

REPUBLIQUE DU TCHAD

Unité –Travail- Progrès



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE...

DIRECTION DE LA NUTRITION ET DE LA TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE (DNATA)

**PLAN DE MISE A L'ECHELLE DES PRATIQUES
OPTIMALES DE L'ALIMENTATION DU
NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)
2019-2021**

Février, 2019

Table des matières

Sigles et Abréviations	3
Résumé.....	5
Introduction	6
I. Analyse de la Situation	9
1.1. Politiques et Stratégies centrales ayant des implications sur les interventions ANJE	9
1.1.1. Cadre institutionnel et organisationnel en faveur de la nutrition	9
1.1.2. Cadre réglementaire pour la protection de la maternité, des droits d'allaiter pour les femmes qui travaillent et pour la Commercialisation des Substituts de Lait Maternel (CCSLM) ...	9
1.1.3. Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans les circonstances particulières	10
1.2. Situation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	10
1.3. Analyse des interventions actuelles et des facteurs limitant les pratiques optimales	11
1.3.1. Analyse des interventions actuelles d'ANJE	11
1.3.2. Analyse des facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE.....	12
II. But, Objectifs et Résultats attendus	13
2.1. But	13
2.2. Objectif général	13
2.3. Objectifs spécifiques	13
2.4. Résultats attendus	13
III. Mise en œuvre du plan de mise à l'échelle ANJE	14
3.1. Paquet intégré des services pour l'ANJE à travers l'approche 1000 jours	15
3.2. Axes stratégiques pour la mise en œuvre de l'ANJE	17
3.3. Principales activités par rapport aux résultats attendus	17
3.4. Plan de mise en œuvre	19
3.5. Chronogramme d'activités	30
3.6. Rôles et responsabilités des différents acteurs	33
3.7. Opportunités pour l'intégration de l'ANJE	34
IV. Plan de Communication	36
V. Supervision/mentorat, Suivi & Evaluation	38
5.1. Supervision formative/mentorat	38
5.2. Suivi & Evaluation	39
VI. Budget détaillé	46
VII. Plan de financement et coordination	52

Sigles et Abréviations

AGIR	Alliance Globale pour l'Initiative Résilience du Sahel
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
CAP	Connaissances Aptitudes Pratiques
CCSLM	Code pour la Commercialisation des Substituts de Lait Maternel
CPN	Consultation Périnatale
CTPNA	Conseil Technique Permanent pour la Nutrition et l'Alimentation
DNTA	Direction de la Nutrition et de Technologie Alimentaire
DPE	Développement et Protection du Jeune Enfant (ECD= Early Child Hood Development)
FARN	Foyer d'apprentissage et de récupération nutritionnelle
FoSA	Formation Sanitaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
LANCET	Revue médicale britannique, publiée à un rythme hebdomadaire par the Lancet Publishing Group
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.
MNPs	Multiple Micronutrients Powders = Poudre de Multi Micronutriments
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU
OG-IFE	Directives Opérationnelles du Groupe de travail inter institutions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence
PAINA	Plan Intersectoriel pour la Nutrition et l'Alimentation
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCR	Protein Chain Reactiv
PMA	Plan d'Action Annuel Gouvernement/UNICEF

PME	Plan de Mise à l’Echelle ANJE
PNNA	Politique Centrale de Nutrition et d’Alimentation
PRO FORT	Production locale d’aliments de Complément fortifié pour les enfants de 6 à 24 mois
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
REACH	Renewed Effort against Child Hunger and Undernutrition
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SNIS	Système Central d’Information Sanitaire
SPC	Suivi et Promotion de la Croissance
SR	Santé de la Reproduction
SUN	Scaling Up Nutrition
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VIH	Virus Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Hygiene and Sanitation = Eau Hygiène Assainissement

Résumé

Le Plan de Mise à l'Échelle ANJE (PME ANJE) est un plan de mise en œuvre de la Stratégie Centrale de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant qui a été adoptée en Septembre 2017.

Il est composé de sept (7) chapitres : Analyse de la situation ; But, objectifs et résultats attendus ; Mise en œuvre du plan de mise à l'échelle ANJE ; Plan de Communication ; Supervision /mentorat, suivi & évaluation ; Budget détaillé et Plan de financement et coordination.

Le premier chapitre sur l'analyse de situation nous donne un aperçu des politiques et stratégies centrales ayant des implications sur les interventions ANJE. Cet aperçu nous situe le cadre institutionnel et organisationnel en faveur de la nutrition, le cadre réglementaire pour la protection de la maternité et les droits d'allaiter pour les femmes qui travaillent et le code de commercialisation des substituts de lait maternel ou CCSLM ainsi que la situation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les circonstances particulières : en cas d'infection par le Virus Immunodéficience Humaine ou VIH, Bébé de Faible Poids de Naissance, Urgences. Il nous donne aussi la situation des pratiques et des interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Tchad par rapport aux divers indicateurs et fournit une analyse des interventions actuelles et des facteurs limitant les pratiques optimales. La conclusion de ce premier chapitre est que le cadre institutionnel et le cadre réglementaire sont bien en place au niveau du pays et présentent un potentiel certain pour la mise en œuvre des actions ANJE. L'analyse des interventions actuelles et des éléments limitant indiquent que les pratiques ne sont pas optimales et que les causes socioculturelles sont un réel frein à celles-ci. Ainsi, malgré l'évolution des divers indicateurs de la malnutrition et de l'ANJE selon les résultats de la dernière enquête SMART 2018, les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Tchad ne sont pas encore optimales, ce qui est un facteur contributif à la malnutrition aigüe dont la prévalence révèle une situation critique ; le retard de croissance a aussi atteint un niveau grave.

Le but du plan de passage à l'échelle de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant est de contribuer à la réduction d'au moins 5% du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 – 59 mois d'ici 2021 et à la réduction de la mortalité infanto-juvénile au Tchad. L'objectif général est d'assurer l'adoption de pratiques optimales de l'ANJE par les mères pour augmenter le taux d'initiation précoce à l'allaitement de 36,5% à 66,5 % ; le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de 17,7 % à 47,7% et le taux d'Alimentation Minimum Acceptable des enfants de 6-23 mois de 13,3 % à 43,3% d'ici l'an 2021 (SMART, 2018). En termes d'objectifs spécifiques, le plan de passage à la mise à l'échelle (PME) de l'ANJE se propose de: (i) Adopter le Code de Commercialisation des Substituts de Lait Maternel (CCSLM) et mettre en place un système de surveillance ; (ii) Assurer la promotion des pratiques optimales de l'ANJE au niveau des structures sanitaires ; (iii) Renforcer le conseil communautaire pour la promotion des pratiques optimales de l'ANJE ; (iv) Mettre en œuvre des actions de sensibilisation de la population pour la promotion de l'ANJE au niveau central et (v) Renforcer la gestion de l'ANJE dans les circonstances particulières : VIH, Urgences, Bébé ayant un petit poids à la naissance.

Le troisième chapitre est celui qui nous donne les démarches pratiques de mise en œuvre du Plan de mise à l'échelle ANJE. Un paquet intégré de services est proposé ; les axes stratégiques pour la mise en œuvre de l'ANJE avec les principales activités. Le plan de mise en œuvre nous présente les bénéficiaires, les zones d'intervention prioritaires, les étapes de la mise en œuvre ainsi que le chronogramme d'activités. Le principe de la mise en œuvre est de faire bénéficier les interventions à 90% aux enfants de 0-23 mois et à 90% des femmes enceintes et allaitantes qui fréquentent les centres hospitaliers, les centres de santé et les sites communautaires conformément aux actions du paquet intégré de services suggéré. Il faudrait augmenter la couverture des sites communautaires et faire des prestations de proximité pour motiver les femmes des communautés à participer, les centres de santé étant souvent éloignés de leur village.

Les quatre derniers chapitres sont des mesures d'accompagnement de la mise en œuvre du PME ANJE,

incluant le Plan de Communication ; la Supervision/mentorat, suivi & évaluation ; le Budget détaillé et le Plan de financement et de coordination.

Introduction

Le Tchad est un pays continental enclavé avec une superficie de 1 284 000 km². Il s'étend sur 1 700 km du nord au sud et 1 000 km d'est en ouest. C'est le 5e pays le plus vaste d'Afrique. Selon la carte ci-dessous, le pays est composé de trois (3) grandes zones:

- ◆ La zone saharienne désertique (environ 47% de la superficie et 2% de la population totale) ;
- ◆ Au centre, la bande sahélienne couvre environ 28% de la superficie ;
- ◆ La zone soudanienne (région sud du pays).



Le Tchad à l'instar des autres pays de la bande sahélienne connaît des conditions climatiques défavorables auxquelles s'ajoutent des facteurs socio-économiques précaires. Cela se traduit entre autres par une persistance de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition sous toutes ses formes.

La malnutrition constitue un réel problème de santé publique, elle est responsable d'environ 35% des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde. La malnutrition de l'enfant accroît également les risques de maladies infectieuses et altère le développement physique et mental de l'enfant, compromettant directement le développement de toute une nation.

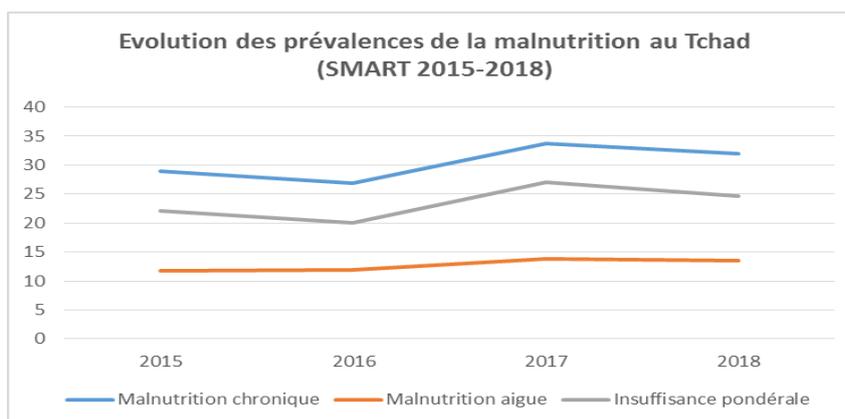
Au Tchad, selon les données de l'Enquête SMART 2018, la prévalence

- de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans est de 24,7%. Au niveau des provinces, la prévalence varie d'une province à une autre avec 7,5% (5,3-10,3) au Mandoul et 40,7% (34,6-47,1) au Kanem.
- du retard de croissance est de 31,9%. Les prévalences provinciales oscillent entre 10,1% (4,9-19,6) au Tibesti et 48,2% (43,0-53,4) dans la région du Lac.

- de l'émaciation est de 13,5%. Les provinces de Logone oriental, Logone Occidental, Mayo Kebbi Est, Mayo Kebbi Ouest, Moyen Chari, et Tandjilé affichent des prévalences de la MAG entre 5,0% et 9,9% les plaçant dans une situation nutritionnelle précaire.

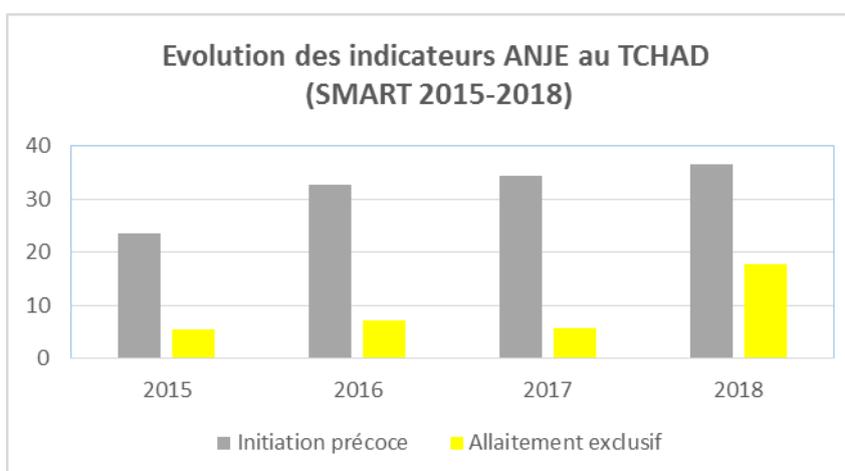
Les résultats des enquêtes nutritionnelles centrales SMART de 2015 à 2018 montrent que les prévalences de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Tchad restent élevées par rapport aux seuils définis par l'OMS. Selon la courbe ci-dessous, autant la prévalence de la malnutrition aigüe révèle une situation critique, le retard de croissance atteint aussi un niveau grave.

Graphique 1 : Evolution des prévalences de la malnutrition au Tchad (SMART 2015-2018)



Par rapport aux pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, selon les résultats de l'enquête SMART 2018, le taux d'initiation précoce à l'allaitement est de 36,5% ; le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de 17,7% et le taux de diversification alimentaire minimum est de 7%. L'évolution des indicateurs ANJE lors des enquêtes SMART 2015—2018 est montrée dans le graphique 2 ci-après. Bien que l'on remarque une augmentation des taux de l'initiation précoce ainsi que de l'allaitement exclusif, les pratiques de soins des nourrissons et du jeune enfant ne sont pas encore optimales au Tchad. Cette situation préoccupante est aussi reflétée dans les résultats de l'enquête EDS-MICS. Elle a des conséquences néfastes sur la croissance et le développement des jeunes enfants, ce qui constitue un facteur largement contributif à la malnutrition.

Graphique 2 : Evolution des indicateurs ANJE (SMART 2015-2018)



Toutefois, les données probantes montrent que les prévalences de la malnutrition peuvent être réduites grâce à des interventions efficaces à haut impact telles que les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : l'initiation précoce à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance; l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ; une alimentation de complément adéquate de bonne qualité, introduite au moment

approprié couplée avec un allaitement continu jusqu'à au moins 2 ans et à une stimulation psycho-émotionnelle ; la supplémentation et fortification en micronutriments.

De ce fait, afin de contribuer à la réduction des prévalences de la malnutrition et à l'amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et, faisant suite à la Stratégie Centrale de l'ANJE validée en l'an 2017, l'UNICEF Tchad a appuyé le Gouvernement, à travers la DNTA, dans l'élaboration d'un Plan de Mise à l'Echelle de l'ANJE.

I. Analyse de la Situation

1.1. Politiques et Stratégies centrales ayant des implications sur les interventions ANJE

1.1.1. Cadre institutionnel et organisationnel en faveur de la nutrition

Le Tchad a fait de la nutrition une de ses priorités et s'est engagé dans une démarche multisectorielle pour la nutrition et l'alimentation. Il a adopté plusieurs politiques et stratégies centrales: Politique Centrale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA) ; Plan Intersectoriel pour la Nutrition et l'Alimentation (PAINA) ; Stratégie Centrale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et a élaboré le Code de Commercialisation des Substituts de Lait Maternel en cours d'adoption. En outre, il y a aussi les autres politiques et stratégies centrales en matière de santé ; santé communautaire ; PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH) ; PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) ainsi que le Protocole Central de PCIMA (Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe). Tous ces documents nationaux ont intégré des éléments ANJE dans la description de leurs actions.

Par ailleurs, le pays a officiellement adhéré aux initiatives REACH (Renewed Effort Against Child Hunger and Undernutrition) en 2012 et AGIR (Alliance Globale pour l'Initiative Résilience du Sahel) en 2013 ainsi qu'au mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) aussi en 2013. Il a mis en place un cadre de coordination multisectorielle dénommé « Plateforme Multisectorielle » (CTPNA) composée du gouvernement, de la société civile, du secteur privé, des donateurs et du système des Nations Unies dans le but de renforcer les actions en nutrition et alimentation et dans une dynamique de coordination de tous les acteurs clés.

Par rapport à l'UNICEF, un document de Programme Pays 2017-2021 a été signé entre le pays et l'UNICEF et un PMA a été signé au titre de l'année 2018 avec le Ministère de la Santé Publique (MSP)/DNTA planifiant toutes les activités de nutrition pour lesquelles elle va l'appuyer et intégrant la composante ANJE.

1.1.2. Cadre règlementaire pour la protection de la maternité, des droits d'allaiter pour les femmes qui travaillent et pour la Commercialisation des Substituts de Lait Maternel (CCSLM)

En termes de protection de la maternité, les gouvernements ont un rôle essentiel à jouer en tant qu'autorité compétente pour améliorer la protection de la maternité et les politiques visant à concilier vie professionnelle et vie familiale, à la fois dans la législation et sur le lieu de travail. Selon la convention n° 183, l'Organisation Inter centrale du Travail (OIT) prévoit 14 semaines de congé de maternité, dont six semaines de congé postnatal obligatoire et les normes de l'OIT prévoient des pauses d'allaitement d'une durée minimale d'une heure par jour. Au Tchad, selon l'Article 107 du Code de Travail et la Loi 017 de la Fonction Publique, les femmes enceintes bénéficient d'un congé de maternité de 4 semaines avant l'accouchement et de 10 semaines après l'accouchement. Puis, elles ont droit à 2 heures par jour de pause pour allaiter. . Les législations du Tchad pour la protection de la maternité sont en phase avec celles préconisées par l'OIT et, en plus des conditions et durée du congé de maternité, elles prévoient entre autres des mesures juridiques en vue de protéger la santé des femmes enceintes et qui allaitent contre les risques sur le lieu de travail ; la protection contre le licenciement pour des motifs sans lien avec la maternité ainsi que le droit à reprendre le

travail au même poste ou à un poste équivalent rémunéré au même taux à l'issue du congé de maternité ; les dispositions garantissant le paiement de salaire durant le congé. Seules les dispositions concernant la création de structures d'allaitement ou de garde des enfants au lieu du travail n'apparaissent pas dans les législations centrales.

