

MINISTERE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU MALI

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

Un Peuple – Un But – Une - Foi

DIVISION NUTRITION

PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN NUTRITION



2008- 2012

Mai 2008

TABLE DES MATIERES

	Page
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
EN QUOI CONSISTE LE PLAN STRATEGIQUE CCC NUTRITION.....	7
COMMENT UTILISER LE PLAN STRATEGIQUE CCC NUTRITION.....	8
1- GENERALITES ET TERMINOLOGIES D'USAGE EN NUTRITION.....	9
2- CONTEXTE, JUSTIFICATION DU PLAN STRATEGIQUE ET ANALYSE DE LA SITUATION EN NUTRITION SANTE AU MALI.....	11
<u>2-1 Contexte et justification.....</u>	<u>12</u>
<u>2-2 La situation épidémiologique de la nutrition au Mali.....</u>	<u>12</u>
2-2.1 La prévalence des problèmes nutritionnels dans la population générale.....	12
2-2.2 La prévalence des problèmes nutritionnels chez les femmes en âge de procréer	
2-2.3 La prévalence des problèmes nutritionnels chez les femmes enceintes.....	13
2-2.4 La prévalence des problèmes nutritionnels chez les enfants.....	13
<u>2-3 Situation socio comportementale de la nutrition au Mali.....</u>	<u>14</u>
<u>2-4- La réponse nationale à l'urgence de la nutrition pour la santé.....</u>	<u>14</u>
2-4.1 La réponse multisectorielle.....	15
2-4.2 L'organisation de la réponse nationale.....	15
2-4.3- Les interventions courantes en communication pour le changement de comportement en matière de nutrition.....	20
3- ORIENTATIONS DU PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION EN NUTRITION.....	22
<u>3-1 Les thèmes prioritaires de nutrition retenus par l'atelier d'élaboration du plan</u>	<u>22</u>
3-1.1- L'axe de prévention en nutrition.....	23
3-1.2- L'axe de prise en charge du traitement en nutrition	23
3.1.2.1 La récupération nutritionnelle	24
3.1.2.2 Le dépistage précoce des cas de malnutrition.....	24
<u>3-2 Les principaux problèmes de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition.....</u>	<u>25</u>

3-2.1 Problèmes de communication pour l'axe prévention en nutrition.....	25
3-2.2 Problèmes de communication pour l'axe traitement de la nutrition.....	26
<u>3-3- Les caractéristiques des groupes cibles</u>	26
3-3.1- Les caractéristiques des cibles en matière de prévention en nutrition.....	27
3-3.1.1- Les caractéristiques des cibles primaires en matière de prévention en nutrition.....	27
3-3.1.2- Les caractéristiques des cibles secondaires en matière de prévention en nutrition.....	29
3-3. 2- Les caractéristiques des cibles en matière de traitement de la malnutrition.....	30
3-3. 2.1- Les caractéristiques des cibles primaires en matière de traitement.....	30
3-3.2.2- Les caractéristiques des cibles secondaires en matière traitement.....	31
4- LE CADRE CONCEPTUEL DU PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIERE DE NUTRITION.....	32
Cadre conceptuel	33
<u>4-1- Vision et mission pour une société malienne compétente en nutrition</u>	33
4-1.1- Vision	33
4-1.2- Mission.....	34
<u>4-2- Les défis et opportunités à notre vision en CCC en nutrition au Mali</u>	34.
<u>4-3- But et objectifs du plan stratégique CCC</u>	36
<u>4-4- L'approche stratégique par thème prioritaire de nutrition</u>	39
4-4.1- Axes stratégiques de CCC pour la prévention en nutrition.....	39
4-4.2- Axes stratégiques de CCC pour le traitement en nutrition.....	41
<u>4-5- Les plans d'intervention de CC par thème prioritaire en nutrition</u>	42
4-5.1- Plans d'intervention de CCC pour la prévention en nutrition.....	42
4-5.2- Plans d'intervention de CCC pour le traitement en nutrition.....	44
5- LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE.....	46
<u>5-1 Plan d'action opérationnel triennal</u>	46

<u>5-2- Les principes directeurs et opérationnels</u>	55
<u>5-3- Le cadre de gestion et de coordination</u>	55
5-3.1- Le comité de pilotage et son rôle.....	55
5-3.2- Les rôles et les responsabilités des acteurs.....	56
<u>5-4- L'exécution du plan stratégique</u>	56
<u>5-5- Le suivi et l'évaluation</u>	57
<u>5-6- La pérennisation des interventions</u>	58
LEXIQUES	59
La Communication pour le Changement de Comportement.....	59
Le Plaidoyer.....	59
La mobilisation communautaire.....	59
Le Marketing social.....	59
ANNEXES	60
<u>Annexe 1</u> : LA Pyramide Alimentaire	61
<u>Annexe 2</u> : Rappel des notions sur les théories en matière de CCC	62
<u>Annexe 3</u> : Rôles et responsabilités des principaux acteurs dans la mise en œuvre du plan stratégique	67
<u>Annexe 4</u> : Liste des participants à l'atelier d'élaboration du plan stratégique de CCC en nutrition	68
<u>Annexe 5</u> : Liste des documents consultés	70

LISTE DES ABREVIATIONS

ATN	Assistance Technique Nationale
CAREF	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CAF	Centre d'Alphabétisation Fonctionnel
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CPS	Centre de Planification et de Statistique
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CNIECS	Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CSA	Commissariat à la Sécurité Alimentaire
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
DN	Division Nutrition
DNS	Direction Nationale de la Santé
INFSS	Institut National de Formation en Science de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DRDSES	Direction Régionale du Développement Sociale et de l'Economie Solidaire
FGD	Focal Group Discussion (focus groupe)
HKI	Helen Keller International
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
JHU/CCP	Johns Hopkins University/Center for Communication Programs
GP/SP	Groupe Pivotal /Santé Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PKC	Projet Keneya Ciwara
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PSNAN	Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNP	Politiques Normes et Procédures
REMANUT	Réseau Malien de Nutrition
SMART	Spécifique, Mesurable, Approprié, Réalisable et situé dans le Temps
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
SIAN	Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
TDCI	Troubles dus à la carence en Iode
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URTEL	Union des Radios et Télévisions Libres du Mali
USAID	Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les activités de Population
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine.

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à :

- *L'USAID (United States Agency for International Development), à travers son Projet d'Assistance Technique Nationale (USAID/ATN) pour son appui technique et financier.*
- *A tous les Partenaires au Développement,*
- *A tous les Programmes, ONG Internationales, Réseaux et Associations pour leur expertise, leur contribution et leur disponibilité manifestées tout au long du processus d'élaboration du présent plan stratégique de communication pour le changement de comportement en nutrition.*

Nos remerciements s'adressent également à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce Plan Stratégique National de Communication pour le Changement de Comportement en Matière de Nutrition Santé.

EN QUOI CONSISTE LE PLAN STRATEGIQUE DE CCC EN NUTRITION/SANTE ET COMMENT L'UTILISER

* EN QUOI CONSISTE LE PLAN STRATEGIQUE DE CCC NUTRITION ?

Le présent plan stratégique de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition santé constitue le volet communication du plan sectoriel santé du PSNAN. Ce plan stratégique portera en priorité sur 3 des 8 composantes du PSNAN. Ces 3 composantes que sont la récupération nutritionnelle (composante 5), la promotion nutritionnelle (composante 6) et la lutte contre les carences en micronutriments (composante 8) couvrent des domaines prioritaires.

Plus de 40 participants présents à l'atelier d'élaboration du plan stratégique de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition/santé, tenu du 21 au 26 Janvier 2008 au stade du 26 Mars à Bamako, et représentant les acteurs principaux de la nutrition santé au Mali, en ont consensuellement décidé ainsi.

Les actions de prévention en matière de nutrition seront focalisées sur la promotion nutritionnelle et la lutte contre les carences en micronutriments tandis que les actions de traitement seront axées sur la récupération nutritionnelle, conformément au PSNAN sectoriel santé.

Ce plan de communication a pour but essentiel d'accroître la pratique des comportements sains en matière de nutrition. Ces comportements sains sont constitués spécifiquement des **Actions Essentielles en Nutrition** adoptées par la DN/DNS. Ce plan traite également de l'amélioration de la qualité des services de counseling nutrition et de prise en charge des états de malnutrition en ce qui concerne la CCC. Enfin, le plan stratégique de CCC nutrition se propose de mettre en œuvre un plaidoyer dynamique envers les décideurs politiques et financiers, les leaders d'opinion et les prestataires de services afin d'amener et de maintenir la nutrition au devant de la scène des programmes de développement et de santé.

Si le contenu de ce plan stratégique s'appuie sur les actions essentielles en nutrition, comme définies par le plan sectoriel santé du PSNAN, son approche globale de communication s'appuie sur l'amélioration de la qualité des services et l'accroissement de la demande des services de nutrition dans le modèle des **Hôpitaux Amis des Bébés**, également adoptée par la DN/DNS.

Ce plan de communication stratégique qui propose une série d'interventions de CCC couvrant une période de 3 ans, sera positionné de façon particulièrement attrayante aux ménages maliens. Le positionnement retenu par l'atelier pour cette stratégie de communication est basé sur le fait que la bonne nutrition est le fondement d'une bonne santé générale et d'une capacité intellectuelle et mentale optimale. En effet, une alimentation saine favorise une bonne croissance, maximise les capacités intellectuelles et physiques, aide à mieux résister aux affections courantes chez les enfants (diarrhées, infections respiratoires aiguës, paludisme, etc.). L'enfant en bon état nutritionnel constant a bien plus de chance de réussir que ses homologues qui souffrent de malnutrition. La bonne nutrition rend fort intellectuellement et augmente les capacités physiques et de réflexion à l'école, au champ etc... En somme, le bon état nutritionnel augmente les chances de réussite.

*** COMMENT UTILISER LE PLAN STRATEGIQUE CCC NUTRITION**

Le plan stratégique de communication nutrition de la DNS/DN est un plan global qui peut être mis en œuvre par plusieurs partenaires différents à la fois. Il constitue un moyen de coordination des activités de CCC nutrition. Son contenu a été conçu par les membres représentatifs des partenaires-clé de terrain de la DNS/DN. Ces partenaires connaissent les besoins du terrain en matière de CCC au niveau des décideurs, des services, des villes, des villages, et des ménages.

Sous l'égide du comité de pilotage constitué à la sortie de l'atelier d'élaboration, les partenaires pourraient se réunir pour discuter du plan et des portions du plan que leur organisation/leur programme et plan d'action global pourrait prendre en charge. Outre le résumé des axes stratégiques et des interventions de communication inclus dans le

document, ce plan stratégique inclut aussi une proposition de chronogramme (plan d'action) pour les diverses interventions. Ceci permettra de guider facilement les différents programmes des partenaires de la DN/DNS dans la sélection des interventions et dans la détermination de la séquence des actions proposées dans le plan stratégique de communication nutrition dans le cadre de leur propre plan d'action.

1- GENERALITES ET TERMINOLOGIES D'USAGE EN NUTRITION

Aliment : est un produit du règne animal ou végétal pouvant être utilisé pour nourrir l'organisme.

Alimentation : est la production, la préparation, la distribution des denrées et l'ingestion des produits.

Anémies nutritionnelles : état pathologique lié à une carence en nutriments essentiels (fer, acide folique, vitamine B12).

Allaitement maternel : consiste à donner le lait maternel à l'enfant de la naissance jusqu'à 24 mois et plus.

Allaitement maternel exclusif (AME) : consiste à donner uniquement le lait maternel à l'enfant dès la naissance jusqu'à six mois, sans eau, liquide sucré, jus de fruit, thé, tisane ou autres aliments sauf indications médicales.

Allaitement optimal (AO) : ensemble des conditions et pratiques qui permettent au bébé et à sa mère de tirer le meilleur profit du temps d'allaitement au sein.

Colostrum : premier lait qui sort du sein immédiatement après l'accouchement. C'est un liquide jaune et épais.

Alimentation de complément : introduction d'autres aliments en plus du lait maternel de façon progressive après 6 mois révolus.

Avitaminose : est une carence en vitamine. La ration alimentaire est très peu diversifiée, une vitamine donnée peut manquer, provoquant ainsi une maladie appelée avitaminose.

Communication pour le changement de comportement (CCC) : est « un processus interactif et participatif, à double voie, permettant d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions, en vue de favoriser dans une communauté donnée ou chez certains individus, des changements durables de

comportement ou l'adoption de comportements nouveaux concourant à l'amélioration des conditions de vie de cette communauté ou de ces individus. »

Communication interpersonnelle (CIP) : technique d'animation de groupe qui consiste à un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue d'apporter un message précis.

Carence en micronutriments : résulte d'une insuffisance des réserves et des taux en circulation dans le sang en micronutriments pour maintenir la croissance, la santé et le développement.

Fer : est un micronutriment présent dans le foie sous forme de réserves.

Iode : est un micronutriment que l'on trouve naturellement dans le sol. Élément chimique très capricieux, l'iode n'aime pas la chaleur, l'humidité excessive.

Insuffisance pondérale : si le poids de l'enfant est faible lorsqu'on le compare à celui d'un enfant du même âge qui est bien nourri. Elle fait appel à l'indice du poids par rapport à l'âge.

Initiative Hôpitaux Ami des Bébés : initiative de l'OMS et de l'UNICEF afin d'encourager les hôpitaux et les établissements sanitaires notamment les maternités à adopter des pratiques visant à promouvoir à protéger et à soutenir l'allaitement exclusif dès la naissance.

Plaidoyer : plaider, argumenter pour défendre une cause ou une idée.

Micronutriments : substances nutritives apportées en petites quantités indispensables au fonctionnement harmonieux de l'organisme.

Mesures anthropométriques : est l'étude des proportions du corps humain au moyen de techniques de mensuration de ses différentes parties (l'âge précis, le poids corporel, la taille).

Malnutrition : maladie qui résulte de l'insuffisance ou de la carence d'un ou de plusieurs nutriments essentiels.

Malnutrition chronique : indique l'état d'un enfant dont la taille est inférieure à celle d'un enfant du même âge dans la population de référence. L'indice est donc la taille par rapport à l'âge.

Malnutrition aigue : est lorsque l'enfant a un faible poids comparé à un enfant de même taille dans la population de référence. L'indice utilisé est le poids par rapport à la taille.

Nutrition : l'étude des besoins alimentaires de l'organisme, de la transformation, de l'utilisation des aliments en vue de fournir à l'organisme les nutriments lui permettant de se développer, de croître et de s'épanouir.

Nutriment : une substance constitutive des aliments dont l'organisme a besoin pour son développement et son bon fonctionnement.

Ration alimentaire : est la quantité d'aliments qu'un individu doit consommer chaque jour pour maintenir son poids et sa santé.

Surveillance préventive des enfants (SPE) : consiste à recueillir des informations régulières sur l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans en vue de prendre des décisions pour améliorer ou maintenir leur santé.

Vitamine A : micronutriment essentiel pour l'homme que l'organisme ne peut pas produire.

2- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN STRATEGIQUE ET ANALYSE DE LA SITUATION EN NUTRITION SANTE AU MALI



2-1 Contexte et justification

La malnutrition constitue de nos jours encore un problème majeur de santé publique au Mali.

Selon les résultats de plusieurs enquêtes et évaluations menées à travers le pays, plus de 50% de l'ensemble des décès avant l'âge de 5 ans sont liés à la malnutrition.

Près de 40% des enfants de moins de 5 ans ont une insuffisance pondérale, 34% ont un retard de croissance, 13% ont une émaciation et 18,6% souffrent de diarrhée.

Des Femmes en Age de Procréer avec leurs enfants en bonne santé au centre de santé

Huit enfants de 6 à 59 mois sur dix présentent une anémie sévère. Six femmes en âge de procréer sur dix présentent une anémie sévère.

A cela, il faut ajouter que les femmes et les enfants présentent également des carences en micronutriments (fer, vitamine A et iode) qui sont responsables à elles seules de 2,7% de perte du produit intérieur brut (PIB). De même, les taux de mortalité infantile (113/1000) et maternel (582/100 000) restent très élevés.

