



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Outil d'évaluation





World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Report

Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi) – Groupe de travail responsable de la révision

Alessandro Lellamo, *Philippines*; Arun Gupta, *Inde*; Beena Bhatt, *Inde*; Elisabeth Sterken, *Canada*; Felicity Savage, *Royaume-Uni*; Ghada Sayed, *Egypte*; Homayoun Ludin, *Afghanistan*; Ines Fernandez, *Philippines*; JP Dadhich, *Inde*; Yeong Joo Kean, *Malaysie*; Lida Lhotska, *Suisse*; Marcos Arana, *Mexique*; Maryse Arendt, *Luxembourg*; Nupur Birdla, *Inde*; Patti Rundall, *Royaume-Uni*; Prakash Shrestha, *Nepal*; Radha Holla, *Inde*; Ray Maseko, *Swaziland*; Rebecca Norton, *Suisse*; Shoba Suri, *Inde*; SK Roy, *Banladesh*; Thulani Maphosa, *Swaziland*

The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Morocco 2015



Introduction

Le Maroc, ou depuis 1957, en forme longue officielle, le Royaume du Maroc, dit préalablement Empire chérifien, est un État unitaire régionalisé — dont le régime politique est une monarchie constitutionnelle — situé au nord-ouest de l'Afrique du Nord. Sa capitale est Rabat et sa plus grande ville Casablanca.

Géographiquement, il est notamment caractérisé par des zones montagneuses ou désertiques et est l'un des seuls pays — avec l'Espagne et la France — à comporter des rives sur la mer Méditerranée d'un côté et l'océan Atlantique de l'autre. Sa population est de près de 34 millions d'habitants (recensement de 2014) et sa superficie de 710 850 km² (47,51 hab./km²), ou de 446 550 km² quand on n'y inclut pas le Sahara occidental — ex-« Sahara espagnol », considéré comme un territoire non autonome par l'Organisation des Nations unies¹ — dont il administre de facto environ 80 % et qu'il revendique dans sa totalité, tout comme le Front Polisario. Sa culture est berbéro-arabe, avec des influences africaines et européennes, et les Marocains sont essentiellement de confession musulmane.

L'allaitement maternel constitue le meilleur moyen d'apporter aux nouveau-nés les nutriments dont ils ont besoin. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'allaitement des nourrissons dans l'heure qui suit la naissance et de continuer à les nourrir exclusivement au sein durant les six premiers mois. Par la suite, les bébés doivent recevoir des aliments complémentaires en sus de l'allaitement maternel qui doit se poursuivre jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà. Au niveau mondial, moins de 40% des nourrissons de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein.

L'allaitement maternel est en nette recul depuis la fin des années 80. Les Marocaines ont recours à l'allaitement artificiel au détriment de l'allaitement naturel. Selon les statistiques disponibles, le taux d'allaitement maternel exclusif a chuté de 16% en passant de 62 à 46% de 1992 à 1997 et la durée moyenne est passée de 15,5 à 14 mois. Selon les chiffres du ministère de la santé seulement 15% des Marocaines allaitent exclusivement leurs enfants au sein durant les six premiers mois de la vie et la mise au sein précoce n'est pratiquée que par 52% des mères. Si l'on observe les chiffres de l'enquête nationale à indicateurs multiples et santé des jeunes réalisée entre 2006 et 2007 par le ministère de la santé, on relève que cette pratique est plus répandue parmi les enfants du milieu rural (18%) que parmi ceux du milieu urbain (12%). Toujours selon l'enquête, l'allaitement maternel est également plus répandu parmi les enfants dont les mères sont de niveau d'instruction primaire (14%) que parmi les enfants dont les mamans ont un niveau d'instruction secondaire (8%). L'allaitement maternel exclusif est plus répandu chez les enfants appartenant aux ménages les plus pauvres (21%) contre 10% parmi les enfants appartenant aux ménages les plus riches. Le recul de cette pratique a suscité l'intérêt du ministère de la santé qui dans son plan d'action a encouragé l'allaitement maternel en tant que moyen naturel de protection de la santé de l'enfant et de la maman. Le département de la santé a lancé plusieurs actions pour faire face aux difficultés liées à cette pratique et ce à travers l'aménagement d'espaces appropriés dans le lieu de travail des mamans allaitantes. Plusieurs facteurs expliquent ce déclin de l'allaitement maternel au Maroc. Parmi ceux-ci, il convient de relever le développement de l'industrie alimentaire avec la mise sur le marché des laits pasteurisés, des laits concentrés et en poudre, les préoccupations d'ordre esthétique, la non montée laiteuse, le manque de soutien psychologique de l'entourage et l'activité professionnelle. Le stress, la fatigue et l'angoisse de la mère influent sur la qualité de l'allaitement et diminuent la sécrétion d'ocytocine, hormone qui intervient dans la production de lait. Selon l'OMS, la malnutrition est responsable d'environ un tiers des décès chez les enfants de moins de cinq ans. A noter que plus des deux tiers de ces décès, qui sont souvent liés à des pratiques d'alimentation inappropriées, surviennent durant la première année de vie.

Jusqu'à ces dernières années l'allaitement maternel n'a pas été considéré comme un problème de santé publique au Maroc. L'idée que sa pratique était largement répandue et ne nécessitant pas d'action particulière était communément admise. Cependant, la pratique de l'allaitement maternel au

Maroc connaît un recul inquiétant, en effet, en 1992, 51% des enfants étaient nourris exclusivement au sein durant les six premiers mois de vie. En 2004, ils n'étaient plus que 32% pour passer à 27.8% en 2011. Par ailleurs, la mise au sein précoce durant l'heure qui suit l'accouchement n'est pratiquée que par 26.8 % des femmes. Les causes profondes de cette désaffection sont aussi bien d'ordre social, économique que culturel.