Le Tchad a élaboré son CCSLM, qui, dans ses différents articles, fait mention des interdictions de toute forme de promotion auprès du grand public des produits visés dans le décret et de la remise de cadeau. Il met aussi en exergue les responsabilités et obligations des agents socio-sanitaires pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel et veiller à l'application du Décret. Il fait mention des conditions d'étiquetage ainsi que des mesures de sanctions et de poursuites en cas de non-respect. Il a été soumis pour validation au Conseil du Gouvernement. Toutefois, le Conseil a recommandé de revoir certains articles avant de procéder à sa validation.

1.1.3. Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans les circonstances particulières

En ce qui concerne l'ANJE dans les circonstances particulières : par rapport à l'infection au VIH, les recommandations de l'OMS figurent bien dans les politiques/stratégies centrales et sont appliquées dans les services de Consultation Périnatale (CPN) mais les agents de santé ont besoin d'un rafraîchissement de leurs connaissances ; le système de dépistage rapide du VIH doit aussi être mis à disposition systématiquement dans les services CPN et maternité de chaque structure sanitaire car cela est très important pour orienter les mères sur leurs options d'ANJE. Pour les enfants de faible poids de naissance, les agents de santé conseillent bien les mères à mettre leurs bébés au chaud (Méthode KANGOUROU) mais les accouchées ne restent au maximum que 6 heures au service de la maternité, il n'y a aucune garantie qu'elles vont continuer à la maison. Pour l'ANJE en situation d'urgences, des recommandations sont faites dans quelques documents, exemple PCIMA, mais il est recommandé de mettre en place les 6 principales actions préconisées dans ce contexte dans le plan de préparation et réponses aux urgences du cluster nutrition.

1.2. Situation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Selon les résultats de l'enquête SMART, 2018 comparativement avec certains de ceux du SMART, 2015:

- ❖ le taux d'initiation précoce à l'allaitement est de **36,5%** (23,5%);
- ❖ le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de **17,7 %** (5,52%) ;
- ❖ le taux des enfants allaités jusqu'à 1 an est de **87,3%** (92,5%) ;
- ❖ le taux d'alimentation minimum acceptable des enfants de 6-23 mois est de **13,3 %** ;
- ❖ le taux de diversification alimentaire minimum des enfants de 6-23 mois est de **7,3%**.

Les taux des indicateurs de l'allaitement ont certes évolué par rapport aux années antérieures mais cela n'est pas encore suffisant pour des pratiques idéales de l'allaitement. En ce qui concerne l'alimentation complémentaire, le taux de diversification alimentaire minimum montre que seulement 13,3% des enfants de 0-23 mois ont consommé des aliments appartenant au moins à 5 sur 8 groupes alimentaires et 7,3% d'enfants allaités au sein, âgés de 6 à 23 mois, ont reçu au moins la diversification alimentaire minimum et le nombre de repas minimum selon l'âge. Les 8 groupes d'aliments utilisés lors de l'enquête SMART 2018 sont: lait maternel, céréales, racines et tubercules, légumineuses et noix, produits laitiers, produits carnés, poissons, œufs, fruits et légumes riches en vitamine A et autres fruits et légumes. Cette évolution des indicateurs est en partie due à des projets modèles d'alimentation complémentaire (exemple : FARN) basés sur la promotion de produits locaux et conduits par des ONG au niveau de certains districts du pays. Il est à noter que les projets PROFORT et AFORT sur l'alimentation complémentaire sont en phase d'expérimentation.

Ces indicateurs sur les pratiques d'allaitement et pratiques d'alimentation complémentaire montrent que les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ne sont pas encore optimales au Tchad, bien qu'il y ait eu une augmentation des différents taux par rapport aux résultats de l'enquête SMART en l'an 2017. En effet, selon le LANCET, 2013, les interventions doivent être mises en œuvre à grande échelle et avoir des taux supérieurs ou égaux à 90% pour avoir l'impact escompté, c'est-à-dire une réduction probable de la malnutrition chronique d'au moins 20% et de la mortalité infanto-juvénile d'environ 15%.

1.3. Analyse des interventions actuelles et des facteurs limitant les pratiques optimales

1.3.1. Analyse des interventions actuelles d'ANJE

Les résultats indiqués dans le tableau 1 ci-dessous selon la Matrice d'Evaluation de l'ANJE élaborée par WBTi (World Breastfeeding Trends Initiative, 2014) nous donnent un aperçu global de l'évaluation des diverses actions relatives à l'ANJE au Tchad.

Tableau 1 : Evaluation de l'ANJE par WBTi

Actions	Classification colorimétrique	Evaluation
Politique, programme et coordination		Bien
Code		Bien
ANJE au niveau du système de santé		Insuffisant
ANJE communautaire		Satisfaisant
ANJE et VIH		Satisfaisant
CCC		Insuffisant
ANJE en situation d'urgences		Satisfaisant
Suivi & Evaluation		Satisfaisant

Sur le plan institutionnel, la stratégie centrale ANJE a été validée en l'an 2017. La Plateforme de coordination multisectorielle est en place. L'ANJE est intégrée dans les politiques/stratégies centrales autres que celles de la nutrition : santé communautaire, VIH... La Plateforme de coordination multisectorielle existe mais la collaboration avec tous les autres secteurs concernés, tels que la santé, éducation, la communication, etc. est insuffisante pour plus d'intégration de l'ANJE dans ces différents programmes.

En ce qui concerne le CCSLM, un projet de loi est disponible mais le conseil du gouvernement a recommandé de revoir certains articles avant sa validation. Néanmoins, certaines structures sanitaires visitées laissent encore libre accès aux délégués médicaux d'avoir des contacts avec les mères et d'offrir des cadeaux au personnel de santé pour promouvoir le lait maternisé et les SLM. Il y a même des publicités de SLM qui sont affichées sur les murs de certains services.

Au niveau du système de santé, il y a eu un certain relâchement dans la mise en œuvre et le suivi des actions IHAB. La redynamisation et l'institutionnalisation de l'IHAB seraient primordiales en plus du renforcement des capacités du personnel de santé à tous les niveaux. Nombreux sont les agents de santé et de nutrition qui ne possèdent pas les compétences adéquates pour le conseil en alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le conseil est essentiel pour influencer la tendance des divers indicateurs ANJE et assurer son succès et les responsables doivent avoir les capacités nécessaires pour le faire. Par ailleurs, les centres hospitaliers et centres de santé ne disposent d'aucune information sur les divers indicateurs de l'ANJE dans leurs registres.

Soutenir les femmes au niveau communautaire est essentiel pour la réussite de l'ANJE. Il y a certes déjà des actions menées par les ONG (groupes de soutien, éducation nutritionnelle, démonstrations culinaires...) mais elles n'ont pas les envergures qu'elles doivent avoir au niveau communautaire, ce qui est nécessaire pour motiver les femmes et accroître leur confiance en l'allaitement et l'ANJE à domicile. La couverture de l'ANJE au niveau communautaire n'est pas conséquente. Les visites sur terrain ont permis de constater que le suivi et promotion de la croissance se fait au niveau des centres de santé et les activités sont encadrées par des ONG. Mais ceci a pour inconvénient de ne pas donner l'opportunité à toutes les mères de la communauté de faire peser leurs enfants et profiter des séances de CCC sur l'ANJE qui sont faites avant la pesée des enfants.

En conclusion, le cadre institutionnel est bien en place en ce qui concerne l'ANJE, toutefois les actions nécessitent d'être renforcées et consolidées pour pouvoir optimiser plus les pratiques ANJE et augmenter encore plus l'évolution des indicateurs.

1.3.2. Analyse des facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE

En plus des résultats de l'analyse sur les interventions actuelles de l'ANJE au Tchad cités dans le chapitre 1.3 ci-dessus, selon les résultats de l'enquête CAP 2017 mandatée par l'UNICEF dans les provinces de Kanem, Mayo Kébbi Est et Mayo Kébbi Ouest dans le cadre du projet PROFORT, les facteurs limitant les pratiques optimales ANJE sont surtout les pesanteurs socioculturels suivants:

- ❖ L'allaitement exclusif au sein est quasi inexistant dans toutes les provinces étudiées. Indépendamment de tout, l'eau est partout perçue comme indispensable à la vie ; il paraît donc inimaginable de refuser l'eau à l'enfant même au motif qu'il y en aurait dans le lait maternel. La mise au sein du nourrisson se fait après l'administration de liquide ou de produit destinés à le protéger contre des maladies ou des maléfices. De même, il existe des représentations populaires relatives à l'identification et au traitement du lait de mauvaise qualité. Cela renforce l'idée selon laquelle l'enfant reçoit assez tôt après sa naissance des substituts du lait maternel, notamment le lait de petit ruminant, le lait en poudre industriel ou encore de l'eau sucrée.
- ❖ Il n'y a pas d'alimentation spécifique dédiée au nourrisson et au jeune enfant. Quand le jeune enfant atteint l'âge de 7 mois, il a goûté déjà à l'ensemble des aliments habituellement utilisés dans la famille.
- ❖ Le plus important des facteurs limitant demeure l'ignorance qui est liée à la persistance de pratiques anciennes et au manque d'information sur les bonnes pratiques.
- ❖ L'emploi du temps des mères est très surchargé et elles ont peu de temps à consacrer aux nourrissons et jeunes enfants.
- ❖ L'absence des pères. Ces derniers ne sont quasiment pas impliqués dans l'ANJE. En dehors de fournir la nourriture et parfois d'assurer les frais inhérents aux dépenses de santé de la famille, ils ne s'intéressent guère au quotidien de leurs enfants. Or, les décisions relatives à l'ANJE, à l'instar de la plupart des décisions familiales, relèvent des pères, c'est-à-dire des hommes chefs de ménages.

- ❖ L'existence d'une multitude de gardiens autour du nourrisson et du jeune enfant. Le fait que les mères soient très occupées et que les pères soient absents laisse le champ libre à des actrices tels les grands-mères, les belles-mères, les tantes, les filles aînées et les voisines, etc. Ce foisonnement induit un contrôle difficile, voire impossible, sur l'ANJE.

II. But, Objectifs et Résultats attendus

Les stratégies visant à améliorer l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) représentent un élément clé des programmes de survie et de développement de l'enfant de toute nation. La justification scientifique de cette décision est claire soulignant le rôle essentiel de l'allaitement et l'alimentation de complément en tant que facteurs importants dans la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Il a été mis en évidence que l'allaitement est une intervention préventive ayant l'impact potentiel le plus important sur la réduction de la mortalité infantile. En outre, il a été démontré que l'amélioration de l'alimentation de complément est l'intervention la plus efficace pour améliorer la croissance des enfants, et, par conséquent, en association avec les interventions visant à améliorer la nutrition maternelle, contribue à la réduction du retard de croissance.

2.1. But

Le but du plan de passage à l'échelle de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant ou ANJE est de promouvoir, protéger et soutenir l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE).

2.2. Objectif général

L'objectif général est de contribuer à la réduction d'au moins 5% du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 – 59 mois d'ici 2021 et à la réduction de la mortalité infanto-juvénile au Tchad.

2.3. Objectifs spécifiques

En termes d'objectifs spécifiques, le plan de passage à la mise à l'échelle (PME) se propose d'assurer l'adoption de pratiques optimales de l'ANJE par les mères pour augmenter le taux d'initiation précoce à l'allaitement de **36,5% à 66,5 %** ; le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de **17,7 % à 47,7%** et le taux d'Alimentation Minimum Acceptable des enfants de 6-23 mois de **13,3 % à 43,3%** d'ici l'an 2021 (SMART, 2018).

2.4. Résultats attendus

Pour la mise en œuvre de ce plan de passage à l'échelle de l'ANJE, il est attendu d'atteindre les résultats suivants :

Résultat 1 (R1) : D'ici fin 2019, le CCSLM est adopté et un système de diffusion et de surveillance est opérationnel à l'échelle centrale.

Résultat 2 (R2) : D'ici l'an 2021, au moins 90% de toutes les femmes (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) fréquentant les structures de santé ont accès au paquet intégré ANJE et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé est en place au niveau d'au moins 90% des structures de santé.

Résultat 3 (R3) : D'ici l'an 2021, la qualité et la couverture des interventions communautaires pour la promotion de l'ANJE sont consolidées à travers la mise en place du paquet de conseil communautaire.

Résultat 4 (R4) : D'ici l'an 2021, au moins chaque année une campagne centrale de communication de masse est menée systématiquement chaque trimestre pour renforcer les services de conseil des prestataires de santé et des acteurs communautaires.

Résultat 5 (R5) : D'ici l'an 2021, la gestion de l'ANJE dans les circonstances particulières est renforcée.

III. Mise en œuvre du plan de mise à l'échelle ANJE

Une approche globale de l'ANJE implique une action à grande échelle au niveau central et au niveau du système de santé et de la communauté, y compris des stratégies transversales telles que la communication et des actions spécifiques sur l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence et dans le contexte du VIH.

Afin de bien saisir les enjeux et l'importance de la mise en œuvre et la mise à l'échelle de l'ANJE, il convient d'expliquer ce que sont les pratiques optimales de l'ANJE ainsi que les avantages qu'elles apportent au nourrisson et au jeune enfant mais aussi à la mère.

Selon le LANCET, 2003 chaque année :

- + 22% des décès de nouveaux nés pourraient être évités avec la mise au sein précoce dans un délai ne dépassant pas 1 heure après la naissance;
- + 13% des décès des enfants de moins de 5 ans pourraient être évités avec les bonnes pratiques de l'allaitement ;
- + 6% des décès des enfants de moins de 5 ans pourraient être évités avec les bonnes pratiques de l'alimentation complémentaire.

Les principales pratiques optimales qui constituent l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont les suivantes :

- ❖ Contact peau à peau et Initiation précoce à l'allaitement ;
- ❖ Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ;
- ❖ Allaitement à la demande ;
- ❖ Introduction de l'aliment de complément à partir de 6 mois et allaitement continu jusqu'au moins 2 ans

Le contact peau à peau favorise le lien entre la mère et l'enfant. L'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance stimule la production de lait maternel ; contribue à la contraction de l'utérus de la mère qui réduit les saignements et les risques d'hémorragie. Le colostrum est le liquide épais riche en protéines et en anticorps sécrété par la glande mammaire après la naissance de l'enfant, avant que la sécrétion de lait ne commence. C'est le premier vaccin du nouveau-né qui fournit les éléments nutritifs importants et les anticorps pour le protéger contre les infections et les maladies. Il aide à éliminer le méconium (les premières selles noirâtres).

L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est le fait que l'enfant est nourri exclusivement avec du lait maternel pendant les 6 premiers mois de sa vie. Cela procure à l'enfant une nutrition optimale car le lait

maternel fournit tous les aliments et l'eau (il contient 88% d'eau) dont le bébé a besoin. Le lait maternel protège l'enfant contre la maladie telle que la diarrhée et augmente sa survie et son bon développement. Mais aussi, avec la pratique de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, la mère est protégée contre une nouvelle grossesse s'il n'y a pas retour de couche (MAMA).

L'allaitement à la demande, au moins 8-12 fois de jour comme de nuit, augmente la production de lait maternel. Une succion efficace et une bonne prise aident à augmenter le lait maternel et à éviter les douleurs et crevasses du mamelon.

L'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans assure le maintien de la croissance optimale de l'enfant. En effet, l'allaitement continue à d'être la plus importante source d'alimentation du bébé mais à 6 mois l'enfant a besoin d'autres aliments en plus de l'allaitement. C'est la raison pour laquelle, il faut introduire des petites quantités d'aliments qui doivent être augmentées au fur et à mesure de l'âge de l'enfant.

Il n'est plus besoin de décrire tous les bénéfices dont mères et enfants pourraient en tirer si ces bonnes pratiques sont adoptées et appliquées à tous les niveaux.

3.1. Paquet intégré des services pour l'ANJE à travers l'approche 1000 jours

Les nourrissons et jeunes enfants ont besoin de bons aliments au bon moment pour grandir et développer tout leur potentiel. Le moment le plus décisif pour une bonne nutrition se situe au cours de la brève période des Mille premiers jours de la vie, du début de la grossesse chez la femme jusqu'au second anniversaire de l'enfant. Il est maintenant reconnu que la période allant de la grossesse à l'âge de 2 ans est une période d'importance critique, une « fenêtre d'opportunité », pour favoriser une bonne croissance, la santé et un bon développement comportemental et cognitif de l'enfant. C'est pendant cette fenêtre que la malnutrition chronique peut s'installer et les dégâts qu'elle peut causer aussi bien sur le plan cognitif que physique peuvent être corrigés sinon ils seront irréversibles. Il est donc crucial d'optimiser l'ANJE pendant cette période. Ainsi, investir et intervenir dans cette fenêtre d'opportunité s'impose comme la seule option pour prévenir la malnutrition chronique, et briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition et de la pauvreté.