L'analyse de ces données sur une période de deux décennies montre que la situation nutritionnelle des enfants maliens ne s'est pas considérablement améliorée malgré les efforts consentis ces dernières années dans le cadre de l'extension de la couverture sanitaire.

Le taux d'émaciation reste très élevé et le retard de croissance des enfants de moins de cinq ans évolue de façon régulière dans tout le pays excepté le District de Bamako.

Face à cette situation des initiatives ont été prises par les autorités sanitaires en vue de réaliser au moins 80% de couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois. Des initiatives sont en cours pour favoriser une alimentation adéquate des enfants à travers la promotion de l'allaitement immédiat du nouveau né (dans les 30 min), l'administration du colostrum (premier vaccin de l'enfant), l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois,

l'alimentation de complément adéquate de l'enfant après 6 mois révolus par des produits locaux, la prise de comprimés de fer : acide folique par les femmes enceintes et celles qui allaitent.

Aussi, une campagne d'information soutenue par des messages forts est en cours dans le cadre de la Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN) et permanemment dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAM).

En raison de la persistance des mœurs et coutumes non propices à une alimentation et une nutrition de qualité, le changement de comportement et l'adoption des bonnes pratiques en

matière de nutrition attendus ne seront pas possible sans une implication de l'ensemble des acteurs et une politique musclée de communication.

C'est dans ce contexte que la Direction Nationale de la Santé a entrepris à travers la Division Nutrition et avec l'appui technique et financier du Programme Santé USAID/ATN, l'élaboration d'un Plan stratégique de communication pour le changement de comportement couvrant la période 2008-2012.



Séance de démonstration culinaire dans un centre de santé

2-2 La situation épidémiologique de la nutrition au Mali

Au Mali, il existe deux types de régimes alimentaires, l'un de type sédentaire et l'autre de type pastoral. Ces régimes sont caractéristiques des différentes régions du pays, leur utilisation est essentielle dans les stratégies de sécurité alimentaire et en particulier pour la mise en place de stocks de sécurité. La quantité moyenne de céréales consommées par an et par personne pour l'ensemble du pays est de 202 Kg et représente 73% de la ration alimentaire.

L'allaitement est une pratique assez répandue au Mali. Près de 93% des enfants sont allaités au sein et 32% dans l'heure qui suit leur naissance. Seulement 25% des enfants de 0 à 36 mois sont allaités exclusivement au sein jusqu'à 6mois.

Pour l'ensemble du pays, moins de 27% des ménages utilisent du sel non iodé et 73% du sel dont la teneur en iode est inadéquate.

Par ailleurs, 32% des enfants de moins de 5 ans consomment des aliments riches en vitamines A, avec 44% pour le milieu urbain et 26 % pour le milieu rural.

La malnutrition, les carences en vitamine A, en fer et en iode sont définies comme étant les problèmes nutritionnels prioritaires. De même, les femmes en âge de procréer y compris les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de 0 à 5 ans sont considérés comme les groupes vulnérables en matière de nutrition

2- 2.1 La prévalence des problèmes nutritionnels dans la population générale

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Mali. Les différentes études réalisées notamment les EDS ont montré l'ampleur du problème et leurs conséquences directes et indirectes sur la santé et l'économie du pays.

La nutrition constitue un facteur clé dans la promotion de la santé et dans la prévention de la maladie. Au Mali, les taux de mortalité et de morbidité dus aux carences nutritionnelles restent préoccupants. En effet, une forte proportion de décès maternels et infanto juvéniles est imputable aux carences en micronutriments (fer, iode, vitamine A) et à la malnutrition. Ces problèmes nutritionnels ont de graves conséquences sur les groupes vulnérables/groupes prioritaires qui sont les femmes en âge de procréer via les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans. En ce sens que l'état nutritionnel de l'adolescente, plus tard de la femme enceinte et allaitante détermine l'avenir nutritionnel de l'enfant. Une mère souffrant de malnutrition chronique, risque fort de donner naissance à un enfant de petit poids à la naissance avec la défaillance du système immunitaire et la moindre résistance aux maladies infectieuses, augmentant ainsi le risque de décès. De même, une femme enceinte mal nourrie court un grand risque de décès pendant l'accouchement à cause de la carence en fer et de ses conséquences. Quant à l'allaitement, l'état nutritionnel de la femme allaitante se répercute sur la santé, le dynamisme et le bien-être de l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement.

La malnutrition et les carences en micronutriments comme la plupart des problèmes de santé sont d'ordre comportemental. Ils sont dus d'une part à la persistance de phénomènes culturels (us et coutumes) peu favorables à une bonne alimentation et à une bonne nutrition. D'autre part, ils s'expliquent par une insuffisance d'information et de formation aussi bien des prestataires, de la communauté que des bénéficiaires des services de nutrition.

2- 2.2 La prévalence des problèmes nutritionnels chez les femmes en âge de procréer

Chez les femmes en âge de procréer, six femmes sur dix présentent une anémie (63%) dont 3% de forme sévère. A cela, il faut ajouter que les femmes présentent également des carences en micronutriments (fer, vitamine A et iode) qui sont responsables à elles seules de 2,7% de perte du produit intérieur brute (PIB). De même, les taux de mortalité maternel (582/100 000) restent très élevés.

2- 2.3 La prévalence des problèmes nutritionnels chez les femmes enceintes

Les problèmes nutritionnels ont de graves conséquences sur les femmes enceintes. En ce sens que l'état nutritionnel de la femme enceinte détermine l'avenir nutritionnel de l'enfant. Une future mère souffrant de malnutrition chronique, risque fort de donner naissance à un enfant de petit poids à la naissance avec la défaillance du système immunitaire et la moindre résistance aux maladies infectieuses, augmentant ainsi le risque de décès. De même, une femme enceinte mal nourrie court un grand risque de décès pendant l'accouchement à cause de la carence en fer et de ses conséquences.

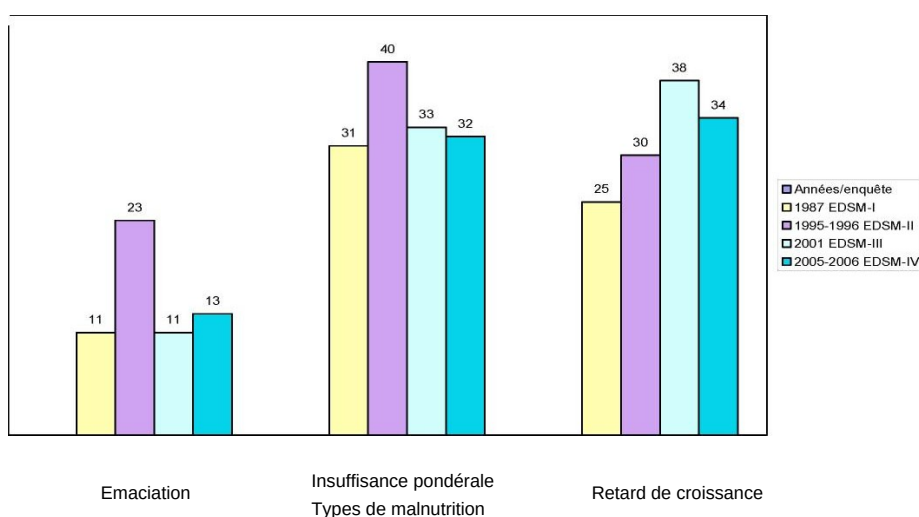
2- 2.4 La prévalence des problèmes nutritionnels chez les enfants

L'insuffisance pondérale et le retard de croissance sont les formes de malnutrition les plus fréquentes chez les enfants maliens de moins de cinq ans. Sur une décennie (de 1987 à 1996), les taux de malnutrition (émaciation, insuffisance pondérale et retard de croissance) ont augmenté de façon considérable. Ces taux ont doublé pour l'émaciation (allant de 11% à 23%). Quand à la proportion d'enfants ayant accusé un retard de croissance, le niveau est passé de 25% à 30%. La proportion d'enfants ayant une insuffisance pondérale a évolué de 31 à 40% sur la même période.

Huit enfants sur dix (83%) de 6 à 59 mois présentent une anémie et 11% une anémie sévère. Les enfants de 10 à 23 mois sont les plus touchés par l'anémie (89%).

Au cours de la période quinquennale 1996-2001, on observe une diminution importante des niveaux d'émaciation et d'insuffisance pondérale, alors que le retard de croissance est passé de 30% à 38%. Enfin, de 2001 à 2006, une légère baisse des taux d'insuffisance pondérale et du retard de croissance est constatée chez les enfants de moins de 5 ans, alors que le niveau de l'émaciation a légèrement augmenté (11 à 13%).

GRAPHIQUE 1 : Prévalence de la malnutrition chez les enfants



2-3. Situation socio comportementale de la malnutrition au Mali

Contrairement aux idées répandues, la malnutrition et les *carences* en micronutriments ne résultent pas simplement de l'insécurité alimentaire. Plusieurs enfants vivant dans un environnement où règne la sécurité alimentaire et dans des familles non pauvres présentent une insuffisance pondérale ou un retard de croissance en raison des mauvaises pratiques en matière d'alimentation.

Les comportements des prestataires de santé aussi bien que ceux des populations, soutiennent fortement la malnutrition. En effet, dans les formations sanitaires, les agents ne font pas le lien entre la nutrition et l'état de santé des enfants. Ils ne s'occupent pas du statut nutritionnel des enfants malgré la disponibilité du matériel de pesée et de mensuration et ne donnent pas d'information sur l'alimentation des enfants. En outre, rares sont les formations sanitaires qui organisent régulièrement l'éducation nutritionnelle pour informer les femmes qui consultent sur l'alimentation de leurs enfants. D'autre part, la population ignore la bonne utilisation des aliments. L'exemple de Sikasso est le plus frappant, cette région est la plus nantie du Mali, mais le plus grand nombre d'enfant malnutris y est enregistré.

2-4. La réponse nationale à l'urgence de la nutrition pour la santé

2-4.1 La réponse multisectorielle

Selon le PSNAN, la malnutrition contribue pour 51% à la mortalité infanto juvénile, le mauvais statut nutritionnel des femmes maliennes est responsable en grande partie du taux élevé de mortalité maternelle. Les carences en micronutriments (vitamine A, iode, fer) sont responsables à elles seules de 7% de pertes annuelles du PIB.

Face à cette situation, le PRODESS a engagé des réformes institutionnelles avec la création de deux divisions en charge de la nutrition au sein de la CPS et de la DNS. Le PRODESS consacre également tout un sous volet à la nutrition. Dans ce cadre le Plan National pour l'Alimentation et la Nutrition (PNAN) couvrant la période 1998-2002 a été élaboré. Ce plan révisé avec le concours de l'USAID à travers ATN et d'autres partenaires a donné naissance au Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN). Ce document de politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition répond à la nécessité urgente d'avoir une vision nationale et des orientations précises dans un domaine complexe et transversal comme la nutrition. Il vise à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations en vue de réduire la mortalité. Il comprend huit composantes des volets transversaux comme la formation, la coordination, le suivi évaluation. Il prend en compte l'ensemble des facteurs et des interventions existantes, établit les principes directeurs que tous les acteurs doivent suivre indépendamment de son secteur.

2- 4.2 L'organisation de la réponse nationale

À l'échelon national, il existe une batterie de politiques, programmes, plans, cadres, directives, normes et schémas relatifs à la l'amélioration de la situation de l'alimentation et à la nutrition au Mali.

Les Politiques

- Politique nationale de l'allaitement

La politique nationale de l'allaitement vise à promouvoir, à protéger et à soutenir l'allaitement maternel exclusif.

Ses stratégies sont :

- a. la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois à travers :
 - des actions de CCC ;
 - l'initiative hôpital « *ami des bébés* » dont les buts sont la promotion de l'allaitement, la proscription à toute incitation à l'alimentation artificielle et le soutien des femmes par les professionnels de la santé suffisamment formés, les groupes de soutien et toute autre personne de bonne volonté ;
- b. l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- c. la promotion de l'allaitement optimal jusqu'à 24 mois et l'introduction d'une alimentation de complément adéquat après 6 mois révolus.

Les Programmes

Programme de Restructuration du Marché Céréaliier (PRMC)

Elaboré et mis en œuvre à partir de 1981, le PRMC constitue le support essentiel de l'ensemble du système de sécurité alimentaire.

Son objectif premier est la libéralisation progressive des marchés céréaliiers. Il joue également un rôle important dans la prévention et la gestion des crises alimentaires conjoncturelles.

Les Plans

a - Plan Décennal de Développement Socio Sanitaire (PDDSS) 1998-2007

Le PDDSS a comme objectif général, l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social. Spécifiquement, le plan vise à :

- assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux de santé et de qualité ;
- réduire la mortalité liée aux maladies prioritaires ;
- lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale.

Le PDDSS comporte un volet de lutte contre la malnutrition dont le but est de réduire le taux de malnutrition chez les enfants, les femmes enceintes et allaitant à travers entre autres les stratégies suivantes :

- la prévention des maladies carencielles par un renforcement de la capacité de surveillance nutritionnelle ;
- la prévention médicamenteuse dans les formations sanitaires de premier niveau des carences en vitamine A et en fer chez les sujets exposés ;
- la promotion des aliments riches en micronutriments ;
- l'utilisation du sel iodé sur toute l'étendue du territoire ;
- le renforcement de la collaboration intersectorielle ;
- l'intégration des activités de nutrition au PMA.

b - Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) 2004-2008

Cette stratégie fait de la lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments, une lutte multisectorielle. Son but est « *d'améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations en vue de réduire la mortalité* ». Elle renferme les huit composantes suivantes :

- la disponibilité alimentaire à travers principalement la maîtrise de l'eau, l'intensification de la production céréalière, l'augmentation de la productivité, la valorisation et la transformation des produits maraîchers ;
- l'accessibilité alimentaire par l'amélioration du revenu des ménages et des femmes et l'électrification rurale ;
- l'importance de l'éducation et ses relations avec l'état nutritionnel par l'intermédiaire de l'augmentation du taux de scolarisation et du taux d'alphabétisation fonctionnelle des zones défavorisées ;
- le traitement des parasitoses, de contaminations des aliments et de l'eau ;
- l'amélioration des pratiques de récupération nutritionnelle des enfants malnutris ;
- la promotion nutritionnelle à travers des stratégies préventives d'amélioration ; des comportements et de pratiques d'alimentation et l'adoption des modes de vie sains ;
- la lutte contre les carences en micronutriments à partir de la supplémentation,

- la diversification alimentaire et la fortification ;
- la prévention et la gestion des urgences alimentaires et nutritionnelles.

c -Plan d'Action National pour l'Élimination des Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI) 2003-2007

Le Mali à travers le plan d'action d'élimination des TDCI envisage éliminer les TDCI comme problème de santé publique d'ici 2007.

Les objectifs spécifiques sont de :

- porter à 90% le taux de ménage qui consomment effectivement le sel adéquatement iodé d'ici 2007 ;
- assurer que 100% du sel importé est iodé selon les normes.

Les cadres

- Cadre institutionnel

L'évolution de la situation nutritionnelle des groupes vulnérables a nécessité dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS, des réformes importantes au sein du département de la santé. C'est ainsi qu'une division chargée du suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle a été créée au niveau de la CPS/Santé. Une Division Nutrition et Pratiques Alimentaires a aussi été créée en 1999 au sein de la Direction Nationale de la Santé permettant ainsi un rassemblement des programmes de nutrition et leur renforcement sur le plan institutionnel.

- Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2002-2005

Il constituait le cadre de référence de toutes les politiques de développement du Mali, y compris la stratégie nationale de sécurité alimentaire. L'objectif général du CSLP était de réduire la pauvreté de 63,8% en 2001 à 47,5 % en 2006, soit une réduction de 16,3 % durant le quinquennat.

Par rapport à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des indicateurs sociaux, le cadre envisageait :

- une baisse de l'incidence et de la profondeur de la pauvreté monétaire avec une réduction des inégalités entre régions, entre milieu rural et milieu urbain ;
- une baisse des taux de mortalité infantile et maternelle ;
- une augmentation du taux de scolarisation et d'alphabétisation avec une réduction des inégalités entre garçons et filles et entre régions.

