaluer la mère (révision de la Session 7):
 - Comprenez l'histoire de l'accouchement: où, qui était présent, que s'est-il passé (des complications, déchirures, saignements).
 - Comment vous sentez-vous maintenant?
 - Renseignez-vous sur les saignements, la fièvre, les douleurs abdominales, la fatigue, les problèmes de sein.
- Évaluer le nouveau-né (révision de la Session 8):
 - **Demandez à la mère:** Comment se porte le bébé, les progrès en termes d'alimentation, les mouvements et les pleurs, tous signes de danger.
 - **Examinez le bébé:** Mouvement et pleurs, respiration, température et couleur de la peau, recherche de pustules, examen des yeux, examen du cordon ombilical.
 - **Poids du bébé (facultatif)**
- Nettoyer le cordon ombilical avec une solution de Chlorhexidine (si cela est approuvé)

Le processus de conseil de la ttC:

Étape 1: Revoir la rencontre précédente. Passez en revue les pages du manuel du ménage de la visite précédente (Visite 4) Passez en revue tous les comportements négociés concernant l'accouchement et déterminez s'ils ont été respectés.

Étape 2: Présenter le problème et y réfléchir: Histoire problématique: "Soins néonataux essentiels et allaitement". Racontez l'histoire et posez les questions directrices

Étape 3: Présenter les informations: L'histoire positive: "Soins néonataux essentiels et allaitement". Racontez l'histoire et posez les questions directrices. Présentez l'histoire positive et réfléchissez-y. "Soins postnatals" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3b: Présenter les informations techniques: "**Problèmes d'allaitement**" et "**Signes de danger de la naissance à 1 mois**".

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage.

N'oubliez pas les questions "aller jusqu'à la cause profonde" (qu'est-ce qui rend cela difficile? Pourquoi est-ce le cas?)

N'oubliez pas 'les questions visant à trouver une solution (qu'est-ce qui pourrait rendre cela plus facile, comment pouvons-nous aider pour s'assurer que cela se produit?)

Étapes 5: Actions du ASC

- Observez si possible la mère allaitant son bébé et fournissez une assistance si nécessaire.
- Encouragez l'allaitement exclusif.
- Assurez-vous que le bébé a reçu ses premiers vaccins.
- Orientez tous les bébés nés à domicile vers un centre de santé.

Consignez les résultats de la réunion: Complétez le *Registre de COC/ttC* pour cette visite (*nous le ferons à la fin*).

Concluez la visite: Décidez avec la famille quand vous rendez de nouveau visite dans les prochains jours (Visites 5b et 5c). Remerciez la famille.

Si les participants ont lu cela, alors le facilitateur doit diriger la séquence de la visite complète en plénière avec des volontaires jouant les rôles de la mère, du père, de l'accompagnant(e) à la naissance (AT ou autre). Un deuxième facilitateur doit décrire les actions à mesure qu'elles se produisent, et les participants peuvent poser des questions ou interrompre la démonstration au besoin.



Activité 2: S'entraîner à la visite à domicile 5a en groupes

Travailler en groupes: Les participants doivent se répartir en groupes et s'entraîner à suivre la séquence de la visite, un assistant ou un facilitateur étant attribué à chaque groupe pour décrire les étapes. Cette visite est plus complexe, il sera donc préférable de s'entraîner en petits groupes plutôt qu'en plénière.



Activité 3: Donner les informations pertinentes: Effectuer les Visites 5b et 5c

Demandez: Pourquoi est-il important de rendre visite au ménage trois fois au cours de la semaine suivant la naissance du bébé?

Réviser les informations avec les ASC.



L'IMPORTANCE DES VISITES NEONATALES

Le premier mois de vie, appelé période néonatale, est la période la plus risquée dans la vie d'un individu. Sur 100 enfants nés vivants, 10 environ décèdent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans. Sur ces 10 décès, trois environ se produisent au cours du premier mois de vie, la période néonatale. **La plupart de ces décès néonataux se produisent au cours de la première semaine de vie.**

De nombreux nouveau-nés tombent malades au cours des premiers jours de leur vie à cause de complications liées à l'accouchement ou d'infections. Après la naissance, les nouveau-nés doivent s'adapter à une autre façon de s'alimenter, de respirer et de rester au chaud. Le premier jour de leur vie est particulièrement important, car ils peuvent facilement tomber malades. Il est important d'être plus vigilants que d'habitude pendant cette période cruciale, et trois visites sont nécessaires pour surveiller l'apparition de signes de danger, appliquer la solution de Chlorhexidine sur le cordon ombilical, et aider les mères à mettre en place l'allaitement.

Le ASC-COC/ttC doit effectuer deux autres visites pendant la première semaine de vie du bébé, non pas pour présenter de nouveaux messages, mais pour examiner la santé de la mère et du bébé, aider à

résoudre tout problème qu'ils pourraient rencontrer ou orienter la mère et le bébé vers le centre de santé si un signe de danger apparaît.

EXAMINEZ LA SEQUENCE DES VISITES 5B ET 5C DANS LE *MANUEL DU PARTICIPANT* (BREF RECAPITULATIF) OU LISEZ A VOIX HAUTE. SEQUENCE DES VISITES 5B ET 5C

Avant de commencer:

Saluez la famille. Expliquez l'objectif de la visite. Assurez-vous que les personnes identifiées sont présentes.

Étapes de l'évaluation

- **Évaluer la mère (révision de la Session 7)**
 - Comment vous sentez-vous maintenant?
 - Renseignez-vous sur les saignements, la fièvre, les douleurs abdominales, la fatigue, les problèmes de sein, comme auparavant.
- **Évaluer le nouveau-né (révision de la session 8)**
 - Demandez à la mère: Comment se porte le bébé, les progrès en termes d'alimentation, les mouvements et les pleurs, tous signes de danger.
 - Examinez le bébé: Mouvement et pleurs, respiration, température et couleur de la peau, recherche de pustules, examen des yeux, examen du cordon ombilical.
 - Poids du bébé (facultatif)
- **Nettoyez le cordon ombilical avec la solution de Chlorhexidine**
- **Étape 5: Actions du ASC:**
 - N'observez une tétée que si la mère signale des difficultés, ou a rencontré précédemment des difficultés.
 - Assurez-vous que le bébé a reçu ses premiers vaccins.
 - Assurez-vous que les bébés nés à domicile ont été emmenés au centre de santé pour un examen.
- **Consignez les résultats de la réunion:** Complétez le Registre de COC/ttC pour cette visite (nous le ferons à la fin).
- **Fin de la visite.**



Activité 4: Réaliser un jeu de rôle sur les visites de suivi

Travailler en groupes: Demandez aux petits groupes d'effectuer un jeu de rôle des visites 5b et 5c, en suivant les étapes de l'encadré ci-dessus, en examinant la mère et le bébé. Après la pratique, **demandez** à un groupe de présenter son jeu de rôle en plénière.



Résumez les principaux points de la session



- Au cours de la cinquième visite à domicile, dialoguez, négociez et encouragez les mères et les familles à allaiter exclusivement le bébé, à maintenir le bébé au chaud, à prévenir les infections chez le bébé grâce à de bonnes pratiques d'hygiène, à emmener le bébé au centre de santé pour y être vacciné et pour suivre sa croissance, à vérifier si la mère et le bébé présentent des signes de danger, et à emmener le bébé au centre de santé si l'un de ses signes apparaissait, et à déclarer la naissance du bébé.
- Au cours de la cinquième visite à domicile, vous raconterez trois histoires et poserez les questions directrices correspondantes:
 1. Histoire problématique: "Soins néonataux essentiels et allaitement"
 2. Histoire positive: "Soins néonataux essentiels et allaitement"
 3. Histoire positive: Soins postnatals
- Renforcez les messages avec deux sessions techniques:

1. Allaitement
2. Signes de danger: de la naissance à 1 mois (nouveau-né et mère)

VISITE 6: PREMIER MOIS



Session 13: Recherche de soins contre la fièvre et les maladies respiratoires aigües

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Le paludisme</p> <p>Activité 3: Donner les informations pertinentes: Les maladies respiratoires aigües</p> <p>Activité 4: Donner les informations pertinentes: Les signes de danger généraux</p> <p>Activité 5: Montrer le clip du DASC = PCIME - Signes de danger généraux</p> <p>Activité 6: Démonstration par un jeu de rôle: Évaluer l'enfant malade</p> <p>Activité 7: Donner les informations pertinentes: L'alimentation quand l'enfant est malade</p> <p>Activité 8: Démonstration: Suspender correctement une moustiquaire de lit (facultatif)</p>	 <p>Durée: 2h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre comment se transmet le paludisme, comment l'éviter en dormant sous une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide à longue durée, et conseiller sur la façon de suspendre correctement une moustiquaire de lit • Évaluer tout enfant souffrant de fièvre pour détecter des signes de danger et conseiller sur la recherche de soins • Comprendre le risque de pneumonie et autres infections respiratoires, reconnaître les signes de danger, et conseiller sur la prise en charge de l'enfant malade et la recherche de soins • Conseiller les mères à continuer d'allaiter pendant et après la maladie de l'enfant 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Si le bébé a de la fièvre, rendez-vous de toute urgence dans le centre de santé le plus proche dans les 24 heures. Surveillez l'apparition de signes de danger généraux liés à la fièvre: <ul style="list-style-type: none"> ○ incapable de téter ou de boire ○ vomit tout ○ convulsions ○ léthargique ou inconscient. • Emmenez de toute urgence l'enfant qui tousse au centre de santé s'il présente l'un de ces signes: <ul style="list-style-type: none"> ○ respiration rapide ou difficile ○ une respiration bruyante ou accompagnée de grognements ○ un enfoncement de la cage thoracique quand le nourrisson inspire ○ incapable de téter ou d'allaiter ○ vomit tout ○ léthargique ou inconscient ○ convulsions • Quand un nourrisson tousse ou a un rhume, pour éviter une pneumonie: enveloppez chaudement le bébé, nettoyez fréquemment le mucus de son nez, lavez-vous les mains au savon à chaque fois que vous tenez le bébé, laissez-le se reposer beaucoup 	



Préparation et matériel

- Assurez-vous que vous allaitez plus fréquemment et pendant plus longtemps durant la maladie afin que le bébé se rétablisse bien, à la fois pendant et après la maladie. Donnez plus à manger et à boire que d'habitude à un nourrisson de plus de 6 mois.
- Tous les nourrissons doivent dormir sous une moustiquaire imprégnée MILD toutes les nuits pour les protéger des piqûres de moustiques, de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, en toutes saisons.

Matériel

- Tableau de conférence, feuilles et marqueurs
 - Livre d'histoire pour la Visite 6 et Manuels du ménage
- Dans les régions où le paludisme est courant
- Une MILD, celle que l'on trouve le plus fréquemment dans la région
 - Matériel de suspension (crochets, clous, poteau - tout le nécessaire)
 - Photocopies des instructions fournies avec la moustiquaire de lit, une copie par ASC
 - Tables à utiliser comme lits pendant la démonstration

Préparation

- Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance.
- Préparez-vous à la démonstration de la suspension des moustiquaires de lit, tel que ci-dessus (dans les régions où le paludisme est courant).

Mise en contexte: Ne réalisez pas les activités liées au paludisme si vous ne travaillez pas dans une région impaludée. Dans ce cas, supprimez les objectifs se rapportant au paludisme.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre comment se transmet le paludisme, comment l'éviter en dormant sous une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide à longue durée, et conseiller sur la façon de suspendre correctement une moustiquaire de lit
- Évaluer tout enfant souffrant de fièvre pour détecter des signes de danger et conseiller sur la recherche de soins
- Comprendre le risque de pneumonie et autres infections respiratoires, reconnaître les signes de danger, et conseiller sur la prise en charge de l'enfant malade et la recherche de soins
- Conseiller les mères à continuer d'allaiter pendant et après la maladie de l'enfant



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Avez-vous déjà eu le paludisme? Est-ce que vos enfants ont déjà eu le paludisme?

Demandez: Comment décririez-vous les symptômes? Comment le paludisme a-t-il été traité?

Demandez: Savez-vous comment se transmet le paludisme (comment vous attrapez le paludisme)?



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Le paludisme

Passer en revue les informations ci-dessous dans leur *Manuel du participant* et **répondez** à toute question.



INFORMATIONS SUR LE PALUDISME

- Le paludisme se transmet par les piqûres de moustiques. Dormir sous une moustiquaire de lit **imprégnée d'insecticide-MILD** est le meilleur moyen de prévenir les piqûres de moustiques.
- Même les jeunes bébés sont vulnérables au paludisme et il n'existe pas de vaccin. Par ailleurs, l'allaitement ne les protège pas complètement. Partout où le paludisme est répandu, les enfants sont en danger. Les jeunes enfants ne disposent pas d'une immunité suffisante contre le paludisme, ils risquent donc de contracter un paludisme grave et d'en mourir dans les 24 heures.
- Un enfant ayant de la fièvre doit être immédiatement examiné par un agent de santé formé et si le paludisme est diagnostiqué, l'enfant doit bénéficier d'un traitement antipaludique dès que possible - normalement dans les 24 heures.
- Un enfant de moins de six mois souffrant du paludisme a besoin de consommer une quantité importante de lait maternel. Les enfants de plus de six mois ont besoin de consommer une quantité importante de liquide et de nourriture.



Activité 3: Donner les informations pertinentes: Maladie respiratoire aigüe

Demandez: Qu'est-ce qu'une pneumonie/IRA? Pourquoi est-ce dangereux?



MALADIE RESPIRATOIRE AIGÛE

- Une toux ou un rhume n'est généralement pas le signe d'un problème sérieux. Les enfants en sont régulièrement atteints et si on les soigne bien à domicile, cela ne dégénère pas en quelque chose de plus sérieux.
- Une toux peut parfois se transformer en infection pulmonaire sérieuse. Un nourrisson ou un enfant qui respire rapidement ou avec difficulté peut souffrir d'une pneumonie, une infection pulmonaire dans laquelle les poumons se remplissent de liquide et le bébé ne peut plus respirer. La pneumonie est une maladie mortelle nécessitant un traitement immédiat au centre de santé.
- De nombreux enfants décèdent à domicile des suites d'une pneumonie car leurs aidants ne réalisent pas la gravité de la maladie et la nécessité d'une prise en charge médicale immédiate.
- Les familles peuvent contribuer à **prévenir** la pneumonie en s'assurant que les bébés sont exclusivement allaités pendant les six premiers mois de leur vie et que tous les enfants sont bien nourris et totalement vaccinés.

- **Risque de tuberculose:** Un enfant souffrant d'une toux sévère nécessite également une attention médicale immédiate. L'enfant peut être atteint de la tuberculose, un autre type d'infection des poumons. Tout enfant vivant dans un foyer où vit un adulte atteint de tuberculose, ou qui souffre d'une toux persistante pendant plus de 2 semaines doit être orienté vers un centre de santé.
- **Risque des poêles à bois:** Les enfants et les femmes enceintes sont particulièrement susceptibles de souffrir de pneumonie lorsqu'ils sont exposés à la fumée du tabac ou des feux de cuisson.
- Soins d'un enfant atteint de toux pour prévenir une pneumonie:
 - Enveloppez chaudement le bébé.
 - Nettoyez fréquemment le mucus de son nez.
 - Lavez-vous les mains au savon à chaque fois que vous tenez le bébé.
 - Allaitez fréquemment et plus que d'habitude.
 - Donnez-lui plus à manger et à boire que d'habitude.
 - Laissez-le se reposer beaucoup.



Activité 4: Donner les informations pertinentes: Signes de danger généraux

Demandez: Quels sont les signes de danger les plus graves chez les enfants?

Demandez: L'un de vos enfant a-t-il déjà présenté ces signes de danger? Qu'avez-vous fait? Que s'est-il passé?

Notez les signes de danger qu'ils identifient sur un tableau de conférence, revenez-y après la discussion et soulignez/entourez ceux qui entraînent les conséquences les plus graves (signes de danger généraux et signes de pneumonie sévère).

Distribuez la session technique du Livre d'histoires 6 sur les signes de danger chez les enfants. Demandez-leur de suivre les informations dans le *Manuel du participant* et identifiez les signes dans le livre d'histoires.



SIGNES DE DANGER GENERAUX

Les symptômes les plus courants de maladie chez les enfants âgés de 2 à 59 mois sont:

- la diarrhée - selles liquides trois fois par jour ou plus
- la fièvre - température corporelle plus élevée que d'habitude
- la toux - signe d'une infection de la gorge ou pulmonaire ou d'un rhume.

Ces signes ne nécessitent pas tous *un traitement urgent*. Mais il existe certains signes de danger qui, s'ils sont observés chez un enfant âgé de 2 à 59 mois, sans autre symptôme ou en combinaison avec la diarrhée, la fièvre ou la toux, indique que l'enfant **est gravement malade et nécessite des soins médicaux urgents**. Si l'enfant présente l'un de ces signes, il pourrait ne pas pouvoir prendre de médicaments à domicile et pourrait décéder s'il n'est pas rapidement examiné.

Signes de danger généraux (soins médicaux urgents)

- L'enfant n'arrive pas à téter, ou à manger ou boire.
- L'enfant a des vomissements persistants, il vomit tout.
- L'enfant a des attaques (crises).
- L'enfant est anormalement somnolent ou inconscient.

Les signes de danger (nécessitent une orientation)

- L'enfant a de la fièvre.
- L'enfant a une respiration rapide ou difficile et/ou la cage thoracique se creuse lorsqu'il inspire.
- L'enfant a une toux accompagnée d'un enfoncement de la cage thoracique.
- L'enfant a trois selles liquides ou plus par jour.
- Du sang est présent dans les selles de l'enfant.
- L'enfant a du pus dans les yeux.
- L'enfant a du pus dans les oreilles.
- L'enfant a les deux pieds enflés.
- L'enfant a des cloques/éruptions sur le corps.



Activité 5: Montrer le clip du DASC: PCIME: Signes de danger généraux - UNICEF/OMS

S'ils sont disponibles dans votre pays, montrez les clips vidéo incluant les éléments suivants:

- signes de danger généraux chez les enfants âgés de 2 à 59 mois
- enfoncement de la cage thoracique
- respiration rapide ou bruyante



Activité 6: Démonstration par un jeu de rôle: Évaluer l'enfant malade

Faites la démonstration avec des volontaires tandis qu'un deuxième facilitateur décrit le processus à mesure que le jeu de rôle progresse.



ÉVALUER L'ENFANT MALADE AGE DE 2 A 59 MOIS

Demandez: L'ENFANT PEUT-IL BOIRE OU TÉTER?

L'enfant ne peut pas téter ni avaler quand on lui propose une boisson (eau propre) ou du lait maternel. Si la mère dit que l'enfant ne peut pas boire ou téter, demandez-lui de décrire ce qui se passe quand on donne quelque chose à boire à l'enfant. Si vous n'êtes pas sûr de la réponse, demandez-lui de proposer une boisson ou du lait maternel à l'enfant. Observez pour voir si l'enfant avale l'eau ou le lait maternel.

Demandez: EST-CE QUE L'ENFANT VOMIT TOUT?

L'enfant ne peut pas retenir ce qu'il/elle a mangé ou bu. Pour ce signe, ce qui entre dans la bouche de l'enfant doit ressortir à chaque fois de la bouche de l'enfant; si l'enfant peut retenir une partie de ce qu'il ingère, ce signe est absent. En cas de doute, proposez à l'enfant une boisson et observez ce qui se passe. Si l'enfant vomit tout immédiatement, alors ce signe est présent. Si l'enfant ne vomit pas tout immédiatement, alors ce signe est absent.

Demandez: L'ENFANT A-T-IL SOUFFERT D'ATTAQUES OU DE CONVULSIONS?

Pendant une convulsion, l'enfant est pris de tremblement sur l'ensemble du corps. Les bras et les jambes de l'enfant se raidissent car les muscles se contractent, et il peut perdre connaissance ou ne pas pouvoir répondre à la voix de sa mère. Quand vous posez la question à la mère, utilisez des mots que la mère comprend, comme "crises" ou "spasmes".

Observez: POUR VOIR SI L'ENFANT EST TRÈS SOMNOLENT OU INCONSCIENT?

L'enfant n'est pas éveillé et vif alors qu'il/elle devrait l'être, il/elle est somnolent(e) et n'accorde aucune attention à ce que se passe autour de lui/elle. L'enfant peut regarder dans le vide ou n'avoir aucune expression sur le visage, semblant ne rien remarquer de ce qui se passe autour de lui/elle. Un enfant inconscient ne peut pas être réveillé. Il/elle ne réagit pas quand on le/la touche, le/la secoue ou qu'on lui parle.

Demandez à la mère si l'enfant semble anormalement endormi ou si elle n'arrive pas réveiller l'enfant. Observez pour voir si l'enfant s'éveille quand on lui parle. Secouez doucement l'enfant ou tapez dans les mains à côté de lui.

Si l'enfant présente l'un de ces signes, orientez-le immédiatement vers un centre de santé. Voir la Session 19 sur l'orientation.



Activité 7: Donner les informations pertinentes: L'alimentation quand l'enfant est malade

Demandez: Comment la maladie affecte-t-elle l'allaitement d'un jeune enfant? Tête-t-il plus ou moins que d'habitude? Que devraient-ils faire? Quelles sont les croyances des communautés sur l'allaitement des enfants quand ils sont malades?

Demandez à un ou deux volontaires de faire part d'exemples issus de leur propre expérience de prise en charge de leur enfant malade. Comment l'enfant mangeait-il, comment l'ont-ils encouragé à manger et boire plus que d'habitude?



L'ALIMENTATION QUAND L'ENFANT EST MALADE

Un enfant de moins de six mois souffrant ou se remettant d'une maladie quelconque, en particulier lorsqu'elle s'accompagne de fièvre, a besoin d'une quantité importante de lait maternel. Les enfants de plus de six mois ont besoin d'une quantité importante de liquide et de nourriture.

Les enfants de moins de 6 mois

L'enfant malade pourrait ne pas téter aussi longtemps que d'habitude, ou montrer des signes de faim inhabituels. Il est donc important que vous l'allaitiez autant que possible. S'il allaite pendant une courte période de temps, proposez-lui la tétée plus souvent que d'habitude.

Les enfants de plus de 6 mois

A l'âge de 6 mois, les nourrissons ont commencé à consommer des aliments solides et d'autres boissons. Mais quand ils sont malades, ils pourraient être moins enclins à manger des aliments solides. Les mères doivent allaiter autant que possible, puis après les tétées, encourager l'enfant à manger de petits encas ou des aliments liquides mous. Donnez de petites quantités fréquemment plutôt qu'un repas copieux si cela est plus facile.



Activité 8: Démonstration: Suspendre correctement d'une moustiquaire de lit (facultatif)


1. **Faites la démonstration** d'une suspension correcte d'une moustiquaire de lit, en utilisant un exemplaire local d'une MILD approuvée, de la ficelle, des crochets ou des clous pour attacher la moustiquaire aux murs ou au plafond. Organisez les tables qui feront office de lits. Assurez-vous d'avoir obtenu l'autorisation du lieu de formation pour installer des moustiquaires, ou faites la démonstration sans visser les crochets.
2. **Distribuez** les instructions photocopiées aux ASC. **Suivez** les étapes de la démonstration afin de montrer comment suspendre correctement la moustiquaire de lit. **Soulignez** le fait qu'il est important de suspendre correctement la moustiquaire afin de s'assurer qu'il n'y a aucun espace, ni trou ou déchirure permettant aux moustiques d'entrer.
3. **Donnez** aux ASC-COC/ttC l'occasion de s'entraîner à suspendre la moustiquaire.



Résumez les principaux points de la session

- Les jeunes enfants courent un risque de contracter une forme grave du paludisme et de décéder dans les 24 heures. Le meilleur moyen de prévenir le paludisme est de dormir sous une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide longue durée. Les moustiquaires doivent être correctement suspendues et contrôlées afin de vérifier l'absence de déchirure pour empêcher les moustiques d'y pénétrer.
- Un enfant souffrant de fièvre doit être emmené dans un centre de santé ou auprès d'un agent de santé formé dans les 24 heures.
- Les toux et les rhumes sont habituels chez les enfants et ne posent généralement pas de problème. Parfois une toux peut entraîner un problème sérieux, appelé pneumonie. C'est une maladie mortelle nécessitant un traitement immédiat dans un centre de santé, comme la tuberculose qui nécessite aussi des soins immédiats.
- La mère doit continuer à allaiter l'enfant pendant la maladie et augmenter l'allaitement après la maladie.

Session 14: Soins de routine pour l'enfant d'un mois: Services, déclaration de la naissance et jeu

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Suivi de la croissance</p> <p>Activité 3: Renforcer les informations: Suivi de la croissance</p> <p>Activité 4: Vaccinations et maladies à prévention vaccinale</p> <p>Activité 5: Conceptions erronées courantes sur les vaccinations</p> <p>Activité 6: Renforcer les informations: Calendrier de vaccination</p> <p>Activité 7: Donner les informations pertinentes: Planification familiale</p> <p>Activité 8: Jeu et communication de 1 à 6 mois</p> <p>Activité 9: Donner les informations pertinentes: Déclaration de la naissance</p> <p>Activité 10: Obstacles et facteurs favorables: GMP, vaccins et planification familiale</p>	 <p>Durée: 2h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les raisons du suivi régulier de la croissance des jeunes enfants, et interpréter correctement une courbe de suivi de la croissance • Conseiller aux familles d'emmener les enfants bénéficier du programme complet de vaccinations et consulter le carnet de santé de l'enfant afin de vérifier qu'il a reçu tous les vaccins (ASC-COC/ttC sachant lire et écrire) • Avoir les connaissances basiques sur les maladies que les vaccins préviennent et sur le calendrier de vaccination. 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants doivent se voir administrer cinq séries de vaccinations, à la naissance; à l'âge de 6 semaines; de 10 semaines; de 14 semaines et de 9 mois. • S'assurer que tous les enfants ont des dossiers de vaccination complets, qu'ils se rendent au centre de santé au moment voulu et qu'ils conservent les carnets de vaccination dans un lieu sûr et sec. • La croissance des enfants doit être régulièrement contrôlée. Le poids et la croissance doivent être mesurés tous les mois dans votre centre de santé local. • Les mères doivent utiliser des méthodes de planification familiale pour éviter les grossesses non désirées et pratiquer une Planification et un espacement idéal des grossesses pour la santé. 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la Visite 6 et Manuels du ménage • Exemples de carnets de suivi de la croissance <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance. • Demandez aux participants d'apporter les carnets de suivi de la croissance de leur(s) enfant(s). 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre les raisons du suivi régulier de la croissance des jeunes enfants, et interpréter correctement une courbe de suivi de la croissance
- Conseiller aux familles d'emmener les enfants bénéficier du programme complet de vaccinations et consulter le carnet de santé de l'enfant afin de vérifier qu'il a reçu tous les vaccins (ASC-COC/ttC sachant lire et écrire)
- Avoir les connaissances basiques sur les maladies que les vaccins préviennent et sur le calendrier de vaccination.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: *Combien de fois avez-vous emmené vos enfants se faire vacciner? Quels vaccins ont-ils reçus et pour quelles maladies? Pourquoi est-il important de se faire vacciner? Que se passerait-il si vous ne vacciniez pas votre enfant?*

Avez-vous emmené vos propres enfants se faire peser et mesurer régulièrement? Pourquoi pensez-vous qu'il est important de peser régulièrement l'enfant? Que se passe-t-il si un enfant ne grandit pas bien?



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Suivi de la croissance

Expliquez ou lisez à voix haute:



LE SUIVI DE LA CROISSANCE

- Un jeune enfant devrait bien grandir et prendre rapidement du poids. De la naissance à l'âge de deux ans, les enfants doivent être pesés tous les mois. Si un enfant n'a pas pris de poids pendant deux mois environ, c'est que quelque chose ne va pas.
- Si un enfant ne prend pas de poids pendant deux mois, il ou elle a peut-être besoin de repas plus fréquents ou d'aliments plus nutritifs, il ou elle peut être malade ou nécessiter davantage d'attention et de soins. Les parents et les agents de santé doivent réagir rapidement afin de découvrir la cause du problème.
- Chaque jeune enfant devrait disposer d'une courbe de croissance. Le poids de l'enfant est indiqué par un point sur la courbe de croissance à chaque fois qu'il ou elle est pesé(e), et les points doivent être reliés entre eux après chaque pesée. Cela permettra de tracer une courbe indiquant si l'enfant grandit bien ou non. Si la courbe est ascendante, l'enfant va bien. Une courbe horizontale ou descendante indique la présence d'un sujet de préoccupation.



Activité 3: Renforcer les informations: Le suivi de la croissance

Tracez une courbe de croissance sur le tableau de conférence ou le tableau noir avec des exemples de différents types de courbes correspondant à un enfant prenant du poids, maintenant son poids ou perdant du poids au fil du temps.

- **Soulignez** le fait que sur une courbe normale, le poids d'un enfant est compris dans la fourchette moyenne à supérieure. Si le poids se situe au-dessous de la courbe inférieure, il faut immédiatement s'inquiéter.
- **Soulignez** le fait que si une courbe est horizontale ou descendante, c'est que quelque chose ne va pas et le personnel soignant recommandera une action immédiate afin que l'enfant puisse reprendre du poids.

Les participants ayant les courbes de croissance de leurs propres enfants peuvent être invités à les montrer au groupe ou à dessiner la courbe de croissance de leur enfant sur le tableau de conférence. Les participants discutent pour déterminer si la courbe indique une croissance saine ou non. Si une courbe est plate ou descendante, le ASC-COC/ttC doit demander ce qu'il s'est passé et ce qui a été fait pour améliorer la croissance de l'enfant.

Activité 4: Donner les informations pertinentes: Vaccinations et maladies à prévention vaccinale

Lisez ou expliquez les informations de l'encadré. **Répondez** aux questions que les ASC-COC/ttC pourraient poser.



INFORMATIONS SUR LES VACCINATIONS

- La vaccination est urgente. Tous les enfants doivent se voir administrer une série de vaccins au cours de leur première année de vie.
- La vaccination protège contre plusieurs maladies dangereuses, notamment la tuberculose, la polio, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole. Un enfant qui n'est pas vacciné est plus susceptible de souffrir d'une maladie, d'être atteint d'un handicap permanent ou de souffrir de malnutrition et probablement de décéder.
- Vacciner un enfant souffrant d'une maladie bénigne, d'un handicap ou de malnutrition ne présente aucun danger.

Mise en contexte: Adaptez le tableau ci-dessous au calendrier de vaccinations du pays

Travailler par groupes de deux: Distribuez le Livre d'histoires 6 et passez en revue la session technique sur les maladies à prévention vaccinale, examinez les images des maladies que les vaccinations permettent d'éviter. **Demandez-leur** de s'entraîner en expliquant les informations comme s'ils conseillaient des familles.

Référez-vous au *Manuel du participant* et **examinez** le tableau de vaccinations ci-dessous. **Expliquez** qu'il n'est pas nécessaire de mémoriser quels vaccins sont administrés à quels moments, mais qu'il est important de savoir **quand** les vaccinations doivent être faites, afin qu'ils puissent rappeler aux mères de s'en occuper au bon moment.

- Quels vaccins ont déjà été administrés à la naissance? (Réponse BCG et VPO-0).
- Quand est prévue la prochaine série de vaccinations? (Réponse: à 6 semaines)
- Quelles actions devez-vous entreprendre pendant la Visite 6? (Conseillez aux familles d'emmener leurs enfants se faire vacciner à l'âge de 6 semaines - au centre de santé ou auprès d'un programme mobile/de proximité).

Vaccinations	Tous les pays	Certains pays
A la naissance	BCG Polio (VPO)	Hépatite B
6 semaines	DTP/Penta Polio	Hépatite B Hib VCP Rotavirus
10 semaines	DTP/Penta Polio	Hépatite B Hib VCP Rotavirus
14 semaines	DTP/Penta Polio	Hépatite B Hib VCP Rotavirus
9 mois	Rougeole	Fièvre jaune



Activité 5: Conceptions erronées courantes sur les vaccinations

Demandez: *Quelles croyances les familles entretiennent-elles dans vos communautés qui pourraient les empêcher de faire vacciner complètement leurs enfants?*

Discutez des façons dont les ASC-COC/ttC pourraient aider les familles à surmonter ces problèmes. Des exemples de croyances sur les vaccinations sont fournis ci-dessous; incluez aussi d'autres idées que les ASC-COC/ttC pourraient fournir.

Croyances erronées	Réponse de conseils
Aucune injection ne doit être administrée aux nourrissons au cours du premier mois.	Administrer le vaccin du BCG et celui de la polio à un nourrisson n'entraîne aucun effet nocif. Même les bébés prématurés peuvent être vaccinés. Retarder la vaccination n'est pas bénéfique pour les nourrissons. Retarder la vaccination peut être fatal.
Les nourrissons ayant de la fièvre ou un rhume ne doivent pas être vaccinés.	Vacciner conformément au conseil de l'agent de santé. Vacciner un enfant souffrant d'une maladie bénigne ne comporte généralement aucun risque.
Le nourrisson aura de la fièvre après avoir été vacciné.	Il est vrai que le nourrisson aura de la fièvre et sera agité pendant une journée après avoir été vacciné mais il n'y a pas de raison de s'inquiéter. Le corps du nourrisson doit être essuyé à l'aide d'un tissu trempé dans de l'eau tiède et la mère doit continuer à allaiter. Si le bébé a une forte fièvre, il doit alors être emmené au centre de santé.
Un seul vaccin peut être administré à la fois.	Les vaccins du BCG, DTP, de la polio et de la rougeole peuvent tous être administrés en même temps par le biais d'injections sur différentes parties du corps. Cela est particulièrement utile pour les familles vivant dans des villages reculés, et pour les enfants plus âgés n'ayant pas reçu les vaccins BCG ou DTP au cours de la première année.



Activité 6: Renforcer les informations: Calendrier de vaccination

Divisez les participants en petits groupes. **Demandez-leur** d'étudier les trois cas ci-dessous et de déterminer quels vaccins doivent être administrés, en fonction du calendrier fourni. Montrez chaque exemple en utilisant un exemplaire de carnet de santé local afin qu'ils puissent identifier les lacunes dans le calendrier de vaccination. Ensuite, **examinez** leurs réponses.

1er Cas:	Un nourrisson de 8 mois n'a reçu que le BCG. Réponse: Polio et DTP, et dans certains pays Hépatite B et Hib.
2è cas:	Un nourrisson de 10 mois a reçu le BCG, le DTP I et la Polio I. Réponse: Polio, DTP, et rougeole et dans certains pays hépatite B et Hib.
3è cas:	Un bébé de trois semaines n'a reçu aucune vaccination. Réponse: BCG et polio.



Activité 7: Donner les informations pertinentes: Planification familiale

Demandez aux participants de former deux lignes de chaque coté du facilitateur. Une ligne si l'on pense que c'est faux et l'autre si l'on pense que c'est vrai. **Expliquez** qu'il existe de nombreuses idées et croyances sur la planification familiale après la grossesse qui pourraient être inexactes. **Expliquez** que vous lirez une déclaration et qu'ils devront changer de ligne en fonction de leurs réponses. Avant de donner la bonne réponse, **demandez** à un volontaire d'expliquer son opinion.

Déclarations Vrai ou Faux.

Une femme ne peut pas tomber enceinte la semaine suivant son accouchement si elle reprend une activité sexuelle.	Faux
Après l'accouchement, une femme ne doit pas reprendre d'activité sexuelle avec son mari tant que le bébé n'a pas 6 mois.	Faux
Si une femme allaite exclusivement le bébé jusqu'à l'âge de 6 mois, elle ne peut pas tomber enceinte.	Faux
Une femme ne peut pas prendre de pilule contraceptive quand elle allaite car cela sera préjudiciable pour le bébé.	Faux
Si vous voulez avoir une famille nombreuse, il est préférable d'avoir des grossesses rapprochées car c'est mieux pour la santé de la mère que d'attendre.	Faux
Si les menstruations d'une femme ne sont pas réapparues, elle ne peut pas tomber enceinte.	Faux

Expliquez les réponses aux participants et répondez à toutes les questions qu'ils pourraient poser.





PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA PERIODE DU POSTPARTUM

- Il est généralement conseillé aux femmes de reprendre une activité sexuelle après la période du postpartum de 6 semaines, en particulier si elle a subi une déchirure et si la plaie est toujours en voie de guérison. Toutes les femmes doivent faire l'objet d'un examen postnatal, pour vérifier que la plaie se cicatrise bien (cela est généralement réalisé avant le 45^e jour suivant l'accouchement).
- Il est peu probable mais il est possible qu'une femme tombe enceinte *juste après* l'accouchement, si elle n'utilise pas de contraception. Elle peut tomber enceinte avant que son cycle menstruel normal ne reprenne. C'est pourquoi une planification familiale lui sera proposée immédiatement ou lors de la deuxième consultation postnatale.
- Les ASC-COC/ttC doivent conseiller aux mères d'adopter une méthode de planification familiale *dès que possible après l'accouchement* pour éviter de nouvelles grossesses tant que le bébé n'a pas atteint l'âge de deux ans. Cela permet d'éviter des problèmes de santé à la mère et à l'enfant, causés par un espacement trop rapproché des grossesses.



Activité 8: Donner les informations pertinentes: Conseiller la famille sur le jeu et la communication

Expliquez: La Visite 6 se produit à l'âge de 1 mois, et la visite suivante sera dans 5 mois seulement. C'est un moment crucial pour le *développement cérébral du bébé*. Plus l'aidant joue avec l'enfant et lui parle, plus le développement cérébral sera important. Au cours de cette phase, l'enfant commence à coordonner les mouvements de ses mains et de ses pieds, à se retourner et ramper, et commence à interagir et communiquer avec les aidants. Référez-vous aux points suivants dans le *Manuel du participant* et expliquez ce que peuvent faire les membres de la famille pour jouer et parler avec le bébé de l'âge de 1 mois à 6 mois.

Age du jeune nourrisson	Recommandations pour la famille
<p>De 1 à 6 mois</p> 	<p><i>Jouer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournissez à votre enfant des occasions de voir, entendre, sentir, bouger librement et vous toucher. • Bougez lentement des choses colorées afin que votre enfant les voit et essaie de les atteindre. • Exemples de jouets: un boulier de bébé, un anneau sur une ficelle. <p><i>Communiquer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Souriez et riez avec votre enfant. • Parlez à votre enfant. • Entamez une conversation en imitant les sons ou les gestes de votre enfant. 



Activité 9: Donner les informations pertinentes: Déclaration de la naissance

Demandez: Pourquoi est-il important de déclarer la naissance?

Animez une discussion avec les participants sur la déclaration des naissances. **Demandez** aux ASC-COC/ttC de décrire le processus de déclaration de la naissance d'un bébé dans leurs communautés.

Demandez-leur si la naissance de leurs propres enfants a été déclarée. **Demandez-leur** pourquoi la déclaration de la naissance est importante. Vous pouvez **dresser** une liste des avantages de la déclaration des naissances sur le tableau de conférence.

DECLARATION DE LA NAISSANCE

Déclarer la naissance d'un nouveau-né permettra à l'enfant de bénéficier des services sociaux auxquels il/elle a droit. La déclaration de la naissance indique que la vie de l'enfant est précieuse et que l'enfant mérite d'être comptabilisé.

Les ASC-COC/ttC doivent encourager les familles à déclarer la naissance de leur bébé, afin que ce dernier bénéficie de tous les services civils qu'une déclaration de la naissance rend possibles.

**Discussion: Accéder à l'enregistrement de la naissance**

- Où pouvons-nous enregistrer les bébés dans nos communautés?
- Quel ministère/direction est chargé de l'enregistrement des naissances, et quelles sont ses succursales dans votre région?
- A quoi ressemble un acte de naissance?
- Quelles sont les prestations auxquelles un enfant peut avoir droit dans vos communautés s'il a un acte de naissance? Des exemples sont des aides sociales, la sécurité sociale et des exigences d'inscription scolaire.
- Présentez au groupe un exemple d'acte de naissance du pays, ou un projetez un exemplaire sur l'écran. Montrez-leur où les informations clés figurent.

Activité I0: Obstacles et facteurs favorables aux pratiques recommandées

Travailler en groupes: Référez-vous à ce tableau dans leur Manuel et répartissez les participants en cinq groupes, chacun se voyant attribué une pratique négociée du tableau ci-dessous. Demandez-leur de débattre de leurs idées sur les obstacles, les facteurs favorables et les réponses de conseils; puis demandez-leur de présenter leur compte-rendu en plénière. Des idées/exemples sur la déclaration des naissances sont fournis afin d'aider à démarrer la discussion.

Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?	Facteurs favorables Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?	Réponse de conseils ou solution
Se rendre au centre de santé pour mettre à jour les vaccinations. L'importance des vaccinations; DTC et VPO à 6 semaines - risque de maladies à prévention vaccinale: polio, rougeole, diphtérie, coqueluche et pneumonie.			
Se rendre au centre de santé pour effectuer le suivi de la croissance de l'enfant.			
Planification familiale	<i>Connaissances et croyances Culture/normes sociales</i>		
Simulation et jeu avec le bébé de 1 à 6 mois			
Déclaration de la naissance	<i>Connaissance: Où enregistrer la naissance Accès: Centre d'enregistrement éloigné Culture: Les parents ont peur d'enregistrer le bébé pour des raisons</i>	<i>Savoir où et comment; Comprendre l'importance pour la famille et pour l'enfant</i>	<i>Conseiller sur l'accès et les bénéfices</i>




	<i>sociales/culturelles, par ex. les mères célibataires ou un enfant né hors mariage</i> <i>Financier: Si l'enregistrement du bébé n'est pas gratuit</i>	<i>Droits - savoir les avantages de l'enregistrement: aides sociales, inscription à l'école, etc.</i>	
--	---	---	--



Résumez les principaux points de la session

- Un jeune enfant devrait bien grandir et prendre rapidement du poids. De la naissance à l'âge de deux ans, les enfants doivent être pesés tous les mois. Si un enfant n'a pas pris de poids pendant deux mois environ, c'est que quelque chose ne va pas.
- La vaccination est urgente. Tous les enfants doivent se voir administrer une série de vaccins au cours de leur première année de vie. Les vaccinations protègent de plusieurs maladies dangereuses. Les enfants qui ne sont pas vaccinés sont susceptibles de souffrir d'une maladie grave et peut-être de décéder des suites de cette maladie.
- Les ASC-COC/ttC doivent conseiller aux familles d'emmener leurs enfants afin que leur croissance soit contrôlée et qu'ils soient vaccinés, au centre de santé ou dans un dispensaire mobile qui se rend dans la communauté, et d'enregistrer la naissance de l'enfant dès que possible.
- Toutes les femmes doivent utiliser des méthodes de planification familiale afin de prévenir les grossesses non désirées et assurer une planification et un espacement idéal des grossesses pour la santé

Session 15: Effectuer la Visite 6: Premier mois

Plan de la session	Activité 1: Comprendre l'histoire Activité 2: Donner les informations pertinentes: Visite 6 - Le premier mois Activité 3: S'entraîner à la Visite 6	 Durée: 1h20
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Montrer comment effectuer la visite d'un mois (visite 6) • Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils • Être prêts à effectuer la visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du ménage. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours de la visite du sixième mois, vous dialoguerez, négocierez et encouragerez les mères et les familles à reconnaître les signes de danger chez les enfants, à rechercher une prise en charge immédiate si nécessaire, et à emmener l'enfant au centre de santé pour le suivi de la croissance et les vaccinations de routine. • Au cours de la sixième visite à domicile, vous raconterez deux histoires et poserez les questions directrices correspondantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Histoire problématique: Recherche de soins contre la fièvre et les IRA, espacement des grossesses et services de santé de routine ○ Histoire positive: visites de routine au centre de santé, recherche de soins contre la fièvre et les IRA, espacement des grossesses et soins néonataux et maternels essentiels. • Renforcez les messages avec deux sessions techniques: Les signes de danger chez les enfants et les maladies à prévention vaccinale. 	
Préparation et matériel 	<i>Matériel</i> Tableau de conférence, feuilles et marqueurs Livre d'histoires pour la Visite 6 et Manuels du ménage <i>Préparation</i> Rassemblez tout le matériel de formation à l'avance.	

Introduire la session

Expliquez que l'objectif de cette session est d'aider les ASC-COC/ttC à maîtriser le processus de la Visite 6: le premier mois.

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Montrer comment effectuer la visite d'un mois (visite 6)
- Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils
- Effectuer la visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer.



Activité 1: Comprendre l'histoire

Travailler en groupes: Passez en revue le Livre d'histoires 6 et identifiez les pratiques positives et négatives en utilisant la liste de contrôle.

Module 2. Messages du livre d'histoires 6

Messages de l'histoire positive	Messages de l'histoire négative
<ul style="list-style-type: none"> Allaitement exclusif Dorment sous une moustiquaire de lit Ils comprennent les signes de danger chez un enfant (respiration difficile). Ils emmènent immédiatement le bébé au centre de santé. Mariana continue à allaiter quand l'enfant est malade. 	<ul style="list-style-type: none"> Meena et Peter ne dorment pas sous une moustiquaire de lit. Daniel et Meena ne comprennent pas qu'une fièvre chez un bébé nécessite des soins médicaux immédiats. Ils attendent trop longtemps pour l'emmener au centre de santé.