C'est ainsi qu'il serait judicieux de définir un paquet intégré ANJE qui devrait être mis en œuvre à chaque étape de l'approche des 1000 jours, déterminants pour l'enfant et la mère, et, ce au niveau du système sanitaire et de la communauté.

Tableau 1 : Paquet Intégré ANJE

Période	Services
Gestation	CPN - au moins 4 CPN obligatoires - pesée et dépistage précoce du PB de la mère ; conseil sur la nutrition maternelle pendant la grossesse et prise en charge des femmes enceintes malnutries - PTME : conseil individuel et de groupe sur le dépistage VIH et sur les options d'ANJE dans le contexte du VIH - conseil individuel et de groupe sur les bonnes pratiques de l'allaitement : initiation précoce, allaitement exclusif jusqu'à 6 mois
Accouchement	- support pour le contact peau à peau dans l'heure qui suit la naissance et à l'initiation précoce à l'allaitement - PTME : conseil sur le dépistage VIH et sur les options d'ANJE dans le

	<p>contexte du VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - conseil sur Rooming-in (la mère et l'enfant doivent rester 24h/24 ensemble après l'accouchement) et allaitement exclusif à la demande jusqu'à 6 mois
Soins postnataux	<ul style="list-style-type: none"> - suivi de la lactation et soutien pour la résolution des problèmes rencontrés pendant l'allaitement - renforcement du conseil individuel et de groupe sur l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et à la demande
0-5 mois	<ul style="list-style-type: none"> - conseil sur la nutrition de la mère allaitante - conseil sur les avantages de l'allaitement exclusif pour la mère : MAMA, protection contre une nouvelle grossesse - renforcement du conseil individuel et de groupe sur l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et à la demande de jour comme de nuit (au moins 8 -12 fois) - conseil individuel et de groupe sur l'introduction de l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans - suivi et promotion de la croissance de l'enfant
6-8 mois	<ul style="list-style-type: none"> - conseil individuel et de groupe sur la qualité de l'alimentation complémentaire (fréquence, quantité, densité, diversification alimentaire, alimentation active) et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans - besoins journaliers : 615 kcal/jour ; fréquence : 2-3 repas + 1 goûter/jour - promotion des farines infantiles enrichies - éducation nutritionnelle, démonstrations culinaires - supplémentation en multi micronutriments (MNPs) - suivi et promotion de la croissance de l'enfant - promotion de l'hygiène - promotion de la production d'aliments riches en micronutriments et de l'élevage pour la diversification alimentaire - promotion de l'éducation parentale pour renforcer les compétences des parents à assurer l'éveil, la stimulation psychosociale pour une bonne nutrition de leurs enfants
9 - 11 mois	<ul style="list-style-type: none"> - conseil individuel et de groupe sur la qualité de l'alimentation complémentaire (fréquence, quantité, densité, diversification alimentaire, alimentation active et hygiène) et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans - besoins journaliers : 686 kcal/jour ; fréquence : 3 repas + 2 goûters/jour - promotion des farines infantiles enrichies - éducation nutritionnelle, démonstrations culinaires - supplémentation en multi micronutriments (MNPs) - suivi et promotion de la croissance de l'enfant - promotion de l'hygiène - promotion de la production d'aliments riches en micronutriments et de l'élevage pour la diversification alimentaire - promotion de l'éducation parentale pour renforcer les compétences des parents à assurer l'éveil, la stimulation psychosociale pour une bonne nutrition de leurs enfants
12-23 mois	<ul style="list-style-type: none"> - conseil individuel et de groupe sur la qualité de l'alimentation complémentaire (fréquence, quantité, densité, diversification alimentaire, alimentation active et hygiène) et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans

<ul style="list-style-type: none"> - besoins journaliers : 894 kcal/jour ; fréquence : 3 repas + 2 goûters/jour - promotion des farines infantiles enrichies - éducation nutritionnelle, démonstrations culinaires - supplémentation en multi micronutriments (MNPs) - suivi et promotion de la croissance de l'enfant - promotion de l'hygiène - promotion de de la production d'aliments riches en micronutriments et de l'élevage pour la diversification alimentaire - promotion de l'éducation parentale pour renforcer les compétences des parents à assurer l'éveil, la stimulation psychosociale pour une bonne nutrition de leurs enfants
--

*Les tranches d'âge ainsi que les besoins journaliers de l'enfant et la fréquence des repas sont des recommandations faites dans le Paquet de Conseil Communautaire de l'UNICEF.

3.2. Axes stratégiques pour la mise en œuvre de l'ANJE

La mise en œuvre du plan de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Tchad se fera sur la base des stratégies suivantes :

AS1 : Renforcement de l'application du Code de Commercialisation des Substituts de lait Maternel ou CCLSM ;

AS2 : Promotion des pratiques optimales de l'ANJE au niveau des structures sanitaires ;

AS3 : Utilisation des réseaux communautaires pour l'extension des interventions d'ANJE à travers la mise en place du Paquet de Conseil Communautaire ;

AS4 : Stratégies de communication pour le changement de comportement et Diffusion des messages à travers un plan de communication central sur l'ANJE ;

AS5 : Intégration de l'ANJE dans la gestion des circonstances particulières comme le VIH, le Bébé de faible poids de naissance et les Urgences pour combler les gaps de capacités.

3.3. Principales activités par rapport aux résultats attendus

A la lumière des axes stratégiques et des résultats attendus cités ci-dessus, les principales activités décrites ci-après vont contribuer à la mise en œuvre de ce PME ANJE.

Résultats	Principales activités par Résultat
Axe Stratégique 1 : Renforcement de l'application du Code de Commercialisation des Substituts de lait Maternel ou CCLSM	
R1 : D'ici fin 2019, le CCLSM est revu et adopté et un système de surveillance est mis en place pour son application.	<p><u>R1.A1.</u> Organiser un Atelier pour la revue du CCLSM selon les orientations fournies par le Conseil du Gouvernement en l'an 2018 et reprise du processus pour son adoption;</p> <p><u>R1.A2.</u> Etablissement de mesures juridiques et des agents spécialisés (officiers de police judiciaire etc.) qui doivent être formés efficacement sur le CCLSM et les législations y afférentes pour le suivi de l'application du Code (Comité de surveillance multisectorielle de l'application du code);</p> <p><u>R1.A3.</u> Vulgariser l'arrêté d'application du Code de commercialisation des substituts du lait maternel à l'échelle centrale auprès des professionnels de santé du</p>

	secteur privé agro-alimentaire et du grand public et Mise en place d'une masse critique de Défenseurs du Code.
Axe Stratégique 2 : Promotion des pratiques optimales de l'ANJE au niveau des structures sanitaires	
<p>R2 : D'ici l'an 2021, au moins 90% de toutes les femmes (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) fréquentant les structures de santé ont accès au paquet intégré ANJE et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) est en place au niveau d'au moins 90% des structures de santé publiques et privées.</p>	<p><u>R2.A1.</u> Intégration de l'ANJE dans les curricula de formation initiale et de formation continue des prestataires de soins de santé ;</p> <p><u>R2.A2.</u> Mise en place d'un pool de formateurs fonctionnel au niveau central, provincial, district et centres de santé et nomination d'une équipe ANJE au niveau de chaque district sanitaire pour la supervision/mentorat des prestataires de santé ;</p> <p><u>R2.A3.</u> Renforcement des capacités des prestataires de soins de santé sur l'ANJE afin qu'ils puissent avoir les compétences nécessaires pour donner accès à au moins 90% de toutes les femmes fréquentant les structures de santé (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) au paquet intégré ANJE ;</p> <p><u>R2.A4.</u> Institutionnalisation du Paquet Intégré de Conseil ANJE au sein de chaque service ayant un contact avec les mères et enfants : santé maternelle et infantile, services de soins de santé primaires: consultations, vaccination, CPN, maternité, SR/VIH, maternité, pédiatrie/néonatalogie, centres PCIMAS, PCIME... ;</p> <p><u>R2.A5.</u> Institutionnalisation de l'IHAB dans au moins 90% des maternités et formation des prestataires de santé sur l'IHAB ;</p> <p><u>R2.A6.</u> Supplémentation en MNPs d'au moins 90% des enfants de 6-23 mois fréquentant les structures sanitaires ;</p> <p><u>R2.A7.</u> Suivi et promotion de la croissance au moins de tous les enfants de 0-23 mois fréquentant chaque service infantile des structures de santé ;</p> <p><u>R2.A8.</u> Mise à disposition de supports CCC (boîtes à images) ;</p> <p><u>R2.A9.</u> Supervision et suivi des prestataires de santé.</p>
Axe Stratégique 3 : Utilisation des réseaux communautaires pour l'extension des interventions d'ANJE à travers la mise en place du Paquet de Conseil Communautaire	
<p>R3 : D'ici l'an 2021, la qualité et la couverture des interventions communautaires pour la promotion de l'ANJE sont consolidées à travers la mise en place du paquet de conseil communautaire.</p>	<p><u>R3.A1.</u> Cartographie des programmes communautaires existants et identification des acteurs clé (REACH).</p> <p><u>R3.A2.</u> Développement de capacités des agents de santé communautaires et groupes de soutien ;</p> <p><u>R3.A3.</u> Reproduction et dissémination de supports CCC (boite à images, cartes conseil)</p> <p><u>R3.A4.</u> Diagnostic communautaire et plan d'action communautaire</p> <p><u>R3.A5.</u> Conseil ANJE par les relais communautaires et groupes de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visites à domicile des femmes enceintes, allaitantes et mères d'enfants de 0-23 mois pour un conseil et suivi individuels ; ✓ Education nutritionnelle de groupe et démonstrations culinaires basées sur la diversification alimentaire et

	<p>les aliments locaux disponibles;</p> <p><u>R3.A6</u>. Promotion des farines infantiles et supplémentation en MNPs des enfants de 0-23 mois.</p> <p><u>R3.A7</u>. Activités promotionnelles intégrées : hygiène, éducation parentale...</p> <p><u>R3.A8</u>. Supervision formative et mentorat des agents de santé communautaires ainsi que des groupes de soutien à la mère.</p>
Axe Stratégique 4 : Stratégies de communication pour le changement de comportement et Diffusion des messages à travers un plan de communication central sur l'ANJE	
R4 : <i>D'ici l'an 2021, au moins une campagne centrale de communication de masse est menée systématiquement chaque année pour renforcer les services de conseil des prestataires de santé et des acteurs communautaires.</i>	<p><u>R4.A1</u>. Mise en place d'une coordination centrale pour les aspects de communication ANJE.</p> <p><u>R4.A2</u>. Evaluation et analyse de la situation des facteurs inhibant les pratiques ANJE dans les zones ciblées ;</p> <p><u>R4.A3</u>. Développement d'un plan opérationnel de communication sur la base des résultats de l'évaluation et de l'analyse de situation des facteurs ;</p> <p><u>R4.A4</u>. Conception des messages, des supports et sélection des canaux adaptés ;</p> <p><u>R4.A5</u> Mise en œuvre du plan de communication qui intègre la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel et suivi et évaluation de l'effet de la communication sur les comportements.</p>
Axe Stratégique 5 : Intégration de l'ANJE dans la gestion des circonstances particulières comme le VIH, le Bébé de faible poids de naissance et les Urgences pour combler les gaps de capacités	
R5 : <i>D'ici l'an 2021, la gestion de l'ANJE dans les circonstances particulières est renforcée.</i>	<p><u>R5.A1</u>. ANJE et VIH.</p> <p><u>R5.A2</u>. ANJE des enfants de faible poids de naissance</p> <p><u>R5.A3</u>. ANJE en situation d'urgences</p>

3.4. Plan de mise en œuvre

3.4.1. Cibles : Selon les objectifs définis, les principaux bénéficiaires de ce plan de mise à l'échelle ANJE seront les enfants de 0-23 mois mais comme l'approche des 1000 jours sera adoptée pour la mise en œuvre, les femmes enceintes et allaitantes seront aussi concernées et recevront un conseil sur leur nutrition selon le paquet intégré ANJE établi (cf. 3.2).

3.4.2. Zones d'intervention : Les régions d'intervention seront priorisées selon les taux de prévalence de la malnutrition chronique établis par l'enquête SMART, 2018 croisés avec les résultats des analyses de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle du Cadre Harmonisé, Mars 2018. Ainsi, pour 2019, les 7 provinces proposées ont été identifiées ayant un taux de prévalence élevé de la malnutrition chronique et les 16 Districts sont en phase de crise par rapport aux résultats des analyses de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. Le tableau 2 ci-après nous donne la progression des zones d'intervention par année pour arriver à couvrir les 23 Provinces d'ici la fin de l'an 2021.

Tableau 2 : Priorisation des zones d'intervention par année

Priorité 1 - Année 2019		Priorité 2 - Année 2020		Priorité 3 - Année 2021	
PROVINCES	DISTRICTS	PROVINCES	DISTRICTS	PROVINCES	DISTRICTS
1. LAC	1. Mamdi 2. Wayi	8. OUADDAI	17. Ouara 18. Absongha	16. SILA	
2. WADI FIRA	3. Biltine 4. Dar Tama 5. Iriba 6. Megri	9. TIBESTI	19. Abdi 20. Tibesti Ouest 21. Tibesti Est	17. MAYO KEBI OUEST 18. N'DJAMENA	
3. KANEM	7. Nord Kanem 8. Kanem	BATHA	22. Fitri	19. TANDJILE 20. SALAMAT	
4. HADJER LAMIS	9. Dababa	10. MOYEN CHARI	23. Barh-Kôhl 24. Lac Iro	21. MOAYO KEBI EST 22. LOGONE OCCIDENTAL	
5. GUERA	10. Guera 11. Abtouyour 12. Mangalme	11. LOGONE ORIENTAL	25. Monts de Lam	23. CHARI BAGUIRM	
6. BAHR EL GHAZEL	13. Bahr El Ghazel Nord 14. Bahr El Ghazel Sud	12. BORKOU	26. Borkou Yala 27. Borkou		
7. BATHA	15. Batha Ouest 16. Batha Est	13. MANDOUL	28. Barth Sara		
		14. ENNEDI EST	29. Am-Djarass 30. Wadi Hawar		
		15. ENNEDI OUEST	31. Fada 32. Mountcha		

Pour 2020, le même principe sera adopté : cibler les provinces avec un taux de prévalence de la malnutrition chronique élevé et des districts en phase de crise. En 2021, les districts devront aussi être priorisés et cette sélection peut se faire selon le même principe de croisement des taux de prévalence de malnutrition chronique et les données sur la sécurité alimentaire. Les priorisations sont évolutives pour les provinces et districts de l'année 2020 et 2021 car chaque année, il y a une enquête SMART et une analyse de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Le choix des villages d'implantation devrait être fait en concertation avec les niveaux périphériques. La cartographie développée par l'Initiative REACH sera mise à profit pour identifier les acteurs clés déjà établis dans les provinces priorisées pour une capitalisation de leurs acquis et expériences et augmenter leur couverture pour une mise à l'échelle progressive.

3.4.3. Etapes de la mise en œuvre

En amont, la recherche et les négociations pour le financement des activités prévues dans le budget (cf.4.6.) auraient déjà été effectuées. Equipements et matériels de pesée auraient déjà été achetés.

3.4.3.1. Phase préliminaire

La phase préliminaire va consister à :

- ❖ La sélection des centres de santé dans les districts choisis selon des critères de priorité établis ;
- ❖ La désignation des formateurs ANJE au niveau central, régional, districts et centres de santé selon les normes citées dans la phase de formation ;
- ❖ La multiplication de tous les outils de formation du paquet de conseil communautaire ;

3.4.3.2. Phase de formation

La phase de formation sur ANJE va comprendre différents niveaux et il est à noter que tous les responsables qui seront formés doivent être choisis tant dans les structures sanitaires publiques que privées. La formation ANJE devra durer cinq (5) jours et le module de formation qui sera utilisé à tous les niveaux sera le module de formation générique développé par l'UNICEF. Il est fortement recommandé que le nombre de participants à chaque session de formation au niveau central, délégation sanitaire, district et centre de santé ne dépasse pas 20 participants pour assurer la qualité et une bonne gestion de la formation.

Les participants aux formations sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous et seront:

- MSP, par Délégation Sanitaire, par district : 1 Point Focal Santé Communautaire ; 1 SR/PTME ;
- DNTA : 2 Responsables Service ANJE + 3 Chefs de Service + 3 Cadres;
- Par district : 1 MCD + 1 Point Focal Nutrition ;
- N'Djamena, par Délégation Sanitaire, par district : 3 par Centre Hospitalier public => 1 chef de service de maternité, 1 chef de service de pédiatrie ; 1 chef de service PTME
- N'Djamena, par Délégation Sanitaire, par district : 3 par Centre Médical privé => 1 chef de service de maternité, 1 chef de service de pédiatrie ; 1 chef de service PTME.
- Par Centre de Santé : 1 chef CS et 1 ou 2 sage(s)-femme(s) selon le staff existant au sein du centre de santé.
- Niveau Communautaire : 5 Agents Communautaires par Centre de Santé ; 3 Groupes de Soutien par CS (1 groupe de soutien est composé de 15 femmes).
- Les responsables des ONG peuvent aussi participer aux différentes formations sur leur propre financement.