Les Stratégies

a - Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (SNSA)

Cette stratégie vise à réduire la pauvreté et les inégalités en assurant l'accès de tous les maliens, à tout moment, aux aliments nécessaires pour mener une vie saine et active à l'horizon 2015. Ceci, à travers :

- la création des conditions d'une sécurité alimentaire structurelle, fondée prioritairement sur la mobilisation systématique et durable des ressources alimentaires de la sous région ;
- le renforcement des capacités de prévention, de gestion des crises conjoncturelles dont les origines, d'abord climatique ont tendance à se diversifier, avec des impacts localisés sur des zones et/ou sur des catégories de populations données.

b - La Stratégie Nationale de l’Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La motivation de la Division Nutrition pour l’élaboration de cette stratégie est l’inadéquation quantitative et qualitative des aliments destinés aux nourrissons et jeunes enfants ainsi qu’un taux de malnutrition et des facteurs favorisants très élevés au sein de ce groupe cible. La présente stratégie est un élément de mise en œuvre du Plan Stratégique National pour l’Alimentation et la Nutrition (PSNAN). Elle décrit les interventions essentielles visant à protéger, promouvoir et soutenir l’alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant. Ces dernières englobent entre autres la promotion de l’allaitement maternel exclusif, de l’alimentation complémentaire appropriée, les conseils sur les pratiques alimentaires dans des situations difficiles exceptionnelles et l’amélioration de la pratique alimentaire.

Les Directives, Normes et Schémas

a - Directives nationales de supplémentation en vitamine A

Ces directives englobent les éléments suivants :

- l’intégration de la Distribution de la vitamine A dans les activités de routine au niveau des structures sanitaires et de la communauté ;
- l’organisation des Semaines d’Intensification des Activités de Nutrition (SIAN) avec le paquet intégré des services ;
- l’intégration de la distribution de la vitamine A lors des Journées Nationales de Vaccination (JNV) au besoin.

b – Politiques, Normes et Procédures en nutrition

Ce document, destiné aux gestionnaires de services de santé, aux écoles de santé, aux responsables d’ONG et d’associations, est la référence pour l’offre des services de nutrition. Son but est de garantir l’offre et la qualité des services de nutrition à tous les niveaux. Il indique les étapes et les gestes logiques nécessaires et indispensables à suivre par les prestataires en nutrition.

Les normes et procédures en nutrition concernent la communication pour le changement de comportement, la promotion de l’allaitement du nouveau-né et l’alimentation des enfants de moins de 5 ans, l’alimentation de la femme, les déséquilibres nutritionnels et la promotion d’un bon état nutritionnel chez les groupes spécifiques ainsi que la gestion en nutrition.

c - Schéma Directeur du Secteur de l’Eau

Le schéma directeur des ressources en eau a été adopté en 1991 par le gouvernement comme document de politique de l’eau au Mali. La politique est basée sur le principe d’une approche globale du secteur de l’eau et ses objectifs sont :

- la satisfaction des besoins de base des populations (couverture totale des besoins en eau potable des populations) ;
- la sécurité et l’autosuffisance alimentaires (la mise en œuvre d’un programme de réhabilitation de la grande irrigation et de développement de la petite irrigation dans le cadre d’une politique de l’aménagement du territoire) ;
- la lutte contre la désertification.

Autres politiques, stratégies et approches

Il est à noter que d’autres politiques, stratégies et approches n’ont pas de lien direct avec la nutrition. Ils influencent cependant à distance les aspects ou les indicateurs nutritionnels. Parmi ceux-ci peuvent être retenus :

- la Politique Nationale de Protection de l'Environnement (PNE) avec son objectif d'assurer la sécurité alimentaire et la fourniture de produits en quantité et qualité ;
- le Programme Décennal de l'Education (PRODEC) 2001-2004 pour le lien étroit qui existe entre l'éducation et la nutrition et l'objectif qu'il se fixait de mettre en place une stratégie générale pour atteindre l'accès universel et équitable à l'éducation de bonne qualité ;
- le Programme National d'Infrastructures Rurales (PNIR) (2001 – 2005) dont l'objectif global était l'amélioration des revenus et des conditions de vie des populations de façon durable et équitable (zone géographique et genre) en assurant la sécurité alimentaire...l'accès à l'eau potable ;
- le Projet d'Appui aux Services Agricoles et Organisations Paysannes (PASAOP) 2002 – 2005 dont la mise en oeuvre devait permettre d'améliorer les performances des services de recherche, et d'augmenter la productivité et les revenus des ruraux et des agro industriels ;
- le Plan Stratégique Pluriannuel du Programme Elargi de Vaccination 2002-2005 dans son approche de systématisation de l'administration de la vitamine A au cours de la vaccination ;
- le Plan d'Action pour la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille 2002-2006 en ce qu'il visait à améliorer le statut de la femme malienne à l'horizon 2006 ;
- le Plan Stratégique de Santé de la Reproduction 2003-2007, notamment dans sa composante réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale, infantile et juvénile à la fin de sa période d'exécution.

Actions mises en œuvre pour lutter contre la malnutrition et les carences en micronutriments

Au regard des problèmes alimentaires et nutritionnels existants et conformément aux politiques et programmes en la matière, de multiples acteurs mettent en œuvre des approches et stratégies pour améliorer l'état nutritionnel des femmes et des enfants.

Malnutrition

Les stratégies optimales mises en œuvre pour lutter contre la malnutrition sont :

- la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- la promotion de l'introduction des aliments de complément adéquats après 6 mois révolus associée au lait maternel ;
- la promotion de l'hygiène alimentaire ;
- la prise en charge des cas de malnutrition selon le protocole national.

Carence en vitamine A

Différentes actions sont conduites pour prévenir et traiter l'avitaminose A. Elles comportent les éléments ci-dessous décrits :

> La supplémentation en vitamine A

Les enfants de 6 à 59 mois et les femmes en post partum immédiat reçoivent systématiquement des suppléments de vitamine A dans les formations sanitaires en routine et pendant les Semaines d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN) tous les 6 mois.

> La fortification de l'huile de consommation en vitamine A

L'enrichissement de l'huile de consommation est une action essentielle qui permet de prévenir la *carence en vitamine A* au sein des communautés.

> Amélioration des services de santé

Les maladies infectieuses épuisent les *réserves en vitamine A* et accentuent ainsi la *carence en vitamine A* chez les enfants. Il apparaît alors important de renforcer les capacités des *services de santé de base* à travers :

- l'amélioration de la couverture vaccinale chez les enfants par le renforcement du PEV de routine et la promotion de la stratégie avancée ;
- la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Carence en fer

Les stratégies de lutte contre la *carence en fer* sont *menées par* plusieurs acteurs, et comportent :

- des actions telles que la prévention du paludisme et la lutte contre les helminthiases, entreprises dans les stratégies de lutte contre la *carence en fer*, s'expliquent par le fait que ces affections contribuent à l'apparition de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- la distribution systématique de suppléments de fer et acide folique aux femmes enceintes et jusqu'à 3 mois après l'accouchement.

Carence en iode

Selon la stratégie nationale de lutte contre les TDCI, au niveau national, les actions mises en œuvre visent à augmenter la consommation du sel iodé par les ménages. Elles concernent l'importation, la commercialisation et la consommation du sel iodé.

2- 4.3 - Les interventions courantes en Communication pour le Changement de Comportement en matière de nutrition

Les PNP constituent un document de référence en matière d'intervention en nutrition. Les interventions y sont définies par paquets :

- Paquet du nouveau-né
- Paquet de l'enfant
- Paquet de la femme (enceinte, allaitant)
- Paquet des groupes spécifiques

Chaque paquet est offert à travers des volets. Les volets de nutrition par catégories de prestataires sont de six ordres. Ces volets correspondent aux différents programmes de santé y afférents. Il existe des programmes qui se font à tous les niveaux de façon transversale.

Ces derniers peuvent être exécutés soit par les services de santé : volets communs tels que CCC ou par des services ne relevant pas du domaine de la santé : volets connexes ou d'appui.

1. Communication pour un Changement de Comportement

- ✓ Mobilisation sociale,
- ✓ CIP : causerie, VAD, Counseling.

2. L'approche AEN

- ✓ la promotion de l'allaitement maternel ;
- ✓ la promotion de l'alimentation complémentaire ;
- ✓ les soins nutritionnels des enfants malades et mal nourris ;
- ✓ la promotion de la nutrition des femmes ;
- ✓ la lutte contre les carences en vitamine A ;
- ✓ la lutte contre l'anémie ;
- ✓ la lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI).

Cette approche repose sur quatre piliers qui sont :

- le partenariat, le Plaidoyer et les Politiques ;
- la formation des ressources humaines ;
- l'approche communautaire basée sur la négociation pour améliorer les pratiques en AEN ;
- la Communication pour le Changement de Comportement et les Mass Media.

3. Promotion de l'allaitement et des bonnes pratiques alimentaires du Nouveau-né et de l'enfant :

- ✓ Allaitement ;
- ✓ Alimentation complémentaire ;
- ✓ Surveillance préventive de l'enfant SPE de 0 à 59 mois et déparasitage ;
- ✓ Prévention et prise en charge des petits poids de naissance ;
- ✓ Prise en charge de l'enfant malade de moins de 5 ans ;
- ✓ Prise en charge de la malnutrition chez l'enfant.

4. Alimentation de la femme

- ✓ Nutrition de la femme enceinte (promotion et surveillance du gain de poids pendant la grossesse, hygiène de vie de la femme enceinte) ;
- ✓ Nutrition de la femme allaitante ;
- ✓ Nutrition de la femme séropositive (promotion du dépistage volontaire et d'une nutrition adéquate des PVVIH).

5. Déséquilibres nutritionnels

- ✓ Prévention et lutte contre l'anémie par carence en fer ;
- ✓ Prévention et lutte contre l'avitaminose A ;
- ✓ Prévention et lutte contre les Troubles dus à la carence en iode TDCI ;
- ✓ Prévention et lutte contre les maladies de surcharges alimentaires ;
- ✓ Récupération nutritionnelle ;
- ✓ Prise en charge nutritionnelle lors des catastrophes et calamités ;
- ✓ Prise en charge intégrée de l'anémie ;
- ✓ La toxi infection alimentaire collective.

6. Promotion d'un bon état nutritionnel

- ✓ Promotion de la nutrition des adolescents ;
- ✓ Promotion de la nutrition des adultes et personnes âgées ;
- ✓ Promotion de la nutrition des Personnes Vivant avec le VIH, des orphelins et des tuberculeux.

7. Gestion en nutrition

- ✓ Gestion des activités ;
- ✓ Gestion du personnel ;
- ✓ Formation ;
- ✓ Renforcement de la collaboration ;
- ✓ Recherche opérationnelle ;
- ✓ Suivi / Evaluation des services.

3- ORIENTATIONS DU PLAN STRATEGIQUE DE COMMUNICATION EN NUTRITION



*Un enfant bien portant
exclusivement allaité au sein*

La stratégie de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition est développée dans l'optique de combler un besoin du plan sectoriel santé pour l'alimentation et la nutrition. Le PSNAN a pour ambition d'améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact sur la nutrition des populations en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition.

Les orientations font ressortir les problèmes prioritaires liés au comportement en matière de nutrition, les publics cibles prioritaires, les défis et les opportunités pour la mise en œuvre de ce plan stratégique.

3-1 Les thèmes prioritaires de nutrition retenus par l'atelier d'élaboration du plan stratégique

THEMES PRIORITAIRES DE NUTRITION

Prévention : Composantes 5 et 6 du PSNAN sectoriel santé

Promotion des bonnes pratiques de nutrition

Lutte contre les carences en micronutriments

Traitement : Composante 7 du PSNAN santé

- La récupération nutritionnelle: qualité des services de prise en charge de la malnutrition

Dépistage précoce: reconnaissance des signes de malnutrition et perception de la gravité des conséquences néfastes de la malnutrition

Deux thèmes prioritaires ont été retenus eu égard à la fréquentation des centres de santé offrant des services de nutrition et à la prise en charge des effets de la malnutrition. La communication est perçue comme un moyen d'éducation et d'information permettant d'attirer l'attention des communautés et de les inciter à l'utilisation des services disponibles.

3-1.1 L'axe de la prévention en nutrition

La prévention regroupe les services offerts dans le cadre de la promotion des connaissances et des bonnes pratiques de nutrition pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer. Le but visé est d'amener les mères à connaître les bonnes pratiques de nutrition et à les appliquer pour maintenir leurs enfants et elles-mêmes en bon état nutritionnel. Un bon état nutritionnel constant est primordial pour maintenir un bon état de santé général.

Le contenu dans le domaine de la prévention s'articule autour de trois points essentiels:

- ***La promotion nutritionnelle pour l'enfant*** (allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, alimentation de complément après 6 mois révolus, allaitement maternel optimal jusqu'à 24 mois, alimentation de l'enfant né d'une mère VIH+, administration de Vitamine A tous les 6 mois, consommation des aliments riches et fortifiés en micronutriments, déparasitage tous les 6 mois, sel iodé, hygiène alimentaire (eau potable, conservation des aliments, lavage des mains avant la préparation des aliments, bonnes pratiques commensales, Surveillance Préventive de l'Enfant (SPE : visites mensuelles de pesée et courbe de croissance)).
- ***La promotion nutritionnelle pour la femme en âge de procréer*** (supplémentation en fer pendant la grossesse et jusqu'à trois mois après l'accouchement, vitamine A en post partum immédiat, consommation d'aliments riches et fortifiés en micro nutriments, consommation de sel iodé, déparasitage en post partum immédiat, hygiène alimentaire, alimentation variée, équilibrée et suffisante)
- ***La lutte contre les carences en micronutriments*** (élaboration et mise en œuvre d'un programme national de fortification des aliments, développement de stratégies d'amélioration des apports en fer bio disponible à travers la chaîne alimentaire des céréales et légumineuses, disponibilité du sel iodé sur les marchés, formation des communicateurs sur les TDCl, renforcement du contrôle de qualité du sel).

3-1.2 L'axe du traitement en nutrition

L'axe traitement comprend deux éléments essentiels :

3-1.2.1-Le dépistage précoce des cas de malnutrition

En vue d'assurer une prise en charge adéquate des états de malnutrition, les patients doivent être référés à temps. Les relais communautaires et les adultes dans les ménages

devront reconnaître les signes de danger de la malnutrition, connaître les conséquences graves et savoir où orienter les patients pour leur prise en charge.

3-1.2.2-la récupération nutritionnelle

La prise en charge prend en compte tous les services offerts afin d'améliorer la situation nutritionnelle des patients. Elle regroupe principalement la prise en charge de la malnutrition, l'offre de services de qualité, le renforcement des capacités des prestataires dans le domaine de la CIP, la conscientisation des prestataires quant à leur rôle clé dans la prise en charge de la malnutrition

Pour ces deux éléments de la prise en charge de la malnutrition, le contenu s'articule autour de :

- ***La récupération nutritionnelle pour l'enfant***

- malnutrition modérée :
 - o dépistage des cas de malnutrition chez les enfants ;
 - o alimentation de supplément (farine enrichie, huile et sucre) ;
 - o traitement médical systématique de la malnutrition ;
 - o intégration de la supplémentation en zinc dans la prise en charge des maladies diarrhéiques chez les enfants ;
 - o suivi nutritionnel des enfants.
- malnutrition sévère :
 - o dépistage des cas de malnutrition sévère chez les enfants ;
 - o test d'appétit ;
 - o aliments thérapeutiques ;
 - o suivi nutritionnel ;
 - o traitement psychologique ;
 - o éducation nutritionnelle.

- ***La récupération nutritionnelle pour la femme en âge de procréer***

- malnutrition modérée :
 - o dépistage ;
 - o alimentation de supplément (farine enrichie, huile et sucre) ;
 - o prise en charge de l'anémie ;
 - o traitement systématique ;
 - o suivi nutritionnel.
- malnutrition sévère :
 - o dépistage ;
 - o test d'appétit ;
 - o aliments thérapeutiques ;
 - o traitement médical ;
 - o suivi nutritionnel ;
 - o traitement psychologique ;
 - o éducation nutritionnelle.

