



**PLAN DE PASSAGE A L'ECHELLE DE LA PROMOTION
DES PRATIQUES OPTIMALES D'ALIMENTATION DU
NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT AU BURKINA
FASO (2013 – 2025)**

Sommaire

Sigles et abréviations	3
RESUME	5
INTRODUCTION.....	6
I. ANALYSE DE LA SITUATION	7
1.1 - Contexte socioéconomique, démographique.....	7
1.2. Organisation du système de santé et contexte sanitaire	8
☐ <i>Organisation du système de santé</i>	<i>8</i>
☐ <i>Contexte sanitaire</i>	<i>9</i>
1.3. Politiques et stratégies nationales ayant des implications avec les interventions d'ANJE	10
☐ <i>Cadre institutionnel et organisationnel en faveur de la nutrition.....</i>	<i>10</i>
☐ <i>Cadre réglementaire.....</i>	<i>11</i>
☐ <i>Disposition juridique pour la protection de la maternité et les droits d'allaiter pour les femmes qui travaillent.....</i>	<i>11</i>
☐ <i>Alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH.....</i>	<i>11</i>
☐ <i>Alimentation du nourrisson dans des situations d'urgence</i>	<i>12</i>
1.4. Situation des pratiques et des interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	12
☐ <i>Situation des pratiques d'allaitement.....</i>	<i>12</i>
☐ <i>Situation des pratiques d'alimentation complémentaire.....</i>	<i>13</i>
1.5. Analyse des interventions actuelles et les facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE.....	14
☐ <i>Analyse des interventions actuelles d'ANJE.....</i>	<i>14</i>
☐ <i>Analyse des facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE</i>	<i>17</i>
1.6. Axes d'interventions stratégiques sur la base de l'analyse de situation	22
II. BUT ET OBJECTIFS DU PLAN	22
2.1. But.....	22
2.2. Objectif Général	22
2.3. Objectifs spécifiques	22

2.4. Résultats attendus.....	23
III. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE PASSAGE A L'ECHELLE	24
3.1. Principes, hypothèses et options stratégiques.....	24
3.2. Projection des couvertures de mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	28
3.3. Stratégie de mise en œuvre du plan.....	31
3.4. Principales activités par rapport aux résultats attendus	32
3.5. Chronogramme d'exécution des activités.	44
3.6. Rôles et responsabilités des différents acteurs.....	52
V. SUIVI ET EVALUATION	54
5. 1 Suivi	54
5.2 Evaluation.....	55
VI. BUDGET DETAILLE.....	55
VII. PLAN DE FINANCEMENT ET COORDINATION	57
ANNEXE : Cadre Logique du plan de renforcement et de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Burkina Faso	68

Sigles et abréviations

ACF	Action Contre la Faim
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARV	Anti Retro Viraux
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
CAP	Connaissance Aptitude et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgical
CONASUR	Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation
CPN	Consultation Prénatale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DN	Direction de la Nutrition
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENN	Enquête Nutritionnelle nationale
FAO	Food and Agriculture Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture)
GASPA	Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE
GRET	Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques
IEC	Information Education Communication
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébés
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MMI	Medicus Mondì Italia
PISA	Paquet Intégré des Services d'ANJE
OBCE	Organisation à Base Communautaire d'Exécution
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la coordination des affaires Humanitaires)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONG RENCAP	ONG de Renforcement des Capacité

PADS	Programme d'appui au Développement Sanitaire
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDSEB	Plan de Développement Stratégique de l'Education de Base
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PRV	Personne Ressource Volontaire
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCADD	Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable.
SUN	Scaling Up Nutrition
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des nations unies pour la population)

RESUME

L'analyse des indicateurs de la malnutrition au Burkina Faso au cours des dernières années montre une amélioration progressive de la situation nutritionnelle chez les enfants. La prévalence de la malnutrition chronique est passée de 46% selon l'EDS en 1998 à 33% en 2012 selon les enquêtes nutritionnelles nationales. Toutefois, avec plus d'un million d'enfants âgés de moins de 5 ans qui souffrent de malnutrition chronique, ce niveau est encore très élevé.

L'analyse de situation pour ce plan intègre la description d'aspects pouvant aider à l'identification des axes d'interventions stratégiques et des actions prioritaires dans le cadre du passage à l'échelle des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE. Elle comprend ainsi (1) une description du contexte socioéconomique et démographique (2) une description de l'organisation du système de santé et le contexte sanitaire au Burkina Faso (3) une description de la situation actuelle des politiques et stratégies nationales ayant des implications avec les interventions d'ANJE (4) une description de la situation des pratiques et des interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (5) l'analyse des interventions actuelles et les facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE. De ce contexte spécifique, il a été identifié six (6) axes d'interventions stratégiques et des actions prioritaires. Les axes retenus sont les suivants :

- Le renforcement de la qualité et de la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE.
- La création au niveau communautaire d'un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE.
- La mise en œuvre au niveau national d'un plan de communication d'appui aux activités communautaires.
- L'appui à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires.
- Le renforcement de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- Le renforcement des compétences pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH, urgences).

Le but de ce plan est de contribuer à la réduction de 40% du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 – 59 mois et à la réduction de la mortalité infanto-juvénile au Burkina d'ici 2025.

La mise en œuvre de ce plan s'appuie sur des principes, hypothèses et options stratégiques qui intègrent les éléments suivants :

- La promotion de l'approche multisectorielle pour maximiser l'impact sur la réduction de la malnutrition chronique.
- La promotion d'un **Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA)** à travers le cycle de vie dont la mise en œuvre communautaire répond à une norme de qualité faisable (affectation par agent de santé à base communautaire d'un effectif spécifique d'enfants 0 – 23 mois à couvrir pour assurer de bonnes couvertures de disponibilité et d'accessibilité).
- La promotion de l'utilisation au niveau communautaire de l'approche de groupes de soutien mère à mère ou **Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA)** pour favoriser l'adoption des conseils prodigués.
- La prise en compte d'une phase test de stratégies et d'harmonisation des outils de formation et de gestion (2013 – 2014), d'une phase d'enrôlement des régions et d'extension des couvertures (2015 – 2022) qui feront l'objet de budgétisation et d'une phase de consolidation et de documentation (2023 – 2025).
- La priorisation des régions tient compte de la prévalence de la malnutrition chronique et du taux de pauvreté.
- La projection de couverture de 90% à l'horizon 2022.

Le coût du plan est estimé à 83 372 416 \$ US et sera financé par l'Etat Burkinabè appuyé de ses partenaires techniques et financiers, le secteur privé, les ONG et associations et la communauté. Les investissements au niveau communautaire à travers les activités promotionnelles et la création d'un environnement favorable à l'adoption des pratiques optimales d'ANJE occupent 91% du Budget. Ceci répond à la satisfaction des besoins spécifiques révélés par l'analyse de situation.

INTRODUCTION

L'analyse des indicateurs de la malnutrition au Burkina Faso au cours des dernières années montre une amélioration progressive de la situation nutritionnelle chez les enfants. En effet, la prévalence de la malnutrition aiguë globale est passée de 12.4% (ENIAM, 2008) à 10.9% (ENN, 2012). Pour ce qui est de la malnutrition aiguë sévère, on constate une baisse significative de 3.8 % en 2008 (ENIAM, 2008), à 1.8% (ENN, 2012). La prévalence de la malnutrition chronique est passée de 46% (EDS, 1998) à 33% (ENN, 2012). Toutefois, avec plus d'un million d'enfants âgés de moins de 5 ans qui souffrent de malnutrition chronique, ce niveau est encore très élevé.

Avec une moyenne nationale de 88% (EDS, 2010), l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois constitue un problème majeur de santé publique. La tranche d'âge de 6 à 23 mois devant bénéficier d'une alimentation complémentaire adéquate est la plus touchée avec une prévalence variant entre 93 et 95%. Ce niveau élevé d'anémie chez les enfants de 6 à 23 mois résulte en grande partie d'un apport alimentaire monotone, pauvre en produits d'origine animale et en vitamine C auxquels, peuvent être associés les états infectieux et parasitaires.

Dans le cadre du renforcement des interventions nutritionnelles pour le développement et aussi dans l'agenda de la nutrition au niveau international, la lutte contre le retard de croissance occupe de plus en plus une place importante. En effet, par rapport à un enfant sain, un enfant souffrant de retard de croissance est cinq fois plus susceptible de mourir de diarrhée en raison des changements physiologiques dans son corps. Le retard de croissance affecte également le développement optimal du cerveau et par conséquent la capacité d'apprentissage et de productivité à l'âge adulte.

Chez la femme à l'âge adulte, les conséquences du retard de croissance se traduisent par des accouchements prématurés, de faible poids de naissance ce qui perpétue le cycle intergénérationnel de la malnutrition. Les autres causes du retard de croissance incluent la carence en zinc, l'incidence de la diarrhée en lien avec les conditions d'hygiène et d'assainissement, la défaillance dans les soins de santé et de nutrition au cours de la grossesse et les pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En effet, la non adoption d'un allaitement maternel exclusif expose l'enfant à des épisodes de diarrhées qui affectent sa croissance. Une alimentation complémentaire inadéquate entre 6 – 23 mois affecte directement la croissance de l'enfant. Ainsi, selon le Lancet (2008), la période allant de la grossesse à 24 mois offre une fenêtre d'opportunité pour réduire la malnutrition et ses effets néfastes. Dans ce cadre, les interventions d'ANJE permettraient de réduire de 19% la mortalité infanto-juvénile et de prévenir la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique (Lancet, 2003).

Il existe au Burkina Faso des interventions efficaces de lutte contre le retard de croissance qui intègrent l'amélioration des pratiques optimales d'ANJE. Toutefois, l'impact de ces interventions est limité par la faiblesse des couvertures liée à l'insuffisance des ressources notamment financières. En effet, la plupart des financements pour la nutrition sont des fonds d'urgence, non prévisibles, principalement destinés à soutenir les actions curatives de prise en charge de la malnutrition aiguë. Alors que le consensus de Copenhague 2012 réaffirme le rôle de l'alimentation complémentaire et des programmes de changement de comportement dans la réduction de la malnutrition chronique de 36% dans les pays en développement.

Le développement d'un plan de passage à l'échelle des interventions d'ANJE s'avère nécessaire suite à l'adhésion du Burkina Faso au Mouvement "Scaling Up Nutrition" (SUN), qui se fixe entre autres objectifs de réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant une malnutrition chronique d'ici 2025 et de porter le taux d'allaitement exclusif à au moins 50% d'ici à 2025. Ce plan devrait non seulement faciliter la mobilisation de ressources mais aussi guider la mise en œuvre des interventions d'ANJE

I. ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de situation intègre la description d'aspects pouvant aider à l'identification des axes d'interventions stratégiques et des actions prioritaires dans le cadre du passage à l'échelle des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE. Ainsi, elle comprend : 1) une description du contexte socioéconomique et démographique, 2) une description de l'organisation du système de santé et le contexte sanitaire au Burkina Faso, 3) une description de la situation actuelle des politiques et stratégies nationales ayant des implications avec les interventions d'ANJE, 4) une description de la situation des pratiques et des interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et 5) l'analyse des interventions actuelles et les facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE.

1.1 - Contexte socioéconomique, démographique

Situé en Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est un pays continental avec une superficie de 272 960 km² (annuaire statistique 2012), la population est estimée à 16 779 207 d'habitants en 2012 (Projection RGPH, 2006) dont la majorité (78%) vit en milieu rural. Le pays est caractérisé par un fort taux de croissance démographique annuelle de 3.1% et par un indice synthétique de fécondité relativement élevé : (6,2) avec des disparités importantes entre les milieux rural (6,7) et urbain (4,6). La prévalence contraceptive reste faible car seuls 15% des femmes déclarent utiliser des moyens de contraception. Cette population se caractérise par un taux d'analphabétisme de 75% chez les hommes et 85% chez les femmes (RGPH, 2006,).

L'incidence de pauvreté s'établit dans l'ensemble du pays à 46,7% (EICVM, 2010). Le pays est également caractérisé par un fort taux de pauvreté qui reste un phénomène essentiellement rural. En effet, en 2010, l'incidence de pauvreté en milieu rural était de 50,7% contre 19,9% en milieu urbain.

Selon l'optique de la disponibilité en eau, 81,2% des ménages ont physiquement accès à l'eau potable (EICVM, 2010) soit 8 ménages sur 10. Cependant, il existe des disparités entre les milieux de résidence. En effet, pour le milieu urbain où l'ONEA est présent, le taux d'accès physique est de 95,7% ; il est de 75,6% pour le milieu rural, la majeure partie de la population étant située autour des forages et des puits. L'accès à l'assainissement demeure un défi majeur. En effet, concernant l'évacuation des ordures ménagères, 19 % des ménages ont leurs déchets enlevés par les services municipaux ou des particuliers. La route ou les dépotoirs sauvages restent les lieux où les ménages se débarrassent des ordures, 6 ménages sur 10 y ayant recours. Cette pratique est plus courante en milieu rural (67,3%) qu'en milieu urbain (38,6%). Par rapport au lieu d'aisance, et en considérant les critères nationaux d'accès à l'assainissement des excréta, seulement 4,7% des ménages du Burkina Faso ont accès à l'assainissement. Cependant, il faut noter que ce taux est plus élevé en milieu urbain (14,2%) qu'en milieu rural (1%). Pour ce qui est de l'évacuation des eaux usées, il ressort de l'analyse des données que sur le plan national 2,3 % des ménages ont recours au réseau d'égouts ou des puisards. Le taux d'accès aux toilettes adéquates est irrégulier selon les régions. Il est plus élevé dans la région du centre (18 %) et très faible dans la région du sahel (0,3 %).

1.2. Organisation du système de santé et contexte sanitaire

❑ Organisation du système de santé

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina Faso est organisé en trois niveaux ¹(figure 1) :

1. le niveau central comprend les directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général;
2. le niveau intermédiaire comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS) au nombre de 13;
3. le niveau périphérique est représenté par les Districts Sanitaires (DS) au nombre de 70 dont 63 fonctionnels à ce jour.

Sur le plan technique, l'offre publique des soins est organisée en trois niveaux qui assurent les différents types de soins (primaires, secondaires et tertiaires) :

1. le premier niveau est représenté par le **district sanitaire**. Il comprend deux échelons de soins
1) **les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)** au nombre de **1495** et **51** centres médicaux (CM) (annuaire statistique 2012) et (2) **les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA)** au nombre **48** (annuaire statistique 2012) servent de référence pour les formations sanitaires des districts sanitaires.
2. le deuxième niveau est représenté par le **Centre Hospitalier Régional (CHR)** au nombre de **9** en 2012 et sert de référence aux CMA.
3. le troisième niveau est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés et est constitué d'un réseau de 03 hôpitaux universitaires et un Centre Hospitalier National (CHN) que sont: (1) le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, (2) le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle, (3) le Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou et (4) le Centre Hospitalier National Blaise Compaoré.

Ce dispositif public d'offre de soins est complété par le sous-secteur sanitaire privé qui compte 385 formations sanitaires en 2012 (privé lucratif, privé confessionnel et celui des ONG/Associations) et par le secteur de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

¹Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction Générale de l'information et des statistiques sanitaires- Annuaire statistique 2011.

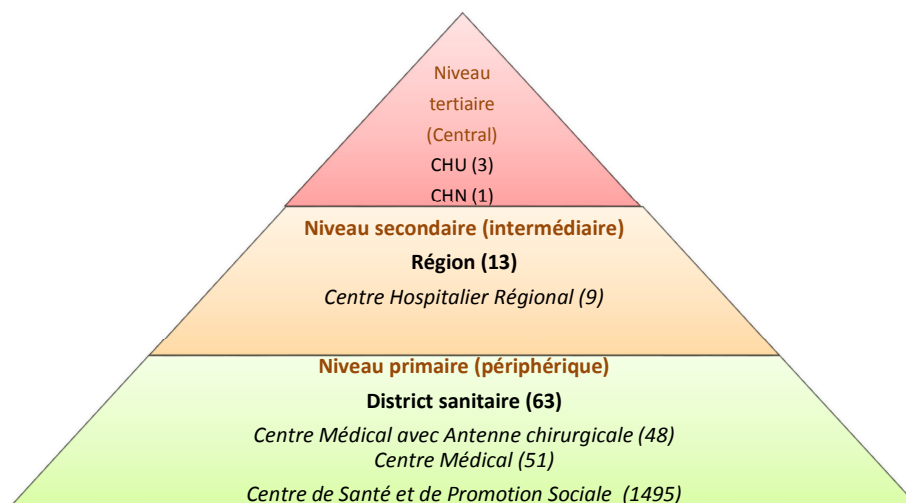


Figure 1: Organisation de l'offre de soins au Burkina Faso

Contexte sanitaire

Selon l'EDS 2010, la situation sanitaire du Burkina Faso reste caractérisé par des taux élevés de mortalité générale (11,8‰), de mortalité infanto-juvénile (129‰) et de ratio de mortalité maternelle (341 pour 100.000 naissances vivantes). Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont représentées dans la **figure 2**. Il en ressort que le paludisme (23,8%), les affections néonatales (21,9%), les infections respiratoires aiguës (13,4%) et la diarrhée (11,5%) constituent les principales causes de mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso. La malnutrition constitue une cause sous-jacente dans 35% des cas de décès.