L'organisation Mondiale de la Santé recommande la mise au sein dans la demi heure qui suit l'accouchement, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et une introduction des aliments de complément à partir du sixième mois tout en maintenant l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans, ceci permet d'éviter 13 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans d'après les différentes études à l'échelle internationale.

Conscient de l'importance de cette pratique idéale d'alimentation de l'enfant et conformément au plan d'action 2012-2016, le Ministère de la Santé a retenu la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme une action prioritaire pour assurer la survie et le développement harmonieux des enfants et ce dans le but d'atteindre les objectifs fixés en terme de réduction de mortalité infantile d'ici 2016.

Pour ce faire cette action s'inscrit également dans le cadre de la Stratégie Nationale de Nutrition 2011-2019 qui a été élaborée par le Ministère de la Santé en concertation avec les différents intervenants qui œuvrent dans le domaine de la nutrition dans le but d'améliorer l'état nutritionnel de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeur à savoir la nutrition.

Les résultats attendus d'ici 2016 sont comme suit:

- 50% des femmes mettent leurs enfants au sein dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
- 50% des femmes allaitent exclusivement leurs enfants au sein durant les 6 premiers mois de leur vie.

Cette action est basée sur 3 éléments essentiels. Il s'agit de :

- La promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation de l'enfant à travers le développement d'un plan de mobilisation sociale en faveur de l'allaitement maternel et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la mise en place de réseaux de promotion à base communautaire et l'institutionnalisation de la semaine nationale de promotion de l'allaitement maternel;
- Le soutien de l'allaitement maternel et de l'alimentation du jeune enfant dans les structures de santé à travers le renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de nutrition de l'enfant et l'accompagnement des structures de santé dans la mise en œuvre des activités promotionnelles en faveur de l'alimentation de l'enfant
- La création d'un environnement favorable pour les bonnes pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant à travers la révision et la vulgarisation du cadre juridique réglementant la commercialisation des préparations pour enfant, le congé de maternité, etc.

About WBTi

World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) ou Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement

Informations générales

L'initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement ou World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) est une initiative innovante développée par IBFAN Asie afin d'évaluer l'état et mesurer le progrès de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau national. L'outil est basé sur deux initiatives mondiales : le premier est le GLOPAR de WABA, et le deuxième est l'outil de l'OMS « Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes » (Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : un outil pour évaluer les pratiques, politiques et programmes nationaux - disponible seulement en anglais). Le WBTi est conçu pour aider les pays à évaluer les forces et faiblesses de leurs politiques et programmes pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le WBTi est divisé en deux parties et comporte 15 indicateurs. Chaque indicateur a une signification particulière.

La Partie I traite des politiques et programmes (indicateurs 1 à 10)	La Partie II traite des pratiques d'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants (indicateurs 11 à 15)
<ol style="list-style-type: none">1. Politique, Programme et coordination au niveau national2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (10 conditions de succès à l'allaitement maternel)3. Mise en œuvre du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel4. Protection de la maternité5. Systèmes de soins de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant)6. Soutien des mères et assistance communautaires7. Appui à l'information8. Alimentation infantile et VIH9. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence10. Système de suivi et d'évaluation	<ol style="list-style-type: none">11. Initiation précoce de l'allaitement12. Allaitement exclusif13. Durée médiane de l'allaitement14. Alimentation au biberon15. Alimentation de complément

Une fois l'évaluation des insuffisances terminée, les données sur les 15 indicateurs sont rentrées dans un questionnaire avec l'aide de la trousse à outils informatique WBTi conçue spécialement à cet effet. La trousse à outils quantifie les données afin de fournir une notation colorimétrique Rouge, Jaune, Bleue ou Vert. La trousse à outils peut aussi générer des cartes visuelles ou des graphiques en soutien au plaidoyer à tous les niveaux c.à.d. national, régional et international.

Chaque indicateur utilisé pour l'évaluation a les composantes suivantes :

- La question principale qu'il faut étudier
- Des informations générales expliquant pourquoi la pratique, la politique ou le programme en question sont importants
- Une liste de critères ou questions sous-jacentes à considérer pour permettre d'identifier les acquis et les domaines qu'il faut améliorer, avec des directives pour déterminer la notation et la classification colorimétrique, et pour classer le pays selon le progrès réalisé.

Partie I : une série d'indicateurs a été développée pour chaque objectif, basée sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002) et la Déclaration de l'Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2005). Pour chaque indicateur, il y a un sous-ensemble de questions. Les réponses aux questions peuvent aboutir à l'identification des acquis et des insuffisances dans les politiques et programmes en place pour mettre en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cela montre les progrès d'un pays dans un domaine d'action spécifique sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Partie II : Les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la Partie II font appel à des données numériques spécifiques relatives à chaque pratique et provenant d'enquêtes sur les ménages d'envergure nationale.

Une fois que l'information relative aux indicateurs a été recueillie et analysée, elle peut être rentrée dans la trousse à outils sur le web à travers le questionnaire WBTi (« WBTi Questionnaire »). De surcroît, cette trousse à outils note et effectue une classification colorimétrique pour chaque indicateur selon les directives IBFAN Asie sur le WBTi.