Tableau 3: LISTE NORMATIVE DES PARTICIPANTS AUX FORMATIONS ANJE PAR NIVEAU

Niveau	Désignation	Nombre par niveau
Central		
<i>MSP</i>	Santé Communautaire	1
	SR/PTME	1
	Responsables Service ANJE + DNTA	7
	Chef de Service Maternité par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service Pédiatrie par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service PTME par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service Maternité par Centre Hospitalier privé	1
	Chef de Service Pédiatrie par Centre Hospitalier privé	1
	Chef de Service PTME par Centre Hospitalier privé	1
Province		
<i>Délégation Sanitaire par Province prioritaire</i>	Point Focal Nutrition	1
	Point Focal PTME	1
	Chef de Service Maternité par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service Pédiatrie par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service PTME par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service Maternité par Centre Hospitalier privé	1
	Chef de Service Pédiatrie par Centre Hospitalier privé	1
	Chef de Service PTME par Centre Hospitalier privé	1
District		
<i>District Sanitaire Prioritaires</i>	Point Focal Nutrition / Chef de Zone	1
	Point Focal PTME	1
	MCD	1
	Chef de Service Maternité par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service Pédiatrie par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service PTME par Centre Hospitalier public	1
	Chef de Service Maternité par Centre Hospitalier privé	1
	Chef de Service Pédiatrie par Centre Hospitalier privé	1
	Chef de Service PTME par Centre Hospitalier privé	1
Centre de Santé 10 CS par District		
<i>Centre de Santé (10 CS)</i>	Chef CS	1
	Sages-Femmes/Paramédical	2
	Agents Communautaires (5 AC par CS)	50

par district)	Groupes de Soutien (3 groupes de soutien par CS)	45
---------------	--	----

La formation des formateurs en ANJE sera faite en cascade : le niveau central devra être fait par deux (2) consultants internationaux qui pourront éventuellement aussi appuyer la formation de quelques provinces, en collaboration avec les formateurs nationaux. La formation au niveau provincial sera dispensée par les formateurs nationaux. Au niveau des districts, elle sera faite par les formateurs provinciaux. Au niveau des centres de santé, elle sera dispensée par les formateurs des districts. Le renforcement des capacités des agents communautaires et groupes de soutien en ANJE sera dispensée par les responsables des centres de santé qui seront assistés par des formateurs des districts. Il est à noter de se référer au Plan Stratégique de Santé Communautaire pour l'identification des agents de santé communautaire.

Tableau 4: Répartition du nombre d'agents/relais communautaires à former

Priorité 1 - Année 2019				Priorité 2 - Année 2020				Priorité 3 - Année 2021
PROVINCES	DISTRICTS	NBRE AC	NBRE RC	PROVINCES	DISTRICTS	NBRE AC	NBRE RC	PROVINCES
1. LAC	1. Mamdi	50	75	8. OUADDAI	17. Ouara	50	75	16. SILA
	2. Wayi	50	75		18. Absongha	50	75	
2. WADI FIRA	3. Biltine	50	75	9. TIBESTI	19. Abdi	50	75	17. MAYO KEBI OUEST
	4. Dar Tama	50	75		20. Tibesti Ouest	50	75	
	5. Iriba	50	75		21. Tibesti Est	50	75	
	6. Megri	50	75		BATHA	22. Fitri	50	
3. KANEM	7. Nord Kanem	50	75	10. MOYEN CHARI	23. Barh-Kôhl	50	75	18. N'DJAMENA
	8. Kanem	50	75		24. Lac Iro	50	75	
4. HADJER LAMIS	9. Dababa	50	75	11. LOGONE ORIENTAL	25. Monts de Lam	50	75	19. TANDJILE
5. GUERA	10. Guera	50	75		12. BORKOU	26. Borkou Yala	50	
	11. Abtouyouur	50	75	27. Borkou		50	75	
	12. Mangalme	50	75	28. Barth Sara		50	75	
6. BAHR EL GHAZEL	13. Bahr El Ghazel Nord	50	75	13. MANDOUL	29. Am-Djarass	50	75	20. SALAMAT
	14. Bahr El Ghazel Sud	50	75		30. Wadi Hawar	50	75	
7. BATHA	15. Batha Ouest	50	75	14. ENNEDI EST	31. Fada	50	75	21. MAYO KEBI EST
	16. Batha Est	50	75		32. Mountcha	50	75	
TOTAL		800	1200			800	1200	22. LOGONE OCCIDENTAL
								23. CHARI BAGUIRM

Au vu du nombre important de participants, il serait avisé :

- ◆ d'organiser des formations parallèles afin de respecter le nombre de 20 participants par session de formation ;
- ◆ et de faire participer tous les responsables formés par niveau pour faciliter les diverses formations.

3.4.3.3. Phase de démarrage

La phase de démarrage comprend plusieurs éléments essentiels et est initiée par le niveau central en collaboration avec le niveau décentralisé (province, district, centre de santé, village):

- ❖ Contact/sensibilisation des autorités locales ainsi que des responsables techniques concernés;

- ❖ Choix des villages en concertation avec les agents techniques périphériques;
- ❖ Contact avec les autorités administratives, traditionnelles et personnes ressources (chef quartier, leader religieux...) pour les sensibiliser sur les interventions ANJE;
- ❖ Information/sensibilisation des communautés sur les interventions ANJE, le déroulement de sa mise en œuvre, le rôle qu'elle aura à jouer.

A) Entrer en relation avec les autorités locales (administratives et traditionnelles)

C'est une étape très importante car les autorités sont très écoutées et respectées dans la plupart des zones d'intervention.

Lors de cette entrevue avec les autorités, il s'agit de :

- Présenter succinctement les interventions ANJE avec les objectifs et les principales activités ;
- Sensibiliser ces autorités sur la nécessité et les enjeux de ces interventions;
- Demander conseil pour le choix des villages qui pourraient convenir pour la mise en œuvre;
- Une fois le choix des villages fait, convenir d'un jour de rencontre avec les communautés concernées pour les sensibiliser sur le projet et leur demander si le projet les intéresse et si elles acceptent la mise en place du projet au niveau de leurs villages.

B) Sensibiliser les Communautés

Les points clés de la réunion avec les communautés :

- Informer les communautés sur les objectifs des interventions ANJE, les avantages pour les mères et les enfants ;
- Bien souligner la participation communautaire dans le projet:
 - les pesées mensuelles par des volontaires communautaires non-salariés ;
 - le choix du lieu, jour de pesée;
- Après ces explications, demander l'accord des communautés sur la mise en place du projet dans leurs villages. Il est à remarquer que les communautés ont le droit de refuser, dans ce cas il faut choisir un autre village.
- Expliquer ensuite le rôle des agents communautaires: attributions, profil (au moins 2 qui savent lire et écrire, capacité d'animation...), nombre (5 au plus par village).
- Faire prévoir une réunion du village sur le choix des agents communautaires, choix du jour et du centre de pesée ainsi que la date de la première pesée, et pour adopter une discipline interne.
- Expliquer la nécessité de mettre en place des groupes de soutien (15 femmes par groupe) aux mères pour l'ANJE au sein des communautés qui seront sous la supervision des agents communautaires (5 groupes de soutien par agent communautaire).

3.4.3.4. Phase de mise en œuvre

La phase de mise en œuvre repose sur les domaines suivants : actions régulatrices ; actions au niveau du système de santé ; actions au niveau communautaire et actions dans les circonstances particulières. Les principales activités liées à ces domaines ont été énumérées dans le paragraphe 3.3.1 et sont détaillées ci-dessous.

Ce plan de mise à l'échelle donne des orientations ainsi que les grandes lignes d'activités mais pour une mise en œuvre efficace des principales activités, chaque niveau (central, délégation sanitaire, district) devrait établir un plan d'action annuel budgétisé.

3.4.3.4.1. Actions régulatrices

Les actions régulatrices comprennent :

- Organisation d'un atelier pour la révision du draft du Code selon les recommandations du Conseil de Gouvernement ;
- Etablissement de mesures juridiques et d'agents spécialisés pour le suivi de l'application du code ;

- Création d'une masse critique de défenseurs du Code pour sa vulgarisation à l'échelle centrale.

Des législations centrales solides sont nécessaires pour lutter contre les stratégies commerciales agressives qui mettent en péril les normes et les pratiques optimales liées à l'allaitement au sein. Ainsi, le draft du code, qui est disponible, doit être révisé et présenté une nouvelle fois pour validation au Conseil de Gouvernement. Néanmoins, cela peut impliquer un long processus, ainsi le Ministère de la Santé Publique peut déjà émettre un **circulaire ou note officielle** pour empêcher au moins la promotion des produits de SLM dans les établissements de soins de santé. Le MSP va collaborer étroitement avec le ministère du commerce pour mettre en place un système solide et durable de suivi et de mise en application comme **l'établissement de mesures juridiques et d'agents spécialisés** (police sanitaire, officiers de police judiciaires etc.) qui doivent être formés efficacement sur le CCSLM et les législations y afférentes pour le suivi de l'application du Code. Par ailleurs, une **masse critique de défenseurs du Code** devrait être créée à tous les niveaux pour sa vulgarisation à l'échelle centrale (campagne médiatique, ateliers de sensibilisation, émissions radio/TV...) au niveau des fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, des organisations professionnelles, du public et des médias.

3.4.3.4.2. Actions au niveau du système de santé

Les actions à prendre au niveau du système de santé :

- Revue du contenu des curricula nationaux de formation initiale et de formation continue pour une intégration de l'ANJE ;
- Mise en place d'une équipe de suivi ANJE au sein de chaque district sanitaire ;
- Note officielle à établir pour l'institutionnalisation du Paquet intégré ANJE par le ministère de la santé publique;
- Note officielle à établir pour l'institutionnalisation de l'IHAB par le ministère de la santé publique;
- Nomination d'un pool de formateurs IHAB au niveau central, provincial et district ;
- Mise en application du paquet intégré ANJE au sein de chaque service ayant des contacts clés avec mères et enfants ;
- Promotion des farines infantiles répondant aux normes inter centrales (exemple : PRO FORT...) ;
- Supplémentation en multi micronutriments (MNPs) des enfants de 6-23 mois ;
- Suivi et promotion de la croissance de chaque enfant de 0-23 mois systématique à chaque contact au centre de santé ;

La mise en œuvre du conseil et du soutien à l'ANJE doit être une obligation du système sanitaire. Le **renforcement des capacités du personnel de santé** est une composante clé afin qu'il ait les compétences requises pour délivrer le paquet intégré des services de conseil ANJE. De ce fait, il faut s'assurer d'un **contenu adéquat des curricula nationaux de formation initiale et de formation continue sur l'ANJE** pour les différentes équipes cadre et les prestataires de santé. La nécessité de constituer une masse critique de formateurs au niveau central, provincial, district et des centres de santé et de **mettre en place une équipe de suivi ANJE** au sein de chaque district sanitaire est essentielle.

Des sessions de formation à elles seules ne sont pas suffisantes pour la réalisation des objectifs : chaque structure sanitaire doit **mettre en place le conseil en ANJE selon le paquet intégré défini** qui doit être appliqué au sein de chaque service ayant des contacts clés avec les mères et enfants : santé maternelle et infantile ; services de soins de santé primaires : consultations, vaccination, CPN, maternité, SR/VIH, pédiatrie/néonatalogie, PCIMAS, PCIME... A part le conseil individuel, des **séances CCC** en groupes sur l'ANJE doivent être faites par les agents de santé dans les salles d'attente. Selon les discussions avec la DNTA, il semble que des **boîtes à images sur ANJE** viennent d'être harmonisées. De ce fait, celles-ci doivent être mises à disposition systématiquement dans chaque structure de santé.

L'amélioration des pratiques d'allaitement maternel à travers **l'institutionnalisation des 10 étapes pour l'IHAB** est un élément clé du plan de passage à l'échelle pour réussir l'allaitement maternel les établissements sanitaires

offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Ces 10 conditions IHAB doivent être incluses dans le fonctionnement standard des services de maternité. En conséquence, le Ministère de la Santé Publique (MSP) devrait établir une **note officielle pour institutionnaliser l'IHAB dans le système de santé** et diffuser cette note dans toutes les structures sanitaires au niveau central. Le succès de l'IHAB dépend aussi de beaucoup des capacités des prestataires de santé. Ainsi, un **pool de formateurs IHAB devrait être en place au niveau central, provincial et district** pour dispenser des formations aux prestataires de santé sur les 10 conditions, leur mise en application et sur le suivi et les différents niveaux d'évaluation des hôpitaux pour devenir HAB.

En ce qui concerne l'**alimentation complémentaire**, la **promotion des farines infantiles** (exemple : PRO FORT) est conseillée. En effet, il y a un projet de production et de vulgarisation de cette farine infantile d'envergure centrale financée par l'Union Européenne qui est géré par quatre (4) Agences des Nations Unies (PAM, UNICEF, FAO, OMS) et actuellement en cours de mise en œuvre au niveau de 3 provinces. Néanmoins, le conseil donné sur l'alimentation complémentaire aux mères doit toujours incorporer la diversification alimentaire selon les 8 groupes d'aliments convenus pour le Tchad.

La supplémentation en multi micronutriments (MNPs) : selon l'EDS-MICS, 2014-2015, les carences en Vitamine A, Fer et Iode sont des problèmes de santé publique et les régimes alimentaires sont inadéquats et peu diversifiés (Etude CAP, UNICEF 2017) et selon OCHA, Février 2018, 27% de la population totale est en insécurité alimentaire. Ainsi, pour l'alimentation complémentaire, la supplémentation des enfants de 6-23 mois en multi micronutriments (MNPs) devrait être adoptée pour l'enrichissement de leur alimentation à domicile. En effet, l'utilisation des MNPs augmente l'apport vitaminique et minéral chez les enfants de 6 à 23 mois. Cette intervention consiste à ajouter un mélange de micronutriments sous forme de poudre à n'importe quel aliment semi-solide. Le système de santé peut jouer un rôle catalyseur dans la distribution des sachets-doses dont le contenu est simplement saupoudré sur les aliments avant les repas. Cela permet d'enrichir les aliments à domicile ou à tout autre endroit où les repas sont pris (par exemple cantines scolaires ou camps de réfugiés).

Le **suivi et promotion de la croissance de chaque enfant de 0-23 mois** fréquentant les centres de santé doit être faite d'une manière **systématique à chaque contact au centre de santé** afin de pouvoir faire le conseil en ANJE adapté à sa croissance et son âge. Il faut assurer que chaque centre de santé ait au moins une (1) balance SALTER.

3.4.3.4.3. Actions au niveau communautaire

Les actions à prendre au niveau communautaire :

- Cartographie des programmes communautaires existants (REACH) ;
- Formation des agents de santé communautaires et groupes de soutien plus approfondie et plus pratique en conseil et négociations ;
- Reproduction et mise à disposition de supports CCC (cartes conseil) ;
- Elaboration d'outils pour le suivi et la collecte de données réguliers sur l'ANJE au niveau communautaire ;
- Développement du registre communautaire pour le suivi et promotion de la Croissance et d'un canevas de plan d'action communautaire ;
- Conseil ANJE par les groupes de soutien : causeries de groupes en impliquant aussi les femmes en âge de procréer; visites à domicile des femmes enceintes, allaitantes et mères d'enfants de 0-23 mois pour un conseil et suivi individuels ;
- Conseil ANJE par les agents de santé communautaires : démonstrations culinaires basées sur la diversification alimentaire et les aliments locaux disponibles, promotion des farines infantiles (exemple PRO FORT), supplémentation en MNPs ;
- Education nutritionnelle de groupe sur l'ANJE incluant les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les activités promotionnelles intégrées : hygiène, lavage des mains, agriculture, élevage, DJE...

Dans le but de mieux planifier les interventions communautaires ANJE, il serait judicieux de dresser la **cartographie des programmes communautaires existants** de santé et de nutrition pour identifier les partenaires clés qui les mettent en œuvre, la couverture des programmes, l'étendue des activités, le type et le nombre

d'agents communautaires ainsi que les modes de motivation et support qu'ils reçoivent. Le développement de cette cartographie a été initié par l'Initiative REACH et elle est en cours d'élaboration. Elle pourra servir d'outil de planification, d'orientations pour la prise de décision, de suivi des interventions ainsi que pour connaître les gaps. Les activités communautaires pour l'ANJE pourraient se construire sur des programmes existants de santé et de nutrition qui sont des opportunités concrètes et des points d'entrée utiles. Il faudrait donc bâtir sur ces existants pour consolider les acquis, les mettre à l'échelle et combler les gaps dans les zones géographiques concernées. Il faudrait néanmoins s'assurer que le même paquet intégré ANJE soit bien délivré.