Activité 2: Donner les informations pertinentes: Visite 6 - Le premier mois

Examinez la séquence de la sixième visite à domicile avec les participants dans le *Manuel du participant* (bref récapitulatif). S'ils sont analphabètes, passez directement à la démonstration.

SEQUENCE DE LA VISITE 6

Avant de commencer: Saluez la famille. Expliquez l'objectif de la visite. Assurez-vous que toutes les personnes de soutien identifiées sont présentes.

Identifiez et répondez à toutes les difficultés: Demandez à la mère si elle présente des signes de danger, y compris une détresse émotionnelle. Effectuez une orientation si nécessaire. Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire.

Évaluez l'enfant: Vérifiez si le bébé présente des signes de danger, et orientez-le vers un centre de santé si un des signes de danger est présent.

Le processus de conseil de la ttC:

Étape 1: Revoir la rencontre précédente. Passez en revue les pages du manuel du ménage de la visite précédente (visite 5). Examinez les comportements négociés et félicitez la famille pour tout progrès. Renégociez si la famille rencontre toujours des difficultés.

Étape 2: Présenter le problème et y réfléchir: Histoire problématique: "Recherche de soins contre la fièvre et les IRA" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3a: Présenter les informations: L'histoire positive: "Visites de routine au centre de santé, recherche de soins contre la fièvre, les IRA, espacement des naissances" et "Soins néonataux et maternels essentiels" - Racontez l'histoire et posez les questions directrices.

Étape 3b: Présenter la session technique: Les signes de danger chez les enfants et les maladies à prévention vaccinale

Étape 4: Négocier les nouvelles actions en utilisant le Manuel du ménage.

Étape 5: Autres actions du ASC:

Observez la mère qui allaite le bébé et fournissez une assistance si nécessaire.

Interrogez la famille sur son choix de planification familiale.

Rappelez-leur la visite des 6 semaines au centre de santé pour le suivi de la croissance et les vaccinations. Rappelez-leur la visite des 10 et des 14 semaines au centre de santé pour le suivi de la croissance et les vaccinations.

Si la mère est séropositive, rappelez-lui le test de dépistage du VIH et le traitement au co-trimoxazole.

Consignez les résultats de la réunion: Complétez le *Registre de COC/ttC* pour cette visite (*nous le ferons à la fin*).

Concluez la visite: Déterminez avec la famille la date de la prochaine visite (à 6 mois). Remerciez la famille.



Activité 3: S'entraîner à la Visite 6

Demandez à 10 participants de présenter le jeu de rôle sur les conseils de la visite à domicile, en plénière.

Expliquez qu'ils devront se répartir les étapes de la séquence des conseils entre eux. Le premier volontaire jouera la première étape, le deuxième jouera la deuxième étape, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la séquence complète de la première visite à domicile ait été complétée.

Demandez aux observateurs de prendre note de ce qui est bien fait au cours du jeu de rôle et de ce qui devrait être amélioré, en utilisant le **guide des compétences en Conseils** comme référence, disponible à la dernière page du manuel du ASC.





Résumez les principaux points de la session

- Au cours de la visite du sixième mois, vous dialoguez, négociez et encouragez les mères et les familles à reconnaître les signes de danger chez les enfants, à rechercher une prise en charge immédiate si nécessaire, et à emmener l'enfant au centre de santé pour le suivi de la croissance et les vaccinations de routine.
- Au cours de la sixième visite à domicile, vous raconterez deux histoires et poserez les questions directrices correspondantes:
 - Histoire problématique: Recherche de soins contre la fièvre et les IRA, espacement des grossesses et services de santé de routine
 - Histoire positive: Recherche de soins contre la fièvre et les IRA, espacement des grossesse et services de santé de routine
 - Histoire positive: Soins postnatals
- Renforcez les messages avec deux sessions techniques:
 - Les signes de danger chez les enfants
 - Les maladies à prévention vaccinale
- N'oubliez pas que la manière dont vous interagissez avec une femme enceinte et sa famille affectera la mesure dans laquelle elle se sentira détendue et en confiance et si elle décidera de suivre vos conseils ou non.

SUIVI ET ORIENTATION DES NOUVEAU-NES ET DE LA MERE EN PERIODE DE POSTPARTUM

Session 16: Les nourrissons nés de mères séropositives

Plan de la session	<p>Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2: Donner les informations pertinentes: Dépistage du VIH chez le nourrisson exposé au VIH</p> <p>Activité 3: Donner les informations pertinentes: Allaitement pour la mère séropositive</p> <p>Activité 4: Traitement ART du nourrisson séropositif et de la mère allaitante</p> <p>Activité 5: Démonstration et pratique: Conseiller la mère séropositive</p> <p>Activité 6: Obstacles aux pratiques recommandées</p>	 <p>Durée: 1h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre et conseiller les familles sur l'importance d'un dépistage immédiat du VIH pour le nourrisson exposé au VIH • Conseiller la famille du nourrisson séropositif sur l'allaitement, les soins de routine et la surveillance des signes de danger • Conseiller la famille sur le suivi d'un traitement préventif au co-trimoxazole afin de prévenir les infections chez le nourrisson exposé au VIH. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est très important de savoir dès que possible si le bébé est séropositif ou non afin qu'il puisse bénéficier des médicaments et soins adaptés. • Les nourrissons séropositifs doivent commencer un traitement à vie contre le VIH (ART) dès qu'ils sont diagnostiqués, et être soutenus pour continuer à prendre les médicaments afin d'éviter qu'ils ne tombent malades. • Les nourrissons séropositifs doivent bénéficier d'un traitement préventif au co-trimoxazole dès que possible après la naissance en attendant les résultats du test VIH. • Lorsqu'une mère est séropositive, il est encore plus important qu'elle allaite exclusivement son bébé jusqu'à l'âge de six mois. • Les nouveau-nés et les petits nourrissons qui ont été exposés au VIH ou sont devenus séropositifs après l'accouchement réagissent très bien au traitement; et s'ils se voient administrer des ARV correctement, ils mèneront une vie productive, saine et potentiellement longue. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Comprendre et conseiller les familles sur l'importance d'un dépistage immédiat du VIH pour le nourrisson exposé au VIH
- Conseiller la famille du nourrisson séropositif sur l'allaitement, les soins de routine et la surveillance des signes de danger
- Conseiller la famille sur le suivi d'un traitement préventif au co-trimoxazole afin de prévenir les infections chez le nourrisson exposé au VIH.



Activité 1: Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez: Combien de temps après l'accouchement la mère séropositive devrait-elle faire passer un test de dépistage du VIH au bébé?

Demandez: Combien de temps s'écoule avant que les familles dans votre communauté organisent généralement le dépistage du VIH chez l'enfant?



Activité 2: Dépistage du VIH chez le nourrisson exposé au VIH

Lisez à voix haute ou discutez des points suivants, et répondez à toutes les questions.



BEBES NES DE MERES SEROPOSITIVES

- Il est recommandé d'administrer un test de dépistage du VIH au bébé exposé au VIH dès que possible après l'accouchement, au moins avant qu'il/elle n'ait atteint l'âge de 6 semaines. Si ce test est disponible, il est très important de savoir dès que possible si le bébé est séropositif ou non afin qu'il puisse recevoir les médicaments et les soins.
- Si le statut VIH du bébé est positif, ou encore inconnu, le bébé exposé au VIH doit commencer à prendre un médicament appelé **co-trimoxazole** quand il/elle a atteint l'âge de 6 semaines. Cela favorisera la prévention des infections.
- Les mères séropositives doivent recevoir suivre un traitement spécial appelé ART et continuer à prendre ces médicaments.
- Les mères séropositives sont aussi susceptibles d'être atteintes d'une tuberculose active, ce qui peut exposer le jeune nourrisson (de la naissance à l'âge de 6 mois) à la tuberculose. La tuberculose peut être transmise au nourrisson lors de l'allaitement et par le biais d'un contact étroit direct avec la mère. Si la mère présente des symptômes ressemblant à ceux de la tuberculose comme des sueurs nocturnes, une toux persistante et une perte de poids, alors la mère et le bébé doivent être examinés au centre de santé.



Activité 3: Donner les informations pertinentes: Allaitement pour la mère séropositive

Mise en contexte: Si vous travaillez dans une région où les mères séropositives peuvent préparer correctement du lait maternisé commercial avec de l'eau purifiée (AFADS), alors cette recommandation peut être donnée à ces mères, à la place de l'allaitement. Dans la plupart des contextes, la préparation régulière, correcte et propre du lait maternisé ne peut être garantie, c'est pourquoi l'allaitement exclusif est la recommandation acceptée.

Expliquez que les mères séropositives doivent prendre les meilleures décisions en termes d'alimentation de leurs bébés. Dans la plupart des cas, la mère séropositive allaitera son bébé, à moins qu'elle ne bénéficie d'un accès fiable à un substitut au lait maternel et des conditions pour préparer correctement le lait maternisé avec de l'eau propre. L'allaitement est la meilleure option pour la mère et le bébé. **Passez en revue** les recommandations pour la mère séropositive ci-dessous et **répondez** à toutes questions éventuelles.



ALLAITEMENT POUR LA MÈRE SÉROPOSITIVE

- Lorsqu'une mère est séropositive, il est **encore plus important qu'elle allaite exclusivement** son bébé jusqu'à l'âge de six mois. Si la mère donne au bébé un autre aliment ou une autre boisson, le risque que le bébé contracte le VIH par le lait maternel **augmente** au lieu de diminuer.
- La mère devrait aussi continuer à prendre les médicaments (ARV) qui lui ont été remis, pour elle-même ou pour son nourrisson, pendant une semaine au moins après avoir arrêté d'allaiter. Si la mère suit un traitement ART, elle peut alors continuer à allaiter le bébé jusqu'à ce qu'il ait 2 ans.



Activité 4: Traitement ART du nourrisson et de la mère allaitante séropositifs

Demandez: Pourquoi commence-t-on à donner à un bébé séropositif des médicaments contre le VIH (ART)? Est-ce généralement le cas dans vos communautés? Pourquoi ou pourquoi pas?



LE TRAITEMENT CONTRE LE VIH POUR L'ENFANT SÉROPOSITIF

- Un enfant diagnostiqué séropositif doit commencer à suivre un traitement ART dès que possible. Les enfants séropositifs tendent à très bien réagir au traitement ART et ce traitement n'a que peu d'effets secondaires.
- Il est important de commencer le traitement ART dès que possible, car cela ralentira les dommages sur le système immunitaire et aidera les enfants à rester en bonne santé plus longtemps, tout en luttant contre les infections opportunistes qui peuvent causer des maladies chez les bébés qui ne sont pas traités.
- Le traitement ART pour les nourrissons étant initié à un très jeune âge et devant probablement durer à vie, les préoccupations liées à l'observance et à la toxicité ou aux effets secondaires sont particulièrement importantes. Les parents doivent immédiatement orienter un nourrisson qui présente des signes de danger.
- On peut aussi donner le traitement au co-trimoxazole à un nourrisson séropositif à domicile, ce qui contribue à prévenir les infections et à garder le bébé en bonne santé.
- Les mères qui allaitent doivent continuer à prendre les médicaments de l'ART pendant toute la période de l'allaitement et, dans l'idéal, considérer ce traitement comme un traitement à vie.



Activité 5: Démonstration et pratique: Conseiller la mère séropositive

Dirigez deux démonstrations dans lesquelles vous conseillerez une famille sur les soins d'une mère séropositive, et une famille qui a un nourrisson séropositif, avec les informations de l'encadré ci-dessous.

POINTS DE CONSEILS POUR LA MÈRE SÉROPOSITIVE

- **Dépistage du VIH:** Tous les enfants nés d'un parent séropositif doivent passer un test de dépistage du VIH. Cela doit être réalisé dès que possible après la naissance. Assurez-vous lors de la Visite 6 que le test de dépistage a été effectué.
- **Traitement au co-trimoxazole:** Assurez-vous que l'enfant suit un traitement préventif au co-trimoxazole.

CONSEILLER L'ENFANT SÉROPOSITIF

- **Identifiez un soutien communautaire supplémentaire:** Les membres de la famille doivent demander des directives sur l'observance et des conseils spécialisés pour la prise en charge des enfants séropositifs par le biais des programmes du centre de santé ou communautaires, afin de

s'assurer que la famille est informée de toutes les activités au sein de vos communautés pouvant la soutenir.

- **Soins de suivi de routine pour la mère et l'enfant:** La mère et l'enfant séropositifs devront se rendre plus régulièrement au centre de santé pour des soins, un suivi de la croissance et des examens.
- **Prévention et sensibilisation aux maladies:** Les bébés séropositifs peuvent souffrir d'infections plus fréquemment et plus gravement que les enfants non infectés, notamment les rhumes, la fièvre, la diarrhée, la pneumonie, les infections fongiques (qui se présentent sous forme d'érythèmes fessiers du bébé); les familles doivent donc être encore plus vigilantes pour prévenir les infections et orientez le bébé rapidement au centre de santé lorsqu'elle observe un signe de danger.
- **Allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois:** Il est encore plus important pour la mère séropositive d'allaiter exclusivement le bébé jusqu'à ce qu'il/elle ait atteint l'âge de 6 mois.
- **Jeu et communication:** Les enfants séropositifs ont besoin de davantage d'amour, de jeu et de communication, ce qui améliorera la nutrition du bébé, son lien avec sa mère et son développement cérébral.



Activité 6: Obstacles aux pratiques recommandées



Travailler en groupes: Référez-vous à ce tableau dans leur Manuel et répartissez les participants en cinq groupes, chacun se voyant attribué une pratique négociée du tableau ci-dessous. Demandez-leur de débattre de leurs idées sur les obstacles, les facteurs favorables et les réponses de conseils; puis demandez-leur de présenter leur compte-rendu en plénière. Des idées/exemples sur la déclaration des naissances sont fournies pour aider à lancer la discussion.

Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire?	Facteurs favorables Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire?	Réponse de conseils ou solution
Mère séropositive - Faire passer un test de dépistage du VIH au bébé exposé au VIH dès que possible.			
Mère séropositive - S'assurer que l'enfant suit le traitement préventif au co-trimoxazole.			
Soins du nourrisson séropositif			
Le traitement ART pour le bébé séropositif est initié tôt et poursuivi chaque jour.			
Accéder à un soutien communautaire et du centre de santé, se rendre aux rendez-vous du centre de santé pour des soins de suivi.			



Pratiquer un allaitement exclusif jusqu'à ce que le bébé ait 6 mois.			
--	--	--	--



Résumez les principaux points de la session

- Quels bébés ont besoin de tests VIH et quand? Tous les bébés nés d'un parent séropositif doivent passer un test de dépistage du VIH dès que possible.
- A quels bébés doit-on prescrire un traitement au co-trimoxazole dès la naissance? Tous les bébés nés de mères séropositives, même si le statut VIH du bébé est inconnu.
- Pendant combien de temps une mère séropositive devra-t-elle allaiter son bébé? La mère séropositive doit exclusivement allaiter pendant 6 mois. Si elle prend des ARV, elle peut continuer à allaiter le bébé normalement jusqu'à l'âge de 2 ans.
- Quels conseils de soins devrions-nous donner à la mère d'un bébé séropositif? Donner le traitement ART au bébé séropositif dès que possible et tous les jours; accéder à un soutien communautaire et du centre de santé, se rendre régulièrement aux rendez-vous du centre de santé pour des soins de suivi; allaiter exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois; jouer et communiquer avec le bébé.

Session 17: Soutien supplémentaire pour les nouveau-nés et les mères à risque élevé

Plan de la session	Activité 1: Discussion sur les facteurs de risque chez les nouveau-nés et les mères Activité 2: Études de cas à risque élevé	 Durée: 1h15
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Décrire deux facteurs de risque possibles associés aux nouveau-nés et deux associés aux mères • Décrire trois façons de fournir des soins et un soutien supplémentaires aux cas à risque élevé. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mère à risque élevé pendant la période du postpartum est plus susceptible de souffrir de complications ou de présenter des signes de danger pendant le postpartum, elle peut rencontrer des difficultés à s'occuper de son nourrisson ou avoir besoin de soins médicaux supplémentaires. • Les facteurs de risque courants chez les mères en période de postpartum sont notamment les suivants: Les mères séropositives, les femmes ayant subi une césarienne ou autre complication à l'accouchement, les mères adolescentes et les mères souffrant de difficultés de santé mentale ou psychosociales, ou celles qui n'ont pas été au terme de leur grossesse suite à une fausse couche ou à la naissance d'un mort-né. • Un nouveau-né "à risque élevé" est un nouveau-né plus susceptible de souffrir de complications, de présenter des signes de danger ou d'avoir une alimentation difficile, ou qui pourrait nécessiter des soins médicaux supplémentaires. • Les facteurs de risque courants dans la période néonatale sont notamment les bébés de petits poids (FPN ou prématurés) ou ceux qui ont souffert de difficultés pendant l'accouchement, qui ont été exposés au VIH, qui sont orphelins de mère, qui présentent une malformation congénitale ou un handicap, et les jumeaux. • Les nouveau-nés à risque élevé et les mères à risque élevé pendant le postpartum peuvent recevoir un soutien supplémentaire: <ul style="list-style-type: none"> ○ Davantage de visites à domicile, de conseils ou de soutien à l'allaitement. ○ Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé. ○ Vigilance accrue pour détecter les signes de danger et promotion de l'hygiène. ○ Orientation vers un centre de santé si nécessaire. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Décrire deux facteurs de risque possibles associés aux nouveau-nés et deux associés aux mères

- Décrire trois façons de fournir des soins et un soutien supplémentaires aux cas à risque élevé.



Activité 1: Discussion sur les facteurs de risque chez les nouveau-nés et les mères

Demandez: Certaines femmes sont-elles PLUS SUSCEPTIBLES de souffrir de complications pendant l'accouchement? Comment pouvons-nous savoir quelles mères pourraient rencontrer des difficultés? Quels sont les risques auxquels elles pourraient être confrontées? Quels pourraient être les besoins supplémentaires de ces femmes par rapport aux autres femmes?

Notez les réponses sur le tableau, puis invitez le personnel soignant à entourer les réponses ou à identifier celles qui présentent le risque le plus élevé, puis à expliquer quel est ce risque; ou utilisez le tableau ci-dessous pour discuter des risques spécifiques.

Cas de postpartum à risque élevé	Quel est le risque?	Besoins supplémentaires de soins à domicile	Besoins supplémentaires de soins médicaux
Mère séropositive	Transmission du VIH à l'enfant, risque de maladie et d'infections chez la mère, effets secondaires des médicaments	Soutien au traitement ART, soutien à la PTME, vigilance accrue pour détecter les signes de danger, meilleur régime alimentaire et soins auto-administrés Allaitement exclusif	Se rendre au centre de santé pour bénéficier d'un soutien aux ARV
Accouchement par césarienne	Risque accru d'infection, déchirure d'une plaie	Soins des plaies et hygiène Soutien à la prise de tous les médicaments si l'on prend des antibiotiques ou du fer Vigilance accrue pour détecter les signes de danger Plus de repos et soutien de la famille pour la prise en charge du bébé	Se rendre au centre de santé pour un suivi afin de contrôler la cicatrisation des plaies
Complications pendant l'accouchement, comme une hémorragie, une déchirure.	Risque accru d'infection, fistule obstétricale, déchirure de la plaie, hémorragie	Soins des plaies et hygiène Vigilance accrue pour détecter les signes de danger Soutien à la prise de tous les médicaments si l'on prend des antibiotiques ou du fer	Se rendre au centre de santé pour un suivi afin de contrôler la cicatrisation des plaies
Mère adolescente ou mère célibataire non soutenue	Difficultés potentielles à s'occuper d'elle-même, de l'enfant ou à allaiter Peut être plus susceptible de vivre un accouchement difficile	Soutien accru de la famille et de la communauté Soutien à l'allaitement	Assurer un accès aux soins médicaux
Mère présentant des difficultés de santé mentale et/ou	Difficultés à s'occuper d'elle-même et/ou de l'enfant	Conseils de soutien, notamment premiers secours psychologiques pour répondre à la détresse	Accès aux soins de santé Peut nécessiter une orientation vers un centre de santé mentale

psychosociales pendant le postpartum	Peut cesser l'allaitement Faible lien aidant-nourrisson et mauvais développement de l'enfant Risque de VBG/VC	Soutien à la mise en œuvre des techniques de gestion du stress Soutien social accru	ou un accès à des services de soutien
Femme qui n'a pas été au terme de sa grossesse en raison d'une fausse-couche ou de la naissance d'un mort-né	Peut ne pas se rendre aux soins du postpartum Peut retomber enceinte trop tôt Peut être vulnérable à des problèmes de santé mentale périnatale	Conseils de soutien, notamment premiers secours psychologiques pour répondre à la détresse Soutien à la mise en œuvre des techniques de gestion du stress Soutien social accru	Accès aux services Peut nécessiter une orientation vers un centre de santé mentale ou un accès à des services de soutien

Récapitulatif des messages clés

- Une mère à risque élevé pendant la période du postpartum est plus susceptible de souffrir de complications ou de présenter des signes de danger pendant le postpartum, elle peut rencontrer des difficultés à s'occuper de son nourrisson ou avoir besoin de soins médicaux supplémentaires. Il pourrait aussi s'agir de femmes ayant souffert d'une maladie mentale avant l'accouchement ou de femmes souffrant de problèmes de santé mentale survenus pendant le postpartum.
- Les facteurs de risque courants chez les mères en période de postpartum sont notamment les suivants: Les mères séropositives, les femmes ayant subi une césarienne ou autre complication à l'accouchement, les mères célibataires ou adolescentes et les mères souffrant de difficultés de santé mentale ou psychosociales.



Expliquez maintenant au groupe que nous voulons déterminer quels sont les nouveau-nés les plus vulnérables. Demandez aux membres du groupe quelles sont leurs propres expériences avec des nouveau-nés:



Demandez: Ont-ils constaté que certains nouveau-nés étaient plus vulnérables que d'autres? Lesquels? Quels sont les risques auxquels ils pourraient être confrontés? Quel pourrait être les besoins supplémentaires de ces nouveau-nés?

Notez les réponses sur le tableau, puis invitez le personnel soignant à entourer les réponses ou à identifier celles qui présentent le risque le plus élevé, puis à expliquer quel est ce risque; ou utilisez le tableau ci-dessous pour discuter des risques spécifiques.

Cas de nouveau-né à risque élevé	Quel est le risque?	Besoins supplémentaires de soins à domicile	Besoins supplémentaires de soins médicaux
----------------------------------	---------------------	---	---

Bébé de petit poids (FPN ou né trop tôt, bébé prématuré) ou jumeaux/grossesses multiples	Risque accru d'infection Risque d'hypothermie (froid) Probabilité accrue de problèmes d'allaitement Risque accru de signes de danger	Peut nécessiter un soutien à l'allaitement, ou que le lait maternel soit tiré Favoriser l'hygiène Encourager le contact peau contre peau et la chaleur Surveiller régulièrement l'apparition de signes de danger	Hospitalisation probable si poids inférieur à 2 kilos Examens réguliers Peut nécessiter des soins "kangourou" Peut nécessiter une alimentation spéciale ou une incubation
Complications pendant l'accouchement (accouchement prolongé, asphyxie ou réanimation, autres)	Risque accru de complications pendant la première semaine de vie	Vigilance accrue pour détecter les signes de danger, en particulier la respiration (cyanose)	Seulement en cas d'orientation vers un centre de santé
Nourrisson exposé au VIH (tout bébé né d'une mère séropositive)	Transmission du VIH à l'enfant si l'allaitement est mal pratiqué, ou si la mère arrête de prendre les ARV Risque de développer des maladies	Soutien à l'allaitement exclusif Observance du traitement ART de la mère	Se rendre au centre de santé pour faire passer un test de dépistage du VIH au bébé. Assurer une fréquentation régulière du centre ARV de la mère.
Malformation congénitale ou handicap	Peut avoir des difficultés d'alimentation, par ex. palais fendu Les parents peuvent avoir du mal à s'occuper du bébé selon ses besoins	Soutien accru de la famille Soutien à l'allaitement	Seulement en cas d'orientation vers un centre de santé
Orphelin de mère	Risque accru de décès infantile (15 fois plus élevé !)	Soutien à l'alimentation, identifier un parent/une mère adoptive Aider le père à s'occuper de l'enfant	Seulement en cas d'orientation vers un centre de santé

Récapitulatif des messages clés

- Un nouveau-né "à risque élevé" est un nouveau-né plus susceptible de souffrir de complications, de présenter des signes de danger ou d'avoir une alimentation difficile, ou qui pourrait nécessiter des soins médicaux supplémentaires.
- Les facteurs de risque courants dans la période néonatale sont notamment les bébés de petits poids (FPN ou nés trop tôt, bébés prématurés) ou ceux qui ont souffert de difficultés pendant l'accouchement, qui ont été exposés au VIH, qui sont orphelins de mère, qui présentent une malformation congénitale ou un handicap.



Activité 2: Études de cas à risque élevé

Travailler en groupes: Donnez à chaque groupe une étude de cas, et demandez-leur de déterminer quels sont les besoins de la femme, quelles actions supplémentaires ils pourraient réaliser parmi la liste ci-dessous, et comment ils peuvent conseiller la femme et sa famille. Les quatre groupes doivent alors présenter un compte rendu aux autres participants.




LES NOUVEAU-NÉS A RISQUE ÉLEVÉ ET LES MÈRES A RISQUE ÉLEVÉ PENDANT LE POSTPARTUM PEUVENT NECESSITER UN SOUTIEN SUPPLÉMENTAIRE:

- Davantage de Visites à domicile et de conseils ou de soutien à l'allaitement
- Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé.
- Vigilance accrue pour détecter les signes de danger et promotion de l'hygiène

Étude de cas	Réponses possibles
Ashtu s'occupe du bébé de sa sœur, car sa sœur est décédée pendant l'accouchement. Ashtu a emmené le bébé au centre de santé pour obtenir des conseils sur l'alimentation du bébé, et vous lui rendez visite à son retour.	Bébé à risque élevé Davantage de Visites à domicile et de conseils ou de soutien à l'alimentation
Augusta a vécu un accouchement difficile, elle a perdu beaucoup de sang suite à une déchirure vaginale importante et a nécessité une transfusion sanguine. Son bébé a dû être réanimé après l'accouchement. Au moment de la visite à domicile, Augusta signale que le bébé n'arrive pas à s'accrocher au sein.	Mère et bébé à risque élevé Orientation vers un centre de santé pour les problèmes d'alimentation Davantage de visites à domicile et de conseils de soutien Vigilance accrue pour détecter les signes de danger et promotion de l'hygiène
Carmen est séropositive et suit un traitement ART. Elle a accouché dans un centre de santé et allaite exclusivement son bébé.	Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé Orientation du bébé pour qu'il passe un test de dépistage du VIH
Clezia a accouché de jumeaux par césarienne. L'un des jumeaux s'alimente bien et prend du poids la première semaine. L'autre ne pèse que 2 kilos, ne s'alimente pas bien et ne prend pas de poids au bout de 2 semaines. Clezia a du mal à nourrir les jumeaux, et dit qu'elle ne peut pas bien s'occuper d'eux car la césarienne lui a laissé une plaie très douloureuse.	Mère et bébés à risque élevé Soutien à l'allaitement Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé Vigilance accrue pour détecter les signes de danger et promotion de l'hygiène
Esther était heureuse pendant sa grossesse, enthousiaste à l'idée d'accoucher et la famille avait hâte de rencontrer le nouveau bébé. Au bout d'un mois, Esther a commencé à se sentir très fatiguée. Elle était irritable et s'énervait vite face aux exigences du bébé. Elle pensait être une mauvaise mère et était gênée de ne pas savoir ce que son bébé voulait. Esther a passé beaucoup de temps	Dépression du postpartum possible Davantage de Visites à domicile et de conseils de soutien Conseiller à Esther et à la famille de jouer et d'interagir avec le bébé Encouragement à se rapprocher des membres de la famille pour obtenir de l'aide Suivi pour s'assurer que la situation ne s'aggrave pas

seule chez elle et la famille a rapporté qu'elle mangeait mal et que le bébé pleurait tout le temps.	
--	--

Session 18: Compléter le Registre de COC/ttC du nouveau-né

Plan de la session	Activité 1: Passer en revue les formulaires Activité 2: Exemples de cas et compléter les formulaires Activité 3: Valider les informations de naissance sur le carnet de santé Activité 4: Discussion et pratique	 Durée: 2h00
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront: <ul style="list-style-type: none"> • Remplir correctement le registre du nouveau-né • Expliquer comment valider les informations de naissance en utilisant le carnet de santé. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Le registre du nouveau-né sert à consigner les informations importantes associées à la naissance, ainsi que les visites supplémentaires et observations du nouveau-né au cours de la première semaine de vie. • Pour toutes les pratiques, les ASC-COC/ttC doivent mettre une coche lorsque la réponse est positive et une croix lorsque la réponse est négative, conformément au moment de la visite à domicile. 	
Préparation et matériel 	<i>Matériel</i> <ul style="list-style-type: none"> • Registres du nouveau-né (3 par participant) • Exemplaires de registre - imprimés ou projetés sur l'écran • Carnet de santé de l'enfant/registre de naissance du centre de santé (exemple local) <i>Préparation</i> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuez les registres du nouveau-né et projetez des exemples de cas sur l'écran. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Remplir correctement le registre du nouveau-né
- Expliquer comment valider les informations de naissance en utilisant le carnet de santé.



Activité 1: Examiner les formulaires

Distribuez une copie du "Registre de COC/ttC - nouveau-né" à chaque participant.

Note: L'idée est qu'un même registre soit utilisé par les ASC-COC/ttC sachant lire et écrire et les ASC-COC/ttC analphabètes. Les participants analphabètes peuvent avoir besoin d'une aide pour compléter les parties écrites du registre, mais devraient pouvoir compléter la partie imagée du registre avec une formation et un soutien.

- Le registre du nouveau-né sert à consigner les informations importantes associées à la naissance, ainsi que les visites supplémentaires et observations du nouveau-né au cours de la première semaine.
- Pour toutes les pratiques, les ASC-COC/ttC doivent mettre une coche ✓ pour une réponse positive et une croix pour *une réponse négative, conformément au moment de la visite à domicile.

Expliquez la structure des formulaires:

Informations universelles du registre:

Changement de contexte: Les informations de l'enregistrement peuvent être transférées depuis le registre de grossesse, ou supprimées si les formulaires sont imprimés recto-verso.

Structure en colonne et calendrier: Le registre présente une structure en colonne - complétez chaque visite dans une colonne verticale conformément au moment de la visite. Utilisez la première colonne pour les visites 5a, b et c effectuées pendant la première semaine de vie, et la deuxième colonne pour la visite de un mois.

Comment consigner les visites prévues et effectuées: Dans la ligne "visites prévues", notez la date de la prochaine visite prévue. Dans la ligne au-dessous, les ASC-COC/ttC sachant lire et écrire peuvent noter la date à laquelle la visite a été effectuée. S'ils sont analphabètes, ils peuvent consigner la visite en mettant une coche ✓ pour montrer qu'ils ont effectué la visite.

Indicateurs: Chaque ligne correspond aux pratiques de santé relatives à l'accouchement et à la première semaine de vie que les ASC-COC/ttC ont encouragées en utilisant les histoires et le Manuel du ménage. Cochez ✓ les pratiques réalisées et mettez une croix pour ✕ celles qui ne sont pas faites/pas encore faites.

Signes de danger et orientation: A chaque visite, vous contrôlerez les signes de danger. Si vous recommandez une orientation vers un centre de santé, notez la date de l'orientation (ou cochez ✓ si les ASC-COC/ttC sont analphabètes). S'il n'y a pas de signe de danger, mettez une croix ✕. Attendez jusqu'à ce que vous puissiez confirmer qu'elle s'est rendue au centre de santé

**Activité 2: Exemples de cas et compléter les formulaires**

Expliquez que les deux exemples/récits seront utilisés pour nous aider à apprendre à remplir les registres: Lara et Sheila. Précisez que ces histoires ne seront **pas** utilisées au cours des visites à domicile (elles ne font donc pas partir du Manuel du ménage ni de la documentation de travail de la ttC) mais qu'elles ne seront utilisées que dans le cadre de cette formation.

Mise en contexte: Vous devrez recouper les exemples fournis dans l'histoire ci-dessous avec les versions finales du registre de COC/ttC que vous utilisez.

EXEMPLE I: LARA

Lara a accouché le 18 octobre dans un centre de santé, et vous effectuez les visites de la première semaine de vie les jours 1, 3 et 5 après l'accouchement. Son mari, Hussein, ne participe qu'à la première visite.

Lara signale qu'après l'accouchement, le poids du bébé était de 3,7 kilos et qu'elle n'a souffert d'aucune complication ni présenté aucun facteur de risque. Elle a réussi à allaiter dans l'heure qui a suivi l'accouchement et le bébé a été enveloppé et essuyé dans la salle d'accouchement du centre de santé. Le bébé a reçu les premiers vaccins avant de quitter le centre de santé.

Pendant les trois visites à domicile, vous constatez que Lara et le bébé se portent bien et qu'ils ne souffrent d'aucune complication, cependant Lara signale qu'elle ne dort pas sous une moustiquaire de lit à ce moment-là.

Notez sur le formulaire la date appropriée pour effectuer la visite d'un mois.

EXEMPLE 2: SHEILA

Sheila a accouché de jumeaux le 22 novembre, et a accouché à domicile avec un accoucheur traditionnel. Dans l'heure qui a suivi l'accouchement, l'AS a lavé les jumeaux et les a enveloppés, mais Sheila ne les a allaités que plusieurs heures plus tard. Malheureusement, alors que les deux jumeaux étaient nés en vie, l'un des deux est décédé au cours de sa première journée de vie.

PREMIERE SEMAINE DE VIE (VISITES 5A, B ET C)

Vous rendez visite à Sheila les jours 1, 3 et 6. Le mari de Sheila participe aux trois visites.

Le jour 3, vous recommandez à Sheila de se rendre au centre de santé avec le bébé qui a survécu.






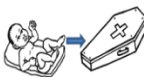











Quand vous revenez le jour 6, vous apprenez que Sheila s'est rendue au centre de santé, que le bébé a été pesé, il pèse 2,6 kilos et qu'il a reçu les premiers vaccins. La mère et le bébé dorment maintenant sous une moustiquaire de lit, ce qui n'était pas le cas auparavant.

PREMIER MOIS (VISITE 6)

Vous rendez visite à Sheila quand son bébé, Matthieu, âgé de un mois, et son mari sont absents. Elle dort toujours sous la moustiquaire de lit et le bébé tête bien.




Note: Lorsque les participants ont fini de compléter les registres, demandez-leur de se regrouper par deux pour parler de la façon dont ils conseilleraient chaque famille, en fonction des informations qu'elle leur a fournies.

Exemple de travail: Lara

Instructions: Consigner les informations de CHAQUE VISITE		Nouveau-né		Code de données	PX complété par le superviseur quand le cas est complet
		 Semaine 1	 Semaine 2 3 4		
Date de naissance		18/10/2014			
Visites prévues (notez les données prévues)		V1 V2 V3 19 21 23	V4 16 nov.		
Décès maternel 0-45j (date du décès)		x x x		D2	Nombre de décès maternels
Mort-nés (Nombre de bébés mort-nés)		x		D3	Nombre de mort-nés
Naissances vivantes (Nb de bébés nés en vie)		1		ND2	Nombre de bébés nés en vie
Décès de nouveau-nés (date de décès)		x x x		D4	Nombre de décès de nouveau-nés
Visites à domicile de ttC postpartum (date de la visite)		19/10 21/10 23/10		N1	Le femme a reçu au moins quatre visites?
Participation du mari/partenaire à la visite de ttC		✓ x x		N2	Mari/partenaire présent à la plupart des visites?
Nouveau-né à risque élevé		x		N3	Nombre de nouveau-nés à risque élevé?
Assistance qualifiée à l'accouchement dans un centre de santé		✓		N4	Nombre de femmes ayant accouché dans un centre de santé avec un assistant qualifié?
Poids de naissance Bébé 1		3,7 kilos		N5	Nombre de bébés qui ont un FPN inférieur à 2,5 kg?
Poids de naissance Bébé 2					
Poids de naissance Bébé 3					
Le bébé bénéficie de la méthode dite de la "mère-kangourou"		x		N6	Nombre de bébés bénéficiant de la MMK?
Le bébé a été allaité dans la première heure de vie		✓		N7	Le bébé a-t-il été allaité pendant la première heure?
Le bébé a été essuyé et enveloppé pendant la première heure de vie		✓		N8	Le bébé a-t-il été enveloppé et essuyé, sans bain, pendant la première heure?
Le bébé dort toujours sous une moustiquaire de lit.		x x x		N9	Le bébé dormait-il sous une moustiquaire de lit à toutes les visites?
Bébés ayant reçu les premiers vaccins (BCG et VPO-0)		✓		N10	Le bébé a-t-il reçu le BCG et le VPO-0?
Signe de danger du postpartum identifié		x x x		E2	Nombre total d'événements?

Notez les informations dans cette colonne pour

Cette colonne doit être complétée par le superviseur pendant le décompte

Signe de danger du nouveau-né identifié		x x x		E3	Nombre total d'évènements?
Orientation effectuée				E4A	Nombre total d'évènements?
Visite à domicile post-orientation effectuée				E4B	Nombre total d'évènements?

Sous chaque indicateur, le ASC-ttC doit cocher ✓Oui (la femme a signalé qu'elle faisait ou fait maintenant cette pratique).

Ou ✕=Non, elle n'a pas fait ou ne fait pas actuellement cette pratique.



Activité 3: Valider les informations de naissance dans le carnet de santé (ASC-COC/ttC sachant lire et écrire)

Mise en contexte: Fournissez des exemplaires locaux des carnets de santé de la mère ou de l'enfant.

Les informations que la mère ou la famille rapporte pendant les visites à domicile doivent être validées en les comparant aux registres existants ayant été établis au centre de santé. En utilisant les exemplaires fournis dans votre région, montrez où trouver les informations suivantes sur les registres:

- Date de naissance
- Lieu de l'accouchement
- Vaccins administrés
- Poids de naissance consigné
- Décès du nouveau-né/Date du décès
- Toute complication au cours de l'accouchement.



Activité 4: Discussion et pratique


Demandez aux participants de former des paires et de s'entraîner à remplir le registre, l'un d'eux jouant le rôle du visiteur à domicile et l'autre celui de la mère. La personne jouant le rôle du ASC-COC/ttC posera toutes les questions ouvertes nécessaires afin de compléter la section du registre relative à cette visite, et l'autre personne répondra aux questions. Une fois l'exercice terminé, ces personnes échangeront leurs rôles et recommenceront. Vous pouvez réaliser cette activité de la même manière, que vous travailliez avec des ASC-COC/ttC analphabètes ou non.



Résumez les principaux points de la session

- **Informations universelles du registre:** Quels sont les renseignements requis ici?
- **Dates prévues et effectuées:** Ont-ils pu déterminer la date de la prochaine visite? A quelles difficultés se sont-ils trouvés confrontés pour y arriver?
- **Pratiques de santé relatives à la naissance:** Quels sont les renseignements requis ici?
- **Naissance de jumeaux, mort-nés ou décès:** Avez-vous rencontré des difficultés à remplir ces cases?
- **Pour les ASC-COC/ttC analphabètes:** Demandez-leur comment ils se sont sentis en remplissant le "Registre de COC/ttC - Nouveau-né". Ont-ils pu obtenir les informations dont ils avaient besoin? A quelles difficultés se sont-ils trouvés confrontés?
- Quelles difficultés pourraient-ils rencontrer, selon eux, lorsqu'ils complèteront ce registre au cours d'une visite à domicile?

Session 19: Orientation et suivi du nouveau-né malade et de la mère en période de postpartum

Plan de la session	<p>Activité 1: Examen des signes de danger chez le nouveau-né et la mère en période de postpartum</p> <p>Activité 1: Soins du nouveau-né et de la mère en période de postpartum dans le cadre d'une orientation</p> <p>Activité 2: Remplir les formulaires d'orientation</p> <p>Activité 3: S'entraîner à remplir les formulaires</p> <p>Activité 4: Discussion: Suivi à domicile</p> <p>Activité 5: Interpréter les formulaires de contre-orientation</p>	 <p>Durée: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire quelques considérations lorsqu'on transporte un nouveau-né souffrant d'une complication • Décrire comment effectuer une visite à domicile de suivi pour un nouveau-né ayant fait l'objet d'une orientation et souffrant d'une complication • Compléter un formulaire d'orientation écrit au mieux de leur capacité et interpréter les contre-orientations remises par le centre de santé (ASC sachant lire et écrire). 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de l'orientation d'urgence d'un nouveau-né vers un centre de santé, assurez-vous que le bébé est accompagné de sa mère et d'un membre de la famille ou du ASC, qu'il est bien enveloppé et régulièrement examiné pour surveiller sa respiration, qu'il bénéficie d'un allaitement continu dans la mesure du possible, et assurez-vous que la mère a emmené les dossiers médicaux ou carnets de santé, de l'argent et le matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital. • Pendant la visite à domicile de suivi après l'orientation, le ASC-COC/ttC doit s'assurer que le nouveau-né/la mère ont reçu les soins médicaux et les médicaments dont ils avaient besoin, sont totalement guéris suite au traitement, et que des conseils de soins auto-administrés leur ont été fournis. Fournissez un soutien supplémentaire à la mère allaitante. 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemple de formulaires d'orientation/contre-orientation ou version locale: trois par participant <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuez les formulaires d'orientation. 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute:

OBJECTIFS DE LA SESSION

A la fin de cette session, les participants pourront:

- Décrire quelques considérations lorsqu'on transporte un nouveau-né souffrant d'une complication
- Décrire comment effectuer une visite à domicile de suivi pour un nouveau-né ayant fait l'objet d'une orientation et souffrant d'une complication
- Compléter un formulaire d'orientation écrit au mieux de leur capacité et interpréter les contre-orientations remises par le centre de santé (ASC sachant lire et écrire).



Activité 1: Examen des signes de danger chez le nouveau-né et la mère en période de postpartum

Commencez cette session en examinant rapidement les signes de danger chez la mère et le nouveau-né qu'il faut surveiller au cours du premier mois de vie, en utilisant les Livres d'histoires pour la visite 5.



Activité 1: Soins du nouveau-né et de la mère en période de postpartum dans le cadre d'une orientation

Demandez au groupe: Quand nous effectuons une orientation d'urgence d'un nouveau-né malade vers un centre de santé, quelles instructions spéciales en termes de conseil doivent être communiquées à la mère ou à la famille?



POUR LE NOUVEAU-NE MALADE:

- Enveloppez bien le nouveau-né, portez-le près de votre poitrine pour le maintenir au chaud, et surveillez sa respiration régulièrement.
- Continuez à allaiter autant que possible pendant le transport, ne lui donnez rien d'autres sauf si cela est recommandé par le professionnel de santé.
- Emportez les dossiers médicaux, les carnets de santé, de l'argent pour payer les services et le transport, de la nourriture et de l'eau, des vêtements et le matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital.

POUR LA MERE MALADE:

- Elle doit être transportée avec le nouveau-né et un membre de la famille pouvant apporter son aide.
- Encouragez-la à continuer à allaiter le bébé si possible.
- Si elle souffre de saignements:
- Appliquez une serviette hygiénique ou des tissus propres; allongez-la pendant le transport.
- Organisez un transport qui lui soit adapté et ne la laissez pas marcher ou se tenir debout car cela peut aggraver les saignements.
- Encouragez-la à boire ou à manger pour maintenir sa glycémie (énergie) élevée pendant le transport, et pour prévenir une commotion. Essayez de la maintenir consciente, et rassurez-la.
- Lors de l'orientation d'urgence d'un nouveau-né vers un centre de santé, assurez-vous que le bébé est accompagné de sa mère et d'un membre de la famille ou du ASC, qu'il est bien enveloppé et régulièrement examiné pour surveiller sa respiration, qu'il bénéficie d'un allaitement continu dans la mesure du possible, et que la mère a emmené les dossiers médicaux ou carnets de santé, de l'argent et le matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital.



Activité 2: Compléter le formulaire d'orientation

Mise en contexte: Utilisez les formulaires d'orientation/contre-orientation du MS si nécessaire.

Demandez aux membres du groupe de faire part de leur expérience en matière d'utilisation du formulaire d'orientation, et discutez des éventuelles préoccupations. Rappelez-leur comment utiliser le formulaire:

- Complétez un côté uniquement du formulaire et envoyez-le avec la mère.
- Recopiez les informations d'identification figurant sur le Registre de COC/ttC ou le carnet de santé de la mère.

- Décrivez tous les symptômes pertinents et conditions de la naissance, le lieu de l'accouchement, et cochez l'état indiqué du patient à ce moment-là.
- Listez clairement tous les médicaments ou traitement donnés (y compris les médicaments traditionnels).



Activité 3: S'entraîner à compléter le formulaire

Demandez aux participants de travailler en équipes en utilisant les études de cas fournies pour compléter les formulaires. Une fois qu'ils ont fini, discutez des résultats en groupes. Si du personnel soignant est présent, demandez-leur de confirmer que les informations sont correctement, clairement et complètement communiquées. Ils doivent compléter le formulaire comme s'ils orientaient un individu de leurs communautés vers le centre de santé le plus proche.

