



Direction Nationale de la Santé / Division Nutrition



Réseau des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile - Mali



Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance



Association de Soutien au Développement des Activités des Populations



INITIATIVE MONDIALE DE SUIVI DES TENDANCES DE L'ALLAITEMENT WORLD BREASTFEEDING TRENDS INITIATIVE (WBTi)



RAPPORT D'ÉVALUATION AU MALI



Janvier 2015

SOMMAIRE

Rubriques	Pages
ACRONYMES.....	3
INTRODUCTION	4
CONTEXTE GENERAL.....	4
PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT.....	5
FINANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION.....	5
Partie I : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : politiques et programmes	6
Indicateur 1 : La politique, le programme et la coordination au niveau national.....	7
Indicateur 2 : Soins Amis des bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel).....	8
Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.....	9
Indicateur 4 : Protection de la maternité.....	11
Indicateur 5 : Systèmes de soins de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant).....	13
Indicateur 6 : Soutien aux mères et assistance communautaire – soutien à base communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes.....	14
Indicateur 7 : Appui à l'information.....	16
Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH.....	17
Indicateur 9 : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence.....	19
Indicateur 10 : Mécanismes du système de suivi et d'évaluation.....	21
Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	23
Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement.....	23
Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois.....	23
Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement.....	24
Indicateur 14 : Alimentation au biberon.....	24
Indicateur 15 : Alimentation de complément --- Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous.	24
Résumé partie I : Politiques et programmes sur ANJE.....	26
Résumé partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE.....	27
Totaux Partie I et Partie II (indicateurs 1-15) : Pratiques, Politiques et Programmes ANJE.....	28
CONCLUSIONS GENERALES	28
RECOMMANDATIONS	28
ANNEXES	29

ACRONYMES

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
ARV	Médicaments antirétroviraux
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités des Populations
BIT	Bureau International du Travail
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
C4D	Communication pour le développement
DNS/DN	Direction Nationale de la Santé / Division Nutrition
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
HKI	Hellen Keller International
IBFAN	Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile
ICDC	Centre International de Documentation sur le Code
IEC	Information, Education et Communication
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IRA	Infection Respiratoire Aigue
MICS	Enquête en Grappe à Indicateurs Multiples MSHP Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NORAD	Norwegian Agency for Development Cooperation
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PNP	Politiques, Normes et Procédures
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMAM	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
SMART	Standardized Monitoring and Assesment of Relief and Transition
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WBTi	World Breasfeeding Trends initiative

INTRODUCTION

Au sommet des Nations Unies sur le Millénaire en Septembre 2000, les dirigeants du monde entier se sont accordés entre autres sur huit objectifs majeurs du millénaire pour le développement à réaliser d'ici l'an 2015. Deux ans plus tard, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et le Conseil Exécutif de l'UNICEF ont adopté la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant qui a établi que : « la malnutrition a été directement ou indirectement responsable de 60% des 10,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans survenant chaque année. Bien plus de deux tiers de ces décès qui sont souvent associés à des pratiques inadéquates d'alimentation, surviennent au cours de la première année de vie. Au niveau mondial, moins de 35% des nourrissons sont exclusivement allaités pendant leurs quatre premiers mois de vie. Bien souvent, l'alimentation de complément commence trop tôt ou trop tard et sur le plan nutritionnel, les aliments sont souvent inadéquats ou dangereux. Les enfants malnutris qui survivent sont plus fréquemment malades et souffrent toute leur vie des conséquences de leur croissance compromise. Les mauvaises pratiques d'alimentation constituant une grave menace pour le développement social et économique, elles figurent parmi les obstacles les plus sérieux à l'atteinte et au maintien de la bonne santé auxquels est confrontée cette tranche d'âge ».

C'est fort de ces constats que l'IBFAN Asie a conçu l'outil d'évaluation appelé Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi) pour évaluer les pratiques, politiques et programmes nationaux de mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par l'utilisation d'une trousse à outils virtuelle. Cet outil est un système de documentation, d'évaluation et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. Il vise à encourager l'action pour la promotion de l'allaitement à travers le monde en identifiant clairement les insuffisances pour aider d'une part les gouvernements et les partenaires à engager les ressources là où elles sont le plus nécessaires et d'autre part les ONG à définir les domaines de plaidoyer et d'action et à focaliser davantage les efforts.

Le présent Rapport décrit les étapes du processus d'évaluation, fournit les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant entreprise au Mali ainsi que les personnes ressources et les organisations partenaires qui ont participé au processus.

CONTEXTE GENERAL : LE MALI

Pays d'Afrique de l'Ouest d'environ 1.241.238 km² pour une population estimée à 14.517.000 habitants, le Mali, sans accès sur la mer, est limité au Nord par l'Algérie, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée, au Sud Est par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie et à l'Est par le Niger.

Le taux de malnutrition chronique chez les enfants atteint 38% dont 19% sous la forme sévère selon les résultats de la cinquième Enquête Démographique et de Santé au Mali (2012-2013). Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 15% chez les enfants de moins de 6 mois, il passe à 24% chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 48% à 18-23 mois et se maintient à un niveau élevé après cet âge. La prévalence de la malnutrition chronique varie d'un minimum de 21% à Bamako à 47% à Mopti. Au niveau des cinq régions

couvertes par la dernière enquête démographique et de santé, 82% des enfants de 6 à 59 mois sont anémiés dont 21% souffrent d'anémie légère, 52% d'anémie modérée et 9% d'anémie sévère. Chez les femmes de 15-49 ans des cinq régions couvertes par l'enquête, 51% souffrent d'anémie dont 37% d'anémie légère, 13% d'anémie modérée et 1% d'anémie sévère.

Face à cette situation, le Gouvernement du Mali, avec l'appui de ses partenaires au développement, continue à entreprendre différents types d'interventions pour garantir la sécurité alimentaire et nutritionnelle de la population.

L'évaluation WBTi a été menée dans le but d'apprécier la situation de la mise en œuvre de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en vue d'harmoniser les sources de données sur la nutrition et d'accéder plus simplement à une information valide et fiable.

PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration de ce rapport a été participatif et s'est articulé autour des étapes suivantes :

1. Information générale sur l'outil et sur la méthode d'évaluation.
2. Mise en place d'un groupe restreint constitué d'acteurs clés de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Mali (Division Nutrition, UNICEF, Save the Children International, CREDOS, ASDAP ainsi que des membres du Réseau IBFAN Mali) avec l'appui technique de la coordination régionale d'IBFAN Afrique Francophone.
3. Collecte et analyse des données par indicateur,
4. Prise en compte des contributions et amendements au document
5. Validation du document final lors d'un atelier organisé en présence de plusieurs partenaires intervenant directement ou indirectement dans le domaine de la nutrition ainsi que de nombreuses personnes ressources.
6. Finalisation et prise en compte des derniers amendements, corrections et observations à l'issue de l'atelier de validation.
7. Multiplication et diffusion du document.

FINANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration et de finalisation du présent document d'évaluation au Mali a été rendu possible grâce à l'appui technique et financier du Bureau de Coordination Régionale de IBFAN Afrique Francophone et au soutien financier de NORAD.