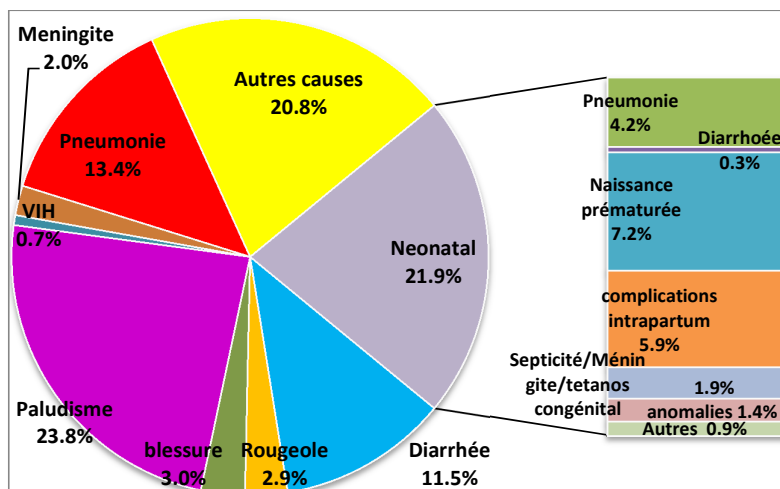


Figure 2. Principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso

Source: Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000, Lancet 379, issue 9832, 9 June 2012

Au sujet de l'accès physique aux formations sanitaires, 59% de la population en 2010 est située à plus de 30 minutes du centre de santé le plus proche (Unicef (2010) – Analyse de situation : Profil de l'équité et de la pauvreté des enfants et des femmes au Burkina Faso en 2010). Depuis 1993, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé a nettement augmenté, passant de 59 % à 73 % en 2003 et à 87,2 % en 2012. Toutefois, **seulement 34 % effectuent le**

nombre recommandé de visites prénatales et seulement 41 % effectuent leur première visite prénatale à un stade précoce de la grossesse (Figure 3).

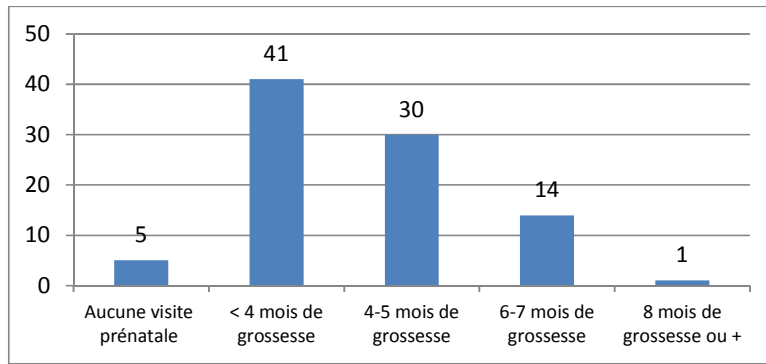


Figure 3 : Soins prénatals selon le stade de la grossesse à la première visite
Source : EDS, 2010

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 66 % se sont déroulées en établissement de santé, en grande majorité dans le secteur public (65 % contre 1 % pour le secteur privé). À l'opposé, dans 33 % des cas, les femmes ont accouché à la maison (EDS, 2010).

Le rayon moyen d'action au niveau national se situant à 7,1 km reste élevé (annuaire statistique 2012).

1.3. Politiques et stratégies nationales ayant des implications avec les interventions d'ANJE

☐ *Cadre institutionnel et organisationnel en faveur de la nutrition*

Le cadre institutionnel et organisationnel intègre l'élaboration en 2007 d'une politique nationale de nutrition (PNN), la création en 2008 d'un cadre unique multisectoriel de coordination, le Conseil national concertation en nutrition. Le Burkina Faso dispose aussi d'un plan stratégique nutrition (PSN 2010-2015). Ces différents plans et politiques nationaux tendent à l'amélioration des interventions nutritionnelles et à leur meilleure intégration dans le système de santé. La nutrition est aussi intégrée dans la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD 2011-2015), dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) et dans le Plan de développement stratégique de l'éducation de base (PDSEB 2011-2020).

Par ailleurs, une enquête nutritionnelle nationale est organisée chaque année depuis 2009 et intègre depuis 2012, la collecte d'information en rapport avec les indicateurs clés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Au nombre des acquis, figure l'existence d'une boîte à images sur la nutrition et la survie de l'enfant intégrant la promotion de l'ANJE. Cependant, aucun plan ou programme n'est spécifiquement dédié à l'ANJE.

Dans le cadre du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS), le Ministère de la santé a contractualisé avec des ONG-Rencap qui assurent l'encadrement des Organisations à base communautaire d'exécution (OBCE). Ce réseau délivre des services de santé et de nutrition à base communautaire. Une telle approche a pour but d'accroître l'accessibilité des services de promotion à la population y compris les activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE. Elle consiste à proposer un appui financier aux OBCE pour l'exécution d'interventions de santé et nutrition

communautaire. La formation et la supervision de ces OBCE sont assurées par des ONG chargées de renforcer leurs capacités (ONG « Rencap »).

Ainsi avec le système de contractualisation, il existe au Burkina un réseau d'acteurs communautaires capables de jouer leur partition dans la composante communautaire de la promotion des pratiques optimales d'ANJE. L'extension des interventions de promotion d'ANJE au Burkina Faso devra tenir compte des orientations stratégiques liées à l'application de la nouvelle politique de promotion de la santé en cours d'élaboration.

Cadre réglementaire

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel au Burkina Faso

Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel vise à promouvoir l'allaitement maternel en éliminant toutes les pratiques inappropriées de commercialisation et distribution des substituts du lait maternel. L'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel au Burkina Faso se fait à travers le décret interministériel réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel adopté en 1993. Les formes de violation rapportées¹ intègrent 1) le don de produits aux structures de santé, 2) la vente à prix réduit de substituts de lait à travers une œuvre charitable, 3) l'utilisation de structures de santé pour la promotion de farines pour nourrissons, 4) la publicité auprès du grand public des produits visés par le code et 5) l'étiquetage des farines de complément généralement inapproprié par rapport aux dispositions du code.

Disposition juridique pour la protection de la maternité et les droits d'allaiter pour les femmes qui travaillent

Le Burkina Faso dispose de lois et politiques qui organisent les congés de maternité et la protection de la femme enceinte et qui s'appuient sur les conventions de l'Organisation Internationale du Travail². Le Burkina Faso a ratifié en 2013 la convention 183 de l'OIT relative à la protection de la maternité au travail. Ainsi les femmes enceintes qui travaillent dans le secteur public et privé disposent de 14 semaines de congés de maternité payés et d'une pause d'allaitement d'une heure et demie par jour pendant 14 mois. La disposition réglementaire intègre également un congé de paternité de 3 jours pour les agents. Les limites de cette loi intègrent le fait qu'elle bénéficie à peu de femmes et la durée des congés accordés se révèle faible par rapport à la période de 6 mois d'allaitement maternel exclusif recommandée.

Alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH

Avec une prévalence du VIH/Sida en baisse, passant de 7,17 % en 1997 à 1,1%% en 2012(ONUSIDA, 2012), le Burkina Faso dispose depuis 2001 d'un programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME). Dans le cadre de la Prévention de la transmission mère enfant du VIH, 70,6% des femmes enceintes vues en CPN ont été dépistées pour le VIH. Les données de la Surveillance épidémiologique VIH-IST 2010 situent la prévalence du VIH parmi les femmes

¹ André Ouedraogo – Etude sur le code international de commercialisation des substituts du lait maternel en Afrique de l'Ouest. Allaitement Maternel : questions et défis pour le nouveau millénaire. Réunion des Points Focaux Nutrition de l'Afrique de l'Ouest. 25 – 29 Septembre, 2000, Bamako, Mali. Rapport des présentations techniques. LINKAGES projet.

² Convention (n°103) sur la protection de la maternité (révisée), 1952.

enceintes burkinabé autour de 1,6%. Suivant ces estimations, les nouveau-nés de mère vivant avec le VIH seraient environ de 15.000 par an.

Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant est évalué à 90%³. Le troisième plan PTME (2011 – 2015) en cours d'exécution comporte des aspects des recommandations de l'OMS 2010 au sujet de l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH, mais le pays n'a pas encore une position tranchée en rapport avec l'accessibilité ou non du traitement préventif ARV chez la mère et l'enfant au cours de la grossesse et après la naissance. Ainsi les recommandations actuelles sont plus proches des recommandations de l'OMS 2006.

➤ *Alimentation du nourrisson dans des situations d'urgence*

Les avantages de l'allaitement dans les situations d'urgence sont énormes et les risques de l'alimentation artificielle sont élevés. Par ailleurs, les interventions d'ANJE sont importantes par rapport au renforcement de la résilience des populations face aux crises alimentaires cycliques au Burkina Faso. Ces dix (10) dernières années, le Burkina Faso a enregistré les principales catastrophes naturelles et crises humanitaires suivantes: les sécheresses, les inondations, les épidémies de méningite, la grippe aviaire et les mouvements massifs de populations notamment les déplacés, les réfugiés et les rapatriés. Face aux conséquences humanitaires de ces calamités en termes de pertes en vies humaines et de dégâts matériels, le Gouvernement a mis en place un dispositif de gestion des urgences en créant le Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR) doté d'un secrétariat permanent et d'un Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes. Le CONASUR est accompagné dans ses interventions par plusieurs agences et entités du système des nations unies. Ce sont : UNICEF, OCHA, le PNUD, la FAO, le PAM, l'OMS, l'UNFPA, UN/Habitat. L'identification des situations d'urgence potentielles et des mesures de gestion et de réduction de risques dans le plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes n'intègre pas des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE. Ainsi des expériences dans ce domaine sont inexistantes au Burkina Faso. Par conséquent, les différents acteurs au niveau des structures sanitaires et communautaires n'ont aucune expérience dans la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence.

1.4. Situation sur les pratiques et les interventions de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

❑ *Situation sur les pratiques d'allaitement*

La prévalence encore élevée de malnutrition chronique malgré les progrès enregistrés résulte en grande partie de pratiques alimentaires inadaptées aux besoins spécifiques du jeune enfant.

Selon l'enquête nutritionnelle nationale de 2012, la mise au sein précoce dans la première heure qui suit la naissance n'est pratiquée que par 29% des femmes. Par contre 84,2% déclare avoir donné le colostrum. La poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins l'âge d'un an se

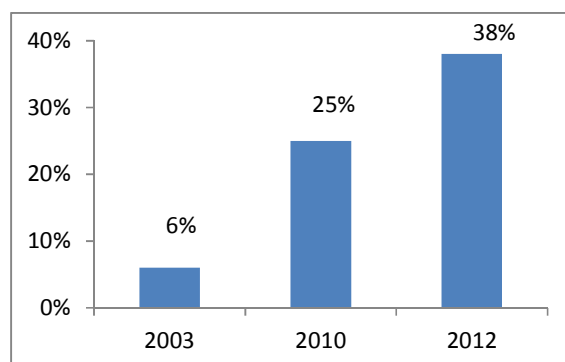


Figure 4. Evolution du niveau de pratique de l'allaitement

³ Rapport ONUSIDA 2012.

révèle également élevée avec un taux de **maternel exclusif** au Burkina entre 2003 et 2012 pratique de 96,6% au niveau national.

Les données récentes montrent une nette amélioration de la pratique de l'allaitement maternel exclusif qui est passée de 6% en 2003, à 25% en 2010 et 38% en 2012 (**figure 4**). Cependant, dans certaines régions, la proportion d'enfants de 0-5 mois allaités exclusivement au sein est encore très faible: le Centre-Ouest (10%), le Centre (12%), le Sahel (14%). L'analyse des pratiques d'alimentation selon l'âge de l'enfant à partir des données de l'enquête nutritionnelle nationale de 2012 au Burkina Faso montre que le fait de donner de l'eau en plus de l'allaitement au sein se révèle être un des facteurs qui limite le plus la progression de l'indicateur de l'allaitement maternel exclusif (**figure 5**). Il ressort aussi de la **figure 5** qu'un grand nombre de mères d'enfants de moins de 6 mois abandonnent l'AME avec l'âge de l'enfant et ce résultat traduit une introduction précoce d'aliments de complément. En effet, au niveau de la tranche d'âge des 0-1 mois le taux de pratique d'AME est de 56% puis il diminue à 38% pour les 2-3 mois et passe à 24% pour les 4-5 mois.

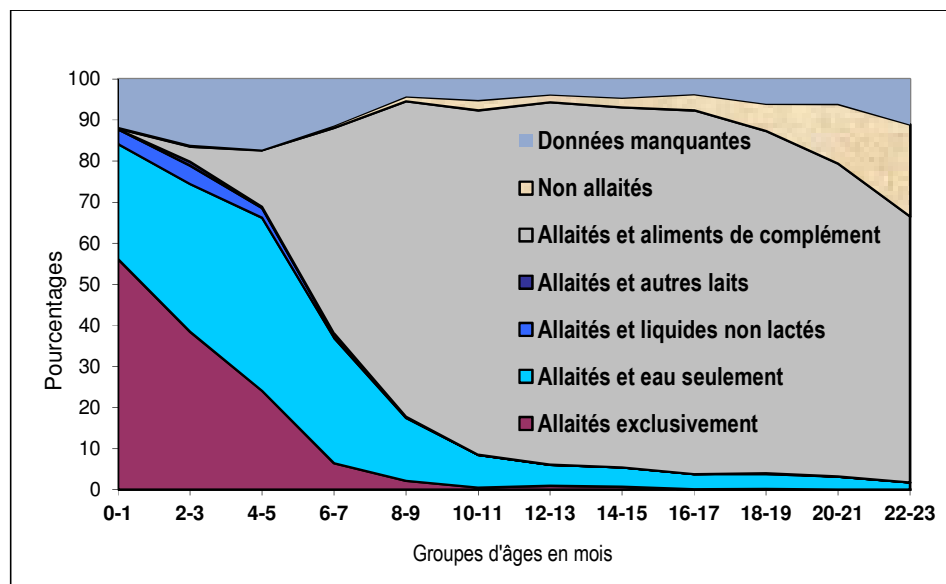


Figure 5: Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant selon l'âge de l'enfant au Burkina Faso en 2012 (source : Enquête National de Nutrition, 2012).

❑ Situation sur les pratiques d'alimentation complémentaire

L'évolution des indicateurs clés d'alimentation complémentaire entre 2010 et 2012 est représentée par la **figure 6**. Il en ressort une progression de la proportion d'enfants âgés de 6 – 8 mois qui bénéficie d'une introduction d'aliments de complément (57,4% en 2012 contre 46,7% en 2010).

La fréquence minimale acceptable chez les enfants âgés de 6-23 mois a connu une progression par rapport aux données de l'EDS 2010 en passant de 39% en 2010 à 67% en 2012. 4,8% des enfants âgés de 6- 23 mois ont un score de diversité alimentaire minimum acceptable (consommation d'au moins 4 groupes d'aliments). Ainsi, seulement 3,5% des enfants de 6-23 mois ont une alimentation minimale acceptable en 2012.

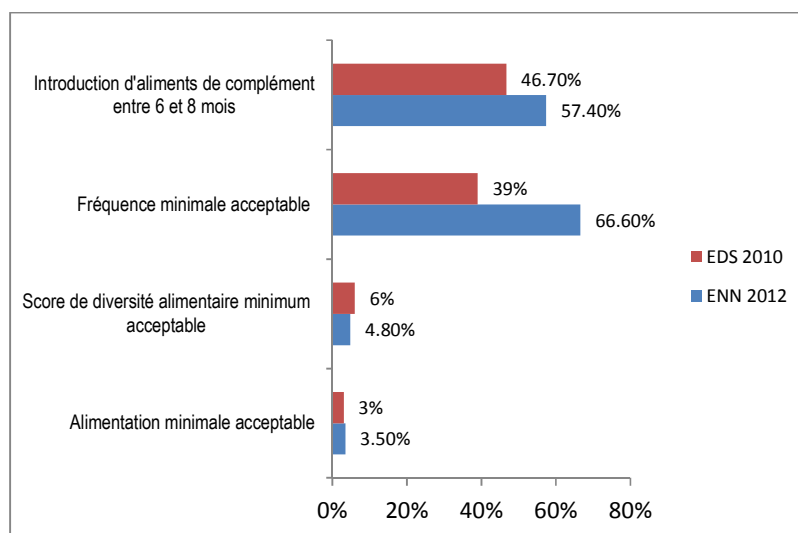


Figure 6. Indicateurs clés d'alimentation complémentaire au Burkina Faso

1.5. Analyse des interventions actuelles et les facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE

□ Analyse des interventions actuelles d'ANJE

• Rôle actuel des prestataires de santé

Le rôle du prestataire est entre autre la promotion des pratiques d'ANJE à tout contact avec les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de 24 mois. Ce rôle reste limité du fait de la prise en compte insuffisante de l'ANJE dans les curricula de formation et une absence d'institutionnalisation des dix (10) conditions pour le succès de l'allaitement maternel à travers le système de santé avec un suivi régulier. Toutefois, les formations parcellaires des agents de santé des districts sanitaires sur les Actions essentielles en nutrition et sur la gestion de la lactation a permis l'amélioration de la qualité des prestations et une meilleure prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants dans les formations sanitaires.

• Rôle des acteurs communautaires

Les acteurs communautaires sont constitués par les associations, les ONG Rencap, les OBCE, les ASBC...Leurs actions sont généralement soutenues par les ONG nationales et internationales.

Les ONG mènent des interventions à petite échelle avec des stratégies prouvées efficaces et méritent d'être valorisées dans le cadre de la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle. La **figure 7** donne la localisation géographique des ONG intervenant sur la promotion des pratiques optimales d'ANJE. Cependant cette liste n'est pas exhaustive. A cause de l'absence d'une planification initiale sur la base d'une bonne cartographie et d'un paquet de service de référence, il s'avère difficile d'évaluer la couverture des interventions communautaires d'ANJE menées actuellement au niveau communautaire par les ONG. Toutefois, la couverture des activités de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant organisées par les OBCE a été estimée grâce à une étude réalisée en 2011 à travers un accord de partenariat entre l'UNICEF et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)². Il ressort

²Adélaïde Challier - Analyse de la couverture des activités de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en 2011 au Burkina Faso. Université Montpellier 2 – Université Montpellier 1. Rapport de mémoire Master Sciences, Technologies, Santé.

de cette étude que la proportion de mères d'enfants de 0-23 mois couvertes par une OBCE proposant des activités de promotion d'ANJE est de 70%. Mais lorsqu'on introduit une norme de qualité en rapport avec le nombre minimum d'enfants de 0 – 23 mois à couvrir par ASBC (20), cette couverture des services d'ANJE par les OBCE tombe à 22%. Au sujet de l'accessibilité des activités, près de la moitié de la population cible couverte par une OBCE est attendue à travers des activités de sensibilisation sur l'ANJE. Rapporté à la population cible totale du Burkina Faso, ce taux d'accessibilité diminue à 34%. Le taux de couverture de contact correspondant au taux de participation montre que moins de 1/5 de la population cible du Burkina Faso a assisté à une intervention de sensibilisation proposée par une OBCE en 2011.