Le renforcement des capacités : Adopter la formation de 20 sessions en 5 jours sur la base du module de formation générique développé par l'UNICEF pour la formation des formateurs du niveau central, provincial, district et centres de santé et la formation des prestataires de santé, agents de santé communautaires et groupes de soutien. Les communautés ne sont pas seulement des bénéficiaires mais aussi des ressources indispensables. Si elles sont convenablement formées et soutenues, elles peuvent avoir les aptitudes pour le conseil et le soutien pratique aux mères sur l'allaitement et l'alimentation de complément, et peuvent aider à résoudre des problèmes courants. Ces aptitudes demandent une **formation plus approfondie et plus pratique en conseil et négociations** avec les gardiens d'enfants et des aptitudes dans la facilitation des sessions interactives de groupes et d'autres activités de communication. Des informations sur les aliments disponibles localement et des options additionnelles pour améliorer tant la qualité des aliments disponibles que les pratiques alimentaires elles-mêmes sont aussi nécessaires.

Reproduction et mise à disposition de supports CCC (boite à images, cartes conseil) ainsi que des outils pour le suivi et la collecte de données réguliers sur l'ANJE au niveau communautaire. Agents de santé communautaires et groupes de soutien doivent disposer d'outils adéquats. La boite à images qui a déjà été élaborée doit être reproduite selon les besoins et mise à disposition systématiquement au niveau des centres de santé et au niveau communautaire. Les cartes conseil développées par l'UNICEF pour l'ANJE communautaire doivent être adaptées au contexte local et langue locale et vulgarisées.

Le **Suivi et Promotion de la Croissance (SPC)** sera la plateforme pour le **diagnostic communautaire; le conseil individuel et de groupe sur l'ANJE ; la promotion des farines infantiles ; la supplémentation en MNPs et éducation nutritionnelle.** Le diagnostic communautaire est mené 1 seule fois chaque année et est facilité par les agents de santé en collaboration avec les autorités/leaders locaux. C'est une appréciation et analyse des facteurs qui entravent les pratiques ANJE au sein de la communauté. Les résultats de cette analyse doivent conduire à convenir des actions à mener à la portée des communautés et qui seront consignées dans un plan d'action communautaire signé par les autorités locales qui représentent les communautés et s'engagent à leur nom. Une pesée mensuelle des enfants de 0-23 mois devrait être organisée au niveau des communautés. En effet, lors des visites sur terrain, il a été constaté que les séances de pesée se font au niveau des centres de santé. Or, selon l'EDS-MICS, 2014-2015, les centres de santé se trouvent à une distance d'au moins 18km des communautés, bien que l'OMS recommande que tous les centres de santé soient situés à 10 km des communautés. Ainsi, il serait profitable pour les mères de ne pas marcher sur de longues distances et d'avoir des services de proximité. Il faut aussi assurer que chaque site communautaire ait au moins une (1) balance SALTER et que chaque enfant concerné ait 1 carnet de vaccination. Chaque enfant a son carnet de santé dans lequel figure sa courbe de croissance où l'on note les résultats de la pesée mensuelle. Au vu du résultat, l'agent de santé communautaire fait un conseil individuel sur l'ANJE à la mère de l'enfant par rapport à sa croissance. A la fin de la pesée de tous les enfants présents, les agents de santé communautaires font un récapitulatif des résultats de la pesée sur le registre communautaire et en font le feedback aux mères présentes. En ce qui concerne l'**alimentation complémentaire**, la **promotion des farines infantiles** (exemple : PRO FORT) est conseillée. Le conseil sur l'alimentation complémentaire doit renforcer la diversification alimentaire selon les 8 groupes d'aliments convenus pour le Tchad.

Conseil ANJE par les agents de santé communautaires et groupes de soutien :

- ✓ Groupes de soutien : causeries de groupes (groupes de mères d'enfants de 0-6 mois, groupes de mères d'enfants de 6-23 mois, groupes de femmes enceintes ; visites à domicile des femmes enceintes,

allaitantes et mères d'enfants de 0-23 mois pour un conseil et suivi individuels. Ceci a été bien confirmée par l'enquête CAP réalisée par l'UNICEF en 2017, les femmes interviewées ont souligné qu'elles préfèrent des services de proximité et de recevoir des conseils des grands-mères ; des leaders religieux et des autorités locales. Les différentes formes recommandées : porte à porte, ménage par ménage et assemblée villageoise.

- ✓ Agents de santé communautaires : Education nutritionnelle de groupe et démonstrations culinaires basées sur la diversification alimentaire et les aliments locaux disponibles.

N.B : Il est à noter que les intervenants communautaires, les agents de santé communautaires et les relais communautaires peuvent identifier des personnes modèles (Maman lumière...) au sein de la communauté pour les appuyer.

Activités promotionnelles intégrées : Promotion de WASH (lavage des mains, eau potable, assainissement total piloté par les communautés ou ATPC) ; Promotion de la production d'aliments riches en micronutriments et de l'élevage pour la diversification alimentaire ; Promotion de l'éducation parentale pour renforcer les compétences des parents à assurer l'éveil, la stimulation psychosociale pour une bonne nutrition de leurs enfants. Les activités promotionnelles peuvent être faites sur une base trimestrielle en alternance avec la CCC sur l'ANJE avant les pesées mensuelles. Les agents communautaires peuvent demander le renfort de personnes ressources spécialisées pour la promotion des activités intégrées telles qu'un agent d'agriculture, d'élevage, un assistant social pour l'éducation parentale....

3.4.3.4.4. Actions ANJE dans les circonstances particulières

Les actions à prendre pour l'ANJE dans les circonstances particulières :

- Renforcement de la vulgarisation des recommandations dans le contexte du VIH pour informer la population en général, et en particulier les femmes enceintes, les travailleurs de santé et les conseillers en VIH et en nutrition ;
- Renforcement des capacités des agents de santé : méthode Kangourou ; expression du lait maternel et bonnes positions pour l'allaitement ;
- Organisation d'un Atelier pour intégrer les 6 principales actions ANJE de préparation aux situations d'urgence dans le plan central de nutrition.

Ce plan de mise à l'échelle ANJE *dans les circonstances particulières* se concentrera sur le VIH, les enfants de faible poids à la naissance et les situations d'urgence car des situations nécessitent des actions spécifiques.

VIH : L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/SIDA pose des défis importants à cause du risque de transmission du virus par l'allaitement maternel. Des **nouvelles directives** ont été émises par l'OMS en l'an 2010 pour la réduction des risques de transmission et qui abordent clairement quelles sont les **options d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant :**

- ◆ les mères séropositives qui souhaitent allaiter peuvent le faire tant qu'elles le peuvent (allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, poursuite de l'allaitement au moins jusqu'à 12 mois et continuer jusqu'à 24 mois) car elles sont sous ARV à vie ;
- ◆ Le nouveau-né d'une mère séropositive doit être mis sous ARV prophylactique de 0 à 6 semaines tous les jours avant le test puis faire le PCR (Protein Chain Reactiv) ;
- ◆ Faire un autre test de l'enfant, 3 mois après la fin de l'allaitement.

Il est à noter que ces directives de l'OMS sont déjà incorporées dans la politique centrale PTME du Tchad. Les structures de santé les appliquent même déjà lors des consultations prénatales et lors des accouchements. Néanmoins, il serait judicieux de **renforcer la vulgarisation de ces directives pour informer la population en général, et en particulier les femmes enceintes, les travailleurs de santé, les conseillers en VIH et en nutrition ainsi que les relais communautaires** sur le contenu de cette politique. Ceci doit être inséré dans le renforcement des capacités des agents de santé et dans le plan de communication.

Enfant de faible poids de naissance : Le meilleur lait adapté aux besoins nutritionnels d'un **enfant de faible poids de naissance** est le lait maternel.

- ◆ La **méthode Kangourou** est préconisée pour permettre un contact peau contre peau mère-enfant, procurer de la chaleur et la proximité aux seins de la mère. L'allaitement direct d'un bébé très petit peut ne pas être possible pendant plusieurs semaines.
- ◆ Les mères devraient être enseignées et encouragées à **exprimer le lait maternel** et à alimenter le nourrisson à l'aide d'une tasse. En cas de difficultés de succion, le personnel de santé doit prendre les dispositions nécessaires pour alimenter le bébé à l'aide d'une sonde nasogastrique.
- ◆ Les prestataires de santé doivent aussi leur enseigner les **bonnes positions** pour alimenter un bébé de faible poids à la naissance : position de la berceuse modifiée ou celle sous les aisselles sont de bonnes positions. Ceci doit être inséré dans le renforcement des capacités des agents de santé

ANJE en situation d'urgences : Au Tchad, les urgences peuvent être classifiées en urgence sanitaire, mouvements de la population ou urgences nutritionnelles. Les cibles sont les enfants de 0-23 mois et les femmes enceintes et allaitantes. Selon les orientations opérationnelles pour le personnel de secours en urgences et les gestionnaires de programmes développées par le Groupe de travail inter institutions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (OG-IFE) de 2017, il y a **six (6) principales actions de préparation aux situations d'urgence** qu'il faut intégrer dans le plan central de nutrition et réaliser:

(1) Développement des plans de préparation nationaux et décentralisés sur l'ANJE ;

(2) Identification des besoins de renforcement des capacités centrales et former le personnel concerné sur le soutien de l'ANJE en situation d'urgences. Le personnel ciblé peut inclure le personnel du gouvernement ; le personnel des ONG et les bénévoles fournissant des services de santé et de nutrition ;

(3) Mise en place d'une autorité de coordination, dont il faut déterminer les termes de référence, et qui sera responsable de coordonner la sensibilisation du public et des professionnels sur l'ANJE en situation d'urgences, l'engagement des agences de développement et des donateurs pour le financement des activités ANJE et d'établir des liens avec d'autres points focaux sectoriels : WASH, santé, sécurité alimentaire... et assurer une communication coordonnée, opportune, précise et harmonisée à la population touchée, aux intervenants et aux médias ;

(4) Identification des outils et systèmes de suivi et d'évaluation qui peuvent être appliqués dans un contexte d'urgence, convenir des adaptations nécessaires et suivre les activités et les interventions en utilisant les indicateurs standards de l'ANJE existants et harmoniser l'utilisation des indicateurs parmi les partenaires de mise en œuvre et dans les enquêtes. Des outils existants comme les papiers buvards (DBS) doivent être mises à disposition en quantité suffisante dans les FoSA.

(5) Promotion et soutien de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées et collaborer avec plusieurs secteurs afin de maximiser les synergies et les opportunités pour soutenir l'ANJE et les pratiques recommandées.

(6) Établissement des systèmes de gestion de l'alimentation artificielle, y compris l'autorité de coordination, la chaîne d'approvisionnement et les mécanismes de surveillance pour minimiser les risques. La gestion de l'alimentation artificielle nécessite une évaluation des besoins et des risques et une analyse de la situation critique, éclairée par des conseils techniques. L'analyse doit indiquer si une demande de substituts de lait maternel constitue un besoin réel et/ou si d'autres interventions, y compris un soutien amélioré pour l'allaitement, sont indiquées pour assurer la nutrition et la santé du nourrisson. L'ampleur du soutien nécessaire à l'alimentation artificielle déterminera le niveau d'intervention et de coordination requis.

Les principales actions de l'ANJE en situation d'urgences doivent aussi être incluses dans les plans de préparation nationaux et décentralisés. Elles doivent être intégrées dans les formations ANJE et PCIMA.

PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PME ANJE

Cibles	Selon l'approche 1000 jours : <ul style="list-style-type: none">- enfants de 0-23 mois ;- femmes enceintes et allaitantes
Zones d'intervention prioritaires	<ul style="list-style-type: none">-7 Provinces- 16 Districts
Etapes	Phase préliminaire <ul style="list-style-type: none">- sélection des centres de santé dans les districts ;- désignation des formateurs ANJE à tous les niveaux ;- multiplication de tous les outils de formation
	Phase de formation <ul style="list-style-type: none">- durée : 5 jours ;- outil : module de formation générique de l'UNICEF ;- participants : responsables des différents niveaux, agents de santé communautaires, relais communautaires
	Phase de démarrage <ul style="list-style-type: none">- contact/sensibilisation des autorités locales ainsi que des responsables techniques concernés ;- choix des villages en concertation avec les agents techniques périphériques ;- contact avec les autorités administratives et traditionnelles pour les sensibiliser sur les interventions ANJE ;- Information/sensibilisation des communautés sur les interventions ANJE, le déroulement de sa mise en œuvre, le rôle qu'elle aura à jouer
	Phase de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none">- actions régulatrices,- actions au niveau du système sanitaire ;- actions au niveau communautaire ;- actions dans les circonstances particulières : VIH, Urgences, Bébé faible poids de naissance

3.5. Chronogramme d'activités

**Tableau 5: CHRONOGRAMME D'ACTIVITES POUR LA MISE EN OEUVRE DU PME ANJE
2019-2021**

Activités	Chronogramme de mise en oeuvre												Responsables
	2019				2020				2021				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
R1: D'ici fin 2019, le CNCLSM est adopté et un système de diffusion et de surveillance est opérationnel à l'échelle nationale													
R1.A1 . Organiser un Atelier pour la revue du CNCLSM selon les orientations fournies par le Conseil du Gouvernement en l'an 2018 et reprise du processus pour	x												DNTA OMS, UNICEF
R1.A2 . Etablissement de mesures juridiques et d' agents spécialisés (officiers de police judiciaire etc.) pour le suivi de l'application du Code		x											DNTA Ministère du Commerce
R1.A3 . Mise en place masse critique de défenseurs du Code et organisation des ateliers de vulgarisation à l'échelle nationale au niveau des fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, des organisations professionnelles, du			x			x		x		x		x	DNTA Ministère du Commerce Partenaires
R2: D'ici l'an 2021, au moins 90% de toutes les femmes (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) fréquentant													
R2.A1 . Intégration de l'ANJE dans les curricula de formation initiale et de formation en milieu de travail des prestataires de soins de santé		x	x	x									MSP DNTA
R2.A2 . Création d'un pool de formateurs au niveau national, régional, district et centres de santé et nomination d'une équipe ANJE au niveau de chaque district sanitaire pour la supervision formative/mentorat des prestataires de santé	x												MSP, DNTA DS, District Sanitaire
R2.A3 . Formation/recyclage annuel des prestataires de soins de santé sur l'ANJE afin qu'ils puissent avoir les compétences nécessaires pour donner accès à au moins 90% de toutes les femmes fréquentant les structures de santé (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23	x					x				x			MSP,DNTA Partenaires

Activités	Chronogramme de mise en oeuvre												Responsables	
	2019				2020				2021					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4		
R2.A4 . Institutionnalisation du Paquet Intégré de Counseling ANJE au sein de chaque service ayant un contact avec les mères et enfants : santé materno-infantile, services de soins de santé primaires : consultations, vaccination, CPN,	x	x												MSP, DNTA
R2.A5 . Institutionnalisation de l'IHAB dans au moins 90% des maternités des zones ciblées et formation des prestataires de santé sur l'IHAB	x	x												MSP, DNTA
R2.A6 . Promotion des farines infantiles PRO FORT et supplémentation en MNPs d'au moins 90% des enfants de 6-23 mois fréquentant les structures sanitaires des zones ciblées	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DNTA District sanitaire, CS Partenaires
R2.A7 . Suivi et promotion de la croissance de tous les enfants de 0-23 mois fréquentant chaque service infantile des structures de santé		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CS AC, GS
R2.A8 . Mise à disposition de supports IEC (boîtes à images)		x	x											DNTA Partenaires
R2.A9 . Supervision formative/mentorat des prestataires de santé.				x				x					x	MSP, DNTA DS, District Sanitaire
R3: D'ici l'an 2021, la qualité et la couverture des interventions communautaires pour la promotion de l'ANJE sont consolidées à travers la mise en place du paquet de counseling communautaire														
R3.A2 . Développement de capacités/recyclage annuel des agents communautaires et groupes de soutien	x					x				x				District Sanitaire CS
R3.A3 . Reproduction/Elaboration et mise à disposition de supports IEC (cartes conseil) et des outils pour le suivi des activités ANJE au niveau communautaire	x	x												DNTA Partenaires
R3.A4 . Diagnostic communautaire annuel sur les goulots d'étranglements par rapport aux pratiques ANJE et élaboration de plans d'action communautaires (motivation AC & GS)		x			x					x				CS AC, GS