- Isabel Nyala n°0042 est dans son 5e jour de postpartum. Elle a accouché à domicile, et a été assistée d'un accoucheur traditionnel. Elle a souffert de saignements abondants pendant l'accouchement et l'AT a déclaré qu'elle avait souffert d'une déchirure. Elle signale des douleurs cuisantes, quelques pertes et des saignements continus. Conseillez Isabel et l'AT qui l'accompagnera au centre de santé, et complétez le formulaire.
- Aicha Konte n°0162 s'inquiète pour son nouveau-né Maimuna âgé de 6 jours. Elle a accouché dans un centre de santé, et bien que l'accouchement ait été long, le nouveau-né tétait bien pendant les 3 premiers jours, et Aicha fut autorisée à quitter le centre de santé. Depuis, le bébé tète moins bien et est somnolent la plupart du temps. Vous évaluez le bébé et remarquez que ses mains et ses pieds sont froids, qu'elle est difficile à éveiller, mais qu'elle ne présente aucun autre symptôme. Conseillez la mère et complétez le formulaire.



Activité 4: Discussion: Suivi à domicile

Demandez au groupe: Quel est l'objectif d'une visite à domicile après avoir envoyé un patient au centre de santé? Discutez de leurs réponses et soulignez les points suivants:

- S'assurer que le patient a été examiné et qu'il a eu accès au traitement et aux médicaments dont il avait besoin.
- Décourager l'achat de médicaments auprès de fournisseurs non officiels.
- S'assurer que le traitement et les conseils de soins sont suivis par la mère/le patient.
- S'assurer que le patient se sent maintenant mieux, et dans le cas contraire, le renvoyer au centre de santé.

Expliquez l'objectif des visites à domicile après une orientation d'urgence:

- Pendant une visite de suivi, un ASC-COC/ttC doit s'assurer que le patient a reçu les soins médicaux et les médicaments nécessaires, qu'il est complètement guéri et qu'il suit le traitement et les soins auto-administrés requis.

Pour un nouveau-né ou une mère en période de postpartum ayant souffert de complications, il peut être nécessaire d'effectuer des visites à domicile supplémentaires jusqu'à ce que la mère et le bébé soient complètement guéris, et pour s'assurer qu'elle bénéficie du soutien familial dont elle a besoin pour s'occuper du bébé.



Activité 5: Interpréter les formulaires de contre-orientation

Récapitez l'objectif d'une contre-orientation effectuée par le centre de santé:

- Une contre-orientation écrite (note d'autorisation à quitter le centre de santé) peut être rédigée par les centres de santé, avec le consentement du patient et peut communiquer des informations importantes sur les soins du patient, qui pourraient être importantes pour le ASC-COC/ttC ou la famille, telles que:
 - affections identifiées pouvant nécessiter des soins supplémentaires
 - quand le patient doit revenir au centre de santé pour un suivi
 - les médicaments que le patient doit prendre
 - les signes de danger à surveiller et les conseils de soins à suivre
 - quand le ASC-COC/ttC doit effectuer un suivi à domicile.

Le formateur doit compléter les copies de contre-orientation avec les cas suivants et les distribuer aux groupes.



Demandez aux ASC-COC/ttC de lire et d'interpréter les formulaires. Puis lisez le texte en italique et discuter (avec le personnel soignant si possible) de la façon de gérer le cas.

- Isabel Nyala n°0042 a été autorisée à quitter le centre de santé le 18 août et a été traitée pour une infection postpartum et une déchirure au second degré. Des points de suture ont été effectués et des **antibiotiques** lui ont été remis, qu'elle doit prendre trois fois par jour pendant 10 jours, ainsi que deux comprimés de fer/acide folique une fois par jour pendant un mois. Elle doit revenir pour un suivi dans deux semaines, et revenir immédiatement si elle ressent encore des problèmes ou si elle souffre de fièvre. Le formulaire indique que vous devriez effectuer une visite deux fois par semaine pendant deux semaines.

Pendant la visite à domicile, Isabel signale qu'elle se sent mieux. Elle prend les comprimés de fer. Cependant, le pharmacien lui a dit qu'il n'avait pas en stock les antibiotiques dont elle avait besoin et de revenir dans deux jours. Conseillez Isabel et sa famille sur ce qu'il faut faire. **Réponses possibles:** Retourner au centre de santé pour obtenir une autre prescription, et assurer un suivi tel qu'indiqué.

- Aicha Konte n°0162 et son bébé Djenna ont été autorisées à quitter le centre de santé le 27 août. Djenna a été traitée contre une septicémie et reçu un traitement à l'hôpital, mais on ne lui a donné aucun médicament à rapporter chez elle. Le rapport indiquait qu'elle devait revenir dans une semaine pour un suivi, et revenir immédiatement si des signes de maladie apparaissaient. Le centre de santé recommande une visite de suivi par semaine pendant deux semaines.

Pendant la visite à domicile, le ASC-COC/ttC constate que Djenna guérit bien, et qu'elle tète maintenant sans difficulté. Elle semble bien plus éveillée et vive qu'avant. Aicha confirme qu'elle n'a plus aucune inquiétude. **Réponses possibles:** Assurer un suivi tel qu'indiqué, et s'assurer qu'elle se rend au centre de santé tel que demandé.

World Vision <small>Part completed by the CHW, kept by PHC for reference</small>	ttC CHW Referral form		Date of referral: __/__/__
			CHW name: _____
			Mob No.: _____
Referring location (site evacuated from)	_____		
Name of patient	_____		ID number of patient record
	<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Newborn (0-28d) <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other (specify)		
Condition / reason for evacuation	Medical history:	Child	Maternal / neonatal
	Date of first symptoms:	Fever <input type="checkbox"/> Cough with difficult breathing <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Newborn danger signs <input type="checkbox"/> Birth complications <input type="checkbox"/> Bleeding / miscarriage <input type="checkbox"/> Danger sign in caregiver <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
	Description of condition: _____		
Condition on departure	___ Normal ___ Moderate ___ Severe Critical		
Prior treatments (community)	Medicine	Dose	Date
	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ given by? _____		
Next of Kin / contact	_____		

Notez les signes de danger qu'ils ont présentés, et depuis quand. Vous pourriez devoir indiquer si elles ont accouché à domicile ou à l'hôpital ainsi que toutes les complications survenues pendant l'accouchement.

Au moment où ils ont quitté les lieux, étaient-ils dans un état:

Normal - capables de marcher, à l'aise?

Modéré – capables de marcher avec difficulté?

Sévère – conscients, incapables de marcher?

Critique – inconscients ou très faibles?

Dans le cas de complications supplémentaires, qui le centre de santé doit-il contacter? Notez un numéro de téléphone portable si possible.

Demandez à la famille tous les traitements que la femme ou l'enfant aurait pu prendre avant de quitter le village. Demandez s'ils peuvent emporter les médicaments avec eux au centre de santé, ou listez-les ici.

Le personnel soignant notera quel était l'état, et ce qui a été traité ici (si la mère donne son consentement pour partager cette information).


Le personnel soignant doit indiquer l'état du patient à la sortie - parfois la famille peut opter pour le retrait d'un patient malade du centre de santé pour s'en occuper à domicile.

Le personnel soignant doit lister la date requise du suivi - Le ASC-ttC peut s'assurer que ce rendez-vous de suivi au centre de santé est respecté.

Le personnel soignant doit lister les signes de danger indiquant qu'un patient doit revenir immédiatement au centre de santé, tels que la fièvre, les maux de tête, aucune amélioration.

Message au ASC-ttC à vérifier (si nécessaire):

- Médicaments
- Signes de danger
- Conseils de soins auto-administrés pour le patient

		ttC-CHW Counter-referral form		Date of discharge Health staff name Contact no. PHC
Receiving institution <input type="checkbox"/> MCHP <input type="checkbox"/> CH post <input type="checkbox"/> CHC <input type="checkbox"/> Hosp		Name of patient <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Post partum <input type="checkbox"/> Newborn (0-28d) <input type="checkbox"/> Infant		
Name of facility treated		Medical history Conditions: Treatments given:		Placenta ARI Diarrhea Sepsis Malaria HIV / S Other Other
Condition on discharge ___ Normal ___ Moderate ___ Critical		Instruction to CHW		
Date return to		Return immediately if:		
Follow up schedule Home visit patient _____ times per week for _____		CHW to check during follow up Medicine adherence schedule Possible danger signs Counseling		
Signature of Health staff				

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS

VEUILLEZ CONTACTER:

Bureaux de VMI

Vision Mondiale Internationale

Bureau exécutif

Waterview House
1 Roundwood Avenue,
Stockley Park
Uxbridge, Middlesex,
UB11 1FG, RU

Vision Mondiale Bruxelles et UE

Représentation ivzw

18, Square de Meeûs
1st floor, Box 2
B-1050 Bruxelles, Belgique
+32.2.230.1621

Vision Mondiale Internationale

Bureau de liaison

7-9 Chemin de Blaexert
Case Postale 545
CH-1219 Châteline
Suisse
+41.22.798.4183

Vision Mondiale Internationale

Bureau de liaison auprès des Nations unies

919, 2nd Avenue, 2nd Floor
New York, NY 10017, États-Unis
+1.212.355.1779

Bureaux régionaux de VMI

Bureau Afrique de l'Est

Karen Road, Off Ngong Road
P.O. Box 133 - 00502 Karen
Nairobi
Kenya

Bureau Afrique australe

P.O. Box 5903
Wletevredenpark, 1715
Afrique du Sud

Bureau Afrique de l'Ouest

Hann Maristes
Scat urbam n° R21
BP: 25857 - Dakar Fann
Dakar
Sénégal

Bureau Asie de l'Est

Bangkok Business Centre
13th Floor, 29 Sukhumvit 63 (Soi Ekamai)
Klongton Nua, Wattana, Bangkok 10110
Thaïlande

Bureau Asie du Sud & Pacifique

750B Chai Chee Road #03-02
Technopark @ Chai Chee
Singapour 469002

Bureau régional Amérique latine et Caraïbes

P.O. Box: 133-2300
Edificio Torres Del Campo, Torre I, piso I
Frente al Centro Comercial El Pueblo
Barrio Tournón
San José
Costa Rica

Bureau régional Moyen-Orient et Europe de l'Est

P.O. Box 28979
2084 Nicosia
Chypre

Mondiale s'engage à travailler avec les personnes les plus vulnérables dans le monde. Vision Mondiale est au service de tous, indépendamment de leur religion, ethnie ou sexe.

Conseils Opportuns et Ciblés pour la Santé et la Nutrition

Manuel du Facilitateur pour la Formation en TTC
Module 3 : Santé, Nutrition et Développement de
L'enfant



© Vision Mondiale Internationale 2014

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC, 2^e Édition.

Manuel du facilitateur pour la formation en ttC, 1^{ère} Édition publiée en 2011.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit, à l'exception de brefs extraits dans des revues, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

Publié par Santé Mondiale pour le compte de Vision Mondiale Internationale

Pour plus d'informations sur cette publication ou sur d'autres publications de Vision Mondiale Internationale ou pour recevoir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez adresser votre demande à l'adresse suivante : wvi_publishing@wvi.org.

Vision Mondiale Internationale apprécierait de recevoir des informations sur toute utilisation faite de ce document lors de la conception, de la mise en œuvre ou de l'évaluation de formations, travaux de recherche ou programmes.

Auteurs : Michele Gaudrault et Polly Walker

Collaborateurs : Sue England, Tina Monique James, Alison Schafer, Fe Garcia, Beulah Jayakumar, Mesfin Teklu, Dan Irvine, Carmen Tse, Sarah Carr, Erin Jones, Megan McGrath, Danielle Chekaraou et Annette Ghee.

Mises à jour de la 2^e édition : Polly Walker 2014.

Coordination de la publication : Katie Fike. Rédactrice en chef : Marina Mafani. Correctrice : Nancy Warren.

Mise en page intérieure : Alice Contreras. Relecture : Bob Newman.

Photo de couverture © Vision Mondiale

CONTENTS

Introduction.....	viii
Visite 7 : visite des 5 mois.....	10
Session 1 : Alimentation de l'enfant : 6 à 9 mois	11
Session 2 : Alimentation Complémentaire	18
Session 3 : Les principaux tueurs et l'alimentation pendant la maladie	23
Session 4 : Conseiller la famille sur les soins favorables au développement de l'enfant :	31
Session 5 : Effectuer la Visite 7 à 5-mois.....	49
Session 6 : Remplir le registre de l'enfant 1-6 mois	52
Visite 8 : Visite des 9 mois	56
Session 7 : Nutrition et développement de l'enfant à l'âge de 9 mois.....	57
Session 8 : Détecter la malnutrition aiguë et effectuer une orientation	62
Session 8b : Dépistage de la malnutrition aiguë en utilisant la mesure du PB	67
Session 11 : Pratiquer Visite 9	71
Visite 9 : Visite des 12mois	74
Session 10 : Développement et nutrition de l'enfant la première année.....	75
Visite 10 : Visite des 18 mois	80
Session 12 : Nutrition et développement de l'enfant à l'âge de 18 mois	81
Session 13 : Effectue la visite de 10 à 18 mois.....	84
Visite 11 : Visite des 24 mois.....	87
Session 14 : Effectuer la Visite 11 - L'entretien de sortie à l'âge de 24 mois.....	88
Session 15 : Soins de soutien pour l'enfant à risque élevé	91
Session 16 : Orientation et suivi du nourrisson et de l'enfant malades	97
Session 17 : Remplir le registre de l'enfant	103

ABREVIATIONS

ADP	Programme de développement régional	MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée
AME	Allaitement maternel exclusif	SMSP	Santé mentale et soutien psychosocial
ARV	Antirétroviral	SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
ART	Traitement antirétroviral	MS	Ministère de la Santé
AT	Accoucheuse traditionnel	ONG	Organisation non gouvernementale
SAN	Soins Antenatal	BN	Bureau national
ASC/B	Agent de santé communautaire/base	SSP	Soins de santé primaires
CHX	Chlorhexidine	FEA	Femmes enceintes et allaitantes
CdE	Canaux de l'Espoir	PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
CDV	Conseil et dépistage volontaire	SPN	Soins postnatals
COMM	Comité de santé communautaire	HPP	Hémorragie du postpartum
CS	Centre de stabilisation	IPP	Infection du postpartum
IRA	Infection respiratoire aigüe	SPS	Soutien psychosocial
VAC	Voix et Action citoyennes	SG	Santé génésique
DPE	Développement de la petite enfance	MAS	Malnutrition aiguë sévère
SOU	Soins obstétricaux d'urgence	AQ	Accoucheur qualifié
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	PAG	Petit poids pour l'âge gestationnel
PF	Planning familial	SSG	Santé sexuelle et génésique
VBG	Violence basée sur le genre	IST	Infection sexuellement transmissible
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	TB	Tuberculose
PEIGS	Planification et espacement idéal des grossesses pour la santé	ttC	Conseils opportuns et ciblés
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
PCMA	prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë	WASH	Eau, assainissement et hygiène
MMK	Méthode de soins dite de la "mère-kangourou"	PAM	Programme alimentaire mondial
FPN	Faible poids de naissance (bébé)	OMS	Organisation mondiale de la Santé
		VM	Vision Mondiale

PREFACE DU MODULE 3 DE TTC : SANTE, NUTRITION ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Comment utiliser ce document

Bienvenue dans le manuel du facilitateur pour la formation en conseils opportuns et ciblés (ttC). Il s'agit du troisième module du volet de la formation technique de la ttC, qui se concentre sur la santé, la nutrition et le développement de l'enfant. Les visites couvrent le cinquième mois de vie (Visite 7), le neuvième mois (Visite 8), le douzième mois (Visite 9), le dix-huitième mois (Visite 10), jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 24 mois et sorte du programme de ttC (Visite 11). Nous avons délibérément adopté une approche modulaire afin que les modules individuels puissent être intégrés ou retirés dans le cadre d'une adaptation du programme, et pour que le calendrier des visites puisse être adapté aux exigences du pays. Ainsi, certains modules peuvent être dispensés de manière autonome ou annexés à une session de révision pour les ASCs existants. Ce document peut être utilisé pour les processus suivants :

1. **Sélection du programme** : Utilisez ce document pour effectuer une comparaison avec le programme disponible au niveau local pendant la phase d'adaptation de la ttC ;
2. **Adaptation du programme et sélection du module** : Si vous utilisez un programme du MS, vous pourriez souhaiter examiner ce document et sélectionner les éléments ou modules qui vous intéressent et n'ayant pas d'équivalents dans la formation de votre MS.

Sessions 1, 5, 9, 11 et 13 : Effectuer les visites à domicile

Session 16 : Orientation et suivi de l'enfant malade

Session 17 : Compléter le registre de l'enfant

3. **Formation de remise à niveau pour les ASCs existants** : Si vous avez déjà suivi une formation en ttC avec la première édition du programme de ttC et que vos ASCs doivent suivre une formation de remise à niveau, vous pourriez souhaiter inclure les sessions sur le *nouveau contenu*. Le contenu mis à jour se trouve dans les Sessions suivantes :

Session 3. Les principaux tueurs et l'alimentation pendant la maladie : Il s'agit pour l'essentiel d'une révision du Module 2 sur les maladies graves chez les enfants, plus des informations détaillées sur les messages de conseils relatifs à l'alimentation pendant la maladie et la guérison destinés au parent.

Session 4 : Conseiller la famille sur les soins favorables au développement de l'enfant : C'est un atelier étendu facultatif visant à renforcer les messages clés relatifs au jeu et à l'interaction dès la naissance, qui sont inclus aux premières sessions et au Manuel du ménage. Dans cette session, les ASCs découvriront les concepts clés de développement de la petite enfance, l'importance de l'attachement avec les aidants et des premières expériences. De plus, ils exploreront des éléments dans l'environnement familial pouvant affecter défavorablement le développement, notamment la négligence, la maltraitance, la violence au domicile et la mauvaise santé, hygiène et nutrition. Ils identifieront les enfants vulnérables qui pourraient bénéficier de soins supplémentaires et apprendront à conseiller les familles s'ils identifient des problèmes spécifiques dans les interactions des aidants.

Session 8 : Détection de la malnutrition et orientation : Dans cette session, les ASCs apprendront quelques faits basiques sur la sous-alimentation, ses risques et la façon d'identifier les cas qui doivent faire l'objet d'une orientation vers un centre de santé.

Session 8b. Dépistage de la malnutrition aiguë en utilisant des brassards de périmètre brachial (PB). Dans cette session, les ASCs apprendront à examiner les enfants en utilisant un brassard PB, quand l'intégration de cette intervention est appropriée.

Sessions 15 : Soins de soutien pour l'enfant à risque élevé : Dans cette session, les ASCs apprendront les recommandations supplémentaires pour les enfants présentant des risques médicaux spécifiques, notamment le VIH ou la malnutrition récente ou actuelle, en considérant certains facteurs au domicile et la façon dont les ASCs peuvent fournir un soutien à ces cas vulnérables. Les recommandations pour les soins des enfants séropositifs ont été mises à jour conformément aux nouvelles recommandations de l'OMS.

Clause de non responsabilité

Vision Mondiale propose des supports qui constituent la 2e édition du Manuel du facilitateur des Conseils opportuns et ciblés, à des fins d'utilisation. Vous êtes libre de reproduire et d'utiliser tous les supports sous réserve que :

- le logo de Vision Mondiale soit conservé sur tous les supports et ne soit pas remplacé par votre propre logo ;
- la source des supports soit citée et, si nécessaire, un avis de droits d'auteur inclus ;
- Vision Mondiale soit citée en tant qu'auteur et propriétaire du Manuel du facilitateur en ttC et supports associés ;
- aucun frais ne soit facturé pour l'atelier et les supports ne soient pas vendus.

ICONES



Demander au groupe



Informations techniques



Résumé



Récapitulatif des principaux messages et de l'objectif



Utiliser la documentation de travail (supports)



Activité



Sujet de discussion

INTRODUCTION

Bienvenue dans le Manuel du facilitateur pour la formation en conseils opportuns et ciblés (COC/ttC). Il s'agit du deuxième module du volet de formation technique de la ttC, qui se concentre sur les soins à la fin de la grossesse, la préparation à l'accouchement et les soins immédiats et essentiels du nouveau-né jusqu'à la fin de son premier mois de vie. Cela correspond à la dernière visite de la grossesse (Visite 4), les visites du postpartum de la première semaine de vie (Visites 5a, b, et c) et la visite du premier mois de vie (Visite 6).

Les principales ressources utilisées dans l'élaboration du modèle du projet de COC/ttC sont notamment:

- Caring for the Newborn at Home: A training course for community health workers. (2012). Organisation mondiale de la Santé et UNICEF
- The Community Infant and Young Child Feeding Package: A facilitator's guide (2013). UNICEF.
- Caring for Newborns and Children in the Community: Caring for the Sick Child (2011). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 978 92 4 154804 5
- Facts for Life, Quatrième Édition, UNICEF, 2010
- Home-Based Life Saving Skills (HBLSS) Première édition. (2004) American College of Nurse-Midwives.
- CHW AIM: A Toolkit for Improving Community Health Worker Programs and Services (CHW AIM) (2010). Crigler L et K Hill. Publié par le Projet Health Care Improvement de l'USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

Pour la 2^e Édition de la ttC, les documents suivants étaient également des sources clés:

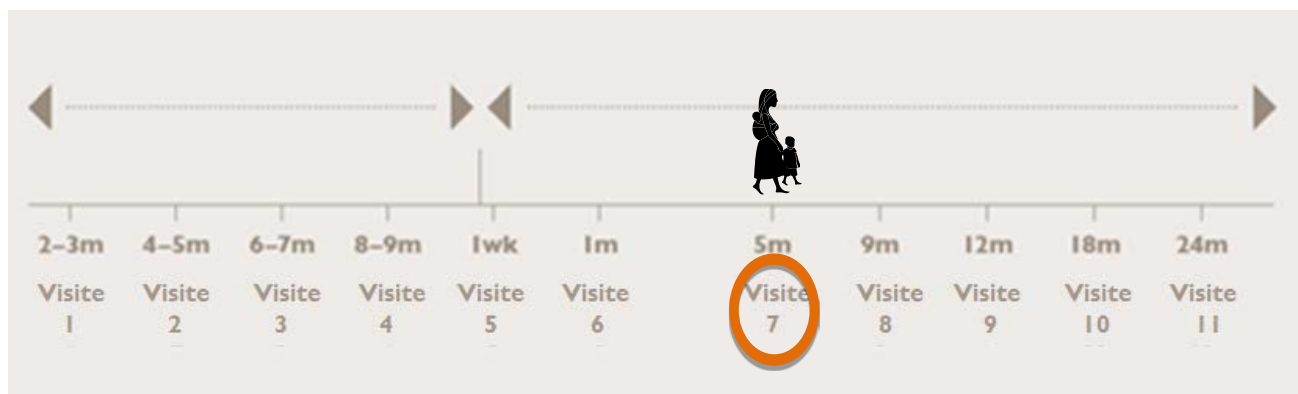
- Taking Care of a Baby at Home After Birth: What Families Need to Do (2011). Core Group, Save the Children, le American College of Nurse-Midwives, et MCHIP.
- Recommandations de l'OMS sur les Soins postnatals de la mère et du nouveau-né (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241506649 (*Ressource clé pour le nettoyage du cordon ombilical à l'aide de Chlorhexidine*)
- Premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain (2011). Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale. ISBN: 978 92 4 154820 5
- Care for child development: improving the care for young children. (2012) Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. ISBN: 9789241548403
- Model IMCI handbook: Integrated management of childhood illness (2005). Organisation mondiale de la Santé; UNICEF. ISBN: 9241546441. Numéro de référence de l'OMS: WHO/FCH/CAH/00.12
- Caring for newborns and children in the community, adaptation for high HIV or TB settings. Community health worker manual, Facilitator notes, Chart booklet, Referral form (2014). Organisation mondiale de la Santé. ISBN: 9789241548045

Matériel de formation nécessaire pour le Module 3 de la ttC





Pour vous préparer à dispenser cette formation, vous aurez besoin du matériel suivant préparé à l'avance.

Ressources de ttC publiées	<p>Guide du formateur et DVD Manuel du facilitateur (un par facilitateur) Manuel de ttC du participant (un par participant sachant lire et écrire) Livres d'histoires de ttC 6-10 (1 lot par ASC) Manuel de ttC du ménage (un par participant) Fiches des aliments (un lot par facilitateur) Exemple de formulaires d'orientation/contre-orientation d'un patient (ou utiliser la version locale) - trois par participant Registres de ttC du nourrisson (trois par participant) Registres de ttC de l'enfant (trois par participant)</p>
Matériel de formation supplémentaire	<p>Tableau de conférence, feuilles et marqueurs Ballon Porte-clés x 2 Petites récompenses (facultatif) Stylos ou crayons de couleur pour dessiner Tissu (facultatif) Assiette de biscuits faits maison Haricots (un petit tas pour chaque participant) Scotch solide, tel que du ruban adhésif (facultatif) Petit couteau ou ciseaux (facultatif) Brassards de mesure du PB (un par participant)</p> <p><i>Pour les clips vidéos</i> DVD de démonstration de la PCIME si disponible (Signes de danger chez les enfants) Projecteur LCD Liens vers les clips vidéo ou clips vidéo téléchargés (Session 4)</p> <p><i>Documents imprimés</i> Carnet de santé de l'enfant (exemplaires locaux) Fiches photographiques de la PCIME - Malnutrition Ensemble d'images : vers intestinaux Exemple du carnet de santé d'un enfant de 1 an Ensemble d'images : vers intestinaux (facultatif)</p> <p><i>Matériel de démonstration</i> Casseroles, poêles, assiettes, ustensiles Une source de combustible de cuisson (bois de feu, gaz, charbon) Poste de lavage des mains et savon Ingrédients pour la préparation d'aliments de complément (voir Session 2 pour la liste des ingrédients) Récipient propre pouvant contenir un litre d'eau ou plus Solution de traitement de l'eau (chlore), de la marque la plus fréquemment utilisée dans la région Un litre d'eau pure et potable (bouillie, filtrée ou en bouteille) Un paquet de SRO et comprimés de zinc, si disponible</p> <p><i>Pour la session sur le développement de la petite enfance</i> Fiches de conseils de l'OMS (Soins favorables au développement de l'enfant) Images imprimées des phases du cycle de vie (Session 4) Poupées (4-5 poupées) pour les activités de jeu de rôle Grande pelote de laine et ciseaux. Exemples de jouets pour la démonstration : un boulier de bébé, un anneau sur une ficelle, des récipients avec des couvercles, une casserole et une cuillère en métal, une poupée avec un visage, des objets qui s'emboîtent et qui s'empilent, un récipient et des pinces à linge.</p>

VISITE 7 : VISITE DES 5 MOIS



Session 1 : Alimentation de l'enfant : 6 à 9 mois

Plan de la session	<p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2 : Recommandations relatives à l'alimentation pour les nourrissons âgés de six à neuf mois</p> <p>Activité 3 : Renforcer les informations : Les combinaisons d'aliments</p> <p>Activité 4 : Stimuler son enfant pendant le repas pour favoriser son développement</p> <p>Activité 5 : Renforcer l'information : déboulonner les mythes sur l'alimentation des enfants</p> <p>Activité 6 : Donner des informations pertinentes : hygiène, surveillance de la croissance et les suppléments</p> <p>Activité 7 : les obstacles et les facilitateurs pour les pratiques recommandées</p>	 <p>Duree: 1h30</p>
Objectifs de l'apprentissage 	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner un Conseil aux familles sur la bonne alimentation du nourrisson âgé de six à neuf mois • comprendre l'importance d'assurer une consommation suffisante de fer pour le nourrisson de six mois, et identifier les sources de fer • reconnaître les contraintes auxquelles les familles seront susceptibles de se trouver confrontées dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations. • Décrivez pourquoi l'espacement des naissances est si important pour aider à protéger contre la malnutrition. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner une alimentation complémentaire de 6 mois : 2 à 3 fois par jour entre 6 et 8 mois en plus des collations nutritives semi-solide 1 à 2 fois par jour, comme vous le souhaitez. • Alimentation en réponse à la faim, jusqu'à ce que le bébé est plein. Il n'est pas nécessaire de gaver. • Les enfants ont besoin de fer pour pousser fort et résister aux maladies. Aliments riches en fer comprennent les oeufs, la viande rouge, légumes verts et céréales enrichies de fer. • Allaiter quand et autant que le bébé veut, et plus fréquemment au cours de la maladie. Continuer à allaiter jusqu'à 2 ans pour une croissance et la nutrition saine. 	
Préparation et matériel 	<p>Matériaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Histoires pour la visite 6 • Manuels du ménage 	

Présenter la session

Expliquez que l'objectif de cette session est que les ASV apprennent les pratiques d'alimentation recommandées pour les nourrissons âgés de six à neuf mois et soient capables de donner un Conseil efficace aux familles quant à ces pratiques.

Expliquez ou lisez à haute voix :

LES OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, vous pourrez :

- expliquer la bonne alimentation d'un nourrisson âgé de six à neuf mois

- comprendre l'importance du fer pour le nourrisson de six mois, et identifier les sources de fer
- identifier les contraintes auxquelles les familles seront susceptibles de se trouver confrontées dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations.
- Décrivez pourquoi l'espacement des naissances est si important pour aider à protéger contre la malnutrition.



Activité 1 : Déterminer ce que les ASV savent déjà

Posez la question : Quand familles généralement débutent-elles donner des aliments à un enfant ? Quels types d'aliments qu'ils donnent et à quelle fréquence ?

Y a-t-il des convictions culturelles particulières ou des pratiques dans le domaine lié à l'alimentation d'un bébé de 6 mois ?

Pour cette activité, **expliquez** que les participants d'un côté de la salle représentent l'option « vrai » et les participants de l'autre côté l'option « faux ». Vous **lirez** une série de déclarations et, à mesure de votre progression, les participants se déplaceront d'un côté ou de l'autre de la salle en fonction de leur réponse ou de leur opinion sur la déclaration. **Expliquez** aux participants qu'il est possible que différentes personnes aient différentes opinions sur certaines déclarations, il est donc possible que certains se déplacent successivement d'un côté de la salle à l'autre. **Lisez** les déclarations ci-dessous l'une après l'autre. Pour chaque déclaration, une fois que les participants sont passés du côté de la salle qu'ils auront choisi, **organisez** une discussion sur les raisons étayant leurs idées. Cette discussion vous apportera de précieuses informations sur les idées reçues relatives à l'alimentation des enfants chez vos participants et, éventuellement, la communauté dans son ensemble.

A la fin de la discussion, vous pourrez **donner** les réponses aux déclarations et expliquer aux ASV que ces sujets seront ceux qui seront abordés au cours de cette session de formation.

1. Les enfants devraient se voir donner une alimentation complémentaire appropriée en plus du lait maternel à partir de l'âge de six mois. **(Vrai)**
2. Si les familles pensent ne pas avoir assez d'argent pour donner une alimentation complémentaire au nourrisson quand l'enfant atteint l'âge de six mois, il n'y a aucun problème à ne lui donner que du lait maternel, étant donné que celui-ci contient tout ce dont le nourrisson a besoin à cet âge. **(Faux)**
3. Quand l'enfant commence à recevoir une alimentation complémentaire, il ne devrait pas être allaité trop souvent, même s'il semble chercher le sein. **(Faux)**
4. Une bouillie épaisse constitue une alimentation complémentaire appropriée à donner aux enfants lorsqu'ils atteignent l'âge de six mois. **(Vrai)**
5. Il ne faut jamais donner d'œufs aux enfants. **(Faux)**
6. Un enfant devrait se voir servir ses repas dans une assiette séparée de celle de ses frères et sœurs. **(Vrai)**
7. On peut donner des aliments semi-solides entre les repas à un enfant de six mois. **(Vrai)**
8. La mère ne devrait jamais parler à l'enfant lorsqu'elle le nourrit, car ceci pourrait le distraire de la nourriture et faire qu'il mangera moins. **(Faux)**



Activité 2 : Recommandations relatives à l'alimentation pour les nourrissons âgés de six à neuf mois

Mise en contexte : Comme toujours lorsque vous parlez de l'alimentation, utilisez des exemples d'aliments avec que les participants connaissent et qui sont disponibles localement. Ceci pourrait nécessiter de changer certains des exemples fournis dans l'encadré ci-dessous. Vous devrez vous renseigner sur les aliments fortifiés en fer disponibles dans votre région. Vous devrez également déterminer si des suppléments en fer tels que les *Sprinkles* (poudre enrichie en micronutriments) sont disponibles. Si vous travaillez dans une zone dans laquelle la prévalence de l'anémie chez les enfants est supérieure à 40 pour cent et que la zone n'est pas impaludée, recommandez que l'enfant se fasse prescrire des suppléments en fer par le centre de santé. Ceci viendra en sus de votre recommandation que l'enfant consomme des aliments riches en fer.

Veillez renvoyer les ASV à la page de leur Manuel. **Passez en revue** les informations listées dans l'encadré point par point, en discutant de chaque point dans le détail, et en répondant à toute question qu'ils pourraient poser.

RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'ALIMENTATION POUR LES NOURRISSONS AGES DE SIX A NEUF MOIS

Continuer à allaiter au sein : Les enfants âgés de plus de six mois continuent à bénéficier de l'allaitement maternel. Le lait maternel continue à les protéger contre de nombreuses maladies et les aide à grandir. Il est conseillé à toutes les mères de continuer à allaiter aussi souvent que l'enfant le désire.

Mais le lait maternel ne suffit pas : A l'âge de six mois, le lait maternel à lui seul ne peut répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant. Sans alimentation supplémentaire, les enfants peuvent perdre du poids et s'affaiblir au cours de cette période cruciale.

Alimentation complémentaire : Encouragez la famille à introduire une alimentation complémentaire pour l'enfant lorsqu'il atteint l'âge de six mois. Une alimentation complémentaire appropriée se compose par exemple de bouillie de céréales épaisse avec de l'huile ou du lait, des fruits, des légumes, des légumineuses, de la viande, des œufs, du poisson et des produits laitiers. Vous devriez suggérer des céréales localement disponibles et nutritives pour préparer une bouillie épaisse et insister sur la nécessité d'ajouter des aliments nutritifs d'origine animale. Donnez des idées sur la manière dont il est possible de préparer et de réduire les aliments en purée afin que le jeune enfant puisse les consommer sans danger.

Sources de fer : Les aliments riches en fer comptent au nombre des types d'aliments de complément les plus importants. Lorsqu'un nourrisson atteint l'âge de six mois, le lait maternel ne peut plus répondre à l'intégralité de ses besoins, et celui-ci est susceptible de devenir anémié s'il ne consomme pas suffisamment d'aliments riches en fer. Les aliments riches en fer sont le foie, les aliments d'origine animale et les légumes à feuilles foncées. Dans certaines régions, il est également possible de trouver des aliments enrichis en fer, qui sont des aliments classiques tels que la farine de maïs, de sorgho ou le pain, qui ont été enrichis en fer, ou des suppléments en fer, un produit que les familles peuvent saupoudrer sur la nourriture de l'enfant pour apporter un complément en fer. Au cours de la formation, vous découvrirez si ces aliments et produits sont disponibles dans votre région.

Note : Déterminez si les aliments enrichis en fer ou les suppléments en fer tels que les *Sprinkles* (poudre enrichie en micronutriments) sont disponibles dans votre communauté, et informez les ASV en conséquence.

Quantités/préparation : Commencez par donner deux à trois cuillérées de bouillie épaisse et d'aliments bien écrasés au cours de deux à trois repas chaque jour. Augmentez progressivement cette quantité pour passer à environ une demi-tasse à chaque repas. Proposez chaque jour un ou deux casse-croutes/« encas » semi-solides entre les repas si l'enfant a faim.

Aider l'enfant à manger : Jusqu'à ce que l'enfant puisse se nourrir lui-même, un adulte, un frère ou une sœur plus âgée devra s'asseoir avec l'enfant au cours des repas et l'aider à manger. L'enfant essaiera

rapidement de saisir des petits morceaux de nourriture. Il convient de le laisser faire afin de lui permettre de développer cette compétence. Donner à l'enfant des aliments qu'il peut manger avec ses doigts peut renforcer son intérêt pour la nourriture. Cependant, au cours de la période pendant laquelle les enfants apprennent à se nourrir seuls, ils devront toujours se faire aider pour l'essentiel de la nourriture qu'ils consomment afin de s'assurer qu'ils mangent suffisamment.

Assiette à part : L'enfant ne devrait pas avoir à être en compétition pour la nourriture avec ses frères et sœurs plus âgés en mangeant dans une assiette commune. Avec une assiette commune, il est difficile de savoir la quantité que l'enfant a mangée.

Lavage des mains : Il est important de se laver les mains avant de préparer la nourriture et de manger. Il convient également de laver les mains de l'enfant.

Suivi de la croissance : Continuez à emmener l'enfant se faire peser tous les mois.

Méthode de planification familiale : Si la mère a pratiqué l'allaitement maternel exclusif jusqu'à maintenant, sans observer le retour de ses règles, cela l'aura aidée à éviter une autre grossesse, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de six mois. Maintenant que la mère a introduit une alimentation complémentaire, elle peut facilement retomber enceinte si elle n'utilise pas d'autre méthode de planification familiale. Le mari et la femme devraient choisir une méthode de planification familiale, si nécessaire avec l'aide du centre de santé.



Activité 3 : Renforcer les informations : Les combinaisons d'aliments

Étape 1 : Rappelez aux ASV les combinaisons d'aliments importantes qu'ils ont apprises lors d'une session précédente. Prenez quelques minutes afin de passer en revue les aliments contenant de la vitamine A, des graisses, du fer et de la vitamine C, en classant leurs photos des aliments dans les catégories correctes, si les ASV ont besoin de ce rappel.

VITAMINE A + GRAISSES FER + VITAMINE C

Étape 2 : Demandez maintenant aux ASV de se mettre en cercle. Criez « vitamine A » et lancez un ballon à l'un des ASV. L'ASV qui attrape le ballon doit nommer un aliment riche en vitamine A et se positionner au centre du cercle. Il ou elle lance à son tour le ballon à une autre personne, de préférence du sexe opposé. Cette personne doit crier « huiles », et nommer un aliment riche en huiles. Elle rejoint alors le premier ASV au centre du cercle. Ils échangent alors des alliances pour montrer qu'ils sont désormais « mariés » ; c.à.d. que la vitamine A est mariée aux huiles (**Note :** Vous pouvez vous contenter d'utiliser des anneaux de porte-clés pour ce jeu).

Continuez ainsi, en criant le nom de l'un des quatre groupes ci-dessus à chaque premier lancer de ballon. Si l'un des participants donne une mauvaise réponse, il a perdu et doit aller s'asseoir. Continuez le jeu jusqu'à ce qu'il ne reste que deux participants. Il s'agira de vos derniers « mariés », et vous pourrez leur remettre une petite récompense.



Activité 4 : Stimuler son enfant pendant le repas pour favoriser son développement

Expliquez aux participants que le fait de stimuler son enfant pendant le repas l'encourage à manger, sans le forcer. La personne qui s'occupe de l'enfant peut encourager ce dernier à manger en montrant de l'intérêt, en souriant ou en proposant une cuillère de plus. Il faudrait décourager toute attitude consistant à menacer ou à se mettre en colère contre un enfant qui refuse de manger. Généralement, de telles actions font qu'un enfant mange moins.

Prenez en revue avec les ASV les idées figurant dans l'encadré ci-dessous et utilisez-les afin de stimuler la discussion entre eux.

NOURRIR SON ENFANT AVEC SENSIBILITE

- Nourrissez directement les nourrissons et aidez les enfants plus âgés lorsqu'ils se nourrissent eux-mêmes. Nourrissez-les lentement et en faisant preuve de patience, et encouragez les enfants à manger, mais ne les forcez pas.
- Si l'enfant refuse de nombreux aliments, expérimentez avec différentes combinaisons, différents goûts, textures et méthodes d'encouragement. Si l'enfant refuse un aliment particulier, attendez quelques jours et proposez-lui de nouveau. Répétez cette opération à plusieurs reprises en l'espace de quelques semaines. N'essayez pas d'introduire trop d'aliments différents en même temps.
- Réduisez les distractions au minimum pendant les repas si l'enfant se désintéresse rapidement.
- Souvenez-vous que les repas sont des périodes d'apprentissage et d'amour : parlez aux enfants quand vous les nourrissez, et regardez-les dans les yeux.


Activité 5 : Renforcer l'information : déboulonner les mythes sur l'alimentation des enfants

L'activité plénière : demander aux participants de se tenir dans un cercle, donner à chacun deux cartes avec une ✓ sur l'un et ✗ de l'autre. Expliquer : Les gens ont de nombreuses croyances concernant la nutrition des enfants, certaines sont vraies, et certains sont fausses. Lisez chaque exemple à haute voix et demander aux participants de tenir la tique s'il est vrai et la croix, si c'est un mythe (fausse croyance).

Déclaration	réponse
enfants âgés de 6 à 24 mois puisse pas manger du poisson car c'est mauvais pour eux.	Mythe ! Veillez à cuisiner bien et enlever les os.
Les enfants qui mangent beaucoup de sucre et les boissons sucrées peuvent souffrir d'obésité et de problèmes dentaires.	Vrai
Qu'enfants âgés de 6 à 24 mois doit manger principalement de riz mélangé avec de l'eau car ils ne peuvent pas digérer les autres aliments.	Mythe !
Les enfants doivent manger viande rouge et des légumes verts pour les empêcher de pénétrer l'anémie.	Vrai
enfants âgés de 6 à 24 mois qui mangent une diète y compris les fruits et légumes sont moins susceptibles de souffrir de maladies.	Vrai
un régime équilibré est lorsque chacun des groupes alimentaires pèse le même montant.	Mythe !
Aliments riches en protéines, tels que viande, poisson et œufs, aidera à un enfant à se développer	Vrai
Les boissons sucrées douces peuvent contribuer à l'obésité chez les enfants.	Mythe !
Les boissons gazeuses sucrées sont une excellente source d'énergie pour un jeune bébé.	Mythe ! Les boissons sucrées douces peuvent contribuer à l'obésité chez les enfants.
Enfants ne devraient pas manger œufs avant l'âge de 2 ans parce que c'est mauvais pour eux.	Mythe !
Les enfants qui mangent une grande assiette de riz tous les jours ne seront pas souffrent de malnutrition.	Mythe ! La malnutrition peut se produire en raison de ne pas manger un équilibre entre les bons aliments.

Un enfant qui ne mange pas de riz sera certainement souffrant de malnutrition.	Mythe ! Si le riz n'est pas disponible, l'enfant peut être donné autres sortes d'aliments énergétiques à la place.
Enfants âgés de moins de 1 ne devraient pas manger nourriture avec addition de sel.	Vrai -trop de sel dans l'alimentation de bébé est très malsain pour le bébé.
Viande cuite dans une sauce peut être servie deux jours après ce qui en fait.	Mythe ! Toute viande peut « tourner mal » et seulement doit être consommée le même jour qu'il est cuit.

Demandez aux participants de proposer autres croyances de leurs communautés et de tester les connaissances des uns et des autres.



Activité 6 : Donner des informations pertinentes : hygiène, surveillance de la croissance et les suppléments

Expliquer qu'il y a plusieurs autres pratiques essentielles à connaître pendant ce temps, associé à l'alimentation et la nutrition : hygiène, surveillance de la croissance et de suppléments de vitamine A. Expliquez ou lisez à haute voix :



SE LAVER LES MAINS A LA MAISON

Enfants et membres de la famille devraient laver les mains avec du savon après avoir déféqué et avant de préparer un repas, de manger et de l'alimentation des enfants. Dès l'âge de 6 mois, enfants devraient prendre l'habitude d'avoir toujours les mains lavées avant un repas ; depuis environ 2 ans, ils peuvent même commencer à faire eux-mêmes.

SUIVI DE CROISSANCE DES ENFANTS

Poids et la croissance doivent être mesurées tous les mois dans votre établissement de santé local. Idéalement, un enfant doit être pris pour la surveillance de la croissance une fois par mois jusqu'à l'âge de 2 ans. Si l'enfant montre le manque de croissance, ou de perte de poids, il peut être nécessaire de faire de tests afin de trouver une cause sous-jacente, conseiller les parents sur l'alimentation du nourrisson, ou reportez-vous à suppléments alimentaires prise en charge s'ils sont disponibles.

VITAMINE A

Manque de vitamine A peut causer la cécité ou des maladies graves. De 6 mois d'âge, enfants besoin d'une dose de vitamine A une fois tous les 6 mois de services de santé. La ASC devrait encourager toutes les familles à participer à une clinique ou service pour obtenir des gouttes de vitamine A pour l'enfant à 6 mois et tous les 6 mois à 5 ans de sensibilisation.

PLANIFICATION FAMILIAL

Un écart de 2 ans entre chaque enfant est meilleur pour la santé de la mère et celle de la famille. Une méthode de planification familiale adaptée peut être fournie à la clinique. Par les mères de cette époque tout recommandé d'utiliser des méthodes de planification familiale. Il est important de rappeler aux couples que si elles deviennent enceintes encore une fois, cela pourrait signifier qu'ils sont moins en mesure d'allaiter leur bébé à 2 ans, ce qui signifie que le bébé grandira moins fort et sain ainsi.