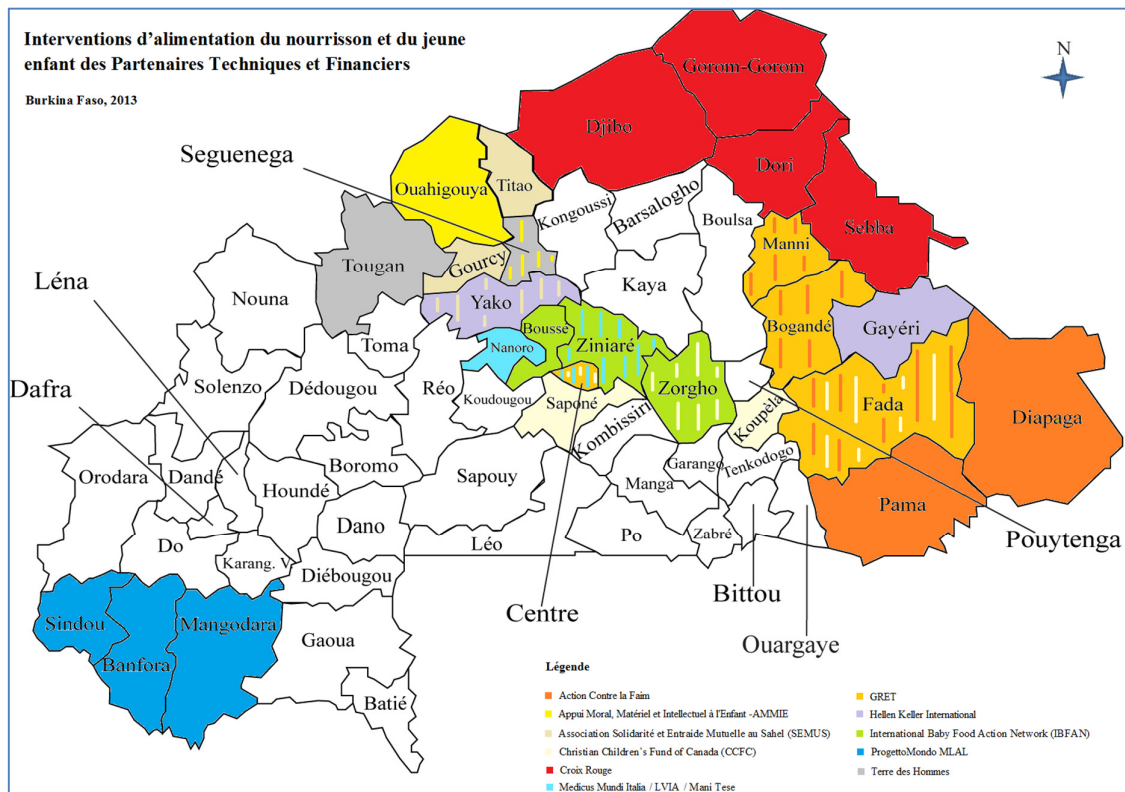


Figure 7 : Localisation géographique des intervenants sur la promotion des pratiques optimales d'ANJE en 2013

- Les interventions et approches utilisées
 - ✓ la stratégie des mères conseillères qui sont formées et ont pour mission de donner des conseils sur la nutrition et de vendre des bouillies améliorées dans les quartiers ;
 - ✓ les visites à domicile réalisées sur une longue durée (8 mois) favorisant le changement de comportement ;
 - ✓ l'implication des CSPS et des districts sanitaires et la mise en place d'un processus d'appropriation des bonnes pratiques et de pérennisation ;
 - ✓ le dispositif du modèle « Care group » permettant de toucher un grand nombre des mères ;
 - ✓ la conduite des actions de communication de masse: création d'outils et canaux de sensibilisation innovant comme les animations au marché, le recours à la radio et le théâtre forum ;
 - ✓ l'implication de tous les acteurs influents dans le domaine de l'ANJE avec une adaptation des stratégies pour chaque type d'acteur ;
 - ✓ La démonstration culinaire à partir des produits locaux ;

- ✓ La production et la distribution des aliments de complément de qualité ;
- ✓ l'approche Grand-mère.

Au sujet de l'accessibilité des aliments de compléments, on observe plusieurs approches complémentaires. En effet, des farines infantiles fortifiées produites localement (Misola, Yonhama), de qualité et bon marché, se sont développées ces dernières années. Grâce notamment aux appuis fournis par des ONG ces dernières années, certaines farines infantiles locales sont désormais de très bonne qualité nutritionnelle, organoleptique et sanitaire. Elles sont produites par une trentaine d'unités de production réparties sur tout le pays (**Figure 8**). Toutefois, ces farines sont encore insuffisamment commercialisées et peu connues. L'expérience de GRET au niveau de la région de l'Est montre qu'avec une bonne sensibilisation 30% des mères des provinces de la Gnagna et de la Tapoa achètent régulièrement les farines enrichies. Les freins à l'achat peuvent être d'ordre culturels car les familles n'ont pas l'habitude d'acheter des aliments pour les jeunes enfants) ou économiques. Quelques partenaires (GRET, MMI, ACF) font la promotion de ces farines fortifiées dans leurs zones d'intervention, d'autres en achètent pour distribuer dans le cadre de filets sociaux (réponse aux inondations ou en période de soudure, distribution aux enfants nés de mères séropositives...). Des formes innovantes de commercialisation sont en test (Kiosques commercialisant des bouillies prêtes à consommer dans les quartiers vulnérables des villes).

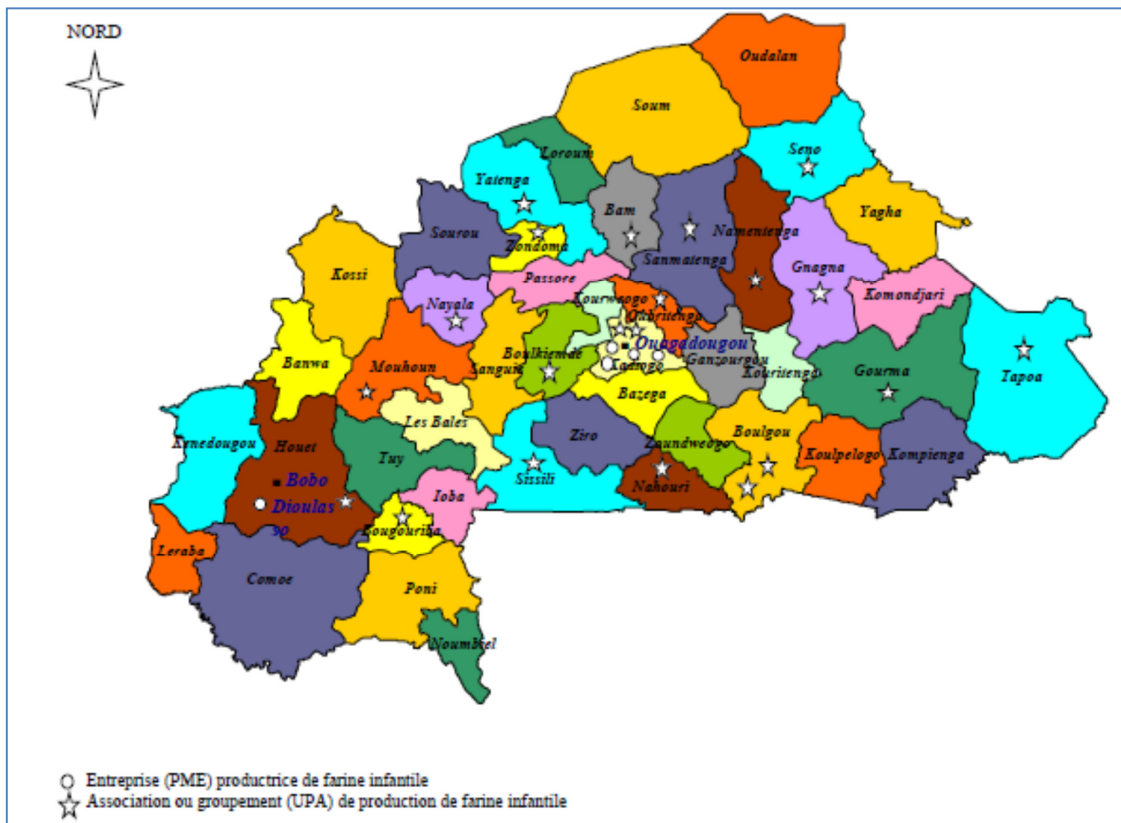


Figure 8 : Localisation géographique des entreprises ou associations de production de farine infantile.

La plupart des partenaires font la promotion de recettes améliorées à base de céréales locales (mil, sorgho, maïs) de tubercules (igname, pomme de terre) enrichies avec le haricot, l'arachide, le *soumbala* (nééré), le poisson sec, les fruits etc.

Il existe une grande diversité de recettes d'apports nutritionnels variés: certaines se réfèrent à la Direction de la Nutrition qui a établi une série de recettes, d'autres ont conçu leurs propres recettes.

L'avantage de cette approche est qu'elle est financièrement accessible par la majorité des ménages. Ces recettes permettent d'améliorer les apports nutritionnels, sans toutefois couvrir l'ensemble des besoins (notamment en termes d'énergie et de micronutriments). D'autres partenaires font également la promotion d'aliments spécifiques riches en micronutriments (patate à chair orange, moringa, légumes à travers les jardins de la santé,...).

❏ *Synthèse des facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE*

Les facteurs susceptibles de limiter le niveau des indicateurs clés d'ANJE au Burkina Faso sont résumés dans le **tableau I**.

Les facteurs limitant des pratiques optimales d'ANJE sont de plusieurs ordres à savoir culturels, économiques, religieux, structurels et affectifs.

Tableau I
Facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE

Domaines	Facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE
Aspects communautaire et familial	☐ Persistance de pratiques traditionnelles et de tabous alimentaires qui gênent l'efficacité de la conduite de l'AME (<i>gavage et purge ou administration de tisanes à but thérapeutique etc.</i>). ☐ Persistance de la perception que l'enfant ne peut rester sans boire de l'eau dans la période 0 – 6 mois. ☐ Persistance de la perception que le lait maternel ne suffit plus avec la croissance de l'enfant dans la période d'âge 0 – 6 mois et des aliments de complément s'imposent trop précocement. ☐ Fortes influences négatives à une pratique optimale d'allaitement dans la communauté (<i>mari, grand-mère, chefs de village, responsables coutumiers ou religieux, tradi-praticiens de santé</i>). ☐ Insuffisance de connaissance et compétence pour la préparation d'aliments de complément appropriés à domicile. ☐ Faible accès à des aliments de complément de qualité à base d'aliments locaux et leur utilisation inappropriée. ☐ Faible implication des hommes sur les questions d'ANJE ☐ Faible Couverture des activités à base communautaire de promotion des bonnes pratiques d'ANJE ☐ Faible disponibilité des aliments de complément dans les ménages ☐ Faible utilisation des aliments disponibles ☐ Peu d'attention accordée à l'alimentation de la femme enceinte et allaitante ☐ Faible capacités des acteurs communautaires dans la promotion des pratiques optimales d'ANJE.
Aspects liés à la communication	☐ Faible qualité des activités de sensibilisation menées par les acteurs communautaires

Domaines	Facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE
	☐ Absence de normes de qualité pour déterminer la disponibilité ou non de ressources humaines adéquates pour mener les activités de promotion d'ANJE. ☐ Absence d'approche harmonisée orientée vers une bonne couverture et fréquence des activités promotionnelles d'ANJE (<i>Objectifs de présences des mères d'enfant de 0-23 mois des OBCE fixés de différentes façons sans tenir compte systématiquement de la couverture, d'une fréquence adéquate et mode d'organisation des activités pouvant engendrer un changement de comportement chez les bénéficiaires</i>). ☐ Absence de plan de communication multimédia au niveau national d'appui aux activités communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE. ☐ ☐ Contenu des messages spécifiques à l'alimentation de complément peu élaboré pour les agents de santé (absence de protocole). Non maîtrise des approches de changement sociale par les acteurs. Insuffisance dans la promotion de l'utilisation des aliments disponibles dans les ménages. ☐ Faiblesse diffusion des messages pour la promotion de l'ANJE. ☐ Insuffisance de qualité de certains messages pour la promotion de l'ANJE. ☐ ☐ Utilisation non optimale des approches de changement social basée sur la participation effective des communautés dans les principales étapes de mise en œuvre des interventions d'ANJE. ☐ Faible efficience des mécanismes existants de communication entre les communautés et les prestataires de santé
Aspects liés à la création d'un environnement favorable	☐ Farines infantiles enrichies encore insuffisamment commercialisées et peu connues. ☐ faible accessibilité financière de la population aux aliments d'origine animale et aux farines infantiles enrichies. ☐ Conditions d'hygiène et d'assainissement précaires.

Domaines	Facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE
	☐ Précarité de la sécurité alimentaire des ménages pouvant être accentuée par des situations de mauvaise récolte ou en période de soudure. ☐ Problèmes d'accès à l'eau potable surtout en milieu rural.
Aspects liés au système de santé	☐ insuffisance du suivi et de la supervision du programme Initiative Hôpitaux amis des Bébés (IHAB) et non adoption d'une approche d'institutionnalisation des <i>dix (10) conditions d'allaitement maternel</i> à travers le système de santé avec un suivi régulier. Limites dans l'application de l'IHAB. ☐ Insuffisance dans la gestion des intrants de la subvention des CPN (ruptures fréquentes). ☐ Faible intégration des pratiques optimales d'ANJE dans la formation en pré-emploi des agents de santé. ☐ insuffisance de capacité à tous les niveaux pour conduire des formations appropriées orientées vers l'action des prestataires de santé dans le cadre de la promotion des pratiques optimales d'ANJE (Prise en compte insuffisante de la promotion des pratiques optimales d'alimentation complémentaire chez les enfants 6 – 23 mois). ☐ Absence d'outils nationaux de formations sur l'ANJE. ☐ Insuffisance de la supervision et du suivi/évaluation des activités en rapport avec les interventions de survie de l'enfant y compris la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. ☐ insuffisance de conseils sur les pratiques optimales d'ANJE au niveau des contacts existants dans les structures de santé (consultations prénatales, accouchement, consultation nourrisson sain ou malade, séance vaccination) ☐ Insuffisance de promotion des pratiques optimales d'alimentation complémentaire chez les enfants 6 – 23 mois. ☐ Méconnaissance du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (aucune formation formelle sur le code pour prévenir les cas de violation et absence de support d'information sur le code dans les structures de santé).

Domaines	Facteurs limitant les pratiques optimales d'ANJE
Aspects politiques et de législation	☐ insuffisance d'indicateurs en rapport avec l'ANJE dans le système de monitoring des activités des structures sanitaires. ☐ Inexistence d'un système de suivi de l'application effective du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel à travers le décret interministériel réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel adopté en 1993. ☐ Non mise à jour du code international des SLM en rapport avec les nouvelles recommandations de l'OMS. ☐ Absence d'une stratégie nationale d'amélioration de l'alimentation complémentaire des enfants chez les groupes les plus vulnérables (promotion de l'utilisation de farine infantile enrichie ou l'introduction de la fortification à domicile etc.). ☐ Absence de norme de qualité sur les farines infantiles
Aspects liés à la gestion de l'allaitement en situation difficile (VIH, Urgence)	☐ La gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence n'est pas intégrée dans les plans de préparation et de gestion des crises ☐ Les acteurs ne sont pas formés sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence.

1.6. Axes d'interventions stratégiques sur la base de l'analyse de situation

A la lumière de l'analyse de situation et en conformité avec la structuration de la stratégie mondiale d'ANJE mais aussi avec les orientations stratégiques du PNDS 2011-2020, le plan de passage à l'échelle des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE au Burkina Faso s'appuiera sur les axes d'interventions stratégiques suivants:

1. *renforcement de la qualité et de la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE.*
2. *création au niveau communautaire d'un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE.*
3. *mise en œuvre au niveau national d'un plan de communication d'appui aux activités communautaires.*
4. *appui à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires.*
5. *renforcement de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.*
6. *renforcement des compétences pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH, urgences).*

II. BUT ET OBJECTIFS DU PLAN

2.1. But

Contribuer à la réduction d'au moins 40% du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 – 59 mois d'ici 2025 et à la réduction de la mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso.

2.2. Objectif Général

Augmenter le taux de pratique d'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois de 38% en 2012 à au moins 80% en 2025 et le taux de pratique d'alimentation minimale acceptable chez les enfants âgés de 6 – 23 mois de 3.5% en 2012 à au moins 30% en 2025.

2.3. Objectifs spécifiques

En termes d'objectifs spécifiques, le plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE se propose de :

1. *Renforcer la qualité et la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE.*
2. *Créer au niveau communautaire un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE.*
3. *Mettre en œuvre au niveau national un plan de communication d'appui aux activités communautaires.*
4. *Appuyer la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires.*
5. *Renforcer l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel par une adoption du texte réglementaire relu et la mise en place d'un système de surveillance.*

6. Renforcer les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH, urgences).

2.4. Résultats attendus

Résultat 1 : D'ici fin 2022, 1122519 soit 90% des femmes enceintes et 1791949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population totale du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).

Résultat 2 : D'ici fin 2022, un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (*maraîchage ou petit élevage*) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (*farines locales infantiles enrichies, bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile*).