3-2 Les principaux problèmes de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition

PROBLEMES PRIORITAIRES DE NUTRITION RETENUS

Prévention:

- Faible application des bonnes pratiques de nutrition

Traitement:

- Mauvaise qualité des services

Les principaux problèmes prioritaires de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition ont été identifiés selon les domaines prioritaires évoqués plus haut.

3-2.1 Problèmes de communication pour l'axe prévention en nutrition

Le problème-clé identifié en matière de prévention nutrition est la **faible application des bonnes pratiques de nutrition**, due à la faible connaissance de ces bonnes pratiques de nutrition, de leurs avantages et de leur mise en pratique.

Les sous-problèmes liés à ce problème essentiel incluent:

1. La persistance de croyances, pratiques et interdits alimentaires néfastes à un bon état nutritionnel ;
2. La méconnaissance de l'importance de la nutrition pour l'état général de santé des mères, des enfants et pour la prospérité des ménages ;
3. La méconnaissance des avantages des bonnes pratiques d'allaitement y compris l'allaitement dans le cas d'un statut VIH positif
4. L'insuffisance de connaissances des avantages des micronutriments : iode, Fer, vit. A et de leurs sources naturelles (aliments locaux riches en micronutriments) ;
5. L'insuffisance de connaissance des avantages d'une alimentation variée et équilibrée notamment les sources naturelles des nutriments (aliments locaux riches)
6. L'insuffisance de connaissance des conséquences néfastes d'un mauvais état nutritionnel (anémie, goitre, crétinisme, Kwashiorkor, marasme) ;
7. Le faible accès aux services de qualité de nutrition préventive (qualité des services en structures de santé et en communauté, personnel qualifié, outils CIP et SPE, démonstrations culinaires etc.)
8. Le faible engagement politique et communautaire (faibles ressources, faible attention de l'opinion publique à la nutrition)
9. L'incohérence dans la formulation et la diffusion des messages relatifs à la nutrition, et mauvaise coordination des interventions

3-2.2 Problèmes de communication pour l'axe traitement de la malnutrition : récupération nutritionnelle

Le problème-clé identifié en matière de traitement en nutrition est la **mauvaise qualité des services de la prise en charge de la malnutrition**».

Les sous problèmes liés à ce problème essentiel incluent:

1. Mauvaise qualité des services
 - Insuffisance de CIP/C (informations justes et claires sur l'importance de la nutrition et sur les bonnes pratiques de nutrition aux ménages, Accueil, Respect des clients)
 - Personnel de nutrition insuffisant
 - Indisponibilité d'outils de communication interpersonnelle sur la nutrition
2. Non achèvement du traitement de récupération nutritionnelle
 - Hospitalisation suspendue
 - Perdus de vue pour le traitement ambulatoire
3. Dépistage précoce des cas de malnutrition
 - Non reconnaissance des signes de danger de la malnutrition
 - Recours tardif aux services
 - Mauvaise perception de la gravité de la malnutrition pour la vie des femmes et des enfants
 - Faible utilisation des services de nutrition disponibles
 - Accès limité aux services de Nutrition
4. Insuffisance d'harmonisation des messages et coordination des interventions

3-3- Les caractéristiques des groupes cibles

Plusieurs groupes cibles ont été retenus pour ce plan stratégique de communication pour le changement de comportement en nutrition. Les groupes cibles sont des segments de la population générale qui seront visés par les interventions décrites dans ce plan stratégique. Les groupes cibles prioritaires ont été identifiés pour chacun des thèmes principaux nutrition de ce plan de communication. Le tableau ci-dessous résume les groupes cibles retenus

GROUPES CIBLES PRIORITAIRES RETENUS			
Thèmes de Nutrition	Publics Cibles		
	Cibles Primaires	Cibles secondaires	Autres cibles
Prévention	FAP/Mères d'enfants de 0-5 ans	• Maris • Belle-mères	• Prestataires et relais communautaires • Leaders religieux • Leaders communautaires • Leaders politiques • Leaders d'opinion
Traitement	• Prestataires • Relais communautaires	FAP/Mères d'enfants de 0-5 ans	• Maris • Belle-mères

Pour mieux cibler les interventions de communication, il est nécessaire de segmenter et de dresser le profil des groupes cibles retenus. Cela se fait à travers la description détaillée des cibles retenues. Les tableaux qui suivent décrivent les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, profession, résidence, etc...) et les caractéristiques d'idéation de chaque segment du groupe cible à viser. L'idéation est un ensemble de variables psychographiques qui déterminent l'adoption ou non d'un comportement quelconque. Ces variables incluent les connaissances, attitudes et pratiques liées à ce comportement et l'accès à l'information ou l'appartenance à des réseaux sociaux/contexte social qui favorisent ou non ce comportement (voir information supplémentaire en annexe)-

3-3.1- Les caractéristiques des cibles en matière de prévention nutrition

3-.3.1.1- Les caractéristiques des cibles primaires en matière de prévention nutrition

Cible primaire : Femme en âge de procréer (mères d'enfants de 0 à 59 mois) Cible secondaire (influençant) : Mari, Belle-mère	
Caractéristiques de base du public cible primaire	<u>Sociodémographiques et économiques</u> • Age entre 14 – 49 ans • Mère d'enfants de 0-59 mois • Revenu faible ou inexistant • Ménagère • Résidence (rurale / urbaine) • Niveau d'instruction très bas ou inexistant • Entièrement dépendante du mari • Statut matrimonial • Responsable du foyer • 1ere responsable du bébé • Faible pouvoir d'achat <u>Interaction Sociale et soutien social</u> • Faible pouvoir de décision • Statut de la femme (sexe faible) • Rang social • Influencée par sa mère, son mari, ses beaux-frères – belles-sœurs – amies • Milite dans des Associations de femmes ou des tontines • Groupements d'intérêts économiques • Famille, Amies <u>Sources d'information</u> • Prestataires/relais communautaires • Groupe d'amies • ONG • Services de santé / relais • Famille
Caractéristiques d'idéation	<u>Connaissances en matière de nutrition</u> • Ne connaît pas les bonnes pratiques de nutrition • Utilise la médecine traditionnelle • Ne connaît pas les avantages du colostrum • Ne sait pas qu'il existe des aliments locaux enrichis <u>Attitudes en matière de nutrition</u> • Banalisation de l'importance de la diversification des aliments • Nutrition n'est pas prioritaire par rapport aux autres dépenses • Privilégie l'alimentation du mari • Allaitement systématique • Bonne nourriture est destinée aux riches <u>Pratiques en matière de nutrition</u> • Interdits alimentaires • Alimentation riche en nutriments (soupe pour la femme en post partum) • Alimentation de complément mais pas dans les normes (pas introduit au bon moment, non approprié pour l'enfant, non varié) • Allaitement mais pas exclusif pendant 6 mois (donne de l'eau par exemple) • Réhydratation en cas de diarrhée • Gavage • Automédication • Faible fréquentation des centres de santé • Réhydratation • Médicament traditionnel • Mauvaise hygiène alimentaire
Autres caractéristiques importantes	• Non perception du risque de mauvaise santé et de faible réussite à l'école lié à un mauvais état nutritionnel • Non motivation pour les bonnes pratiques de nutrition

3-3.1.2- Les caractéristiques des cibles secondaires en matière de prévention

Cible secondaire : Mari – père Autre cible secondaire : Belle-mère Cibles influencées (= cible primaire): Mère, FAP	
Caractéristiques de base du public cible secondaire	<u>Sociodémographiques et économiques</u> • Agé de plus de 40 ans • Paysan, commerçant : Privilège des cultures de rentes au dépend des cultures vivrières • Niveau d'instruction primaire ou analphabète • Résidence en milieu rural • Marié, père de plusieurs enfants • Chef de la famille • Responsable des dépenses familiales <u>Interaction Sociale et réseau social</u> • Structure sociale (sexe fort), milite dans un <i>grin</i> ou autre regroupement communautaire • A le pouvoir de décision pour la famille • Groupements d'intérêt économique <u>Sources d'information</u> • Communauté (groupement / Association) • Médias • Groupes d'amis • Tradi-thérapeutes • Leaders religieux • Amis / famille
Caractéristiques d'idéation	<u>Connaissances en matière de nutrition</u> • Méconnaissance des avantages des services de nutrition • Méconnaissance des services de nutrition existants • Méconnaissance des aliments locaux riches en micronutriments • Ne connaît pas les avantages du colostrum <u>Attitudes en matière de nutrition et de prise en charge de la malnutrition (Traitement)</u> • Réticence à l'utilisation des services de santé en général • Faible soutien psychologique à la mère • La nutrition n'est pas prioritaire par rapport aux autres dépenses • Traitement : affaire de la femme • Limitation des dépenses (« il ne faut pas gaspiller l'argent ») • Ne croit pas en l'allaitement exclusif • Non perception de l'importance de la nutrition et des dangers de la malnutrition • Absence de volonté de consacrer les ressources nécessaires à la nutrition • Ne se sent pas concerné par l'alimentation de l'enfant • Menace de limiter les dépenses • Ne perçoit pas le risque lié à une mauvaise alimentation/nutrition • Incitent les mères à allaiter <u>Pratiques (actions) en matière de nutrition et de prise en charge de la malnutrition (Tmt)</u> • Tradi-thérapeutes • Médicaments traditionnels • Retard dans la prise de décision d'utiliser les services de santé • Faible fréquentation du centre de santé • Réhydratation de l'enfant en cas de diarrhée • La vieille du village se charge du traitement • Aliments riches en nutriments : Soupe pour remonter le malade • Gavage • Assure les dépenses liées à l'utilisation du centre de santé • Incitent les mères à l'alimentation de complément : ne croient pas à l'allaitement exclusif- « il faut lui donner de l'eau car il fait chaud »

3-3. 2- Les caractéristiques des cibles en matière de traitement de la malnutrition

3-3. 2.1- Les caractéristiques des cibles primaires en matière de traitement/récupération nutritionnelle

Caractéristiques public **cible primaire**

Cible primaire: PRESTATAIRES - Cibles influencées (= cible primaire) : - Les mères d'enfants de 0 – 5 ans - ASACO, Leaders communautaires - Autorités sanitaires - Mères	
Caractéristiques de base du public cible primaire	<u>Sociodémographiques et économiques</u> • Homme et femme âgés de 18 à 62 ans, de profil médecin, infirmier, etc. travaillant dans la fonction publique ou dans le secteur privé ou au sein de la communauté. • Agents de santé • Hommes et femmes niveau technicien supérieur • Fonctionnaires ou contractuels de l'Etat • Non motivation des agents de santé • Charge de travail importante • Non disponibilité des intrants. <u>Interaction Sociale et réseau social</u> • Travaillant dans un système hiérarchique bénéficiant de supervisions, de formations continues et d'assistance des organes communautaires (ASACO). • Leaders communautaires • Niveau hiérarchique CSRéf • Associations et ordres de praticiens • ASACO, équipe socio sanitaire, autorités communales • Insuffisance de collaboration • Disponibilité du prestataire à sa communauté • Assiduité aux services <u>Sources de prise en charge</u> • Etat (Budget national), collectivités territoriales • Secteur Privé • ASACO • Fonds PPTE (Etat) • Mairie • Collaboration locale • Partenariat avec les autres secteurs <u>Sources d'information</u> • Formations, • Recyclages • Suivis/Supervisions • Protocoles, PNP, Directives • Textes administratifs, réglementations, médias. • CSRéf. • Equipe de supervision • Collaborateur direct
Caractéristiques d'idéation	<u>Connaissances en matière de nutrition et de prise en charge (PEC) de la malnutrition (Traitement)</u> • Non maîtrise des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) • Insuffisance de formation sur la nutrition • Insuffisance de connaissance des techniques de communication interpersonnelle et counseling en nutrition • Non maîtrise des normes et procédures en matière de nutrition et de PEC de la malnutrition. • Inexpérience en matière de pratique des interventions de nutrition et de PEC de la malnutrition • Formation initiale sur la nutrition • Formation continue sur la nutrition • Absence de suivi/évaluation.

	<u>Attitudes en matière de nutrition et de prise en charge de la malnutrition (Traitement)</u> • Insuffisance dans les CIP et éducation nutritionnelle systématique à l'endroit de tous les parents d'enfants de 0-5 ans • Volonté de mener des activités de nutrition mais les ressources (temps, personnel) ne le permettent pas • Pas de motivations de la part des autorités • Peu motivé pour les services de nutrition, malgré son amour du travail <u>Pratiques (actions) en matière de nutrition et prise en charge de la malnutrition (Traitement)</u> • Suivi préventif de l'enfant n'inclut pas la nutrition • La PCIME n'est pas correctement appliqué (partie nutrition non prise en compte) • Faible qualité de l'accueil des parents d'enfants malnutris dans les centres de santé • Conseils nutritionnels non fournis aux clients • Font peu (ou pas) de démonstrations culinaires • Insuffisance dans l'application correcte des normes et procédures • Compétences pratiques encore faible pour la nutrition • Conditions de travail insuffisantes
Autres caractéristiques importantes	• Manque de locaux pour séparer les malnutris des autres malades. • Insuffisance d'intrants (farine enrichie).

3-3.2.2- Les caractéristiques des cibles secondaires en matière traitement/récupération nutritionnelle

Caractéristiques des **cibles secondaires** (influençables)

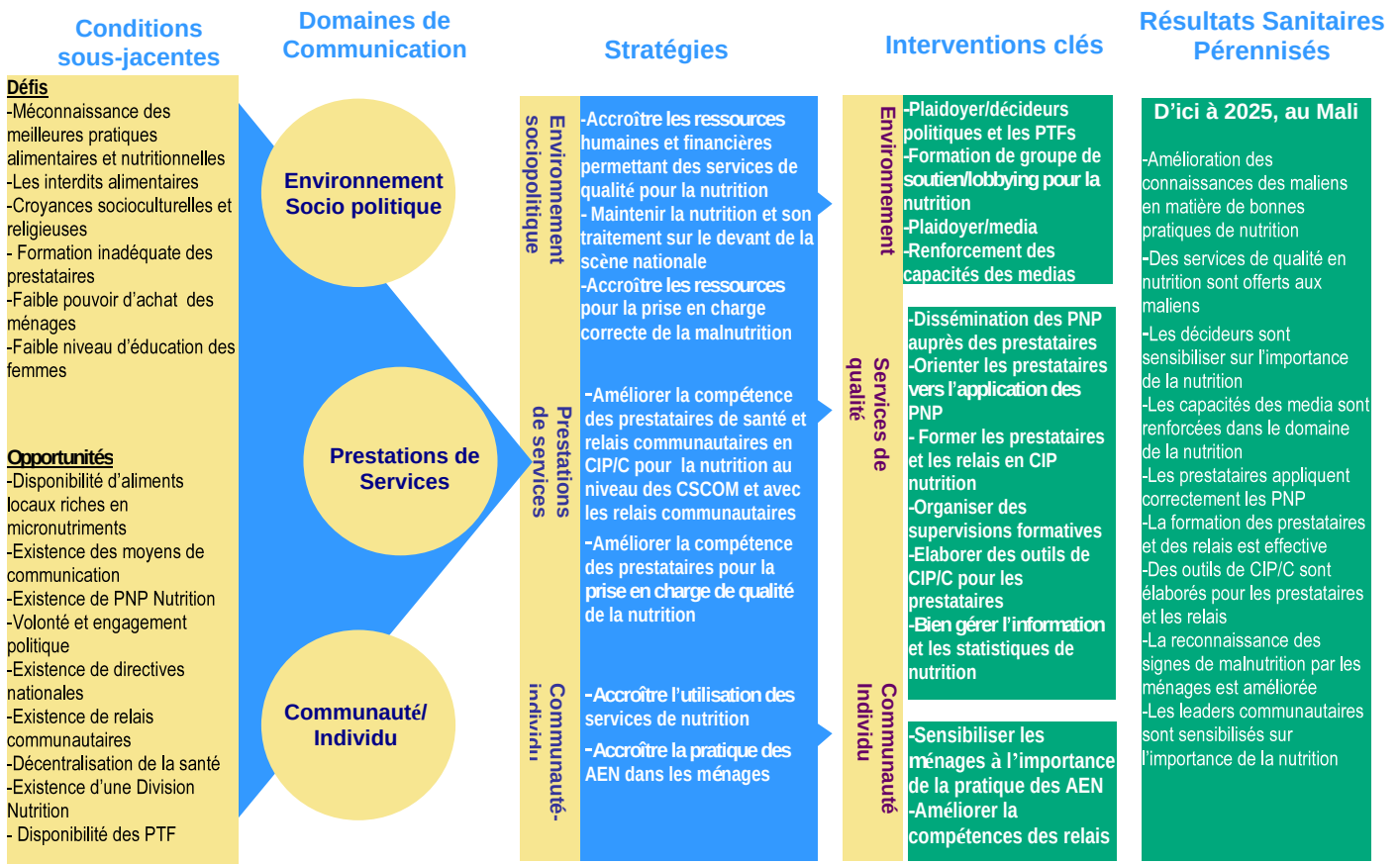
Cible secondaire : Mères d'enfants de 0 – 5 ans ; Parents	
Cibles influencées (= cible primaire): Prestataires ; Grand-mères ; groupe de soutien	
Caractéristiques de base du public cible secondaire	<u>Sociodémographiques et économiques</u> • Illettrée le plus souvent, rarement lettrée • Mariée le plus souvent (mariage polygame)- Quelquefois non mariée • Travailleuse ou ménagère • Fonctionnaires, contractuelles • Femmes en âge de procréer, vivant en milieu rural ou semi urbain, • Peut être sédentaire ou nomade. • Faible revenu des mères • Maternité rapprochée <u>Interaction Sociale et réseau social</u> • Dépendante des chefs de famille ou seules chargées de famille, regroupées en associations ou non, menant des AGR ou travaillant comme fonctionnaires. • Solidarité, entraide communautaire • Groupe de soutien • Les ONG, tontines, grins et camarades d'âge <u>Sources d'information</u> • TV • Radio • Prestataires • Homme de caste (messagers locaux) • Crieurs publics • Les leaders d'opinion • Centre de santé • Relais • Associations et groupements des femmes • Leaders religieux et traditionnels