Partie I : Politiques et programmes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Dans la Partie I, chaque question a un score possible de 0-3 et chaque indicateur a un score maximum de 10. Une fois que l'information sur les indicateurs est réunie, les acquis sur l'objectif particulier lié à cet indicateur sont alors classifiés en rouge, jaune, bleu ou vert, selon les directives suggérées ci-dessous :

<i>Scores</i>	<i>Classification colorimétrique</i>	<i>Classement</i>
0 – 3.5	Rouge	D
4 – 6.5	Jaune	C
7 – 9	Bleu	B
> 9	Vert	A

Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national

Question centrale : Existe-t'il une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/l'allaitement maternel qui protège, promeut et soutient l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ? Est-ce que cette politique est soutenue par un programme développé par le gouvernement ? Existe-t'il un mécanisme de coordination tel qu'un comité national sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et un coordinateur pour ce comité ?

Critères de l'indicateur 1

Critères	Notation √ Cocher ce qui convient
1.1) Une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/ l'allaitement a été officiellement adoptée/ approuvée par le gouvernement	√ 1
1.2) Cette politique recommande l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, et l'alimentation de complément après 6 mois avec la poursuite de l'allaitement pendant 2 ans ou au-delà.	√ 1
1.3) Un plan d'action national a été développé sur la base de la politique.	√ 2
1.4) Le plan est financé de manière adéquate.	2
1.5) Un Comité National pour l'Allaitement/ l'ANJE existe.	√ 1
1.6) Le comité national pour l'allaitement (ANJE) se réunit, effectue du suivi et analyse la situation, sur une base régulière.	√ 2
1.7) Le comité national pour l'allaitement (ANJE) travaille en réseau et de manière efficace avec tous les autres secteurs concernés, tels que la santé, la nutrition, l'information, etc.	√ 0.5
1.8) Le Comité National pour l'Allaitement est dirigé par un coordinateur/une coordinatrice, qui a des termes de référence clairement établis, et communique de manière régulière sur la politique nationale avec les niveaux régionaux, de districts et communautaires.	√ 0.5
Score Total	8/10

Sources d'information utilisées : Politique nationale de nutrition, plan d'action multisectoriel de nutrition, stratégie nationale ANJE, rapports groupe thématique

Scores	Classification colorimétrique	Classement
0 – 3.5	Rouge	D
4 – 6.5	Jaune	C
7 – 9	Bleu	B
> 9	Vert	A

Conclusion

Le Mali dispose d'une politique nationale de nutrition adoptée par le gouvernement (politique et stratégie ANJE adoptées par le gouvernement). Le Programme est géré par le groupe thématique qui se réunit une fois par mois avec tous les intervenants en nutrition. Il n'existe pas de coordinateur national pour l'ANJE. Le comité est dirigé par la Division Nutrition.

Insuffisances

1. Insuffisance de financement du plan
2. Absence de poste de coordinateur National pour ANJE

Recommandations :

1. Créer un poste de coordinateur National pour ANJE
2. Organiser des séances de plaidoyer pour la mobilisation de fonds.

Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel)

Questions centrales :

- *Quel pourcentage d'hôpitaux et de maternités fournissent des services de maternité qui ont reçu le label "Amis des Bébés" sur la base de critères nationaux ou internationaux?*
- *Quelle est la qualité de mise en œuvre du programme IHAB ?*

Directives – critères quantitatifs

2.1) 0 sur un total de 1200 maternités et hôpitaux (publics et privés) offrant des services de maternité ont été désignés ou réévalués « Amis des bébés » au cours des 5 dernières années.

Critères	✓ Cocher ce qui convient
0	✓ 0
0.1 - 20%	1
20.1 - 49%	2
49.1 - 69%	3
69.1-89 %	4
89.1 - 100%	5
Score total 1	---0-- / 5

Directives – Critères qualitatifs

Qualité de la mise en œuvre du programme IHAB

Critères	✓ Cocher ce qui convient
2.2) Le programme IHAB repose sur la formation des agents de santé, basée sur un programme de formation d'au moins 20 heures	✓ 1

2.3) Un système de suivi standard est en place	0.5
2.4) Un système d'évaluation inclut des entretiens avec le personnel de santé au sein des maternités et des services de soins de santé postnataux.	0.5
2.5) Un système d'évaluation repose sur des entretiens avec les mères.	0.5
2.6) Les systèmes de ré-évaluation ont été intégrés dans les plans nationaux avec une mise en œuvre planifiée dans le temps.	√ 1
2.7) Il existe/existait un programme assorti d'un calendrier d'exécution pour augmenter le nombre des institutions IHAB dans le pays	0.5
2.8) Le VIH est intégré dans le programme IHAB.	√ 0.5
2.9) Les critères nationaux mettent pleinement en oeuvre les critères IHAB globaux (voir annexe 2.1).	√ 0.5
Score total 2	3/5
Score total (les 2 critères)	3/10

Sources d'information utilisées :

1. Documents (guide et manuel) de formation en gestion de la lactation
2. Plan d'action multisectoriel sur la nutrition
3. Rapports de formation IHAB

<p>Conclusions</p> <p>Il existe le manuel et le guide de formation en gestion de la lactation. Il y a un arrêt du programme IHAB depuis 2006. Les centres ne répondent plus aux critères. La mobilité du personnel affecte tous les indicateurs. L'évaluation de ces centres labélisés est nécessaire.</p> <p>L'ANJE est certes communautaire mais dans la mise en œuvre, il est nécessaire d'impliquer les agents de santé.</p> <p>Insuffisances</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance de système de suivi et d'évaluation 2. Insuffisance dans la mise en œuvre des activités de prévention <p>Recommandations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réévaluer les centres pour conformité avec les critères 2. Relancer l'IHAB au niveau national et renforcer le système de suivi et d'évaluation.
--

Indicateur 3 : Mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Question centrale : Le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les résolutions ultérieures de l'AMS sont-ils mis en œuvre et en vigueur ? De nouvelles actions ont-elles été entreprises pour mettre en œuvre les dispositions du Code ?

<i>Directives pour la notation</i>	
Critères (mesures légales en place dans le pays)	Score
3a : Etat du Code international de commercialisation (<i>Cocher ce qui convient. Si plusieurs critères conviennent, enregistrez la note la plus élevée</i>)	

3.1 Aucune action effectuée	0
3.2 La meilleure approche est en cours d'étude	0.5
3.3 Mesures nationales en cours d'examen pour autorisation (mais pas depuis plus de 3 ans)	1
3.4 Peu d'articles du Code en mesures volontaires	1.5
3.5 Tous les articles du Code en mesures volontaires	2
3.6 Une directive administrative de mise en œuvre totale ou partielle du Code dans les services de santé, avec des sanctions administratives	√ 3
3.7 Loi couvrant certains articles du Code	4
3.8 Loi couvrant tous les articles du Code	5
3.9. Les dispositions pertinentes des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) sont incluses en législation nationale	
a. Inclusion de dispositions basées sur au moins 2 des résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	5.5
b. Inclusion de dispositions basées sur toutes les 4 résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	6
3.b Mise en œuvre du Code/ législation nationale	
3.10 The measure/law provides for a monitoring system. La mesure en place/ la loi prévoit un système de suivi.	1
3.11 La mesure en place prévoit des pénalités et des amendes pour les fabricants et/ou les personnes et/ou institutions qui ont transgressé le Code	√ 1
3.12 Le respect de la mesure est suivi et les violations sont documentées et rapportées aux instances concernées.	1
3.13 Des sanctions ont été prises contre ceux ayant transgressés le Code au cours des trois dernières années.	1
Score total (3a + 3b).	4/10

Sources d'information :

1. Arrêté interministériel N°06 1907MS-MIC-MEP-MA-SG du 04 septembre 2006 ;
2. Rapport 2014 sur l'Etat du code par pays élaboré par le Centre international de documentation sur le code -ICDC) ;
3. Le Projet de loi et le décret d'application non validés.