Activité 7 : Les obstacles et les facilitateurs pour les pratiques recommandées

Travail en groupes : utiliser le manuel de ménage à revoir les pratiques négociées pour donner les bons aliments dans les aliments complémentaires. Demandez aux participants de réfléchir d'éventuels obstacles et les facilitateurs pour les familles de trouver et de donner les bons aliments à l'enfant et de conserver ces

pratiques au fil du temps. Les groupes devraient écrire des notes dans la ttC manuels du Participant et présenter leurs idées à la plénière.

Notamment en considération : les croyances culturelles ou aliments tabous financière concerne l'accès et la disponibilité des aliments, les habitudes alimentaires : nombre de repas et de partage des plaques.

Visitez 7:5-mois visite – une alimentation complémentaire


Messages-clés et des informations supplémentaires	Obstacles que ce qui le rend difficile à faire ?	Facilitateurs que ce qui les rendrait plus facile à faire ?	Conseils de réponse ou solution
Une alimentation complémentaire : importance de la diversité alimentaire – trois groupes d'aliments.			
Continué l'allaitement à 2 ans et au-delà en outre à donner des aliments.			
Donner des aliments riches en fer : viande, poulet, poisson, feuilles vertes, aliments enrichis.			
Suppléments de vitamine A a partir de 6 mois.			
Continuer le suivi de la croissance régulière à la clinique et de la Communauté (MUAC)			
Planification familial (PF)			



Résumer les principaux points de la session

- A l'âge de six mois, le lait maternel à lui seul ne peut répondre à tous les besoins nutritionnels de l'enfant.
- Par conséquent, l'enfant doit recevoir une alimentation complémentaire appropriée deux à trois fois par jour. La nourriture doit se présenter sous forme semi-solide et être écrasée afin que l'enfant puisse facilement l'avalier.
- Toutes les mères, y compris les mères séropositives, devraient continuer à allaiter aussi souvent que l'enfant le désire.
- Donnez à l'enfant des aliments riches en fer.
- Combine different foods to maximise absorption of nutrients in the body.
- Idéalement, un enfant doit être pris pour la surveillance de la croissance une fois par mois jusqu'à l'âge de 2 ans.
- Manque de vitamine A peut causer la cécité ou des maladies graves. Pour éviter cela, 6 mois d'âge, enfants besoin d'une dose de vitamine A une fois tous les six mois de la clinique.
- Planification familiale est particulièrement importante pour les mères qui allaitent. Devenir enceinte trop tôt pourrait signifier qu'ils sont moins en mesure d'allaiter leur bébé à 2 ans, alors que leur enfant va être moins bien nourrie.

Session 2 : Alimentation Complémentaire

Plan de la session	<p>Activité 1 : Examiner les informations pertinentes : les trois groupes alimentaires et des aliments riches en fer</p> <p>Activité 2 : la préparation des aliments : démonstrations</p> <p>Activité 3 : Epuration démonstration</p> <p>Activité 4 : les obstacles et les facilitateurs pour alimentation complémentaire</p>	 <p>Durée: 2h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants sauront :</p> <ul style="list-style-type: none"> expliquer comment préparer une alimentation complémentaire nutritive appropriée à l'enfant âgé de six à neuf mois, en utilisant les aliments localement disponibles identifier les trois groupes d'aliments et classer correctement les différents aliments identifier les contraintes rencontrées par les familles dans la préparation de ces aliments et répondre à ces préoccupations. 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> Préparer des aliments complémentaires pour un enfant âgé de 6 à 12 mois: <ul style="list-style-type: none"> se laver les mains avec du savon ou des cendres avant la préparation et à l'alimentation; utiliser des ustensiles propres, plaques. Faites bien cuire et servir tout de suite, en purée ou en purée les aliments. Pour les enfants de moins de 2 années, leur donner leur propre assiette afin de savoir quelle quantité est consommée. Ne préparez des aliments aqueux ou nez qui coule comme le bébé ne recevra pas assez de nutrition pour une croissance saine. Se laver les mains avec du savon après avoir déféqué et avant de préparer un repas, de manger et de l'alimentation. Se laver les mains avec du savon après avoir déféqué et avant de préparer un repas, de manger et de l'alimentation de enfants. 	
Préparation and matériaux	<p><i>Matériaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Casseroles, poêles, assiettes, ustensiles Une source de combustible de cuisson (bois de feu, gaz, charbon) Poste de lavage des mains avec du savon Ingrédients Photos des aliments Récipient propre pouvant contenir un litre d'eau ou plus Solution de traitement de l'eau (chlore), de la marque la plus fréquemment utilisée dans la région <p><i>Préparation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultez les ASV afin de découvrir des recettes locales qui pourraient être appropriées pour la démonstration. Rassemblez tout le matériel et les ingrédients. Dans certains cas, les ASV pourraient donner une partie du matériel et/ou certains des ingrédients. Envisagez la possibilité de préparer certaines des recettes à l'avance afin de vous entraîner. Préparez un coin cuisine avant la session, y compris le poste de lavage des mains. 	

Mise en contexte : Tout ce que vous faites au cours de cette session devrait être basé sur des aliments localement disponibles. Bien entendu, vous ne suivrez pas une recette proposée si les ingrédients sont difficiles à trouver dans votre région. Préparez cette session en conséquence.

Présentez la session

Expliquez ou lisez à haute voix :

Les Objectifs de l'apprentissage

A la fin de cette session, vous pourrez :

- préparer une alimentation complémentaire nutritive appropriée à l'enfant âgé de six à neuf mois, en utilisant les aliments localement disponibles
- identifier les trois groupes d'aliments et classer correctement les différents aliments
- identifier les contraintes que les familles pourraient rencontrer dans la préparation de ces aliments, et répondre à ces préoccupations.



Activité 1 : Revoir les informations pertinentes : les trois groupes d'aliments, et les aliments riches en fer

Étape 1 : Pour cette session, les ASV devraient avoir leurs photos des aliments. **Demandez** aux ASV de former un cercle, en faisant face à l'extérieur du cercle. **Demandez** aux ASV de classer individuellement leurs photos des aliments sur le sol, devant eux, selon les trois groupes d'aliments.

Étape 2 : Maintenant, **demandez** à chaque ASV de se déplacer d'une place dans le cercle et d'étudier le classement de l'ASV qui se trouvait à côté de lui/d'elle. S'il pense que le classement des fiches est incorrect, l'ASV peut placer les fiches dans une catégorie différente. **Puis demandez** aux ASV de changer de place une fois de plus dans le cercle et de répéter l'opération. Poursuivez cet exercice jusqu'à ce que tout le monde soit satisfait du bon classement des aliments.

Étape 3 : **Poursuivez** par une discussion sur l'importance de ces trois groupes d'aliments, en mettant l'accent sur le fait que les nourrissons de plus de six mois doivent puiser une grande partie de leurs besoins dans les aliments, et que leur régime alimentaire doit inclure des aliments issus de tous les groupes d'aliments.

Étape 4 : **Demandez maintenant** aux participants de séparer les fiches illustrant des aliments riches en fer. **Demandez** aux ASV d'expliquer l'importance des aliments riches en fer pour l'enfant.



Activité 2 : Préparation des aliments : Démonstrations

Préparation pour la session

- Décidez des aliments et des recettes dont vous souhaitez faire la démonstration au cours de cette session. Dans tous les cas, les démonstrations de préparation des aliments doivent être réalisées *en utilisant des aliments disponibles localement*. Par conséquent, si vous ne vivez pas dans un pays où l'on trouve par exemple des noix de coco, ne présentez pas de recettes nécessitant l'utilisation de lait de coco. Travaillez avec les ASV afin de déterminer les aliments disponibles localement, et peut-être de découvrir certaines méthodes utilisées localement pour préparer à manger pour les jeunes enfants.
- Veillez à disposer de tous les ingrédients nécessaires avant la session, ainsi que des ustensiles de cuisine dont vous aurez besoin. Vous pouvez demander aux ASV d'apporter des casseroles et des assiettes, et éventuellement du bois de feu ou du charbon, en fonction de la méthode que vous choisirez pour

réaliser les démonstrations. Vous aurez besoin de suffisamment d'assiettes - une par participant - afin que chaque personne puisse goûter les aliments préparés. Les ASV pourraient également apporter certains ingrédients, ceux-ci pouvant également être prévus dans le budget de formation, selon la situation de votre bureau régional et/ou du programme de développement régional (ADP).

- Veillez également à disposer d'un poste de lavage des mains et de savon.

Étapes de la démonstration

1. **Demandez** à chaque personne de se laver les mains avant de manipuler les aliments.
2. **Facilitez** une discussion avec les ASV, en leur demandant de décrire certains des aliments qu'ils donnent à leurs jeunes enfants et la manière dont ils les préparent. Si vous vous êtes arrangés à l'avance avec les ASV pour montrer certains des repas qu'ils préparent, expliquez-le dans la discussion : afin que chacun ait une chance de voir et de goûter des préparations alimentaires couramment données aux jeunes enfants.
3. Si les ASV prépareront des aliments qu'ils connaissent bien, **demandez-leur** de prendre l'initiative de la préparation des aliments, de préparer l'intégralité du repas et d'expliquer.
4. Si vous allez présenter de nouvelles recettes aux ASV, **expliquez** ces recettes. Les ASV peuvent tout de même préparer les plats.
5. Une fois la préparation des différents aliments et des différentes recettes montrée, tout le monde devrait pouvoir goûter tout ce qui a été préparé. Chaque personne doit se laver les mains une fois de plus avant de manger.

Suggestions de démonstrations de plats appropriés aux enfants âgés de six à neuf mois

1. Soupes

2. Fruits et légumes écrasés

- bananes
- mangues
- papayes
- melons
- patates douces cuites et écrasées
- patates douces à chair orange cuites et écrasées, riches en vitamine A

3. Bouillie enrichie

- Vous trouverez ci-dessous des recettes de bouillie enrichie.

Note : les préférences quant à la consistance de la bouillie varieront en fonction du pays. Par conséquent, il n'est pas possible d'indiquer les quantités précises d'eau à utiliser dans ces recettes. La bouillie ne devrait néanmoins être trop fine, ou trop liquide. Sa consistance devrait être telle qu'elle reste dans la cuillère lorsque vous la penchez, tel qu'illustré ci-dessous.



Non



Oui

Recettes de bouillie enrichie

- Remarque : Il est important de emphatiser use de l'eau bouillante. Inclure l'eau bouillante dans toutes les étapes de préparation car ils cuisent (ont accès au feu). Examiner chaque recette avant de commencer et

demandez aux participants d'identifier qui des aliments sont de quel groupe d'aliments. Remarquer qu'une bonne recette contiendra tous les groupe d'aliments, ainsi qu'une petite quantité d'huile/beurre.

- « Go » aliments aliments/hydrates de carbone/énergie (selon vos définitions utilisées)
- « Grow » aliments/protéines/construction du corps
- « Glow » aliments aliments/fruits et légumes/protecteur d'aliments

<p style="text-align: center;"><u>Recette 1</u></p> <p>Ingrédients 3 cuillères à soupe de farine (maïs, riz, manioc, sorgho, millet) Fruit réduit en purée (ou une cuillère à soupe de sucre) 1 cuillère à café d'huile, ou 4 cuillères à café de lait de coco, ou 4 cuillères à café d'arachides broyées et tamisées</p> <p>Préparation Préparez la bouille dans une casserole avec de l'eau. Si vous ajoutez de l'huile ou du lait de coco, ajoutez cet ingrédient pendant la cuisson. Si vous ajoutez de l'arachide, ne l'ajoutez qu'en fin de cuisson. N'ajoutez le fruit écrasé ou le sucre qu'à la fin, et mélangez.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Recette 2</u></p> <p>Ingrédients 3 cuillères à soupe de farine (maïs, riz, manioc, sorgho, millet) 1 cuillère à café d'huile 1 œuf battu Sel pour le goût (iodé)</p> <p>Préparation Faites cuire la bouillie dans une casserole avec de l'eau, en y ajoutant l'huile ou le lait de coco. Avant de retirer la casserole du feu, ajoutez l'œuf battu. Ajoutez le sel à la fin et mélangez.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Recette 3</u></p> <p>Ingrédients 3 cuillères à soupe de farine (maïs, riz, manioc, sorgho, millet) 3 cuillères à soupe de haricots secs (de n'importe quel type), cuits et écrasés 3 cuillères à soupe de légumes verts (de n'importe quel type) 1 cuillère à café d'huile ou 4 cuillères à café de lait de coco, ou des graines de tournesol, de sésame, de citrouille ou de pastèque, grillées et broyées</p> <p>Préparation Faites cuire la farine dans une casserole avec de l'eau pour préparer la bouillie. Si vous utilisez de l'huile ou du lait de coco, ajoutez cet ingrédient pendant la cuisson, avec les légumes verts, s'il s'agit de légumes verts qui cuisent rapidement, comme les feuilles de courge ou les feuilles de patate douce. Si vous utilisez des feuilles de manioc, vous devrez les cuire à l'avance. Si vous utilisez des graines de tournesol, de sésame, de citrouille ou de pastèque, ajoutez-les en fin de cuisson. Les haricots secs doivent être cuits séparément, écrasés et ajoutés en fin de cuisson.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Recette 4</u></p> <p>Ingrédients 3 cuillères à soupe de farine (maïs, riz, manioc, sorgho, millet) 3 cuillères à soupe de poisson (de n'importe quel type), cuit et écrasé 3 cuillères à soupe de légumes verts (de n'importe quel type) 1 cuillères à café d'huile ou 4 cuillères à café de lait de coco, ou des graines de tournesol, de sésame, de citrouille ou de pastèque, grillées et broyées.</p> <p>Préparation Faites cuire la farine dans une casserole avec de l'eau pour préparer la bouillie Si vous utilisez de l'huile ou du lait de coco, ajoutez cet ingrédient au moment de la cuisson, avec les légumes verts, s'il s'agit de légumes verts qui cuisent rapidement, comme les feuilles de courge ou les feuilles de patate douce. Si vous utilisez des feuilles de manioc, vous devrez les cuire à l'avance. Si vous utilisez des graines de tournesol, de sésame, de citrouille ou de pastèque, ajoutez-les en fin de cuisson. Le poisson doit être cuit séparément et écrasé. Si vous utilisez du poisson séché, vous devrez le griller et le broyer. Le poisson est également ajouté à la fin.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Recette 5</u></p> <p>Ingrédients 4 cuillères à soupe de farine de manioc, ou du manioc cuit et réduit en purée 2 cuillères à soupe d'arachide ou de noix de cajou grillées et broyées 1 à 2 cuillères à soupe de légumes verts, broyés et cuits Eau</p> <p>Préparation Faites cuire la farine dans une casserole avec de l'eau pour préparer la bouillie. Ajoutez l'arachide ou les noix de cajou en fin de cuisson, avec les légumes verts cuits au préalable. Si vous utilisez du manioc frais, vous devrez le cuire et le réduire en purée au préalable.</p>	



Activité 3 : Démonstration du traitement de l'eau

1. **Facilitez** une discussion avec les ASV, en leur demandant d'expliquer l'importance de boire de l'eau potable (purifiée). **Expliquez** que si une famille n'est pas sûre de la pureté de leur source d'eau, il est nécessaire de **faire bouillir** ou de **traiter** systématiquement l'eau. **Expliquez** que vous allez montrer comment traiter l'eau au chlore.
2. **Utilisez** la solution de purification de l'eau la plus couramment utilisée dans la région du projet et suivez les instructions fournies sur l'étiquette. Normalement, vous **ajouterez** deux gouttes d'eau de javel (chlore) pour un litre d'eau et **laissez reposer** pendant 10 minutes. L'eau peut alors être bue en toute sécurité.
3. Dans des verres propres, **donnez** à chaque ASV de l'eau pour qu'ils puissent la goûter. **Demandez** aux ASV s'ils remarquent une différence significative dans le goût de l'eau.



Activité 4 : Contraintes entravant la mise en pratique des recommandations

Travail en groupes : revoir les pratiques négociées pour une alimentation complémentaire et l'hygiène dans le manuel de ménage. Discuter des obstacles et des facilitateurs pour la mère adoptant la pratique, prendre des notes dans la ttC manuels du Participant dans le tableau.




Messages-clés et des informations supplémentaires	Obstacles <i>que ce qui le rend difficile à faire ?</i>	Facilitateurs <i>que ce qui les rendrait plus facile à faire ?</i>	Conseils de réponse ou solution
Préparation des aliments complémentaires pour un enfant de 6 à 9 mois : - donner 2 à 3 repas par jour aliment en réponse à la faim de l'enfant. (alimentation responsive). - Donner de la nourriture sur une plaque séparée.			
Lavage des mains avec savon, hygiène pendant la préparation des aliments (prévenir la diarrhée).			
Depuis six mois, donner à boire de l'eau – devrait être bouillie ou eau purifiée.			



Résumer les principaux points de la session

- Préparer des aliments complémentaires pour un enfant âgé de 6 à 12 mois:
 - se laver les mains avec du savon ou des cendres avant la préparation et à l'alimentation; utiliser des ustensiles propres, plaques. Faites bien cuire et servir tout de suite, en purée ou en purée les aliments.
 - Pour les enfants de moins de 2 années, leur donner leur propre assiette afin de savoir quelle quantité est consommée.
 - Ne préparez des aliments aqueux ou nez qui coule comme le bébé ne recevra pas assez de nutrition pour une croissance saine. Se laver les mains avec du savon après avoir déféqué et avant de préparer un repas, de manger et de l'alimentation.
- Se laver les mains avec du savon après avoir déféqué et avant de préparer un repas, de manger et de l'alimentation de enfants.

Session 3 : Les principaux tueurs et l'alimentation pendant la maladie

Plan de la session	Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2 : Donner les informations pertinentes : La diarrhée Activité 3 : Diarrhée : Préparer et donner une SRO et du zinc Activité 4 : Le paludisme et la pneumonie Activité 5 : Les signes de danger généraux Activité 6 : L'alimentation pendant la maladie Activité 7 : Obstacles et idées fausses : L'alimentation pendant la maladie	 <p>Durée : 2h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les familles sur les bonnes actions et le bon traitement des principaux tueurs, notamment savoir quand demander des soins auprès d'un agent de santé qualifié • Expliquer l'importance de la solution de réhydratation orale (SRO) et du zinc pour le traitement de la diarrhée, où en trouver et comment la préparer • Conseiller les familles sur l'alimentation continue des nourrissons malades. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des décès de nourrissons de moins de 2 ans sont imputables à la pneumonie, le paludisme ou la diarrhée, qui sont des maladies évitables ou pouvant être traitées. • La diarrhée peut être traitée à domicile par la famille au moyen d'une SRO et d'une alimentation continue. • La pneumonie et le paludisme doivent être traités par un agent de santé formé. • De l'âge de 6 mois à 2 ans, continuer à allaiter le bébé tous les jours, dès que le bébé à faim. Allaiter plus longtemps et plus fréquemment que d'habitude pendant et après la maladie. • Un enfant devra manger et boire plus que d'habitude pendant et après la maladie. Encourager les mères à nourrir patiemment leurs enfants, en leur donnant de petits repas fréquents pendant la maladie jusqu'à ce qu'ils aillent mieux. • Si un enfant ne peut pas du tout boire ou téter, c'est un signe de danger nécessitant une orientation urgente vers un centre de santé. 	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Manuels du ménage • Un paquet de SRO et comprimés de zinc, si disponible • DVD de la démonstration de la PCIME si disponible (Signes de danger) 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Conseiller les familles sur les bonnes actions et le bon traitement des principaux tueurs, notamment savoir quand demander des soins auprès d'un agent de santé qualifié
- Expliquer l'importance de la solution de réhydratation orale (SRO) et du zinc pour le traitement de la diarrhée, où en trouver et comment la préparer
- Conseiller les familles sur l'alimentation continue des nourrissons malades.

**Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà**

Demandez : Quelles sont les principales causes de décès chez les enfants de moins de 2 ans ? Est-ce que l'un de vos enfants a déjà eu la diarrhée ? Comment l'avez-vous soigné ?

Demandez : Est-ce que l'un de vos enfants a déjà souffert de pneumonie ou de paludisme ? Que s'est-il passé ? Comment l'avez-vous soigné ?

Notez les réponses importantes sur le tableau de conférence, une page pour chaque maladie, et référez-vous aux réponses pendant la session.

**Activité 2 : Donner les informations pertinentes : La diarrhée****LA DIARRHÉE**

La diarrhée se définit par la présence de **trois selles liquides ou plus** par jour.

- **Prévenir la diarrhée** : La diarrhée devient plus fréquente une fois que des aliments de complément et de l'eau ont été introduits, parfois à cause d'une préparation insalubre des repas, d'une mauvaise qualité des aliments ou de l'eau potable qui n'est pas propre. De bonnes pratiques d'hygiène permettent de se protéger de la diarrhée. Il est important de se laver les mains au savon et à l'eau courante après être allé aux latrines ou avant de cuisiner et de manger. Il est également important d'éliminer les excréments dans les latrines ou de les enterrer.
- **Prévenir la déshydratation chez un enfant souffrant de diarrhée** : La diarrhée tue en vidant les liquides du corps, entraînant ainsi la déshydratation de l'enfant. Dès que la diarrhée commence, l'enfant doit boire davantage et prendre des repas réguliers. L'allaitement réduit la gravité et la fréquence de la diarrhée. Les mères doivent continuer à allaiter leur enfant à la demande.
- **Traiter la diarrhée avec une SRO/du zinc** : Toutes les diarrhées chez un enfant de moins de 5 ans nécessitent l'administration d'un traitement à base de SRO et de zinc. La SRO diluée dans l'eau permet de prévenir et de traiter la déshydratation. Le zinc contribue à réduire la gravité de la diarrhée et prévient même les épisodes futurs de diarrhée. Le zinc améliore aussi l'appétit et la croissance des enfants. Les SRO et le zinc peuvent être obtenus dans un centre de santé ou une pharmacie.
- **Alimentation pendant la maladie** : Un enfant souffrant de diarrhée doit continuer à manger régulièrement. Au cours de la période de rétablissement, l'enfant doit consommer un repas supplémentaire chaque jour pendant au moins deux semaines.
- **Surveiller l'apparition de signes de danger pendant une diarrhée** : Recherchez immédiatement de l'aide auprès d'un agent de santé formé si l'un des signes de danger suivants est constaté chez un enfant souffrant de diarrhée :

Signes de danger

- L'enfant n'arrive pas à téter, ou à manger ou boire.
 - L'enfant a des vomissements persistants, il vomit tout.
 - L'enfant a des attaques (crises).
 - L'enfant est anormalement somnolent ou inconscient.
 - Du sang est présent dans les selles de l'enfant.



Activité 3 : Diarrhée : Préparer et donner une SRO et du zinc¹

Montrez comment préparer une SRO, dans l'idéal dans les mêmes conditions que celles des membres de la communauté, par exemple avec un four à charbon ou en filtrant l'eau. **Expliquez** qu'il est utile que les ASCs sachent comment la préparer afin qu'ils puissent montrer à la mère comment faire.



PRÉPARER UNE SRO

- Lavez-vous les mains au savon et à l'eau courante.
- Versez toute la poudre d'un sachet dans un récipient d'un litre propre comme un pot, un bol ou une bouteille.
- Mesurez 1 litre d'eau propre (ou la quantité adéquate pour le sachet utilisée). Il est préférable de faire bouillir et laisser refroidir l'eau, mais si cela n'est pas possible, utilisez l'eau potable la plus propre disponible.
- Versez l'eau dans le récipient. Mélangez bien jusqu'à dissolution complète de la poudre.
- Mélangez toujours une solution de SRO fraîche chaque jour dans un récipient propre fermé d'un couvercle, et jetez tout ce qui pourrait rester de la solution de la veille.

DONNER LA SRO

La SRO doit être donnée après chaque selle molle :

- **Jusqu'à l'âge de 2 ans** : 50 à 100 ml après chaque selle molle (une demie tasse à une tasse)
- **De 2 ans et plus** : 100 à 100 ml après chaque selle molle (1 à 2 tasses)

Comment donner la SRO :

- Donnez fréquemment de petites gorgées à boire dans une tasse ou une cuillère. Utilisez une cuillère pour donner du liquide à un jeune enfant.
- Si l'enfant vomit, attendez 10 minutes avant d'en donner davantage ; puis recommencez, en lui donnant la solution à boire plus lentement.
- Continuez à donner des liquides supplémentaires jusqu'à ce que la diarrhée cesse.

DONNER DU ZINC

Dose :

- Enfants < 6 mois : ½ comprimé de 20 mg, une fois par jour, pendant 10 à 14 jours (en fonction de la prescription)
- Enfants ≥ 6 mois : 1 comprimé par jour pendant 10 à 14 jours (en fonction de la prescription)

Donner du zinc :

- Les enfants qui sont encore allaités : Dissoudre le comprimé dans une petite quantité de lait maternel, de SRO ou d'eau propre.
- Les enfants qui ne sont pas allaités ou plus âgés : Les comprimés peuvent être mâchés ou dissous dans l'eau propre.
- Il est important de donner le traitement complet même si la diarrhée a cessé.

¹ *Handbook of Integrated Management of Childhood Illnesses* (2005). OMS.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546441.pdf>.



Activité 4 : Examiner les informations pertinentes : La paludisme et la pneumonie (révision du Module 2)

Demandez : Qu'est-ce que le paludisme ? Comment se transmet-il ? Comment tester et traiter un enfant atteint de paludisme ?

Demandez : Qu'est-ce que la pneumonie et pourquoi est-elle dangereuse pour les enfants ? Comment la traite-t-on ?



INFORMATIONS SUR LE PALUDISME

- Le paludisme est une maladie infectieuse qui se transmet par les piqûres de moustiques. Dormir sous une moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide est le meilleur moyen de prévenir les piqûres de moustiques.
- Un enfant ayant de la fièvre doit être immédiatement examiné par un agent de santé formé, dans les 24 heures s'il s'agit du paludisme, qui peut être très grave. Il testera l'enfant pour vérifier s'il est atteint du paludisme au moyen d'un test de diagnostic. Si le paludisme est diagnostiqué, traitez l'enfant au moyen d'un traitement antipaludique.

MALADIE RESPIRATOIRE AIGÛE/PNEUMONIE

- La pneumonie est une infection pulmonaire au cours de laquelle les poumons se remplissent de liquides et le bébé ne peut plus respirer. C'est une maladie pouvant être fatale, nécessitant un traitement immédiat au centre de santé. Un nourrisson ou un enfant qui respire rapidement ou difficilement pourrait être atteint de pneumonie. De nombreux enfants décèdent à domicile des suites d'une pneumonie car leurs aidants ne réalisent pas la gravité de la maladie et la nécessité d'une prise en charge médicale immédiate.
- Un enfant souffrant de toux pourrait être atteint de pneumonie et doit être immédiatement orienté vers un centre de santé s'il présente des signes de danger :
- Enfoncement de la cage thoracique
- Respiration rapide et bruyante (bruit de grincement, sifflement)



Activité 5 : Donner les informations pertinentes : Signes de danger généraux

Demandez : Quels sont les signes de danger les plus graves chez les enfants ? Comment évaluons-nous les signes urgents ?



SIGNES DE DANGER GÉNÉRAUX (SOINS MÉDICAUX URGENTS)

Si l'enfant présente l'un de ces signes, il doit être orienté de toute urgence vers un centre de santé pour recevoir des soins.

- L'enfant n'arrive pas à téter, ou à manger ou boire.
- L'enfant a des vomissements persistants, il vomit tout.
- L'enfant a des attaques (crises).
- L'enfant est anormalement somnolent ou inconscient.

SIGNES DE DANGER (DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE ORIENTATION OU CHERCHER LES SOINS MÉDICAUX LES PLUS PROCHES)

- L'enfant a de la fièvre.
- L'enfant a une respiration rapide ou difficile et/ou la cage thoracique se creuse lorsqu'il inspire.
- L'enfant a une toux accompagnée d'un enfoncement de la cage thoracique.
- L'enfant a trois selles liquides ou plus par jour.
- Du sang est présent dans les selles de l'enfant.

- L'enfant a du pus dans les yeux.
- L'enfant a du pus dans les oreilles.
- L'enfant a des enflures sur les deux pieds.
- L'enfant a des cloques/éruptions sur le corps.

ÉVALUER ET OBSERVER L'ENFANT MALADE AGE DE 2 À 59 MOIS PENDANT UNE VISITE À DOMICILE

- Demandez : L'enfant peut-il voire ou téter ?
- Demandez : L'enfant vomit-il tout ?
- Demandez : L'enfant a-t-il des attaques ou convulsions ?
- Surveillez : L'enfant est-il très somnolent ou inconscient ?

SI L'ENFANT PRESENTE L'UN DE CES SIGNES, ORIENTEZ-LE VERS UN CENTRE DE SANTE.

Surveillez l'apparition de tous les autres signes de danger. Orientez l'enfant vers un prestataire de soins approprié si vous observez des signes de danger.



Activité 6 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation pendant la maladie

Demandez : Comment la maladie affecte-t-elle l'allaitement d'un jeune enfant ? Tête-t-il plus ou moins que d'habitude ? Que devraient-ils faire ?

Demandez : Quelles sont les croyances de la communauté sur l'allaitement des enfants lorsqu'il est malade ?

Demandez : D'après votre expérience de prise en charge d'un enfant malade, comment mangait-elle, comment les parents encourageaient-ils l'enfant à manger et boire plus que d'habitude ?



Consolider les informations : La malnutrition et la maladie

Tracez le diagramme (ci-contre) sur le tableau de conférence (sans les flèches). Posez les questions suivantes, puis demandez-leur de dessiner les relations entre elles.

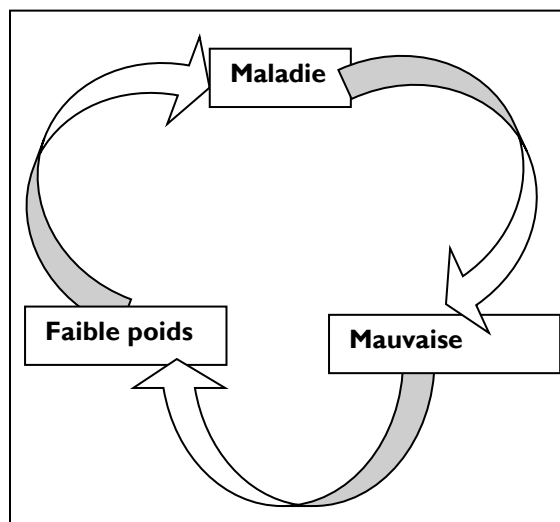
Comment la maladie affecte-t-elle l'appétit et la consommation d'un enfant ? Réponse : L'enfant mange moins.

Que fait le poids de l'enfant quand il mange moins ? Réponse : L'enfant peut perdre du poids.

Si un enfant a un faible poids, est-il en mesure de lutter contre les infections ? Réponse : L'enfant est moins capable de lutter contre les infections.

Que pourrait-il alors se passer ?

Réponse : L'enfant peut retomber malade et perdre encore du poids.



Expliquez : Le cercle vicieux de la malnutrition et de la maladie est la raison pour laquelle l'alimentation pendant et après la maladie est tellement importante.







L'ALIMENTATION PENDANT LA MALADIE CHEZ UN ENFANT DE PLUS DE 6 MOIS.

- **Allaitement** : Dites à la mère d'allaiter plus fréquemment et plus longtemps à chaque tétée, en particulier si l'enfant est exclusivement allaité. On doit d'abord proposer aux enfants allaités de moins de 6 mois une tétée avant de leur donner une SRO et jamais aucun autre liquide.
- **Pour les enfants non allaités ou de plus de 6 mois, donnez des liquides supplémentaires** : Donnez autant de liquide que ce que l'enfant peut boire, dès que la diarrhée commence. Cela sert à remplacer les liquides perdus pendant la diarrhée et à prévenir une déshydratation. Donnez un ou plusieurs des liquides suivantes :
 - Une solution de SRO (pour la diarrhée uniquement)
 - Liquides alimentaires (soupes, eau du riz et yaourts à boire)
 - Eau propre (de préférence donnée avec des aliments).
- **Donnez des aliments supplémentaires** : Quand ils sont malades, les enfants peuvent être moins enclins à manger des aliments solides. Les mères doivent allaiter autant que possible et encourager l'enfant à manger de petits encas ou des aliments liquides mous. Donnez de petites quantités fréquemment plutôt qu'un repas copieux si cela est plus facile. Si l'enfant vomit, attendez un moment puis réessayez. Si l'enfant vomit tout ce qu'il ingère, c'est un signe de danger urgent.
- **Alimentation active** : Il est important d'activement alimenter l'enfant, en encourageant l'enfant à manger. L'enfant ne devrait pas avoir à rivaliser pour la nourriture avec des frères et sœurs plus âgés en mangeant dans une assiette commune, mais devrait avoir sa propre assiette. Jusqu'à ce que l'enfant puisse se nourrir tout seul, la mère ou l'aidant doit aider l'enfant à se nourrir. Cela est particulièrement vrai pendant une maladie quand l'enfant peut avoir besoin de plus d'encouragements ou d'aide que d'habitude pour se nourrir adéquatement.

Donner des informations pertinentes : Recommandations de l'alimentation pendant la maladie

Mise en contexte : Remplacez l'encadré ci-dessous par un texte adapté à votre directives nationales

Moins de 6 mois	De l'âge de 6 à 12 mois	De l'âge de 12 mois à 2 ans	2 ans et plus
<p>Allaiter aussi souvent que l'enfant le souhaite, jour et nuit. Allaiter au moins 8 fois toutes les 24 heures. Ne pas donner d'autres aliments ou liquides.</p> 	 <p>Continuer à allaiter aussi souvent que l'enfant le désire. Donner 3 portions d'aliments de complément nutritifs. Mélanger toujours margarine, gras, huile, beurre de cacahuète ou arachide avec la bouillie de flocons d'avoine. Ajouter aussi du poulet, des œufs, des haricots, du poisson, du lait entier ou des fruits et légumes en purée au moins une fois par jour. Si le bébé n'est pas allaité, donner également 3 tasses (3 x 200 ml) de lait entier.</p>	 <p>Continuer à allaiter aussi souvent que l'enfant le souhaite, et donner également des aliments de complément nutritifs. Donner au moins 5 repas nutritifs adéquats. Augmenter la diversité et la quantité des aliments familiaux : Mélanger margarine, gras, huile, beurre de cacahuète ou arachide avec la bouillie de flocons d'avoine. Donner des œufs, de la viande, du poisson ou des haricots, tous les jours.</p>	 <p>Continuer à allaiter aussi souvent que l'enfant le désire. Donner au moins 5 repas nutritifs adéquats. Augmenter la diversité et la quantité des aliments familiaux : Mélanger margarine, gras, huile, beurre de cacahuète ou arachide avec la bouillie de flocons d'avoine. Donner des œufs, de la viande, du poisson ou des haricots, tous les jours.</p>

	Si le bébé ne boit pas de lait, donner six repas complémentaires par jour.	Donner des fruits et des légumes deux fois par jour. Donner du lait tous les jours, en particulier si l'enfant n'est plus allaité. Nourrir activement le bébé en lui donnant sa propre portion.	Donner des œufs, de la viande, du poisson ou des haricots, tous les jours. Donner du lait tous les jours, en particulier si l'enfant n'est plus allaité. Nourrir activement le bébé en lui donnant sa propre portion.
--	--	---	---



Activité 7 : Obstacles et idées fausses : L'alimentation pendant la maladie

Faites ce jeu en formant deux lignes ou en demandant aux participants de lever la main. Lisez la déclaration et demandez si c'est "vrai ou faux". Puis demandez à chaque participant quelles sont les croyances courantes dans sa région.

- On ne doit rien donner à manger ni à boire à un enfant qui vomit, jusqu'à ce que les vomissements cessent (Faux).
- Si un enfant souffre de diarrhée, le fait de lui donner moins à boire stoppera la diarrhée. (Faux).
- Un enfant atteint de pneumonie ou d'un rhume doit manger ou boire plus que d'habitude pendant deux semaines au moins (Vrai).
- Si un enfant de moins de 2 ans souffre de paludisme, la mère doit continuer à l'allaiter. (Vrai).
- Si l'enfant n'a pas d'appétit quand il est malade, il n'y a aucun problème à ne lui donner que des liquides. (Faux).
- Si un bébé exclusivement allaité a la diarrhée, alors c'est parce que le lait de la mère est mauvais ; elle doit donc arrêter de l'allaiter en attendant qu'il guérisse. (Faux).


Pratique clé recommandée	Idées fausses courantes ou obstacles	Réponse de conseils
Recherche de soins contre les principaux tueurs dans les 24 heures	Manque de connaissances. Croyance selon laquelle l'enfant peut aller mieux sans traitement. Croyances en les remèdes locaux/faits maison.	Si un enfant de moins de 2 ans souffre de diarrhée, de fièvre ou de toux accompagnée d'une respiration rapide, alors il a besoin d'un traitement médical. Si l'enfant présente aussi des signes de danger, alors il a besoin de soins urgents. Un enfant de moins de 2 ans peut tomber très malade si vous attendez plus de 24 heures.
Alimentation active	L'enfant doit apprendre à manger dans le plat de la famille. L'enfant pourra manger autant que nécessaire sans alimentation active.	Expliquez : Quand les plats sont partagés, les parents ne peuvent pas s'assurer que l'enfant malade mange suffisamment. Un enfant souffrant de diarrhée peut transmettre l'infection à d'autres membres de la famille. L'enfant peut ne pas avoir la force de manger autant que nécessaire sans aide.
Aliments et liquides en plus grande quantité pendant la maladie	Si l'enfant n'a pas d'appétit quand il est malade, lui donner que des liquides ne pose pas de problème. Quand un enfant a la diarrhée, l'enfant doit "s'assécher" en buvant moins.	L'enfant peut manger des portions plus petites que d'habitude et préférer les liquides aux solides. Donner des repas plus petits et des encas pour prévenir la malnutrition pendant la maladie. Donner aussi des aliments liquides comme des soupes, qui peuvent être plus faciles à avaler. Pendant la maladie, en particulier la diarrhée, l'enfant a besoin de plus de liquides que d'habitude. Allaiter plus souvent et plus longtemps que d'habitude, et si l'enfant a plus de 6 mois, lui donner d'autres liquides.





Résumez les principaux points de la session

- Les principaux tueurs des enfants de moins de 2 ans sont la diarrhée, la paludisme et la pneumonie ; et le fait de rechercher une aide médicale le premier jour de la maladie peut prévenir des complications graves et un décès.
- Un enfant souffrant de diarrhée doit être traité avec une SRO et du zinc, tel que prescrit par le centre de santé.
- Pendant la maladie et les deux semaines qui suivent, l'enfant doit boire et manger plus que d'habitude. L'enfant doit aussi téter plus que d'habitude et pendant plus longtemps à chaque tétée, et (s'il a plus de 6 mois) on doit lui donner des liquides et aliments supplémentaires. Par exemple, donner au moins un repas supplémentaire par jour pendant deux semaines.
- L'alimentation active est très importante pendant la maladie. Encouragez l'enfant à manger, même s'il vomit ou n'a pas d'appétit, et donnez-lui de petits repas fréquemment entre les tétées.

Session 4 : Conseiller la famille sur les soins favorables au développement de l'enfant :

<p>Plan de la session</p>	<p><i>La session doit être organisée en deux parties, entrecoupées d'une pause.</i></p> <p><u>Partie 1 : Jeu et communication pour le développement de la petite enfance (DPE).</u></p> <p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Que peut faire un bébé?</p> <p>Activité 3 : Examiner le carnet de santé de l'enfant</p> <p>Activité 4 : Donner les informations pertinentes : Interactions et communication</p> <p>Activité 5 : Vidéo : Expérience du visage immobile suivie d'une discussion de groupe</p> <p>Activité 6 : Consolider les informations : l'activité cérébrale</p> <p>Activité 7 : Langage, communication et jeu dans le cycle de vie</p> <p>Activité 8 : Le rôle des pères</p> <p>Activité 9 : Obstacles et facteurs favorables au développement de l'enfant à domicile</p> <p><u>Partie 2 : Évaluer et conseiller la famille sur le développement de l'enfant.</u></p> <p>Activité 10 : Démonstration : Évaluer et conseiller la famille sur les soins favorables au développement de l'enfant.</p> <p>Activité 11 : Conseiller la famille sur les problèmes rencontrés pour favoriser le développement de l'enfant</p> <p>Activité 12 : Donner les informations : obstacles au développement de l'enfant</p> <p>Activité 13 : Les enfants vulnérables et le besoin de soins et de stimulation supplémentaires</p>	 <p>Durée : Partie 1 : 3-4 h</p> <p>Partie 2 : ajouter 3-4 heures si incluse</p>
<p>Objectifs de l'apprentissage</p>	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre et expliquer l'importance des interactions des parents avec leurs jeunes enfants par le biais du jeu et d'une communication appropriés à l'âge afin de soutenir le développement de la petite enfance, et pourquoi cela est tout aussi important que d'assurer une bonne santé et nutrition. • Expliquer comment conseiller la famille sur des activités de jeu et de communication appropriées à l'âge pour renforcer la relation entre l'enfant et l'aidant. • Décrire comment les pratiques familiales, les comportements et les dynamiques psychosociales au sein du domicile peuvent influencer le développement de la petite enfance. • Identifier les domaines possibles d'amélioration des interactions entre les aidants et l'enfant et conseiller sur la façon de les améliorer. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer, si nécessaire, les principes d'action des premiers secours psychologiques (PSP)² et mettre la famille en relation avec d'autres soutiens si des signes de détresse familiale sont suspectés.
<p>Messages clés</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque enfant est unique à la naissance et grandit et se développe à un rythme personnel, mais il existe des étapes majeures qui contribueront à déterminer si un enfant se développe normalement. • Si un enfant ne peut pas faire quelque chose à un âge donné, cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a un problème, car il ou elle "rattrapera le retard" à un moment donné avec une prise en charge familiale attentive favorable au développement. Si la famille ou l'ASC a des inquiétudes quant au développement, l'enfant doit être orienté vers un centre de santé. • La croissance et le développement des bébés, en particulier du cerveau, sont les plus rapides <i>in utero</i> et pendant les deux premières années de leur vie ; et ils sont largement influencés par l'environnement des bébés et leurs interactions avec leur mère/les aidants. • Les bébés développent un attachement émotionnel avec leurs aidants principaux, qui leur fournissent la sécurité dont ils ont besoin pour apprendre activement et développer les compétences de vie fondamentales (par ex. intellectuel/cognitif, moteur/physique, langage/communication, social, émotionnel)³). • Les bébés qui sont pris en charge avec sensibilité par leurs mères, leurs pères et les membres de la famille, qui bénéficient d'un amour constant, d'une attention réactive, d'une stimulation, d'une protection et d'un stress minimal, ont des résultats significativement meilleurs une fois devenus adultes (au niveau de la santé, de l'éducation, de l'emploi et de la société). • Les bébés qui sont nés prématurément ou avec un faible poids de naissance, ou qui sont malades, souffrent de malnutrition, sont orphelins, séropositifs ou ont un handicap, auront besoin de davantage d'amour, de stimulation et d'attention de la part des aidants et de l'ASC. • En tant qu'aidant principal, l'état de bien-être de la mère est essentiel pour sa capacité à interagir avec son enfant, reconnaître et répondre à ses besoins et soutenir son développement.
<p>Préparation et matériel</p> 	<p><i>Matériaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projecteur LCD ; liens vers les clips vidéo • Tableau de conférence et stylos ou crayons de couleur pour dessiner • Fiches de conseils de l'OMS • Images imprimées des phases du cycle de vie (ci-dessous) • Poupées (4-5 poupées) pour les activités de jeu de rôle • Grande pelote de laine et ciseaux. • Carnets de santé de l'enfant locaux, si les étapes majeures du développement y figurent • Exemples de jouets pour la démonstration : un boulier de bébé, un anneau sur une ficelle, des récipients avec des couvercles, une casserole et une cuillère en

²Les principes des PSP sont décrits dans le module de méthodologie de la ttC et sont cités dans cette session du *Manuel de ttC du participant* (Méthodologie).

³ Utilisez un langage approprié au niveau d'études du groupe.

métal, une poupée avec un visage, des objets qui s'emboîtent et qui s'empilent, un récipient et des pinces à linge.

Préparation

- Installez le projecteur et le matériel à l'avance.
- Placez les images ou les noms des phases du cycle de vie (nouveau-né, 1 semaine à 6 mois, 6 à 9 mois, 9 à 12 mois, 12 à 24 mois) sur des feuilles du tableau de conférence, affichées dans la salle de formation sur les murs ou au sol.

Mise en contexte : Inclusion de la Partie 1 : Jeu et communication pour le développement de la petite enfance :

Cette section comprend le volet universel du DPE ajouté à la ttC, 2^e édition. Cette section inclut un aperçu général des concepts du développement de la petite enfance, du rôle des interactions positives de l'aidant et de la façon de promouvoir le jeu et la communication appropriés à l'âge auprès des mères et des pères ou autres membres de la famille. L'objectif final de cette section est que les ASCs encouragent pendant les visites à domicile le jeu et la communication appropriés à l'âge dès la naissance.