Caractéristiques d'idéation	• ONG de développement <u>Connaissances en matière de prise en charge de la malnutrition (Traitement)</u> • Faible connaissance des signes de la malnutrition chez les enfants • Méconnaissance des conséquences graves de la malnutrition • Méconnaissance des avantages de l'utilisation des services de prise en charge de la malnutrition • Méconnaissance de l'importance d'utiliser à temps les services de prise en charge de la malnutrition • Connaissent parfois les aliments locaux riches mais ne savent pas faire des menus équilibrés <u>Attitudes en matière de prise en charge de la malnutrition (Traitement)</u> • Existence de croyances et mythes sur certains aliments • Ne conçoit pas de consacrer du temps particulier à l'alimentation de l'enfant (pratiques commensales, etc..) • Impatience de la mère dans l'alimentation de l'enfant. • Barrières socioculturelles, tabou, fatalité <u>Pratiques (actions) en matière de prise en charge de la malnutrition (Traitement)</u> • Faible fréquentation des C.S • N'emmènent pas les enfants à temps pour la prise en charge de la malnutrition • Recours tardif au C.S. • Non respect de la durée du traitement prescrit • Les mères ne suivent pas la croissance de leurs enfants dans les centres de santé (S.P.E) • N'utilisent pas toujours les soins de santé • Ne reviennent pas pour le suivi après le 1^{er} traitement • Recours aux tradipraticiens • Ne font pas de repas spécial pour l'enfant • Ne font pas une alimentation variée et équilibrée pour les enfants • Coutumes et interdits alimentaires • N'amènent pas l'enfant au centre de santé pour la vaccination de routine, le dépistage, la vitamine A de routine • Automédication • Non suivi des conseils nutritionnels.
-----------------------------	---

4- LE CADRE CONCEPTUEL DU PLAN STRATEGIQUE DE CCC EN MATIERE DE NUTRITION

Le cadre conceptuel Pathways de la stratégie (voir tableau ci-dessous) décrit les différents niveaux d'intervention en communication stratégique et les résultats intermédiaires suscités à ces différents niveaux. Ces résultats intermédiaires sont précurseurs des résultats durables à long terme que l'on recherche dans la planification et la mise en œuvre coordonnée de la stratégie CCC. Le cadre conceptuel reconnaît par ailleurs que les actions de planification et de mise en œuvre se font dans un contexte socio-économique, politique et de ressources humaines qui peuvent s'avérer être des opportunités ou des défis aux interventions de communication. Dans tous les cas de figure, les partenaires au développement et particulièrement ceux actifs dans la CCC au niveau des services, des politiques ou de la communauté, planifient et coordonnent les activités afin de limiter l'effet des défis et maximiser celui des opportunités. (*cf charte graphique ci-dessous*)

Cadre Conceptuel:
Vision d'une société malienne compétente en nutrition



4-1- Vision et mission pour une société malienne compétente en nutrition

4-1.1- Vision

La vision nous projette dans l'avenir avec un idéal auquel on aspire. Elle doit être partagée par les différents acteurs qui contribuent à la marche vers cette vision. Les participants à l'atelier ont estimé que la vision partagée par chaque malien individuellement, la communauté, les partenaires et le gouvernement peut :

clarifier ce qui est important et qui facilite le développement des initiatives;
encourager la réflexion analytique ;
encourager le focus et la créativité ;
souligner les besoins de changement.

:

« D'ici 2025, tous les maliens jouiront d'un état nutritionnel et aucun enfant ne mourra de malnutrition. »

4-1.2 Mission

La mission assignée a été définie comme une direction, un ensemble d'interventions permettant d'opérationnaliser la vision. Stratégiquement, le plan de communication se propose de contribuer à :

- Changer les normes sociales en matière de nutrition et d'alimentation au Mali : en améliorant les connaissances en nutrition des ménages et des prestataires ; en faisant la promotion des AEN auprès de ménages.
- Concrétiser l'engagement politique en matière de nutrition : à travers l'allocation des ressources, la collaboration inter et intra sectorielle (secteurs public, privé, et société privée)
- Renforcer les capacités en nutrition des communicateurs (journalistes, griots), des prestataires de service, des organisations de la société civile et assurer le suivi et évaluation des interventions de nutrition.

4-2- Les défis et opportunités à notre vision en CCC en nutrition au Mali

Le défi est une situation qui fait partie du contexte dans lequel le plan stratégique s'inscrit, et qui peut être un obstacle à l'atteinte de notre vision. Le défi est une situation qui s'impose à nous, une situation à laquelle on doit s'adapter pour résoudre les problèmes prioritaires identifiés dans le cadre du plan stratégique. Dans le contexte de notre plan stratégique de communication, un défi majeur est la pauvreté et l'appartenance de la majorité du Mali à une zone désertique. Les défis sont donc d'ordre naturel, politique, socio économique, culturel, etc.....Les défis déterminent les limites de notre vision.

Une opportunité est une situation qui s'offre à nous dans l'atteinte de notre vision. Elle favorise la résolution des problèmes identifiés dans le cadre de ce plan stratégique. Dans le cadre de la stratégie, l'existence d'une volonté politique, de PNP et de protocoles en matière de nutrition, ainsi que l'existence d'aliments locaux riches en nutriments sont des opportunités.

Les tableaux ci-dessous illustrent les défis et les opportunités à notre vision en communication pour le changement de comportement en matière de nutrition au Mali.

Défis et opportunités : **Prévention**

Thème prioritaire de nutrition	Prévention	
<u>Promotion des bonnes pratiques de nutrition</u> <u>Lutte contre les carences en micronutriments</u>	Défis	Opportunités
	Croyances socioculturelles et religieuses, mœurs et coutumes néfastes à un bon état nutritionnel (interdits alimentaires, pratiques de l'alimentation en famille privilégiant le chef de famille au détriment des enfants et des femmes)	• Existence de PNP et Protocoles en matière de nutrition • Existence du PSNAN • Existence du plan sectoriel Santé du PSNAN
	Faible implication de la société civile	Disponibilité des PTF.
	Faibles revenus des ménages.	Existence de structures décentralisées et d'un vaste réseau de relais communautaires formés
	L'analphabétisme/Faible scolarisation des mères qui n'ont donc pas un minimum de culture en matière de nutrition	Volonté et Engagement politiques en faveur de la nutrition
	Manque de motivation et d'intérêt pour des activités de prévention de la malnutrition du côté des prestataires et de la communauté.	La disponibilité des aliments locaux riches en énergie suffisants pour un bon état nutritionnel dans certaines régions
	Insuffisance des services de nutrition et insuffisance des ressources humaines qualifiées en nutrition	L'existence d'un partenariat fort entre les départements, les organisations internationales et la société civile.
	A l'exception du Sud du pays (zone de Sikasso) Le Mali se trouve dans une zone sahélienne et désertique où les conditions ne favorisent pas la sécurité alimentaire	Disponibilité des aliments locaux riches en micronutriments
		Réseau social développé (radio communautaire, Groupement de promotion féminine)

Défis et opportunités : **Traitement**

Thème prioritaire de nutrition	Traitement	
	Défis	Opportunités
Récupération nutritionnelle Dépistage précoce	Dépendance du Mali vis-à-vis de l'extérieur par rapport à la disponibilité des intrants de nutrition (aide alimentaire, capsules de vitamine A, comprimés de fer, aliments fortifiés)	Existence d'une Division Nutrition
	Faible pouvoir d'achat des ménages Maliens	Existence d'une pyramide sanitaire qui permet une prise en charge à plusieurs niveaux, avec la décentralisation (dans les structures sanitaires et dans la communauté-relais communautaires)
	Faible niveau d'éducation des femmes et de la communauté en général	Appui des partenaires au développement (techniques et financiers)
	Formation des prestataires	Existence de directives, PNP et protocoles nationales
	Faible disponibilité des structures de prise en charge de la malnutrition aigue et des intrants	
	Aléas climatiques et Enclavement du pays	
	Incohérence de la politique alimentaire	

4-3- But et objectifs du plan stratégique de CCC

BUT du plan stratégique de CCC : Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité infantiles et maternelles liées à la malnutrition, en accroissant l'utilisation des services de nutrition par les ménages maliens.

OBJECTIFS du plan stratégique de CCC :

L'atelier a retenu six objectifs majeurs pour notre stratégie. Il s'agit de :

- 1-** Améliorer les connaissances des Maliens des bonnes pratiques de nutrition (allaitement maternel, alimentation équilibrée et riche en micronutriments, hygiène alimentaire, aliments locaux enrichis, eau potable, bonnes pratiques commensales, lavage des mains)
- 2-** Sensibiliser les Maliens à la gravité de la malnutrition chez les femmes et les enfants
- 3-** Améliorer la reconnaissance des signes de malnutrition (dépistage précoce)
- 4-** Améliorer la qualité des services de nutrition (counseling de qualité en plus d'un suivi médical et nutritionnel de qualité)
- 5-** Accroître l'application des bonnes pratiques de nutrition
- 6-** Accroître l'utilisation des services de nutrition en faisant la promotion des avantages d'une bonne nutrition

Les objectifs de communication plus spécifiques doivent être **SMART**, c'est-à-dire Spécifiques, Mesurables, Appropriés (pour le problème identifié) Réalisables, et limités dans le temps. En matière de communication pour le changement de comportement, il est nécessaire d'atteindre au moins 3 niveaux d'objectifs pour arriver effectivement à l'adoption du comportement désiré. Ces niveaux d'objectifs sont : les objectifs de connaissance, les objectifs d'attitude, et les objectifs de pratique.

Objectifs spécifiques de communication pour la prévention en matière de nutrition :

Objectif de connaissance : augmenter de 15% le taux de femmes qui connaissent les avantages des bonnes pratiques de nutrition (AEN) d'ici 2012.

Objectif d'attitude : augmenter de 10% le taux des femmes qui perçoivent les bénéfices des bonnes pratiques de nutrition d'ici 2012.

Objectif de pratique : augmenter de 5% le taux des femmes qui utilisent les services de nutrition d'ici 2012.

Objectifs spécifiques de communication pour le traitement en matière de nutrition

Objectif de connaissance : augmenter de 20% le taux de prestataires qui connaissent les bonnes techniques de CIP/C nutrition d'ici 2012.

Objectif d'attitude : augmenter de 15% le taux de prestataires qui ont conscience de leur rôle-clé dans la prise en charge de la malnutrition d'ici 2012.

Objectif de pratique : augmenter de 10% le taux des prestataires (et relais communautaires) qui pratiquent une CIP/C nutrition de qualité d'ici 2012.

Les objectifs de communication étant clairement définis en termes mesurables, les moyens de communication ou encore activités clés les plus adaptés à la situation du Mali peuvent être maintenant déterminés. Pour optimiser les moyens de communication utilisés dans cette stratégie, il est apparu nécessaire de tenir compte de certains critères. Certains moyens se prêtant mieux que d'autres à l'atteinte des objectifs (par exemple, la brochure pour informer, le théâtre pour susciter les débats, la projection vidéo pour valoriser la parole au cours des séances de CIP). Les choix des activités à mener sont motivés par l'efficacité des médias, leur audience, leur coût, leur crédibilité, leur fiabilité, leur interactivité, leur souplesse, leur rapidité et leur adaptabilité aux objectifs fixés.

POSITIONNEMENT

Parmi les différents types de positionnement identifiés, le positionnement émotionnel a été retenu. Cette option permet d'atteindre le cœur des populations cibles et favorise en conséquence leur adhésion à la cause d'une bonne nutrition. Subséquemment, le positionnement choisi conduit au changement progressif de comportement et à l'amélioration de l'état nutritionnel des ménages maliens à travers l'utilisation des services de nutrition disponibles, but ultime du plan stratégique.

Positionnement : Emotionnel

PROMESSE-CLE

En Afrique, tout parent est fier de montrer la réussite de son enfant. Une bonne nutrition favorise le développement de l'intelligence et augmente les chances de réussite de nos enfants. C'est cet esprit qui a conduit à l'option de la promesse suivante :

Si tu adoptes de bonnes pratiques de nutrition pour ton enfant, il sera en bonne santé et réussira dans la vie.

SLOGAN

Une bonne nutrition pour une bonne réussite de nos enfants !

4-4- Approche stratégique

L'approche stratégique résume les grands axes d'intervention qui peuvent permettre de résoudre les problèmes de communication pour le changement de comportement identifiés en matière de nutrition. Ces grands axes ou grandes catégories d'intervention sont définis en fonction des domaines majeurs (niveaux) de communication stratégiques tels que définis antérieurement par le cadre conceptuel: niveau environnement socio-politique, niveau prestation de services, et niveau communautaire et individuel. Ces niveaux (domaines) de communication stratégique sont reliés entre eux et se renforcent mutuellement pour favoriser le changement de comportement effectif au niveau de la cible.

Ci-dessous suivent les tableaux récapitulatifs de l'approche stratégique de communication pour le changement de comportement respectivement pour l'axe stratégique prévention et p l'axe stratégique traitement en nutrition.