Conclusions:

Au Mali, le gouvernement a adopté un arrêté interministériel le 04 septembre 2006, il s'agit de l'arrêté N°06 1907MS-MIC-MEP-MA-SG qui reste en vigueur. Un projet de loi et un décret d'application existent mais sont non validés à ce jour. Cependant, le rapport 2014 sur l'état du code produit par le centre international de documentation sur le code (ICDC) classe le Mali parmi les pays dont les efforts de mise en œuvre du code sont notoires.

Insuffisances :

1. Violations non répertoriées,
2. Absence de système de suivi,

3. Insuffisance de sanctions

Recommandations :

1. Adopter le projet de loi relatif au Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel,
2. Mettre en place un système de suivi
3. Informer les structures et les firmes sur l'existence et le respect de l'arrêté.
4. Assurer régulièrement des activités de sensibilisation des populations sur la nécessité de respecter les dispositions du code de commercialisation.

Indicateur 4 : Protection de la maternité

Question centrale: Existe-t'il une législation et y a t'il d'autres mesures (politiques, réglementations, pratiques) qui répondent ou vont au-delà des normes du Bureau International du Travail (BIT) pour protéger et soutenir l'allaitement en faveur des mères, y compris celles qui travaillent dans le secteur informel?

Critères	Cocher ce qui convient
4.1) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit au nombre de semaines de congé maternité qui suit: <ol style="list-style-type: none"> i. Tout congé de moins de 14 semaines ii. De 14 à 17 semaines iii. De 18 à 25 semaines iv. 26 semaines ou plus 	0.5 <input checked="" type="checkbox"/> 1 1.5 2
4.2) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit à au moins une pause allaitement ou à une réduction du nombre d'heures travaillées. <ol style="list-style-type: none"> a. Pause non rémunérée b. Pause rémunérée 	0.5 <input checked="" type="checkbox"/> 1
4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (<i>plus d'un cas de figure peut s'appliquer</i>): <ol style="list-style-type: none"> a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité b. Des pauses allaitement rémunérées 	<input checked="" type="checkbox"/> 0.5 <input checked="" type="checkbox"/> 0.5
4.4) La législation nationale inclut des mesures pour l'allaitement et/ou la garde des enfants sur le lieu du travail, dans le secteur formel (<i>plus d'une mesure peut s'appliquer</i>) : <ol style="list-style-type: none"> a. Des espaces pour allaiter / exprimer son lait b. Des Crèches 	1 0.5

4.5) Les femmes dans le secteur informel/ non organisé, et dans le domaine de l'agriculture, ont: a. Le droit à certaines mesures de protection b. Le droit aux mêmes mesures de protection que les femmes qui travaillent dans le secteur formel.	0.5 1
4.6) (<i>plus d'une mesure peut s'appliquer</i>) a. Les informations sur les lois, réglementations, ou politiques relatives à la protection de la maternité, sont mises à la disposition des travailleurs b. Il existe un système de suivi du respect des dispositions nationales, et une voie de recours pour les travailleuses pour réclamer leurs droits lorsqu'ils ne pas respectés.	√ 0.5 √ 0.5
4.7) Le congé paternité dans le secteur public est de 3 jours minimum.	✓ 0.5
4.8) Le congé paternité dans le secteur privé est de 3 jours minimum.	✓ 0.5
4.9) Il existe une législation qui protège la santé des employées enceintes ou allaitantes: elles sont informées des conditions dangereuses sur le lieu de travail; elles bénéficient également d'un travail alternatif pour le même salaire jusqu'à ce qu'elles ne soient plus enceintes ou cessent d'allaiter.	0.5
4.10) Il existe une législation interdisant la discrimination à l'emploi et assurant la protection de l'emploi pour les femmes travailleuses pendant la période d'allaitement.	✓ 1
Score total :	6 /10

Sources d'information

1. Le code du travail
2. Le Journal officiel de la République du Mali
3. Le Rapport du Bureau International du Travail

Conclusions

Le code du travail en vigueur au Mali prévoit un congé de maternité payé de 14 semaines (6 semaines avant l'accouchement et 8 semaines après). Même en cas d'accouchement prématuré, la mère bénéficie de la totalité des 14 semaines prévues par le texte. Elle a droit aussi à des pauses pour allaitement jusqu'à ce que le bébé ait 15 mois. Cependant, ces pauses doivent être observées sur le lieu de travail car elles représentent une contrainte pour la mère.

Insuffisances

1. La durée d'une heure de tétée est une limite pour la pratique de l'allaitement exclusif,
2. Absence d'espace au niveau des structures pour permettre aux femmes d'allaiter leurs enfants sur lieu de travail.

Recommandations

1. Créer des espaces pour l'allaitement sur les lieux de travail.
2. Promouvoir les techniques d'extraction et de conservation du lait maternel

Indicateur 5: Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'ANJE)

Question centrale: Les prestataires de soins de santé bénéficient-ils d'une formation professionnelle axée sur les compétences, et leur programme de formation initiale soutient-il l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ? Les services de soins de santé soutiennent-ils les mères et des pratiques d'accouchement/ autour de la naissance favorables à l'allaitement ? Les politiques des services de soins de santé soutiennent-elles les mères et les enfants ? et les responsabilités des agents de santé vis-à-vis du Code sont-elles déterminées?

<i>Directives pour la notation</i>			
Critères	Notation		
	√ Cocher ce qui convient		
	Approprié	Pas approprié	Pas de référence
5.1) Un examen des écoles et des programmes de formation initiale des prestataires de soins de santé et des travailleurs sociaux et communautaires dans le pays (footnote 7) révèle que les curricula ou plans de sessions de formation en l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont adéquats ou non.	✓ 2	1	0
5.2) Les normes et les directives concernant les procédures d'accouchement et le soutien « mother-friendly » (favorables aux mères) ont été élaborées et diffusées au niveau de toutes les formations sanitaires ainsi qu'auprès des prestataires de service de maternité. (voir Annexe 5b : exemple de critères pour « mother-friendly care » ou « les soins favorables aux mères »)	✓ 2	1	0
5.3) Il existe des programmes de formation en cours de carrière dispensant des connaissances et compétences sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux prestataires de soins de santé et de nutrition concernés	✓ 2	1	0
5.4) La formation des agents de santé à travers le pays comprend une composante relative à leurs responsabilités dans la mise en œuvre et le respect du Code international et de la législation nationale.	1	✓ 0.5	0

5.5) Les programmes de formation comprennent le développement adéquat des connaissances et des compétences relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec un accent particulier sur les thématiques pertinentes les maladies diarrhéiques, les IRA, la PCIME, les soins de l'enfant sain, le planning familial, la nutrition, le Code, le VIH/Sida, le cancer du sein, la santé de la femme, les maladies non transmissibles, etc	1	✓ 0.5	0
5.6 Ces programmes de formation continue/ en cours de carrière, mentionnés dans 5.5 sont offerts, dans tout le pays	✓ 1	0.5	0
5.7) Les politiques relatives à la santé de l'enfant stipulent que les mères et les bébés doivent rester ensemble lorsque l'un d'entre eux est malade.	✓ 1	0.5	0
Score total :	9/10		

Sources d'information utilisées :

1. Politiques Normes et Procédures en Santé de la Reproduction

Conclusions :

Les prestataires de soins de santé bénéficient d'une formation en ANJE communautaire. Les Procédures et Normes en nutrition et en Santé de la Reproduction soutiennent l'allaitement. Les causeries sont faites au niveau des centres de santé. La mise au sein immédiate au niveau de la maternité est assurée. Une politique d'allaitement est disponible au niveau des centres labélisés.