Résultat 3 : D'ici fin 2022, au moins une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso.

Résultat 4. D'ici fin 2022, la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.

Résultat 5. D'ici fin 2016, une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel.

Résultat 6 : D'ici fin 2022, les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH, situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale.

III. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE PASSAGE A L'ECHELLE

3.1. Principes, hypothèses et options stratégiques

❏ Les principes

Le plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE est basé sur les **principes** suivants :

1. La prise en compte des mesures prioritaires de la stratégie mondiale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des insuffisances révélées par l'analyse de situation.
2. La capitalisation des expériences réussies au Burkina Faso et ailleurs.
3. L'utilisation de la viabilité des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE comme un critère d'identification des stratégies de mise en œuvre.
4. La prise en compte d'une fréquence adéquate des activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE pouvant engendrer un changement de comportement chez les bénéficiaires par la promotion d'activités de proximité sous la conduite des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC).
5. La prise en compte de l'existence du réseau communautaire d'associations dans la structuration des acteurs d'intervention de promotion des pratiques optimales d'ANJE en comblant leurs gaps de capacités et organisationnel.
6. La prise en compte des aires d'influences des pratiques d'ANJE et des normes sociales identifiées au cours de l'analyse de situation.
7. La promotion de l'utilisation de l'approche de groupes de soutien mère à mère ou Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA) pour favoriser l'adoption des conseils prodigués.
8. La promotion de l'innovation dans l'offre de services et la stratégie de délivrance par l'organisation des services de promotion des pratiques optimales d'ANJE à travers le cycle de vie au profit de GASPA de femmes enceintes d'une part et de mère d'enfant 0 – 23 mois d'autre part (*cette stratégie orientée vers l'action permettra de délivrer un paquet de services d'ANJE approprié et opportun*).
9. La promotion de l'approche multisectorielle pour maximiser l'impact sur la réduction de la malnutrition chronique.

❏ Les hypothèses et options stratégiques

Le plan de renforcement et de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE est basé sur les **hypothèses** suivantes :

1. La reconnaissance de l'existence encore limitées d'interventions de promotion d'ANJE basées sur la délivrance d'un paquet de services d'ANJE à travers le cycle de vie conforme au modèle présenté dans le **Tableau II** et dont la mise en œuvre se fait à travers une norme de qualité faisable (affectation d'un effectif spécifique d'enfants 0 – 23 mois à couvrir par agent de santé communautaire ou autre agent communautaire) pour assurer de bonnes couvertures de disponibilité et d'accessibilité (**Tableau III**)³.

Tableau II : Paquet Intégré des Services d'ANJE à travers le cycle de vie

GASPA		Composante du Paquet Intégré des Services d'ANJE
1	Femmes enceintes	• Promotion de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté • Promotion d'une bonne nutrition chez les femmes enceintes • Appréciation de la perception de la femme enceinte sur la mise au sein précoce et de l'AME pour des conseils appropriés. • Appui à la mise au sein précoce par des conseils appropriés et la création d'un environnement propice. • Promotion de l'hygiène au cours de l'alimentation du jeune enfant • Promotion de l'espacement des naissances
2	Femmes allaitantes d'enfants de moins de 6 mois d'âge	• Suivi de l'option des mères pour l'alimentation de leurs nourrissons pour des conseils appropriés • Promotion d'une bonne nutrition chez les femmes allaitantes • Promotion de l'hygiène au cours de l'alimentation du jeune enfant • Promotion de l'espacement des naissances
3	Mère d'enfants âgés de 6 – 24 mois.	• Rappel systématique de l'introduction d'aliments de complément dès 6 mois • Evaluation de la poursuite de l'allaitement pour des conseils appropriés • Evaluation de la fréquence des repas pour des conseils appropriés • Evaluation de la diversité alimentaire pour des conseils appropriés • Promotion de l'accessibilité à des sources de micronutriments (<i>farine infantile enrichie, fortification à domicile, production vivrière améliorée, produits forestiers non ligneux</i>) • Promotion du principe des mélanges multiples pour la préparation de menus et farine de complément équilibrés par la démonstration culinaire • Promotion de l'hygiène au cours de l'alimentation du jeune enfant • Promotion de l'espacement des naissances • Promotion de la production vivrière améliorée pour la diversification alimentaire • Suivi de l'état nutritionnel des enfants et des mères • Promotion des jeux d'éveil et d'affection chez les enfants

³Une phase test selon ce modèle (2013 – 2015) est en exécution entre au niveau de la région du Nord à travers le «Projet de Sécurité nutritionnelle en Afrique» (ANSP) financé par l'Union Européenne.

Tableau III : Normes de qualité faisable pour la mise en œuvre au niveau communautaire du paquet de services D'ANJE

Normes de qualité	Type de couvertures ciblées
Utilisation d'un rapport de 50 enfants 0 - 23 mois et en moyenne 31 femmes enceintes par Agent de Santé à Base Communautaire (ASBC) pour la détermination d'un nombre adéquat d'acteurs au niveau communautaire	Disponibilité des services d'ANJE par un effectif approprié d'acteurs communautaires
- Utilisation d'une norme d'établissement des Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA) au niveau communautaire (15 femmes par groupes). - Affectation à chaque ASBC d'un nombre moyen de 5 GASPA pour rendre possible l'organisation d'au moins d'une session mensuelle au profit de chaque Groupe de femme.	Accessibilité des services d'ANJE en rapport avec la possibilité d'organiser des sessions de groupes d'apprentissage des femmes enceintes ou mères d'enfants de 0 – 6 mois

- La sélection au besoin d'un nombre additionnel ASBC en vue d'atteindre la norme de qualité.
- L'affectation à chaque ASBC au moins de deux personnes ressources volontaires (PRV) (*Membre de comité villageois de Développement, élu local, enseignant, représentant des groupements de femmes, représentant des associations de jeunes, animateur de radios communautaire, leader communautaire, grand mères, guide religieux, guide traditionnel*) pour leur permettre de promouvoir les pratiques optimales d'ANJE auprès de leurs audiences et de leurs réseaux sociaux.
- Le renforcement de capacités de 3 agents par OBCE pour jouer un rôle d'appui et de supervision des activités promotionnelles d'adoption des pratiques optimales d'ANJE qui seront menées par les ASBC et autres acteurs communautaires.
- La prise en compte d'une phase test de stratégies et d'harmonisation des outils de formation et de gestion (2013 – 2014), d'une phase d'enrôlement des régions et d'extension des couvertures (2015 – 2022) qui feront l'objet de budgétisation et d'une phase de consolidation et de documentation (2023 – 2025) (**Figure 9**).

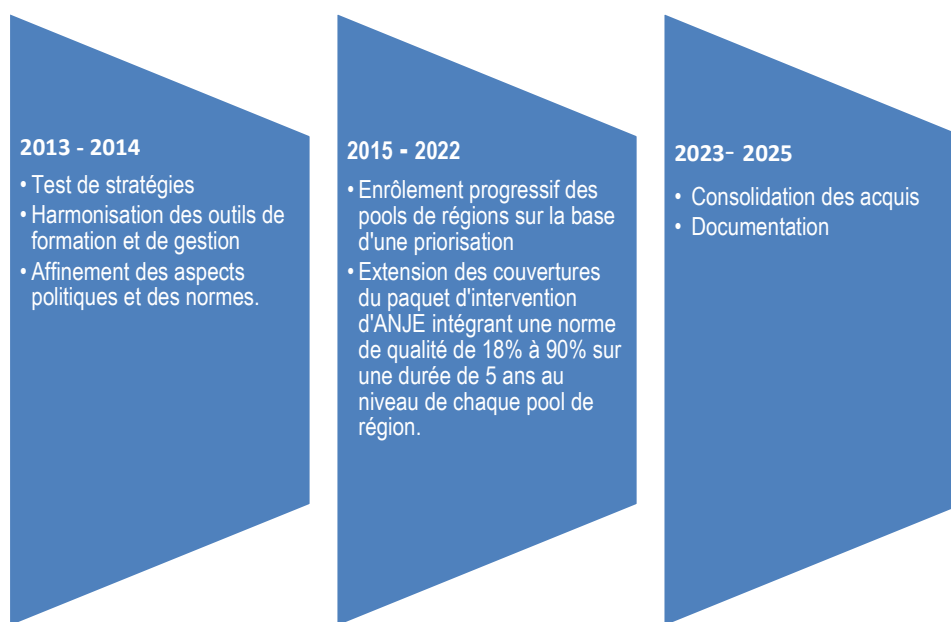


Figure 9. Phasage du plan de renforcement et de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'ANJE.

6. La priorisation des zones d'intervention à partir de 2015, sur la base des prévalences du retard de croissance et du taux de pauvreté au niveau régional. (Figure 10 et 11). Par contre, les régions abritant les tests d'intervention d'ANJE entre 2011 et 2014 sont insérées prioritairement dans le cadre du plan de passage à l'échelle selon une approche raisonnée.

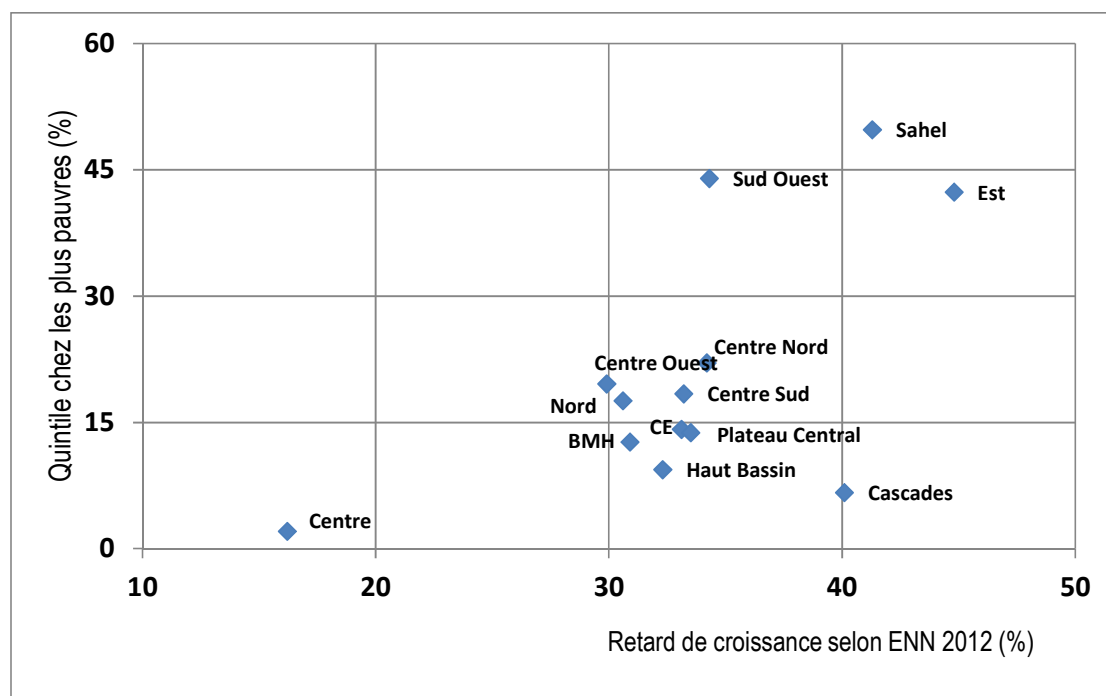


Figure 10. Quintile chez les plus pauvres en fonction des prévalences de retard de croissance au niveau régional (Enquête nationale de nutrition 2012 au Burkina Faso).

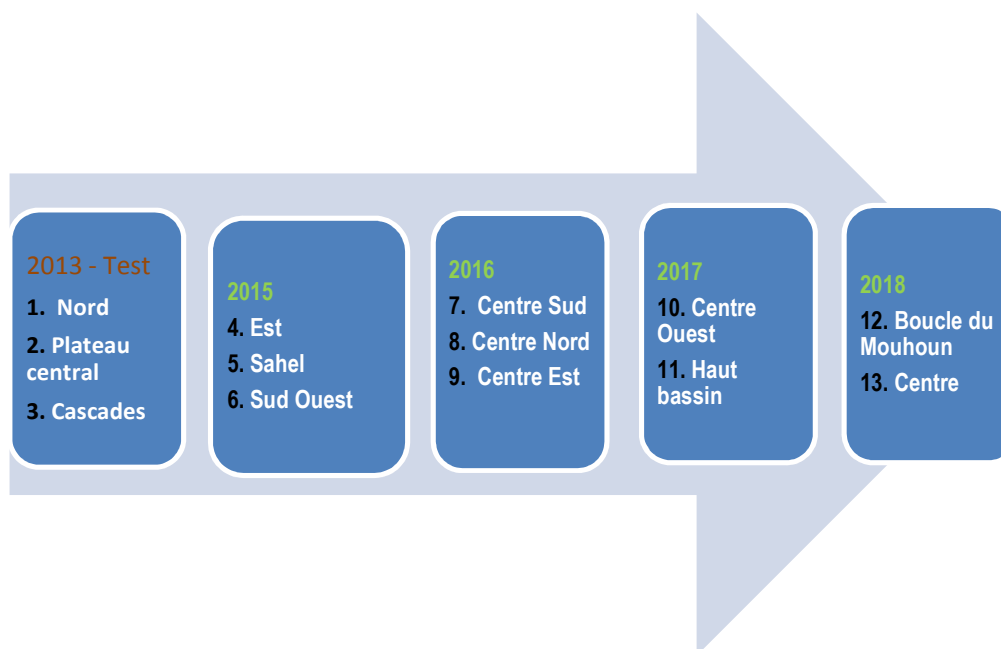


Figure 11. Priorisation du ciblage des régions à partir de 2015 selon les taux de pauvreté et des prévalences de retard de croissance au niveau régional.

7. Constance du taux de croissance démographique du Burkina Faso pour les 10 prochaines années (3,1% par an). Sur cette base, nous utiliserons les projections démographiques de l'INSD (2007-2020) pour estimer notre population cible.
8. Priorisation des activités de renforcement de capacité en matière d'ANJE au profit des prestataires de santé en charge de la santé maternelle et infantile (consultations prénatales, accouchement, consultation nourrisson sain ou malade, séance vaccination) : 4 membres par Equipe Cadre de District, 3 prestataires de santé par Centre Hospitalier ou Centre médical (CMA, CM), 3 prestataires de santé par CSPS, Dispensaires ou maternité isolés.

3.2. Projection des couvertures de mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE

Le plan de passage à l'échelle ANJE se fixe comme objectif de couverture de porter d'ici 2022 à 90% la mise en œuvre communautaire d'un Paquet Intégré de Service d'ANJE à travers le cycle de vie en intégrant des normes de qualité faisables pour assurer de bonnes couvertures de disponibilité et d'accessibilité des services.

Au niveau de chaque pool de régions la progression de couverture adoptée s'étend de 18% à 90% à partir de leur année d'enrôlement (**Tableau IV**). Toutefois, en 2013, la couverture moyenne dans les régions abritant les phases tests d'intervention est de 71%. La région de l'Est dont l'enrôlement est planifié en 2015 débutera avec une couverture de 22% à cause des interventions de promotion d'ANJE menées par GRET et l'UNICEF au niveau de la province du Gourma.

La traduction en effectifs des populations couvertes par la mise en œuvre du PISA à travers le cycle de vie entre 2013 et 2022 est présentée dans le **tableau V**. Par rapport à l'évolution de la population totale du Burkina à chaque étape, il en ressort une évolution de la couverture nationale de la mise en œuvre du PISA présentée dans la **figure 12**.

Tableau IV: Projection des couvertures de mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE au niveau des différents pools de régions.

Année d'enroulement des séries de régions	Pools de régions	Projections de couverture du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE intégrant des normes de qualité									
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
2013	1. Nord 2. Plateau Central 3. Cascades	71% ⁴	80%	85%	90%	90%					
2015	4. Est 5. Sahel 6. Sud-Ouest			22% ⁵	36%	54%	72%	90%			
2016	7. Centre Sud 8. Centre Nord 9. Centre Est				18%	36%	54%	72%	90%		
2017	10. Centre Ouest 11. Haut bassin					18%	36%	54%	72%	90%	
2018	12. Boucle de Mouhoun 13. Centre						18%	36%	54%	72%	90%

⁴Prise en compte d'une couverture en 2013 de 58% au niveau de la région du Nord par AMMIE/UNICEF et SEMUS/UNICEF et 71% de la région du Plateau Central par IBFAN/APAIB/ACF/UNICEF et de 83% de la région Cascade par MLAL/UNICEF.