Inclusion de la Partie 2 : Évaluer et conseiller la famille sur le développement de l'enfant : Cette section est tirée des Soins pour le développement de l'enfant de l'OMS⁴, et inclut une discussion sur les obstacles au développement de l'enfant, ainsi qu'une évaluation au domicile des obstacles potentiels, notamment l'observation des interactions des aidants avec l'enfant. Cette section doit être incluse en fonction de : a) un environnement politique favorable du pays, b) la sélection de l'unité et c) le soutien à l'intérieur du pays par un organisme de formation en DPE qui peut être le MS, l'OMS et/ou l'UNICEF.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Comprendre et expliquer l'importance des interactions des parents avec leurs jeunes enfants par le biais du jeu et d'une communication appropriés à l'âge afin de soutenir le développement de la petite enfance, et pourquoi cela est tout aussi important que d'assurer une bonne santé et nutrition.
- Expliquer comment conseiller la famille sur des activités de jeu et de communication appropriées à l'âge pour renforcer la relation entre l'enfant et l'aidant.
- Décrire comment les pratiques familiales, les comportements et les dynamiques psychosociales au sein du domicile peuvent influencer le développement de la petite enfance.
- Identifier les domaines possibles d'amélioration des interactions entre les aidants et l'enfant et conseiller sur la façon de les améliorer.
- Appliquer, si nécessaire, les principes d'action des premiers secours psychologiques (PSP)⁵ et mettre la famille en relation avec d'autres soutiens si des signes de détresse familiale sont suspectés.

⁴ Organisation mondiale de la santé, UNICEF (2012). Care for child development: improving the care for young children. ISBN: 9789241548403

⁵ Les principes des PSP sont décrits dans le module de méthodologie de la ttC et sont cités dans cette session du *Manuel de ttC du participant* (Méthodologie).

PARTIE I : JEU ET COMMUNICATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE



Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez : Comment les parents jouent-ils et communiquent-ils avec leurs bébés dans vos communautés ?

Quand les parents commencent-ils à jouer avec leurs bébés en leur parlant, lisant, jouant à des jeux avec eux ?

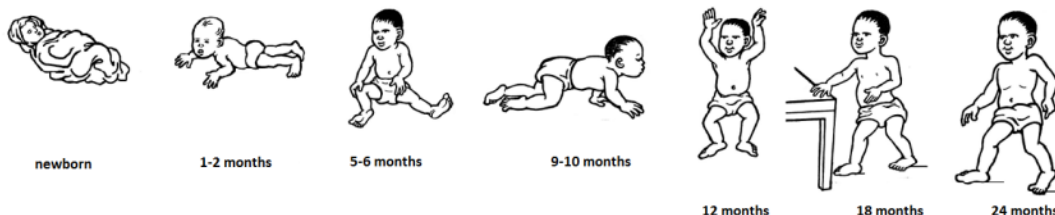
Existe-t-il des croyances culturelles sur les interactions avec les bébés ?

Les pères participent-ils aussi ?



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Que peut faire un bébé ?

Menez une discussion sur les *idées et croyances culturelles* relatives à la capacité d'un bébé à jouer, interagir et apprendre dès la naissance. **Expliquez :** Dans de nombreuses sociétés, les gens pensent qu'un nouveau-né ne peut pas voir, penser ou ressentir des émotions et qu'il ne peut pas communiquer avec les aidants tant qu'il n'a pas appris à marcher. D'autres sociétés pourraient penser que le rôle d'un père dans le jeu et l'interaction avec le bébé n'est important que bien plus tard.



Travailler en groupes : Demander à 3-5 participants de se tenir à côté de l'une des phases du cycle de vie (pendant la préparation vous avez affiché ces feuilles de tableau de conférence sur les murs de la salle ou au sol). Demandez-leur de penser à chacune des phases du cycle de vie et de discuter des points suivants :

- **Que peut faire un enfant à cet âge ?**
- **Peut-il voir, entendre ou sentir ?**
- **Peut-il ressentir de la peur, de l'enthousiasme ou de la joie ?**
- **Peut-il reconnaître les voix et les visages ?**
- **Peut-il communiquer, et si tel est le cas, comment communiquent-ils avec les aidants ?**

Ils peuvent dessiner des images ou noter leurs idées sur une feuille du tableau de conférence, et après la discussion, présenter leurs idées en plénière. Utilisez l'outil ci-dessous pour examiner quelques-unes de leurs suggestions. **Note au facilitateur :** Cet outil n'est pas conçu pour évaluer les capacités d'un bébé dans le contexte de la ttC, mais seulement pour clarifier cet exercice de discussion. Il n'est pas inclus au Manuel du participant.

Que peut faire un bébé...	
A la naissance ?	Le nouveau-né peut voir : de 20 à 30 cm, la distance entre les yeux du bébé et ceux de la mère pendant l'allaitement Le nouveau-né peut sentir : il devient sensible à l'odeur de sa mère et des aidants. Le nouveau-né peut entendre : et se souvient des voix des aidants depuis qu'il est dans le ventre de sa mère !
A l'âge de 2 mois ?	Le bébé regarde sa main Le bébé prononce des sons autres que des pleurs

	Le bébé sourit quand l'aidant lui sourit Le bébé essaie de tenir sa tête droite
A l'âge de 7 mois ?	Le bébé peut s'asseoir seul Le bébé garde les lèvres fermées ou se détourne si on lui donne de la nourriture dont il ne veut plus Le bébé tend les bras vers l'aidant quand il veut être porté Le bébé prononce des sons ou "parle" quand il tient un jouet ou voit un animal domestique
A l'âge de 10 mois ?	Le bébé essaie d'atteindre les jouets qui sont hors d'atteinte ou essaie d'attraper les doigts des aidants Le bébé s'arrête et regarde les aidants quand ils disent son prénom Le bébé peut dire différents sons comme "ba", "da", "ma", "ga" Le bébé peut commencer à ramper ou à rouler sur ses fesses
A l'âge de 1 an ?	Le bébé peut boire (pas téter) dans une tasse Le bébé regarde partout à la recherche d'un objet quand on lui demande "où est (l'objet)" - (Il montre qu'il comprend) Le bébé prononce beaucoup de sons d'affilé qui ressemble à des "paroles" et dit quelques mots Le bébé peut commencer à faire quelques pas avec l'aide de l'aidant
A l'âge de 2 ans ?	Le petit enfant peut commencer à empiler des blocs ou activité similaire Le petit enfant peut aider l'aidant à l'habiller en levant le bras ou le pied Le petit enfant peut désigner des parties du corps avec sa main quand l'aidant lui demande "où sont tes yeux ? ton nez ? tes oreilles ?" Le petit enfant essaie de sauter même si les deux pieds restent au sol.

Tiré de la source : Parent Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones (PEDS:DM): A tool for Surveillance and Screening Professional's Manual (2008) par Glascoe F et Robertshaw N. (Adaptation : suppression de quelques étapes majeures à chaque phase pour simplifier).



Activité 3 : Examiner le carnet de santé de l'enfant

Mise en contexte : Si le carnet de santé de l'enfant de votre pays dispose d'une section sur les étapes majeures du développement, incluez-les à cette activité ici. Dans le cas contraire, passez directement aux questions de discussion.

- Montrez un exemplaire de carnet de santé.
- Indiquez où sont consignées les étapes majeures dans le carnet de santé de l'enfant du pays.



DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET ETAPES MAJEURES

- Chaque enfant est unique à la naissance et grandit et se développe à un rythme personnel, mais il existe des étapes majeures qui contribueront à déterminer si un enfant se développe normalement.
- Si un enfant ne peut pas faire quelque chose à un âge donné, cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a un problème, car il ou elle "rattrapera le retard" à un moment donné avec une prise en charge familiale attentive favorable au développement. Si la famille ou l'ASC a des inquiétudes quant au développement, l'enfant doit être orienté vers un centre de santé.

DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Un processus de changement par lequel un enfant apprend à manier des niveaux encore plus difficiles de mouvement, de réflexion, de parole, de sentiment et de relation aux autres. Ce processus se déroule en continu, commence rapidement in utero, et est pleinement intégré aux domaines du bien-être physique, mental, social et émotionnel.

ÉTAPE MAJEURE DU DEVELOPPEMENT

Une tâche que la plupart des enfants peuvent accomplir à un âge donné. Chaque enfant est unique dans la façon dont il ou elle se développe, et atteindre des étapes majeures à des moments différents peut ne pas

être un problème. Ces normes nous aident à comprendre les schémas de développement, tout en reconnaissant qu'il existe une importante variation entre des enfants individuels.

Demandez : *Quand un enfant atteint une étape majeure moins rapidement que ses pairs, quelle pourrait en être la cause ? Les causes des retards pourraient être dues à des problèmes médicaux, la prématurité ou le manque d'interactions avec les aidants.*

Que faire si l'on s'inquiète ? Orientez l'enfant vers un centre de santé si vous ou les parents suspectez un retard de développement.

Expliquez : Le rôle de l'ASC dans le développement de la petite enfance ne consiste pas à évaluer les enfants en termes de retards ou problèmes de développement. Assurez-vous que l'ASC comprend que ces sujets peuvent être sensibles pour les parents, et suggérer qu'il y a un problème peut même faire courir un risque à l'enfant.

PRINCIPES DE L'APPRENTISSAGE ET DEVELOPPEMENT

Les cerveaux des bébés à la naissance ne sont pas encore totalement matures. L'interaction "aller-retour" entre le bébé et l'aidant aide à construire le cerveau en développement et à préparer le bébé pour la vie. Veuillez noter ces quatre principes clés :⁶

- La majeure partie de ce que les enfants apprennent, ils l'apprennent lorsqu'ils sont très jeunes (c.à.d. avant l'âge de 2 ans).
- Les enfants ont besoin d'un environnement sûr lorsqu'ils apprennent.
- Les enfants ont besoin d'une attention affectueuse régulière de la part d'une personne au moins.
- Les enfants apprennent en jouant et en essayant des choses, et en observant et imitant ce que font les autres.



Activité 4 : Interactions et communication

En plénière : Expliquez que cette activité traite véritablement de *communication et d'interaction entre l'aidant et le bébé*, et le jeu de rôle entre les adultes vise à faciliter la compréhension expérientielle de la communication non verbale entre les participants. Pour chaque jeu de rôle, demandez à deux participants de se porter volontaires, pour avoir une conversation comme s'ils se rencontraient dans la rue. Jouez d'abord ce jeu de rôle comme une interaction normale, en incluant le contact visuel et les expressions verbales et du visage appropriées (ton de la voix, sourire, etc.).

Personne 1 : Salut (*prénom*), comment vas-tu ?

Personne 2 : Je vais très bien, merci, et toi ?

Personne 1 : Je vais bien, merci. Comment va ta famille ?

Personne 2 : Nous allons tous bien. Ça fait plaisir de te revoir. Passe une bonne journée.

Personne 1 : Toi aussi. Au revoir !

Jeu de rôle 1 : Dans le premier jeu de rôle, menez une conversation, mais la personne 2 doit répondre *sans sourire et sans regarder la personne 1.. Pas de contact visuel, pas de sourire.*

⇒ Demandez à la personne 1, comment s'est passé cette interaction ? La personne 2 semblait-elle heureuse de vous voir ? Qu'avez-vous ressenti ?

⇒ D'après vous, comment pourrait se sentir un bébé si les aidants réagissaient de cette façon ?

⁶ OMS/UNICEF: Counselling the Family on Care for Child Development

Jeu de rôle 2 : Répétez le même jeu de rôle, mais maintenant la personne 2 établit un contact visuel mais parle d'une voix monotone tout le temps.

- ⇒ Demandez à la personne 1, comment s'est passé cette interaction ? Qu'avez-vous ressenti ? Aviez-vous le sentiment que la personne 2 semblait intéressée et engagée dans la conversation ?
- ⇒ D'après vous, comment pourrait se sentir un bébé si les aidants parlaient de cette façon ? Comment ces sentiments pourraient-ils affecter le développement du bébé ?

Jeu de rôle 3 : Répétez le même jeu de rôle avec de nouveaux volontaires, mais demandez maintenant à la personne 2 d'établir un bon contact visuel, et de parler d'un ton de voix varié (chantant). Il ou elle peut aussi prendre la personne 1 dans ses bras ! S'ils le souhaitent, ils peuvent aussi se chatouiller, jouer et plaisanter ! (Ils doivent s'amuser dans ce jeu de rôle !).

- ⇒ Demandez à la personne 1 : Comment vous sentez-vous maintenant ? Vous sentez-vous bien suite à l'interaction que vous avez eue ?
- ⇒ D'après vous, comment pourrait se sentir un bébé si les aidants parlaient de cette façon ?
- ⇒ Qu'avons-nous appris des interactions à partir de cet exercice ?

Expliquez : L'objectif de cet exercice est de montrer comment une voix et un langage corporel positifs sont importants pour *notre compréhension d'une interaction*. Cela est particulièrement vrai pour un bébé à une période de sa vie où le développement cérébral dépend tellement des interactions, et alors que le développement du langage verbal est en cours. Le contact visuel, les sourires, les tons de voix engageants et chantants, les étreintes et le jeu contribuent tous à faire en sorte que le bébé se sente heureux, en sécurité, aimé, et qu'il développe sa confiance en l'aidant, ce qui soutient le développement social et émotionnel du bébé, ainsi que son développement cognitif.



Activité 5 : Vidéo - Expérience du visage immobile, suivi d'une discussion de groupe

Still Face Experiment: Dr. Edward Tronick

Copyright © 2007 ZERO TO THREE

<http://www.zerotothree.org>

Discussion :

- Lancez la vidéo (3 min) avec ou sans le son selon la préférence de langue. Vous pouvez interrompre la vidéo pour souligner les points clés.
- Discutez des réactions des participants face à la vidéo, en demandant :
 - Comment le nourrisson a-t-il réagi quand la mère s'est montrée réactive et engagée auprès de son enfant ?
 - Comment le nourrisson a-t-il exprimé le besoin d'engagement avec la mère ?
 - Comment le nourrisson a-t-il réagi quand la mère a cessé de réagir et de lui répondre ?
 - Que ferait cet enfant en définitive, si la mère continuait de l'ignorer ?
 - D'après vous, que se passe-t-il avec les mères dépressives ou celles qui ne réagissent pas et n'interagissent pas avec leurs enfants ? Qu'est-ce que cela pourrait signifier pour le développement physique, émotionnel et social de l'enfant ?



Expliquez : Dans cette vidéo, nous voyons la réaction de l'enfant quand la mère s'engage positivement. Bien qu'il n'utilise pas le langage, le nourrisson utilise le contact visuel, les gestes et les sons pour s'engager et communiquer avec la mère. Quand l'expression du visage de la mère est immobile, et n'affiche aucune réaction, le nourrisson devient rapidement bouleversé, ce que l'on peut voir dans le langage corporel, les gestes et les sons que fait le nourrisson dans une tentative pour reconquérir l'attention de sa mère. Nous pouvons voir que le nourrisson est profondément affecté par ce changement. Si la mère continuait à ignorer les signaux de l'enfant pour communiquer, le nourrisson arrêterait en définitive d'essayer et se renfermerait. Au bout du compte, cela mènerait à un développement plus lent du cerveau de l'enfant et à un développement émotionnel et social diminué.

Demandez aux participants de se référer à leurs *Manuels du participant*.

Expliquez ou lisez à voix haute :



DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE : L'IMPORTANCE DES INTERACTIONS POSITIVES DE L'AIDANT

Pendant les visites à domicile : Regardez et encouragez les parents à faire ces actions avec leur bébé dès la naissance :

1. **REGARDER/SOURIRE :** Les bébés peuvent voir de 20 à 30 cm dès la naissance - la distance entre le visage de la mère et celui du bébé pendant l'allaitement. Les bébés aiment les visages, en particulier celui de leur mère. Les bébés aiment réagir aux sourires et aux sons, et à l'âge de 4 à 6 semaines, ils commencent à sourire et à faire des bruits pour faire sourire la mère.
2. **PARLER/CHANTER :** À la naissance, les bébés peuvent entendre et apprendre des sons comme les voix de la mère, du père et des membres de la famille. Avant de comprendre le langage, le langage corporel comme le contact visuel, les expressions du visage, les gazouillements et les babillages sont d'importants préludes à l'utilisation des mots. Il est essentiel de parler pour favoriser le développement du langage et de l'intellect des bébés. Les traditions des contes que l'on retrouve dans de nombreuses cultures sont également une forme précieuse de communication avec les nourrissons et les enfants.
3. **ÉTREINDRE/TOUCHER :** Le corps de la mère (son toucher, sa chaleur, ses sons, son odeur) aide le bébé à se sentir au calme et en sécurité, ce qui marque le début de l'*attachement émotionnel du bébé avec sa mère. Cette connexion précoce entre la mère et le bébé est véritablement importante car elle pose la base pour de bonnes relations sociales et émotionnelles et une bonne santé mentale dans la vie.* Quand l'aidant réagit par le toucher et des étreintes, le bébé apprend à se sentir en sécurité et aimé.
4. **JOUER :** Pour que leurs cerveaux se développent, les bébés ont besoin d'explorer et de jouer, – moment qui leur permet de voir, entendre, sentir, bouger librement et expérimenter –, ce qui fait partie de l'apprentissage. Entre les moments où il est emmaillotté, laissez le bébé bouger librement ; faites des massages et des exercices aux bras et aux jambes du bébé pour les rendre plus forts chaque jour. A l'âge de un mois, de nombreux bébés peuvent tenir brièvement leur tête droite, et commencer à soutenir leur propre poids corporel. Le fait d'allonger le bébé sur le ventre sur le lit/une surface peut aider le bébé à développer des muscles plus forts. Les parents peuvent commencer à donner des jouets appropriés à l'âge et des objets sans risque à explorer, toucher et pour jouer avec dans le cadre de l'apprentissage.
5. **LIRE :** Lire à un enfant ou montrer un livre d'images en les montrant du doigt et en décrivant le livre imagé permet de stimuler le développement du langage par le biais d'une communication appropriée à l'âge, de favoriser un vocabulaire riche et un intérêt commun avec l'enfant. On peut commencer à lire à un enfant de n'importe quel âge.

*Des exemples de jouets adaptés sont fournis à l'Activité 5.

Note : Créez une mnémotechnique pour mémoriser les actions ci-dessus, par ex. APCJL (aimer, parler, chanter, jouer, lire) ou utilisez la langue locale pour vous assurer que toutes les actions sont encouragées conjointement en tant qu'actions favorisant le développement de la petite enfance. Cela les aidera à mieux mémoriser ces actions quand ils conseilleront la famille.



Activité 6 : Consolider les informations : L'activité cérébrale

Informations pour le facilitateur : Cette activité présente le concept de développement cérébral chez les nourrissons par le biais de la formation de "connexions" entre les "neurones" ou "cellules", de manière simple mais efficace. Expliquez ces concepts en utilisant un langage local simple. Assurez et vérifiez leur compréhension.

1. Demandez aux participants de se tenir en cercle, un facilitateur (tenant la pelote de laine/le fil) se tenant au centre, et un autre se tenant à l'extérieur du cercle qui racontera l'histoire. Expliquez au groupe que le cercle représente le cerveau du bébé, tandis que la laine représente les voies qui s'ouvrent dans le cerveau d'un bébé à mesure qu'il grandit et se développe à partir de ses expériences. Le facilitateur à l'extérieur du cercle raconte ensuite une histoire simple, indiquée ci-dessous (n'a pas à être répétée mot pour mot). Pour chaque "action" ou "interaction" décrite (par ex. téter, entendre la voix de la mère, recevoir un réconfort), le facilitateur à l'intérieur du cercle dévidera la pelote de laine vers les participants dans le cercle de façon aléatoire, formant en définitive un ensemble complexe de voies qui représentent le cerveau. Notez que vous devrez parfois passer la laine plusieurs fois à la même personne dans le cercle afin de montrer comment ces voies se renforcent par la répétition. Les actions et les compétences clés sont **surlignées en gras ci-dessous**, afin d'indiquer quand vous passez la laine autour du cercle, coupez une voie ou ficelez-en une.

NARRATION DU FACILITATEUR : INFLUENCES DES INTERACTIONS POSITIVES.

A ma naissance, j'ai des neurones dans mon cerveau. La plupart sont regroupés au centre du cerveau, comme cette pelote de laine. Mais j'ai des voies automatiques déjà établies, donc je peux survivre. J'ai un instinct pour **téter** et pour **avaler**, et chaque fois que je suis **allaité**, je ressens un sentiment de **réconfort** venant de ma mère. Quand je suis **allaité régulièrement** et que mes besoins de faim ou de réconfort sont satisfaits, ces voies deviennent plus robustes (passez la laine plusieurs fois à la même personne pour montrer le renforcement de la voie). Quand j'entends ma mère **chanter**, je ressens de la joie et un sentiment de sécurité. Quand je **pleure**, et que ma mère réagit avec sensibilité, je réalise que quelqu'un répond à mes besoins. Quand mon père **joue** avec moi, je me sens heureux et enthousiaste. Quand ma grand-mère me **lit** une histoire, je me sens apaisé par le son de sa voix. Quand les gens dans ma communauté font des **sons de gazouillement** et **jouent** avec moi, je me sens en sécurité. Quand **je ne me sens pas en sécurité**, je sais que ma mère ou mon père sera là pour me **reconnecter** à eux et je me sens de nouveau en sécurité. A mesure que je grandis, je commence à explorer le monde autour de moi. Je **touche** des choses et mon cerveau commence à comprendre ce qui est doux et ce qui est dur. Je **jette** des choses, et mon cerveau commence à comprendre la distance. Quand je **mange de nouveaux aliments**, mes papilles gustatives disent à mon cerveau ce que j'aime et ce que je n'aime pas. Quand j'**entends certains sons**, je commence à les relier à ce qu'ils signifient, même si je ne peux pas encore prononcer de mots. A chaque action et réaction, les voies dans mon cerveau se renforcent et mon cerveau ainsi que mes compétences se développent.

2. A ce stade de l'histoire, vous pouvez résumer ce qui a été observé : Les interactions positives ont permis de renforcer les voies dans le cerveau à une période de la vie où le développement cérébral est le plus rapide. Puis passez à la partie suivante.

NARRATION DU FACILITATEUR : INFLUENCES DES INTERACTIONS NEGATIVES.

*Mais si ma mère **cesse régulièrement de répondre à mes pleurs**, alors j'apprends qu'on ne s'occupe pas toujours de mes besoins, et les voies neuronales solides s'affaiblissent (coupez-en une, mais pas toutes les voies). Si mon **père hurle sur ma mère**, je suis effrayé et ne sais pas où me réfugier pour être en sécurité (coupez un autre bout de fil). Si mes aidants **arrêtent d'établir le contact visuel** avec moi, alors j'apprends à ne plus avoir confiance en les gens qui m'aiment (coupez quelques voies de plus). Si ma mère **me réprimande sévèrement** quand j'essaie d'explorer le monde autour de moi avec mes sens en touchant des choses, ou si mon père **ignore mes tentatives pour jouer**, alors je m'intéresse moins à l'apprentissage et j'essaie moins de faire de nouvelles choses pour moi-même (coupez quelques bouts de fils supplémentaires). Si ma grand-mère **arrête de me lire** des histoires, alors je ne ressens pas le sentiment régulier de joie et de réconfort provenant de sa voix, et le développement de mon langage se ralentit (coupez une autre voie).*

3. A ce stade, résumez ce qui se produit en raison des interactions négatives : Des voies importantes du cerveau ne se développent pas ; elles sont même coupées. La base nécessaire à l'apprentissage futur, à la croissance et au maintien de relations saines avec autrui s'affaiblit. Cela peut entraîner des retards du développement ou des dommages émotionnels chez le bébé qui grandit, et il devient plus difficile de les réparer ou de s'en remettre quand l'enfant devient plus âgé.

NARRATION DU FACILITATEUR : ÉQUILIBRER LE POSITIF ET LE NEGATIF

*Mais le cerveau est étonnant car il a aussi la capacité de se guérir lui-même (appelée neuroplasticité) à mesure qu'il continue à se développer pendant l'enfance. Même si j'ai traversé des difficultés et que certaines de mes voies ont été coupées, si ma mère **commence à réagir régulièrement pour répondre de nouveau à mes besoins**, je commence à relier ces voies qui existaient auparavant (faites un nœud sur une voie cassée). Si ma mère et mon père **commencent à manifester leur amour l'un pour l'autre**, mon sentiment de sécurité revient lentement (faites un autre nœud sur une autre voie cassée). Si ma tante prend la place de ma grand-mère et **me lit à nouveau** des histoires, le développement de mon langage et de ma mémoire rattrape rapidement le retard (faites un autre nœud sur une voie cassée). Bien que ces voies puissent être marquées par des cicatrices ou endommagées, elles sont toujours fonctionnelles et je peux continuer à grandir.*

4. **Résumé de l'activité:**
- Chaque interaction que nous avons avec des nourrissons est importante pour leur développement physique (moteur), cognitif, émotionnel et social. La période la plus importante pour cela est de la naissance à l'âge de 3 ans.
 - L'exposition aux stress, comme la violence familiale, les abus sexuels, ou la négligence (physique et/ou émotionnelle) peuvent causer une réaction de stress dans le cerveau, endommageant ou limitant les voies neuronales et le développement.
 - Les interactions positives entre parent et enfant renforcent leur attachement tout en développant simultanément le cerveau de l'enfant. L'enfant apprend que les autres sont dignes de confiance et qu'ils répondent à ses besoins. Ces interactions positives avec les aidants peuvent contrebalancer des influences négatives et prévenir l'effet dommageable qu'elles peuvent avoir sur le développement de l'enfant.
 - Au cours de cette phase précoce, les bébés *apprennent* à sentir, gérer et exprimer aux autres leurs propres sentiments. Si les parents ne réagissent pas ou réagissent négativement, et que les interactions négatives dominent, alors cela peut inciter l'enfant à ne plus avoir confiance en eux et à ne plus ressentir un lien de sécurité avec eux. Cela peut limiter le développement mental et émotionnel de l'enfant, ce qui finit par affecter les interactions et les relations sociales tout au long de la vie de l'enfant.
5. Terminez par toutes questions que les participants pourraient poser.
















Activité 7 : Consolider les informations : Langage, communication et jeu dans le cycle de vie

Mis en contexte : pour les jouets et les objets généralement utilisés ou disponibles dans cette communauté. Veuillez noter que les jouets faits maison peuvent être tout aussi efficaces que n'importe quel jouet acheté en magasin, tant qu'ils sont propres et sans risque.

Travailler en groupes : Répartissez les participants en cinq groupes. Placez cinq feuilles du tableau de conférence sur les murs ou au sol dans différents endroits de la salle de formation, et notez l'âge du bébé sur celles-ci selon le tableau ci-dessous. Fournissez si possible une sélection de jouets ou d'objets listés dans le tableau ci-dessous. Si vous disposez d'un nombre suffisant d'assistants/facilitateurs, affectez-en un à chaque tranche d'âge pour aider à la démonstration, et donnez-leur une poupée, qu'ils prétendront être le bébé. Expliquez que chaque groupe commencera à une phase différente, et que leur bébé va "grandir" d'une phase à chaque fois que le facilitateur crierait "grandit" (toutes les 5 min.). A mesure qu'ils se déplacent dans la salle, ils peuvent discuter et pratiquer ces activités avec les poupées et utiliser les objets et les jouets. Cela signifie que ceux qui commencent à un âge plus élevé reviendront en fait au nouveau-né. Le plus important est qu'ils couvrent chacune des tranches d'âge.

Exemples de jouets localement disponibles (Ouganda 2015) (Voir autres visuels sur le DVD)



Age du jeune nourrisson	Recommandations pour la famille	
<p>Nouveau-né, naissance jusqu'à 1 semaine</p> 	<p>Un bébé apprend dès la naissance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jouer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournissez à votre bébé des occasions de voir, entendre, sentir, bouger librement ses bras et ses jambes et vous toucher. ○ Apaisez, caressez, tenez doucement votre bébé. Le contact peau contre peau est bénéfique. • <i>Communiquer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Regardez votre bébé dans les yeux, et parlez à votre bébé. ○ Le moment de l'allaitement est un bon moment. Même un nouveau-né voit votre visage et entend votre voix. 	
<p>1 semaine à 6 mois</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jouer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournissez à votre enfant des occasions de voir, entendre, sentir, bouger librement et vous toucher. ○ Bougez lentement des choses colorées afin que votre enfant les voit et essaie de les atteindre. ○ Exemples de jouets : un boulier de bébé, un anneau sur une ficelle. • <i>Communiquer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Souriez et riez avec votre enfant. Parlez à votre enfant. ○ Entamez une conversation en imitant les sons ou les gestes de votre enfant. 	
<p>De l'âge de 6 à 9 mois :</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jouer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donnez à votre enfant des choses du foyer propres et sans risques pour qu'il les manipule, tape dessus et les lance. ○ Exemples de jouets : récipient avec couvercles, casserole en métal et cuillère. • <i>Communiquer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Répondez aux sons et aux intérêts de votre enfant. ○ Appelez l'enfant par son prénom et observez votre enfant réagir. 	 
<p>De l'âge de 9 à 12 mois :</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jouer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cachez le jouet favori de votre enfant sous un tissu ou une boîte. Regardez si l'enfant peut le trouver. ○ Jouez à cache-cache. • <i>Communiquer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dites à votre enfant les noms des choses et des gens. ○ Montrez à votre enfant comment dire des choses avec ses mains, comme "au revoir". ○ Exemple de jouet : une poupée avec un visage. 	 
<p>De l'âge de 12 mois à 2 ans</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jouer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donnez à votre enfant des choses à empiler et à mettre dans un récipient puis à ressortir. ○ Exemples de jouets : Des objets qui s'emboîtent et qui s'empilent, un récipient et des pinces à linge. • <i>Communiquer</i> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Posez à votre enfant des questions simples. Répondez aux tentatives de votre enfant de parler. ○ Montrez et parlez de la nature, des images et des choses. 	 



Activité 8 : Le rôle des pères

Demandez : Dans votre communauté, quels sont les rôles des mères dans la prise en charge et les jeux avec l'enfant ? Comment interagissent-elles généralement avec l'enfant ?

Quels sont les rôles des pères, et comment interagissent-ils généralement avec l'enfant ?

Notez sur deux feuilles du tableau de conférence : Une pour les pères et l'autre pour les mères, chacune listant les interactions habituelles et idéales avec le bébé. Comparez les réponses, en mettant en avant le fait que tandis que le rôle des pères peut différer de celui des mères, il est tout aussi essentiel au développement d'un enfant.

Le rôle des pères : Regarder le clip du DVD.

Mise en contexte : Si le MS a d'autres vidéos ou supports montrant les interactions paternelles en utilisant des exemples locaux, utilisez plutôt ceux-ci.

Questions de discussion:

- Comment le père montre-t-il qu'il est conscient des besoins de l'enfant?
- Comment le père reconforte-t-il l'enfant et manifeste-t-il son amour?
- Comment pourrions-nous davantage encourager ces interactions paternelles positives pendant nos visites à domicile ?



Activité 9 : Obstacles et facteurs favorables au développement de l'enfant à domicile

Demandez : Qu'est-ce qui empêche toute la famille de participer au développement de l'enfant ?

Message clé	Obstacles "Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire ?"	Facteurs favorables 'Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire ?	Réponse de conseils : Actions de l'ASC
Les aidants, notamment la mère, le père et les autres membres de la famille, doivent éveiller leurs enfants par des interactions positives, le jeu et la stimulation (APCJL ou autre mnémotechnique)	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps - Mère déprimée ou "se sentant sans énergie" - Croyances et culture - Accès aux jouets et matériel d'apprentissage - Pauvreté - Culture et attitudes des pères 	<ul style="list-style-type: none"> - Famille dispose des connaissances et des compétences d'apprentissage pour le DPE - A plus de temps - Les pères prennent le temps de jouer avec les enfants - Fabrication de jouets 	<p><i>Éduquez</i> la famille sur l'importance du jeu et de la stimulation pour le développement</p> <p><i>Enseignez</i> : Faites la démonstration des techniques permettant de jouer et de stimuler</p> <p><i>Enseignez</i> : Montrez à la famille comment fabriquer des jouets appropriés à l'âge</p> <p><i>Orientez</i> : Dirigez la famille vers des services de santé ou sociaux appropriés</p> <p><i>Conseillez</i> : Appliquez les principes des premiers secours psychologiques si nécessaire et orientez/mettez en contact avec un service de soutien communautaire ou public.</p>

PARTIE 2 : OBSTACLES AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET ÉVALUATION PENDANT LES VISITES A DOMICILE

Activité 10 : Démonstration : Évaluer et conseiller la famille sur les soins favorables au développement de l'enfant.

Note au facilitateur : Cette activité est la plus importante de la Partie 2 car c'est ce qu'ils réaliseront dans les communautés. Veillez à disposer de suffisamment de temps pour la pratique et les comptes rendus.

Les facilitateurs doivent diriger un jeu de rôle dans lequel ils évaluent et observent les interactions entre la mère et le bébé (et/ou le père et le bébé). Après cela, demandez à des participants de se porter volontaires et d'effectuer le jeu de rôle des scénarios suivants.

- La mère et l'enfant manifestent une interaction difficile : le bébé ne réagit pas face à sa mère.
- La mère n'a pas de problèmes, le bébé est très réactif à son égard. Le père ne connaît pas bien son enfant et n'arrive pas à faire sourire le bébé. Il dit qu'il n'a pas le temps de jouer.

CONSEILS POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT : DEMANDER/OBSERVER

- **Demandez à la mère/l'aidant :**
 - Comment jouez-vous avec votre bébé ?
 - Comment parlez-vous avec votre bébé ?
 - Comment faites-vous sourire votre bébé ?
 - Demandez-lui de vous montrer comment elle joue et parle avec le bébé. Puis demandez-lui de vous montrer ce qu'elle fait pour que son bébé sourie.
- **Observez la démonstration de la mère :**
 - S'il n'y a aucune difficulté, félicitez la mère.
 - Si la mère rencontre des difficultés pour jouer et parler avec son bébé ou pour faire sourire le bébé, expliquez que c'est parfois difficile quand l'enfant a cet âge. Demandez-lui de jouer à un jeu avec son bébé : regardez attentivement le visage du bébé, et imitez les sons et les gestes du bébé. Le bébé manifesterà sa joie, ce qui aidera la mère à répondre de façon ludique. Demandez à la mère quand elle pourrait jouer avec son enfant chez elle. Les jeux, comme les imitations, aideront la mère et le bébé à apprendre à communiquer et prépareront le bébé à la parole.
- **Demandez au père ou au membre de la famille :** (Les pères doivent être encouragés à participer aux visites de ttC*)
 - Combien de temps passez-vous avec votre bébé/enfant ?
 - Comment jouez-vous ou parlez-vous avec le bébé ou essayez-vous de le faire sourire ?
 - Rappelez au père que ses interactions positives avec l'enfant sont tout aussi importantes que celles de la mère pour que l'enfant puisse grandir, apprendre et bien se développer, et encouragez-le à interagir avec le bébé.

*N'oubliez pas : Assurez-vous que les familles monoparentales sont soutenues par un compagnon ou un parent pendant les visites de ttC.



Activité 11 : Conseiller la famille sur les problèmes rencontrés pour favoriser le développement de l'enfant

Demandez aux participants de passer en revue le tableau dans leur *Manuel du participant*.

Problème identifié par l'aidant	Réponse de conseils
Si l'aidant ne sait pas ce que l'enfant fait pour jouer ou communiquer :	<ul style="list-style-type: none"> • Rappelez à l'aidant que les enfants jouent et communiquent dès la naissance. • Montrez comment l'enfant réagit face aux activités du conseiller.

Si l'aidant estime qu'elle est trop occupée ou stressée pour jouer et communiquer avec l'enfant :	<ul style="list-style-type: none"> • Écoutez ses sentiments, et aidez-la à identifier une personne clé qui peut comprendre ses sentiments et l'aider avec son enfant. • Renforcez sa confiance en lui montrant sa capacité à faire une activité simple. • Orientez-la vers un service local et/ou un soutien local si nécessaire et s'il en existe.
Si les aidants estiment ne pas avoir le temps de jouer et communiquer avec l'enfant :	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragez-les à combiner les activités de jeu et de communication avec d'autres soins destinés à l'enfant. • Demandez à d'autres membres de la famille d'aider à la prise en charge de l'enfant et d'aider aux tâches ménagères.
Si l'aidant n'a pas de jouets avec lesquelles jouer avec son enfant :	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez des objets du foyer qui sont propres et sans risque. • Fabriquez des jouets simples. • Jouez avec l'enfant. L'enfant apprendra en jouant avec sa mère et avec les autres.
Si l'enfant ne réagit pas ou semble "lent" ou si les parents s'inquiètent que cela soit le cas :	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragez la famille à faire davantage d'activités de jeu et de communication avec l'enfant. • Vérifiez que l'enfant peut voir et entendre. • Orientez l'enfant ayant des difficultés vers des services spécialisés. • Encouragez la famille à jouer et communiquer avec l'enfant par le toucher et le mouvement.
Si la mère ou le père doit laisser l'enfant à quelqu'un d'autre pendant une période de temps :	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiez au moins une personne qui peut prendre régulièrement soin de l'enfant et donner de l'amour et de l'attention à l'enfant. • Laissez l'enfant s'habituer progressivement à la nouvelle personne. • Encouragez la mère et le père à passer du temps avec l'enfant dès que possible.
S'il semble que l'enfant est traité sévèrement :	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandez de meilleures façons de gérer l'enfant. • Encouragez la famille à chercher des occasions de féliciter l'enfant pour son bon comportement. • Respectez les sentiments de l'enfant. Essayez de comprendre pourquoi l'enfant est triste ou en colère. • Donnez à l'enfant des choix quant à ce qu'il faut faire, au lieu de dire "Ne fais pas...".

Travailler en groupes : Demandez à chaque groupe de faire un jeu de rôle avec un scénario tiré du tableau et de s'entraîner à conseiller la famille. Puis demandez-leur de considérer une situation dans laquelle il existe plusieurs risques ou problèmes au sein du foyer familial. Comment pourraient-ils gérer cette situation de manière sensible, tout en assurant la sécurité de la mère et de l'enfant ?



Activité 12 : Donner les informations : Obstacles au développement de l'enfant

Demandez : Qu'est-ce qui peut entraver le développement d'un enfant ?

Réfléchissez à l'aide du tableau de conférence, en notant les mots "Développement et croissance de l'enfant" au centre. Demandez-leur de lister tous les aspects de la vie familiale qui pourraient créer des conditions défavorables au développement d'un enfant. Notez-en autant que possible, mais essayez de les regrouper de manière approximative afin de pouvoir les mémoriser plus facilement. Renvoyez les participants aux informations dans le *Manuel du participant*.

QU'EST-CE QUI ENTRAVE LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE ?

Message important :

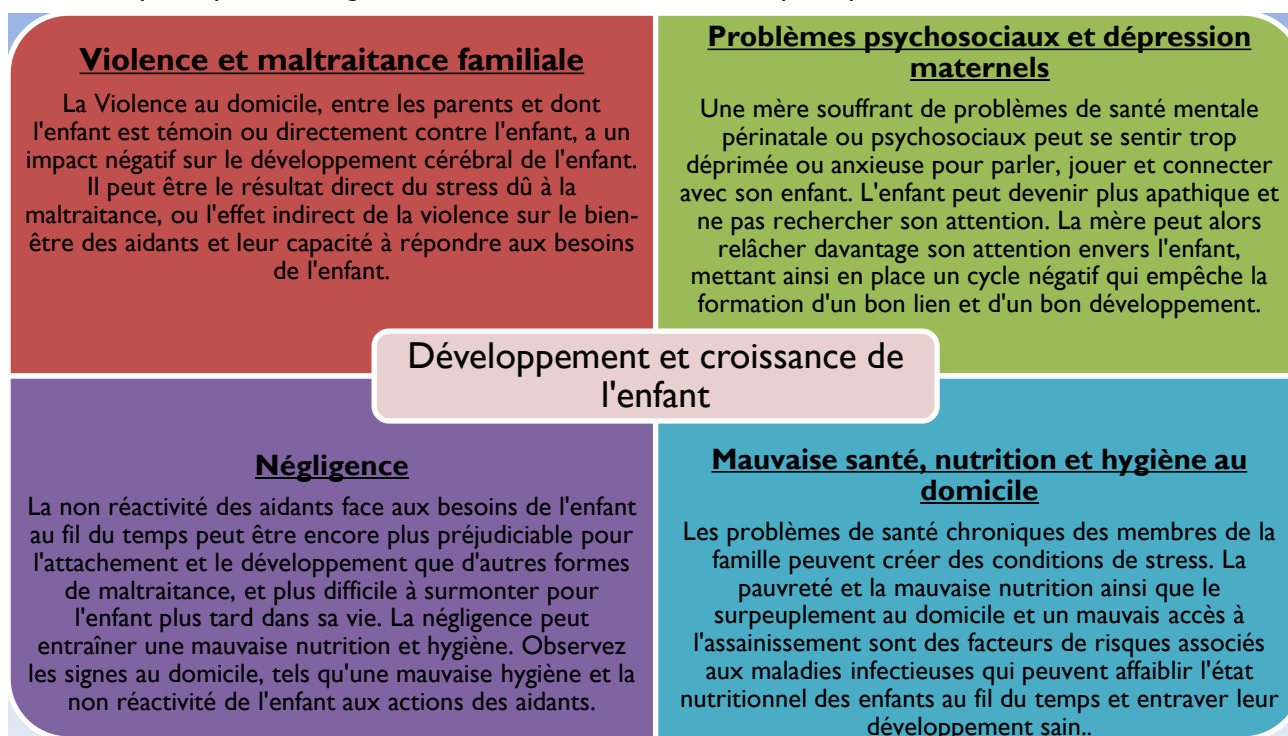
‘Toutes les familles ont besoin de soutien pour apprendre à développer et à appliquer leur sensibilité et réactivité dans leurs pratiques de prise en charge des enfants. Il existe cependant des facteurs biologiques et environnementaux qui peuvent affecter défavorablement l'attachement. Il s'agit notamment d'un faible poids de naissance, de la malnutrition et des infections, de la pauvreté et ses associations, des conflits et de la violence

domestique, ainsi que des problèmes de santé mentale comme la dépression maternelle. Dans ces cas-là, il est particulièrement important que les familles bénéficient d'un soutien extérieur.⁷

- Les causes profondes les plus importantes du retard de développement sont les risques psychosociaux, comme un faible niveau d'études, des parents célibataires, la pauvreté, les problèmes de santé mentale (comme la dépression du postpartum), la violence familiale, l'alcoolisme et les mauvaises compétences parentales, qui entravent tous le développement optimal de l'enfant.
- L'importance des premières expériences : Les événements au cours des deux premières années de vie, et même dans l'utérus de la mère en tant que bébé en croissance, peuvent influencer l'enfant pour le restant de ses jours. Pendant ces premières années, la "mémoire émotionnelle" du bébé naît, car il apprend comment réagir face au stress. Une fois "programmé" pour réagir au stress sous forme de négligence, de maltraitance physique ou affective, il est difficile de changer ce schéma plus tard dans la vie. Bien qu'ils ne puissent pas se souvenir de leurs premières expériences, leurs corps réagissent aux facteurs de stress similaires de la même façon. Ils peuvent grandir et devenir des adultes ayant une faible estime de soi, anxieux et dépressifs. Par exemple :
 - Un enfant qui est habitué à être négligé ou à ce que personne ne réponde à ses besoins peut devenir un adulte qui a peur d'être seul ou qui devient angoissé à l'idée d'être séparé de ses proches.
 - Un enfant qui a souffert de maltraitance peut devenir craintif dans ses relations plus tard dans sa vie, ou à l'inverse, peut se comporter de manière abusive avec les autres.

Conditions défavorables au développement de l'enfant

Référez les participants à la figure ci-dessous dans leur *Manuel du participant*.



Expliquez maintenant : Ces conditions se produisent souvent en combinaison. Ils doivent considérer ces problèmes quand ils conseillent les familles et, si possible, mettre ces familles en contact avec des services et

⁷ Source : OMS. Early child development: a powerful equalizer: Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (2007). Arjumand Siddiqi, Lori G. Irwin, Dr. Clyde Hertzman, Human Early Learning Partnership; Commission des déterminants sociaux de la santé.

des groupes qui pourraient les aider davantage. Les ASCs constituent un lien essentiel vers les services de soutien et les programmes communautaires. **Expliquez** : Ces problèmes sont sensibles et ne peuvent être abordés ouvertement, les ASCs doivent donc pendant les visites à domicile rechercher des signes clés.



SIGNES EVENTUELS DE MALTRAITANCE OU DE NEGLIGENCE : QUE FAUT-IL SURVEILLER PENDANT LA VISITE A DOMICILE :

- Si le bébé pleure, pouvez-vous voir que la mère est capable de le réconforter ?
- La mère sait-elle ce que le bébé veut et répond-elle aux besoins du bébé ?
- Le bébé regarde-t-il sa mère quand elle parle ?
- L'enfant est-il bien nourri*, bien pris en charge, propre, avec des installations sanitaires hygiéniques et des vêtements propres ?

Si les réponses aux questions ci-dessus sont NON, demandez à la mère comment elle interagit avec son bébé et prend soin de lui et recherchez des moyens pour qu'ils deviennent plus étroitement liés. Conseillez-la sur la façon de répondre aux besoins de nutrition et d'hygiène de l'enfant et d'obtenir davantage de soutien de la famille. *Envisagez une orientation vers un centre de santé ou superviser.