Insuffisances :

1. Les causeries éducatives sont timides après le relâchement de l'IHAB.
2. La politique d'allaitement n'est plus respectée.

Recommandations:

1. Faire appliquer la politique d'allaitement,
2. Intégrer la dimension ANJE dans les différents programmes

Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes

Question clef : Existe-t-il des systèmes de soutien et d'assistance communautaire aux mères pour protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ?

<i>Directives pour la notation</i>	
Critères	Notation
	✓ Cocher ce qui convient

	Oui	Dans une certaine mesure	Non
6.1) Toutes les femmes enceintes ont accès à des systèmes de soutien prénatal et postnatal à base communautaire, qui comprennent des services de conseil/ counselling, en matière d'ANJE	2	✓ 1	0
6.2) A la naissance, toutes les femmes reçoivent du soutien en matière d'ANJE pour initier l'allaitement.	2	✓ 1	0
6.3) Toutes les femmes ont accès à du conseil/counselling en ANJE et les services de conseil et de soutien ont une couverture nationale.	2	✓ 1	0
6.4) Le conseil/counselling à base communautaire via les groupes de soutien aux mères, et les services de soutien aux femmes enceintes et allaitantes sont intégrés dans une politique globale sur le développement et la santé de l'enfant /l'ANJE/ la nutrition.	2	✓ 1	0
6.5) Les bénévoles et les agents de santé basés au niveau communautaire sont formés sur les compétences en conseil/counselling pour l' ANJE (<i>Note- en anglais le terme « counselling , souvent traduit par « conseil » en français comporte une dimension clef d'écoute active et d'empathie).</i>	2	✓ 1	0
Score total :	5/10		

Sources d'information utilisées :

1. Le Paquet counseling ANJE communautaire
2. PNP Nutrition

Conclusions

Le paquet sur l'ANJE communautaire est intégré dans les centres de santé à travers les causeries éducatives chez les femmes enceintes et allaitantes. Mais cette activité n'est pas menée à hauteur de souhait. Les groupes de soutien à l'allaitement, les associations de femmes sont formés sur l'ANJE communautaire. Au total 240 groupes de soutien des cercles de Bankass, Djenné, Koulikoro, Banamba, Djema et le district de Bamako ont été formés en 2013.

Insuffisances :

1. La formation ne couvre pas tout le pays.
2. Insuffisance de suivi rapproché.

Recommandations :

1. Mettre à l'échelle la formation en ANJE des groupes de soutien.
2. Faire un suivi rapproché des agents et des groupes de soutien

Indicateur 7: Appui en information

Question clef : Des stratégies complètes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) pour l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement et alimentation de complément) sont-elles mises en œuvre ?

<i>Directives de notation</i>			
Critères	Notation		
	√ Cocher ce qui s'applique		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
7.1) Il existe une stratégie nationale d'IEC pour améliorer l'ANJE, qui s'assure que toute information et matériels didactiques soient dénués d'influences commerciales / les conflits d'intérêt potentiels sont évités.	✓ 2	-	0
7.2a) Les systems de santé/nutrition nationaux incluent le conseil/counselling individuel sur l' ANJE.	✓ 1	0.5	0
7.2b) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent l'éducation et les services de conseil/counselling de groupe sur l'ANJE.	✓ 1	0.5	0
7.3) Le matériel didactique IEC sur l'ANJE est objectif, cohérent et conforme aux recommandations nationales et/ou internationales et inclut des informations sur les risques de l'alimentation artificielle.	✓ 2	1	0
7.4. Des programmes IEC (comme par exemple la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel SMAM) qui incluent l'ANJE sont mis en œuvre au niveau local et sont dénués d'influence commerciale.	✓ 2	1	0
7.5 Le matériel et les messages IEC incluent de l'information sur les risques de l'alimentation artificielle, conformes aux directives OMS/FAO sur la préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons	✓ 2	0	0
Score total :	10/10		

Sources d'information utilisées :

1. Le document de formation PTME
2. Le document de formation sur l'ANJE dans le contexte du VIH

Conclusions

Les différents outils (d'information, d'éducation et de communication) existent mais les messages sont insuffisamment diffusés.

Insuffisances

Insuffisance de diffusion des messages

Recommandations

Renforcer la diffusion des messages et les activités de sensibilisation

Indicateur 8: Alimentation infantile et VIH

Question clef: *Existe-t'il des politiques et programmes pour soutenir les mères VIH positives en matière de recommandations nationales sur l'alimentation infantile?*

<i>Directives pour la notation</i>			
Critères	Résultats		
	✓ Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
8.1) Le pays dispose d'une politique cohérente et actualisée conforme aux directives internationales sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, qui inclut l'alimentation infantile et le VIH.	✓ 2	1	0
8.2) La politique sur l'alimentation infantile et le VIH respecte le Code international/ la législation nationale	✓ 1	0.5	0
8.3) Les agents de santé et les agents communautaires reçoivent une formation sur les politiques en matière de VIH et d'alimentation infantile, les risques liés aux différentes options d'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives, et sur les manières de fournir du conseil (counselling) et du soutien.	1	✓ 0.5	0
8.4) Le counselling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH sont disponibles et systématiquement fournis aux couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.	1	✓ 0.5	0
8.5) Le counselling en matière d'alimentation infantile conforme aux recommandations internationaux et adapté au contexte local est dispensé aux mères séropositives.	✓ 1	0.5	0
8.6) Les mères sont soutenues dans la mise en œuvre des pratiques d'alimentation infantile recommandées au niveau national, avec d'avantage de conseil/counselling et de suivi, pour rendre la mise en œuvre de ces pratiques aussi faisable que possible.	1	✓ 0.5	0

8.7) Les mères séropositives allaitantes, et soutenues via l'approvisionnement d'ARV selon les recommandations nationales sont suivies et soutenues pour s'assurer de leur adhésion à la prise des ARV.	✓ 1	0.5	0
8.8) Au sein de la population générale, des efforts particuliers sont faits pour contrer la désinformation sur le VIH et l'alimentation infantile, et pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et la poursuite de l'allaitement.	1	✓ 0.5	0
8.9) Un suivi continu est mis en place pour déterminer les impacts des interventions pour prévenir la transmission du VIH via l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons.	1	✓ 0.5	0
Total Score:	7,5 /10		

Les sources d'information :

1. La Stratégie Nationale ANJE 2014-2019
2. Politique, Normes et Procédures /Santé de la Reproduction 2005
3. Politique Nationale de Nutrition 2013

Conclusions

Il existe une politique nationale de nutrition qui traite de l'ANJE et de l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH (p19), le Guide des bonnes pratiques nutritionnelles (P30). Cette politique est en adéquation avec les lignes directives de l'OMS. Le Mali a de très bons documents en la matière mais c'est l'application qui pose problème. En effet dans la pratique, le counseling et le dépistage volontaire sont disponibles mais ne sont pas fournis systématiquement à tous les couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires. Le soutien aux mères séropositives allaitantes pose problème surtout par rapport à la fourniture des substituts du lait maternel si la maman opte pour l'alimentation de remplacement exclusive.