⁵Prise en compte d'une couverture de 25% de la région de l'Est à travers les interventions de GRET/UNICEF au niveau du Fada N'gourma

Tableau V

Evolutions des populations couvertes selon la stratégie d' enrôlement des pools de régions et l'extension des couvertures des interventions d'ANJE

	Périodes d' enrôlement des séries de régions et d'extension									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Evolution de la population générale couverte par la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	2,078,014	2,421,620	3,442,268	4,966,222	7,213,848	10,461,105	13,902,726	16,740,648	18,907,992	20,409,442
Evolution des effectifs de femmes enceintes couvertes par la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	114,291	133,189	189,325	273,142	396,762	575,361	764,650	920,736	1,039,940	1,122,519
Evolution des effectifs d'enfants 0 - 23 mois couverts par la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	182,450	212,618	302,231	436,034	633,376	918,485	1,220,659	1,469,829	1,660,122	1,791,949
Population Total Burkina Faso	17,322,796	17,880,386	18,450,494	19,034,397	19,632,147	20,244,079	20,870,060	21,496,041	22,122,022	22,748,003
Evolution de la couverture des enfants de 0-23 mois de la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	12%	14%	19%	26%	37%	52%	67%	78%	85%	90%

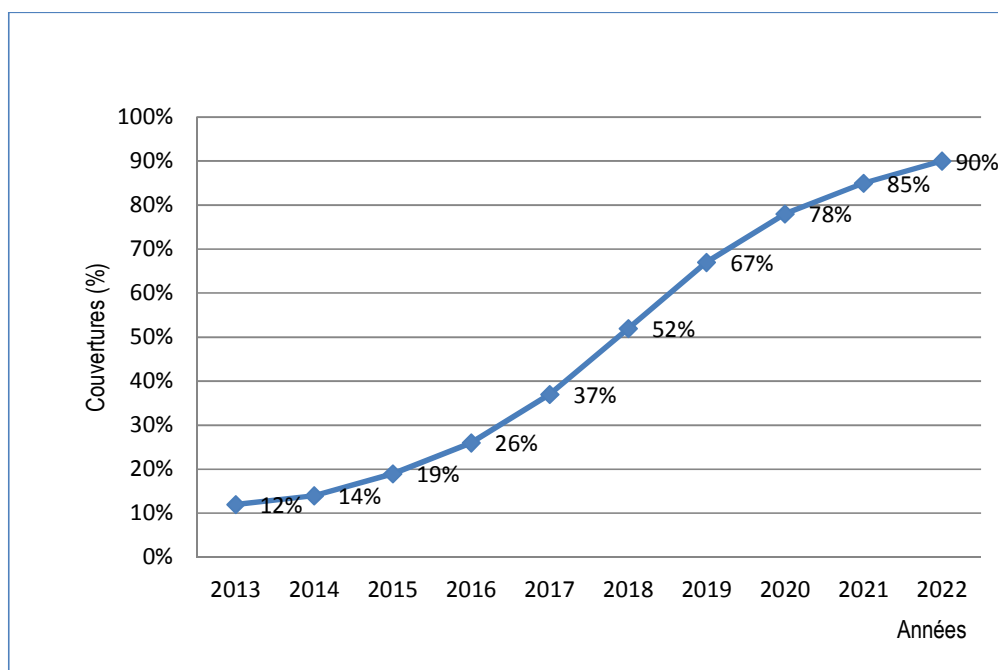


Figure 12 : Evolution de la couverture nationale de mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE

3.3. Stratégies de mise en œuvre du plan.

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

1. Utilisation de réseaux communautaires pour l'extension des interventions d'ANJE et le recours aux stratégies de communication pour le changement de comportement.

Au niveau de chaque district le PISA sera mis en œuvre sur la base d'un modèle d'implantation et de gestion des interventions qui sera décrit au niveau des activités. La pratique de l'allaitement comporte une dimension sociale et culturelle au regard de certaines pratiques comme le fait de donner des infusions, des tisanes, de l'eau (pour calmer la soif selon les mères et gardiennes d'enfants), et des décoctions. Même si le fait de faire passer les messages à travers les causeries peut améliorer les connaissances, il n'engendre pas systématiquement un changement de comportement. Ainsi une approche intégrée de communication sera utilisée (changement de comportement au niveau individuel, la mobilisation communautaire pour susciter le changement social et le plaidoyer en direction des autorités à tous les niveaux).

2. Partenariat entre les structures de santé et les organisations à base communautaire.

Les contacts de santé maternelle, infantile et néonatale existants au niveau des structures de santé seront mis à profit par les prestataires de santé formés pour délivrer le PISA. Les prestataires de santé joueront un rôle primordial dans le renforcement de capacités des acteurs communautaires, dans leur supervision et capitaliseront les données de suivi au niveau de leurs rapports d'activités. Pour jeter les bases de ce partenariat, les zones d'intervention communautaire au cours de l'extension au niveau de chaque district se feront autour des aires de responsabilité des formations sanitaires.

Dans le contexte de l'option stratégique de la contractualisation des interventions à base communautaire au Burkina Faso, les ONG en partenariat avec les OBCE et les ASBC joueront un rôle d'agence d'exécution au niveau de chaque district sanitaire.

3. Diffusion des messages à travers un plan de communication national sur l'ANJE

Au-delà de la communication de proximité au niveau communautaire, la diffusion des messages sera amplifiée par une approche multimédia exécutée au niveau national. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'élaboration d'un plan de communication orienté spécifiquement vers des actions de portée nationale et d'appui aux activités de communication pour le changement de comportement et de mobilisation sociale qui seront conduites par les prestataires de santé et les acteurs communautaires.

4. Intégration pour combler les gaps de capacités

Les gaps de capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires en matière de promotion d'ANJE seront comblés à travers l'élaboration d'outils de formation harmonisés au niveau national intégrant la promotion des pratiques optimales d'allaitement et d'alimentation complémentaire. Au-delà des aspects techniques en rapport avec la promotion des pratiques optimales, les outils de formation vont intégrer selon le niveau des aspects en rapport avec :

- la vulgarisation du code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- les modalités de gestion de l'ANJE dans les situations difficiles comme le contexte du VIH et les urgences (*normes et activités convenues pour l'alimentation infantile*) ;
- l'institutionnalisation des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité ;
- le processus d'implantation et de mise en œuvre du PISA dans un district sanitaire et une communauté (quartier / village) ;
- le système de suivi des interventions d'ANJE intégrant les outils de gestion et de reportage des activités ;
- les techniques de supervision ;
- les techniques de communication interpersonnelle.

3.4. Principales activités par rapport aux résultats attendus

Résultat 1 : D'ici fin 2022, 1122519 soit 90% des femmes enceintes et 1791949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population totale du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).

Activités liées aux Résultat 1

1. Elaborer un guide du formateur des acteurs communautaires sur l'ANJE et un manuel de l'agent communautaire sur l'ANJE.
2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils communautaires de formation sur l'ANJE.
3. Reproduire les 2 outils de formation des acteurs communautaires sur l'ANJE (Guide du formateur et Manuel du participant) : *pour appuyer la phase d'extension, il s'agira de reproduire annuellement 2000 guides du formateur des agents communautaires, 5000 Manuels de l'agent communautaire entre 2014 et 2019.*

4. Elaborer, reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les ASBC et les OBCE pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA : *pour appuyer la phase d'extension, il s'agira de reproduire annuellement 5000 Aide-mémoires entre 2014 et 2019.*
5. Former 90 agents des ONG-RENCAP sur l'ANJE en 5 sessions de formation entre 2013 et 2018 (**Tableau VI**).

Tableau VI : Plan de formation des ONG RENCAP

Année d'enrôlement	2013	2015	2016	2017	2018	Total
Régions	• Nord • Plateau Central • Cascades	• Est • Sahel • Sud-Ouest	• Centre Sud • Centre Nord • Centre Est	• Centre Ouest • Haut Bassin	• Boucle du Mouhoun • Centre	Burkina Faso
Nombre d'ONG-RENCAP	4	3	4	3	4	18
Effectif d'agents d'ONG-RENCAP à former	20	15	20	15	20	90
Nombre de session de formation	1	1	1	1	1	5

6. Former sur l'ANJE 468 agents d'OBCE à travers 19 sessions de formation entre 2013 et 2018 (**Tableau VII**).

Tableau VII : Plan de formation des agents des OBCE

Année d'enrôlement	2013	2015	2016	2017	2018	Total
Régions	• Nord • Plateau Central • Cascades	• Est • Sahel • Sud-Ouest	• Centre Sud • Centre Nord • Centre Est	• Centre Ouest • Haut Bassin	• Boucle du Mouhoun • Centre	Burkina Faso
Nombre d'OBCE	27	24	41	29	35	156
Effectif des agents d'OBCE à former	81	72	123	87	105	468
Nombre de session de formation	3	3	5	3	4	19

7. Réaliser au moins 1543 autodiagnostic communautaires suivis de restitution aux communautés ciblées dans l'aire de responsabilité des formations sanitaires (CM et CSPS) : de façon participative avec les communautés, cette activité marquera le démarrage de la mise en œuvre du PISA dans les différentes localités ciblées. Il s'agira de faire au niveau de chaque communauté ciblée (secteur ou village) l'inventaire des pratiques courantes en matière d'ANJE et des ressources alimentaires localement disponibles. A la suite du diagnostic de base, une rencontre restitution des résultats aux acteurs communautaires et leaders sera effectuée pour les conscientiser sur les problèmes d'ANJE. Les objectifs spécifiques de cette rencontre sont entre autres :
 - *définir un but commun avec la communauté pour améliorer les pratiques courantes d'ANJE et partager les réponses que la mise en œuvre du PISA se propose d'apporter,*

- étudier la possibilité d'avoir des espaces communautaires à utiliser comme site d'intervention,
- mobiliser les ASBC et les leaders communautaires autour de l'intervention de promotion des pratiques optimales d'ANJE,
- partager les critères de sélection des agents communautaires additionnels pour compléter l'effectif des ASBC,
- partager l'idée de faire recours à des personnes ressources volontaires devant appuyer les acteurs communautaires dans l'application des stratégies de changement de comportement,
- définir les activités immédiates pour le démarrage du projet y compris l'identification des bénéficiaires primaires (femmes enceintes, mères d'enfants âgés de 0 – 23 mois) et la création des GASPA.

Le plan de réalisation des diagnostics de base communautaire dans l'aire de responsabilité des formations sanitaires est présenté dans le **tableau VIII**. Des indications sur la méthodologie de réalisation de cette activité ainsi que les outils nécessaires sont intégrés comme objectifs d'apprentissage dans le kit national d'outil de formation sur l'ANJE.

Tableau 8: Plan de réalisation des diagnostics de base.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Evolution de l'effectif des formations sanitaires enrôlées selon le rythme d'extension de la mise en œuvre communautaire du PISA	100	232	320	447	630	886	1142	1335	1465	1543
Nombre de nouveaux diagnostics de base suivi de restitution aux communautés ciblées par an	100	132	88	127	183	256	256	193	130	78

8. Former sur l'ANJE 35 839 agents de santé communautaire ou autres agents communautaires à travers 1434 sessions de formation entre 2013 et 2022 au niveau des 63 districts sanitaires du Burkina Faso. Les effectifs à former par an sont présentés dans le **Tableau IX**. Les formations des ASBC seront assurées par les OBCE sous la supervision des agents de santé des CSPS et du personnel des ONG Rencap.

Tableau IX : Plan de formation des acteurs communautaires

Années	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total
Formation des ASBC et autres acteurs communautaires											
Effectif à former par an	1 364	2 486	2 194	2 676	3 947	5 702	6 043	4 983	3 806	2 637	35 839
Nombre de session	55	99	88	107	158	228	242	199	152	105	1 434
Orientation des Personnes Ressources Volontaires											
Effectif à orienter par an	1 364	2 486	2 194	2 676	3 947	5 702	6 043	4 983	3 806	2 637	35 839
Nombre de session d'orientation	55	99	88	107	158	228	242	199	152	105	1 434
Nombre de dialogue communautaire par an	5 456	9 944	8 777	10 704	15 787	22 809	24 174	19 934	15 223	10 546	143 356

9. Elaborer une série de 4 aide-visuels pour Personnes Ressources Volontaires (PRV) pour la diffusion de message clés d'ANJE auprès de leurs audiences. Les quantités à produire par an sont présentés dans le **Tableau X**.
10. Orienter sur l'ANJE 35 839 personnes ressources volontaires à travers 1434 sessions d'orientation sur l'utilisation des aide-mémoire entre 2013 et 2022 au niveau des 63 districts sanitaires du Burkina Faso. Les effectifs à orienter par an sont présentés dans le **Tableau IX**. Ces sessions d'orientation seront assurées par les OBCE sous la supervision des agents de santé des CSPS et du personnel des ONG Rencap.
11. Equiper les 35 839 ASBC ou autres agents communautaires de boîtes à images et de kits de démonstration culinaire pour appuyer les sessions de Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA). Les besoins annuels en équipement sont présentés dans le **Tableau X**.

Tableau X: Plan d'équipements des acteurs communautaires

EQUIPEMENTS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Quantités d'outils PRV à produire par an	5 456	9 944	8 777	10 704	15 787	22 809	24 174	19 934	15 223	10 546	143 356
Quantités de Boîtes à images à produire par an	1 364	2 486	2 194	2 676	3 947	5 702	6 043	4 983	3 806	2 637	35 839
Quantité de Kit de démonstration culinaire	1 364	2 486	2 194	2 676	3 947	5 702	6 043	4 983	3 806	2 637	35 839

12. Appuyer les activités d'identification des bénéficiaires (dénombrement enregistrement) et d'établissement des GASPA.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan les femmes bénéficiaires seront organisées en Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA). Ainsi un dénombrement et identification des bénéficiaires primaires (femmes enceintes mères d'enfants âgés de 0 – 23 mois) seront conduits dans chaque communauté ciblée par les ASBC avec l'appui des relais communautaire et des OBCE. L'évolution du nombre de GASPA et celle de l'effectif des ASBC sur la base de la norme de qualité sont présentés dans le **tableau XI**. Il en ressort qu'au cours du passage à l'échelle chaque ASBC ou autre agent communautaire aura à gérer en moyenne 5 groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE. Ainsi leur objectif sera d'organiser pour chaque GASPA une session par mois. Les activités des ASBC intégreront aussi le suivi de l'évolution des pratiques d'ANJE à des étapes cruciales que sont : 1) *à la suite d'une naissance (pour la mise au sein précoce)* 2) *entre 0 – 5 mois pour le suivi de l'AME* 3) *entre 6 – 23 mois pour le suivi de l'introduction d'aliments de complément la fréquence des repas et la diversification alimentaire.*

Tableau XI : Plan d'application de la norme de qualité pour la conduite des activités promotionnelles d'ANJE.

	Périodes d' enrôlement et d' extension									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Evolution de la population générale couverte par la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	2 078 014	2 421 620	3 442 268	4 966 222	7 213 848	10 461 105	13 902 726	16 740 648	18 907 992	20 409 442
Evolution des effectifs de femmes enceintes couvertes par la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	114 291	133 189	189 325	273 142	396 762	575 361	764 650	920 736	1 039 940	1 122 519
Evolution des effectifs d'enfants 0 - 23 mois couverts par la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE	182 450	212 618	302 231	436 034	633 376	918 485	1 220 659	1 469 829	1 660 122	1 791 949
Evolution de l'effectif des GASPA des femmes enceintes	7 619	8 879	12 622	18 209	26 451	38 357	50 977	61 382	69 329	74 835
Evolution de l'effectif des GASPA des mères d'enfants 0 - 23 mois	12 163	14 175	20 149	29 069	42 225	61 232	81 377	97 989	110 675	119 463
Evolution de l'effectif total GASPA (femmes enceintes + mères d'enfants 0 - 23 mois)	19 783	23 054	32 770	47 278	68 676	99 590	132 354	159 371	180 004	194 298
Nombre de nouveaux GASPA par an	19 783	3 271	9 716	14 508	21 398	30 914	32 764	27 017	20 633	14 294
Evolution de l'effectif des ASBC et autres agents communautaire selon la norme de qualité (1 ASBC ou autre agent/ 50 enfants 0 - 23 mois)	2 655	3 850	6 045	8 721	12 668	18 370	24 413	29 397	33 202	35 839
Déduction de la norme de qualité pour les femmes enceintes sur la base de l'effectif des ASBC ou autres acteurs communautaires découlant de la norme de qualité utilisée	43	35	31	31	31	31	31	31	31	31
Répartition des GASPA par ASBC ou autres agents communautaire	7	6	5	5	5	5	5	5	5	5

13. Appuyer la réalisation des activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE

Ces activités se réaliseront selon une approche intégrée de communication (théâtres fora causeries éducatives ciné débats émissions radios projections de film démonstration culinaires ...). Toutefois la mise en place de Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA) sera systématisée et pourra être utilisée comme plateforme de déroulement des activités promotionnelle. Dans ce cadre un modèle de déroulement des sessions sera promu à travers les outils de formation pour assurer la qualité des services et susciter l'assiduité et une adhésion sans relâche des femmes autour des interventions promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE. Les activités au cours d'une session de GASPA seront définies en fonction du PISA à travers le cycle de vie.

Dans le cadre de l'appui à la réalisation des activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE un fonds de motivation par an sur la base d'une prise en charge de 2 500 FCFA par acteur communautaire et par mois sera créé. Ce fonds sera de nature à contribuer au financement du budget de la motivation des ASBC retenu par l'Etat dans le cadre de la contractualisation. Ainsi les modalités d'utilisation seront définies de concert avec les bénéficiaires en tenant en compte des orientations stratégiques adoptées à travers la politique de santé communautaire en vigueur.

14. Appuyer d'ici 2022 l'organisation de 347 720 dialogues communautaires en direction des maris leaders communautaires grand mères tradi-praticiens de santé : les PRV seront mis à contribution pour organiser selon leurs audiences des dialogues communautaires pour contribuer à lever les barrières à l'adoption des pratiques optimales d'ANJE. Ainsi leur objectif sera d'organiser au moins un dialogue communautaire dans chaque semestre avec leurs audiences au-delà de la promotion de l'ANJE à l'intérieur de leurs réseaux sociaux (**Tableau XII**).

Tableau XII: Plan d'organisation des dialogues communautaires au cours de l'extension des interventions communautaires

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Nombre de nouveaux PRV par an	1 364	2 486	2 194	2 676	3 947	5 702	6 043	4 983	3 806	2 637	35 838
Evolution des effectifs de PRV	1 364	3 850	6 044	8 720	12 667	18 369	24 412	29 395	33 201	35 838	
Nombre de dialogue communautaire par an	2 728	7 700	12 088	17 440	25 334	36 738	48 824	58 790	66 402	71 676	347 720

15. Appuyer annuellement d'ici 2022 la conduite de 16 412 activités de mobilisations sociale autour des pratiques optimales d'ANJE au niveau de l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées sur la base d'un paquet minimum d'appui financier (**Tableau XIII**).

Tableau XIII : Plan d'organisation des mobilisations sociales au cours de l'extension des interventions communautaires.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Evolution de l'effectif des formations sanitaires enrôlées selon le rythme d'extension de la mise en œuvre communautaire du PISA	206	232	320	447	630	886	1 142	1 335	1 465	1 543	
Nombre de mobilisations sociales par an	412	464	640	894	1 260	1 772	2 284	2 670	2 930	3 086	16 412

16. Assurer la supervision mensuelle des ASBC par les OBCE en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.

17. Assurer la supervision trimestrielle des sites communautaires de mise en œuvre du PISA par les prestataires de santé en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.