Activité 13. Les enfants vulnérables et le besoin de soins et de stimulation supplémentaires

Demandez : Pourquoi des enfants pourraient, selon vous, avoir besoin de davantage de soins pour pouvoir se développer correctement ?



CERTAINS ENFANTS PLUS VULNERABLES ONT BESOIN DE SOINS ET DE STIMULATION SUPPLEMENTAIRES.

- Les bébés nés prématurément ou avec un faible poids de naissance
- Les enfants souffrant de malnutrition
- Les enfants ayant été négligés au cours des premières années
- Les enfants dont la mère/l'aidant principal subit un stress prolongé/élevé
- Les enfants handicapés (handicap physique et/ou mental)
- Les enfants orphelins
- Les enfants séropositifs
- Les enfants qui ont potentiellement été victimes de négligence et de maltraitance.

Passez davantage de temps avec ces familles, encouragez-les à jouer avec l'enfant, lui parler, le toucher, l'étreindre et lire à l'enfant, ainsi qu'à le nourrir de manière réactive afin de stimuler sa croissance et son développement. Ces enfants peuvent avoir des difficultés, comme s'énerver facilement ou être timides, être plus difficiles à nourrir, communiquer moins ou avoir des comportements difficiles, ce qui, au fil du temps, peut inciter les aidants à être moins susceptibles de les nourrir, de jouer ou communiquer fréquemment avec eux.



Résumez les principaux points de la session

- Chaque enfant est unique à la naissance et grandit et se développe à un rythme personnel, mais il existe des étapes majeures qui contribueront à déterminer si un enfant se développe normalement.
- Si un enfant ne peut pas encore faire quelque chose à un âge donné, cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a un problème, car il se "rattrapera" probablement avec le temps. Si la famille ou l'ASC a des inquiétudes quant au développement, l'enfant doit être orienté vers un centre de santé.
- La croissance et le développement des bébés, en particulier du cerveau, sont les plus rapides *in utero* et pendant les deux premières années de leur vie ; et ils sont largement influencés par l'environnement des bébés et leurs interactions avec leur mère/les aidants.

- Les bébés développent un attachement émotionnel avec leurs aidants principaux, qui leur fournissent la sécurité dont ils ont besoin pour apprendre activement et développer les compétences de vie fondamentales (par ex. intellectuel/cognitif, moteur/physique, langage/communication, social, émotionnel)⁸).
- Les bébés qui sont pris en charge avec régularité par leurs mères, leurs pères et les membres de la famille, –qui bénéficient d'amour, d'attention, de stimulation, d'un stress minimal et de sécurité–, ont des résultats significativement meilleurs une fois devenus adultes (au niveau de la santé, de l'éducation, de l'emploi et de la société).
- Les bébés qui sont malades, prématurés, ont un faible poids de naissance ou un retard de croissance, sont orphelins, séropositifs ou handicapés auront besoin de davantage d'amour, de stimulation et d'attention de la part des aidants et de l'ASC.

Supports et lecture supplémentaires

Early Childhood Development Kit: Guideline for Caregivers. ECD Unit/ECD Emergency Task Force Programme Division, UNICEF New York, (2005).

Care for child development: improving the care for young children. (2012) Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. ISBN: 9789241548403.




Early child development: a powerful equalizer: Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (2007). A Siddiqi, LG. Irwin, C Hertzman, Human Early Learning Partnership

PEDS: Developmental Milestones – A tool for Surveillance and Screening. France Page Glascoe et Nicholas S. Robertshaw, 2^e Ed. (2010). PEDS- *Parents Evaluation of Developmental Status*.

Premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain (2011). OMS, War Trauma Foundation et Vision Mondiale Internationale. ISBN: 9789241548205.

⁸ Utilisez un langage approprié au niveau d'études du groupe.

Session 5: Effectuer la Visite 7 à 5-mois

Plan de la session	Activité 1 : Comprendre l'histoire et l'identification positive et négative des pratiques Activité 2 : donner des informations pertinentes : visiter 7 (5-mois visite) Activité 3 : pratique de la visite 7	 Durée : 1h00
Objectifs de l'apprentissage	À la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> démontrer comment procéder à la visite de 5 mois (visite 7) montrent comment utiliser les visuels pendant la visite des ménages et s'engager efficacement et de manière appropriée avec les membres du ménage. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentation des enfants : 6 – 9 mois Alimentation pour les enfants d'une mère de VIH-positifs les services de santé de Routine : croissance de surveillance et de suppléments Maladies plus meurtrières – le paludisme, la pneumonie et la diarrhée 	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> Tableau de conférence, feuilles et marqueurs Livre d'histoires pour la visite 7 Manuels du ménage 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

À la fin de cette session, les participants pourront :

- démontrer comment procéder à la visite de 5 mois (visite 7)
- montrent comment utiliser les visuels pendant la visite des ménages et s'engager efficacement et de manière appropriée avec les membres du ménage.



Activité 1 : Comprendre l'histoire et à identifier des pratiques positives et négatives

Distribuer des copies du livre 7. Travaillant en groupes avec un facilitateur pour chaque groupe, demander à l'animateur pour lire l'histoire du groupe, en appliquant les bonnes techniques de narration. À la fin de l'histoire, le groupe devrait faire le tour dans un cercle et identifier les pratiques positives et négatives.

Messages d'histoire positive	Messages d'histoire négative
<ul style="list-style-type: none"> Habiba et Uma prennent leurs enfants pour la surveillance de la croissance. Ils apportent leurs cartes de croissance suivi avec eux à la réunion. Ils participent à la manifestation de la nourriture. Les mères apprennent comment préparer des aliments de tous les groupes d'aliments. Les enfants reçoivent des suppléments de fer à 6 mois. L'enfant doit continuer à allaiter. Les soignants se lavent les mains avant de préparer la nourriture et avant de nourrir le bébé. Ils devraient commencer à donner des aliments complémentaires maintenant. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas heureux, pas énergique Maigre cheveux rougeâtres estomac distendu

- Ils doivent nourrir ces aliments à l'enfant 2 ou 3 fois par jour, de tous les groupes alimentaires.
- Ils doivent écraser les aliments de façon à ce que l'enfant peut facilement avaler.
- Les mères doivent être patients lors de l'alimentation des enfants.
- Assurez-vous que l'eau est purifiée.
- Les mères Mêmes séropositives devraient continuer à allaiter, jusqu'à ce que l'enfant est âgé d'au moins 12 mois.
- Trois ou plusieurs selles liquides par jour est la diarrhée.
- Pleurs sans larmes, des yeux qui regardent en contrebas et de la peau qui semble serré sont tous des signes de déshydratation.
- La diarrhée est très dangereux pour les enfants parce que l'eau que leur corps a besoin est perdu.
- Si un enfant a trois selles aqueuses ou plus dans une journée, la famille doit prendre l'enfant à la clinique immédiatement.
- Il est normal de vacciner l'enfant, même si l'enfant a la diarrhée ou une autre maladie.
- La mère doit continuer à allaiter, même lorsque l'enfant a la diarrhée.
- L'enfant a reçu des SRO et du zinc pour aider à la diarrhée.
- L'enfant a reçu un vaccin contre la rougeole.
- L'enfant a reçu de la vitamine A pour une bonne vision et une bonne protection contre les maladies.
- Mère chante au bébé.
- Père raccroche la moustiquaire.



Activity 2: Give relevant information: Visit 7 – 5-months visit

Review the sequence of Visit 6 with the participants, in the *ttC Participant's Manuals* (brief recap). If they are not literate proceed directly to conduct a demonstration.

SEQUENCE DE VISITE 7: 5 MOIS VISITE

- **Avant de commencer:** Saluez la famille. Veiller à ce que les partisans identifiés sont tous présents.
- Identifier et répondre à toutes les difficultés: Demander à la mère si elle a des signes de danger, y compris toute détresse émotionnelle. Effectuer le renvoi en cas de besoin. Appliquer les principes de premiers soins psychologiques en cas de besoin.
- Évaluer l'enfant: Si la mère signale l'enfant est malade, vérifier les signes de danger et se référer le cas échéant sont présents.

processus ttC Counselling:

- Étape 1: revue de la réunion précédente (Visite 6) et mettre à jour le Manuel des ménages pour les nouvelles pratiques terminées.
- Étape 2: Présenter et réfléchir sur le problème: scénario de problème: «La malnutrition» et poser les questions d'orientation.
- Étape 3: Présenter l'information: histoire positive: «L'alimentation complémentaire» et poser les questions d'orientation.
- Étape 2: Présenter et réfléchir sur le problème: scénario de problème: «Diarrhée» et poser les questions d'orientation.
- Étape 3: Présenter l'information: histoire positive: «Diarrhée» et poser les questions d'orientation.
- Étape 4: Négocier de nouvelles actions à l'aide du manuel des ménages.
- Étape 5: ASC actions supplémentaires:
 - Renseignez-vous sur l'allaitement maternel continue et de fournir des conseils au besoin.
 - Renseignez-vous sur le choix de planification familiale.
 - Vérifier la carte de santé de l'enfant pour le suivi et / ou la vaccination de croissance, et leur rappeler la vitamine A.

- Démontrer la purification de l'eau.
- Démontrer la bouillie enrichie (en option).
- Demandez et observez: la famille de l'avocat sur les soins pour le développement de l'enfant

Notez les résultats de la réunion: Remplissez le registre ttC pour cette visite

Fin de la visite: Décidez avec la famille quand vous visiterez à nouveau (à 9 mois). Merci la famille.



Activité 3 : Pratique visite 7




Travail en groupes : les participants devraient mettre en pratique la séquence en groupes, chacun tenant une étape différente dans le jeu de rôle. Facilitateurs peuvent s'asseoir avec des groupes ou faire le tour du cercle en donnant vos commentaires.



Résumer les principaux points de la session

- La septième visite à domicile arrive à la fin du 5ème mois du bébé, la préparation de la mère et de la famille à introduire de manière appropriée des aliments complémentaires. Au cours de la septième visite à domicile vous dialoguez, négociez et encouragez les mères et les familles à nourrir convenablement leurs 6 mois les bébés, l'ajout d'aliments complémentaires à l'allaitement maternel. Vous pourrez également évaluer l'enfant les signes de danger et de se référer si nécessaire.
- Au cours de la septième visite à domicile vous montrerez deux scénarios de problème: «La malnutrition» et «Diarrhée», et raconter deux histoires: histoire positive: «L'alimentation complémentaire» et histoire positive: «Diarrhée», et poser les questions d'orientation correspondant.
- En suivant les étapes de la négociation, vous devez effectuer plusieurs autres actions importantes, y compris des conseils sur l'allaitement maternel prolongé à deux ans et au-delà, poser des questions sur la planification familiale, en vérifiant que la carte de santé de l'enfant est à jour, et la démonstration de purification de l'eau et de la préparation des aliments (optionnel).
- Enfin, vous devriez conseiller la famille sur les soins pour le développement de l'enfant, y compris les étapes «demander / observer» décrites précédemment, en encourageant toute la famille à participer. Fournir un soutien supplémentaire ou des conseils en cas de besoin.

Session 6: Remplir le registre de l'enfant 1-6 mois

Plan de la session	Activité 1: examen des formulaires Activité 2: cas d'exemples et de remplir les formulaires Activité 3: informations Validation utilisant le dossier de la santé des enfants Activité 4: Discussion et pratique	 Durée : 2h10
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> compléter le registre correctement expliquer comment valider les informations de naissance en utilisant les cartes de santé. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> Le nourrisson registre sert de registre des informations importantes concernant les visites entre 1 et 6 mois de la vie, y compris toutes les vaccinations, l'allaitement et l'introduction d'aliments complémentaires, qui ne devrait pas se produire jusqu'à 6 mois. Pour toutes les pratiques, la CTT-VH devrait marquer une coche pour une réponse positive et une croix pour une réponse négative, aligné sur le calendrier de la visite à domicile. 	
Préparation et matériel 	Matériaux <ul style="list-style-type: none"> registres infantile (trois par participant) Exemples de registres - imprimés ou projetés sur l'écran dossier de santé de l'enfant (exemples locaux) Préparation <ul style="list-style-type: none"> Distribuer les registres 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- compléter le registre correctement
- expliquer comment valider les informations de naissance en utilisant les cartes de santé.



Activité 1 : Examen des registres (semblables aux formes précédentes)

Distribuer une copie du registre à chaque participant. Expliquer que ce registre sert un enregistrement des informations relatives aux visites à domicile entre 1 et 6 mois de vie, y compris toutes les vaccinations, l'allaitement et l'introduction des aliments complémentaires, qui ne devrait pas arriver avant 6 mois.

Revoir avec les participants de la structure des formes, expliquant ce qui est requis dans chaque section :

Informations de registre universel: changement contextuelle: informations d'enregistrement peut être transféré du registre de la grossesse, ou supprimé si l'impression de formulaires est de retour-à-dos. structure de la colonne et le calendrier: Terminez chaque visite dans une colonne verticale alignée sur le moment de la visite en termes de l'âge de l'enfant. Le ttC-VH sont nécessaires pour compléter la visite au 5ème mois.

Comment marquer des visites planifiées et effectuées: Dans la ligne «visites planifiées» écrivent la date de la visite prévue. Dans la ligne ci-dessous, alphabétisée ttC-VH peut écrire la date de la visite a été achevée, ou marquer un ✓ de tique.

Indicateurs: Chaque ligne correspond à des pratiques de santé du ttC-VH aura promu en utilisant les histoires et Manuel des ménages. Écrire un ✓ tick pour les pratiques effectuées et ✕ pour ceux qui ne fait / pas encore fait.

signes de danger: Vérifiez les signes de danger pendant chaque visite. Si vous recommandez renvoi, inscrivez la date de la saisine (ou ✓ sinon alphabétisés). S'il n'y a aucun signe de danger, écrire un ✕ croix. Assurez-vous que la famille a renvoyé l'enfant avant de marquer le renvoi comme terminée.



Activité 2: Cas exemplaire et compléter les registres

Mise en contexte : Contre-vérifier les exemples histoire ci-dessous avec les versions utilisez. Veiller à ce que le calendrier vaccinal de votre pays est correctement inscrits sur les registres.

Expliquer que deux exemples serviront à nous aider à apprendre comment remplir les registres : nous travaillons toujours avec nos amis Lara et Sheila utilisés dans les modules précédents exercices ; Nous utilisons leurs histoires qu'au cours de la formation.

EXEMPLE 1: LARA







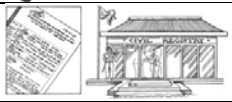









- Lara a un bébé de 5 mois, appelé Esther qui est né le 18 Octobre. Vous avez planifié de lui rendre visite pour la visite de 5 mois le 23 Mars, et elle et son mari, Hussein, à participés dans la visite de ménage.
- Lara rapporte que Esther n'a pas été à tout point considéré à haut risque.
- Elle a été d'enregistrer la naissance depuis 3 mois et aussi des rapports vaccins. Vous vérifiez la carte de vaccins et de trouver que Esther a reçu tous les vaccins nécessaires.
- Esther a été allaités exclusivement jusqu'à ce qu'elle était de 4 mois, mais Lara a été lui donnait un peu d'eau et du riz à manger, car elle sentait que le bébé ne mange pas assez.
- Lara vous informe qu'elle n'utilise actuellement une méthode de planification familiale pour prévenir la grossesse.
- Elle vous informe aussi que elle et le bébé dormir sous une moustiquaire chaque nuit.
- Au cours de la visite à domicile, vous observez que les deux Lara et le bébé sont bien et n'as pas des complications.



Posez la question : Ce que le registre montrerait si elle avait allaité jusqu'à ce qu'Esther a été de 6 mois ?

Posez la question : Si Esther était un enfant à risque, peut-être des visites supplémentaires auraient été faites avant 5 mois. Où elles figurent sur le formulaire ?

Exemple: Lara

REGISTRE DE TTC - NOURRISSON				
Instructions : Consigner les informations pour CHAQUE VISITE		Nourrisson		CODE DE DONNÉES
				
Visite prévue (notez la date)		V6	V7	
Décès du nourrisson (date du décès)			x	D5
Visites à domicile			23/3	i1
Participation du mari/partenaire à la visite de ttC			✓	i2
Nourrissons à risque élevé			x	i3
Le nourrisson a un acte de naissance			✓	i4
Vaccins DTP / PENTA (1-3) administrés			✓	i5
Vaccins VPO administrés (1-3)			✓	
Allaitement exclusif pendant 6 mois			x	i6
La mère donne des aliments de complément ou de l'eau à ce moment-là?			✓	
La mère utilise actuellement une méthode contraceptive?			x	i7
Le nourrisson dort sous une moustiquaire de lit toutes les nuits?			✓	i8
Singe de danger chez le nourrisson identifié			x	E5
Orientation effectuée			x	E5A
Visite à domicile post-orientation effectuée			x	E5B

EXEMPLE 2: SHEILA (LIRE A HAUTE VOIX OU D'UN PROJET SUR L'ECRAN)

Sheila a eu des jumeaux, mais malheureusement un seul d'entre eux ont survécu. Comme vous étiez préoccupé par le jumeau qui a survécu, et elle était un cas à haut risque, vous êtes allé rendre visite avec eux à 3 mois. Vous avez dirigé Visite 7 au 5ème mois comme prévu, le 22 Avril. Le mari de Sheila n'a pas assisté à l'une des visites.

3 mois visite (visite de contrôle uniquement)

- Le bébé, Mattieu, qui était à haut risque, a eu qu'un seul vaccin à ce jour, et ne dispose pas encore un certificat de naissance.
- Elle allaite Mattieu exclusivement; elle n'a pas encore introduit des aliments.
- Sheila prend des pilules contraceptives orales pour empêcher une autre grossesse. Ils utilisent une moustiquaire chaque nuit, et le bébé est en bonne santé

5 mois visite (Visite 7)

- A présent, Mattieu est âgé de 5 mois, et Sheila est toujours en train de faire l'allaitement exclusif
- Elle le prit pour les vaccinations comme recommandé. Elle a également enregistré la naissance du bébé, et elle est encore de prendre la pilule pour prévenir la grossesse.
- Au cours de la visite, elle rapporte que Mattieu a eu la diarrhée trois fois par jour depuis hier. Vous observez que Mattieu semble anormalement calme et ne répond pas lorsque vous appelez son nom. Vous lui parlez et ensuite suivi deux jours plus tard, mais Sheila n'a pas encore été à l'installation.

Lorsque les participants ont fini de renseigner dans les registres, demandez-leur de parler comment ils conseillent la famille basée sur les informations qu'ils ont reçu.

**Activité 3 : Validation des informations dans le dossier de santé de l'enfant**

L'information rapportée au cours de la visite à domicile doivent être validé en comparant les enregistrements existants faites à l'établissement de santé. En utilisant les exemples, montrer où se trouver les informations de : les vaccins donnée , croissance , des complications ou des consultations et les indicateurs de développement

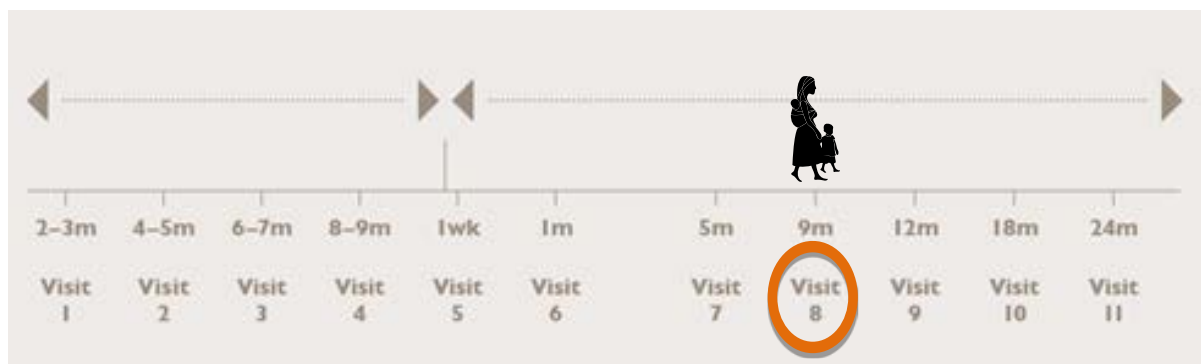
**Activity 4: Discussion and practice with the forms**

Travail en groupes : Demandez aux participants de pratiquer le remplissage de registre par le jeu de rôle en paires. Celui jouant le rôle de l'ASC demandera toutes les questions ouvertes nécessaires pour remplir la section de Registre relative à cette visite. Une fois cela terminé, inverser les rôles et répéter le processus.


**Summarise and check the main points of the session**

- Universal registre d'informations: Quels détails sont nécessaires ici?
- Planification et dates terminée : Ont-ils été en mesure de calculer la date de la prochaine visite? Quels défis ont-ils confrontés à faire cela ?
- Les pratiques de santé autour de la naissance : Quels détails sont obligatoires ici?
- Double naissance et la mort de mortinatalité ou : Avez- vous des défis complétant ceux-ci?
- Pour les non- alphabétisés ttC - VH : Demandez comment ils se sentaient remplir le registre ttC - enfant. Ont-ils été en mesure d'obtenir les informations dont ils ont besoin ? Quels défis ont-ils confrontés ?
- Quels défis pensent-ils peuvent trouver quand ils remplissent effectivement ce record au cours d'une visite à domicile ?

VISITE 8 : VISITE DES 9 MOIS



Session 7 : Nutrition et développement de l'enfant à l'âge de 9 mois

Plan de la session	<p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation de l'enfant à l'âge de 9 mois</p> <p>Activité 3 : Donner les informations pertinentes : Les micronutriments</p> <p>Activité 4 : Consolider les informations : Trier les fiches : Aliments riches en micronutriments</p> <p>Activité 5 : L'alimentation comme opportunité de développement global de l'enfant</p> <p>Activité 6 : Donner les informations pertinentes : Conseiller la famille sur le jeu et la communication</p> <p>Activité 7: Obstacles et facteurs favorables à la pratique des recommandations</p>	 <p>Durée : 1h20</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les familles sur la bonne alimentation du nourrisson de neuf à 12 mois • Identifier les obstacles que les familles pourraient rencontrer dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations • Comprendre l'importance des micronutriments, identifier les trois micronutriments importants, et identifier les aliments les contenant • Conseiller la famille sur les soins appropriés pour le développement d'un enfant âgé de 9 à 12 mois. 	
Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> • A l'âge de neuf mois, les enfants ont besoin de manger plus fréquemment et en plus grande quantité. A cet âge, les enfants doivent consommer des aliments de complément au moins quatre fois par jour et continuer à être allaités. • Il est important que les enfants consomment une quantité adéquate de vitamine A, de fer et d'iode dans leur alimentation. Les familles doivent comprendre quels aliments contiennent ces micronutriments importants. • De plus, les enfants se verront administrer des suppléments de vitamine A deux fois par an entre l'âge de six mois et de cinq ans. Dans certaines situations, les enfants se verront également administrer des suppléments de fer. • Encouragez la mère et les membres de la famille à jouer et communiquer avec l'enfant afin de l'aider à se sentir aimé et à grandir et se développer pleinement. 	
Préparation et matériel	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Manuels du ménage • Fiches photographiques des aliments 	

Mise en contexte : Comme dans toutes les sessions portant sur les aliments, vous ne devriez utiliser que des exemples courants localement et avec lesquels les participants sont familiers. Cela signifie que vous devrez peut-être changer certains des exemples fournis ici.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Comprendre et conseiller les familles sur la bonne alimentation du nourrisson de neuf mois à 12 mois
- Identifier les obstacles que les familles pourraient rencontrer dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations
- Comprendre l'importance des micronutriments, identifier les trois micronutriments importants, et identifier les aliments les contenant
- Conseiller la famille sur les soins appropriés pour le développement d'un enfant âgé de 9 à 12 mois.



Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez : Pouvez-vous citer des aliments riches en vitamine A et en fer ?

Notez leurs réponses sur le tableau de conférence. Ils peuvent également classer leurs fiches photographiques des aliments en fonction des aliments contenant ces deux micronutriments.



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation de l'enfant à l'âge de 9 mois

Demandez : A l'âge de 9 mois, que mange l'enfant ? Peut-il se nourrir seul ? A quelle fréquence doit-il manger ? Expliquez ou lisez à voix haute **les informations suivantes. Répondez aux questions que les ASCs pourraient poser.**



ALIMENTATION DE L'ENFANT A L'AGE DE NEUF MOIS

- Tous les bébés de neuf mois doivent continuer à être allaités.
- A cet âge, les enfants doivent manger quatre fois par jour plutôt que trois fois par jour. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments et peuvent être finement coupés ou écrasés.
- La mère doit s'assurer que l'enfant consomme des aliments riches en fer et en vitamine A.
- L'enfant doit manger dans une assiette à part afin que la mère puisse s'assurer qu'il mange suffisamment.
- A l'âge de 9 mois, les bébés commenceront à essayer de se nourrir par eux-mêmes mais ils devront toujours être activement nourris, et la mère ou l'aidant peut s'assurer que les bébés ont assez à manger à chaque repas.
- Tous les membres de la famille doivent se laver les mains avant de préparer les repas et avant de manger.
- Continuez à emmener l'enfant se faire peser tous les mois.



Activité 3 : Donner les informations pertinentes : Les micronutriments

Mise en contexte : Apprenez aux ASCs qu'ils devront conseiller à la famille de donner à l'enfant des suppléments de fer uniquement s'ils travaillent dans une région dans laquelle la prévalence de l'anémie chez les enfants est supérieure à 40 pour cent et qu'il ne s'agit pas d'une zone impaludée, et lorsque cela correspond à la politique du pays. Si un enfant est anémique, il ou elle doit être traité(e) avec des suppléments de fer (tel que prescrit par l'agent de santé).

Essayez de déterminer si le sel iodé est facilement disponible dans votre région, et si la plupart des familles l'utilisent. S'il n'est pas utilisé, quelle est la politique du pays pour prévenir les goitres ?

Examinez les informations sur les trois micronutriments importants, et **répondez** à toutes les questions qu'ils pourraient poser.



LA VITAMINE A

- Jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de six mois, le lait maternel fournit la vitamine A dont ils ont besoin, à condition que la mère elle-même consomme suffisamment de vitamine A, lors de ses repas ou sous forme de suppléments.
- Les enfants âgés de plus de six mois ont besoin de vitamine A provenant d'autres aliments ou de suppléments.
- La vitamine A est présente dans le foie, les œufs (le jaune d'œuf), certains poissons gras, les mangues et les papayes mûres, les patates douces jaunes ou oranges, les légumes à feuilles foncées et les carottes.
- Quand les enfants souffrent d'une carence en vitamine A, ils courent le risque de souffrir de cécité nocturne. Il devient alors difficile de voir quand l'éclairage est faible, comme le soir ou la nuit. Si cette cécité n'est pas traitée par la consommation de vitamine A, cette affection pourrait se transformer en cécité permanente.
- Les enfants ont également aussi besoin de vitamine A pour résister aux maladies. Un enfant qui ne consomme pas suffisamment de vitamine A tombera malade plus souvent, et la maladie sera plus grave, pouvant parfois entraîner la mort.
- Les enfants doivent se voir administrer des gélules de vitamine A deux fois par an entre l'âge de six mois et de cinq ans.

FER

- Les enfants ont besoin d'aliments riches en fer afin de protéger leurs capacités physiques et mentales. Les meilleures sources de fer sont le foie, les viandes maigres, le poisson, les insectes et les légumes à feuilles foncées.
- L'enfant peut également consommer des aliments fortifiés en fer ou des suppléments de fer. L'agent de santé peut recommander des suppléments de fer dans certaines situations.
- L'anémie (une carence en fer) peut affecter le développement physique et mental. Même une anémie légère chez les jeunes enfants peut entraîner un retard de développement. L'anémie est le trouble nutritionnel le plus courant dans le monde.
- Le paludisme et l'ankylostome peuvent provoquer ou aggraver l'anémie.

IODE

- La consommation d'iode en petites quantités est essentielle à la croissance et au développement des enfants. Si un enfant ne consomme pas suffisamment d'iode, ou si sa mère souffre d'une carence en iode

au cours de sa grossesse, l'enfant est susceptible de naître avec un handicap mental, de l'ouïe ou de la parole, et pourrait souffrir d'un retard de développement physique ou mental.

- L'utilisation de sel iodé à la place du sel ordinaire donne aux femmes enceintes et aux enfants tout l'iode dont ils ont besoin.
- S'il n'y a pas de sel iodé, les suppléments iodés peuvent être fournis par le centre de santé (selon la politique du pays).



Activité 4 : Consolider les informations : Aliments riches en micronutriments

Répartissez les participants en deux équipes et demandez aux équipes de se mettre en ligne, une ligne de chaque côté de la salle. **Montrez** au premier membre de la première équipe l'une des fiches photographiques des aliments. Le membre de l'équipe doit commencer par dire à quel groupe d'aliment la fiche appartient (Courir, Briller ou Grandir), puis indiquer si l'aliment contient de la vitamine A, du fer, ni l'un ni l'autre ou les deux. Si le membre de l'équipe répond correctement, l'équipe remporte un point. Continuez ainsi, jusqu'à ce que toutes les fiches photographiques des aliments aient été affichées.



Activité 5 : L'alimentation comme opportunité de développement de l'enfant

Rappelez aux ASC qu'au cours d'une session de formation précédente, ils ont appris que la croissance et le développement d'un enfant commencent dès la naissance. Il est important que les membres de la famille favorisent le développement du nourrisson dès ce jeune âge en parlant au bébé et en interagissant avec lui. Mettez l'accent **sur les informations suivantes**.




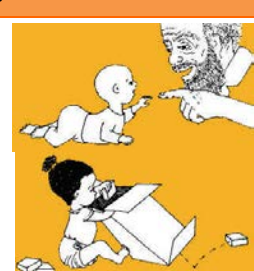
DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

- **Toucher** : Il est important de donner de l'affection à l'enfant. Le moment de l'allaitement est un moment au cours duquel l'enfant peut être porté et au cours duquel vous pouvez lui masser doucement les bras et les jambes.
- **Communications** : Le moment de l'alimentation est aussi un bon moment pour communiquer avec le bébé, ce qui l'aidera à rester calme, réconforté et à apprendre à parler. Les aidants doivent parler au bébé de la nourriture, encourager l'auto-alimentation et féliciter l'enfant quand il y arrive. Nourrissez l'enfant en réponse à sa faim - Il ne devrait pas être nécessaire de forcer l'enfant à manger.



Activité 6 : Donner les informations pertinentes : Conseiller la famille

Référez-vous aux points suivants dans le *Manuel de ttC du participant*, et discutez des principales actions que la famille peut réaliser pour cette tranche d'âge. **Rappelez** aux participants que tous les membres de la famille, en particulier le père et les enfants plus âgés, peuvent aussi jouer et parler avec le bébé. Utilisez l'encadré ci-dessous pour expliquer comment jouer et communiquer avec l'enfant à cet âge.

Age du jeune nourrisson	Recommandations pour la famille
De l'âge de 9 à 12 mois : 	<p><i>Jouer</i> : Cachez le jouet préféré de l'enfant sous un tissu ou une boîte. Regardez si l'enfant peut le trouver. Jouez à cache-cache.</p> <p><i>Communiquer</i> : Dites à votre enfant les noms des choses et des gens.</p> <p>Montrez à votre enfant comment dire des choses avec les mains, comme "au-revoir".</p> <p>Exemple de jouet ; une poupée avec un visage.</p> 



Activité 7: Obstacles et facteurs favorables à la pratique des recommandations

Demandez aux ASCs s'ils pensent que les familles vivant dans leur communauté seront capables de donner à leurs enfants des aliments riches en vitamine A et en fer, et de préparer des aliments en utilisant du sel iodé. Quels sont quelques-uns des obstacles associés à la mise en pratique de ces recommandations ? Examinez aussi les étapes à domicile associées à la nutrition de l'enfant dans cette tranche d'âge et discutez de tous les obstacles pouvant survenir qui n'ont pas encore été abordés, et de ce qui pourrait les aider à surmonter l'obstacle.

Demandez aux ASCs de compléter le tableau dans leur *Manuel de ttC du participant* avec leurs idées.

Visite 8 : 9 mois




Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire ?	Facteurs favorables Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire ?	Réponse de conseils ou solution
Poursuite de l'allaitement, parallèlement aux aliments complémentaires			
Donner des aliments riches en vitamine A			
Micronutriments : Supplémentation en vitamine A dès l'âge de 6 mois.			
Préparation des aliments complémentaires pour l'enfant âgé de 9 à 12 mois : <ul style="list-style-type: none"> • Donner 3 à 4 repas par jour • Nourrir l'enfant en réponse à sa faim (alimentation réactive) • Servir la nourriture dans une assiette à part 			
Suivi continu de la croissance au centre de santé ou dans la communauté (PB)			
Développement global de l'enfant, communication et jeu			



Résumez les principaux points de la session

- A l'âge de neuf mois, les enfants ont besoin de manger plus fréquemment et en plus grande quantité. A cet âge, les enfants doivent consommer des aliments complémentaires au moins quatre fois par jour, et poursuivre l'allaitement.
- Il est important que les enfants consomment une quantité adéquate de vitamine A, de fer et d'iode dans leur alimentation. Les familles doivent comprendre quels aliments contiennent ces micronutriments importants.
- De plus, les enfants se verront administrer des suppléments de vitamine A deux fois par an entre l'âge de six mois et de cinq ans. Dans certaines situations, les enfants se verront également administrer des suppléments de fer.
- Encouragez la mère et les membres de la famille à jouer et communiquer avec l'enfant afin de l'aider à se sentir aimé et à grandir et se développer pleinement.

Session 8 : Détecter la malnutrition aiguë et effectuer une orientation

Plan de la session	<p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2 : Donner les informations pertinentes : La malnutrition</p> <p>Activité 3 : Donner les informations pertinentes : Les signes de la malnutrition aiguë sévère</p> <p>Activité 4 : Donner les informations pertinentes : Suivi à domicile de l'enfant souffrant de malnutrition</p>	 <p>Durée : 1h20</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les types et les causes de la malnutrition • Expliquer comment reconnaître un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère et l'orienter vers un centre de santé • Conseiller la famille sur les soins appropriés pour un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère • Savoir et expliquer quand et comment identifier et orienter un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • La malnutrition est l'état associé au fait d'être sous-alimenté en raison de divers facteurs. Il existe deux formes clés de malnutrition : chronique et aiguë. • Un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère est caractérisé par : <ul style="list-style-type: none"> ○ La présence d'œdème creux bilatéraux sur les deux pieds (<i>kwashiorkor</i>) ○ Un très faible poids pour la taille résultant sur une émaciation visible sévère indiquée par l'apparence de "pantalons trop larges" sur les fesses (<i>Marasmus</i>) ○ Un périmètre brachial (PB) inférieur à 11,5 cm (vérifiez le seuil national). • Les enfants souffrant de malnutrition sévère sont 9 fois plus susceptibles de décéder avant l'âge de 5 ans que les enfants bénéficiant d'une bonne nutrition. • Les cas de malnutrition aiguë sévère doivent être orientés de toute urgence vers le centre de santé. • Après que l'enfant a été traité dans un centre pour soigner la malnutrition aiguë, la famille peut avoir besoin d'un soutien spécial à domicile afin de s'assurer que : <ul style="list-style-type: none"> ○ La famille adopte de meilleures pratiques d'alimentation pour l'enfant ○ L'enfant se rend aux séances de suivi et de promotion de la croissance ○ L'enfant prend du poids et ne souffre plus d'autres problèmes. 	
Préparation et matériel 	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Fiches photographiques de la PCIME - Malnutrition 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Comprendre les types et les causes de la malnutrition
- Expliquer comment reconnaître un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère et l'orienter vers un centre de santé
- Conseiller la famille sur les soins appropriés pour un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère

- Savoir et expliquer quand et comment identifier et orienter un enfant souffrant de malnutrition aigüe sévère



Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez : Que signifie "souffre de malnutrition" quand nous disons qu'un enfant souffre de malnutrition ?

Comment un enfant en vient à souffrir de malnutrition ? Les maladies et les infections affectent-elles la malnutrition ?

Quels types de malnutrition existe-t-il ? Que peut-il se produire si un enfant ne mange qu'un seul type d'aliment ?

Notez les réponses sur le tableau de conférence et discutez des idées des participants sur la malnutrition.



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : La malnutrition

MALNUTRITION

- La malnutrition est l'état associé au fait d'être sous-alimenté en raison de divers facteurs. Les 3 principales causes sont les suivantes :
 - **Causes immédiates** : Consommation inadéquate et maladies et infections, ce qui forme un cercle vicieux
 - **Causes profondes** : Insécurité alimentaire au sein du foyer, pratiques de soins inadéquates et accès aux soins de santé inadéquat, accès inadéquat à l'eau sans risque, et mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement.
 - **Facteurs sous-jacents** : Facteurs associés à l'environnement socio-culturel, économique et politique.

MALNUTRITION CHRONIQUE ET AIGÜE

- *La Malnutrition "chronique"* signifie que l'enfant a souffert du manque d'aliments et du manque de certains aliments sur une période de temps. Il pourrait s'agir de :
 - Retard de croissance : Un état dans lequel l'enfant présente une faible taille/hauteur pour son âge
 - Poids insuffisant : Un état dans lequel un enfant présente un très faible poids pour son âge.
- *La malnutrition aigüe* signifie que l'enfant a manqué d'aliments ou souffert d'une perte soudaine de poids en raison d'une maladie ou d'une consommation inadéquate. Un enfant souffrant de malnutrition aigüe sévère est caractérisé par :
 - La présence de gonflements bilatéraux sur les deux pieds (œdèmes creux), aussi appelés kwashiorkor
 - Un très faible poids pour la taille, résultant sur une émaciation visible sévère indiquée par l'apparence de "pantalons trop larges" sur les fesses (aussi appelé Marasmus)
 - Un périmètre brachial (PB) inférieur à 11,5 cm (vérifiez le seuil national).

Note au facilitateur : La plupart des ASCs n'auront pas suivi de formation approfondie sur la façon de mesurer la taille de l'enfant pour l'âge, ou le poids pour la taille, ni de formation sur l'interprétation exacte des courbes de croissance. Les informations ci-dessus sont fournies pour présenter les concepts clés afin d'orienter les cas sévères vers un centre de santé.

Demandez : Quels sont les facteurs de risque immédiats ou causes immédiates de la malnutrition ?

Expliquez ou lisez à voix haute :



FAITS SUR LA MALNUTRITION

- Près de 52 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe sévère dans le monde. Chaque année, 1 millions d'enfants décèdent de MAS, dont bon nombre en Afrique et en Asie.
- Les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère sont neuf fois plus susceptibles de décéder avant l'âge de 5 ans que les enfants bénéficiant d'une bonne nutrition.
- La malnutrition peut causer des décès chez les enfants, de manière directe (inanition/famine) ou de manière indirecte suite à la vulnérabilité accrue aux maladies et infections.
- **Cercle vicieux de la maladie et de la malnutrition :** Quand les enfants contractent une infection ou une maladie comme la diarrhée, cela affaiblit leurs défenses et ils peuvent perdre du poids en raison du manque d'appétit. Plus le poids de l'enfant est insuffisant, plus il est susceptible de contracter des infections, et donc le cycle se poursuit.



Activité 3 : Donner les informations pertinentes : Les signes de malnutrition aigüe sévère

Expliquez : La présence de ces signes indiquent que l'enfant doit faire l'objet d'une orientation urgente et bénéficier de soins médicaux.

Observer l'émaciation sévère visible (*marasmus*)

Montrez ou projetez les images : Un enfant qui souffre de malnutrition sévère est très maigre, n'a aucun gras, comme s'il n'avait que la peau sur les os. La peau semble "pendre" comme des vêtements trop amples, car l'enfant n'a que peu de gras et de muscles pour la soutenir. **Expliquez aussi** que l'émaciation sera généralement indiquée sur le PB (les instructions d'utilisation sont fournies à la Session 9). C'est pourquoi ce signe de danger dans le Manuel du ménage est présenté dans une image avec le brassard du PB.

Soulignez les points suivants dans les images :

1. Une émaciation sévère des épaules, des bras, des fesses et des jambes.
2. On peut voir les côtes – dépasser du corps.
3. Les hanches semblent petites par rapport au buste et à l'abdomen.
4. Fesses – - Le gras des fesses est absent ; on voit des plis sur les fesses et les cuisses. C'est comme si l'enfant portait des pantalons trop larges.
5. L'abdomen peut être gros ou ballonné.
6. Comparez avec un enfant normal - deuxième lot d'images, en bas à droite.



Observer le gonflement des deux pieds (œdèmes creux bilatéraux), aussi appelé kwashiorkor.

Un enfant avec un œdème sur les deux pieds peut souffrir de kwashiorkor, un autre signe de malnutrition aigüe sévère. Si l'œdème ne se trouve que sur l'un des deux pieds, la cause pourrait ne pas être la malnutrition. Les enfants souffrant de kwashiorkor présentent parfois d'autres signes, tels que des cheveux fins, clairsemés et pâles qui tombent facilement ; la peau sèche, qui pèle ; ou un visage bouffi.

Montrez ou projetez les images :

Expliquez : Les œdèmes creux sont causés par l'accumulation de liquides dans les tissus de l'enfant, de sorte qu'ils ont l'air gonflés ou bouffis. On dit qu'ils sont "creux" car quand vous appuyez votre pouce sur le haut du pied, cela laissera un "creux" ou l'impression du pouce sur la peau. Pour examiner les œdèmes des deux pieds, utilisez vos pouces pour appuyer doucement quelques secondes sur le haut de chaque pied en même temps. L'enfant a un œdème si un creux reste sur le pied de l'enfant quand vous appuyez et retirez votre pouce, même quelques secondes après.



Activité 4 : Donner les informations pertinentes : Suivi à domicile de l'enfant souffrant de malnutrition

Demandez/récapitez : *Quand et comment pourriez-vous détecter un cas de malnutrition aigüe sévère ?*

- Pendant les visites à domicile, examinez les enfants à la recherche de signes de malnutrition aigüe sévère en utilisant le brassard (PB) et les œdèmes creux bilatéraux, en particulier les enfants actuellement ou récemment malades. Si l'enfant présente ces signes, orientez-le vers un centre de santé.
- Pendant une visite de suivi si un enfant a été orienté vers un centre de santé.

Mise en contexte : Si vous réalisez une Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCMA) ou un suivi communautaire de la malnutrition aigüe, il est probable que le dépistage de la malnutrition aigüe soit réalisé par le biais d'une autre unité, telle que des ASC formés, ou la personne réalisant la PEC-C, ou des unités de nutrition spécialisées ou le PD/foyer d'apprentissage, auquel cas les ASCs peuvent orienter l'enfant vers cette personne. S'il n'en existe pas, les ASCs peuvent effectuer des orientations, puis assurer le suivi à domicile afin de s'assurer que la famille administre les soins recommandés et se rend aux rendez-vous réguliers, ainsi que pour mettre la famille en contact avec tout autre programme communautaire existant approprié en faveur de la nutrition, notamment les séances de suivi et de promotion de la croissance.

SUIVI A DOMICILE DE L'ENFANT SOUFFRANT DE MALNUTRITION

Après l'orientation de l'enfant souffrant de malnutrition aigüe sévère, une fois l'enfant stabilisé, la mère a besoin d'un soutien spécial à domicile pour s'assurer que :

- la famille adopte les pratiques d'alimentation améliorées pour que l'enfant puisse maintenir sa croissance,

- l'enfant fait l'objet d'un suivi et se rend aux séances de suivi et de promotion de la croissance conformément aux recommandations,
- l'enfant prend du poids,
- l'enfant ne présente aucun signe de danger similaire.

Pendant la visite à domicile, effectuez les vérifications suivantes :

- Vérifiez quand l'enfant a été traité au centre de santé, vérifiez la note d'autorisation de quitter le centre de santé ou les reçus de contre-orientation.
- Vérifiez quand l'enfant doit être de nouveau examiné au centre de santé à des fins de suivi et assurez-vous que la famille s'y rend.
- Demandez à la mère comment elle nourrit maintenant son enfant. Peut-être que la famille ne suivait pas les pratiques recommandées.
- Conseillez la famille sur les pratiques d'alimentation recommandées et montrez à la famille comment elle peut préparer des aliments complémentaires riches en nutriments et diversifiés.
- Conseillez la famille sur les besoins en alimentation de l'enfant, en essayant de comprendre comment l'enfant en est venu à souffrir de malnutrition pour commencer.
- Vérifiez le PB pour détecter une émaciation.
- Vérifiez les œdèmes en creux bilatéraux sur les deux pieds.




Note : Si l'enfant participe à un programme d'alimentation thérapeutique, assurez-vous qu'il/elle ait mis en contact avec l'agent et le programme de soutien communautaire approprié.