Par ailleurs, des aspects tels que la protection de l'allaitement dans les lieux de travail ne sont pas suffisamment vulgarisés.

En outre, le fait que le code international de commercialisation des substituts de lait maternel ne soit pas adopté par l'assemblée Nationale du Mali empêche les ONG et la société civile de jouer pleinement leur rôle.

Insuffisances :

1. Une majorité du personnel de santé et d'agents communautaires n'ont pas l'information sur les politiques en matière de VIH et d'alimentation infantile.
2. Toutes les mères séropositives allaitantes ne reçoivent pas les conseils adaptés en matière de VIH et d'alimentation infantile.
3. Les efforts pour contrer la désinformation du grand public sur le VIH et l'alimentation infantile et pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois ainsi que la poursuite de l'allaitement ne sont pas à hauteur de souhait.

Recommandations :

1. Former ou mettre à niveau le personnel de santé et les agents communautaires sur les politiques en

matière de VIH et alimentation infantile.

2. Renforcer les activités de communication pour le développement (C4D) sur l'ANJE en mettant un accent sur le VIH et l'alimentation infantile à l'endroit du grand public.
3. Rendre systématique le counseling et le dépistage Volontaire et confidentiel auprès de tous les couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires.
4. Elargir les conseils adaptés en matière de VIH et d'alimentation infantile à toutes les mères séropositives.

Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

Question Clef : Existe-t'il des politiques et programmes appropriés pour s'assurer que les mères, les nourrissons et les jeunes enfants bénéficieront de protection et soutien appropriés pendant les situations d'urgence ?

<i>Directives pour la notation</i>			
Critères	Notation		
	√ Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
9.1) Le pays dispose d' une politique cohérente en matière d'ANJE qui inclut l'alimentation infantile dans les urgences et contient tous les éléments inclus dans le document « Directives opérationnelles sur l'ANJE dans les situations d'urgence »	✓ 2	1	0
9.2) La (les) personne(s) ou l'équipe chargée(s) de la responsabilité de la coordination nationale en matière d'ANJE dans les situations de crise avec tous les partenaires concernés, tels que l'ONU, les bailleurs de fond, les militaires, et les ONG, a (ont) été nommée(s).	✓ 2	1	0
9.3) Un plan de préparation aux urgences, basé sur les points pratiques des Directives opérationnelles, a été élaboré et mis en œuvre dans les situations de crise les plus récentes, et couvre :	✓ 1	0.5	0
a) des interventions de base et techniques pour créer un environnement favorable à l'allaitement, qui incluent le « counselling »/ conseil par des personnes formées de manière appropriée, le soutien à la relactation et à l'alimentation par une nourrice, et des espaces protégés pour l'allaitement.	1	✓ 0.5	0
b) Des mesures pour minimiser les risques de			

l'alimentation artificielle, qui incluent une prise de position officiellement approuvée sur l'évitement des dons de substituts de lait maternel de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standards pour gérer les dons non sollicités, et pour gérer l'approvisionnement et l'utilisation de toute préparation pour nourrisson/ lait artificiel et substitut de lait maternel, en conformité avec des critères strictes, les Directives opérationnelles, et le Code international et résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS.			
9.4) Des ressources ont été allouées pour la mise en œuvre du plan de préparation et de réponse dans les situations de crise.	2	✓ 1	0
9.5) a) Un matériel didactique approprié pour l'orientation et la formation sur l'ANJE dans les situations d'urgences a été intégré dans la formation initiale et la formation continue du personnel responsable de la gestion des situations de crise et du personnel de santé concerné.	1	✓ 0.5	0
b) L'orientation et la formation ont lieu selon le plan national de préparation et de réponse aux situations d'urgence.	1	✓ 0.5	0
Score total :	7.5 /10		

Sources d'information :

1. Stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) 2014-2019
2. Politique et Normes des services de santé de la reproduction juin 2005
3. Guide sur les bonnes pratiques nutritionnelles des enfants de moins de cinq ans et des femmes (Juillet 2014)
4. Politique nationale de nutrition 2013.

Conclusions :

La politique Nationale de nutrition fait état de l'adoption de la Stratégie ANJE qui consacre un paragraphe à l'alimentation infantile en situation d'urgence. Au Mali lors de la crise nutritionnelle aggravée par la crise politique en 2012, le Système des Nations Unies a activé les différents clusters (Santé, nutrition, protection, Wash...). Ce qui a permis de gérer au mieux la période de crise. Cependant, beaucoup d'aide surtout les substituts de lait maternel ont échappé aux dispositifs. Ce qui traduit une insuffisance de la prise en compte de l'ANJE en situation d'urgence dans le plan de contingence de la crise car très souvent l'aide passait directement du donateur au bénéficiaire sur le terrain sans l'accompagnement des autorités sanitaires.

Insuffisances :

Insuffisance dans l'application des mesures prises pour minimiser les risques de l'alimentation artificielle, qui incluent une prise de position officiellement approuvée sur l'évitement des dons de substituts de lait maternel, de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standards pour gérer les

dons non sollicités, et pour gérer l’approvisionnement et l’utilisation de toute préparation pour nourrisson/ lait artificiel et substitut de lait maternel, en conformité avec des critères stricts, les Directives opérationnelles, et le Code international et résolutions ultérieures pertinentes de l’AMS.

Recommandations :

1. Mettre en place un mécanisme qui permet de recueillir tous les dons sollicités ou non ; et/ou de suivre la distribution et l’utilisation des préparations pour nourrisson/lait artificiel et substituts du lait maternel, en conformité avec les Directives opérationnelles, le code international et les résolutions ultérieures pertinentes de L’AMS.
2. Elaborer et diffuser des messages de sensibilisation à l’endroit des donateurs afin qu’ils collaborent étroitement avec les autorités sanitaires en la matière.

Indicateur 10 : Système de suivi et d’évaluation

Question clef : Existe-t’il des systèmes de suivi et d’évaluation pour la collecte, l’analyse et l’utilisation systématiques de données pour améliorer les pratiques d’ANJE?