Activités	Chronogramme de mise en oeuvre												Responsables
	2019				2020				2021				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
R4: D'ici l'an 2021, au moins des campagnes nationales de communication de masse sont menées systématiquement trimestriellement chaque année pour renforcer													
R3.A5 . Counseling ANJE par les agents communautaires et groupes de soutien		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CS AC, GS
R3.A6 . Promotion des farines infantiles PRO FORT et supplémentation en MNPs des enfants de 6-23 mois	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CS AC, GS
R3.A7 . Activités promotionnelles intégrées		x		x		x		x		x		x	AC, Agents santé, agriculture, élevage, ECD...
R3.A8 . Supervision formative et mentorat des agents communautaires ainsi que des groupes de soutien à la mère				x				x				x	CS AC
R4.A1 . Atelier pour la mise en place d'une coordination nationale pour les aspects de communication ANJE	x												DNTA Min. Comm
R4.A2 . Evaluation et analyse de la situation sur les pratiques et comportements en ANJE (enquête CAP)		x											Consultant
R4.A3 . Atelier pour le développement d'un plan de communication opérationnel sur la base des résultats de l'évaluation et de l'analyse de situation			x										DNTA Equipe nationale Comm
R4.A4 . Atelier pour la conception des messages, des supports et sélection des canaux adaptés			x										DNTA Equipe nationale Comm
R4.A5 . Organisation d'au moins 2 campagnes de masse par an sur ANJE à chaque niveau (national, régional, district et communautaire) et évaluation de l'effet de la communication sur les comportements				x		x		x		x		x	DNTA Equipe nationale Comm Partenaires
R5: D'ici l'an 2021, les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les circonstances difficiles sont renforcées													
R5.A1 . ANJE et VIH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DNTA PTME/MSP
R5.A2 . ANJE pour les enfants de faible poids de naissance	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DNTA Centre hospitalier
R5.A3 . ANJE en situation d'urgences	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DNTA Cluster Nutrition, PCIMAS Partenaires

3.6. Rôles et responsabilités des différents acteurs

Les principaux acteurs pour assurer la mise en œuvre de cette politique qui y assumeront des rôles et responsabilités déterminants sont présentés dans le tableau suivant :

Intervenants	Rôles & Responsabilités
DNTA	<p>La DNTA assure le Leadership dans la coordination de la mise en œuvre et le suivi/évaluation des activités prévues dans le plan de mise à l'échelle de l'ANJE tant au niveau central que décentralisé. Les rôles qui lui sont destinés consistent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir une note officielle pour l'institutionnalisation du Paquet intégré ANJE, de l'IHAB et pour interdire la promotion des SLM au sein des structures sanitaires ; - Faciliter l'atelier pour la revue du code et faire le nécessaire pour le processus de son adoption ; - Faire établir la liste des formateurs à chaque niveau : central, provincial, district, centre de santé ; - En collaboration avec le ministère du commerce, définir les mesures juridiques et nommer les agents spécialisés (police sanitaire, officiers de police judiciaires etc.) pour la surveillance de l'application du code ; - Appuyer techniquement dans la renforcement des capacités des agents de santé et des agents communautaires, leur organisation et coordination; - Favoriser la création de partenariats et faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan de mise à l'échelle ANJE ; - Organiser avec les services techniques concernés à tous les niveaux, en collaboration avec les partenaires, le suivi systématique des interventions ANJE en facilitant le développement des différents outils pour le suivi et supervision formative/mentorat ; - A tous les niveaux, compiler, analyser et faire la synthèse de toutes les données et rapports d'activités sur les interventions ANJE.
Délégation Provinciale Sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier les activités ANJE dans les plans d'action provinciaux; - Organiser et participer aux formations des responsables des districts ciblés et des prestataires de santé des hôpitaux concernés; - Coordonner la supervision formative/mentorat et suivi post formation des prestataires de santé par les Equipes Cadres des Districts; - Collecter et analyser et assurer la retro -information sur les données des DS et des hôpitaux en vue de leur transmission au SNIS.
District Sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier les activités ANJE dans les plans d'action du district; - Organiser et participer aux formations des responsables des centres de santé ciblés et des prestataires de santé des hôpitaux concernés; - Coordonner la supervision formative/mentorat et suivi post formation des prestataires de santé par les Equipes Cadres des Districts; - Collecter et analyser et assurer la retro -information sur les données des DS et des hôpitaux en vue de leur transmission à la Direction Provinciale de la Santé; - Eventuellement, collaborer avec les ONG dans la mise en œuvre des activités ANJE.
Centre de Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriser les communautés à cibler (villages); - Organiser et participer aux formations des agents communautaires et relais communautaires; - Participer aux sessions de dialogues communautaires organisées et facilitées par les agents et relais communautaires; - Assurer l'approvisionnement en sachets de multi micronutriments au niveau du centre de santé et aux agents et relais communautaires pour leur distribution dans les communautés; - Coordonner la supervision formative/mentorat et suivi post renforcement des capacités des agents communautaires et relais communautaires; - Collecter et analyser et assurer la retro -information sur les données en vue de leur transmission au District Sanitaire; - Eventuellement, collaborer avec les ONG dans la mise en œuvre des activités ANJE.

ONG	Les ONG ont un rôle prépondérant dans l'atteinte des résultats en ce sens qu'elles peuvent contribuer au renforcement de la capacité des groupes communautaires ou leur prêter une assistance technique. Les ONG peuvent aussi jouer un rôle de sensibilisateur dans divers domaines (Wash, nutrition...) et partager des activités de bonnes pratiques compte tenu de leur expertise et de leur multisectorialité.
Communautés	L'engagement et l'implication de la communauté sont essentiels dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités ANJE. Les interventions en ANJE vont permettre de créer des liens entre la communauté et le centre de santé et aussi de renforcer leur collaboration pour travailler de concert afin d'assurer la bonne mise en œuvre du plan d'action communautaire sur ANJE. Les agents communautaires et les groupes de soutien sont les pierres angulaires de la mobilisation des communautés et leur sensibilisation pour promouvoir les pratiques optimales ANJE. Ils sont aussi les premiers responsables de la pesée mensuelle des enfants ; du conseil des mères que cela soit en groupe ou individuel ; de l'éducation nutritionnelle ; des démonstrations culinaires ainsi que du suivi des diverses actions ANJE au niveau communautaire.
Personnes ressources (Leaders communautaires et élus locaux)	Leaders communautaires et Elus locaux jouent un rôle prépondérant au niveau décentralisé pour la promotion de l'ANJE: <ul style="list-style-type: none"> - Assister pour le choix des villages qui pourraient convenir pour la mise en œuvre des actions pour la promotion de l'ANJE; - Une fois le choix des villages fait, convenir d'un jour de rencontre avec les communautés concernées pour les sensibiliser sur le projet et leur demander si le projet les intéresse et si elles acceptent la mise en place du projet au niveau de leurs villages; - Présider les comités locaux de pilotage des interventions communautaires pour la promotion des pratiques optimales d'ANJE ; - Intégrer des activités ANJE dans les plans locaux de développement et y affecter une ligne budgétaire pour leur réalisation.
Partenaires techniques et financiers	Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en tant qu'organisations inter centrales travaillent ensemble avec les autorités pour soutenir le développement du pays à travers des financements et des appuis techniques. Dans le cadre de la mise en œuvre du PME ANJE, leurs principaux rôles peuvent être définis comme suit : <ul style="list-style-type: none"> - Appuyer le MSP dans la mise en œuvre du PME ANJE tant en termes technique que financier ; - Apporter une assistance technique au MSP pour l'assise effective des cadres nécessaires pour la mise en œuvre du PME ANJE ; - Contribuer au renforcement des capacités de tous les responsables concernés dans la mise en œuvre du PME ANJE; - Consolider le partenariat et la coopération entre organisations pour renforcer la synergie et la cohérence dans la mise en œuvre du PME ANJE.
Autres ministères (Agriculture, Eau-Hygiène)	Faciliter et collaborer pour l'intégration de l'ANJE dans les divers plans d'action des différents programmes de chaque ministère concerné pour maximiser les impacts, atteindre une couverture élevée des interventions et à éviter les duplications

3.7. Opportunités pour l'intégration de l'ANJE

En plus de développer un plan de mise à l'échelle et de concevoir des interventions pertinentes, d'autres programmes ciblant les femmes et les jeunes enfants devraient être utilisés comme points d'entrée pour intégrer les éléments clés de l'ANJE. L'utilisation de contacts existants devrait être maximisée pour mettre en œuvre des actions ANJE. Cela aidera à atteindre une couverture élevée des interventions et à éviter les duplications, économisant ainsi du temps et des ressources et permettant d'atteindre davantage de bénéficiaires. Cependant, l'ANJE ne doit pas être mise en œuvre uniquement par le biais de l'intégration, ses composantes doivent être mises en œuvre séparément selon le paquet de services intégré établi. Des exemples de programmes sont cités ci-après :

Programmes de santé maternelle et néonatale: Les contacts de soins de santé prénatale, les soins de

maternité, les soins post-nataux / néonataux et la planification familiale donnent tous la possibilité de conseiller et de soutenir les femmes sur l'ANJE. Toutes les formations pertinentes devraient inclure le conseil sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme l'un des modules de formation obligatoires. Un personnel ayant reçu la formation sur la gestion de la lactation et le conseil pour l'allaitement devrait être l'une des principales exigences des services de maternité de qualité, ainsi que le respect des Dix Conditions.

Programme de santé infantile dans le système de santé: les points de contact de vaccination systématique, la PCIME ou d'autres programmes de traitement de maladies infantiles dans les établissements de santé, le suivi et promotion de la croissance (SPC) et les journées de la santé de l'enfant sont tous des points d'entrée pour l'ANJE. Cette intégration doit être institutionnalisée, afin d'exiger et de permettre aux travailleurs de santé de mener des activités de conseil comme faisant partie intégrante de leur travail quotidien.

Communes Amies des Enfants : C'est une approche que l'UNICEF met en œuvre en collaboration avec ses partenaires. C'est un ensemble d'interventions définies et destinées à assurer le bien-être de l'enfant et qui implique une participation accrue de la communauté dans le cycle de vie de l'enfant et qui est schématisé par les 4 cadres suivants: Avant et à la naissance ; Enfant en bonne santé ; Enfant malade et Environnement de vie de l'enfant. L'objectif est d'offrir des services communautaires multisectoriels et intégrés. Pour ce faire, un paquet d'interventions à base communautaire sera délivré aux femmes et aux enfants. Actuellement, elle en est à sa phase pilote au niveau de 2 districts : Bénoye et Laokassy. Il serait judicieux d'intégrer l'ANJE dans cette approche déjà maintenant à cette phase pilote.

Associations/ Groupements existants au niveau des zones d'intervention. Il serait judicieux d'avoir des partenariats avec les associations/groupements de femmes existants. En effet, leur rôle et place sont importants au sein des communautés. C'est une couche sociale très active et consciente des responsabilités qui sont les leurs. Leur participation à la vie associative peut être remarquable malgré les pesanteurs sociologiques et les adhérents s'approprient réellement les activités de leurs associations/groupements. Cet activisme augure de leur forte implication à l'atteinte des objectifs. Les associations/groupements sont fortement impliqués dans la mise en œuvre des actions sanitaires car elles/ils connaissent très bien les us et coutumes des communautés dans lesquelles elles/ils évoluent et peuvent servir de vecteur de message sur l'ANJE pour convaincre les communautés, surtout sur le problème de donner de l'eau et d'autres boissons aux nourrissons.

Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) : l'ANJE doit faire partie intégrante de la PCIMA. Le protocole central PCIMA du Tchad intègre déjà la composante ANJE mais un renforcement lors de chaque formation des responsables PCIMA doit être fait systématiquement pour qu'ils aient les compétences nécessaires pour un conseil efficace car, en effet, l'ANJE peut réduire de façon significative la malnutrition.

Programme agricole, élevage : il serait judicieux de collaborer avec des programmes agricoles, ou d'élevage existants pour la promotion de la diversification alimentaire à travers la promotion des cultures vivrières, des produits d'origine animale... en demandant par exemple à leurs responsables de venir faire des appuis techniques pour améliorer les techniques agricoles ou faire des démonstrations sur les parcelles de la communauté.

Programme de développement de la petite enfance (DPE) : ces programmes fournissent une excellente occasion d'intégrer des interventions pour l'alimentation du nourrisson et du jeune

enfant. Les classes d'éducation parentale ont été développées pour appuyer les parents à assurer l'éveil, la stimulation précoce, les soins et la nutrition des enfants et peuvent combiner les messages sur l'ANJE pour plus d'impact à la fois sur la nutrition et les pratiques de soins. Au niveau communautaire, en plus des questions sur les soins et le développement psychosocial, les agents communautaires peuvent aussi mettre suffisamment l'accent sur l'ANJE.

Programme WASH : le programme WASH utilise des approches participatives pour générer une meilleure compréhension des voies de contamination des aliments et de l'eau et mobilise les communautés à améliorer les pratiques de lavage des mains et le traitement de l'eau. Cela pourrait inciter les populations à arrêter de donner de l'eau et des aliments aux bébés de moins de six mois, souligner la vulnérabilité à la contamination des nourrissons, et promouvoir une préparation sûre des aliments de complément.

Programme de protection sociale : ces programmes peuvent fournir un point d'entrée pour atteindre les mères et les donneurs de soins dans les ménages vulnérables, augmenter la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des aliments de qualité, et influencer leurs pratiques d'alimentation et leurs pratiques de soins.

IV. Plan de Communication

La communication est l'ensemble des interactions avec autrui qui transmettent une quelconque information en utilisant un ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion du message auprès d'une large audience. Une communication à grande échelle est une condition essentielle aux programmes qui cherchent à améliorer les soins et la nutrition des enfants et à faire évoluer les comportements. La communication pour l'ANJE, un élément essentiel qui contribue au changement comportemental et social, devrait être un élément intrinsèque du plan de mise à l'échelle.

Ainsi, les actions suivantes sont à prendre en termes de communication pour la mise en œuvre du PME ANJE:

- Mise en place d'une équipe centrale de coordination pour la communication ;
- Etude des facteurs d'influence sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au sein de la communauté dans les zones ciblées ;
- Développement d'un plan opérationnel de communication ;
- Conception des messages, des supports et sélection des canaux adaptés ;
- Organisation d'au moins 2 campagnes de masse sur ANJE par an ;
- Enquêtes CAP pour l'évaluation de l'effet de la communication sur les comportements par rapport à l'ANJE;
- Développement d'un système de suivi pour suivre la performance du plan de communication ;
- Revue à mi-parcours et annuel du plan de communication.

Dans le but de bien coordonner, développer et mettre en œuvre le plan central de communication, une **équipe centrale de coordination** devrait être mise en place.

Une étape importante de toute planification de communication sur l'ANJE est une **étude minutieuse des facteurs** qui peuvent influencer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au sein de la communauté . Ainsi, il serait primordial de mener des enquêtes socio-anthropologiques en lien avec les normes sociales et l'ANJE. En effet, une connaissance approfondie de ce que les mères pratiquent actuellement, de ce qu'elles valorisent et de ce qui les motive, de la façon dont leurs familles et leurs communautés les influencent et des avantages des pratiques optimales en ANJE qui les interpellent, permettra de concevoir un plan de communication efficace.

Le développement d'un **plan opérationnel de communication** est une étape importante pendant laquelle les objectifs de communication pour le changement de comportement seront décidés. Ce plan doit être élaboré sur la base des résultats des enquêtes socio-anthropologiques menées au préalable. Le plan de communication ANJE englobe le plaidoyer, la mobilisation sociale, le marketing social et la communication comportementale et sociale. Il devrait éviter d'aborder trop de thèmes et de messages simultanément, car ceci peut diminuer l'impact potentiel. Ce plan est évolutif et un bilan des réalisations, des difficultés rencontrées devra être fait à mi-parcours et à la fin de chaque année afin de prendre les actions correctrices si nécessaires.

Conception des messages, des supports et sélection des canaux adaptés. Les messages pourraient se focaliser certes **sur les avantages de l'allaitement, les pratiques optimales d'allaitement et autour des risques de l'alimentation artificielle ou des pratiques sous-optimales d'alimentation mais surtout sur le NO WATER CAMPAIGN.** En effet, comme indiqué dans le paragraphe 1.3.2. Analyse des facteurs limitant les pratiques optimales de l'ANJE, « L'allaitement maternel exclusif est quasi inexistant dans toutes les provinces étudiées par l'Enquête CAP menées dans les provinces du Projet PRO FORT. Indépendamment de tout, l'eau est partout perçue comme indispensable à la vie : il paraît donc inimaginable de refuser l'eau à l'enfant même au motif qu'il y en aurait dans le lait maternel ». Dans sa physiologie, le lait maternel est constitué environ de 87,5% d'eau. Les communicateurs doivent trouver comment utiliser cet élément du lait maternel comme un moyen de communication pour renforcer le message que le lait maternel contient assez d'eau pour éteindre la soif du nourrisson, que la mère ne doit pas donner de l'eau et d'autres boissons au nourrisson et peut faire l'allaitement exclusif sans nuire à sa santé jusqu'à 6 mois.

Les **canaux de communication** disponibles dans les différentes zones ciblées et pour les différents groupes de population, et leur potentiel à être de bonnes sources d'informations sur l'ANJE devraient être **identifiés**. Des exemples des différents canaux de communication incluent la communication interpersonnelle telle que le conseil individuel ; les sessions de groupe tels que les groupes de soutien à la mère ; les sessions d'éducation sur la santé ; les rencontres communautaires; les canaux religieux ; les vidéos ; les spectacles; les théâtres, etc., la presse écrite incluant les magazines, les brochures etc.; la presse parlée ; les forums, les jeux publics, les mass-médias et les technologies de l'information et de la communication telles que les téléphones cellulaires et l'internet.