4-4.1- Axes stratégiques de CCC pour la prévention en nutrition

Axe Prévention

	THEME PRIORITAIRE DE NUTRITION	PREVENTION
	OBJECTIF COMPORTEMENTAL GLOBAL	Augmenter de 5 % le taux de FAP qui pratiquent les bonnes pratiques de nutrition
DOMAINE DE COMMUNICATION STRATEGIQUE	STRATEGIES	INTERVENTIONS-CLES
Environnement sociopolitique	1) Accroître les ressources (humaines et financières) permettant des services de qualité pour la nutrition 2) Maintenir la nutrition sur le devant de la scène nationale	1.1-Plaidoyer : sensibiliser les décideurs politiques et les partenaires au développement à l'importance de la nutrition et aux ressources nécessaires à des services de santé de qualité intégrant la nutrition. 1.2- Formation de groupe de soutien/lobbying pour la nutrition 2.1- Plaidoyer : sensibiliser les médias à l'importance de la nutrition et aux ressources nécessaires à des services de santé de qualité intégrant la nutrition. 2.2- Renforcement de la capacité des médias pour couvrir l'information et faire le plaidoyer pour la nutrition : formation et outils/dossiers de presse
Prestation de services	Améliorer la compétence des prestataires de santé et relais communautaires en CIP/C pour la nutrition en vue d'une meilleure promotion des bonnes pratiques de nutrition- AEN- au niveau des CSCOM et avec les relais communautaires	1.1- Disséminer effectivement les PNP nutrition auprès de tous les prestataires de services 1.2- Orienter les prestataires de services à l'application des PNP 1.3- Former les prestataires et relais communautaires en CIP/C nutrition 1.4- Organiser des supervisions formatives régulières pour les prestataires donnant des conseils de nutrition 1.5- Elaborer des outils de CIP/C pour faciliter la tâche aux prestataires et assurer la qualité continue de leurs services de CIP/C nutrition 1.6- Assurer une bonne gestion de l'information et des statistiques de services de nutrition
Communauté/Individu	1) Accroître l'utilisation des services de nutrition 2) Accroître la pratique des AEN dans les ménages	1.1- Améliorer la connaissance des avantages de la pratique des AEN 1.2- Sensibiliser les ménages à l'importance de la pratique des AEN 1.3- Amélioration de la compétence des relais communautaires pour accroître la connaissance des avantages de la pratique des AEN

4-4.2- Axes stratégiques de CCC pour le traitement en nutrition

Axe traitement

	THEME PRIORITAIRE DE NUTRITION	TRAITEMENT
	OBJECTIF COMORTEMENTAL GLOBAL	Augmenter de 5 % le pourcentage de prestataires de services offrant des services de qualité en communication interpersonnelle et counseling nutrition.
DOMAINE DE COMMUNICATION STRATEGIQUE	STRATEGIES	INTERVENTIONS-CLES
Environnement sociopolitique	1) Accroître les ressources (humaines et financières) permettant des services de qualité pour la prise en charge correcte de la malnutrition 2) Maintenir le traitement de la malnutrition sur le devant de la scène nationale	1.1-Plaidoyer : sensibiliser les décideurs politiques et les partenaires au développement à l'importance du traitement de la malnutrition et aux ressources nécessaires à une prise en charge correcte. 1.2- Formation de groupe de soutien/lobbying à la prise en charge de la malnutrition 2.1- Plaidoyer : sensibiliser les médias à l'importance du traitement de la malnutrition et aux ressources nécessaires à une prise en charge correcte. 2.2- Renforcement de la capacité des médias pour couvrir l'information et faire le plaidoyer pour le traitement de la malnutrition : formation et outils/dossiers de presse
Prestation de services	Améliorer la compétence des prestataires de santé et relais communautaires en CIP/C pour la prise en charge de qualité de la malnutrition *	1.1- Disséminer effectivement les PNP nutrition auprès de tous les prestataires de services 1.2- Orienter les prestataires de services à l'application des PNP 1.3- Former les prestataires et relais communautaires en CIP/C récupération nutritionnelle 1.4- Organiser des supervisions formatives régulières pour les prestataires exerçant la prise en charge de la malnutrition 1.5- Elaborer des outils de CIP/C pour faciliter la tâche aux prestataires et assurer la qualité continue de leurs services de CIP/C en matière de récupération nutritionnelle 1.6- Assurer une bonne gestion de l'information et des statistiques de services de récupération nutritionnelle.
Communauté/Individu	Accroître l'utilisation des services de récupération nutritionnelle	1.1- Améliorer la reconnaissance des signes de gravité de la malnutrition dans les ménages, pour un dépistage précoce 1.2- Sensibiliser les ménages à l'importance de compléter le traitement de récupération nutritionnelle 1.3- Amélioration de la compétence des relais communautaires pour accroître le dépistage des enfants malnutris et de les référer au centre de santé

N.B.* L'amélioration de la compétence des prestataires de services et relais communautaires en CIP/C pour la prise en charge de la malnutrition ferait partie d'un paquet intégré d'amélioration de la compétence globale en prise en charge de la malnutrition (y compris prise en charge médicale, psychologique, etc....)

4-5- Les plans d'intervention de CCC par thème prioritaire nutrition

Les plans d'intervention résument le contenu des interventions en matière de communication pour le changement de comportement. Essentiellement, ils organisent l'information en matière de contenu de messages pour résoudre les problèmes de comportement liés à la nutrition.

4-5.1 - Plans d'intervention de CCC pour la prévention en nutrition

Thème prioritaire de nutrition	Problèmes de Communication	Cibles	Comportement désiré	Contenu des messages	Approche de communication stratégique	Types, Canaux, outils et matériels de communication	Partenaires
Prévention : Promotion bonnes pratiques de nutrition	Faible application des bonnes pratiques de nutrition	<u>Cible primaire</u> : Femmes en âge de procréer	Appliquer les bonnes pratiques de nutrition : Actions Essentielles en Nutrition	- Avantages de l'utilisation des services de nutrition. - Avantages des bonnes pratiques de nutrition pour la santé et la réussite des enfants. - Avantages des aliments nutritifs pour le bon développement de l'enfant et de la femme. - Avantages des bonnes pratiques d'allaitement. - Importance de la Surveillance Préventive de l'Enfant - Importance des démonstrations culinaires dans l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes. - Importance des problèmes liés à la malnutrition. - importance d'harmonisation et de coordination des messages en matière de nutrition	Promotion des bonnes pratiques de nutrition : les AENs pour les ménages	<u>Type</u> : Mass-media : <u>Canaux</u> : TV et radio, imprimés <u>Matériels</u> : spots radio ; spots télé, microprogrammes radio, série radio et télé ; video, posters, etc.. <u>Type</u> : CIP : <u>Canaux</u> : mobilisation communautaire Théâtre, pair-éducation, jeux, concours- mamans lumière ; réunions, conférences <u>Matériels</u> : pièces de théâtre, dépliants, T-shirts, casquettes, etc...	USAID et ses agences, HKI, UNICEF, GP/SP, Société Civile, Tontines, Associations Groupements CНИЕCS, URTEL, CARE, IBFAN
	Méconnaissance de l'importance et des avantages de la nutrition pour l'état général de la santé des mères et des enfants.	<u>Cible secondaire</u> : - Mari - Belle-mère - Leaders Communautaires et d'opinion	Encourager et soutenir la femme à appliquer les bonnes pratiques de nutrition et à utiliser les services de nutrition	- Avantages de l'utilisation des services de nutrition. - Avantages des bonnes pratiques de nutrition pour la santé des femmes et des enfants. - Avantages des aliments nutritifs pour le bon développement de l'enfant et de la femme. - Avantages des bonnes pratiques d'allaitement. - Importance de la SPE, - Importance des démonstrations culinaires dans l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des enfants.	Promotion des bonnes pratiques de nutrition : les AENs pour les ménages et plaidoyer auprès des leaders	<u>Type</u> : Mass-media : <u>Canaux</u> : TV et radio, imprimés <u>Matériels</u> : spots radio ; spots télé, microprogrammes radio, série radio et télé ; video, posters, etc.. <u>Type</u> : CIP : <u>Canaux</u> : mobilisation communautaire : Théâtre, pair-éducation, jeux, concours- mamans lumière ; réunions, conférences <u>Matériels</u> : pièces de théâtre, dépliants, T-shirts, casquettes, etc...	USAID et ses agences, HKI, UNICEF, Gro GP/SP,
	Faible qualité des services de	<u>Autre cible secondaire</u> :	Fournir des services de	-Les clients doivent recevoir les informations complètes et précises sur les bonnes pratiques de	Amélioration des compétences des	<u>Type</u> : CIP : <u>Canaux</u> : Formation ,	

	nutrition CIP et Faible accès aux services de nutrition	Prestataires de services ; relais communautaires	qualité CIP en nutrition au plus grand nombre de femmes en âge de procréer et aux enfants de 0-5 ans	nutrition selon les AEN - Il faut rappeler et intégrer les conseils nutrition dans toutes les visites de maternité ou de survie de l'enfant - Les démonstrations culinaires permettent d'orienter les femmes à de bonnes pratiques de nutrition -Il faut faire le suivi des enfants qui sont allaités ou qui doivent recevoir la vitamine A -Il faut faire le suivi des femmes qui doivent recevoir le fer et la vitamine A -Il faut faire la stratégie avancée pour toucher le maximum d'enfants et de femmes pour les soins nutrition -la formation et la supervision formative permettent de perfectionner les performances en nutrition	prestataires en CIP nutrition santé	recyclage et supervision <u>Outils</u> :Curriculum de formation élaborés ou mis à jour ; boîte à images ; fiches techniques, et autres job-aids	Société Civile, Tontines, Associations / Groupements , CNECS, URTEL, CARE. IBFAN
	- Faible engagement politique et communautaire	<u>Autre cible secondaire</u> : - Leaders politiques et administratifs - Médias	Allouer des ressources aux programmes de nutrition et faire de la nutrition une priorité nationale	- Importance de l'implication des plus hautes autorités politiques et administratives dans les actions de nutrition. - Nécessité de ressources humaine et financières pour la nutrition -La nutrition est primordiale pour l'état de santé général des maliens et la réussite de nos enfants	Sensibilisation et plaidoyer pour l'importance de la nutrition dans plusieurs aspects : éducation, santé, économie	<u>Type</u> : Mass-média <u>Canaux</u> : TV, radio, imprimés <u>Outils de plaidoyer</u> : Spots, documentaires, microprogrammes radio et Télé ; <u>Type</u> : CIP <u>Canaux</u> : Conférences, réunions, orientations <u>Outils</u> : Dossier d'information/briefing ; Dépliants, dossiers de presse, curriculum, etc...	
	Faible gestion des programmes de CCC nutrition	<u>Autre cible secondaire</u> : Gestionnaires de programmes	Harmonisation des messages et meilleure coordination des interventions de nutrition	-L'harmonisation des messages permet de faciliter la compréhension et leur mise en pratique au niveau des publics cibles -La coordination des activités de CCC nutrition pour une meilleure planification et efficacité des interventions	Sensibilisation des acteurs à l'importance de la coordination	<u>Type</u> : CIP <u>Canaux et activités</u> : Réunions, partage des plans d'action, etc...	

4-5.2 - Plans d'intervention de CCC pour le traitement en nutrition

Thème prioritaire de nutrition	Problèmes de communication	Cible segmentée	Comportement désiré	Contenu des messages	Approche de communication stratégique	Types, Canaux, outils et matériels de communication	Partenaires
Récupération Nutritionnelle	Faible qualité des services de CIP/C nutrition	<u>Cible primaire</u> : Prestataires de services de santé/nutrition et relais communautaires	Offrir des services de CIP nutrition de qualité au plus grand nombre de femmes en âge de procréer et aux enfants de 0-5 ans	-Les clients doivent recevoir les informations complètes et précises sur les bonnes pratiques de nutrition selon les AEN - Il faut rappeler et intégrer les conseils nutrition dans toutes les visites de maternité ou de survie de l'enfant - Les démonstrations culinaires permettent d'orienter les femmes à de bonnes pratiques de nutrition -Il faut faire le suivi des enfants qui allaités ou qui doivent recevoir la vitamine A -Il faut faire le suivi des femmes qui doivent recevoir le fer et la vitamine A Recherche des perdus de vue -Il faut faire la stratégie avancée pour toucher le maximum d'enfants et de femmes pour les soins nutrition -la formation et la supervision formative permettent de perfectionner les performances en nutrition	Amélioration des compétences des prestataires en CIP récupération nutritionnelle	<u>Type</u> : CIP <u>Canaux</u> : Formation, recyclage et supervision <u>Outils</u> :Curriculum de formation élaborés ou mis à jour ; boîte à images ; fiches techniques, et autres job-aids	- ASACO - Etat - ACF - HKI - PAM - UNICEF - Collectivité - USAID et agences - Save the children - ACF - CNEICS ; - CREDOS ; - UNICEF ; - OMS ; - HKI - REMANUT ; - GP/SP - Action contre la Faim ; - FENASCOM - Health Policy Initiative;
	Retard dans la recherche des services : Non reconnaissance des signes de danger de la malnutrition	<u>Cible secondaire</u> : Mères d'enfants de moins de 5 ans, belle-mères	Utilisation des services de récupération nutritionnelle à temps	- Reconnaissance des signes de danger de la malnutrition	Sensibilisation sur les signes de danger de la malnutrition	<u>Type</u> : Mass-media : <u>Canaux</u> : TV et radio, imprimés <u>Matériels</u> : spots radio ; spots télé, microprogrammes radio, série radio et télé ; video, posters, etc.. <u>Type</u> : CIP- <u>Canaux</u> : mobilisation communautaire : Théâtre, pair-éducation, jeux, concours- mamans lumière ; réunions, conférences <u>Matériels</u> : pièces de théâtre, dépliants, T-shirts, casquettes, etc	
	Non achèvement du traitement de	<u>Cible primaire</u> : Prestataires de	S'assurer que le traitement de récupération	- Il faut donner l'information complète et les attentes par rapport au traitement (contenu, durée, visites de suivi) -	Amélioration des compétences en CIP des	<u>Type</u> : CIP <u>Canaux</u> : Formation, recyclage et supervision	

	récupération nutritionnelle	services de santé/nutrition et relais communautaires	nutritionnelle est achevé pour tous les enfants pris en charge	- Il est nécessaire de faire la recherche active des perdus de vue -Il faut faire la stratégie avancée pour s'assurer de toucher le maximum et rendre facile les visites de suivi pour les mères	prestataires de service	<u>Outils</u> :Curriculum de formation élaborés ou mis à jour ; boîte à images ; fiches techniques, et autres job-aids
		<u>Cible secondaire</u> : femmes en âge de procréer, mères d'enfants de moins de 5 ans, belle-mère	Respect du traitement complet jusqu'à la fin	- Pour que le traitement de récupération nutritionnelle soit efficace, il faut que le traitement soit achevé - L'enfant peut être complètement récupéré si le traitement est achevé -Il faut rester en contact avec le relais communautaire et le prestataire de services jusqu'à ce que le traitement soit achevé	Sensibilisation sur l'importance d'achever le traitement de récupération nutritionnelle	<u>Type</u> : Mass-media : <u>Canaux</u> : TV et radio, imprimés <u>Matériels</u> : spots radio ; spots télé, microprogrammes radio, série radio et télé ; video, posters, etc.. <u>Type</u> : CIP- <u>Canaux</u> : mobilisation communautaire : Théâtre, pair-éducation, jeux, concours- mamans lumière ; réunions, conférences <u>Matériels</u> : pièces de théâtre, dépliants, T-shirts, casquettes, etc

5- LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE



*Séance de
formation des
prestataires*

Le présent plan stratégique offre un cadre de communication en matière de nutrition, pour assurer une synergie dans la planification, la gestion, et l'exécution des interventions en communication pour le changement de comportement pour la promotion des bonnes pratiques de nutrition au Mali. Plus spécifiquement, la mise en œuvre s'articule autour des points suivants :

- 1- Plan d'action opérationnel triennal
- 2- Les principes directeurs et opérationnels qui gouvernent la mise en œuvre de la stratégie,
- 3- Le cadre de gestion et de coordination harmonisé,
- 4- L'exécution du plan stratégique,
- 5- Le suivi et l'évaluation des activités,
- 6- La pérennisation des interventions

5.1- Plan d'action opérationnel triennal

[illegible]

[illegible]

ETAPES CLÉS / ACTIVITES	DOMAINE	NIVEAU	RESPONSABLE	PARTENAIRES	CALENDRIER 2008-2011											
					T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
<u>Améliorer la compétence des prestataires de santé et relais communautaires en CIP/C Nutrition pour faire la promotion des AEN:</u> Orientation des prestataires aux outils produits	Prévention et traitement	Communautaire	DNS	Partenaires, CSCOM, ASACO		x										
<u>Améliorer la compétence des prestataires de santé et relais communautaires en CIP/C Nutrition pour faire la promotion des AEN:</u> Reproduction et dissémination supplémentaires des outils et matériels produits si nécessaire	Prévention et traitement	National	DNS	Partenaires, CSCOM, ASACO					x				x			
<u>Améliorer la compétence des prestataires de santé et relais communautaires en CIP/C Nutrition pour faire la promotion des AEN:</u> Recyclage sur le tas des prestataires et relais communautaires aux PNP et compétences CIP/C et utilisation judicieuse des outils CIP/C, à travers la supervision formative	Prévention	Communautaire	DNS	Partenaires, CSCOM, ASACO			x		x			x	x			x

[illegible]

ETAPES CLÉS / ACTIVITES	DOMAINE	NIVEAU	RESPONSABLE	PARTENAIRES	CALENDRIER 2008-2011											
					T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
Concevoir une documentation et une méthode de diffusion des effets des différentes éditions de la campagne CCC sur l'utilisation des services de nutrition préventive et récupération nutritionnelle- De petits articles de success stories peuvent être rédigés par la gestion du programme. Ces success stories ou articles à publier serviront en eux-mêmes de témoignage à la réussite du programme CCC nutrition et pourront être diffusés dans la presse nationale et dans la région Ouest Africaine.								X			X				X	
Coordonner les interventions de CCC nutrition																
Tenir des réunions trimestrielles de coordination entre tous les acteurs- Cette réunion permettra de coordonner les activités pour éviter les duplications et maximiser les ressources, et informer les partenaires	Prévention et Traitement	National Régional	DNS, DRS	Partenaires, CSCOM, ASACO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tenir des réunions , tenir des bilans annuellement: ces réunions permettront à tous les acteurs nationaux en matière de nutrition de se rassembler une fois par an pour partager leurs résultats clés, les défis, les difficultés, les leçons apprises, et planifier pour l'année suivante.	Prévention et Traitement	National	DNS	Partenaires, CSCOM, ASACO, FELASCOM				X				X				X

[illegible]

5-2- Les principes directeurs et opérationnels

Les principes directeurs guident l'action des acteurs sur le terrain. En matière de communication, il s'agit en général de :

- La conception d'interventions de communication basée sur des données de recherche qualitative et quantitative à jour
- L'implication des cibles influençant la prise de décision des cibles essentielles ou des bénéficiaires (maris, leaders politiques, leaders communautaires, leaders religieux)
- L'application d'une approche multi-média permettant de varier les canaux pour s'assurer de toucher effectivement nos cibles
- L'application d'approches telles que la participation communautaire et le plaidoyer
- Le renforcement de la capacité en CCC des prestataires de services de santé et d'autres cibles telles que les médias et autres leaders d'opinion
- L'utilisation de canaux de prestation de services tels que la stratégie avancée et les activités des relais communautaires.