<i>Directives de notation</i>			
Critères	Notation		
	✓ Cocher ce qui convient		
	Oui	Dans une certaine mesure	Non
10.1) Les composantes de suivi et d’évaluation ont été intégrées dans les principales activités des programmes ANJE.	✓ 2	1	0
10.2) Les données/ l’information sur les progrès en matière de mise en œuvre de programme ANJE sont utilisées par les responsables de programme pour guider la planification et les décisions en matière de répartition des ressources.	2	✓ 1	0
10.3) Les données sur les progrès en matière de mise en œuvre des activités des programmes sur l’ANJE sont collectées de manière régulière au niveau national et sous-national (régional ou autre).	✓ 2	1	0
10.4) Les données/ l’information relative(s) aux progrès des programmes ANJE sont partagés avec les principaux décideurs.	2	✓ 1	0
10.5) Le suivi des pratiques de l’ANJE est intégré au sein du système national de surveillance, et/ou le système d’information sanitaire, ou les enquêtes nationales de santé.	✓ 2	1	0
Score total :	8/10		

Sources d'information :

1. EDSM V
2. SMART 2013 et 2014
3. Stratégie ANJE

Conclusions

Le système de suivi – évaluation de l'ANJE dans la politique nationale de nutrition et le plan stratégique national met en évidence :

- Un suivi au niveau communautaire,
- Des supervisions mensuelles, trimestrielles ; semestrielles et annuelles en fonction des programmes,
- Au niveau de la référence, le Système d'Information Sanitaire (SIS) collecte les informations des activités des différents programmes,
- D'autre part le SNIS, EDS, MICS, SMART qui sont des enquêtes nationales à caractère périodique demeurent les principales sources de données pour évaluer l'ANJE.

Insuffisances :

1. Duplication des différents programmes au niveau communautaire et de la référence.
2. La lenteur dans la remontée des données.
3. Absence d'outils de suivi révisés et adoptés.

Recommandations :

1. Renforcer les capacités des agents du Système d'Information Sanitaire au niveau de la référence pour mieux intégrer les données.
2. Adapter les outils de suivi.

PARTIE II : Pratiques d’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

Indicateur 11 : Initiation précoce de l’allaitement au sein

Question clef : Quel est le pourcentage de bébés allaités dans l’heure qui suit la naissance ?

Indicateur 11	Grille de notation adaptée de l’outil OMS (voir Anex 11.1)	Directive IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Initiation de l’allaitement (dans l’heure qui suit la naissance) 57,8 (EDSM V) 49,5(EDSM IV) 57,1 (MICS 2010)	0.1-29%	3	Rouge
	29.1-49%	6	Jaune
	49.1-89%	9	Bleu
	89.1-100%	10	Vert

Source des données :

EDSM V 2012-2013

EDSM IV 2006

MICS 2010

Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois

Question clef : Quel est le pourcentage de bébés 0<6 mois exclusivement allaités au cours des 24 dernières heures ?

Définition de l’indicateur : Allaitement exclusif pendant 6 mois : Proportion d’enfants de 0 à 5 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel

Directive :

Indicateur 12	Grille de notation adaptée de l’outil OMS (voir Annexe 11.1)	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Allaitement exclusive (au cours des 6 premiers mois) 33 (EDSM V 2012-2013) 38 (EDSM IV 2006) 20,4 (MICS 2010) 37,1 (SMART 2013)	0.1-11%	3	Rouge
	11.1-49%	6	Jaune
	49.1-89%	9	Bleu
	89.1-100%	10	Vert

Sources de données

EDSM V 2012-2013 ; EDSM IV 2006 ; MICS 2010.

Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement

Question clef : Quelle est la durée médiane de l'allaitement en mois ?

Directives :

Indicateur 13	Grille de notation adaptée de l'outil OMS	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Durée médiane de l'allaitement 23,5 (EDSM V)	0.1-18 Mois	3	Rouge
	18.1-20 "	6	Jaune
	20.1-22 "	9	Bleu
	22.1- 24 ou au delà "	10	Vert

Sources des données :

EDSM V 2012-2013

Indicateur 14 : Alimentation au biberon

Question centrale : Quel est le pourcentage de bébés allaités entre 0 et 12 mois, qui reçoivent d'autres aliments ou boissons (y compris le lait maternel) par le biais de biberons ?

Définition de l'indicateur : Proportion d'enfants âgés de 0 à 12 mois nourris au biberon

Directives :

Indicateur 14	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)	IBFAN Asia Guideline for WBTi Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Alimentation au biberon 8.6% (< 12 mois)	29.1-100%	3	Rouge
	4.1-29%	6	Jaune
	2.1-4%	9	Bleu
	0.1-2%	10	Vert

Sources d'information : EDSM V (2012-2013)

Indicateur 15: Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous

Question centrale : Quel est le pourcentage de bébés allaités qui reçoivent des aliments de complément à 6-8 mois ?

Définition de l'indicateur : Proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous

Directives

Indicateur 15	<i>Grille de notation adaptée de l'outil OMS</i>	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
	Grille de notation	<i>Points</i>	<i>Notation colorimétrique</i>
Alimentation de complément (6-8 mois) = 45.3 %	0.1-59%	3	Rouge
	59.1-79%	6	Jaune
	79.1-94%	9	Bleu
	94.1-100%	10	Vert

Source de données :

EDSM V 2012-2013

Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes

Cibles :	Score (sur 10)
Politique nationale, programme et coordination	8.5
Initiative Hôpitaux Amis des Bébés	3
Mise en œuvre du Code International	4
Protection de la maternité	6
Systèmes de soins de santé et de nutrition	9
Soutien de mères et assistance communautaire	5
Appui en informations	10
Alimentation infantile et VIH	7.5
Alimentation infantile en situations d'urgence	7.5
Suivi et évaluation	8
Total	68,5

Directives IBFAN Asie pour le WBTi

Les points totaux enregistrés pour les politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-10) sont calculés sur 100

Scores	Notation colorimétrique
0 – 30.9	Rouge
31 – 60.9	Jaune
61 – 90.9	Bleu
91 – 100	Vert

Conclusions :

Les dix indicateurs relatifs aux politiques et programmes ANJE totalisent un score de 68.5 points sur 100. Il ressort que les indicateurs relatifs à l'appui en informations, aux systèmes de soins de santé et de nutrition ainsi que le suivi évaluation enrégistrent les meilleurs scores avec respectivement 10/10, 9/10 et 8/10. Suivent l'indicateur sur la politique, programme d'ANJE et coordination, l'indicateur sur l'alimentation infantile et VIH ainsi que l'indicateur sur l'alimentation infantile en situation d'urgence présentant chacun un score de 7.5/10. L'indicateur sur le soutien aux mères et l'assistance communautaire obtient la juste moyenne (5/10) et mérite qu'on s'y consacre davantage. En bas de l'échelle, les indicateurs 2 et 3 sur l'initiative Hôpitaux Amis des Bébés et la mise en œuvre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel constituent les domaines qui nécessitent plus d'investissement en raison de leur faible score, respectivement 3/10 et 4/10. Ils représentent le bas de l'échelle doivent être sensiblement améliorés.

Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Pratique ANJE	Résultat	Score
Indicateur 11 Initiation précoce de l'allaitement	57.8 %	9
Indicateur 12 Allaitement exclusif les 6 premiers mois	37.1 %	6
Indicateur 13 Durée médiane de l'allaitement	23.2 mois	10
Indicateur 14 Alimentation au biberon	3.3 %	6
Indicateur 15 Alimentation de complément	37.3 %	3
Score Partie II (Total)		34

IBFAN Asie Directives pour le WBTi

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 11-15) sont calculés sur 50.