Résumez les principaux points de la session

- La malnutrition est l'état associé au fait d'être sous-alimenté en raison de divers facteurs. Les principales causes sont classées en causes immédiates, causes profondes et facteurs sous-jacents. Il existe deux formes de malnutrition : chronique et aiguë.
- Un enfant souffrant de malnutrition aiguë sévère est caractérisé par :
 - La présence de gonflements bilatéraux sur les deux pieds (œdèmes creux), aussi appelés kwashiorkor
 - Un très faible poids pour la taille, résultant sur une émaciation visible sévère indiquée par l'apparence de "pantalons trop larges" sur les fesses (aussi appelé Marasmus)
 - Un périmètre brachial inférieur à 11,5 cm pour les enfants de 6 mois à 5 ans. Vérifiez que ce seuil est similaire à la définition nationale de la MAS.
- Les enfants souffrant de malnutrition sévère sont 9 fois plus susceptibles de décéder avant l'âge de 5 ans que les enfants bénéficiant d'une bonne nutrition.
- Les cas de malnutrition aiguë sévère doivent être orientés de toute urgence vers le centre de santé.
- Après que l'enfant a été traité dans un centre pour soigner la malnutrition aiguë, la famille peut avoir besoin d'un soutien spécial à domicile afin de s'assurer que :
 - La famille adopte de meilleures pratiques d'alimentation pour l'enfant
 - L'enfant se rend aux séances de suivi et de promotion de la croissance
 - L'enfant prend du poids et ne souffre d'aucun problème similaire.

Session facultative 8b : Dépistage de la malnutrition aiguë en utilisant la mesure du PB

Plan de la session	<p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Dépistage de la malnutrition aiguë au moyen du PB</p> <p>Activité 3 : Montrer la technique correcte d'utilisation du brassard de mesure du PB</p> <p>Activité 4 : S'entraîner à lire les mesures du PB</p>	 <p>Durée : 1h20</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le PB en langage simple • Expliquer quand l'utilisation du PB est appropriée pour évaluer l'état nutritionnel • Montrer comment mesurer avec précision le PB d'un enfant • Interpréter les lectures de la mesure du PB et expliquer leurs implications 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • La mesure du PB nous aide à déterminer rapidement le niveau de malnutrition affectant de grands groupes de personnes. • La mesure du PB est un outil de mesure simple et facile à utiliser, souvent utilisé à des fins de dépistage dans des situations d'urgence et également dans le cadre d'études nutritionnelles dans des contextes de développement. • Le dépistage au moyen d'une mesure du PB n'est pas approprié pour un enfant de moins de 6 mois. • Les ASCs peuvent effectuer un dépistage au moyen d'une mesure du PB pendant ou après une maladie aiguë au cours de laquelle l'enfant a pu perdre du poids, et pendant les visites à domicile de routine. • Les enfants présentant une mesure du PB inférieure à 11,5 cm (jaune ou rouge) doivent être orientés vers le centre de santé le plus proche pour bénéficier d'un soutien nutritionnel et de soins médicaux. 	
Préparation et matériel 	<p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brassards de mesure du PB (un par participant) Note : Un simple mètre à ruban composé d'un matériau non élastique peut être utilisé si des brassards de mesure du PB ne sont pas disponibles ; cependant, il est toujours préférable de disposer de brassards de mesure du PB. <p>Document source : Measuring and Promoting Child Growth Tool. A Module of the Nutrition Toolkit Facilitator's Manual Version 2, August 2011. <i>Nutrition Centre of Expertise, Vision Mondiale Internationale.</i></p>	

Mise en contexte : Incluez cette session dans les situations dans lesquelles il est considéré approprié que les ASCs dépistent la malnutrition aiguë, en particulier après une maladie, ou dans le cadre d'un programme de dépistage régulier dans les contextes où les niveaux de malnutrition aiguë sont élevés et sujets à des fluctuations saisonnières. Envisagez de l'inclure aussi dans les contextes où les ASCs jouent un rôle limité dans le dépistage. L'unité de ASCs pourrait avoir suivi une autre formation en matière de nutrition, incluant la mesure du PB, tandis que dans d'autres contextes, les ASCs travaillent parallèlement à des bénévoles de la nutrition ou à des unités d'ASC formés qui font ce travail, contextes où cette formation peut être appliquée.

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Expliquer le PB en langage simple
- Expliquer quand l'utilisation du PB est appropriée pour évaluer l'état nutritionnel
- Montrer comment mesurer avec précision le PB d'un enfant
- Interpréter les lectures de la mesure du PB et expliquer leurs implications



Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez : Que pouvons-nous faire pour évaluer rapidement si un enfant souffre de malnutrition ?

Demandez : Avez-vous déjà utilisé des mesures du PB ?

Le Périmètre brachial (ou PB) est une mesure souvent utilisée dans ces situations. S'ils en ont déjà utilisé un, **demandez-leur** de décrire brièvement l'expérience.



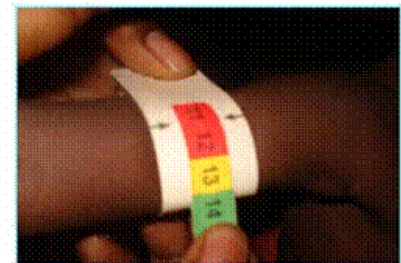
Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Dépistage de la malnutrition aiguë au moyen du PB

Expliquez ou lisez à voix haute :



DEPISTAGE AU MOYEN DE LA MESURE DU PB

- Le PB est un outil de mesure simple et facile à utiliser, pouvant être utilisé pour évaluer rapidement la malnutrition.
- Le PB est basé sur le fait qu'une circonférence de bras petite ou décroissante indique une perte de la masse musculaire. ("circonférence" signifie "bord extérieur d'un cercle"). La masse musculaire est importante pour maintenir les fonctions corporelles et lutter contre les infections.
- Le PB est un bon indicateur d'un risque immédiat de décès. C'est pourquoi il est souvent utilisé dans les situations d'urgence, afin de réaliser une évaluation initiale rapide de l'état nutritionnel.
- Le PB n'est pas utilisé pour mesurer la malnutrition chez les enfants de moins de 6 mois car nous n'avons pas établi de seuils limites pour cette tranche d'âge.
- Pour suivre la croissance, nous utilisons le poids et l'âge. Pour mesurer le retard de croissance, nous utilisons le poids et l'âge. L'émaciation est mesurée en utilisant le poids et la taille. Le PB peut être utilisé comme moyen de contrôler rapidement la malnutrition, mais il n'est pas aussi précis que le suivi de la croissance ; c'est pourquoi les deux doivent être réalisés et le dépistage au moyen du PB ne peut remplacer d'autres activités d'évaluation de la nutrition.





Activité 3 : Montrer la technique correcte d'utilisation du brassard de mesure du PB

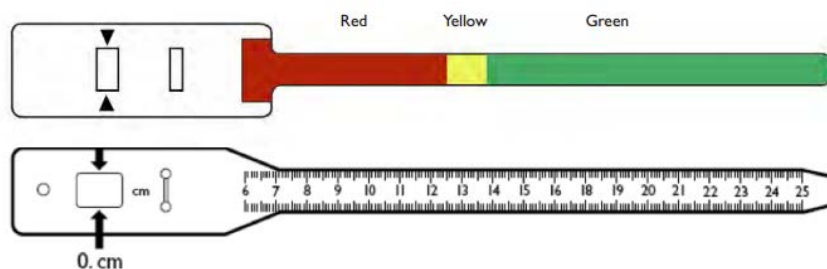
Nous mesurons le périmètre brachial au moyen de brassards ou de bandelettes spéciales telles que celles présentées.



Différents types de brassards de mesure du PB sont disponibles. Certains comportent des nombres, d'autres des nombres et des couleurs et d'autres encore uniquement des couleurs. Utilisez des brassards colorés lorsqu'ils sont disponibles car cela facilite la mesure du PB. Passez en revue les étapes en plénière.

Activité 4 : S'entraîner à lire les mesures du PB

Travailler par groupes de deux : Demandez aux participants de prendre la mesure du PB de leur partenaire, puis d'échanger les rôles afin que tout le monde ait eu l'occasion d'être mesuré et de mesurer. Le facilitateur doit s'approcher de chaque paire et observer. Encouragez-les mais corrigez la technique si nécessaire.



PRENDRE LA MESURE DU PB

- Travailler au niveau des yeux. S'asseoir si possible.
- Demander à la mère d'ôter tout vêtement recouvrant le bras gauche de l'enfant.
- Localiser l'extrémité de l'épaule de l'enfant du bout du doigt.
- Plier le coude de l'enfant en angle droit.
- Tracer une marque sur l'avant-bras de l'enfant à mi-chemin entre l'extrémité de l'épaule et le coude.
- Tendre le bras de l'enfant.
- Enrouler le brassard de mesure du PB autour du bras gauche de l'enfant sur la marque que vous venez de tracer indiquant le milieu. Insérer l'extrémité du brassard dans la fine ouverture située à l'autre extrémité du brassard.

- a) Mettre les couleurs ou les nombres sur le brassard du bon côté afin de pouvoir les voir, et vérifier que le brassard est bien à plat contre la peau.
- b) Vérifier que le brassard n'est pas trop serré (si le brassard est trop serré, il comprime la peau et nous ne pouvons pas obtenir de lecture précise).
- c) Vérifier que le brassard n'est pas trop lâche (le brassard est trop lâche si vous pouvez insérer un stylo au-dessous)
- d) S'assurer que le brassard est horizontal autour du bras de l'enfant.
- Lire la mesure à voix haute (la couleur ou le nombre qui s'affiche le plus complètement dans la large fenêtre sur le brassard). Demander à l'assistant de répéter la mesure et de la noter sur le formulaire.
 - a) Vérifier que la mesure est correctement notée.
 - b) Retirer doucement le brassard du bras de l'enfant. Remercier la mère et l'enfant pour leur coopération.

Interpréter la mesure du PB




- Nous utilisons un "seuil limite" de 11,5 cm pour identifier les enfants souffrant de malnutrition sévère. Tout enfant dont la mesure du PB est inférieure à 11,5 cm (rouge) est considéré comme souffrant de malnutrition aiguë sévère et comme courant un risque de décès, et requiert une attention médicale immédiate.
- Les enfants dont le PB mesure entre 11,5 cm et 12,4 cm (jaune) sont classés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée. Ces enfants sont susceptibles de développer une forme sévère de la malnutrition aiguë. Ils doivent donc être orientés vers le programme local d'alimentation complémentaire s'il en existe un. Dans le cas contraire, ils doivent participer aux sessions communautaires sur la nutrition, telles que PD/foyer d'apprentissage, afin de les remettre sur pied et d'apprendre à la famille des pratiques d'alimentation permettant de prévenir une malnutrition à l'avenir.
- Un enfant dont le PB est supérieur ou égal à 12,5 cm (vert) est classifié comme ayant un périmètre brachial normal.
- Ce seuil est basé sur la recommandation globale et il est recommandé de vérifier les niveaux de seuil nationaux du PB avant de prendre la décision d'orienter l'enfant vers un centre de santé.



Résumez les principaux points de la session

- Le PB est un outil de mesure simple et facile à utiliser, pouvant être utilisé pour évaluer rapidement la malnutrition.
- La mesure du PB n'est pas appropriée pour un enfant de moins de 6 mois.
- Les ASCs peuvent effectuer des dépistages au moyen du PB pendant ou après une maladie aiguë au cours de laquelle l'enfant a pu perdre du poids, et pendant les visites à domicile de routine.
- Les enfants dont le PB mesure moins de 11,5 cm doivent être orientés vers le centre de santé le plus proche pour bénéficier d'un soutien nutritionnel et de soins médicaux.

Session 11: Effectuer la Visite 9

Plan de la session	Activité 1 : Comprendre l'histoire Activité 2 : donner des informations pertinentes : visiter 9 – visite 12 mois Activité 3 : pratique visite 9	 Durée : 1h00
Objectifs de l'apprentissage	À la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> • montrez comment procéder aux visite à domicile (visite 9) • montrent comment utiliser les visuels convenablement pendant la visite • s'engager efficacement et de manière appropriée avec les membres du ménage de 12 mois. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • La visite 9 devrait être fait lorsque l'enfant est âgé de 12 mois. Au cours de cette visite à domicile, l'ASC utilise le dialogue, la négociation et encourager les mères et les familles à nourrir convenablement leurs bébés de 12 mois, l'ajout d'aliments complémentaires à l'allaitement maternel. Vous pourrez également évaluer l'enfant les signes de danger et de se référer si nécessaire. • Au cours de visite 9 vous présenter seulement l'histoire positive "alimentation complémentaire, le déparasitage et de la vitamine A", et poser les questions d'orientation correspondant. • En suivant les étapes de la négociation, vous effectuerez plusieurs actions importantes, y compris des conseils sur l'allaitement maternel prolongé, poser des questions sur la planification familiale, en vérifiant que la carte de santé de l'enfant est actualisée, vérifier si l'enfant a reçu un déparasitage/Vitamine A à 12 mois, et le dépistage tout enfant malade ou récemment malades des signes de malnutrition. • Enfin, vous devriez conseiller la famille sur les soins pour le développement de l'enfant, y compris les étapes «demander / observer» décrites précédemment, en encourageant toute la famille à participer. Fournir un soutien supplémentaire ou des conseils en cas de besoin. 	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • tableau, papier et marqueurs • Livres des histoires • Manuel de ménage 	

Introducer la session

Expliquer ou lire à haute voix :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

À la fin de cette session, les participants pourront :

- montrez comment procéder aux visite à domicile (visite 9)
- montrent comment utiliser les visuels convenablement pendant la visite
- s'engager efficacement et de manière appropriée avec les membres du ménage de 12 mois.



Activité 1 : Comprendre l'histoire

Distribuer des copies du livre 9. Travaillant en groupes avec un facilitateur par table, demander à l'animateur pour lire l'histoire du groupe, en appliquant les bonnes techniques de narration. Puis à la fin de l'histoire, l'animateur doit faire le tour du cercle et identifier les messages clés.

Positive story messages

- Thomas se lave les mains .
- Thomas a son propre bol.
- Thomas mange des fruits et des légumes.
- Elizabeth aide Thomas à manger six fois par jour .
- Elizabeth donne Thomas aliments qui sont riches en fer , comme le foie et les légumes verts à feuilles sombres .
- Ils vont à la clinique et Thomas obtient un médicament vermifuge .
- Elizabeth est sûr de prendre Thomas à la clinique chaque mois pour surveiller sa croissance.
- Thomas obtient une goutte une vitamine .



Activité 2 : donner des informations pertinentes : visiter 9 – visite 12 mois

Revoir la séquence de la visite à domicile dans le manuel du Participant de la ttC. Si les participants ne sont pas alphabétisés, passez directement à procéder à une démonstration.

SEQUENCE DE LA VISITE 9: 12 MOIS VISITE

- **Avant de commencer:** Saluez la famille. Veiller à ce que les membres de famille identifiés sont tous présents.
- **Identifier et répondre à toutes les difficultés:** Demander à la mère si elle a des signes de danger, y compris toute détresse émotionnelle. Effectuer un orientation au centre de sante si nécessaire. Appliquer les principes de premiers soins psychologiques en cas de besoin.
- **Évaluer l'enfant:** Si la mère signale que l'enfant est malade, vérifier les signes de danger et se référer si elle est présente.

Processus de ttC Counseling:

- **Étape 1:** Examiner la visite précédente (Visite 8) et mettre à jour le Manuel des ménages.
- **Étape 2:** Présenter et réfléchir sur le problème Il n'y a pas d'histoire de problème dans cette visite.
- **Étape 3:** Racontez l'histoire positif: «L'alimentation complémentaire, le déparasitage et la vitamine A 'en utilisant les livre des histories qui montrent l'histoire de Thomas.
- **Étape 4:** Négocier de nouvelles actions avec l'aide du manuel de ménage
- **Étape 5:** ASC actions supplémentaires:
 - Renseignez-vous sur l'allaitement maternel continue et de fournir des conseils
 - Demandez à ce que l'enfant a mangé : la vérification des aliments riches en fer et riches en vitamine A, et une alimentation équilibrée.
 - Vérifier la carte de santé de l'enfant pour la vaccination et suivi de croissance, et de rappeler la famille a propos de la vitamine A.
 - Reportez-vous pour le déparasitage si l'enfant n'a pas déjà eu ce à 12 mois.
 - Écran malades ou les enfants malades récemment pour des signes de malnutrition.
 - Demandez et observer: la famille de l'avocat sur les soins pour le développement de l'enfant.

- Notez les résultats de la réunion: Remplissez le registre ttC pour cette visite (nous le ferons à la fin).

Fin de la visite: Décidez avec la famille quand vous visiterez prochainement (à 18 mois). Remerciez la famille.



Activité 3 : Pratique visite 9

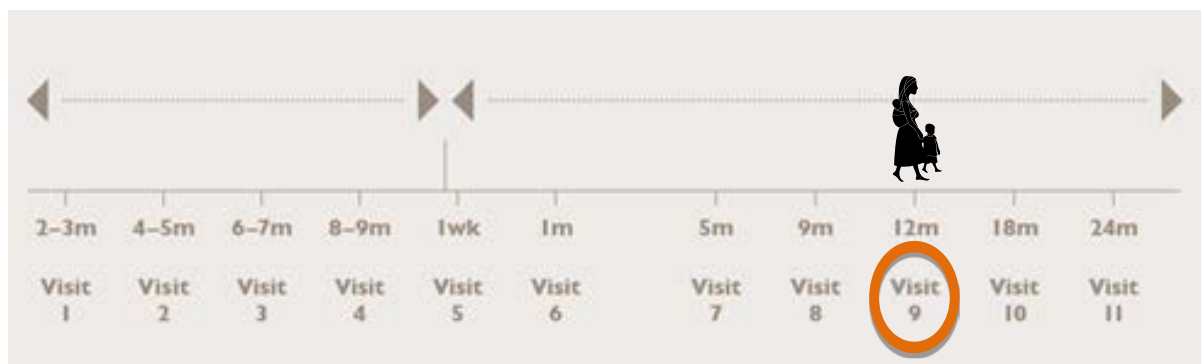
Travail en groupes : les participants devraient pratiquer la séquence en groupes, chacun prenant une étape différente dans le jeu de rôle. Facilitateurs peuvent s'asseoir avec des groupes ou faire le tour du cercle en donnant vos commentaires. Les participants de l'observateur doivent donner des suggestions sur la façon de procéder à chaque étape.






Résumer les principaux points de la session

- La visite 9 devrait être faite lorsque l'enfant est âgé de 12 mois. Au cours de cette visite à domicile, l'ASC utilise le dialogue, la négociation et encourage les mères et les familles à nourrir convenablement leurs bébés de 12 mois, l'ajout d'aliments complémentaires à l'allaitement maternel. Vous pourrez également évaluer l'enfant les signes de danger et de se référer si nécessaire.
- Au cours de visite 9 vous présenter seulement l'histoire positive "alimentation complémentaire, le déparasitage et de la vitamine A", et poser les questions d'orientation correspondant.
- En suivant les étapes de la négociation, vous effectuerez plusieurs actions importantes, y compris des conseils sur l'allaitement maternel prolongé, poser des questions sur la planification familiale, en vérifiant que la carte de santé de l'enfant est actualisée, vérifier si l'enfant a reçu un déparasitage/Vitamine A à 12 mois, et le dépistage tout enfant malade ou récemment malades des signes de malnutrition.
- Enfin, vous devriez conseiller la famille sur les soins pour le développement de l'enfant, y compris les étapes «demander / observer» décrites précédemment, en encourageant toute la famille à participer. Fournir un soutien supplémentaire ou des conseils en cas de besoin.

VISITE 9 : VISITE DES 12 MOIS



Session 10 : Développement et nutrition de l'enfant la première année

Plan de la session	<p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà</p> <p>Activité 2 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation de l'enfant de 12 mois</p> <p>Activité 3 : Déterminer ce qu'ils savent déjà : Déparasitage</p> <p>Activité 4 : Consolider les informations : Images</p> <p>Activité 5 : Donner les informations pertinentes : Conseiller la famille sur le jeu et la communication</p> <p>Activité 6 : Revoir : Les vaccinations, la vitamine A, le déparasitage et le suivi de la croissance</p> <p>Activité 7: Obstacles et facteurs favorables à la pratique des recommandations</p>	 <p>Durée : 1h00</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les familles sur la bonne alimentation de l'enfant à 12 mois • Reconnaître les obstacles que les familles pourraient rencontrer dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations. • Savoir que les vers intestinaux peuvent provoquer ou aggraver l'anémie, et conseiller aux familles d'obtenir des traitements contre ces vers au centre de santé dans les zones dans lesquelles les vers sont courants • Expliquer les règles d'hygiène permettant d'éviter les vers intestinaux • Comprendre que l'enfant doit recevoir une gélule de vitamine A à 12 mois et communiquer cette information aux familles. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • A cet âge, les enfants doivent manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments et être finement coupés ou écrasés. Les enfants doivent continuer à être allaités. • Suivi et promotion de la croissance : L'enfant doit continuer à être pesé tous les mois. • Les vers intestinaux peuvent entraîner une anémie et la diarrhée, ce qui contribue à la possibilité que l'enfant finisse par souffrir de malnutrition. Vous pouvez prévenir les vers intestinaux par une bonne hygiène, le lavage des mains, le port de chaussures à l'extérieur, une cuisson prolongée et la manipulation hygiénique de la viande crue. • Vitamine A : Tous les enfants de plus de 6 mois se voient remettre des suppléments de vitamine A une fois tous les 6 mois jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 5 ans, ce qui prévient la cécité nocturne et les protège d'autres maladies. La mère peut les obtenir auprès du centre de santé, ou pendant les campagnes de proximité. • Déparasitage : Tous les enfants dès l'âge de 1 an se voient remettre des comprimés de déparasitage une fois tous les 6 mois. Les mère peut y avoir accès au centre de santé ou pendant les campagnes de proximité. 	
Préparation et matériel 	<p><i>Matériel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Manuels du ménage • Exemplaire de carnet de santé d'un enfant âgé de 1 an 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Conseiller les familles sur la bonne alimentation de l'enfant à 12 mois
- Reconnaître les obstacles que les familles pourraient rencontrer dans la pratique des recommandations relatives à l'alimentation, et comprendre comment répondre à ces préoccupations.
- Savoir que les vers intestinaux peuvent provoquer ou aggraver l'anémie, et conseiller aux familles d'obtenir des traitements contre ces vers au centre de santé dans les zones dans lesquelles les vers sont courants
- Expliquer les règles d'hygiène permettant d'éviter les vers intestinaux
- Comprendre que l'enfant doit recevoir une gélule de vitamine A à 12 mois et communiquer cette information aux familles.



Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez : Que doit manger un enfant de 12 mois et à quelle fréquence ?



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation de l'enfant de 12 mois

Expliquez ou lisez à voix haute :

ALIMENTATION DE L'ENFANT AGE DE 12 MOIS

- Tous les bébés de 12 mois doivent continuer à être allaités.
- A cet âge, les enfants doivent manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments et être finement coupés ou écrasés.
- L'enfant doit continuer à manger dans une assiette à part afin que la mère puisse s'assurer qu'il mange suffisamment.
- Tous les membres de la famille doivent se laver les mains avant de préparer les repas et avant de manger.
- La croissance de l'enfant doit toujours être suivie tous les mois.



Activité 3 : Déterminer ce qu'ils savent déjà : Déparasitage

Mise en contexte : Renseignez-vous sur la politique du ministère de la Santé en matière de déparasitage dans votre pays, et fournissez les informations exactes aux ASCs.

Demandez : Que savez-vous sur les vers intestinaux ? Vos enfants ont-ils déjà eu des vers ? Si tel est le cas, qu'avez-vous fait ? Que s'est-il passé ? Demandez : Quelle pourrait être l'issue si vous ne traitez pas les vers chez les enfants de moins de 5 ans ?

Expliquez ou lisez à voix haute :

VERS INTESTINAUX

- Les vers intestinaux peuvent entraîner ou aggraver une anémie (faibles niveaux de fer dans le sang) chez les enfants, ce qui peut nuire au développement physique et mental de l'enfant. Les vers peuvent aussi provoquer une augmentation des cas de diarrhée, faisant perdre aux enfants des réserves de vitamines dans leurs corps, et contribuant ainsi au développement de la malnutrition chez l'enfant.
- Les vers intestinaux pénètrent dans le corps par le sol ou l'eau. Vous pouvez prévenir l'infection par des vers intestinaux grâce à une bonne hygiène. Les enfants ne doivent pas jouer près des toilettes, et doivent souvent se laver les mains au savon.
- Une fois que les enfants se mettent à marcher, ils doivent porter des chaussures afin d'éviter d'attraper des vers.
- La viande crue peut contenir des vers, c'est pourquoi les mains et les ustensiles doivent être soigneusement lavés après usage, et la viande doit être bien cuite avant de la manger.
- Les enfants qui vivent dans des zones dans lesquelles les vers sont courants doivent être traités en prenant un vermifuge deux à trois fois par an, selon la politique du pays.





Activité 4 : Consolider les informations : Images

Montrez le lot d'images sur les vers intestinaux. Bien que ces images ne soient pas agréables à regarder, il est utile de comprendre ce que les vers sont et le mal qu'ils peuvent faire. Ce sont des vers qui vivent dans les intestins d'une personne infectée, rivalisant avec le corps pour capter les nutriments afin de se nourrir. Après avoir vu ces images, il est souvent plus facile de prendre les mesures nécessaires et d'aider les autres à prévenir une infection, motivant ainsi le changement de comportement.



Activité 5 : Donner les informations pertinentes : Conseiller la famille sur le jeu et la communication

Référez-vous aux points suivants dans le *Manuel de ttC du participant*, et discutez des principales actions qu'une famille peut réaliser pour cette tranche d'âge (12 mois à 2 ans). Rappelez aux participants d'encourager tous les membres de la famille à participer au jeu et à la stimulation de l'enfant qui grandit. Utilisez l'encadré ci-dessous pour expliquer ce que la mère et la famille peuvent faire pour jouer et communiquer avec un enfant de cet âge.

Age du jeune nourrisson	Recommandations pour la famille	
<p data-bbox="156 1503 448 1563">De l'âge de 12 mois à 2 ans</p> 	<p data-bbox="491 1503 568 1532">Jouer :</p> <ul data-bbox="491 1536 1070 1693" style="list-style-type: none"> • Donnez à votre enfant des choses à empiler et à mettre dans un récipient puis à ressortir. • Exemples de jouets : Des objets qui s'emboîtent et qui s'empilent, un récipient et des pinces à linge. <p data-bbox="491 1709 667 1738">Communiquer :</p> <ul data-bbox="491 1742 1166 1839" style="list-style-type: none"> • Posez à votre enfant des questions simples. • Répondez aux tentatives de votre enfant de parler. • Montrez et parlez de la nature, des images et des choses. 	



Activité 6 : Revoir : Les vaccinations, la vitamine A, le déparasitage et le suivi de la croissance

Présentez les exemplaires de carnet de santé de l'enfant qui ont été rapportés. Si cela n'est pas possible, projetez un exemplaire complété que les facilitateurs auront préparé.

Demandez : Quels vaccins et suppléments un enfant doit s'être vu administrer avant l'âge de 1 an ?

Demandez : De quels autres services préventifs un enfant a-t-il besoin après l'âge de 1 ans et quand ?

- **Vaccination** : À l'âge de 1 an, l'enfant doit avoir reçu tous les vaccins. S'il existe des lacunes dans le registre des vaccins, orientez alors l'enfant à ce moment-là vers un centre de santé, car les politiques de nombreux pays n'appuient pas la vaccination des enfants après l'âge de 1 an.
- **Vitamine A** : Tous les enfants de plus de 6 mois reçoivent des suppléments de vitamine A tous les 6 mois jusqu'à ce qu'ils aient 5 ans. Cela permet de prévenir la cécité nocturne et protège contre d'autres maladies. La mère peut les obtenir auprès du centre de santé ou pendant les campagnes de proximité.
- **Suivi et promotion de la croissance** Les enfants doivent être suivis, dans l'idéal une fois par mois jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 2 ans, bien qu'après l'âge de 1 an, cela puisse être moins fréquent.
- **Déparasitage** : Tous les enfants à partir de l'âge de 1 an se voient administrer un comprimé vermifuge une fois tous les 6 mois. La mère peut y accéder au centre de santé ou pendant les campagnes de proximité.



Activité 7: Obstacles et facteurs favorables à la pratique des recommandations

Visite 9 : 12 mois

Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles <i>Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire ?</i>	Facteurs favorables <i>Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire ?</i>	Réponse de conseils ou solution
Poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, parallèlement à des aliments de complément			
Donner des aliments riches en fer			
Services de santé de routine : Suivi de la croissance et vaccinations (les vaccinations doivent être terminées)			
Déparasitage à partir de l'âge de 12 mois			
Suppléments de vitamine A à l'âge de 12 mois			
Suivi et promotion de la croissance au centre de santé et dans la communauté (PB)			
Développement global de l'enfant - stimulation et jeu			






Résumez les principaux points de la session

- A cet âge, les enfants doivent manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments et être finement coupés ou écrasés. Les enfants doivent continuer à être allaités.
- Suivi et promotion de la croissance : L'enfant doit continuer à être pesé tous les mois.
- Les vers intestinaux peuvent entraîner une anémie et la diarrhée, ce qui contribue à la possibilité que l'enfant finisse par souffrir de malnutrition. Vous pouvez prévenir les vers intestinaux par une bonne hygiène, le lavage des mains, le port de chaussures à l'extérieur, une cuisson prolongée et la manipulation hygiénique de la viande crue.
- Vitamine A : Tous les enfants de plus de 6 mois se voient remettre des suppléments de vitamine A une fois tous les 6 mois jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 5 ans, ce qui permet de prévenir la cécité nocturne et de les protéger d'autres maladies. La mère peut les obtenir auprès du centre de santé, ou pendant les campagnes de proximité.
- Déparasitage : Tous les enfants dès l'âge de 1 an se voient remettre des comprimés de déparasitage une fois tous les 6 mois. Les mère peut y avoir accès au centre de santé ou pendant les campagnes de proximité.

VISITE 10 : VISITE DES 18 MOIS



Session 12 : Nutrition et développement de l'enfant à l'âge de 18 mois

Plan de la session	Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà Activité 2 : Promouvoir la santé et la nutrition à l'âge de 18 mois Activité 3 : Conseiller la famille sur le jeu et la communication Activité 4 : Obstacles et facteurs favorables aux pratiques de santé pour l'enfant de 18 mois	 Durée : 1h00
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une révision complète de tous les messages de conseils avec les ménages • Évaluer les niveaux de rétention des connaissances et d'adoption des pratiques au sein des foyers et de la communauté • Montrer comment effectuer la visite à domicile des 18 mois (visite 10) • Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils • Effectuer la visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer. 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation de l'enfant à l'âge de 18 mois et au-delà : Tous les bébés de 18 mois doivent continuer à être allaités. Ils doivent manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments et être finement coupés ou écrasés. L'enfant doit manger dans une assiette à part afin que la mère puisse s'assurer qu'il mange suffisamment. • Suivi et promotion continus de la nutrition : Les parents doivent continuer à emmener régulièrement l'enfant se faire peser, et s'assurer que l'enfant reçoit les suppléments de vitamines A et les comprimés vermifuges à l'âge de 18 mois. • Suivi et promotion continus de l'hygiène et du lavage des mains : Tous les membres de la famille doivent se laver les mains avant de préparer les repas et avant de manger. A mesure que les enfants apprennent à manger par eux-mêmes, il est encore plus important que la famille s'assure que les enfants se lavent les mains au savon ou avec de la cendre avant de manger. 	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Manuels du ménage 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Procéder à une révision complète de tous les messages de conseils avec les foyers
- Évaluer les niveaux de rétention des connaissances et d'adoption des pratiques au sein des foyers et de la communauté
- Montrer comment effectuer la visite à domicile des 18 mois (visite 10)
- Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils

- Effectuer la visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer.



Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà

Demandez : Que doit manger un enfant de 18 mois et à quelle fréquence ? Quel suivi est requis au centre de santé ?



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Promouvoir la santé et la nutrition à l'âge de 18 mois

Expliquez ou lisez à voix haute :



ALIMENTATION DE L'ENFANT A L'AGE DE 18 MOIS ET AU-DELA

- Tous les bébés de 18 mois doivent continuer à être allaités.
- A cet âge, les enfants doivent manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" : des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments, finement coupés ou écrasés.
- L'enfant doit manger dans une assiette à part afin que la mère puisse s'assurer qu'il mange suffisamment.

SUIVI ET PROMOTION CONTINUS DE LA NUTRITION

- Le parent doit continuer à emmener régulièrement l'enfant se faire peser.
- Les enfants doivent recevoir des suppléments de vitamine A et des comprimés vermifuges à 18 mois.



PROMOTION CONTINUE DE L'HYGIENE ET DU LAVAGE DES MAINS

- Tous les membres de la famille doivent se laver les mains avant de préparer les repas et avant de manger.
- Maintenant, les enfants seront plus indépendants, et ils mangeront la plupart du temps par eux-mêmes. Il est encore plus important que la famille s'assure que les enfants se lavent les mains au savon ou avec de la cendre avant de manger.
- Les enfants peuvent commencer à apprendre à se laver les mains eux-mêmes : les ASCs doivent encourager les mères à apprendre à leurs enfants à se laver les mains quand ils sont jeunes afin qu'ils gardent cette habitude toute leur vie.



Activité 3 : Donner les informations pertinentes : Conseiller la famille

Référez-vous au tableau suivant dans le *Manuel du participant*, et discutez des actions clés que la famille peut réaliser pour cette tranche d'âge. Bien que les images ne montrent que la mère, il est important de rappeler aux participants que tous les membres de la famille, en particulier le père et les enfants plus âgés, peuvent aussi jouer et parler avec le bébé. Utilisez l'encadré ci-dessous pour expliquer ce que la mère et la famille peuvent faire dès la naissance pour jouer et communiquer avec le nouveau-né.

Age de l'enfant	Recommandations pour la famille
2 ans et plus 	<p><i>Jouer :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aidez l'enfant à compter, à nommer et comparer des choses. • Fabriquez des jouets simples pour votre enfant. • Exemples de jouets : Objets de différentes couleurs et formes à trier, bâtons, tableau noir ou puzzle. <p><i>Communiquer :</i></p> 

- Encouragez votre enfants à parler, répondez aux questions de votre enfant.
- Apprenez des histoires, des chansons et des jeux. Parlez des images ou des livres.
- Exemple de jouet : Livre avec des images.



Activité 4 : Obstacles et facteurs favorables aux pratiques de santé pour l'enfant de 18 mois




Visite 10 : L'enfant de 18 mois

Messages clés et informations supplémentaires	Obstacles Qu'est-ce qui rend cela difficile à faire ?	Facteurs favorables Qu'est-ce qui rendrait cela plus facile à faire ?	Réponse de conseils ou solution
Préparation des aliments de complément pour l'enfant âgé de 18 mois : <ul style="list-style-type: none"> - Donner 3 à 4 repas par jour - Nourrir l'enfant en réponse à sa faim (alimentation réactive) - Servir la nourriture dans une assiette à part 			
Donner des aliments riches en fer			
Vitamine A et déparasitage à l'âge de 18 mois			
L'enfant doit dormir sous une moustiquaire			
La famille doit considérer l'intervalle de l'espacement des grossesses (à partir de 2 ans)			
Développement global de l'enfant - Jeu et stimulation			

Résumez les principaux points de la session

- **Alimentation de l'enfant de 18 mois et au-delà :** Tous les bébés de 18 mois doivent continuer à être allaités. Ils doivent manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments consommés doivent appartenir aux trois groupes d'aliments et être finement coupés ou écrasés. L'enfant doit manger dans une assiette à part afin que la mère puisse s'assurer qu'il mange suffisamment.
- **Suivi et promotion continus de la nutrition :** Les parents doivent continuer à emmener régulièrement l'enfant se faire peser, et s'assurer que l'enfant reçoit les suppléments de vitamine A et les comprimés vermifuge à l'âge de 18 ans.
- **Promotion continue de l'hygiène et du lavage des mains :** Tous les membres de la famille doivent se laver les mains avant de préparer les repas et avant de manger. A mesure que les enfants apprennent à manger par eux-mêmes, il est encore plus important que la famille s'assure que les enfants se lavent les mains au savon ou avec de la cendre avant de manger.

Session 13: Effectue la visite de 10 à 18 mois

Plan de la session	Activité 1 : Comprendre l'histoire Activité 2 : donner des informations pertinentes : tenue de visiter 10 à 18 mois	 Time: 1h00
Objectives de l'apprentissage	À la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> • Montrez comment procéder aux visite à domicile (visite 10) • montrent comment utiliser les visuels convenablement durant la procédure de visite • participer activement et de manière appropriée avec les membres du ménage 18 mois. 	
Message clé 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite 10 se fait lorsque l'enfant est de 18 mois. Au cours de visite 10 l'ASC fera le dialogue, la négociation et encourager les mères et les familles à nourrir convenablement leurs enfants en continuant à fournir des aliments complémentaires, en plus de l'allaitement maternel. Vous pourrez également évaluer l'enfant les signes de danger et de se référer si nécessaire. • Au cours de visite 10 vous présenter seulement l'histoire positive: «l'alimentation complémentaire, le déparasitage et de la vitamine A et poser les questions. • En suivant les étapes de la négociation, vous effectuerez plusieurs autres actions importantes, y compris des conseils sur l'allaitement maternel prolongé, poser des questions sur la planification familiale, la vérification pour voir que la carte de santé de l'enfant est à jour, rappelant la vitamine A, de vérifier si l'enfant a reçu un comprimé de déparasitage et de leur rappeler d'avoir cela à 18 mois, et le dépistage tout enfant malade ou récemment malades des signes de malnutrition. • L'ASC doit conseiller la famille sur les soins pour le développement de l'enfant, y compris les étapes «demander / observer» décrites précédemment, en encourageant toute la famille à participer. Fournir un soutien supplémentaire ou des conseils en cas de besoin. 	
Préparation et matériaux 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • tableau, papier et marqueurs • Livre des histoires • Manuel de ménage manuels 	

Présentez la session

expliquer ou lire à haute voix :

OBJECTIVES OF THE SESSION

À la fin de cette session, les participants pourront :

- Montrez comment procéder aux visite à domicile (visite 10)
- montrent comment utiliser les visuels convenablement durant la procédure de visite
- participer activement et de manière appropriée avec les membres du ménage 18 mois.



Activité 1 : Comprendre l'histoire et à identifier des pratiques positives et négatives

Distribuer des copies du livre. Travaillant en groupes avec un facilitateur par table. Demander à l'animateur de lire l'histoire, en appliquant les bonnes techniques de narration. Puis à la fin de l'histoire, l'animateur doit faire le tour du cercle et identifier les messages clés (il n'y a aucune histoires négatives).

Module 3 : Messages de livre d'histoire (Remarque : seulement une histoire positive)

Storybook	Positive story messages
10	<ul style="list-style-type: none"> • Leila se lave les mains . • Leila mange des en-cas pendant, et sa mère lui donne des en-cas nutritif • La mère prépare des repas nutritifs • Leila dort sous une moustiquaire • Les parents de Leila reconnaissent le signe de danger et et la porter au centre de santé immédiatement • Surveillance de la croissance régulière • La vitamine A. • Leila mange toujours autant quand elle est malade . • La planification familiale



Activity 2: Give relevant information: Conducting Visit 10 at 18 months

SEQUENCE DE LA VISITE 10: 18 MOIS

- **Avant de commencer:** Saluez la famille. Veiller à ce que les membres de famille identifiés sont tous présents.
- **Identifier et répondre à toutes les difficultés:** Demander à la mère si l'enfant elle a des signes de danger. Effectuer le renvoi en cas de besoin. Appliquer les principes de premiers soins psychologiques en cas de besoin.
- **Évaluer l'enfant:** Si la mère signale que l'enfant est malade, vérifier les signes de danger et se référer le cas si nécessaire.

Processus ttC Counseling:

- **Étape 1:** Examiner la réunion précédente (visite 9) et mettre à jour le Manuel des ménages.
- **Étape 2:** Présenter et réfléchir sur le problème (il n'y a pas d'histoire de problème dans cette visite).
- **Étape 3:** Racontez l'histoire positif: «L'alimentation complémentaire, les signes de danger, l'espacement des naissances» en utilisant le livre des histoires qui montrent l'histoire de Leila.
- **Étape 4:** Négocier de nouvelles actions à l'aide du manuel de ménage.
- **Étape 5:** ASC actions supplémentaires:
 - Renseignez-vous sur l'allaitement maternel continue et de fournir des conseils au besoin.
 - Demandez à ce que l'enfant a mangé dans la journée précédente, la vérification des aliments riches en fer et riches en vitamine A, et une alimentation équilibrée.
 - Vérifier la carte de santé de l'enfant pour la surveillance et la vaccination de croissance, et de rappeler à propos de la vitamine A.
 - Reportez-vous pour le déparasitage si l'enfant n'a pas déjà eu ce à 18 mois.
 - Surveillance des enfants avec MUAC et pour des signes de malnutrition.
 - Demandez et observer: la famille sur les soins pour le développement de l'enfant

- Notez les résultats de la réunion: Remplissez le registre ttC pour cette visite (nous le ferons à la fin).
- Fin de la visite: Décidez avec la famille quand vous visiterez prochainement (à 24 mois). Merci la famille






Résumer les points principaux de la session

- Visite 10 se fait lorsque l'enfant est de 18 mois. Au cours de visite 10 l'ASC fera le dialogue, la négociation et encourager les mères et les familles à nourrir convenablement leurs enfants en continuant à fournir des aliments complémentaires, en plus de l'allaitement maternel. Vous pourrez également évaluer l'enfant les signes de danger et de se référer si nécessaire.
- Au cours de visite 10 vous présenter seulement l'histoire positive: «l'alimentation complémentaire, le déparasitage et de la vitamine A et poser les questions.
- En suivant les étapes de la négociation, vous effectuerez plusieurs autres actions importantes, y compris des conseils sur l'allaitement maternel prolongé, poser des questions sur la planification familiale, la vérification pour voir que la carte de santé de l'enfant est à jour, rappelant la vitamine A, de vérifier si l'enfant a reçu un comprimé de déparasitage et de leur rappeler d'avoir cela à 18 mois, et le dépistage tout enfant malade ou récemment malades des signes de malnutrition.
- L'ASC doit conseiller la famille sur les soins pour le développement de l'enfant, y compris les étapes «demander / observer» décrites précédemment, en encourageant toute la famille à participer. Fournir un soutien supplémentaire ou des conseils en cas de besoin.

VISITE II : VISITE DES 24 MOIS



Session 14 : Effectuer la Visite II - L'entretien de sortie à l'âge de 24 mois

Plan de la session	Activité 1 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation de l'enfant de 2 ans Activité 2 : Donner les informations pertinentes : La planification familiale Activité 3 : Vérifier les connaissances de la famille : Revoir les pratiques de santé et les signes de danger chez les enfants	 Durée : 1h00
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> • Montrer comment effectuer la visite à domicile des deux ans (visite II) • Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils • Effectuer la visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer. 	
Messages clé 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation complémentaire : l'enfant mange six fois par jour • Signes de danger chez les enfants • Espacement des naissances/planification familiale : la famille pourrait envisager une nouvelle grossesse 	
Préparation et matériel 	<i>Matériel</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de conférence, feuilles et marqueurs • Livre d'histoires pour la visite II • Manuels du ménage 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Montrer comment effectuer la visite à domicile des deux ans (visite II)
- Montrer comment utiliser correctement les visuels au cours de la visite de conseils
- Effectuer la visite à domicile et s'engager efficacement et de manière appropriée auprès des membres du foyer.



Activité 1 : Donner les informations pertinentes : L'alimentation de l'enfant de 2 ans



ALIMENTATION DE L'ENFANT DE DEUX ANS

- Les enfants de deux ans peuvent continuer à être allaités tant que cela convient à la mère et à l'enfant. Mais si la mère souhaite arrêter d'allaiter, elle peut le faire sans problème.
- Les enfants de deux ans doivent continuer à manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments doivent provenir des trois groupes d'aliments, et l'enfant doit consommer des aliments riches en fer et en vitamine A. A cet âge, les enfants sont capables de manger des aliments solides.

- L'enfant doit continuer à manger dans une assiette à part afin que la mère puisse s'assurer qu'il mange suffisamment.
- Tous les membres de la famille, y compris l'enfant, doivent se laver les mains au savon ou avec de la cendre avant de préparer les repas et avant de manger.



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Planification familiale

Au cours de visites à domicile précédentes, les ASCs ont informé les familles des différentes méthodes pouvant être utilisées pour éviter une nouvelle grossesse. Ce conseil était systématiquement que la femme ne devrait pas essayer de retomber enceinte avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 2 ans.

Maintenant que les ASCs effectueront la Visite II des deux ans, ils informeront le couple que s'ils veulent d'autres enfants, ils peuvent commencer à essayer.

Passez en revue avec les ASCs les recommandations figurant dans l'encadré ci-dessous. **Répondez** aux questions qu'ils pourraient poser.



PLANIFICATION FAMILIALE

Maintenant que l'enfant a deux ans, si le couple souhaite avoir d'autres enfants, ils peuvent commencer à penser à une nouvelle grossesse. Si la mère prévoit de tomber enceinte, elle doit voir un prestataire de soins de santé pour s'assurer qu'elle est en bonne santé et prête pour une nouvelle grossesse. Vous pouvez conseiller la mère sur la nutrition et les soins auto-administrés pour tomber enceinte, en prenant du fer et de l'acide folique pendant qu'elle essaie de tomber enceinte, ou en passant un test de dépistage du VIH si elle ne l'a pas encore fait.



Activité 3 : Vérifier les connaissances de la famille : Revoir les pratiques de santé et les signes de danger chez les enfants

Expliquez : Il n'y a pas de *nouveaux* messages à communiquer aux familles au cours de la Visite II. Utilisez plutôt la visite pour **revoir** avec les familles **toutes** les leçons précédentes.