5-3- Le cadre de gestion et de coordination

5-3.1- Le comité de pilotage et son rôle

Un Comité de pilotage du plan stratégique de CCC en nutrition a été mise en place. Il est composé de quinze (15) membres qui sont :

DNS – Direction Nationale de la Santé ;
CНИЕCS- Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé;
GP/SP- Groupe Pivot – Santé Population ;
HKI – Helen Keller International ;
REMANUT – Réseau Malien de Nutrition;
CPS- Cellule de Planification et Statistiques ;
USAID - Agence des Etats-Unis pour l'Aide Internationale ;
UNICEF ; Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ;
PAM- Programme Alimentaire Mondiale ;
ACF ; Action Contre la Faim
DNDS : Direction Nationale du Développement Social ;
INRSP- Institut National de Recherche en Santé Publique ;
CREDOS - Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant ;
OMS – Organisation Mondiale de la Santé
FENASCOM – Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire.

Le comité de pilotage a pour rôle de finaliser et de démarcher les différents partenaires potentiels pour les inviter à la collaboration dans la mise en œuvre de ce plan stratégique de communication pour la nutrition. Le comité de pilotage a aussi pour rôle d'assurer la coordination des interventions proposées dans le présent plan. A ce titre, le comité de pilotage identifie les partenaires potentiels, leur présente les interventions proposées dans le plan et négocie leur implication et collaboration à sa mise en œuvre :

- établissement de plans d'action ;
- suivi et évaluation,
- mobilisation des ressources ;
- réalisation des activités ;
- documentation et dissémination des résultats de ce plan stratégique.

5-3.2- Les rôles et responsabilités des acteurs

Une coordination multisectorielle efficace est un pré-réquis pour assurer l'exécution correcte du présent plan stratégique visant le changement de comportement en matière de nutrition.

Le Comité de pilotage a essentiellement un rôle de coordination et de suivi évaluation. Une meilleure coordination des interventions permettra aux partenaires de ne pas dupliquer les activités, mais de les planifier de façon complémentaire et de mieux toucher les bénéficiaires, d'éviter les messages contradictoires, de rationaliser l'utilisation du matériel et d'assurer une forte couverture géographique dans le pays.

5-4- L'exécution du plan stratégique

Les facteurs suivants influencent la mise en œuvre du plan stratégique de communication en nutrition :

- Décentralisation des activités

La DNS, en association avec le comité de pilotage, jouera un rôle de coordination, de suivi et supervision du plan stratégique. Toutes les interventions liées au présent plan seront menées par les différents partenaires de la DNS, et s'intégreront dans le plan harmonisé et décentralisé de la DNS.

- Coordination Multisectorielle

La coordination multisectorielle permet d'assurer une harmonisation des plans d'action issus de ce plan stratégique et une synergie des interventions CCC en matière de nutrition. Elle sera du ressort de la DNS/DN qui jouera un rôle clé dans la coordination (comité de pilotage), en étroite collaboration avec les partenaires qui apporteront l'appui technique et financier à la mise en œuvre du plan stratégique.

- Coordination et renforcement au niveau des structures socio sanitaires

Les capacités des prestataires et des centres de santé doivent être renforcées.

Le personnel de santé doit être formé et encouragé à utiliser la CIP tout en observant la patience face aux désagréments et à l'indiscipline de certains groupes cibles. Il y a parfois une tendance à cantonner la communication aux activités de participation communautaire, de plaidoyer, ou de sensibilisation, en oubliant le rôle crucial de la CIP dans la prestation de service.

- Utilisation d'indicateurs de performance communs

Les structures impliquées dans la mise en œuvre du plan stratégique de communication en nutrition seront encouragées à utiliser les mêmes indicateurs pour mesurer le progrès de leurs interventions sur le terrain.

- Renforcement des capacités en communication

Les capacités en communication de la DN et des membres du Comité de Pilotage doivent être renforcées avec l'appui des partenaires. Ce renforcement des compétences en planification stratégique de CCC en nutrition permettra d'une meilleure coordination et une facilitation des activités de communication programmées.

- Participation et habilitation des mouvements associatifs et groupements

La participation des Associations communautaires telles que les *Grins* et les Groupements de promotion féminine et autres organisations de la société civile contribuent à l'atteinte des objectifs de communication.

5-5- Le suivi et l'évaluation

De façon idéale, toutes les interventions de CCC seront basées sur la recherche en amont et en aval. De façon participative, les activités devront être monitorées et évaluées pour en déterminer l'impact. Ceci rendra plus systématique la documentation des bonnes pratiques et pratiques prometteuses en communication pour la nutrition.

Les principes directeurs en matière de suivi et évaluation incluent :

- la formation des intervenants en recherche qualitative et quantitative ;
- le pré-test systématique des outils et matériels de communication élaborés. Très souvent cette étape de la conception des activités de CCC n'est pas respectée par manque de ressources (temps, finances, etc...) ;
- l'harmonisation des indicateurs de processus et d'impact ;
- l'élaboration d'outils de suivi harmonisés et consensuels pour garantir leur administration et exploitation effectives ;
- la mise en place d'un système de vulgarisation des données résultant du suivi et de l'évaluation des interventions.

La méthodologie suivante sera développée sur le terrain pour suivre les activités et évaluer l'impact des différentes interventions.

Evaluation de base :

- analyse quantitative : Enquête CAP au niveau de la communauté, FAP (cibles primaires), maris, belles-mères ;
- analyse qualitative : FGD des clients, des communautés, Entretien dirigé avec les prestataires, Observation des prestataires et des ménages ;

Evaluation de processus

- analyse des rapports d'activités (formation, supervision, monitoring, contrôle du plan d'action, production de supports) ;
- évaluation des procédures ;
- monitoring et Statistiques de services ;
- évaluation finale : interne (autoévaluation) ou externe (audit) ;
- enquêtes CAP ;
- études qualitatives.

De façon plus spécifique l'évaluation de base, et l'évaluation de processus s'articuleront autour d'indicateurs tels que:

Pour l'évaluation de base :

- pourcentage d'enfants malnutris au moment de l'enquête ;
- pourcentage de Femmes en Age de Procréer qui connaissent les AEN ;
- pourcentage de Femmes en Age de Procréer qui pratiquent les AEN ;
- pourcentage de Femmes en Age de Procréer qui connaissent les signes de la malnutrition ;

- pourcentage d'hommes qui aident leurs femmes dans les pratiques des AEN ;
pourcentage de prestataires qui appliquent les PNP en matière de nutrition.

Pour l'évaluation de processus :

- nombre de supervisions réalisées sur prévues ;
- nombre de sessions de formation réalisées sur prévues ;
- nombre d'agents formés sur prévus ;
- nombre de causeries réalisées sur prévues ;
- nombre de démonstrations réalisées par agent.

Pour l'évaluation finale :

- % de femmes en âge de procréer qui utilisent les services de nutrition ;
- % d'enfants malnutris dépistés ;
- % d'enfants dépistés récupérés.

5-6- La pérennisation des interventions

La pérennisation des interventions issues du plan de communication en matière de nutrition dépend en grande partie de l'implication des acteurs à tous les niveaux. Pour assurer cette pérennisation, le plan de communication propose les actions suivantes :

- une planification et une mise en œuvre concertée des activités ;
- une implication des bénéficiaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités de communication ;
- une forte coordination multisectorielle des activités ;
- un engagement et un appui constants des autorités (administratives politiques, religieuses, communautaires...).

LEXIQUE

La Communication pour un Changement de Comportements (CCC)

Succédant au concept IEC (Information, Education et Communication), la Communication pour un Changement de Comportements (CCC) vise à amener des individus, des groupes ou une population à adopter, maintenir ou changer volontairement une attitude et un comportement en vue de l'amélioration de la qualité de vie au plan individuel ou collectif. La CCC combine un ensemble d'interventions comportant la communication interpersonnelle, le counseling, les mass médias, les approches de participation communautaire qui tiennent compte des valeurs, du contexte et des relations existant entre les membres d'une communauté.

Le Plaidoyer

Le plaidoyer vise à obtenir l'engagement politique et influencer les politiques, stratégies et programmes afin de maintenir des attitudes positives sur des thèmes prioritaires ayant trait à l'accès, la qualité et l'équité des services et traitements. Il aide également à mobiliser les ressources et services dans l'exécution des programmes.

La Mobilisation Communautaire

La mobilisation communautaire est un processus qui vise à rallier à l'action, les membres d'une communauté afin de réaliser un but social commun à travers les efforts et les contributions de tous et cela au moindre coût. Ce processus est planifié, exécuté et évalué par des individus, des groupes de la communauté de manière participative et constante afin de remédier au problème posé.

La Participation Communautaire

La participation communautaire consiste à amener une communauté, grâce à la communication, à prendre conscience du fait qu'elle dispose de ressources nécessaires pour réaliser une action de développement et à s'impliquer dans sa planification, son exécution et son évaluation. L'appui extérieur peut être nécessaire mais il doit contribuer à l'autonomie de la communauté et l'amener à terme à l'auto développement.

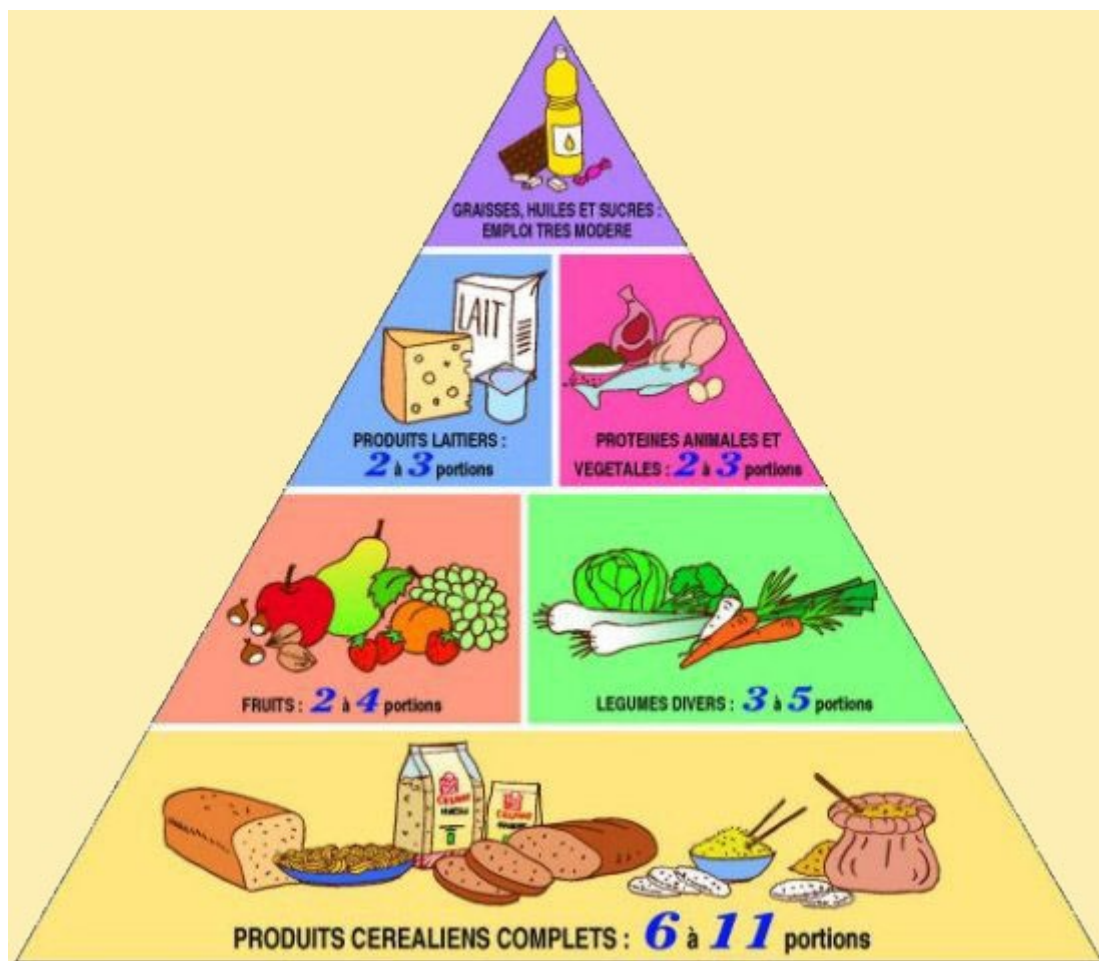
Le Marketing social

Le marketing social est un ensemble de techniques issues du marketing commercial, utilisées pour persuader une population à adopter une idée, une pratique ou un produit sans que la visée commerciale ne soit la motivation principale. Le marketing social permet ainsi de provoquer un changement de comportement chez une personne cible par la persuasion.

ANNEXES

Annexe 1 : La Pyramide alimentaire

La Pyramide Alimentaire



Cette pyramide est un modèle alimentaire proposé en 1992 aux U.S.A. par le Ministère de la Santé (Department of Health and Human Services, HHS) sur la base des recherches conduites par le Ministère de l'Agriculture (United States Department of Agriculture, USDA) qui tiennent compte des connaissances les plus récentes en matière de science de la nutrition.

Cette pyramide recommande la restriction des matières grasses et la consommation d'aliments sources d'énergie tels que les glucides (produits céréaliers sous diverses formes : pain, riz, pâtes etc.) Ce sont des aliments de base parce qu'ils apportent des hydrates de carbone complexes (amidon) qui sont une source d'énergie importante, en particulier dans les régimes à teneur réduite en matières grasses. Les céréales apportent aussi des vitamines, des minéraux et des fibres.

Les légumes sont également importants parce qu'ils apportent de nombreuses vitamines (vitamines A, C, etc.), des minéraux et oligo-éléments comme le fer, le magnésium, les fibres alimentaires. Chaque catégorie de légumes apporte son lot de nutriments. Il est donc important de diversifier sa consommation de légumes :

- les légumes verts à feuilles (choux, brocoli, laitue, salades, épinards, etc.) ;
- les légumes couleur jaune orange (carottes, potirons,...) ;

- les légumes amidons (pommes de terre, petits pois,...) ;
- les légumineuses (lentilles, pois chiches, pois cassés,...) ;
- autres légumes (tomates, oignons, haricots verts,...).