Scores	Notation colorimétrique
0 – 15	Rouge
16 – 30	Jaune
31 – 45	Bleu
46 – 50	Vert

Conclusions :

Il ressort de l'EDSM V que le taux d'initiation précoce à l'allaitement au sein est de 57.8%. Ce pourcentage est largement en deçà de la recommandation de l'OMS par rapport à l'initiation à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. Cela pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes accouchent encore à domicile (43%) sans assistance qualifiée car les enfants qui sont nés dans les centres de santé ou dont les mères ont bénéficié d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement ont un taux d'initiation à l'allaitement plus élevé que ceux nés à la maison ou dont les mères ont accouché sans assistance qualifiée (60% contre 54%). A cela il faut ajouter que l'initiation à l'allaitement est faite de manière systématique par le personnel de santé.

L'allaitement exclusif enregistre un résultat de 37.1%. Ce résultat est faible et ne correspond pas aux recommandations de l'OMS en ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif. Ce faible taux d'AME pourrait s'expliquer par la persistance de certains comportements liés aux habitudes socio-culturelles par exemple : après la tétée, l'enfant doit boire de l'eau pour que sa gorge ne soit pas sèche ou le fait de renforcer la santé des nourrissons en les gavant avec des jus de décoction ou de plante ; l'insuffisance de formation du personnel de santé sur l'alimentation du nourrisson avec comme conséquence directe la promotion des substituts du lait maternel dans certaines structures de santé. La pratique de l'allaitement continue et est largement pratiquée dans notre pays. Toutefois, il y a des femmes qui échappent à cette pratique pour des raisons diverses. La sensibilisation des populations doit continuer pour que les mères continuent l'allaitement pendant 24 mois ou plus.

Au Mali, l'alimentation au biberon est une pratique moins utilisée chez les enfants de moins de 2 mois (3%) alors que 9% des enfants de 9 à 11 mois sont nourris au biberon.

Le taux d'enfants de 6 à 8 mois qui reçoivent de l'alimentation de complément solide ou semi solide est faible (45,3). Ce taux peut être dû à une insuffisance de moyens financiers et de connaissance des mères de la période d'introduction d'autres aliments en plus du lait maternel. L'indicateur sur l'alimentation de complément se situe dans le rouge avec 3 points pour un score de 3/10. Elle est de fait, la pratique qui nécessite le plus d'être améliorée.

Total Parties I et II (indicateurs 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programmes

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-15) sont calculés sur 150. Les pays sont alors classifiés de la manière suivante :

Partie I et Partie II font au total 102,5 points sur 150.

Scores	Notation colorimétrique
0 – 45.5	Rouge
46 – 90.5	Jaune
91 – 135.5	Bleu
136 – 150	Vert

Conclusions générales :

Le gouvernement de la république du Mali a adopté une politique nationale d'ANJE (Politique et Stratégie ANJE). Le programme ANJE est géré par un groupe thématique qui réunit tous les intervenants en nutrition. En dépit de ces acquis, des insuffisances, souvent notoires, demeurent dans l'application des textes. Outre le programme « Initiative Hôpitaux Amis des Bébé » en arrêt depuis 2006, c'est aussi la mise en œuvre du code de commercialisation des substituts du lait maternel qui souffre de l'absence de système de suivi et l'insuffisance de sanctions des violations accentuée par l'état de non validation du projet de loi et du décret d'application. Par ailleurs, de nombreux autres points nécessitent d'être améliorés : des espaces sont requis sur les lieux de travail pour les mères ; le soutien communautaire aux mères par l'entremise des groupes de soutien à l'allaitement nécessite plus d'investissements ; les messages d'information, d'éducation et de communication en appui à l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant nécessitent d'être suffisamment diffusés. L'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH est traitée dans plusieurs documents mais l'application pose un problème comme l'illustrent le counseling et le dépistage volontaire disponibles mais pas systématiquement fournis à tous les couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires. De même, l'alimentation infantile en situation d'urgence figure dans le texte de la Stratégie ANJE mais la prise en charge est insuffisante dans les situations d'urgence. Dans le suivi-évaluation des programmes ANJE, les difficultés se situent notamment dans l'absence d'outils de suivi révisés et la remontée des données.

Parmi les indicateurs relatifs aux pratiques d'ANJE, seul l'indicateur sur l'alimentation de complément se situe dans le rouge avec un score de 3 points.

Il incombe aux autorités ainsi qu'aux acteurs intervenant dans la promotion des meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant d'œuvrer davantage pour améliorer, de manière sensible, les différents indicateurs.

Récommandations :

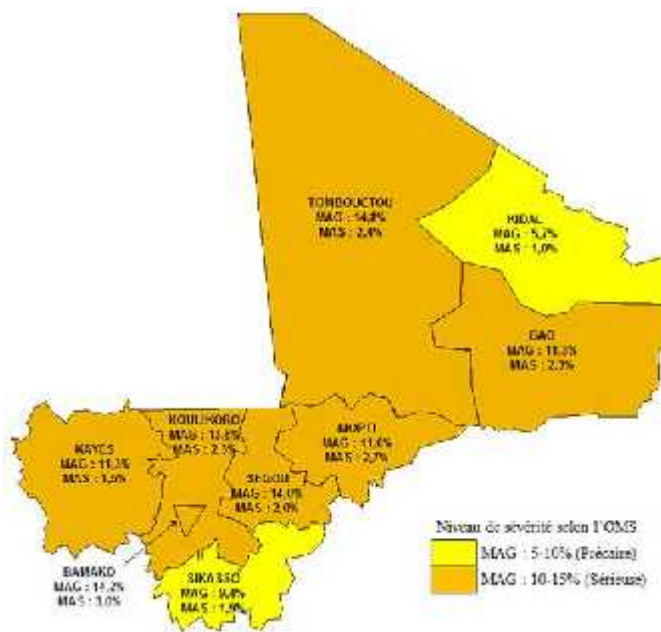
1. Créer un poste de coordinateur National pour ANJE,
2. Organiser des séances de plaidoyer pour la mobilisation de fonds,
3. Réévaluer les centres pour conformité avec les critères IHAB,
4. Relancer l'IHAB au niveau national et renforcer le système de suivi et d'évaluation,
5. Adopter le projet de loi relatif au Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel,
6. Mettre en place un système de suivi des dispositions du code,
7. Informer les structures et les firmes sur l'existence et le respect de l'arrêté interministériel,
8. Assurer régulièrement des activités de sensibilisation des populations sur la nécessité de respecter les dispositions du code de commercialisation,
9. Créer des espaces pour l'allaitement sur les lieux de travail,
10. Promouvoir les techniques d'extraction et de conservation du lait maternel,
11. Faire appliquer la politique d'allaitement,
12. Intégrer la dimension ANJE dans les différents programmes,
13. Mettre à l'échelle la formation en ANJE des groupes de soutien,
14. Faire un suivi rapproché des agents et des groupes de soutien,
15. Renforcer la diffusion des messages et les activités de sensibilisation en matière d'IEC,
16. Mettre en place un mécanisme qui permet de recueillir tous les dons sollicités ou non ; et/ou
17. Suivre la distribution et l'utilisation des préparations pour nourrisson/lait artificiel et substituts du lait maternel, en conformité avec les Directives opérationnelles, le code international et les résolutions ultérieures pertinentes de L'AMS,
18. Elaborer et diffuser des messages de sensibilisation à l'endroit des donateurs afin qu'ils collaborent étroitement avec les autorités sanitaires en la matière (en situation d'urgence),
19. Renforcer les capacités des agents du Système d'Information Sanitaire au niveau de la référence pour mieux intégrer les données,
20. Adapter les outils de suivi.