Mise en œuvre du plan de communication, organiser au moins 2 campagnes de masse sur ANJE par an et évaluation de l'effet de la communication sur les comportements à travers des enquêtes CAP. Le plan de communication sur l'ANJE devrait bénéficier d'un financement conséquent pour sa mise en œuvre. Des spots publicitaires et des magazines sur ANJE peuvent être réalisés ; des caravanes de sensibilisation, des plateaux télévisés et radiophoniques ainsi que des réunions de mobilisation sociale avec les leaders d'opinion peuvent être organisés. Il faudrait maximiser la communication entre le système de santé et le niveau communautaire. Des **synergies avec des programmes d'autres secteurs** (PCIME, PCIMA...) devraient être explorées pour optimiser l'impact et la couverture. Il serait fondamental de **développer un système de suivi pour suivre la performance du plan de communication**. Celui-ci devra permettre de suivre les indicateurs d'intrants (ressources), les indicateurs d'extrants (produits, services...), les indicateurs de résultats et d'impact. Une **revue à mi-parcours** devrait être envisagée en l'an 2020 pour une réorientation du plan de communication si nécessaire.

V. Supervision/mentorat, Suivi & Evaluation

5.1. Supervision formative/mentorat

Les actions à prendre pour la supervision formative/mentorat :

- Elaboration d'une check-list pour la supervision formative/mentorat;
- Visite de supervision formative/mentorat des agents de santé, agents communautaires et groupes de soutien formés 2 mois après la formation ;
- Supervision formative après la première supervision selon le niveau de la pyramide sanitaire (niveau central : semestriel ; niveau intermédiaire ; trimestriel ; niveau périphérique ; mensuel).

Pour être capables d'apporter un soutien en ANJE et aider les mères à nourrir et à soigner leurs nourrissons et leurs jeunes enfants d'une manière optimale, agents de santé comme agents communautaires doivent s'exercer à appliquer les connaissances et les compétences acquises lors des formations. Cela exige de la pratique mais ils auront également besoin d'un soutien supplémentaire, d'une supervision formative/mentorat pour s'assurer qu'ils effectuent cette tâche correctement.

L'esprit de la supervision formative/mentorat est d'observer l'agent de santé, l'agent communautaire et les membres des groupes de soutien pendant qu'ils travaillent avec la mère/gardiens d'enfants et de donner un feedback constructif à la fois sur ses points forts et ses difficultés. Un module sur la supervision formative et le suivi des activités communautaires sur l'ANJE développé par l'UNICEF devra être intégré dans la formation en ANJE des divers acteurs. Une **check-list** du superviseur devra être élaborée.

Tous les agents de santé et agents communautaires nouvellement formés devraient recevoir au moins une **visite de supervision dans les 6 semaines à 2 mois suivant la formation**. Cette supervision initiale va donner l'opportunité de déterminer si les responsables nouvellement formés en ANJE:

- ✓ Mettent bien en pratique leurs connaissances et leurs compétences pour conseiller les mères/gardiens d'enfants et facilitent bien les groupes de soutien ;
- ✓ Se sentent confiants par rapport à ce qu'ils font ;
- ✓ Sont confrontés à des difficultés particulières.

La supervision formative/mentorat des formations supra centrales sera faite par le niveau central de même que celle du niveau intermédiaire. Le niveau district sera supervisé par le niveau intermédiaire. Les districts assureront la supervision formative des agents de santé et enfin ces derniers assureront celle des agents de santé communautaires. Les agents communautaires seront les intermédiaires entre le centre de santé et les groupes de soutien communautaire ; ils seront les animateurs et superviseurs de ces groupes. Les superviseurs des agents communautaires sont les centres de santé.

Chaque niveau (central, provincial, district, centre de santé) se doit d'établir la planification de ses missions de supervision. Pendant la première année de mise en œuvre (2019), l'idéal serait de faire une supervision formative trimestrielle après la première supervision selon le mandat de niveau de chaque pyramide sanitaire.

De ce qui précède, il est aussi recommandé de faire des supervisions formatives conjointes : PTF, MSP, CTPNA... dans le souci d'apporter une réponse multisectorielle à la problématique de l'ANJE.

5.2. Suivi & Evaluation

Les actions à prendre pour le suivi/évaluation :

- Etablissement des indicateurs de suivi de la performance des structures de santé avec l'utilisation des données générées ;
- Développement d'une feuille de suivi pour le conseil ANJE ;
- Insertion des indicateurs ANJE dans les registres des structures sanitaires ;
- Enquête CAP dans les autres 20 régions.

Lors des visites des différents hôpitaux, les données de performance sur l'ANJE sont insuffisamment informées. Des **mécanismes de suivi** de la performance des structures de santé sur l'ANJE avec l'utilisation des données générées doivent être mis en place pour garantir une mise en œuvre durable. Les indicateurs de l'ANJE doivent être insérés dans le mécanisme de suivi des structures sanitaires, le SNIS déjà existant, et mis à disposition dans chaque structure de santé.

Par rapport aux indicateurs ANJE, il y a 8 indicateurs de base qu'il faut suivre sur une base annuelle et dont l'estimation est déjà intégrée dans les enquêtes SMART, EDS-MICS. Néanmoins, les indicateurs de performance doivent aussi être insérés dans les registres des structures sanitaires. Comme leur nom l'indique, les 7 autres indicateurs sont optionnels.

Les 8 indicateurs de performance sont les suivants :

- 1) Initiation précoce à l'allaitement maternel ;
- 2) Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ;
- 3) Continuation de l'allaitement jusqu'à 1 an ;
- 4) Introduction de l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois ;
- 5) Diversification alimentaire minimale ;
- 6) Fréquence des repas ;
- 7) Apport alimentaire acceptable ;
- 8) Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer

Les 7 indicateurs optionnels sont cités ci-après :

- 1) Enfants qui ont été allaités ;
- 2) Continuation de l'allaitement jusqu'à 2 ans ;
- 3) Allaitement en fonction de l'âge ;
- 4) Durée de l'allaitement ;
- 5) Alimentation au biberon ;
- 6) Fréquence des repas à base de lait pour les enfants non allaités.
- 7) Allaitement prédominant après 6 mois.

Mis à part le suivi des indicateurs ANJE, il serait aussi conseillé d'élargir la recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques ANJE si possible dans toutes les régions d'intervention. En effet, l'étude CAP sur l'ANJE financée par l'UNICEF en l'année 2017 n'a concerné que trois (3) provinces. L'objectif est de collecter les données quantitatives et qualitatives additionnelles sur les pratiques de l'ANJE, sur les comportements et barrières, les normes sociales afin de mieux comprendre les obstacles et les facteurs pouvant favoriser les changements de comportement.

Le cadre logique présenté dans le tableau 3 ci-après va permettre de faire le suivi & évaluation de l'évolution annuelle des principales activités du plan de mise à l'échelle ANJE.

**Tableau 6: CADRE LOGIQUE POUR LE SUIVI & EVALUATION DU PLAN DE MISE A L'ECHELLE ANJE
2019-2021**

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
But		
Promouvoir, protéger et soutenir l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)		
Objectif général		
Assurer l'adoption de pratiques optimales de l'ANJE par les mères pour augmenter le taux d'initiation précoce à l'allaitement de 36,5% à 66,5%, le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de 17,7% à 47,7 % et le taux d'Alimentation Minimum Acceptable des enfants de 6-23 mois de 13,3 % à 43,3% d'ici l'an 2021 (SMART, 2018).	<ul style="list-style-type: none"> - % taux d'initiation précoce à l'allaitement Référence (Réf.): 36,5%; Cible 2019: 46,5%; Cible 2020: 56,5%; Cible 2021:66,5 % -% allaitement exclusif Référence (Réf.): 17,7%; Cible 2019: 27,7%; Cible 2020: 37,7%; Cible 2021: 47,7% - % alimentation minimale acceptable des enfants de 6-23mois Réf.: 13,3%, Cible 2019: 23,3%; Cible 2020: 33,3%; Cible 2021: 43,3% 	Enquête SMART, EDS-MICS, CAP
Objectifs spécifiques		
OS1: Adopter le Code de Commercialisation des Substituts de Lait Maternel (CCSLM) qui intègre la mise en place d'un système de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Version revue de l'arrêté d'application du code central de commercialisation des substituts du lait maternel adoptée; - Système de surveillance fonctionnel. 	-Nouvelle version de l'arrêté d'application intégrant le système de surveillance préconisé disponible
OS2: Assurer la promotion des pratiques optimales de l'ANJE au niveau des structures sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Paquet Intégré des Services ANJE (PAQ) adopté; - PAQ institutionnalisé au sein des structures sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - PAQ disponible; - Note officielle pour institutionnaliser le PQA établie par MSP et diffusée dans les structures sanitaires

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
OS3: Renforcer le conseil communautaire pour la promotion des pratiques optimales de l'ANJE	- % taux de couverture du conseil communautaire par rapport aux régions prioritaires; - qualité du conseil prodigué aux mères	- Rapport du niveau régional sur la mise en place ; - Rapport d'activités des centres de santé et des sites communautaires; - Rapport de supervision formative et mentorat sur les pratiques ANJE
OS4: Mettre en œuvre des actions de sensibilisation de la population pour la promotion de l'ANJE au niveau central	Proportion de mères ayant des enfants âgés de moins de 6 mois qui ne donnent pas d'eau pendant l'allaitement dans les zones d'intervention	- Rapport des centres de santé et des sites communautaires
OS5 : Renforcer la gestion de l'ANJE dans les circonstances particulières : VIH, Urgences, Bébé ayant un petit poids à la naissance	Gestion de l'ANJE améliorée dans les circonstances particulières	- Rapport des prestataires de santé des services SR/VIH et Néonatalogie ; - Plan central de contingence de préparation et réponses aux urgences intégrant l'ANJE
Résultats & Principales Activités		
R1: D'ici fin 2019, le CCLSM est adopté et un système de diffusion et de surveillance est opérationnel à l'échelle centrale		
R1.A1. Organiser un Atelier pour la revue du CCLSM selon les orientations fournies par le Conseil du Gouvernement en l'an 2018 et reprise du processus pour son adoption	Draft du Code revu selon les recommandations du Conseil de Gouvernement adopté	Nouvelle version de l'arrêté d'application disponible
R1.A2. Etablissement de mesures juridiques et d'agents spécialisés (officiers de police judiciaires etc.) qui doivent être formés efficacement sur le CCLSM et les législations y afférentes pour le suivi de l'application du Code	- Code interdisant la publicité de toute forme de promotion des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines intégré dans les cadres législatifs et réglementaires du pays. - Comité de surveillance composé des Officiers de Police Juridique (OPJ) établi au sein du Ministère du Commerce et OPJ formés	- Documents législatifs et réglementaires intégrant le Code disponible; - Rapport semestriel sur les violations du code et les sanctions correctrices prises
R1.A3. Mise en place masse critique de défenseurs du Code pour sa vulgarisation à l'échelle centrale au niveau des fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, des organisations professionnelles, du public et des médias.	- Défenseurs du Code nommés et formés sur la sensibilisation ; sur les campagnes médiatiques et autres moyens de communication sur le Code - Proportion réduite de SLM achetés	- Liste établie des défenseurs nommés - Enquêtes auprès des distributeurs de SLM

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
R2: D'ici l'an 2021, au moins 90% de toutes les femmes (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) fréquentant les structures de santé ont accès au paquet intégré des services ANJE et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé est en place au sein d'au moins 90% des structures de santé publiques		
R2.A1. Intégration de l'ANJE dans les curricula de formation initiale et de formation en milieu de travail des prestataires de soins de santé	- Curricula de formation initiale et continue actualisés; - Capacité renforcée des directeurs d'hôpitaux, des chefs de services et des cliniciens chevronnés pour planifier et mener des formations dans le milieu du travail	- Curricula de formation initiale et continue actualisés; - Rapport de formation des cadres supérieurs du MSP et ONG en ANJE
R2.A2. Création d'un pool de formateurs au niveau central, régional, district et centres de santé et nomination d'une équipe ANJE au niveau de chaque district sanitaire pour la supervision formative/mentorat des prestataires de santé	- Nombre de formateurs au niveau central, régional, district, centres de santé et communautaire; - Nombre d'équipes ANJE mises en place au niveau des districts prioritaires	- Rapport de formation à tous les niveaux; - Liste établie des équipes ANJE pour la supervision formative/mentorat dans les districts prioritaires
R2.A3. Formation des prestataires de soins de santé sur l'ANJE afin qu'ils puissent avoir les compétences nécessaires pour donner accès à au moins 90% de toutes les femmes fréquentant les structures de santé (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) au paquet intégré des services ANJE	% de femmes fréquentant les structures de santé (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) ayant eu accès au paquet intégré des services ANJE	Feuille de suivi pour le conseil ANJE
R2.A4. Institutionnalisation du Paquet Intégré de Conseil ANJE au sein de chaque service ayant un contact avec les mères et enfants : santé maternelle et infantile, services de soins de santé primaires : consultations, vaccination, CPN, maternité, SR/VIH, maternité, pédiatrie/néonatalogie, centres PCIMA, PCIME	Paquet intégré institutionnalisé et appliqué au sein de chaque service concerné	- Note du MSP affichée au sein de chaque service -Feuille de suivi pour le conseil ANJE
R2.A5. Institutionnalisation de l'IHAB dans au moins 90% des maternités et formation des prestataires de santé sur l'IHAB	-% des maternités ayant appliqué les 10 conditions ; - Nombre de prestataires de santé formés sur l'IHAB	- Rapport d'auto-évaluation et évaluation externe; - Rapport de formation

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
R2.A6. Promotion des farines infantiles (exemple : PRO FORT) et supplémentation en MNPs d'au moins 90% des enfants de 6-23 mois fréquentant les structures sanitaires	- % enfants 6-23 mois ayant consommé les farines ; - % enfants 6-23 mois supplémentés en MNPs	Registre d'activités des structures sanitaires
R2.A7. Suivi et promotion de la croissance de tous les enfants de 0-23 mois fréquentant chaque service infantile des structures de santé	- % taux insuffisance pondérale (Poids/Âge) enfants 6-23 mois consultés dans les centres de santé	- Registre d'activités des structures sanitaires; - Courbe de croissance dans le carnet de santé de l'Enfant
R2.A8. Mise à disposition de supports CCC (boîtes à images)	Nombre de boîtes à images produit et distribué dans les régions et districts prioritaires	- Bon de commande ; - Bon de livraison
R2.A9. Supervision formative/mentorat des prestataires de santé et suivi/évaluation des activités ANJE	- % de missions de supervision formative faite par rapport à la planification; - Nombre de prestataires de santé supervisés par rapport au nombre formés au sein des structures sanitaires ciblés Dans les structures sanitaires, en fonction des contacts dans les divers services mères-enfants : - % Initiation précoce à l'allaitement maternel ; - % Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ; - % Allaitement jusqu'à 1 an ; - % Introduction de l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois	- Feuille sur le conseil ANJE élaborée - Rapport de supervision formative/mentorat - Registre des structures sanitaires
R3: D'ici l'an 2021, la qualité et la couverture des interventions communautaires pour la promotion de l'ANJE sont consolidées à travers la mise en place du paquet de conseil communautaire		
R3.A1. Cartographie des programmes communautaires existants et identification des acteurs clé (REACH)	Partenaires clé identifiés et la couverture de leurs interventions connues dans les régions/ districts choisis	Cartographie établie par REACH
R3.A2. Développement de capacités des agents de santé communautaires et groupes de soutien	Nombre d'agents communautaires et groupes de soutien formés en conseil communautaire	Rapport de formation des centres de santé sélectionnés
R3.A3. Reproduction/Elaboration et mise à disposition de supports CCC (cartes conseil, boîte à images)	- Cartes conseil adaptés au contexte local - Nombre de cartes conseil reproduits et distribués	- Cartes conseil disponible; - Bon de commande et bon de livraison
R3.A4. Diagnostic communautaire sur les goulots d'étranglements par rapport aux pratiques ANJE et élaboration de plans d'action communautaires	Nombre de plans d'action communautaires élaborés par rapport au nombre attendu selon les zones d'intervention prioritaires	Plans d'action disponibles