Background

Le Maroc, à l'instar de la communauté internationale, s'est engagé depuis trois décennies, à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes. Cet engagement s'est renforcé au fil des années par l'adoption de plusieurs déclarations et résolutions, à savoir :

- La déclaration du sommet mondial pour l'enfance, organisé par l'UNICEF en 1990 et qui a pour objectif l'amélioration de la nutrition des enfants.
- La déclaration mondiale sur la nutrition de 1992, lors de la Conférence Internationale sur la nutrition organisée par la FAO et l'OMS. Les participants à cette conférence se sont déclarés «...déterminés à éliminer la faim et à réduire toutes les formes de malnutrition».
- La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, approuvée par l'Assemblée de la Santé en 2002 (résolution WHA55.25), et préconise des politiques nationales de promotion et de soutien des pratiques appropriées en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, adoptée en 2004 (résolution WHA57.17), qui reconnaît qu'une perspective sur la durée de la vie est indispensable pour couvrir tous les aspects de la nutrition.
- Le Plan d'action de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles approuvé en 2008 (résolution WHA61.14), qui comprend la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation de complément parmi les interventions essentielles pour réduire les facteurs de risque communs de maladies non transmissibles susceptibles d'être modifiés.
- La déclaration mondiale sur la nutrition de 2014 lors de la 2^{ème} Conférence Internationale sur la Nutrition, organisée par la FAO et l'OMS et à travers laquelle les pays se sont engagés à consolider les acquis en matière de nutrition.

Afin de répondre à ces déclarations et résolution, plusieurs programmes de santé concernant la nutrition ont été élaborés et mis en œuvre par le Ministère de la Santé du Royaume durant les dernières décennies. Ces programmes ont contribué à l'amélioration de la situation nutritionnelle et sanitaire de la population marocaine. Il s'agit notamment de :

I- La stratégie de lutte contre la malnutrition protéino- énergétique.

Cette stratégie a permis de contribuer à la réduction de la mortalité infantile, de l'ordre de 49% en période néonatales et de 75% en période juvénile (ENPSF 2003/04). Cette stratégie consistait au dépistage et à la prise en charge des cas de malnutrition chez les enfants âgés de 0 à 5 ans en utilisant les outils basés sur l'indicateur Poids/Âge et les standards du NCHS (National Center for Health Statistics). En 2006, de nouveaux standards de surveillance de la croissance recommandés par l'OMS ont été adoptés par le Ministère de la Santé et insérés dans le carnet de santé de l'enfant.

Suite à la mise en œuvre de cette stratégie, les différents indicateurs de suivi ont permis de constater que l'état nutritionnel des enfants a connu globalement une nette amélioration. En effet :

- ✓ L'insuffisance pondérale a diminué le long de la période 1987-2011, passant de 14,8 % en 1987 à 9,3 % en 2004 et à 3,1% en 2011. (ENPSF 2011).
- ✓ Le retard de croissance a connu une baisse très importante et son incidence a diminué de 28,6 % en 1987 à 18,1 % en 2004 puis à 14,9% en 2011. (ENPSF 2011).
- ✓ Quant à l'émaciation (cachexie et amaigrissement) chez les moins de 5 ans, son incidence a été réduite de 10,2% en 2004 à 2.3% en 2011 (ENPSF 2011).

Toutefois, et dans le contexte de transition nutritionnel marqué par le changement de comportements alimentaires, d'autres troubles nutritionnels ont émergé chez les enfants, notamment le surpoids et l'obésité (ENPSF, 2011).

II- La stratégie de la promotion, du soutien et de la protection de l'allaitement maternel.

La pratique de l'allaitement maternel, qui constitue l'un des droits de l'enfant, connaît un recul considérable au niveau national. En effet, en 1992, 51% des enfants étaient nourris exclusivement au sein durant les six premiers mois de vie. En 2004, ils n'étaient plus que 32% pour passer à 27.8% en 2011. Par ailleurs, la mise au sein précoce durant l'heure qui suit l'accouchement n'est pratiquée que par 26.8 % des femmes en 2011 (ENPSF, 2011).

Au Maroc, de nombreuses initiatives ont été entreprises pour encourager l'allaitement maternel notamment l'« Initiative Hôpitaux amis des bébés » qui a été lancée en 1992 et a concerné 40 hôpitaux et maternités. Bien que le code de commercialisation des aliments pour nourrisson ne soit pas encore officiellement adopté¹, la distribution gratuite des aliments pour nourrissons est proscrite depuis cette date.

Parallèlement, d'autres actions ont été développées à travers des plans d'action nationaux de promotion, soutien et protection de l'allaitement maternel et qui ont visé trois cibles principales à savoir les femmes enceintes et allaitantes, les professionnels de santé et les producteurs et distributeurs des préparations pour enfants.

III- Le Programme de lutte contre les carences en micronutriments.

Le Maroc a mis en place une stratégie nationale de lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments dès le début des années soixante-dix. Cette stratégie qui a été restructurée en 2000 est basée sur :

- La supplémentation des populations vulnérables notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer en micronutriments (à titre préventif pour le fer, les vitamines A et D ; et à titre curatif pour le fer et la vitamine A) ;
- La fortification des produits de large consommation (sel, farine, huile, lait pasteurisé).
- Education nutritionnelle (promotion de l'allaitement exclusif, aliments riches ou enrichis...).
- Le renforcement des mesures de santé publique.

Cette stratégie a pour but de réduire l'anémie ferriprive d'un tiers par rapport à son niveau de 1995 chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer, d'éliminer les carences en iode et en vitamines A et de ses effets d'ici 2016 et de maintenir une bonne couverture des enfants par la vitamine D supérieur à 80%. L'état des lieux dressé actuellement montre des progrès remarquables. Ainsi le taux de couverture des enfants de moins de 5 ans par au moins une dose de vitamine A est de 75%, ainsi que le taux de couverture des enfants de moins de 5 ans par au moins une dose de vitamine D qui est de 94,2% (ENPSF, 2011).

IV- La supplémentation en micronutriments.