Résultat 2 : D'ici fin 2022 un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (*farines locales infantiles enrichies bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile*).

Cette composante intègre la mise en œuvre d'activités qui sont de nature à renforcer la résilience des communautés face à leur vulnérabilité par rapport aux aléas climatiques.

Activités liées au résultat 2

1. Elaborer des outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière, petit élevage).
2. Appuyer annuellement la reproduction des outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques de production vivrière améliorée (cultures maraîchères l'arboriculture vivrière petit élevage)
3. Appuyer la mise en place d'une ferme modèle au niveau de l'aire de chaque district sanitaire devant servir de cadre de démonstration et de renforcement de capacité des mères d'enfants 6 – 23 mois sur les activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage) (**Tableau XIV**).

Tableau XIV: Plan de mise en place des fermes modèles

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Evolution de l'effectif des districts sanitaires selon le rythme d' enrôlement des districts sanitaires dans l'intervention de production vivrière améliorée		11	14	15	12	11	63
Nombre de nouvelles fermes modèles à créer		11	14	15	12	11	63

4. Former 10 promoteurs de production vivrière par district sanitaire sur les activités de production vivrière dans la gestion des fermes modèles pour le transfert de compétences en direction des GASPA (**Tableau XV**).

Tableau XV: Plan de formation des promoteurs de production vivrière

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Evolution de l'effectif des districts sanitaires selon le rythme d'extension de la mise en œuvre communautaire du PISA		11	14	15	12	11	63
Nombre de nouvelles fermes modèles à créer		11	14	15	12	11	63
Effectif des promotrices de production vivrière par an à former		110	140	150	120	110	630
Nombre de sessions de formation		6	7	8	6	6	32

5. Former à travers les GASPA 1 383 760 mères d'enfants 6 – 23 mois sur les techniques de production vivrière améliorée entre 2014 et 2022 (**Tableau XVI**).

Tableau XVI: Plan de formation des Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques optimales d'ANJE sur les techniques de production vivrière améliorées

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Enfants 6 - 23 mois cibles		305 075	233 386	336 710	489 099	709 263	942 605	1 135 016	1 281 962	1 383 760	
Effectif des nouvelles mères d'enfants 6 – 23 mois par an		161 697	71 689	103 324	152 389	220 164	233 342	192 411	146 946	101 798	1 383 760
Effectif des sessions de formation à travers les GASPA		10 780	4 779	6 888	10 159	14 678	15 556	12 827	9 796	6 787	92 251
Effectifs de mères d'enfants âgés de 6 - 23 mois ciblés par le transfert monétaire conditionné par la production vivrière améliorée		80 849	35 845	51 662	76 195	110 082	116 671	96 206	73 473	50 899	691 880

6. Appuyer annuellement selon un système de transfert monétaire 50% des mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois formées sur les techniques de production vivrière améliorées à exécuter leur plan d'action (maraîchage ou petit élevage) soit un total de 691 880 bénéficiaires d'ici 2022 (**Tableau XVI**). La sélection des bénéficiaires se fera sur base de critères de pauvreté définis au niveau local.

7. Appuyer la mise en place de points de vente de farines infantiles enrichies et/ou de bouillies enrichies au niveau des districts sanitaires pour favoriser leur accessibilité aux enfants des zones les plus vulnérables (milieu rural zone péri-urbaine) (**Tableau XVII**).

Tableau XVII. Plan de mise en place des points de vente de farines infantiles enrichies.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Evolution de l'effectif des districts sanitaires selon le rythme d'extension de la mise en œuvre communautaire du PISA		11	14	15	12	11	63
Nombre de nouveaux points de vente de farines enrichies et/ou de bouillies enrichies à créer (20 points de vente/district sanitaire).		220	280	300	240	220	1 260

8. Organiser annuellement une campagne de marketing social des farines infantiles enrichies.

9. Développer en français et en langues locales un guide de recettes locales équilibrées répondant aux principes des mélanges multiples.

10. Appuyer annuellement la reproduction des guides de recettes locales.

11. Conduire en 2014 une phase pilote de fortification à domicile au profit des enfants 6 - 23 mois en utilisant la plateforme des modèles d'intervention de promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau de la région du Nord.

Cette activité de supplémentation à domicile sera de nature à améliorer le statut en fer et de réduire l'anémie chez les enfants de 6-23 mois. Il s'agira de faire bénéficier tous les 6 mois à chaque enfant âgé de 6 – 23 mois d'une dotation de 60 sachets poudre de micronutriments pour 2 mois de supplémentation à domicile dont le suivi sera assuré par les acteurs du volet communautaire de la promotion des pratiques optimales d'ANJE. Ainsi il s'écoulera 3-4 mois entre chaque période d'intervention de fortification à domicile. La composition des sachets de micronutriment sera conforme aux recommandations internationales (*12 5 mg de fer élémentaire de préférence en tant que fumarate ferreux encapsulé 300 de mg de rétinol Zinc : 5 mg de zinc élémentaire de préférence en zinc gluconate*). Pour la phase test au niveau de la région du Nord 96 242 enfants 6 – 23 mois seront ciblés. Cette phase pilote intègre la réalisation des sous activités suivantes :

- ☐ *La conduite d'enquêtes de base et d'évaluation sur l'état nutritionnel des enfants (données anthropométrique prévalence de l'anémie par carence en fer). L'enquête de base sera couplée à une recherche formative pour aider à développer la stratégie de communication de l'intervention.*
- ☐ *Elaborer des outils de communication pour la promotion de la fortification à domicile (outils imprimés sketches audio visuels spots TV et radio).*
- ☐ *Appuyer la diffusion et l'utilisation des outils de communication pour la promotion de la fortification à domicile (outils imprimés sketches audio visuels spots TV et radio).*

12. Organiser en 2016 un atelier de restitution des résultats et des leçons apprises de la phase pilote de fortification à domicile pour la planification de l'extension au Burkina Faso.

13. Appuyer l'extension progressive de la fortification à domicile conformément à la stratégie d'enrôlement des régions du plan de passage à l'échelle.

Résultat 3: D'ici fin 2022 une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso.

Il s'agira d'intensifier périodiquement à l'échelle nationale les activités de communication en appui aux activités de changement social et de comportement des acteurs communautaires et des prestataires de santé.

Activités liées aux résultats 3.

1. Organiser un atelier de développement d'un plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) d'ici fin 2014.
2. Appuyer la mise en œuvre d'activités de communication spécifiques du plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).
3. Appuyer les activités de plaidoyer en faveur de l'ANJE (bonne réglementation allocation de ressources et appui à la mise en œuvre)
4. Organiser au moins une campagne de communication (média théâtre forum causerie débat projection vidéo etc...) sur l'ANJE par an en lien avec la semaine mondiale de l'allaitement maternel pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé.

Résultat 4. D'ici fin 2022 la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.

Activités liées au résultat 4 :

1. Elaborer le guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE et le manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.
2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils de formation des prestataires de santé sur l'ANJE.
3. Reproduire le guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE et le manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.
4. Organiser une session de formation d'un pool national de 25 formateurs sur l'ANJE.
5. Organiser entre 2013 et 2018 13 sessions de formation au profit de 25 formateurs par région sur l'ANJE Burkina Faso (**Tableau XVIII**).

Tableau XVIII : Plan de formation de pools régionaux de formateurs sur l'ANJE

Année d' enrôlement	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Régions	• Nord	• Plateau Central • Cascade	• Est • Sahel • Sud-Ouest	• Centre Sud • Centre Nord • Centre Est	• Centre Ouest • Haut bassin	• Boucle de Mouhoun • Centre	Burkina Faso
Effectif des formateurs régionaux	25	50	75	75	50	50	325
Nombre de session de formation	1	2	3	3	2	2	13

6. Former 5 436 prestataires de santé à travers 217 sessions de formation entre 2013 et 2018 au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso (**Tableau XIX**).

Tableau XIX: Plan de formation des prestataires de santé

Année d' enrôlement	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Régions	• Nord	• Plateau Central • Cascade	• Est • Sahel • Sud-Ouest	• Centre Sud • Centre Nord • Centre Est	• Centre Ouest • Haut bassin	• Boucle de Mouhoun • Centre	Burkina Faso
Effectif des prestataires de santé à former	590	630	983	1185	1050	998	5436
Nombre de session de formation	24	25	39	47	42	40	217

7. Elaborer des outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité.
8. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les prestataires de santé pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.
9. Appuyer le processus d'intégration de l'ANJE dans les curricula de formation de base des agents de santé :
 - ☐ Organisation de sessions d'orientation sur l'ANJE annuellement en direction du personnel enseignant et des prestataires en fin de cycle de formation pré-emploi entre 2014 – 2016.
 - ☐ Organisation d'un atelier de renforcement des services d'ANJE dans le curriculum de formation des agents de santé en pré-emploi à partir de 2017.
10. Organiser trimestriellement des missions d'appui et de supervision des Equipes cadres de districts sanitaires en direction des prestataires de santé des formations sanitaires (CM CMA et CSPS) en collaboration avec les pôles régionaux de formation sur l'ANJE.
11. Assurer l'organisation semestriellement des missions d'appui et de supervision de la Direction de la nutrition en direction des districts sanitaires et des Hôpitaux en collaboration avec le pool national de formateurs ANJE les équipes régionales et les partenaires techniques.

Résultat 5. D'ici fin 2016 une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel.

Activités liées au résultat 5 :

1. Mettre en place un comité de relecture de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
2. Organiser un atelier de validation de la version revue du décret ministériel de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
3. Organiser une session de plaidoyer en direction du parlement pour l'adoption de la version revue de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
4. vulgariser l'arrêté d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel auprès des professionnels de santé du secteur privé agro-alimentaire et du grand public.
5. Créer un mécanisme de surveillance de l'application de l'arrêté : *visites en direction des formations sanitaires suivi de la conformité des substituts du lait maternel gestion des donations dans les situations d'urgence application de la recommandation nationale au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant élaboration de rapport semestriel sur les violations constatées et les actions correctrices.*

Résultat 6 : D'ici fin 2022 les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale.

Activités liées au résultat 6:

1. Organiser un atelier national d'actualisation des recommandations au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2015.
2. Réviser la boîte à image sur les AEN en intégrant des planches sur l'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2015.
3. Elaborer et reproduire un outil pratique sur la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles.
4. Intégrer dans le plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE.
5. Orienter au moins 200 agents humanitaires sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence.

6. Systématiser dans les plans de réponses aux urgences du système des Nations Unies et les budgets associés des activités en rapport avec la gestion de l'ANJE.

3.5. Chronogramme d'exécution des activités.

Le chronogramme d'exécution du programme de renforcement et de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Burkina Faso est présenté dans le **tableau XX**.

Tableau XX : Chronogramme d'exécution des activités.

Activités	Périodes de mise en œuvre														Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025		
Axe d'intervention stratégique 1 : Le renforcement de la qualité et de la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE.															
Résultat 1 : D'ici fin 2022 1 122 519 soit 90% des femmes enceintes et 1 791 949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population total du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).															
1.1. Elaborer le guide du formateur des acteurs communautaires sur l'ANJE et le manuel de l'agent communautaire sur l'ANJE.															DN/ PTF
1.2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils communautaires de formation sur l'ANJE.															DN/PTF
1.3. Reproduire les 2 outils de formation communautaire des acteurs communautaires sur l'ANJE (Guide du formateur et Manuel du participant)															DN/PTF
1.4. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les ASBC et les OBCE pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.															DN/PTF
1.5. Former 90 agents des ONG-RENCAP sur l'ANJE en 5 sessions de formation entre 2013 et 2018.															DN/Pool régional de formation ANJE
1.6. Former sur l'ANJE 468 agents d'OBCE travers 19 sessions de formation entre 2013 et 2018.															ONG RENCAP/Equipe cadre de district sanitaire
1.7. Réaliser au moins 1 543 autodiagnostic communautaires suivis de restitution aux communautés ciblées dans l'aire communautaire des formations sanitaires (CMA CM et CSPS).															ONG RENCAP/OBCE
1.8. Former sur l'ANJE 35 839 agents de santé communautaire ou autres agents communautaires à travers 1473 sessions de formation entre 2013 et 2022 au niveau des 65 districts sanitaires du Burkina Faso.															ONG RENCAP/OBCE
1.9. Elaborer et reproduire une série de 4 aide-mémoires pour Personnes Ressources Volontaires pour la diffusion de message clés d'ANJE auprès de leurs audiences.															DN/PTF

Activités	Périodes de mise en œuvre													Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1.10. Orienter sur l'ANJE 35 839 personnes ressources volontaires à travers 1 434 sessions d'orientation sur l'utilisation des aide-mémoire entre 2013 et 2022 au niveau des 63 districts sanitaires du Burkina Faso.														ONG RENCAP/OBCE
1.11. Equiper les 35 839 ASBC ou autres agents communautaires de boîtes à images et de kits de démonstration culinaire pour appuyer les sessions de Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA).														ONG RENCAP/OBCE
1.12. Appuyer les activités d'identification des bénéficiaires (dénombrement enregistrement) et d'établissement des GASPA.														ONG RENCAP/OBCE
1.13. Appuyer la réalisation des activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE														ONG RENCAP/OBCE
1.14. Appuyer d'ici 2022 l'organisation de 347 720 dialogues communautaires en direction des maris leaders communautaires grand mères tradi-praticiens de santé														ONG RENCAP/OBCE
1.15. Appuyer annuellement d'ici 2022 la conduite de 16 412 activités de mobilisations sociales autour des pratiques optimales d'ANJE au niveau de l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées sur la base d'un paquet minimum d'appui financier														ONG RENCAP/OBCE / Formations sanitaires
1.16. organiser la supervision mensuelle des ASBC par les OBCE en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.														OBCE/ONG RENCAP
1.17. Organiser la supervision trimestrielle des sites communautaires de mise en œuvre du PISA par les prestataires de en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.														Formation sanitaire/ONG RENCAP
1.18. Appuyer la conduite d'enquête CAP de base et d'évaluation au niveau de chaque région.														Formation sanitaire/ONG RENCAP
1.19. Appuyer la conduite de recherche formative ou opérationnelle au cours de la mise en œuvre du plan														Formation sanitaire/ONG RENCAP

Activités	Périodes de mise en œuvre													Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Axe d'intervention stratégique 2. La création au niveau communautaire d'un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE.														
Résultat 2 : D'ici fin 2022 un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (farines locales infantiles enrichies bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile).														
2.1. Elaborer des outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage).														DN / Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire/Ministère des ressources animales / Ministère de la promotion de la femme / PTF
2.2. Reproduire annuellement les outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques d'activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères l'arboriculture vivrière petit élevage)														DN / Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire/Ministère des ressources animales / Ministère de la promotion de la femme / PTF
2.3. Appuyer la mise en place d'une ferme modèle au niveau de l'aire de chaque district sanitaire devant servir de cadre de démonstration et de renforcement de capacité des mères d'enfants 6 – 23 mois sur les activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage)														DN / Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire/Ministère des ressources animales / Ministère de la promotion de la femme / PTF
2.4. Former 10 promoteurs de production vivrière par district sanitaire sur les activités de production vivrière dans la gestion des fermes modèles pour le transfert de compétences en direction des GASPA														DN / Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire/Ministère des ressources animales / Ministère de la promotion de la femme / PTF
2.5. Former à travers les GASPA 1 383 760 mères d'enfants 6 – 23 mois sur les techniques de production vivrière améliorée entre 2014 et 2022														DN / Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire/Ministère des ressources animales / Ministère de la promotion de la femme / PTF
2.6. Appuyer annuellement selon un système de transfert monétaire 50% des mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois formées sur les techniques de production vivrière améliorées à exécuter leur plan d'action (maraîchage ou petit élevage) soit un total de 691 880 bénéficiaires d'ici 2022														DN / Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire/Ministère des ressources animales / Ministère de la promotion de la femme / PTF

Activités	Périodes de mise en œuvre													Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
2.7. Systématiser la mise en place de points de vente de farines infantiles enrichies et/ou de bouillies enrichies au niveau des districts sanitaires pour favoriser leur accessibilité aux enfants des zones les plus vulnérables (milieu rural zone péri-urbaine)														ONG RENCAP
2.8. Organiser annuellement une campagne de marketing social des farines infantiles enrichies.														DN/PTF
2.9. Elaborer en français et en langues locales un guide de recettes locales équilibrées répondant aux principes des mélanges multiples.														DN/PTF
2.10. Reproduire annuellement les guides de recettes locales														
2.11. Conduire en 2014 une phase pilote de fortification à domicile au profit des enfants 6 - 23 mois en utilisant la plateforme des modèles d'intervention de promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau de la région du Nord.														DN/PTF/ONG RENCAP
2.12. Organiser en 2016 un atelier de restitution des résultats et des leçons apprises de la phase pilote de fortification à domicile pour la planification de l'extension au Burkina Faso.														
2.13. Appuyer l'extension progressive de la fortification à domicile conformément à la stratégie d'enrôlement des régions du plan de passage à l'échelle.														DN/PTF/ONG RENCAP
Axe d'intervention stratégique 3. La mise en œuvre au niveau national un plan de communication d'appui aux activités communautaires.														
Résultat 3 : D'ici fin 2022 au moins une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso														
3.1. Organiser un atelier de développement d'un plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) d'ici fin 2014.														DN/PTF
3.2. Appuyer la mise en œuvre d'activités de communication spécifiques du plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).														DN/PTF
3.3. Appuyer les activités de plaidoyer en faveur de l'ANJE (bonne réglementation allocation de ressources et appui à la mise en œuvre)														DN/PTF

Activités	Périodes de mise en œuvre													Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
3.4. Organiser au moins une campagne de communication (média théâtre forum causerie débat projection vidéo etc...) sur l'ANJE par an en lien avec la semaine mondiale de l'allaitement maternel pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé.														DN/PTF
Axe d'intervention stratégique 4 : L'appui à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires.														
Résultat 4. D'ici fin 2022 la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.														
4.1. Elaborer le guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE le manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.														DN/PTF
4.2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils de formation des prestataires de santé sur l'ANJE.														DN/PTF
4.3. Reproduire les 2 outils de formation sur l'ANJE: (1) Guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE (2) Manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.														DN/PTF
4.4. Organiser une session de formation d'un pool national de 25 formateurs sur l'ANJE.														DN/PTF
4.5. Organiser entre 2013 et 2018 13 sessions de formation au profit de 25 formateurs par région sur l'ANJE Faso														DN/PTF
4.6. Former 5 436 prestataires de santé à travers 217 sessions de formation entre 2013 et 2018 au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso														DN/Pool régional de formation ANJE
4.7. Elaborer des outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité.														DN/PTF
4.8. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les prestataires de santé pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.														DN/PTF
4.9. Appuyer le processus d'intégration de l'ANJE dans les curricula de formation de base des agents de santé														DN/PTF
4.10. organiser la supervision trimestrielle des prestataires de santé des formations sanitaires (CM CMA et CSPS) par les Equipes cadres de districts sanitaires														DN/PTF

Activités	Périodes de mise en œuvre													Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
4.11. Assurer l'organisation semestriellement des missions d'appui et de supervision de la Direction de la nutrition en direction des districts sanitaires et des Hôpitaux en collaboration avec le pool national de formateurs ANJE les équipes régionales et les partenaires techniques.														DN/Pool régional de formation ANJE
Axe d'intervention stratégique 5 : Le renforcement de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.														
Résultat 5. D'ici fin 2016 une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel.														
5.1. Mettre en place un comité de relecture de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.														DN/PTF
5.2. Organiser un atelier de validation de la version revue du décret ministériel de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.														DN/PTF
5.3. Organiser une session de plaidoyer en direction du parlement pour l'adoption de la version revue de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.														DN/PTF
5.4. Assurer la vulgarisation l'arrêt d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel auprès des professionnels de santé du secteur privé agro-alimentaire et du grand public.														DN/PTF
5.5. Créer un mécanisme de surveillance de l'application de l'arrêté : visites en direction des formations sanitaires suivi de la conformité des substituts du lait maternel gestion des donations dans les situations d'urgence application de la recommandation nationale au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant élaboration de rapport semestriel sur les violations constatées et les actions correctrices.														DN/PTF
Axe d'intervention stratégique 6. Le renforcement des compétences pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH urgences).														
Résultat 6 : D'ici fin 2022 les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale.														