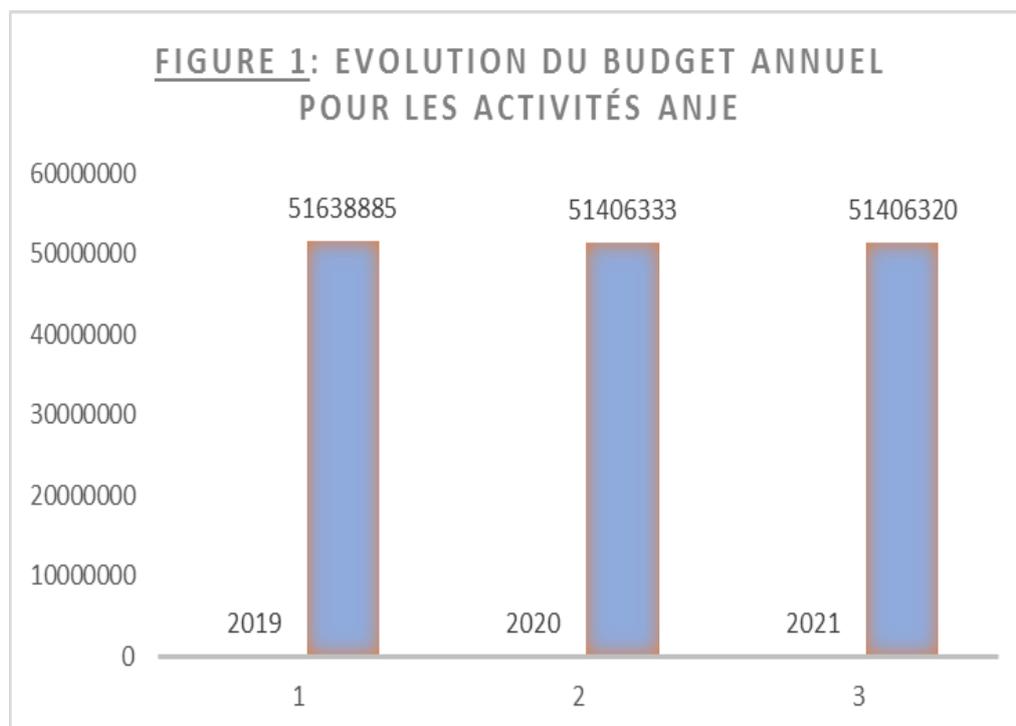
Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
R3.A5. Conseil ANJE par les agents communautaires et groupes de soutien	- Nombre d'agents communautaires identifiés selon les normes établies; - Nombre de groupes de soutien mis en place selon les normes établies; Par rapport à la planification: - Nombre de causeries de groupe organisées sur l'ANJE; - Nombre de VAD effectués pour un conseil individuel	Rapport d'activités des agents communautaires
R3.A6. Promotion des farines infantiles et supplémentation en MNPs des enfants de 0-23 mois	- % enfants 6-23 mois ayant consommé les farines PRO FORT; - % enfants 6-23 mois supplémentés en MNPs	- Rapport d'activités des structures sanitaires; - Rapport d'activités des agents communautaires
R3.A7. Activités promotionnelles intégrées	Activités d'hygiène, de production vivrière, élevage, ECD, protection sociale...menées dans les sites communautaires	- Plan d'action communautaire; - Rapport d'activités des agents communautaires
R3.A8. Supervision formative et mentorat des agents communautaires ainsi que des groupes de soutien à la mère	- % de missions de supervision formative faite par rapport à la planification; - Nombre d'agents communautaires et membres de groupes de soutien supervisés par rapport au nombre formés au sein des structures sanitaires ciblés	Rapport de supervision formative/mentorat
R4: D'ici l'an 2021, au moins des campagnes centrales de communication de masse sont menées systématiquement trimestriellement chaque année pour renforcer les services de conseil des prestataires de santé et des acteurs communautaires.		
R4.A1. Mise en place d'une coordination centrale pour les aspects de communication ANJE	Sous-Comité Communication mis en place au sein de la plateforme multisectorielle nutrition et alimentation	Liste des membres du sous-comité disponible
R4.A2. Evaluation et analyse de la situation sur les pratiques et comportements en ANJE	Etude CAP dans les 20 provinces restantes sur les pratiques et comportements en ANJE pour relever les obstacles éventuels aux pratiques optimales	Rapport d'étude sur les résultats
R4.A3. Développement d'un plan de communication opérationnel sur la base des résultats de l'évaluation et de l'analyse de situation	Plan de communication intégrant les cibles, les messages à adopter, les canaux de communication adéquats élaboré	Plan de communication opérationnel
R4.A4. Conception des messages, des supports et sélection des canaux adaptés	Cibles, messages à adopter, canaux de communication identifiés et insérés dans le plan de communication	Cibles, messages et canaux de communication disponibles

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification
<p>R4.A5. Mise en œuvre du plan de communication, organisation d'au moins 2 campagnes de masse sur ANJE par an & évaluation de l'effet de la communication sur les comportements</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'activités du plan de communication réalisées - Evolution de la proportion des mères ayant opté des pratiques optimales en ANJE - au niveau des structures de santé et au niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activités du comité de coordination communication - Rapport sur les campagnes de masse - Rapport d'activités des structures sanitaires - Rapport d'activités des agents communautaires - Enquête CAP, EDS-MICS, SMART
<p>R5: D'ici l'an 2021, les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les circonstances difficiles sont renforcées</p>		
<p>R5.A1. ANJE et VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil sur les options ANJE et VIH; - Nombre de mères d'enfants 0-6 mois ayant allaité exclusivement 	<p>Feuille de suivi pour le conseil ANJE</p>
<p>R5.A2. ANJE pour les enfants de faible poids de naissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - % de femmes ayant reçu un conseil ANJE (expression du lait et positions); - % de mères ayant adopté la méthode Kangourou 	<p>Feuille de suivi pour le conseil ANJE</p>
<p>R5.A3. ANJE en situation d'urgences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plans de préparation et réponses nationaux et décentralisés développés; - Besoins de renforcement des capacités centrales identifiés et personnel concerné sur le soutien de l'ANJE formé; - Autorité de coordination mise en place; - Outils et systèmes de suivi et d'évaluation appliqués dans un contexte d'urgence identifiés et élaborés; - Interventions multisectorielles intégrées; - Systèmes de gestion de l'alimentation artificielle établi, y compris l'autorité de coordination, la chaîne d'approvisionnement et les mécanismes de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan central de contingence de préparation et réponses aux urgences intégrant les 6 activités prioritaires ANJE disponibles au niveau central et décentralisé; - Protocole PCIMAS

VI. Budget détaillé

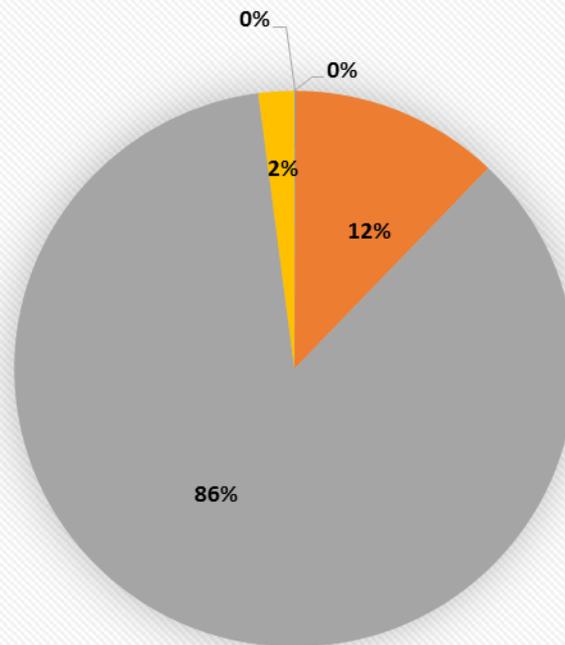
Le montant total de la mise en œuvre des principales activités du plan de mise à l'échelle ANJE est de **154 451 538 USD**. Les détails sont présentés dans le tableau 7 ci-dessous.

La figure 1 ci-dessous montre l'évolution du budget annuel selon le chronogramme des activités proposé. Elle nous montre que les investissements de la première année de la mise en œuvre en 2019 sont plus élevés par rapport aux deux dernières années 2020 et 2021. Ceci est principalement dû aux coûts de renforcement de capacités des divers acteurs, la mise en place des activités communautaires, la supplémentation en multi micronutriments ainsi que la supervision formative/mentorat.



L'analyse de la figure 2 ci-après montre que les investissements au niveau communautaire à travers les activités promotionnelles ANJE et la mise en place du paquet de conseil communautaire occupent 86% du budget total.

Figure 2: Répartition du budget par Résultat (en USD)



- R1: D'ici fin 2019, le CNCSLM est adopté et un système de diffusion et de surveillance est opérationnel à l'échelle nationale. (0,07%)
- R2: D'ici l'an 2021, au moins 90% de toutes les femmes fréquentant les structures de santé ont accès au paquet intégré ANJE et, l'IHAB est en place au niveau d'au moins 90% des structures de santé (12,09%).
- R3: D'ici l'an 2021, la qualité et la couverture des interventions communautaires pour la promotion de l'ANJE sont consolidées à travers la mise en place du paquet de counseling communautaire (85,77%).
- R4: D'ici l'an 2021, au moins chaque année une campagne nationale de communication de masse est menée systématiquement chaque trimestre pour renforcer les services de counseling des prestataires de santé et des acteurs communautaires (2,05%).
- R5: D'ici l'an 2021, les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les circonstances particulières sont renforcées (0,01%).

**Tableau 7: BUDGET DETAILLE POUR LA MISE EN OEUVRE DU PME ANJE
2019-2021**

Activités	Budget 2019-2021	2019	2020	2021
	USD			
R1: D'ici fin 2019, le CCSLM est adopté et un système de diffusion et de surveillance est opérationnel à l'échelle centrale				
R1.A1. Organiser un Atelier pour la revue du CCLSM selon les orientations fournies par le Conseil du Gouvernement en l'an 2018 et reprise du processus pour son adoption	7 300	7 300	0	0
R1.A2. Atelier pour l'établissement de mesures juridiques et d'agents spécialisés (officiers de police judiciaire etc.) pour le suivi de l'application du Code au niveau central, régional et district (3 OPJ/niveau)	20 000	20 000	0	0
R1.A3. Mise en place masse critique de défenseurs du Code, leur formation et organisation des ateliers annuels de vulgarisation à l'échelle centrale au niveau des fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrissons, des organisations professionnelles, du public et des médias.	81 620	41 620	20 000	20 000
Sous-total	108 920	68 920	20 000	20 000
R2: D'ici l'an 2021, au moins 90% de toutes les femmes (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) fréquentant les structures de santé ont accès au paquet intégré des services ANJE et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé est en place au sein d'au moins 90% des structures de santé.				
R2.A1. Intégration de l'ANJE dans les curricula de formation initiale et de formation des prestataires de soins de santé	0	0	0	0
R2.A2. Mise en place d'un pool de formateurs au niveau central, régional, district et centres de santé et nomination d'une équipe ANJE au niveau de chaque district sanitaire pour la supervision formative/mentorat des prestataires de santé	0	0	0	0
R2.A3. Formation/recyclage annuel des prestataires de soins de santé sur l'ANJE afin qu'ils puissent avoir les compétences nécessaires pour donner accès à au moins 90% de toutes les femmes fréquentant les structures de santé (femmes enceintes, femmes nouvellement accouchées, femmes mères d'enfants de 0-23 mois) au paquet intégré des services ANJE	1 214 964	404 988	404 988	404 988

Activités	Budget 2019-2021	2019	2020	2021
R2.A4. Institutionnalisation du Paquet Intégré de Conseil ANJE au sein de chaque service ayant un contact avec les mères et enfants : santé maternelle et infantile, services de soins de santé primaires : consultations, vaccination, CPN, maternité, SR/VIH, maternité, pédiatrie/néonatalogie, centres PCIMA, PCIME dans les zones ciblées	1 692	1 692	0	0
R2.A5. Institutionnalisation de l'IHAB dans au moins 90% des maternités des zones ciblées et formation des prestataires de santé sur l'IHAB	179 292	59 764	59 764	59 764
R2.A6. Promotion des farines infantiles (exemple : PRO FORT) et * supplémentation en MNPs d'au moins 90% des enfants de 6-23 mois fréquentant les structures sanitaires des zones ciblées	*6 933 540	2 311 180	2 311 180	2 311 180
R2.A7. Suivi et promotion de la croissance de tous les enfants de 0-23 mois fréquentant chaque service infantile des structures de santé (balance Salter, boîte à image...)	1 840 384	613 461	613 461	613 461
R2.A8. Mise à disposition de supports CCC (boîtes à images)	690 000	230 000	230 000	230 000
R2.A9. Supervision formative/mentorat des prestataires de santé.	7 820 280	2 606 760	2 606 760	2 606 760
Sous-total	18 680 151	6 227 845	6 226 153	6 226 153
R3: D'ici l'an 2021, la qualité et la couverture des interventions communautaires pour la promotion de l'ANJE sont consolidées à travers la mise en place du paquet de conseil communautaire				
R3.A2. Développement de capacités/recyclage annuel des agents de santé communautaires et groupes de soutien	20 148 000	6 716 000	6 716 000	6 716 000
R3.A3. Reproduction et mise à disposition de supports CCC (cartes conseil, boîte à images) et des outils pour le suivi des activités ANJE au niveau communautaire	92 007	30 700	30 660	30 647

Activités	Budget 2019-2021	2019	2020	2021
	USD			
R3.A4. Diagnostic communautaire annuel sur les goulots d'étranglements par rapport aux pratiques ANJE et élaboration de plans d'action communautaires (motivation AC & GS)	96 600 000	32 200 000	32 200 000	32 200 000
R3.A5. Conseil ANJE par les agents de santé communautaires et groupes de soutien	0	0	0	0
R3.A6. Promotion des farines infantiles (exemple : PRO FORT) et supplémentation en MNPs des enfants de 6-23 mois	cf.R2.A6			
R3.A7. Activités promotionnelles intégrées	0	0	0	0
R3.A8. Supervision formative et mentorat des agents communautaires ainsi que des groupes de soutien à la mère	15 640 560	5 213 520	5 213 520	5 213 520
Sous-total	132 480 567	44 160 220	44 160 180	44 160 167
R4: D'ici l'an 2021, au moins des campagnes centrales de communication de masse sont menées systématiquement trimestriellement chaque année pour renforcer les services de conseil des prestataires de santé et des acteurs communautaires.				
R4.A1. Atelier pour la mise en place d'une coordination centrale pour les aspects de communication ANJE	7 300	7 300	0	0
R4.A2. Evaluation et analyse de la situation sur les pratiques et comportements en ANJE (enquête CAP)	150 000	150 000	0	0
R4.A3. Atelier pour le développement d'un plan de communication opérationnel sur la base des résultats de l'évaluation et de l'analyse de situation	7 300	7 300	0	0
R4.A4. Atelier pour la conception des messages, des supports et sélection des canaux adaptés	7 300	7 300	0	0
R4.A5. Organisation d'au moins 2 campagnes de masse par an sur ANJE à chaque niveau (central, régional, district et communautaire) et évaluation de l'effet de la communication sur les comportements	3 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Sous-total	3 171 900	1 171 900	1 000 000	1 000 000

Activités	Budget 2019-2021	2019	2020	2021
R5: D'ici l'an 2021, les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les circonstances difficiles sont renforcées				
<i>R5.A1.</i> ANJE et VIH	0	0	0	0
<i>R5.A2.</i> ANJE pour les enfants de faible poids de naissance	0	0	0	0
<i>R5.A3.</i> ANJE en situation d'urgences	10 000	10 000	0	0
Sous-total	10 000	10 000	0	0
Total par Année		51 638 885	51 406 333	51 406 320
TOTAL en USD		154 451 538		

VII. Plan de financement et coordination

Le Ministère de la Santé Publique, à travers la DNTA, est l'organe qui doit assurer la coordination, le contrôle et le suivi/évaluation de la mise en œuvre du PME ANJE à travers ses structures centrales, régionales et déconcentrées et renforcer les dispositifs législatifs et réglementaires en la matière. Il assure aussi le leadership dans la mobilisation des ressources ainsi que la promotion des programmes multisectoriels en créant des liens entre l'ANJE et la santé, la nutrition, l'eau/hygiène/assainissement, l'agriculture, la protection sociale.... ce qui demande des partenariats opérationnels et des mécanismes de coordination solides.

La pérennisation des interventions ANJE est tributaire des financements qui doivent être stabilisés, diversifiés et provenir de plusieurs sources. En outre, le Gouvernement devrait s'assurer que les autres ministères comme le ministère du commerce pour l'application et le suivi du Code et les partenaires engagent des ressources pour la mise en œuvre des activités ANJE. Les stratégies possibles pour la mobilisation des ressources figurent dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Stratégies pour la mobilisation des ressources

Niveau	Stratégies
Etat	Elaboration documents de plaidoyer pour le financement de l'ANJE
	Création d'une ligne budgétaire destinée à l'ANJE pour le MSP dans la Loi des Finances
	Allocation de budget pour les infrastructures et matériels pour les structures sanitaires dans le budget du MSP: insérer dans l'agenda du projet de Loi des Finances des lois budgétaires spécifiques pour cela
	Mobilisation des PTF pour un appui technique et financier
	Allouer une partie des recettes des Collectivités Décentralisées (provincial, district, commune) à l'ANJE ; intégrer dans les plans d'action décentralisés
	Renforcer le contrôle de gestion des ressources
PTF, ONG, Associations	Plaidoyer et mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PME ANJE
	Appui technique et financier dans la mise en œuvre du PME ANJE
Collectivités Décentralisées	Formalisation des engagements des communautés par rapport à leurs ressources dans le plan d'action communautaire
	Intégration de l'ANJE dans les PTA de chaque district sanitaire, chaque commune pour les centres de santé sélectionnés et dont ils sont responsables
	Mobilisation des PTF au niveau local par les provinces, districts, communes