Au Maroc, la supplémentation de la population en micronutriments a commencé depuis plus de trois décennies selon le calendrier suivant :

1971 : lancement de la supplémentation des enfants de moins de deux ans par trois doses de vitamine D qui a permis de réduire de moitié la prévalence du rachitisme (5,5% en 1971 contre 2,7% en 1991). En 1984, vu l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants, la prophylaxie a été modifiée (deux doses durant la première année de l'enfant au lieu de 3) ;

1986 : lancement de la supplémentation des femmes enceintes en fer dans le cadre des visites domiciliaires de motivation systématiques ;

1993 : démarrage de la supplémentation en capsules d'huile iodée ;1998 : lancement de la supplémentation des enfants de moins de deux ans en vitamine A (à 9 mois, 15 mois et 21 mois) ;

2000 : changement du calendrier de la supplémentation des enfants en vitamine A (à 6 mois, 12 mois et 18 mois).

¹ Actuellement ce code est à l'étude à la Direction de la Réglementation et du Contentieux relevant du Ministère de la Santé.

2013 : révision du calendrier de supplémentation avec introduction de la supplémentation des femmes enceintes en vitamine D, la supplémentation des enfants diarrhéiques par le zinc et la supplémentation des femmes à risque de donner naissance à des enfants avec des malformations du tube neural par l'acide folique.

La stratégie de la supplémentation en micronutriments à l'avantage de répondre à un besoin urgent chez la population vulnérable. Néanmoins cette action efficace à court terme comprend des limites à long terme au regard des changements dans le comportement alimentaire (consommation) aussi bien des enfants et des jeunes que des adultes. Les coûts et la couverture de la cible visée de la population doivent s'aligner non seulement sur les objectifs de performance des programmes de santé mais aussi sur les besoins réels de la population. C'est la vision de « fortification des aliments » pour une pérennité des efforts réalisés.

V- La fortification des aliments en micronutriments.

La fortification des aliments qui constitue le moyen de lutte le plus viable à long terme contre les carences en micronutriments a été initiée par le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires en 1996 à travers :

- D'abord, l'iodation du sel (80ppm) qui est entreprise par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'UNICEF en 1996. En 2006, l'enquête à indicateurs multiples et la santé des jeunes a révélé que 42% des ménages utilisent le sel iodé.
- Ensuite, l'enrichissement de l'huile de table par les vitamines A(33UI) et D3 (3UI) a été introduit au Maroc en 2004. Cet enrichissement, quoiqu'il reste basé actuellement sur le volontariat (adhésion des producteurs au programme de santé) connaît un grand succès puisque plus de 80% de l'huile de table produite est fortifiée. Le succès de cette opération revient à l'organisation du secteur et à sa faisabilité technique. Cependant, une vision alliant les intérêts de l'ensemble des parties prenantes (pouvoirs publics, industriels, sociétés savantes et société civile) reste à développer dans le cadre des exigences de l'intérêt public et général permettant de renforcer la communication institutionnelle (intérêts de santé publique) comme la « labélisation ».
- Enfin, la fortification de la farine industrielle par le fer (45ppm) et les vitamines du groupe B a commencé en 2006 avec l'appui du projet GAIN (Global Alliance for Improved Nutrition). Des mesures d'accompagnement ont été mises en place auprès de tous les intervenants (les producteurs industriels, le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de la Santé, les autres membres de l'Alliance Nationale pour la Fortification). La conjugaison de l'ensemble des efforts en faveur de la fortification a permis en 2008 d'atteindre plus de ¾ de la farine industrielle de blé tendre produite et un taux de couverture des ménages supérieur à 40%. En 2010, avec l'appui du projet GAIN phase II la consolidation des efforts entrepris est poursuivi en focalisant sur la pérennisation et la qualité de la farine fortifiée mise sur le marché.

VI- L'Education nutritionnelle.

Pour renforcer la stratégie de lutte contre les carences en micronutriments, le Ministère de la Santé a misé sur l'importance d'informer la population sur les bonnes pratiques d'une bonne alimentation à travers :

- La promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'introduction de la diversification alimentaire ;
- La promotion de la consommation des aliments riches et fortifiés en micronutriments.

Grâce à ce programme, des améliorations ont été enregistrées pour certains indicateurs nutritionnels notamment le statut en Vitamine A qui est passé de 41% chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (Enquête sur la carence en Vitamine A, 1996) à 22% en 2008 (surveillance sentinelle, 2008),

l'anémie chez les femmes enceintes qui est passée de 45% en 1996 à 37% en 2000. Néanmoins, on pense que les carences en micronutriments constitueraient toujours un besoin de santé au regard des habitudes et comportements alimentaire de la population. Aussi, il est à souligner que les données relatives aux carences en micronutriments sont relativement anciennes. A cet effet, Le Ministère de la Santé s'apprête à réaliser une enquête épidémiologique relative à l'actualisation de la situation des carences en micronutriments au niveau national et pour agir efficacement selon des chiffres récents. Par ailleurs, dans le cadre du renforcement de la composante nutrition en milieu scolaire et universitaire, plusieurs actions ont été entreprises en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale et le Ministère de l'enseignement Supérieur. Il s'agit principalement de :

- Intégration de la composante nutrition/alimentation dans le cursus de base de la formation des élèves de l'enseignement fondamental, des collèges et lycées ;
- Organisation des journées de sensibilisation en matière de nutrition au profit des élèves de l'enseignement fondamental ;
- Intégration de la composante nutrition/alimentation dans le cursus de formation pour alphabétisation ;
- Surveillance sanitaire des camps et colonies de vacances et promotion du mode de vie sain.
- Elaboration des directives diététiques des préparations des menus au niveau des cantines scolaires, internat et restaurants universitaires qui sont en cours d'implantation ;
- Contribution à l'élaboration des directives diététiques des préparations des menus au niveau des maisons d'arrêts.