Activités	Périodes de mise en œuvre													Responsables
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
6.1. Organiser un atelier national d'affinement des recommandations actuelles au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2015.														DN/ Programme PTME/PTF
6.2. Réviser la boîte à image de la DN en intégrant des planches sur l'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2015.														DN/PTF
6.3. Elaborer et reproduire un outil pratique sur la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles.														DN/PTF
6.4. Intégrer dans le plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE														DN/PTF
6.5. Organiser annuellement deux sessions d'orientation sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence en direction des agents humanitaires														DN/PTF
6.6. Systématiser dans les plans de réponses aux urgences du système des Nations Unies et les budgets associés des activités en rapport avec la gestion de l'ANJE.														DN/PTF

3.6. Rôles et responsabilités des différents acteurs

Les rôles et responsabilités des différents acteurs de la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle des interventions de pratiques de promotion d'ANJE sont présentés dans le **tableau XXI**.

Tableau XXI. Rôles des différents acteurs

Intervenants	Rôles et responsabilités
Direction de la Nutrition	• Coordonner le développement du kit de formation national sur la base du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE ; • Coordonner les activités de renforcement de capacités en matière d'ANJE à travers le système de santé ; • Mettre en place un système d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité ; • Coordonner le suivi post formation des prestataires de santé pour l'application des services d'ANJE au niveau des structures de santé ; • Coordonner l'extension des interventions communautaires intégrant la norme de qualité ; • Coordonner la phase pilote et l'extension de la fortification à domicile au Burkina Faso ; • Coordonner les activités liées à la révision du code international de commercialisation des substituts du lait maternel et à son adoption ; • Suivre l'évolution des besoins en intrants (<i>boîte à image aide-mémoire des prestataires de santé aide-mémoire PRV kit de démonstration culinaire sachet de micronutriments pour la fortification à domicile outils de gestion</i>) ; • Collecter analyser et assurer la retro -information sur des données de suivi des services d'ANJE ; • Coordonner les activités liées à l'élaboration du plan de communication national d'appui aux activités communautaires en collaboration avec la DN ; • Coordonner la mise en œuvre du plan de communication national d'appui aux activités communautaires en collaboration avec la DN ; • Assurer la supervision des activités d'ANJE ; • Coordonner la mise en œuvre du plan en collaboration avec les autres départements ministériels ; • Mener un plaidoyer à l'endroit des autres départements ministériels impliqués dans la promotion de l'ANJE pour qu'ils comprennent et assument les rôles qui leur reviennent ;
Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire & Ministère des ressources animales et Halieutiques Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation Ministère de la recherche et de l'innovation & Ministère de la promotion de la femme	• Coordonner le développement d'outils de renforcement de capacités liés à la promotion de la production vivrière améliorée ; • Coordonner la mise en place de fermes modèles de production vivrière améliorée ; • Coordonner les activités de renforcement de capacités des groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques optimales d'ANJE en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaire.
Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR)	• Intégrer des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE dans le plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes.
Directions Régionales de Santé	• Coordonner les activités de renforcement de capacités au niveau régional à travers le pool de formateurs régionaux ;

	• Former les membres ECD et les prestataires des hôpitaux (CHR) sur l'ANJE ; • Coordonner le suivi post formation des prestataires de santé à travers les ECD et des hôpitaux ; • Assurer la supervision des ECD sur les activités d'ANJE ; • Collecter analyser et assurer la retro -information sur les données des DS et des hôpitaux en vue de leur transmission au SNIS ; • Prioriser les districts d'interventions au cours du renforcement et de l'extension des interventions communautaire d'ANJE.
Equipe cadre de District sanitaire	• Planifier et assurer la formation des prestataires de santé sur l'ANJE ; • Assurer le suivi post formation des prestataires de santé pour l'application des services d'ANJE au niveau des CMA CM et des CSPS ; • Collecter analyser et assurer la retro -information sur les données des formations sanitaires en vue de leur consolidation et transmission au niveau régional ; • Prioriser les formations sanitaires au cours de la planification du renforcement et de l'extension des interventions communautaire d'ANJE en collaboration avec l'ONG partenaire ;
CM CMA et CSPS	• Prioriser les communautés à cibler (villages et secteurs) au cours de la planification du renforcement et de l'extension des interventions communautaires d'ANJE en collaboration avec l'ONG partenaire ; • Veiller à l'application de la norme de qualité dans la mise en œuvre des interventions communautaires (adéquation de l'effectif des ASBC et autres agents communautaires pour une bonne couverture des services) ; • Planifier et assurer la formation des ASBC autres acteurs communautaires et des agents d'OBCE en collaboration avec l'ONG partenaire ; • Assurer le suivi post formations des ASBC autres acteurs communautaires et des OBCE en collaboration avec l'ONG partenaire ; • Participer aux sessions de dialogues communautaires organisées par les personnes ressources volontaires ; • Coordonner l'organisation des activités de mobilisation sociales semestrielles en collaboration avec l'ONG partenaire ; • Appuyer l'ONG partenaire dans l'identification des points de vente de farines infantiles enrichie ou de bouillies ; • Assurer l'approvisionnement des ASBC et autres acteurs communautaire en sachets de micronutriments pour la fortification à domicile ; • Collecter analyser et assurer la retro -information sur les données des sites communautaire en vue de leur consolidation et transmission au niveau du district sanitaire ; • Veiller au respect des normes et recommandations de santé au cours des activités des acteurs communautaires.
ONG	• Coordonner le renforcement et l'extension des interventions communautaire d'ANJE en collaboration avec le district sanitaire et les élus locaux ; • Participer aux formations des ASBC autres acteurs communautaires et des agents d'OBCE ; • Participer aux activités de suivi post formation des ASBC autres acteurs communautaires et des agents d'OBCE ; • Fixer les objectifs des OBCE en matière de promotion des pratiques optimales d'ANJE ; • Appuyer les agents OBCE dans l'implantation des interventions promotionnelles d'ANJE au niveau des communautés ciblées et la supervision des activités ; • Identifier et mettre en œuvre des stratégies de motivation des ASBC autres acteurs communautaires et des agents d'OBCE ; • Partager les données de suivi des activités d'ANJE des sites communautaires avec les formations sanitaires ; • Superviser les acteurs sur les activités de promotion de la production vivrière améliorée au profit des femmes bénéficiaires.
Agents OBCE	• Réaliser les diagnostics de base suivis de restitution au niveau des communautés ciblées par le projet en partenariat avec l'ONG partenaire ; • Fixer les objectifs mensuels des ASBC et autres agents communautaires par rapport à l'organisation des sessions d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE ;

	- Assurer la supervision des activités des ASBC et autres acteurs communautaires conformément aux fiches de supervision ; - Etablir un rapport mensuel d'activités de l'ensemble des sites placés sous sa responsabilité et le transmettre à la fois à l'ICP et à l'ONG partenaire ; - Appuyer les ASBC dans les activités de mobilisation sociale ; - Appuyer la mise en œuvre des activités de promotion de la production vivrière améliorée au profit des femmes bénéficiaires.
Agents de Santé à Base Communautaire	- Procéder à la micro planification participative des activités au niveau site ; - Organiser les sessions d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE au profit des femmes enceintes et des mères d'enfants 0 – 23 mois ; - Assurer des visites à domicile dans le cadre du suivi des pratiques d'ANJE et à la référence des femmes enceintes pour la consultation prénatale et l'accouchement assisté ; - Contribuer à l'organisation de la mobilisation sociale ; - Participer aux restitutions des résultats à la communauté ; - Assurer la bonne tenue des outils de gestion du site ; - Préparer et soumettre un rapport d'activité mensuel à l'agent OBCE superviseur.
Personnes ressources volontaires	- Appuyer les ASBC et autres agents communautaires dans la diffusion des messages - Organiser trimestriellement des dialogues communautaires pour lever les barrières à l'adoption des pratiques optimales d'ANJE.
Elus locaux	- Assurer l'affectation de locaux devant abriter les sites communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE ; - Présider les comités locaux de pilotage des interventions communautaires de promotions des pratiques optimales d'ANJE ; - Investir sur la promotion des pratiques optimales d'ANJE en faisant de l'amélioration du statut nutritionnel des enfants un objectif de planification dans les plans locaux de développement ; - Affecter une ligne budgétaire pour l'appui des activités de promotion de l'ANJE.
Partenaires Techniques et financiers en Nutrition	- Apporter un appui technique à la mise en œuvre du plan de renforcement et de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Burkina Faso selon leur domaine de compétence ; - Apporter un appui à la mobilisation des ressources ; - Apporter un appui à l'acquisition des intrants ; - Apporter un appui technique à la DN pour le suivi et l'évaluation des activités.

V. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation consisteront à :

- ☐ mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs et aux indicateurs du cadre logique (**en annexe**) ;
- ☐ analyser le degré de fonctionnement des instances de coordination ;
- ☐ mesurer le degré d'implication des acteurs partenaires et des populations à la mise en œuvre du plan ainsi que leur degré de satisfaction.

5. 1 Suivi

Le suivi de la mise en œuvre du paquet promotionnel d'ANJE au niveau des formations sanitaires et des structures communautaires se fera à travers le système de monitoring et de supervision du système de santé. Ainsi selon le niveau les périodicités de supervision suivantes seront appliquées :

- ☐ La direction de la nutrition en collaboration avec le pool national de formateurs ANJE les équipes régionales et les partenaires techniques et financiers organisera des missions d'appui et de supervision semestrielle en direction des districts sanitaires et des Hôpitaux pour constater les réalisations et les difficultés rencontrées en vue d'y apporter des solutions adaptées.

- ❑ *Les Equipes cadres de districts sanitaires en collaboration avec les pôles régionaux de formation sur l'ANJE effectueront des missions d'appui et de supervision trimestrielles en des prestataires de santé des formations sanitaires (CM CMA et CSPS).*
- ❑ *Les prestataires de santé des formations sanitaires (CM CMA et CSPS) en collaboration avec l'ONG partenaire du district sanitaire effectueront des missions d'appui et de supervision trimestrielle en directions des sites communautaires de mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE.*
- ❑ *Les ONG partenaires des districts sanitaires en collaboration avec les agents des OBCE effectueront des missions d'appui et de supervision mensuelle en direction des ASBC et autres acteurs communautaires.*

Pour les besoins de coordination d'harmonisation et de synthèse des outils de supervision seront élaborés et intégrés dans le kit national de formation sur l'ANJE. À la suite de chaque mission d'appui et de supervision des séances de restitutions en directions d'audiences appropriées intégrant des comités de pilotage à différents niveaux seront systématisées pour garantir l'approche participative et d'appropriation.

La Direction de la Nutrition veillera à l'intégration d'indicateurs de suivi des activités d'ANJE dans le système d'information sanitaire. Ainsi des outils de gestions spécifiques orientés vers le calcul des indicateurs de monitoring du plan seront développés et mis à disposition des acteurs.

5.2 Evaluation

L'enquête nutritionnelle nationale 2012 intégrant la collecte d'indicateurs clés d'ANJE sera utilisée comme situation de référence. Ainsi à travers ce type d'enquête cette situation de référence sera comparée avec l'évolution des indicateurs à chaque année de mise en œuvre du plan de de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Burkina Faso. Mais pour cerner l'évolution des connaissances et des pratiques d'ANJE et comprendre les facteurs qui les déterminent des enquêtes CAP couplées à des évaluations de couverture seront organisées au niveau de chaque région selon une périodicité biannuelle. Ces enquêtes CAP cibleront les mères d'enfants de moins de 2 ans ainsi que leur mari les grand-mères et les acteurs (prestataires de santé et acteurs communautaires). Une évaluation à mi-parcours du plan sera réalisée en 2018 pour apprécier l'évolution des indicateurs pour mieux orienter la stratégie. Par ailleurs, la mise en œuvre du plan sera accompagnée de recherches formatives ou opérationnelles en vue d'aider à affiner les actions et maximiser l'impact de l'intervention. Des thèmes de recherche seront identifiés en fonction des besoins spécifiques identifiés.

VI. BUDGET DETAILLE

Le budget détaillé du plan ainsi que le récapitulatif par type de résultat sont présentés dans les tableaux XXIII et XXIV. Le Budget du Plan de passage à l'échelle ANJE est évalué à **83 372 416 Dollars** pour les 10 prochaines années (2013 – 2025). La figure 16 constitue une représentation des budgets annuels conformément aux projections de couverture et le chronogramme d'exécution des activités.

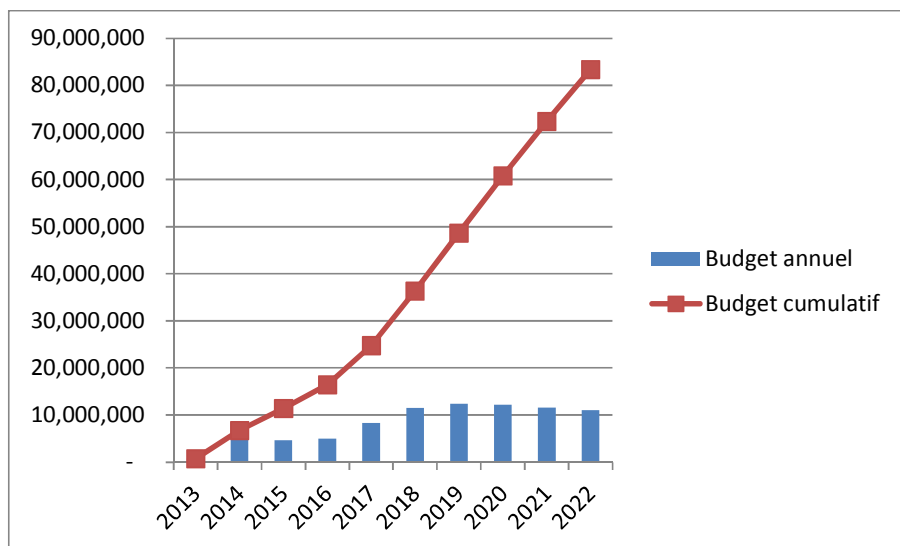


Figure 16. Budget annuel et cumulatif du Plan de passage à l'échelle ANJE

L'analyse du budget montre que les investissements au niveau communautaire à travers les activités promotionnelles et la création d'un environnement favorable à l'adoption des pratiques optimales d'ANJE occupent 91% du Budget. Ceci répond à la satisfaction des besoins spécifiques révélés par l'analyse de situation.