Expliquez que les ASCs **réviseront le Manuel du Foyer complet** avec les familles. Cette révision aura trois objectifs :

1. Évaluer **la rétention des connaissances** : c'est-à-dire voir si les familles se souviennent des messages représentés dans chacune des images et les comprennent.
2. Évaluer **l'adoption** : c'est-à-dire déterminer si les familles ont réussi à mettre les recommandations en pratique.
3. Évaluer leurs connaissances des principaux tueurs - diarrhée, paludisme et pneumonie - et des signes de danger chez les enfants. Rappelez-leur qu'il s'agit de signes de danger majeurs chez les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans.

Travailler par groupes de deux : Les participants doivent s'entraîner à évaluer **les connaissances au sein du foyer**. **Répartissez** les participants en groupes de deux et demandez-leur de travailler avec le Manuel du ménage. Chaque paire de participants devra réviser le manuel complet, afin de s'assurer qu'ils se rappellent eux aussi, en tant que ASCs, tous les messages et qu'ils pourront procéder à cette révision avec les familles. Ils devront réaliser cette révision ensemble comme s'ils le faisaient avec la famille, en alternant



les rôles à chaque page du manuel. Ils doivent également réviser chaque illustration figurant dans le Manuel des ménages et expliquer ce que chaque illustration représente.




Résumez les principaux points de la session

- La Visite II se déroule quand l'enfant atteint l'âge de 24 mois. Il n'y a ni nouvelles histoires ni pratiques négociées pendant cette visite.
- Les ASCs passeront en revue toutes les pages du Manuel des ménages avec les membres de la famille au cours de la visite II. Ils doivent être préparés pour répondre aux éventuelles questions des membres du ménage sur les messages dont ils ne se souviennent pas ou qu'ils ne comprennent pas.
- Les principaux tueurs tels que la diarrhée, la pneumonie ou le paludisme, peuvent survenir rapidement à n'importe quel moment. Soyez toujours conscients des signes de danger associés à ces tueurs principaux et emmenez l'enfant malade au centre de santé. Les ASCs doivent vérifier les connaissances de la famille sur les signes de danger chez les enfants et sur ce qu'il faut faire s'ils observent leur apparition.
- Les ASCs rappelleront également aux membres de la famille d'emmener l'enfant au centre de santé à l'âge de 2 ans, pour le suivi de sa croissance, recevoir des gélules de vitamine A et des comprimés vermifuges, s'ils ne l'ont pas déjà fait.
- Ils doivent leur rappeler qu'après les 2 ans de l'enfant, il n'y a maintenant aucun risque à essayer d'avoir un autre bébé s'ils le souhaitent et qu'ils doivent aborder avec un prestataire de soins de santé la possibilité d'une nouvelle grossesse.
- Les enfants de deux ans doivent continuer à manger six fois par jour. Trois ou quatre de ces repas doivent être tirés des repas de la famille, tandis que les autres peuvent être des "encas" comme des fruits, des œufs ou des cacahuètes. Les aliments doivent provenir des trois groupes d'aliments. A cet âge, les enfants sont capables de manger des aliments semi-solides.

Session 15 : Soins de soutien pour l'enfant à risque élevé

Plan de la session	<p>Activité 1 : Déterminer ce qu'ils savent déjà : Facteurs de risque</p> <p>Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Combiner les risques : Facteurs sociaux et de vulnérabilité</p> <p>Activité 3 : Consolider les informations : Combiner les facteurs de risque</p> <p>Activité 4 : Études de cas à risque élevé : Soutien à domicile</p> <p>Activité 5 : Donner les informations pertinentes : Soins spéciaux pour les enfants séropositifs</p>	 <p>Durée : 2h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	<p>A la fin de cette session, les participants pourront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire quels sont les jeunes enfants pouvant être plus vulnérables aux maladies et nécessitant des soins supplémentaires de la part des ASCs et quelques-unes des façons dont les ASCs peuvent soutenir les aidants. • Conseiller les mères et les aidants sur les soins spéciaux requis pour un jeune enfant séropositif • Conseiller les mères et les aidants sur les soins spéciaux d'un enfant à risque élevé 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Un enfant à risque élevé est plus susceptible de décéder avant l'âge de 5 ans, ou de souffrir de complications telles que des infections et la malnutrition. • Facteurs de risque courants chez les enfants : Être séropositifs, souffrir de malnutrition, ne pas être allaité, être orphelin de mère et être handicapé. • Des facteurs au sein de l'environnement du domicile familial peuvent influencer ou exacerber les risques, tels que les mères souffrant de problèmes psychosociaux, le décès antérieur d'un enfant, la négligence ou la maltraitance infligée aux enfants, la maltraitance et la violence au sein du domicile familial, les aidants souffrant de problèmes de santé chroniques ou sérieux, l'extrême pauvreté et les mauvaises conditions de vie. • Les enfants à risque élevé peuvent être ciblés afin de leur fournir un soutien supplémentaire, tel que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Davantage de visites à domicile, un soutien en termes de conseils ou un soutien à l'allaitement ○ Soutien psychosocial pour la mère et la famille ○ Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé. ○ Vigilance accrue pour détecter les signes de danger et promotion de l'hygiène. ○ Connexion avec d'autres services communautaires et au centre de santé. • Les enfants séropositifs sont beaucoup plus susceptibles de décéder d'autres maladies au cours des 2 premières années de vie, et ont besoin d'une meilleure nutrition et d'un accès plus important à des soins de santé réguliers que les enfants qui ne sont pas séropositifs. • Les enfants séropositifs doivent prendre des médicaments antirétroviraux (ARV) tous les jours, toute leur vie. Les familles prenant soin d'un enfant séropositif doivent s'assurer qu'elles lui donnent ses médicaments ARV tous les jours. Si elles le font, elles peuvent être sûres que leur enfant sera en bonne santé et pourra 	

	continuer à vivre une vie productive, saine et longue exactement comme tous les autres enfants.
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Tableaux de conférence et stylos • Manuel du ménage • Fournir des exemples locaux de programme de suivi d'un enfant séropositif • Fournir des exemples locaux de régime de traitement antirétroviral (ART) pour un enfant séropositif

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Décrire quels sont les jeunes enfants pouvant être plus vulnérables aux maladies et nécessitant des soins supplémentaires de la part des ASCs et quelques-unes des façons dont les ASCs peuvent soutenir les aidants
- Conseiller les mères et les aidants sur les soins spéciaux requis pour un jeune enfant séropositif
- Conseiller les mères et les aidants sur les soins spéciaux d'un enfant à risque élevé.



Activité I : Déterminer ce qu'ils savent déjà : Facteurs de risque

Demandez : Existe-t-il des enfants plus vulnérables aux infections et aux maladies ? Quels enfants ?

Demandez : A quels risques peuvent-ils être confrontés ?

Notez les réponses des participants sur le tableau noir. Puis invitez le personnel soignant à entourer ou identifier les réponses présentant le risque le plus élevé et à expliquer quel est ce risque, ou utilisez le tableau ci-dessous pour discuter des risques spécifiques.

Demandez : Quels pourraient être les besoins supplémentaires de ces enfants par rapport aux autres enfants ?

Expliquez ou lisez à voix haute :



ENFANTS A RISQUE ELEVE ET VULNERABLES

- Un enfant à risque élevé est plus susceptible de décéder avant l'âge de 5 ans ou de souffrir de complications telles que des infections et la malnutrition.
- Facteurs de risque courants chez les enfants : Être séropositifs, souffrir de malnutrition, ne pas être allaité, être orphelin de mère et être handicapé.

Discutez des cas suivants avec les participants. Pour chaque cas, demandez "Quels sont les risques ?", "Quels sont les besoins en termes de soins à domicile ?" et "Quels sont leurs besoins en termes de soins médicaux ?". Notez leurs réponses sur une feuille distincte pour chaque cas, et ajoutez ou clarifiez les commentaires à partir du tableau ci-dessous.

Cas à risque élevé	Quel est le risque ?	Besoins de soins à domicile supplémentaires	Besoins de soins médicaux supplémentaires
Un enfant ayant déjà souffert de malnutrition	Risque accru de souffrir encore une fois de malnutrition si les pratiques d'alimentation ne sont pas améliorées	Peut avoir besoin d'un soutien à l'alimentation et de conseils pour la famille	Peut nécessiter des soins de suivi
Enfant séropositif	Risque accru d'infections et de malnutrition Risque de non observance de l'ART	Soutien à l'accès aux services de soins de santé, à la nutrition et à l'observance du traitement médical	Nécessite des examens de santé réguliers
Enfant handicapé	Peut avoir des difficultés à s'alimenter, par ex. palais fendu Les parents peuvent avoir du mal à prendre soin de l'enfant selon ses besoins	Soutien accru de la famille	Seulement en cas d'orientation vers un centre de santé
Enfant qui n'est pas allaité	Risque accru de malnutrition et de maladie	Soutien à l'alimentation	Uniquement en cas de signes de danger
Orphelin de mère	Risque accru de décès infantile (15 fois plus élevé !)	Soutien à l'alimentation, identifier un parent/une mère adoptive Aider le père à s'occuper de l'enfant	Seulement en cas d'orientation vers un centre de santé



Activité 2 : Donner les informations pertinentes : Combiner les risques : Facteurs sociaux et de vulnérabilité

Demandez : *Considérez le contexte du domicile familial : Que pourrait-il se passer dans le domicile familial qui pourrait contribuer à rendre un enfant à risque élevé encore plus vulnérable ?*

Notez tous les risques possibles qu'ils identifient sur une feuille séparée du tableau de conférence, et affichez-la à côté de la précédente.

Enfants à risque	Facteurs sociaux et de vulnérabilité - Que se passe-t-il dans l'environnement de leur domicile ?
<ul style="list-style-type: none"> • Un enfant qui souffre ou a souffert de malnutrition • Enfant séropositif • Enfant handicapé • Enfant qui n'est pas allaité • Orphelin de mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Mère qui souffre de problèmes psychosociaux ou de dépression • Décès antérieurs d'enfant • Preuves de négligence ou de maltraitance infligée aux enfants • Maltraitance et violence au sein du domicile familial • Aidants souffrant de problèmes chroniques ou sérieux • Extrême pauvreté • Mauvaises conditions de vie • De nombreux enfants • Adolescente ou mère célibataire • Autres... discutez



Activité 3 : Consolider les informations : Combiner les facteurs de risque

Travailler en groupes : Considérez comment ces risques peuvent se combiner. Donnez à chaque groupe deux cas à comparer. A la fin de leur discussion, ils peuvent rendre compte de ce que pourraient être, selon eux, les différentes issues des cas et de ce que l'ASC pourrait envisager quand il prend soin de l'enfant.

Groupe 1 : Comparez et mettez en opposition les deux cas

- Cas 1 : Un enfant séropositif vivant dans un environnement sans risque et propre, avec un accès à des soins médicaux et le soutien familial pour les soins spéciaux.
- Cas 2 : Un enfant séropositif vivant dans la pauvreté, avec une mère qui est dans l'incapacité de s'occuper de lui, sur le plan financier, physique ou émotionnel.

Groupe 2 : Comparez et mettez en opposition les deux cas

- Cas 3 : Un enfant ayant déjà été traité pour un problème de malnutrition dont la famille est relativement aisée et n'a qu'un seul enfant.
- Cas 4 : Un enfant ayant déjà été traité pour un problème de malnutrition dont la famille a de sérieuses charges financières, et 5 enfants de moins de 10 ans.

Groupe 3 : Comparez et mettez en opposition les deux cas

- Cas 5 : Un enfant handicapé dont les parents cherchent activement des soins de soutien et de santé et qui créent un environnement affectueux et stimulant pour l'enfant.
- Cas 6 : Un enfant handicapé dans un foyer où l'on suspecte de la maltraitance ou de la violence domestique.

Expliquez ou lisez à voix haute :



L'ENVIRONNEMENT DU DOMICILE FAMILIAL CONTRIBUE AU RISQUE

Un enfant peut aussi être considéré à risque élevé en raison d'événements au domicile tels que la mère qui souffre de problèmes psychosociaux, des décès antérieurs d'enfants, des preuves de négligence ou de maltraitance infligée aux enfants, l'expérience de la maltraitance et de la violence au sein du domicile familial, les aidants souffrant de problèmes de santé chroniques ou sérieux, l'extrême pauvreté et les mauvaises conditions de vie. Bien qu'ils ne soient pas formellement désignés comme des cas à risque élevé, ces contextes peuvent exacerber des facteurs de risque existants dans une mesure telle que cela entraîne l'enfant en bonne santé dans une situation à risque très élevé.



Activité 4 : Études de cas à risque élevé : Soutien à domicile

Travailler en groupes : Donnez à chaque groupe une étude de cas, et demandez à chaque groupe de discuter de ce que sont les besoins de l'enfant, quelles actions supplémentaires ils pourraient réaliser parmi la liste ci-dessous, et comment ils pourraient conseiller la mère et sa famille. Les quatre groupes rendent alors compte de leurs réponses, et les participants notent les recommandations dans le tableau.



LES NOUVEAU-NES A RISQUE ELEVE ET LES MERES EN PERIODE DE POSTPARTUM A RISQUE ELEVE PEUVENT RECEVOIR UN SOUTIEN SUPPLEMENTAIRE, TEL QUE :

- Davantage de visites à domicile et de conseils ou soutien à l'alimentation
- Soutien psychosocial pour la mère et la famille
- Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé.
- Vigilance accrue pour détecter les signes de danger et promotion de l'hygiène.

- Connexion avec d'autres services communautaires et au centre de santé.

Étude de cas	Réponses possibles
Cas 2 : Un enfant séropositif vivant dans la pauvreté, avec une mère qui est dans l'incapacité de s'occuper de lui, sur le plan financier, physique ou émotionnel.	
Cas 4 : Un enfant ayant déjà été traité pour un problème de malnutrition dont la famille a de sérieuses charges financières, et 5 enfants de moins de 10 ans.	
Cas 6 : Un enfant handicapé dans un foyer où l'on suspecte de la maltraitance ou de la violence domestique.	



Activité 5 : Donner les informations pertinentes : Soins spéciaux pour les enfants séropositifs

Rappel : Dans le module 1, nous avons parlé du VIH pendant la grossesse et de l'accès à la PTME (Module 1, Visite 2). Demandez aux participants s'ils peuvent se souvenir des messages clés pour les femmes enceintes. Notez-les sur une feuille du tableau de conférence. Puis demandez aux participants s'ils se rappellent quand nous avons parlé dans le Module 2 du diagnostic du VIH et du traitement appelé ARV ou Cotrim que les enfants doivent commencer à suivre (Session 16 du Module 2). Notez-les sur une feuille du tableau de conférence. Cette session couvrira la façon de prendre soin d'un enfant séropositif.

Demandez aux ASCs de faire part des expériences qu'ils ont eues avec des enfants séropositifs dans leur communauté. Que s'est-il passé ?

Notez toutes les actions importantes sur une feuille du tableau de conférence. Prenez aussi en considération la stigmatisation si ce point a été abordé.

Expliquez ou lisez à voix haute :



SOINS SPECIAUX POUR L'ENFANT SEROPOSITIF




- Les enfants vivant avec le VIH sont plus susceptibles de contracter la diarrhée, la pneumonie, la tuberculose et de souffrir de malnutrition. Quand cet enfant tombe malade, il/elle est susceptible de développer une maladie grave et a besoin de soins spéciaux pour traiter la maladie. **Orientez un enfant qui a le VIH et toute autre maladie vers un centre de santé**
- Les enfants séropositif peuvent souffrir des infections infantiles habituelles plus fréquemment que les enfants non infectés, et ils sont particulièrement susceptibles de contracter la tuberculose et de souffrir de malnutrition. Les enfants séropositifs ont donc besoin de repas nutritifs et d'encas supplémentaires ou peuvent se voir fournir des multivitamines pour les protéger de la malnutrition. Ils doivent être emmenés au centre de santé pour un suivi de la croissance plus régulier et davantage d'examens de santé que les enfants n'ayant pas le VIH.
- Connaître le statut VIH d'un enfant peut aider l'ASCs à mieux conseiller la famille. Cependant, l'ASCs doit respecter la confidentialité de cette information, entre la famille, lui-même et le personnel du centre de santé.
- Les enfants séropositifs doivent prendre des médicaments ARV tous les jours, toute leur vie. Ils les protégeront et amélioreront leur santé. Les mères et les aidants ont besoin d'encouragements et de soutien pour s'assurer qu'ils observent le traitement et n'oublient jamais de donner les ARV à leur

enfant. Ces enfants peuvent atteindre l'adolescence sans maladies sévères s'ils prennent toujours leurs ARV.

Résumez les principaux points de la session

- Un enfant à risque élevé est plus susceptible de décéder avant l'âge de 5 ans, ou de souffrir de complications telles que des infections et la malnutrition. Il peut s'agir d'un enfant séropositif, souffrant de malnutrition, non allaité, orphelin de mère et handicapé.
- Les facteurs au sein de l'environnement du domicile familial peuvent influencer ou exacerber les risques.
- Les enfants à risque élevés peuvent être ciblés afin de leur fournir un soutien supplémentaire, tel que:
 - Davantage de visites à domicile, un soutien en termes de conseils ou un soutien à l'allaitement
 - Soutien psychosocial pour la mère et la famille
 - Suivi et soutien à l'observance du traitement et fréquentation du centre de santé.
 - Une vigilance accrue pour détecter les signes de danger et une promotion de l'hygiène
- Les enfants séropositifs sont beaucoup plus susceptibles de décéder d'autres maladies au cours des 2 premières années de vie, et ont besoin d'une meilleure nutrition et de plus d'accès à des soins de santé réguliers que les enfants séronégatifs. Les enfants séropositifs doivent prendre des médicaments ARV tous les jours, toute leur vie. Les familles prenant soin d'un enfant séropositif doivent s'assurer qu'elles lui donnent ses médicaments ARV tous les jours. Si elles le font, elles peuvent être sûres que leur enfant sera en bonne santé et pourra continuer à vivre une vie productive, saine et longue exactement comme tous les autres enfants.

Session 16 : Orientation et suivi du nourrisson et de l'enfant malades

Plan de la session	Activité 1 : Examen des signes de danger chez les enfants Activité 2 : Soins de l'enfant malade dans le cadre d'une orientation Activité 3 : Compléter les formulaires d'orientation Activité 4 : Discussion : Suivi à domicile Activité 5 : Interpréter les formulaires de contre-orientation	 <p>Durée : 2h30</p>
Objectifs de l'apprentissage	A la fin de cette session, les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> • Décrire les considérations pour l'orientation d'un nourrisson ou d'un enfant malade souffrant d'une complication • Décrire la façon d'effectuer une visite à domicile de suivi après l'orientation • Compléter le formulaire d'orientation écrit au mieux de leur capacité et interpréter les contre-orientations fournies par le centre de santé (ASCs sachant lire et écrire). 	
Messages clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Quand vous organisez l'évacuation d'urgence d'un enfant, assurez-vous qu'il/elle est accompagné(e) de sa mère et d'un autre membre de la famille ou ASC, qu'il est bien enveloppé et sa respiration régulièrement surveillée, et qu'il continue à être allaité aussi souvent que possible. Assurez-vous que la mère a tous les dossiers médicaux ou carnets de santé/matériel nécessaire pour un séjour à l'hôpital. • Une contre-orientation écrite (note d'autorisation à quitter le centre de santé) peut être rédigée par le centre de santé avec le consentement du patient et peut communiquer des informations importantes sur les soins de l'enfant malade, qui pourraient être importantes pour l'ASC ou la famille, telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ les affections médicales nécessitant des soins supplémentaires (malnutrition, VIH) ○ quand le patient doit revenir pour un suivi ○ les médicaments que le patient doit prendre ○ les signes de danger à surveiller et les conseils de soins à suivre ○ quand l'ASC doivent assurer un suivi à domicile. • Pendant une visite post-orientation à domicile, l'ASC doit s'assurer que l'enfant a été examiné au centre de santé, qu'il a reçu les soins médicaux et médicaments nécessaires, qu'il est complètement rétabli, et qu'il suit les directives de traitement et de soins fournies. Si l'enfant est encore malade 48 heures après avoir été traité sans montrer aucun signe d'amélioration, renvoyez-le au centre de santé. 	
Préparation et matériel 	Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Exemples de formulaires d'orientation : trois par participant • Exemples de formulaires de contre-orientation, imprimés ou projetés 	

Introduire la session

Expliquez ou lisez à voix haute :

OBJECTIFS DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session, les participants pourront :

- Décrire les considérations pour l'orientation d'un nourrisson ou d'un enfant malade souffrant d'une complication
- Décrire la façon d'effectuer une visite à domicile de suivi après l'orientation
- Compléter un formulaire d'orientation écrit au mieux de leur capacité et interpréter les contre-orientations fournies par le centre de santé (VD sachant lire et écrire).



Activité 1 : Examen des signes de danger chez les enfants

Commencez cette session en examinant rapidement les signes de danger chez l'enfant en utilisant les Livres d'histoire.



Activité 2 : Soins de l'enfant malade dans le cadre d'une orientation

Demandez : Quand nous effectuons une orientation d'urgence d'un enfant malade, quelles instructions spéciales en termes de conseils doivent être fournies à la mère et à la famille ?



POUR L'ENFANT MALADE :

- S'assurer que l'enfant est accompagné de la mère.
- Continuer l'allaitement autant que possible pendant le déplacement.
- Donner régulièrement des liquides à l'enfant de plus de 6 mois s'il est capable de boire.
- Prendre les dossiers médicaux, les carnets de santé, de l'argent pour payer les services et le transport, de la nourriture et de l'eau pour la mère, des vêtements et le matériel pour un séjour à l'hôpital.



Activité 3 : Compléter les formulaires d'orientation

Mise en contexte : Utilisez les formulaires d'orientation/contre-orientation disponibles dans le pays si nécessaire, pour remplacer le système ci-dessous.

Demandez : Quelles sont vos expériences en matière d'utilisation de formulaires d'orientation ?

Discutez de toutes préoccupations. Rappelez-leur d'utiliser le formulaire :

- Complétez un côté uniquement du formulaire et envoyez-le avec la mère.
- Écrivez toujours clairement, en n'incluant que les informations nécessaires.
- Recopiez les informations d'identification à partir du *Registre de ttC* ou du carnet de santé de la mère.
- Décrivez tous les symptômes pertinents et conditions de la naissance, précisez le lieu de l'accouchement, et cochez l'état indiqué du patient à ce moment-là.
- Listez clairement tous les médicaments ou traitement donnés (y compris les médicaments traditionnels).



Exercice de formation

Travaillez en équipe en utilisant les études de cas fournis pour compléter les formulaires. Quand les participants ont fini, discutez des résultats en groupes. Si des membres du personnel soignant sont présents dans le groupe, demandez-leur de confirmer que les informations sont correctement, clairement et complètement communiquées. Les participants doivent compléter le formulaire comme s'ils orientaient un patient de leur communauté vers le centre de santé le plus proche.

1. **Faith Mwembe** n° 1232 a un fils de 12 mois qui se prénomme **Samson**. Pendant la visite, vous observez que Samson souffre d'une mauvaise toux et d'un rhume. Vous remarquez que sa peau est chaude et que sa respiration est haletante et rapide. **Faith** rapporte qu'elle a donné à **Samson** un peu de sirop **Bactrim** qu'elle avait dans son placard depuis 6 mois quand Samson a été pour la dernière fois malade, et qu'il commence à se sentir mieux aujourd'hui. Complétez le formulaire et discutez de la façon de conseiller **Faith** pour le trajet.
2. **Laxshmi Gupta**, numéro d'identification 028472 a une fille de 18 mois, **Bhavana**. **Bhavana** souffre de fièvre depuis 2 jours maintenant, et a des éruptions sur son corps et quelques ulcérations buccales. **Laxshmi** a donné à sa fille du sirop de paracétamol, 5ml, 3 fois par jour pendant les deux derniers jours. Conseillez la mère et complétez le formulaire.
3. **Janet Nyakuzi** n° 00142 a une fille **Imani**, âgée de 9 mois. **Imani** a des nausées et la diarrhée depuis 6 jours, et **Janet** l'a soigné à la maison en utilisant un remède local à base de thé pour la nausée, et en lui donnant de l'eau à boire. **Imani** est très souffrante et ne peut plus téter ni boire quoi que ce soit depuis le matin. Vous remarquez aussi pendant la visite qu'elle a actuellement des œdèmes sur les deux pieds, et que ses bras sont très maigres. Vous confirmez dans le carnet de santé d'**Imani** qu'elle présentait un poids insuffisant au cours de deux dernières visites au centre de santé. Complétez le formulaire et discutez de la façon de conseiller Janet pour l'orientation.



Activité 4 : Discussion : Suivi à domicile

Demandez : Avez-vous déjà eu une expérience dans laquelle un enfant avait été traité dans un centre de santé et décédait une fois de retour chez lui ?

Demandez : Qu'est-ce qui a pu mal se passer dans un tel cas ? Discutez de leurs réponses.

Les réponses pourraient être les suivantes :

- L'enfant a développé une autre complication.
- Les médicaments fournis n'étaient pas de bonne qualité.
- Il existait une affection sous-jacente non détectée/non traitée, telle que la malnutrition, le VIH ou la tuberculose.
- La mère n'a pas terminé le traitement donné.
- Le centre de santé a considéré que le cas était moins sérieux et l'enfant a été autorisé à quitter le centre de santé trop tôt.
- L'enfant ne mangeait ou ne buvait pas bien pendant la maladie et s'est déshydraté/a souffert de malnutrition.

En réalité, quand un décès se produit, les familles ont souvent cherché des soins au centre de santé pendant l'épisode de maladie, mais pour une raison ou une autre, l'enfant ne guérit pas, et les parents tardent à retourner au centre de santé.

Demandez : Quel est l'objectif d'une visite à domicile quand un enfant malade a été examiné au centre de santé ?

Discutez de leurs réponses et soulignez les points suivants :

- S'assurer que le patient a été examiné et a eu accès au traitement et aux médicaments dont il avait besoin.
- Décourager l'achat de médicaments auprès de fournisseurs non officiels.
- S'assurer que le traitement et les conseils de soins sont suivis par la mère/le patient.
- S'assurer que le patient se sent maintenant mieux, ou dans le cas contraire, le renvoyer au centre de santé.



Activité 5 : Interpréter les formulaires de contre-orientation

Récapitulez l'objectif d'une contre-orientation effectuée par le centre de santé :

- Une contre-orientation écrite (note d'autorisation à quitter le centre de santé) peut être rédigée par le centre de santé avec le consentement du patient et peut communiquer des informations importantes sur les soins du patient, qui pourraient être importantes pour l'ASC ou la famille. Des exemples sont notamment les suivants :
- Les affection identifiées nécessitant des soins supplémentaires
- Quand le patient doit revenir au centre de santé pour un suivi
- Les médicaments que le patient doit prendre
- Les signes de danger à surveiller et les conseils de soins à suivre
- Quand l'ASC ou l'ASC doit assurer un suivi à domicile.

Le formateur doit compléter les copies de contre-orientation avec les cas suivants et les distribuer aux groupes. Demandez aux ASCs de lire et d'interpréter les formulaires. Puis lisez le texte en italique et discutez (avec le personnel soignant si possible) de la façon de gérer le cas.

- Faith Mwembe n° 1232 et son fils de 12 mois, Samson, ont été examinés au centre de santé. Samson a été traité pour une infection respiratoire aiguë au moyen d'antibiotiques et autorisé à quitter le centre de santé le même jour. Le formulaire d'orientation fournit des instructions pour le traitement aux antibiotiques pendant 5 jours, avec du paracétamol 3 fois par jour. L'avis de renvoi du centre de santé indique qu'ils n'ont pas besoin de revenir, à moins que Samson ne montre aucun signe d'amélioration au bout de 48 heures. Le formulaire suggère que vous leur rendiez visite deux fois la semaine suivante.

Pendant la visite de suivi après 48 heures, Samson tousse toujours, sa respiration est rapide, et Faith rapporte que son état ne s'est pas amélioré. Elle lui donne les antibiotiques tel qu'indiqué. Conseillez Faith et sa famille sur ce qu'il faut faire.

Réponses possibles = retourner au centre de santé, suivi tel qu'indiqué

- Laxshmi Gupta, numéro d'identification 028472 et sa fille de 18 mois, Bhavana ont été examinées au centre de santé, et une rougeole a été diagnostiquée chez Bhavana. On lui a donné du sirop de paracétamol et demandé à la mère de continuer d'en donner 5 ml, 3 fois par jour à Bhavana si elle a de la fièvre. Le formulaire indique que son état au départ était modéré et que l'enfant ne devrait revenir que si des signes de danger apparaissent, ou si la fièvre n'est pas tombée au bout de 7 jours. Le centre de santé recommande un suivi une fois par semaine pendant deux semaines.

Pendant la visite à domicile, l'ASC constate que Bhavana n'a plus de fièvre et commence à se rétablir. Laxshmi confirme qu'elle n'a plus aucune inquiétude.

Réponses possibles = Suivi tel qu'indiqué.

World Vision <small>Part completed by the CHW, kept by PHC for reference</small>	ttC CHW Referral form		Date of referral: __/__/__																								
			CHW name: _____																								
			Mob No.: _____																								
Referring location <small>(site evacuated from)</small>	_____																										
Name of patient <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Newborn (0-28d) <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other (specify)	_____		ID number of patient record _____																								
Condition / reason for evacuation Medical history: Date of first symptoms: _____ Description of condition: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Child</th> <th>Maternal / neonatal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sever</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Newborn <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cough with difficult breathing</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>danger signs <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diarrhoea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>birth <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Malnutrition</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>complications <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>bleeding / miscarriage <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>danger sign in pregnant <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Other <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Child	Maternal / neonatal	Sever	<input type="checkbox"/>	Newborn <input type="checkbox"/>	Cough with difficult breathing	<input type="checkbox"/>	danger signs <input type="checkbox"/>	Diarrhoea	<input type="checkbox"/>	birth <input type="checkbox"/>	Malnutrition	<input type="checkbox"/>	complications <input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	bleeding / miscarriage <input type="checkbox"/>			danger sign in pregnant <input type="checkbox"/>			Other <input type="checkbox"/>
		Child	Maternal / neonatal																								
Sever	<input type="checkbox"/>	Newborn <input type="checkbox"/>																									
Cough with difficult breathing	<input type="checkbox"/>	danger signs <input type="checkbox"/>																									
Diarrhoea	<input type="checkbox"/>	birth <input type="checkbox"/>																									
Malnutrition	<input type="checkbox"/>	complications <input type="checkbox"/>																									
Other	<input type="checkbox"/>	bleeding / miscarriage <input type="checkbox"/>																									
		danger sign in pregnant <input type="checkbox"/>																									
		Other <input type="checkbox"/>																									
Condition on departure _____ Normal _____ Moderate _____ Severe Critical																											
Prior treatments (community)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicine</th> <th>Dose</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>given by? _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Medicine	Dose	Date	1. _____			2. _____			3. _____			4. _____			given by? _____								
Medicine	Dose	Date																									
1. _____																											
2. _____																											
3. _____																											
4. _____																											
given by? _____																											
Next of Kin / contact	_____																										

Notez les signes de danger qu'ils ont présentés, et depuis quand. Vous pourriez devoir indiquer si l'accouchement a eu lieu à domicile ou à l'hôpital et toutes complications survenues pendant l'accouchement.

Au moment où ils quittent le lieu, étaient-ils dans un état :

Normal – capable de marcher, à l'aise

Modéré – capable de marcher avec difficulté

Sévère – conscient, incapable de marcher

Critique – inconscient ou très faible.

Dans le cas de complication supplémentaire, qui le centre de santé doit-il contacter ? Notez un numéro de téléphone si possible.

Demandez à la famille tous les traitements que la femme ou l'enfant aurait pu prendre avant de quitter le village. S'ils le peuvent, ils doivent apporter avec eux les médicaments au centre de santé, ou notez-les ici.

Le personnel soignant notera l'état et ce qui a été traité ici (si la mère donne son consentement pour partager cette information).

Le personnel soignant indique l'état du patient à la sortie - parfois la famille peut opter pour retirer un patient malade du centre de santé pour s'en occuper à domicile.

Le personnel soignant note la date requise pour le suivi - l'ASC doit s'assurer que ce rendez-vous de suivi au centre de santé est respecté.




Le personnel soignant liste les signes de danger indiquant que le patient doit immédiatement revenir, tels que la fièvre, des maux de tête, aucune amélioration.

Message que l'ASC doit vérifier (si nécessaire) :

- Médicaments
- Signes de danger
- Conseils de soins auto-administrés pour le patient

World Vision <small>Part completed by PHC, returns to CHW</small>	ttC-CHW Counter-referral form		Date of discharge: __/__/__	
			Health staff name _____	
			Contact no.PHC: _____	
Receiving institution	<input type="checkbox"/> MCHP <input type="checkbox"/> CH post <input type="checkbox"/> CHC <input type="checkbox"/> Hospital			
Name of patient	<input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Post partum <input type="checkbox"/> Newborn (0-58d) <input type="checkbox"/> Infant <input type="checkbox"/> Child		ID number of patient record	
Conditions treated at facility	Medical history	Child		Maternal / neonatal
	Conditions:	Malaria <input type="checkbox"/>	Neonatal infection <input type="checkbox"/>	
		ARI <input type="checkbox"/>	Complic. delivery <input type="checkbox"/>	
		Diarrhea / dehydration <input type="checkbox"/>	Pilicariage <input type="checkbox"/>	
		Malnutrition <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>	
		M / S <input type="checkbox"/>	Danger sign in pregnancy <input type="checkbox"/>	
		Other infection <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	
	Treatments given:			
Discharge	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Critical			
Instruction to CHW				
Date return to PHC		Return immediately if:		
Follow up schedule	Home visit patient _____ times per week for _____ weeks			
CHW to check during follow up	Medicine adherence schedule Possible danger signs Counselling			
Signature of Health staff				

Session 17: Remplir le registre de l'enfant

Plan de la session	Activité 1 : Examiner les registres Activité 2 : Cas exemplaires et remplir les formulaires Activité 3 : validation des informations en utilisant la carte de santé de l'enfant Activité 4 : Discussion et pratique	 Durée : 1h30
Objectives de l'apprentissage	A la fin de cette session , les participants pourront : <ul style="list-style-type: none"> compléter le registre de l'enfant correctement expliquer comment valider les informations en utilisant la carte de santé. 	
Messages Clé 	<ul style="list-style-type: none"> Le registre des enfants sert un enregistrement de toutes les informations importantes concernant les visites entre 6 et 24 mois de la vie y compris toutes les vaccinations , poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà , l'alimentation complémentaire , la vitamine A et le déparasitage . Pour toutes les pratiques , les ASCs devraient marquer une coche pour une réponse positive et une croix pour une réponse négative , aligné sur le calendrier de la visite à domicile . 	
Préparation et matériaux 	Matériaux <ul style="list-style-type: none"> Exemples de registres - imprimés ou projetés sur l'écran les dossiers de santé des enfants (exemples locaux) 	

Présentez la session

Expliquer ou lire à haute voix

OBJECTIVES DE L'APPRENTISSAGE

A la fin de cette session , les participants pourront :

- compléter le registre de l'enfant correctement
- expliquer comment valider les informations en utilisant la carte de santé.



Activité 1: Examiner les registres

Distribuer une copie du registre ttC - enfant à chaque participant.

- Le registre de l'enfant sert un dossier de renseignements concernant les visites entre 6 et 24 mois de la vie, y compris les vaccins, poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà, l'alimentation complémentaire, la vitamine A et le déparasitage.
- Pour toutes les pratiques, les ASCs devraient marquer un ✓ à cocher pour une réponse positive et une croix ✗ une réponse négative, aligné sur le calendrier de la visite à domicile.

Revoir la structure des formes, ou demander aux participants d'expliquer chaque section:

- Universal enregistrer les informations (changement contextuel):** informations d'enregistrement peut être transféré du registre de bébé ou supprimé si l'impression de formulaires est de retour-à-dos.
- La structure de la colonne et le calendrier:** Le registre a une colonne pour chacune des visites recommandées alignés à l'âge de l'enfant.

- **Comment marquer planifiées et réalisées visites:** Dans la ligne "visites prévues" écrive la date de la visite prévue. Dans la ligne ci-dessous, ASCs alphabétisés peuvent écrire la date de la visite a été achevée. Si elles ne sont pas alphabétisés, ils pourraient marquer la visite avec un ✓ si ils ont fait la visite.
- **Indicateurs:** Chaque ligne correspond à des pratiques de santé les ASCs auront promu au cours des visites. Écrire un ✓ pour les pratiques effectuées et ✗ pour ne pas encore fait.
- **Signes de danger:** Dans chaque visite vérifier l'enfant pour les signes de danger. Si vous recommandez une orientation au centre de santé écrire la date (ou ✓ sinon alphabétisés). S'il n'y a aucun signe de danger écrire un ✗. Attendez jusqu'à ce que la confirmation qu'ils sont allés au centre de santé avant de marquer que l'orientation de l'enfant est « complétée ».



Activité 2: Cas exemplaires et remplir les formulaires

Nous travaillons encore avec Lara, dont l'enfant a maintenant 2 ans. Le groupe doit remplir les détails pour la visite sur leurs formulaires. Pour le deuxième exemple, distribuer une photocopie du formulaire.

TRAVAILLE EXEMPLE : LARA : REMPLIR LE FORMULAIRE

- La fille de Lara, Esther, est née le 18 Octobre . Vous avez planifié ses visites selon le bon calendrier . Au cours des 9 mois vous les visitez le 19 Juillet . Mère et bébé sont bien , et le mari participe .
- Esther n'est pas considéré comme un risque élevé . Elle a terminé ses vaccins de 9 mois et a été donné une dose de vitamine A à 6 mois . Elle dort toujours sous une moustiquaire .
- Lara dis qu'elle prend les pilule contraceptives pour prévenir la grossesse , elle se lave les mains régulièrement et l'allaitement maternelle se passe bien .
- Elle se nourrit des aliments complémentaires pour bébés , mais elle donne juste le riz de purée et de la sauce deux fois par jour, mais pas encore avec les œufs, viande, poisson ou légumes verts .

Posez la question : Que faites-vous l'avocat Lara sur une alimentation complémentaire ?

Posez la question : Pourquoi est-les vermifuges gris a 9 mois ? (déparasitage - a partir de 12 mois)

Distribuer le formulaire ci-dessous, sans les ballons de la réponse. Discuter des résultats dans les groupes et faire remarquer quelque chose d'inhabituel. Puis poser les questions suivantes :

- Comment est le maître d'oeuvre sait visiter 10 a été réalisée ?
- Quand est-ce que Lara s'arrête-t-il prenant la contraception et s'arrête-t-il allaiter son enfant ?
- Est-ce que les pratiques d'alimentation complémentaires de Lara s'améliorent après 12 mois ?
- Esther effectuée tous les requis de vitamine A et déparasitage des doses ?



Activity 3: Valider l'information en utilisant la carte de santé de l'enfant

Les informations données par la mère ou la famille au cours de la visite à domicile doivent être validé en comparant lesquelles existants qui ont été faites à l'établissement de santé. En utilisant les exemples fournis dans votre région, montrer où sur les cartes ou se trouve les informations suivantes : vaccins, de vitamine A et de Mebendazole (si indiquée) date de vaccination/doses, les indicateurs de développement.



Résumer les principaux points de la session

- Le registre de l' enfant sert un dossier de renseignements concernant les visites entre 6 et 24 mois de la vie, y compris les vaccinations, a continué l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà, complémentaire d'alimentation, vitamine A et le déparasitage.
- Pour toutes les pratiques, les ASC devraient marquer une tique (pour une réponse positive et la Croix (d'une réponse négative, alignée sur le calendrier de la visite à domicile.

Exemple : Lara

Sexe de l'enfant (entourez) : ♀ ♂		REGISTRE DE TTC - ENFANT					Totaux	
		ENFANT				CODE DE DONNÉES	complété par le superviseur quand le cas est complété	
		6m 9m	12m	18m	23m			
Visites prévues		V8 18/7	V9 18/10	V10 18/4	OV11 18/10			
Migrations/décès maternel (date du décès)		x	x	x	x			
Décès de l'enfant (date du décès)		x	x	x	x	D6		
Visites à domicile (date de la visite)		19/7	18/10	30/4	18/10	C1	2 visites avant l'âge de 1 an?	
Le mari/partenaire a participé à la visite de ttC?		✓	✓	✓	✓		Le mari/partenaire a-t-il participé à la plupart des visites de ttC?	
Enfant à risque élevé?		x	x	x	x		L'enfant a-t-il été considéré à risque élevé à un moment donné?	
La mère utilise une méthode contraceptive		✓	✓	x			La mère a-t-elle utilisé une méthode contraceptive au moins 1 mois après le postpartum?	Lara s'arrête la pilule après 12 mois parce qu'elle veut avoir un autre enfant.
Lavage des mains		✓	✓	✓		C6	La mère pratique régulièrement le lavage des mains à toutes les visites?	
Poursuite de l'allaitement		✓	✓	x	x	C7	L'enfant a continué à recevoir du lait maternel jusqu'à 23m?	
Alimentation complémentaire à partir de l'âge de 6 mois		✓	✓	✓	✓		L'enfant a-t-il commencé à recevoir une alimentation complémentaire à partir de 6 mois?	Lara n'est pas donner assez de repas par jour à la visite de 12 mois, mais après consultation elle commence des meilleures pratiques.
Fréquence minimum des repas régulièrement consommés		x	✓	✓	✓		L'enfant a-t-il consommé la fréquence minimum des repas à toutes les visites?	
Aliments riches en fer régulièrement consommés?		x	x	✓			L'enfant a-t-il consommé régulièrement des aliments riches en fer à toutes les visites?	Lara n'est pas en donnant de la viande de poulet ou de œufs jusqu'à ce que le bébé est de 12 mois. Vous lui conseiller et elle commence à donner des aliments riches en fer
Suppléments de fer donnés		x	x	x	x	C11	Les suppléments de fer ont-ils été donnés à toutes les visites?	
A reçu tous les vaccins		✓				C12	L'enfant a-t-il reçu tous les vaccins requis avant 23 mois?	
Vitamine A donnée (6m, 12m, 18m, 24m)		✓	x	✓	✓	C13	L'enfant a-t-il reçu la vitamine A à toutes les visites?	OUPS ! Lara a raté une vitamine A et le déparasitage dose à 12 mois.
Comprimés vermifuge donnés (12m, 18m 24m)			x	✓	✓	C14	L'enfant a-t-il reçu les comprimés vermifuges à toutes les visites?	
L'enfant dort sous une moustiquaire de lit toutes les nuits?		✓	✓	✓	✓	C15	Les enfants âgés de 6-23 mois qui ont utilisé régulièrement une moustiquaire de lit à toutes les visites?	
L'enfant présentant des signes de danger ?		x	✓	x	x	E6	L'enfant a-t-il présenté des signes de danger à toutes les visites?	Pauvre Esther était malade à visiter 9. Vous lui visé et suivis plus tard – Bravo !
Orientation effectuée		x	✓	x	x	E6A	Le superviseur a-t-il effectué une orientation à toutes les visites?	Total des évènements
Visite à domicile post-orientation effectuée						E6B	Le superviseur a-t-il effectué une visite à domicile post-orientation à toutes les visites?	Total des évènements

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,
VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC :**

WVI Offices

World Vision International Executive Office

Waterview House
1 Roundwood Avenue
Stockley Park
Uxbridge, Middlesex
UB11 1FG, UK

World Vision Brussels & EU Representation ivzw

18, Square de Meeûs
1st floor, Box 2
B- 1050 Brussels, Belgium
+32.2.230.1621

World Vision International Liaison Office

7-9 Chemin de Balxert
Case Postale 545
CH-1219 Châteline
Switzerland
+41.22.798.4183

World Vision International United Nations Liaison Office

919, 2nd Avenue, 2nd Floor
New York, NY 10017, USA
+1.212.355.1779

WVI Regional Offices

East Africa Office

Karen Road, Off Ngong Road
P.O. Box 133 - 00502 Karen
Nairobi
Kenya

Southern Africa Office

P.O. Box 5903
Weltevredenpark, 1715
South Africa

West Africa Office

Hann Maristes
Scat Urbam n° R21
BP: 25857 - Dakar Fann
Dakar
Senegal

East Asia Office

Bangkok Business Centre
13th Floor, 29 Sukhumvit 63 (Soi Ekamai)
Klongton Nua, Wattana, Bangkok 10110
Thailand

South Asia & Pacific Office

750B Chai Chee Road #03-02
Technopark @ Chai Chee
Singapore 469002

Latin America and Caribbean Regional Office

P.O. Box: 133-2300
Edificio Torres Del Campo, Torre 1, piso 1
Frente al Centro Comercial El Pueblo
Barrio Tournón
San José
Costa Rica

Middle East and Eastern Europe Regional Office

P.O. Box 28979
2084 Nicosia
Cyprus

© World Vision International 2013

World Vision is a Christian relief, development and advocacy organisation dedicated to working with children, families and communities to overcome poverty and injustice. Inspired by our Christian values, World Vision is dedicated to working with the world's most vulnerable people. World Vision serves all people regardless of religion, race, ethnicity or gender.