D'autres programmes ont été développés par le Ministère de la Santé et qui prévoient la promotion du mode de vie sain dont la composante nutrition et activité physique occupent une part importante. Il s'agit de :

- La stratégie de la promotion de la santé scolaire et universitaire ;
- La stratégie nationale de prévention et de lutte contre le cancer ;
- La stratégie nationale de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires.
- La stratégie nationale de prévention et de lutte contre le diabète ;

VII- Orientations stratégiques d'ici 2019.

Bien que la situation nutritionnelle s'est améliorée durant ces dernières années, le Maroc vit encore sa transition épidémiologique et nutritionnelle avec comme conséquence une double charge de troubles nutritionnels en rapport avec la mondialisation, l'urbanisation, la démographie et les changements dans les modes de vie et d'alimentation.

Sur le plan épidémiologique, des changements considérables du profil des maladies sont en train de se mettre en place au Maroc. En effet, le profil épidémiologique actuel se caractérise par la coexistence de trois groupes d'affections responsables de lourdes charges de morbidité et de mortalité. Il s'agit des maladies transmissibles avec les maladies maternelles et périnatales qui représentent 33,4 % de la charge de morbidité globale, des maladies d'origine alimentaires telles que les allergies, et les maladies non transmissibles qui sont responsables de 55,8% de la charge de morbidité globale. A cet effet, 34% des adultes âgés de 20 ans et plus souffrent d'hypertension artérielle et 6,6 % des adultes âgés de 20 ans et plus présentent un diabète.

Quant à la situation nutritionnelle, et selon les différentes enquêtes et études menées par le Ministère de la Santé durant les dernières décennies, les troubles nutritionnels constituent toujours un problème de santé publique au Maroc. En effet, la pratique de l'allaitement maternel connaît une nette régression dans notre pays, le retard de croissance touche 14,9 % des enfants de moins de 5 ans, la prévalence de l'anémie par carence en fer est de 37.2% chez les femmes enceintes et environ un tiers des enfants âgés de 6 mois à 5 ans et des femmes en âge de procréer et les carences en vitamines A et D touchent respectivement environ un enfant de moins de 5 ans sur quatre et environ un enfant sur dix (ENPSF, 2011).

De part la multiplicité et la diversité des secteurs concernés par les questions de nutrition et

d'alimentation, une approche globale, alliant toutes les parties prenantes, est plus que jamais indispensable, vu que la nutrition est un déterminant essentiel de la santé². Parmi ces secteurs, figurent la santé, l'agriculture, l'éducation, la jeunesse et sport, les affaires islamiques, la recherche et la formation, les médias, les industriels... etc.

Devant, cette situation nutritionnelle relativement préoccupante, et conformément aux recommandations de l'OMS, le Ministère de la Santé a élaboré une Stratégie Nationale de Nutrition (2011-2019) pour tout le cycle de vie ayant pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qui est la nutrition.

Les six objectifs assignés à cette stratégie consistent à :

1. Améliorer les indicateurs de l'état nutritionnel de la population tout au long du cycle de la vie,
2. Améliorer l'accessibilité des ménages aux produits alimentaires de qualité et en quantité suffisante ,
3. Promouvoir un mode de vie sain afin de prévenir les troubles nutritionnels et les maladies chroniques liées à la nutrition,
4. Renforcer les compétences institutionnelles et professionnelles en nutrition,
5. Renforcer les mécanismes de coordination entre les différents intervenants en Nutrition
6. Développer la recherche et l'expertise en nutrition.

List of the partners for the assessment process

- El Ammari Laila Responsable du programme national de Nutrition
- Lyaghfour Aziza Responsable de la Santé infantile
- Professeur Anima Barakat Pédiatre Responsable du service de néonatalogie au Centre hospitalier et universitaire de Rabat.

² La Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, rappelant les résolutions WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5 et WHA49.15 concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes *Affirme* [...] «*que tous les secteurs de la société – y compris les gouvernements, la société civile, les associations professionnelles de santé, les organisations non gouvernementales, les entreprises commerciales et les organismes internationaux – doivent contribuer à l'amélioration de la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant en faisant appel à tous les moyens dont ils disposent, particulièrement en encourageant des pratiques optimales d'alimentation, notamment par une approche stratégique exhaustive et multisectorielle*». OMS ; 18 mai 2001, WHA54.2.

Assessment Findings

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 ? ?

<i>Directives pour la notation</i>		
<i>Critères</i>	<i>Scoring</i>	<i>✓ Cocher ce qui convient</i>
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.	0	✓
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.	0	✓
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	✓
<i>Score Total</i>	6/10	

Sources d'informations utilisées

1. National nutrition strategy 2011 -2019
2. Action plan with unicef
3. Module de formation

Conclusions

Le Ministère de la Santé a retenu la stratégie de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme une action prioritaire dans son plan sectoriel, certaines actions ont été développées ou en cours de réalisation notamment l'amélioration des compétences des professionnels de santé sur le counseling en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'institutionnalisation de la semaine de promotion de l'allaitement maternel, l'élaboration d'un projet de loi sur la commercialisation des substituts du lait maternel, le prolongement de la durée du congé de maternité actuellement elle à 14 semaines, néanmoins certaines contraintes sont enregistrées et qui ralentissent l'atteinte des objectifs escomptés à savoir les limites budgétaires, l'insuffisance des ressources humaines, l'engagement parfois limité des professionnels de santé

Insuffisances

1. Lack of budget
2. Lack of human resources
3. Civil society is not developed

Recommendations :

1. Strengthen advocacy with policy makers and international organizations to give necessary support
2. Capacity building on BFHI
3. Raising awareness for healthcare professionals and community

Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l’allaitement maternel³)

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 100 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 0%

<i>Directives pour la notation</i>		
Critères	Scoring	✓ 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	0 / 5	

³ **The Ten Steps To Successful Breastfeeding:** The BFHI promotes, protects, and supports breastfeeding through The Ten Steps to Successful Breastfeeding for Hospitals, as outlined by UNICEF/WHO. The steps for the United States are:

1. Maintain a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
2. Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.
3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
4. Help mothers initiate breastfeeding within one hour of birth.
5. Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation, even if they are separated from their infants.
6. Give infants no food or drink other than breastmilk, unless medically indicated.
7. Practice “rooming in”-- allow mothers and infants to remain together 24 hours a day.
8. Encourage unrestricted breastfeeding.
9. Give no pacifiers or artificial nipples to breastfeeding infants.
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic

Directives – Critères qualitatifs

Qualité de la mise en œuvre du programme IHAB

<i>Directives pour la notation</i>		
Critères	Scoring	✓ 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 ³	1.0	
2.3) Un système de suivi ⁴ 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 réévaluation ⁵ ont été intégrés dans les plans nationaux avec une mise en œuvre planifiée dans le temps.	1.0	
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	0.5	✓
Score total	1/5	
Score total	1/10	

Sources d'information utilisées Report of action plan on nutrition

Conclusions : In 1992 Ministry of health implemented BFHI and 40 hospitals were announced to be BFHI. In 2008, assessment of these hospitals showed that only 2 hospitals are still BFH. Et dans le cadre de la coopération avec l'Unicef, des sessions de formation sur le counseling en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont organisées, les modules de formation intègre un chapitre sur l'initiative hôpitaux amis des bébés

Insuffisances

1. limite budgétaire
2. l'adhésion limitée des professionnels de santé
3. insuffisance des ressources humaines

Recommandations :

1. Mobilisation des ressources financières
2. Renforcement du pladoyer auprès des décideurs pour redynamiser cette initiative

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

Question centrale: Le Code International de 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>		
<i>Critères (mesures légales en place dans le pays)</i>	<i>Scoring</i>	<i>Results</i>
3a : Etat du Code international de commercialisation (<i>Cocher ce qui convient. Si plusieurs critères conviennent, enregistrez la note la plus élevée</i>)		✓ (<i>Check that apply.</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 toutes 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 ⁶		
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		✓ <i>Check that apply</i>
3.10 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).	1/10	1

Sources d'information : Ministerial circular on the implementation of the code and resolutions.

Conclusions: Une circulaire ministérielle relative à certaines résolutions du code a été signée et diffusée auprès des professionnels de santé pour les inciter à respecter le code au niveau des structures de santé publique, un projet de loi sur la commercialisation des substituts du lait maternel est en cours de validation, et il sera lancé dans le circuit d'approbation incessamment

Insuffisances: le développement de la loi sur le code est intégré dans le plan législatif du Ministère de la Santé 2012-2016, mais à ce jour vu le manque des ressources financières, et l'émergence d'autres priorités, un retard a été enregistré dans le développement de ce code

Recommendations:

1. La loi est en cours de finalisation
2. Renforcer le plaidoyer auprès des décideurs pour l'approbation de ce code dans les plus brefs délais

Indicator 4: Maternity Protection

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?

<i>Directives pour la notation</i>		
<i>Critères</i>	<i>Scoring</i>	<i>Cocher</i>
4.1) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit au nombre de semaines de congé maternité qui suit: 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 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.a. Pause non rémunérée b. Pause rémunérée	0.5 1	✓
4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (plus d'un cas de figure peut s'appliquer):a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité b. Des pauses allaitement rémunérées	0.5 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 (plus d'une mesure peut s'appliquer) : a. Des espaces pour allaiter / tirer 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) (plus d'une mesure peut s'appliquer) 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 sont 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	✓

Sources d'information Code de travail

Conclusions La protection de la maternité est intégrée dans le code de travail au niveau national, il s'agit de:

- Conge de maternité qui est de 14 semaine
- Une heure par jour pour l'allaitement pendant une année
- L'obligation pour les employeurs d'aménager un espace/crèche pour l'allaitement maternel
- Conge de paternité est de 3 jours

Insuffisances

1. Manque de ressources humaines
2. Engagement insuffisant
3. Manqué d'information

Recommandations

1. Durée du conge de maternité à prolonger
2. il faut mettre un système de monitoring et de contyrôle de la mise en application de la loi
3. Protection des femmes qui travaillent dans le secteur informel,
4. Renforcer le plaidoyer auprès des décideurs pour la revision de la legislation protégeant l'allaitement 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>			
<i>Critères</i>	<i>Notation</i> ✓ <i>Cocher ce qui convient</i>		
	<i>Adéquat</i>	<i>inadéquat</i>	<i>Pas de référence</i>
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 (Note de bas de page 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. (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 :	8.5/10		

Sources d'information utilisées

1. Curricula de l'enseignement des infirmiers et des médecins
2. Rapports formation continue des professionnels de santé
3. Modules de formation sur le counseling en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Conclusions:

Un module sur l'alimentation de l'enfant est intégré dans le cursus de base de l'enseignement au niveau des écoles des infirmiers ainsi que la faculté de médecine

Un diplôme universitaire sur l'alimentation de l'enfant est en cours de mise en place au niveau du centre hospitalier universitaire de Rabat

Un programme de formation continue des professionnels de santé a été mis en place depuis 2011 sur le counseling en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Mais ceci reste insuffisant, en terme de quantité et de qualité, il faut renforcer le volume horraire consacré à l'alimentation de l'enfant au niveau du cursus