Les fruits aussi très sont importants. Les fruits et jus de fruits apportent des quantités importantes de vitamines A et C ainsi que du potassium.

Par ailleurs, la viande, la volaille, le poisson les légumes secs apportent des protéines, des vitamines B, du fer et du zinc. Les autres aliments du groupe – légumes secs, œufs, noisettes etc. apportent comme la viande des protéines et des taux similaires de vitamines et minéraux.

D'autres sources mineures de protéines dont les noisettes, amandes et graines oléagineuses apportent en plus des protéines une quantité importante de matières grasses.

Le lait, le yaourt, le fromage et autres produits laitiers apportent des protéines, des vitamines et des minéraux. Ce sont d'importantes sources de calcium.

A la pointe de cette pyramide, le groupe des matières grasses, huiles et sucres. Il s'agit en particulier des sauces de salade, des crèmes, du beurre, de la margarine, du sucre, des boissons sucrées, des bonbons et des desserts sucrés.

Une alimentation variée et de bonne qualité inclut idéalement un apport de chacun des 5 groupes alimentaires aux différents repas.

Annexe 2 : Rappel des notions sur les théories en matière de communication pour le changement de comportement

1- LES THEORIES ET MODELES DE CCC APPLIQUES A LA STRATEGIE

1.1- La théorie de la diffusion des innovations

Une idée ou une pratique nouvelle se répand à travers des canaux de communication divers, parmi les membres d'un système social. Le modèle décrit les facteurs qui influencent la pensée, les actions et le processus d'adoption d'une nouvelle idée ou d'une nouvelle technologie.

1.2- Les théories basées sur la connaissance

L'adoption d'un comportement dépend de l'intention, qui est déterminée par l'attitude (croyances et valeurs) envers ce comportement. Elle dépend aussi de la perception des

normes sociales (notamment ce que les gens pensent de ce comportement). Le public cible s'identifie à des modèles attirants projetés par les mass media.

Ces modèles médiatiques démontrent un comportement, créent des émotions, et facilitent une répétition mentale et une pratique du nouveau comportement.

1.3- La théorie de la réponse émotionnelle

La réaction émotionnelle précède et conditionne l'attitude, puis le comportement. Les messages très chargés émotionnellement sont plus susceptibles d'influencer le comportement que les messages avec charge émotionnelle limitée.

1.4- La théorie de mass media

Les media créent une culture. La répétition et l'intense exposition à une "réalité créée" dans les mass media finit par faire percevoir cette réalité comme normale. Il en résulte une légitimation sociale de cette réalité.

1.5- Théorie de l'Idéation (Kincaid, Figueroa, Storey, Underwood, 2001)

Ensemble de variable psychographiques, émotionnelles et sociales qui influencent la façon de penser et le comportement..

2 LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

2.1- Définition

La communication pour le changement de comportement est « un processus interactif et participatif, à double voie, permettant d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions, en vue de favoriser dans une communauté donnée ou chez certains individus, des changements durables de comportement ou l'adoption de comportements nouveaux concourant à l'amélioration des conditions de vie de cette communauté ou de ces individus. »

2.2- Comment les gens changent-ils de comportement?

Le changement de comportement est un long processus. Chaque individu a son rythme qui lui est propre pour adopter un comportement donné. Pour adopter un comportement précis, l'individu passe par les étapes suivantes : connaissance, approbation, intention, pratique et plaidoyer. On peut utiliser le processus du changement de comportement pour mesurer l'impact d'un programme de communication.

Les différentes étapes et leurs indicateurs sont :

Étape 1 : Connaissance

On reconnaîtra qu'un individu a des informations sur un sujet s'il :

- Se souvient de tel ou tel message sur le VIH ;
- comprend ce que signifient les messages ;
- peut nommer des moyens, des pratiques et /ou des ressources de services/produits.

Étape 2 : Approbation

L'approbation est l'étape où l'individu qui devra changer de comportement :

- Réagit favorablement aux messages ;
- parle des messages et du sujet avec des membres de réseaux personnels (Famille, amis) ;
- aide la famille, les amis et la communauté à approuver la pratique.

Étape 3 : Intention

A cette étape du processus de changement de comportement, l'individu :

- Se rend compte que certaines pratiques de la santé peuvent répondre à son besoin personnel.
- Se propose de consulter un agent (prestataire de santé, un agent de terrain, etc.) pour obtenir plus d'informations.
- Se propose d'adopter une pratique sanitaire à un moment donné (moyen de prévention du VIH/SIDA par exemple).

Étape 4 : Pratique

Ici, l'individu qui est dans le processus de changement de comportement :

- S'adresse à un prestataire d'informations/produits/services.
- Choisit un moyen prévention ou une pratique et commence à s'en servir.
- Continue de s'en servir.

Étape 5 : Plaidoyer/Partage

Après un certain temps d'utilisation de la nouvelle pratique ou du nouveau comportement, l'individu reconnaît les avantages, conseille la pratique à d'autres et soutient des programmes similaires dans la communauté.



La Communication pour le changement de comportement



La connaissance

L approbation

L intention

La pratique

Le plaidoyer

2. 3- Proportion d'adoption de l'innovation

Les changements de comportements ont toujours été difficiles et variés selon les individus. Il faut retenir que tout le monde ne change pas de comportement au même rythme. L'adoption d'une innovation dans une société se fait selon les proportions suivantes :

Les innovateurs : 10% : Volontaires du risque, prêts à toutes les expériences.

La majorité en avance : 40% : Patients observent les innovateurs, posent des questions.

La majorité en retard : 40% : Patients posent des questions mais hésitent beaucoup avant de croire.

Les conservateurs : 10% : Difficiles à convaincre et à changer de comportement.

Annexe 3: Rôles et responsabilités des principaux acteurs dans la mise en œuvre du plan stratégique

Secteurs et Acteurs concernés	Mission
Ministère de la Santé	Orientations et choix politiques Coordination au niveau régional et international
Ministère de la Communication et des Technologies de l'Information	Appuis dans la diffusion et la vulgarisation des messages sur les médias d'Etat (ESSOR, ORTM, CNPC)
Partenaires Techniques et Financiers	Appuis Techniques et financiers
Réseaux d'Organisations Non Gouvernementales	Appuis interventions sectorielles Appuis élaboration et diffusion des supports Renforcement des capacités Appuis au suivi évaluation
Direction Nationale de la Santé/ Division Nutrition	Harmonisation des interventions en nutrition Suivi des activités sur le terrain Appui aux structures d'exécution
CNIECS	Conception et Harmonisation des interventions en communication de santé
Organisations du système des nations Unie	Partages d'expériences Elaboration et exécution de plans d'action Harmonisation des interventions
Leaders politiques	Implication dans les activités de communication Appuis aux interventions des agences d'exécution Facilitation des contacts avec les autorités Facilitation des actions des agences de communication
Leaders communautaires, religieux, Chefs traditionnels	Implication dans les activités de communication Appui dans les activités de sensibilisation

Annexe 4: Liste des participants à l'atelier d'élaboration de la stratégie de CCC en nutrition

Lieu : Stade du 26 Mars de Bamako

Date : du 21 au 26 janvier 2008

N°	NOMS – PRENOMS	PROVENANCE	PROFIL	TELEPHONE	E-MAIL
1.	Dr. THERA Sinaly	DNS/DN	<i>Médecin</i>	680.56.22	therasinaly@yahoo.fr
2.	Oumou Modibo DIABATE	<i>DNS/USIS</i>	<i>A.T/ Communication</i>	630.71.67	diabateoumou@yahoo.fr
3.	M ^{me} TRAORE Toulou	<i>DNS/DHPS</i>	<i>Administrateur Social</i>	643.04.05	ttoure@dnsmali.org
4.	M ^{me} NAMOKO Haoua DIARRA	DNS/DN	Assistant Médical	451.07.17	lahouahaoua@yahoo.fr
5.	M ^{me} M'BO Fatoumata DIANCOUMBA	DNS/DN	Technicien Supérieur de santé	621.26.98	mbofatou@yahoo.fr
6.	Dr. OUOLOGUEM Fatoumata DOUGNON	DNS/DN	Médecin	647.51.71	ofdougnon@dnsmali.org
7.	M ^{me} DJENEPO Fanta KANTE	Chef de Cycle TS	INFSS	639.94.47	fkoit@dnsmali.org
8.	Dr Koité Fatou	D.N.S/D.N	Chef de Section Pratiques Alim	632.14.87	fkoite@dnsmali.org koitefatou@yahoo.fr
9.	Dr Pléa Boureïma	Sikasso	Médecin	672.67.03	plea_boureima@yahoo.fr
10.	Kassoum Koné	D.R.D.S.E.S Koulikoro	Ad. Aff. Sociales Chef DPC	602.35.14	wkkone@yahoo.fr
11.	Youba Boiré	GP/SP Bamako	Superviseur Projet	649.80.14	yuba.boire@gpspmali.org
12.	Touré Halimatou Traoré	D.R.S Gao	Sage-femme	912.22.86	-
13.	Dr Seydou Dicko	A.C.F/Gao	Médecin	605.17.56	seydou_dicko@yahoo.fr
14.	M ^{me} Koné Korotoumou Traoré	D.R.S/Koulikoro	Sage-femme Point Focal Nutrition	639.86.14 456.54.32	Koro_traore50@yahoo.fr
15.	Dr Dolo Ibrahima	D.R.S/Bamako	Médecin	691.18.53	iddolo@yahoo.fr
16.	Moriba Camara	D.R.D.S.E.S Bamako	Adm. Act. Sociale	601.93.28	moribacam@yahoo.fr
17.	Daouda Coulibaly	URTEL	Journaliste	641.71.35	daou_cly@yahoo.fr
18.	Dr Modibo A. Coulibaly	D.P.L.M/D.N.S	Médecin	930.95.87	modicoul1@yahoo.fr
19.	Dr Mahamadou Traoré	CREDOS	Médecin	618.47.01	mbtsofia@yahoo.fr
20.	Amadou Fofana	C.P.S/Santé	Ch. Nutrition	632.28.53	amadoufof@hotmail.com
21.	Thiam Cheick Oumar	D.R.D.S.E.S Ségou	T.S.A.S	613.38.48	cothiam2007@yahoo.fr
22.	Dr Koly Sissoko	D.R.S Ségou	Médecin	621.43.67	sissokokoly2000@yahoo.fr
23.	Dramane Dravé	FENASCOM	Prof. d'Ens. Sec	618.33.37	-
24.	Dr Bagayoko Fatim	REMANUT	Médecin	644.08.92	-
25.	Dr Traoré Awa Marceline Diakité	D.N.S/D.S.R	Médecin	621.07.13	faladje2002@yahoo.fr
26.	Abdrahamane Maïga	USAID/A.T.N	Conseiller	636.40.27	

N°	NOMS – PRENOMS	PROVENANCE	PROFIL	TELEPHONE	E-MAIL
			Communication		
27.	Abdel Kader Sanankoua	Consultant	Journaliste	672.13.02	kadersanankoua@yahoo.fr
28.	Dr Keïta Marie Diakité	C.N.I.E.C.S	Chef Départ. Animation	222.54.93	
29.	Yaya Guindo	C.S.A Bamako	Chargé de Programme	602.05.00	yayaguindo@yahoo.fr
30.	Ariel Wagner dite Aminata Diallo	A.T.N	Assistante en Santé	666.57.93	awagner@atnsante.org
31.	Diarra Bréhima	D.R.D.S.E.S Sikasso	Adm. Action Sociale	620.80.92	diarrabrehima06@yahoo.fr
32.	M ^{me} Diallo Assa Diakité	C.N.I.E.C.S	Chargé d'I.E.C	620.34.54	assodiakite2000@yahoo.fr
33.	M ^{me} Diarra Dioumé Cissé	A.N.S.S.A	Assistante Médicale	641.53.08	dioumecis@yahoo.fr
34.	Mohamed Touré	P.K.C Bamako	C/C.C.C	672.46.58	medtoure@caremali.org
35.	Zoumana Berthé	H.K.I Bamako	C.A SAN+	603.57.97 221.08.21	zberthe@hkimali.org
36.	Dr Modibo Traoré	INRSP	Médecin Nutritionniste	627.87.57	modtra2002@yahoo.fr
37.	Bamoussa Diarra	Radio Bamakan	Journaliste	642.88.96	dbam_306@hotmail.com
38.	Sanaba Sidibé	D.N.D.S Bamako	T.S.A.S	932.87.71	sidibesanaba@yahoo.fr
39.	Lisa Nichols	A.T.N	Directrice	640.28.69	linichols@atnsante.org
40.	Fatimata Ouattara Touré	A.T.N	Conseiller en Nutrition	224.17.52	fouattara@atnsante.org
41.	Elisabeth Zanou	UNICEF	Consultante Nutrition	345.51.62	ezanou@unicef.org
42.	Dr Samaké Raki Ba	D.N.S/D.N	Médecin – Chef de D.N	674.35.60	rbah@dnsmali.org
43.	Dr Akory Ag Iknane	REMANUT	Président	676.00.75	-
44.	Dr Modibo Diarra	INRSP	Nutritionniste	652.74.67	-
45.	Haoua Oumar Traoré	D.N.S/D.N	Secrétaire	678.42.53	haouaoumartraore@yahoo.fr
46.	Saïdou Coulibaly	Bamako	Secrétaire	-	coulibaly_saidou@yahoo.fr
47.	Boubacar Bagayoko	D.N.S	Chauffeur	555.91.72	
48.	Moussa Diarra	D.R.S Sikasso	Chauffeur	603.84.50	
49.	Mamadou Diawara	D.N.S	Chauffeur	616.53.17	
50.	Kofalan Coulibaly	D.N.S	Chauffeur	688.51.19	
51.	Mamadou Guindo	D.R.S Koulikoro	Chauffeur	621.41.40	
52.	Lassina Sacko	D.R.S Bamako	Chauffeur	622.06.10	

Annexe 5 : Liste des documents consultés

- Wikipedia.org/wiki/Nutrition : Nutrition - 08/02/2008
- Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions –Johns Hopkins BLOOMBERG – School of Public Health ;AED Academic for Educational Development; Unicef
- Principes directeurs pour l'alimentation des enfants Agés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein ; OMS- Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent
- Nutrition et protection des consommateurs – FAO Bureau régional pour l'Afrique – Profils FAO de pays : Mali
- Santé publique : Six enfants maliens sur 10 sous-alimentés – Mohamed Daou - Le Mali .fr/infos/santé
- Données démographiques et nutritionnelles Mali- Organisation Ouest Africaine de la Santé -CEDEAO août 2007
- Guide lines for the use of iron supplement to prevent and treat iron deficiency anemia – Rebecca J. Stoltzfus - Michele L. Dreyfus
- Rapport final d l'atelier d'élaboration du plan stratégique de communication en nutrition janvier 2008 – DN, Programme Santé USAID
- Kano COMPASS communication Strategy – Child Survival - March 2003
- Analyse de situation pour l'élaboration du plan 2007-2011 de communication pour la promotion des bonnes pratiques de nutrition. Mamadou Kani Konaté et Dr Aoua Konaré CAREF Octobre 2007
- Santé et nutrition : International HIV/AIDS Alliance
- Global Health : Current Issues, Future Trends and Foreign Policy – avril 2008
- THE LANCET/ Maternal and child undernutrition – Web Focus – [www. The Lancet.com/online](http://www.TheLancet.com/online)
- [The globalnutritionseries.org/series](http://Theglobalnutritionseries.org/series)
- Prodess
- PSNAN- Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition
- Enquête démographique et de santé du Mali EDSM IV – Cellule de planification et de statistique – Direction nationale de la statistique et de l'informatique
- Plan d'action national pour l'élimination des troubles dus à la carence en iode au Mali – CPS 2007

- Politiques Normes et procédures en nutrition – Direction Nationale de la Santé- 2007
- Stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
Direction Nationale de la Santé
- Guide des messages santé – CNIECS-ATN 2006

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.