ANNEXES :

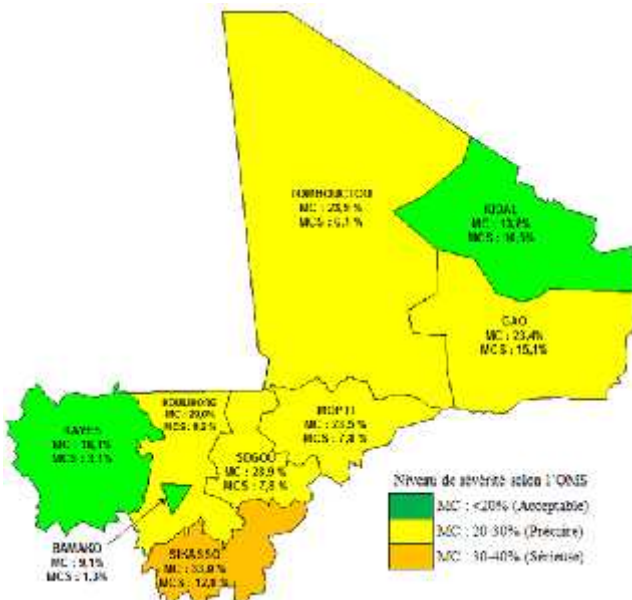
Annexe 1 : Carte géographique du Mali



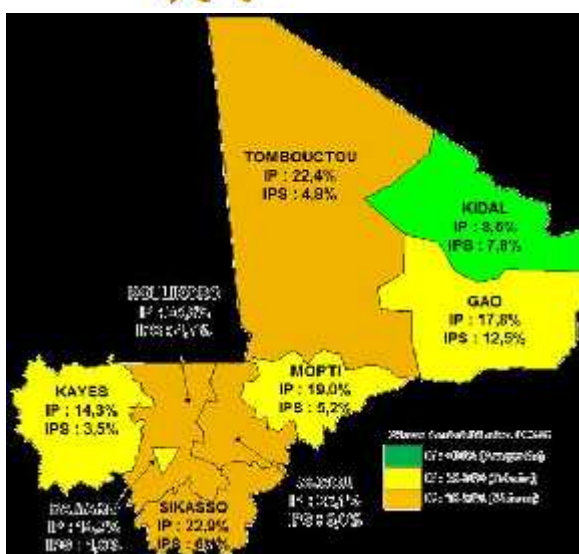
Annexe 2 : Aperçu sur la situation de la malnutrition au Mali



2.1 Prévalence de la malnutrition aigüe (globale et sévère) selon l'indice Poids-pour-Taille exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART), selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 6 à 59 mois par région, Mali 2014.



2.2 Prévalence de la malnutrition chronique selon le z-score du rapport taille-âge (T/A) chez les enfants âgés de 0 à 59 mois par région, Mali 2014.



2.3 Prévalence de l'insuffisance pondérale selon le z-score du rapport poids-âge (P/A) chez les enfants âgés de 0 à 59 mois par région, Mali 2014.

Annexe 3 : Liste des participants (es) à la session d'information générale

N°	Noms / Prénoms	Structures
1	Dr Mahamadou SAMAKE	DNS / Division Nutrition
2	Mory CAMARA	IBFAN Mali
3	Fama KONDO	HKI
4	Rokia COULIBALY	IBFAN Mali
5	Pr Abdel Kader TRAORE	IBFAN Mali
6	Fatoumata N TRAORE	IBFAN Mali
7	Dr Anne Marie DEMBELE	UNICEF
8	Sidi WANGARA	IBFAN Mali
9	Ambroise CAMARA	CEDI SAHEL
10	Cyril Raoul DAKOOUO	ASDAP
11	Nana DJIGUIBA	IBFAN Mali
12	Abdrahamane TOUNKARA	IBFAN Mali
13	Dr Attaher TOURE	OMS
14	Dr Aissata CISSE Oury	IBFAN Mali
15	Baba Alidji DORINTHIE	IBFAN Mali
16	Mâ N Djefaga	DNDS
17	Fatoumata TRAORE	SAVE THE CHILDREN (USAID/MCSP)
18	Mme Konaté Bariétou CISSE	DNS / Division Nutrition
19	Maouloune ARBY	IBFAN Mali
20	Edouard ZERBO	IBFAN/ FAN

Annexe 4 : Photo de la session d'information générale sur l'outil WBTi



Annexe 5 : Liste des membres du groupe restreint

N°	Prénoms / Noms	Structure
1	Mme Konaté Bariétou Cissé	Division Nutrition
2	Dr Anne Marie Dembélé	UNICEF
3	Cyril Raoul Dakouo	ASDAP
4	Fatoumata Traoré	SAVE THE CHILDREN
5	Dr Mahamadou Traoré	CREDOS
6	Abdrahamane Tounkara	IBFAN Mali
7	Baba Alidji Dorinthié	IBFAN Mali
8	Maouloune Arby	IBFAN Mali

Annexe 6 : Photo du groupe de travail restreint



Annexe 7 : Liste des Participants à la Session de validation de l'évaluation

N°	Prénoms / Noms	Structure	Fonction/ Titre
1	Konaté Bariétou Cissé	DNS / Division Nutrition	Chargée - Pratiques Alimentaires
2	Dr Anne Marie Dembélé	UNICEF	Nutrition Officer / Bamako
3	Drissa Ouattara	Save the Children International	CSIC
4	Cyril Raoul Dakouo	ASDAP	Conseiller Technique
5	Dr Mahamadou Traoré	CREDOS	Médecin
6	Dr Sita Sidibé	PLAN Mali	Conseiller Technique
7	RADAELLI Alessandra	HKI	Directrice Adjointe
8	Dr Diall Ibrahim	DRS / Bamako	Point Focal Nutrition

9	Modibo DIARRA	MSHP	Point Focal Nutrition
10	Ibeur Kouriba	INPS	Médecin
11	Dr Aissata Cissé Oury	IBFAN	Personne Ressource
12	Mâ N. Dieffaga	IBFAN	Personne Ressource
13	Fatoumata N Traoré	IBFAN	Chargée de programme
14	Baba Alidji Dorinthié	IBFAN	Chargé de programme
15	Maouloune ARBY	IBFAN	Président Coordinateur National

Annexe 8 : Photo des participants à la session de validation



WBTi (Outil d'évaluation)

Droits d'auteur © BPNI/ IBFAN-Asie, 2014

Conception & Mise en page: Amit Dahiya

Tous les droits sont réservés par the Breastfeeding Promotion Network of India (BPNI) / Réseau international de groupes d'action pour l'alimentation infantile ou IBFAN Asie. L'utilisation de l'**Outil d'évaluation WBTi** à des fins de formation, d'information, de reproduction ou de traduction, est encouragée. Toute partie de cette publication peut être librement utilisée, pourvu que le sens du texte ne soit pas modifié et que la source soit reconnue et citée de manière appropriée.