Mobiliser les fonds nécessaires pour former tous les professionnels de santé sur cette composante

Insuffisances

1. Manque de ressources humaines et financières
2. Volume horraire insuffisant dans le cursus

Recommandations:

1. Renforcer les compétences des professionnels de santé
2. Renforcer la composante nutrition et alimentation des enfants dans le curricula

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>			
<i>Critères</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Cocher ce qui convient</i>		
	<i>Oui</i>	<i>Dans une certaine mesure</i>	<i>Non</i>
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
		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.2) A la naissance de leur bébé, toutes les femmes reçoivent du soutien en matière d'ANJE pour initier l'allaitement.	2	1	0
		<input checked="" type="checkbox"/>	
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
		<input checked="" type="checkbox"/>	
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
		<input checked="" type="checkbox"/>	
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
		<input checked="" type="checkbox"/>	
Score total :	5/10		

Sources d'information utilisées: Annuel Report on nutrition

Conclusions: Une stratégie nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est mise en place au niveau national, qui repose sur des actions de sensibilisation de la population au niveau des structures de santé et une implication de la société civile et d'autres départements ministériels dans des actions de proximité

Insuffisances:

1. budget insuffisant
2. Manque des ressources humaines
3. société civile peu développé

Recommandations:

1. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources humaines et financières
2. Implication de la société civile et de la communauté engénéral dans les actions de sensibilisation

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>			
<i>Critères</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Cocher ce qui s'applique</i>		
	<i>Oui</i>	<i>Dans une certaine mesure</i>	<i>Non</i>
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	0
7.2a) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent le conseil/ counselling individuel sur l'ANJE..	1	.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	.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 :	9/10		

Sources d'information utilisées: Annual Report on nutrition (MOH)

Conclusions: Depuis 2009, le Ministère de la Santé organise annuellement une semaine nationale de promotion de l'allaitement maternel au niveau national, régional et local, cet événement constitue une opportunité pour mobiliser toute la communauté (media, société civile, chercheurs, département gouvernementaux,)

Une stratégie de communication en matière de la nutrition et de l'alimentation a été développée en collaboration avec tous les partenaires du MS

Des supports IEC sont produits et diffusés (dépliants, brochures, documentaires, dossier de presse,...)

Insuffisances :

1. budget insuffisant
2. Manqué des ressources financières

Recommandations : mobilisation des ressources financières

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>			
<i>Critères</i>	<i>Résultats</i> <i>Cocher ce qui convient</i>		
	<i>Oui</i>	<i>Dans une certaine mesure</i>	<i>Non</i>
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:	0/10		

Veillez citer les sources d'information :

1. Module de formation sur le counseling en matière de l'alimentation de l'enfant consensus des experts au niveau national
2. Rapport sur le dépistage du VIH

Conclusions : HIV-infected mothers are advised to give formula feeding and not breastfeeding

Insuffisances : Budget insuffisant pour former tous les professionnels de santé

Recommandations

1. *Amélioration des compétences des professionnels*
2. *Renforcer le dépistage du VIH chez les femmes enceintes*
3. *Sensibilisation des femmes atteintes du VIH sur l'alimentation de l'enfant*

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>			
<i>Critères</i>	<i>Notation ✓ Cocher ce qui convient</i>		
	<i>Oui</i>	<i>Dans une certaine mesure</i>	<i>Non</i>
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 nommé(e)(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.			✓
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.	1	0.5	0 ✓
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 :	0/10		

les sources d'information :stratégie nationale de Nutrition et le plan national sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ne prennent pas en consideration cet aspect

Conclusions Le Maroc est un pays stable, et il n'y a pas de réflexion au niveau national pour développer une stratégie en cas de crise, ce n'est pas une priorité pour le moment

Insuffisances

1. Pas d'engagement de la part des responsables (cet aspect n'est pas considéré comme priorité au niveau national)
2. Budget insuffisant

Recommendations

1. Plaidoyer auprès des décideurs
2. Mobilization des fonds

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>			
<i>Critères</i>	<i>Notation</i>		
	<i>Cocher ce qui convient</i>		
	<i>Oui</i>	<i>Dans une certaine</i>	<i>Non</i>
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 partagées 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 :	5/10		

Sources d'information : National report

Conclusions: Certains indicateurs sur l'alimentation de l'enfant et l'allaitement maternel sont intégrés partiellement dans le système de routine, mais cela reste insuffisant ,
E notre planification se base principalement sur les données des enquêtes nationales (DHS) qui se font chaque 5 ans.

Insuffisances

1. engagement insuffisant des professionnels de santé pour la collecte des données
2. manque de ressources humaines

Recommandations

1. Sensibilisation des professionnels de santé sur l'importance du suivi et évaluation de l'alimentation de l'enfant
2. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires (humaines et financières)

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 ?
.26,8%

Directives :

<i>Indicateur 11</i>	<i>Grille de notation adaptée de l'outil OMS</i>	<i>Directive IBFAN Asie pour WBTi</i>	
		<i>Points</i>	<i>Notation colorimétrique</i>
<i>Initiation de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)</i>	0.1-29%	3	Rouge
	29.1-49%	6	Jaune
	49.1-89%	9	Bleu
	89.1-100%	10	Vert

Source des données

- DHS SURVEY MINISTERE DE LA SANTE, 2011
- Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) UNICEF.

Summary Comments : la mise au sein précoce durant l'heure qui suit l'accouchement a connu un recul considérable durant les dernières années puisqu'elle est passée de 52% en 2004 à 26.8 % des femmes en 2011 (ENPSF, 2011).

Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois

Question clef: Quel est le pourcentage de bébés 0<6 mois exclusivement allaités¹⁶ au cours des 24 dernières heures ??27,8%

Guideline:

Indicateur 12	Grille de notation adaptée de l'outil OMS	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Allaitement exclusif (au cours des 6 premiers mois)	0.1-11%	3	Red
	11.1-49%	6	Yellow
	49.1-89%	9	Blue
	89.1-100%	10	Green

Sources des données :

DHS SURVEY MINISTERE DE LA SANTE,2011
Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) UNICEF.

Summary Comments : La pratique de l'allaitement maternel, qui constitue l'un des droits de l'enfant, a connu un recul au niveau national. En effet, le taux de pratique de l'allaitement maternel exclusif est passé de 51% (en 1992) à 15% en 2006.

Conscient de cette problématique, des efforts considérables ont été déployés par le Ministère de la Santé au cours de ces dernières années en matière de promotion et soutien de cette pratique. Il s'agit de :

- L' « Initiative Hôpitaux amis des bébés » qui a été lancée en 1992 et a concerné 40 hôpitaux et maternités ;
- La vulgarisation du Code de commercialisation des substituts du lait maternel à travers des circulaires ministérielles. Bien que ce code ne soit pas encore officiellement adopté⁴, la distribution gratuite des aliments pour nourrissons est proscrite ;
- L'institutionnalisation de la Semaine nationale de Promotion de l'Allaitement Maternel ;
- L'amélioration des compétences des professionnels de santé sur le counseling en matière d'alimentation de l'Enfant,
- Le prolongement de la durée du congé de maternité qui est passé de 12 à 14 semaines,
- L'implication des partenaires du Ministère de la Santé dans les actions de proximité.

Grâce à ces efforts, on a enregistré une nette amélioration de cette pratique. En effet, le taux de l'allaitement maternel exclusif est passé de 15% à 27.8% entre 2006 et 2011.

⁴ Actuellement ce code est à l'étude à la Direction de la Réglementation et du Contentieux relevant du Ministère de la Santé.

Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement

Question clef : Quelle est la durée médiane de l'allaitement en mois? *16.3 months*

Directives

<i>Indicateur 13</i>	<i>Grille de notation adaptée de l'outil OMS</i>	<i>Directives IBFAN Asie pour WBTi</i>	
		<i>Points</i>	<i>Notation colorimétrique</i>
Durée médiane de l'allaitement	0.1-18 Mois	3	Rouge
	18.1-20 "	6	Jaune
	20.1-22 "	9	Bleu
	22.1- 24 ou au delà''	10	Vert

Source de données DHS SURVEY MINISTERE DE LA SANTE,2011

Summary Comments : Une amélioration considérable a été enregistrée par rapport à l'indicateur relative à la durée médiane de l'allaitement maternel qui est passé de 14 mois (ENPSF, 2004) à 16.3 mois (ENPSF,2011).

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 ?

38,5%

Directives :

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

Source de données DHS SURVEY MINISTERE DE LA SANTE,2011

Summary Comments : L'enquête a révélé que le tiers des enfants âgés de moins de 2 ans étaient alimentés par le biberon

L'utilisation du biberon est presque deux fois plus importante chez l'enfant issu du milieu urbain qu'en milieu rural

Une amélioration est enregistrée entre 2004 et 2011 puisque cet indicateur est passé de 46% en 2004 à 38,5% en 2011

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 ?? 87,7%

Directives

<i>Indicateur 15</i>	<i>Grille de notation adaptée de l'outil OMS</i>	<i>Directives IBFAN Asie pour WBTi</i>	
Complementary Feeding (6-9 months)	<i>Key to rating</i>	<i>Scores</i>	<i>Colour-rating</i>
	0.1-59%	3	Red
	59.1-79%	6	Yellow
	79.1-94%	9	Blue
	94.1-100%	10	Green

Source de données

DHS SURVEY MINISTERE DE LA SANTE,2011

Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) UNICEF.

Summary Comments : L'enquête a montré que 87,7% des enfants ages de 6 à 23 mois recoivent des aliments semi solide ou solide mais seulement 40% qui sont alimentés d'une manière adequate conformément aux recommandations de l'OMS

Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes

Cibles :	Score (Out of 10)
1. Politique nationale, programme et coordination	6
2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé	1
3. Mise en œuvre du Code International	1
4. Protection de la maternité	7
5. Systèmes de soins de santé et de nutrition	8.5
6. Soutien de mères et assistance communautaire	4
7. Appui en informations	9
8. Alimentation infantile et VIH	0
9. Alimentation infantile en situations d'urgence	0
10. Suivi et évaluation	5
Total	41.5

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

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

Pratique ANJE	Résultat	Score
Indicateur 11 Initiation précoce de l'allaitement	26,8 %	3
Indicateur 12 Allaitement exclusif les 6 premiers mois	27,8 %	6
Indicateur 13 Durée médiane de l'allaitement	16,3 mois	3
Indicateur 14 Alimentation au biberon	38,5 %	3
Indicateur 15 Alimentation de complément	87,7%	9
Score Partie II (Total)		24

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 24 sur 50

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

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 $41.5 + 24 = 65.5$ sur 150. Les pays sont alors classifiés de la manière suivante :

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

Key Gaps

- Ressources humaines et financiers
- Vide juridique concernant le code de commercialisation

Key Recommendations

- Renforcer le plidaoyers auprès de décideurs pour
- La mobilisation des ressources nécessaires à la promotion, soutien et protection de l'allaitement maternel
- Amélioration des compétences des professionnels de santé
- Renforcer le cadre juridique et particulièrement:
 - La loi sur le code de commercialisation des substituts du lait maternel
 - Et le prolongement de la durée du congé de maternité
- Sensibilisation de la population sur le droit de l'enfant à l'aollaiutement maternel