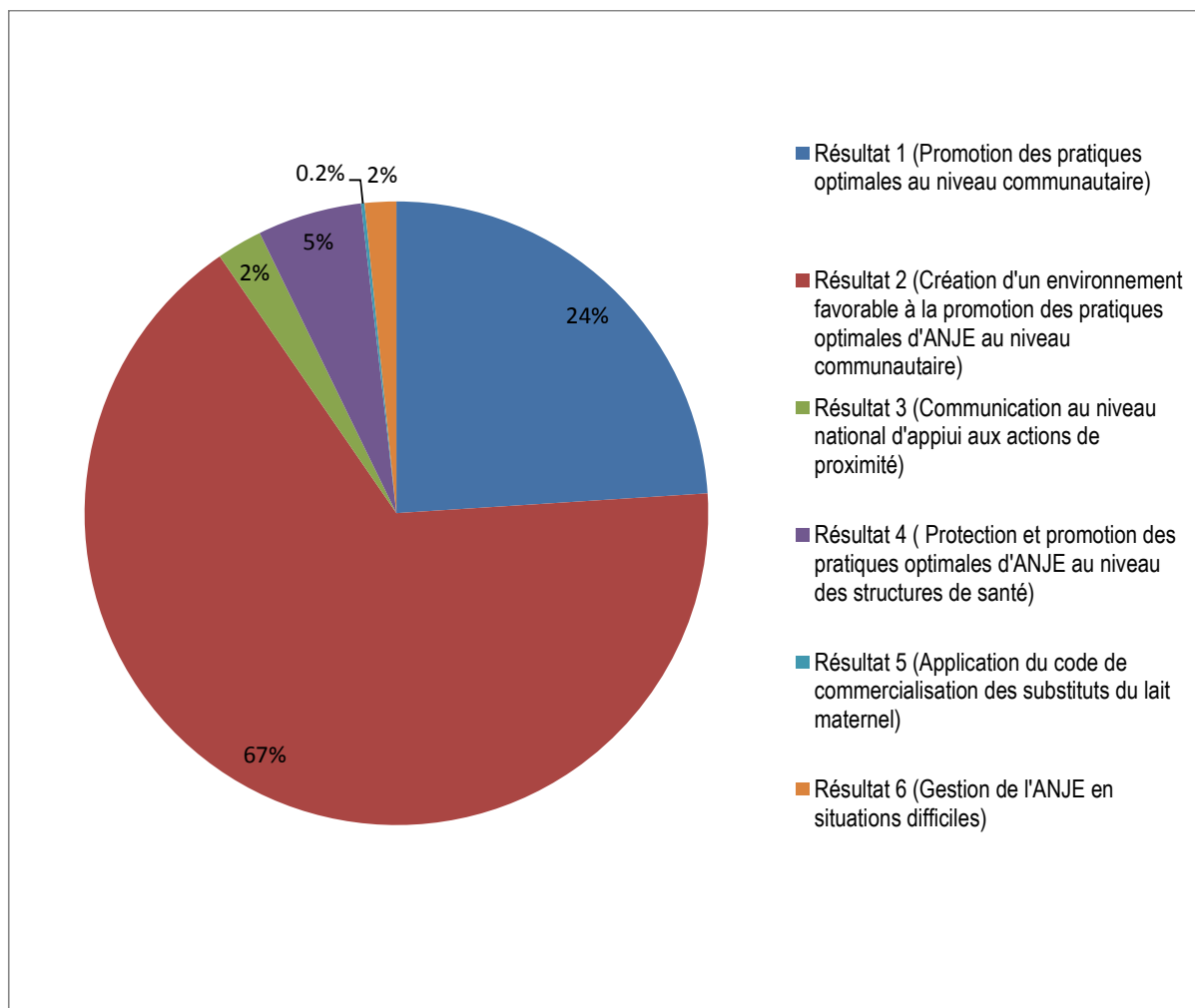


Figure 17 : Répartition du Budget selon les axes stratégiques d'intervention

VII. PLAN DE FINANCEMENT ET COORDINATION

La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan se fera à travers :

- ☐ le budget de l'Etat
- ☐ les contributions des partenaires techniques et financiers (*Unicef PAM FAO OMS Banque Mondiale Union Européenne USAID MI Bill & Melinda Gates Foundation Alive & Thrive etc..*)
- ☐ les contributions des ONG et Associations
- ☐ les contributions de la communauté
- ☐ la contribution des collectivités territoriales

Par ailleurs le Ministère de la santé assurera un plaidoyer continu en faveur du financement de ce plan.

Le Ministère de la santé à travers la Direction de la nutrition mettra en place un cadre de coordination pour la mobilisation de ressources et le suivi de l'exécution du plan en collaboration avec les différents partenaires. Ce cadre permettra de :

- ☐ faire des arbitrages sur les changements au niveau des projections de couvertures en fonction des opportunités de financement.
- ☐ veiller à l'application des options stratégiques de la composante communautaire.
- ☐ Suivre des indicateurs clés de processus de façon harmonisée.

Tableau XXIII : Budget détaillé

	Budget en \$ US										
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Coûts Directs du plan											
Résultat 1 : D'ici fin 2022 1 122 519 soit 90% des femmes enceintes et 1 791 949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population total du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).											
1.1. Développer des outils de formations pratiques orientés vers la mise en œuvre du PISA au niveau communautaire: il s'agira d'élaborer un guide du formateur des acteurs communautaires sur l'ANJE et un manuel de l'agent communautaire sur l'ANJE.		19 104									19 104
1.2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils communautaires de formation sur l'ANJE.		18 892									18 892
1.3. Reproduire les 2 outils de formation communautaire des acteurs communautaires sur l'ANJE (Guide du formateur et Manuel du participant)		60 882	61 643	62 413	63 194	63 984	64 783				376 899
1.4. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les ASBC et les OBCE pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.		48 915	37 658	38 128	38 605	39 087	39 576				241 970
1.5. Former 90 agents des ONG-RENCAP sur l'ANJE en 5 sessions de formation entre 2013 et 2018.	5 801	874 5	020 6	096 6	6 172	249 6					36 212
1.6. Former sur l'ANJE 468 agents d'OBCE travers 19 sessions de formation entre 2013 et 2018.	5 096	10 320	16 053	392 27	16 818	933 22					98 612
1.7. Réaliser au moins 1543 autodiagnostic communautaires suivis de restitution aux communautés ciblées dans l'aire communautaire des formations sanitaires (CMA CM et CSPS).	28 342	37 411	24 941	994 35	51 865	554 72	554 72	699 54	844 36	22 106	437 311
1.8. Former sur l'ANJE 35 839 agents de santé communautaire ou autres agents communautaires à travers 1473 sessions de formation entre 2013 et 2022 au niveau des 65 districts sanitaires du Burkina Faso.	95 459	176 157	157 816	230 194	262 290	845 423	164 455	640 378	536 292	377 204	2 668 486
1.9. Elaborer et reproduire une série de 4 aide-mémoires pour Personnes Ressources Volontaires pour la diffusion de message clés d'ANJE auprès de leurs audiences.	5 727	10 569	443 9	11 657	17 400	439 25	278 27	755 22	17 577	12 315	160 161

Activités	Budget en \$ US										
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
1.10. Orienter sur l'ANJE 35 839 personnes ressources volontaires à travers 1434 sessions d'orientation sur l'utilisation des aide-mémoire entre 2013 et 2022 au niveau des 63 districts sanitaires du Burkina Faso.	24 512	45 233	40 413	49 893	74 477	108 873	116 741	97 383	75 236	52 720	685 482
1.11. Equiper les 35 839 ASBC ou autres agents communautaires de boîtes à images et de kits de démonstration culinaire pour appuyer les sessions de Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA).	85 906	158 529	141 635	174 858	261 016	381 564	409 141	341 296	263 677	184 766	2 402 390
1.12. Appuyer les activités d'identification des bénéficiaires (dénombrement enregistrement) et d'établissement des GASPA.	22 336	41 217	36 825	45 463	67 864	99 207	106 377	88 737	68 556	48 039	624 621
1.13. Appuyer la réalisation des activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE	85 906	158 529	141 635	174 858	261 016	381 564	409 141	341 296	263 677	184 766	2 402 390
1.14. Appuyer d'ici 2022 l'organisation de 347 720 dialogues communautaires en direction des maris leaders communautaires grand mères tradi-praticiens de santé	22 908	65 469	104 047	151 944	223 379	327 789	440 750	536 887	613 372	669 613	3 156 160
1.15. Appuyer annuellement d'ici 2022 la conduite de 16 412 activités de mobilisations sociales autour des pratiques optimales d'ANJE au niveau de l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées sur la base d'un paquet minimum d'appui financier	30 273	34 520	48 202	68 153	97 212	138 341	180 411	213 353	236 820	252 263	1 299 548
1.16. Appuyer l'organisation mensuelle des missions de supervision des OBCE en direction des ASBC en collaboration avec les ONGs partenaires des districts sanitaires.	10 833	22 211	42 471	77 549	103 223	134 665	136 249	137 834	139 418	141 002	945 455
1.17. Appuyer l'organisation trimestrielle des missions de supervision des prestataires de santé en direction des sites communautaires de mise en œuvre du PISA en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.	38 922	44 383	61 974	87 625	124 986	177 867	231 957	304 274 311	483	324 339	1 670 847
1.18. Appuyer la conduite d'enquête CAP de base et d'évaluation au niveau de chaque région.	41 988	106 281	64 556	110 217	110 217	156 141	112 841	159 815	115 466	163 489	1 141 011
1.19. Appuyer la conduite de recherche formative ou opérationnel au cours de la mise en œuvre du plan		104 969				111 529				116 778	333 276
Sous total Résultat 1	504 010	1 169 464	995 332	1 316 471	1 807 706	2 671 632	2 802 963	2 647 007	2 427 664	2 376 574	18 718 824

	Budget en \$ US										
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Résultat 2 : D'ici fin 2022 un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (farines locales infantiles enrichies bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile).											
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
2.1. Développer des outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques d'activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage).		33 170									33 170
2.2. Appuyer annuellement la reproduction des outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques d'activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères l'arboriculture vivrière petit élevage)		46 186	46 764	47 918	48 496	49 073	49 650	50 228	50 805	51 382	440 502
2.3. Appuyer la mise en place d'une ferme modèle au niveau de l'aire de chaque district sanitaire devant servir de cadre de démonstration et de renforcement de capacité des mères d'enfants 6 – 23 mois sur les activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage)		237 859	306 514	336 517	272 457	252 726					1 406 073
2.4. Former 10 promoteurs de production vivrière par district sanitaire sur les activités de production vivrière dans la gestion des fermes modèles pour le transfert de compétences en direction des GASPA		28 058	33 144	38 533	29 180	29 461					158 377
2.5. Former à travers les GASPA 1 383 760 mères d'enfants 6 – 23 mois sur les techniques de production vivrière améliorée entre 2014 et 2022		1 188 142	533 312	781 952	1 164 485	1 698 657	1 817 412	1 526 857	1 176 860	822 849	10 710 526
2.6. Appuyer annuellement selon un système de transfert monétaire 50% mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois formées sur les techniques de production vivrière améliorées à exécuter leur plan d'action (maraîchage ou petit élevage) soit un total de 691 880 bénéficiaires d'ici 2022		1 697 325	761 928	1 117 117	1 663 604	2 426 587	2 596 325	2 181 304	1 681 297	1 175 418	15 300 904
2.7. Systématiser la mise en place de points de vente de farines infantiles enrichies et/ou de bouillies enrichies au niveau des districts sanitaires pour favoriser leur accessibilité aux enfants des zones les plus vulnérables (milieu rural zone péri-urbaine)		23 093	29 759	32 435	26 200	24 248					135 735
2.8. Organiser annuellement une campagne de marketing social des farines infantiles enrichies.		75 053	75 991	77 304	78 055	78 805	79 556	81 057	81 807	82 558	710 186

	Budget en \$ US										
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
2.9. Développer en français et en langues locales un guide de recettes locales équilibrées répondant aux principes des mélanges multiples.			33 170								
2.10. Appuyer annuellement la reproduction des guides de recettes locales			62 981	63 769	65 501	66 130	66 760	68 020	68 650	69 279	531 090
2.11. Conduire en 2014 une phase pilote de fortification à domicile au profit des enfants 6 - 23 mois en utilisant la plateforme des modèles d'intervention de promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau de la région du Nord.		538 771	538 771								1 077 542
2.12. Organiser en 2016 un atelier de restitution des résultats et des leçons apprises de la phase pilote de fortification à domicile pour la planification de l'extension au Burkina Faso.				7 652							
2.13. Appuyer l'extension progressive de la fortification à domicile conformément à la stratégie d'enrôlement des régions du plan de passage à l'échelle.					1 753 963	2 543 494	3 380 283	4 070 292	4 597 256	4 962 315	21 307 603
Sous total 2	0	3 867 657	2 422 334	2 503 197	5 101 940	7 169 181	7 989 986	7 977 757	7 656 676	7 163 801	51 852 530
Résultat 3 : D'ici fin 2022 au moins une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso											
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
3.1. Organiser un atelier de développement d'un plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) d'ici fin 2014.		18 892									18 892
3.2. Appuyer la mise en œuvre d'activités de communication spécifiques du plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).			146 956	151 365	834 152	304 154	773 155	158 712	160 182	161 652	1 241 778
3.3. Appuyer les activités de plaidoyer en faveur de l'ANJE (bonne réglementation allocation de ressources et appui à la mise en œuvre)		10 497	10 759	10 891	11 022	11 153	11 284	11 415	11 547	11 678	100 245
3.4. Organiser au moins une campagne de communication (média théâtre forum causerie débat projection vidéo etc...) sur l'ANJE par an en lien avec la semaine mondiale de l'allaitement maternel pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé.	41 988	42 512	575 43	44 107	638 44	45 169	45 701	232 46	764 46	295 47	981 447
Sous total 3	41 988	71 901	290 201	362 206	494 208	626 210	758 212	360 216	492 218	624 220	896 1 808

	Budget en \$ US										
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Résultat 4. D'ici fin 2022 la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.											
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
4.1. Développer des outils de formations pratiques orientés vers la mise en œuvre du PISA au niveau des structures de santé: (1) Guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE (2) Manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.	13 226	5 878									19 104
4.2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils de formation des prestataires de santé sur l'ANJE.		18 892									18 892
4.3. Reproduire les 2 outils de formation sur l'ANJE: (1) Guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE (2) Manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.		60 882	62 404	63 165	63 926	64 687	65 448	66 209	66 970	67 731	581 422
4.4. Organiser une session de formation d'un pool national de 25 formateurs sur l'ANJE.		13 725					14 754				28 480
4.5. Organiser entre 2013 et 2018 13 sessions de formation au profit de formateurs régionaux sur l'ANJE constitué chacun de 25 membres au niveau de chaque région du Burkina Faso	7 007	14 190	21 548	21 811	14 716	14 891					94 162
4.6. Former 5436 prestataires de santé à travers 217 sessions de formation entre 2013 et 2018 au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso	90 711	95 671	151 136	303 184	166 681	633 160					849 136
4.7. Elaborer des outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité.		14 799	683 5	8 301	12 105	17 136	17 338	13 223	009 9	467 5	103 060
4.8. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les prestataires de santé pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.		38 899	31 729	38 716	34 718	392 33					177 454
4.9. Appuyer le processus d'intégration de l'ANJE dans les curricula de formation de base des agents de santé		32 085	887 32	288 33	909 8						107 168
4.10. Assurer l'organisation trimestriellement des missions d'appui et de supervision des Equipes cadres de districts sanitaires en direction des prestataires de santé des formations sanitaires (CM CMA et CSPS) en collaboration avec les pôles régionaux de formation sur l'ANJE.	39 489	983 39	91 992	982 148	196 010	301 240	128 243	955 245	782 248	609 251	1 746 233

	Budget en \$ US										
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
4.11. Assurer l'organisation semestriellement des missions d'appui et de supervision de la Direction de la nutrition en direction des districts sanitaires et des Hôpitaux en collaboration avec le pool national de formateurs ANJE les équipes régionales et les partenaires techniques.	12 344	12 499	306 25	422 38	526 47	835 56	504 57	58 173	58 841	59 510	426 960
Sous-total 4	162 778	347 502	422 684	536 987	544 592	587 876	398 172	383 560	383 603	384 317	4 152 071
Résultat 5. D'ici fin 2016 une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel.											
Activités	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
5.1. Mettre en place un comité de relecture de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.		6 298									298 6
5.2. Organiser un atelier de validation de la version revue du décret ministériel de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.		13 812									13 812
5.3. Organiser une session de plaidoyer en direction du parlement pour l'adoption de la version relue de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.		3 212									3 212
5.4. Assurer la vulgarisation l'arrêt d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel auprès des professionnels de santé du secteur privé agro-alimentaire et du grand public.			57 733								733 57
5.5. Créer un mécanisme de surveillance de l'application de l'arrêté : visites en direction des formations sanitaires suivi de la conformité des substituts du lait maternel gestion des donations dans les situations d'urgence application de la recommandation nationale au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant élaboration de rapport semestriel sur les violations constatées et les actions correctrices.			6 456	6 534	6 613	6 692	6 770	6 849	6 928	7 007	849 53
Sous-total 5		322 23	64 188	534 6	6 613	692 6	770 6	849 6	928 6	007 7	904 134
Résultat 6 : D'ici fin 2022 les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale.											

Activités	Budget en \$ US										
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
6.1. Organiser un atelier national d'affinement des recommandations actuelles au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2015.			11 712								11 712
6.2. Réviser la boîte à image de la DN en intégrant des planches sur l'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2015.			15 745								15 745
6.3. Elaborer et reproduire un outil pratique sur la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles.			104 969								104 969
6.4. Intégrer dans le plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE		6 298	6 456	6 534	6 613	6 692	6 770	6 849	6 928	7 007	60 147
6.5. Organiser annuellement deux sessions d'orientation sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence en direction des agents humanitaires			6 701	6 783	6 864	6 946	7 028	7 109	7 191	7 273	55 895
6.6. Systématiser dans les plans de réponses aux urgences du système des Nations Unies et les budgets associés des activités en rapport avec la gestion de l'ANJE.		104 969	107 593	108 905	110 217	111 529	112 841	114 154	115 466	116 778	1 002 452
Sous-total 6		111 267	253 176	122 222	123 695	125 167	126 640	128 112	129 585	131 057	1 250 921
Sous total Coûts directs du plan (A)	708 775	5 591 113	4 359 005	4 691 774	7 793 040	10 771 175	11 537 290	11 359 645	10 822 947	10 283 381	77 918 146
Coûts d'appui au programme (personnel logistique ect.)(7%) (B)	49 614	391 378	305 130	328 424	545 513	753 982	807 610	795 175	757 606	719 837	5 454 270
Total budget du plan	758 390	5 982 491	4 664 135	5 020 198	8 338 553	11 525 157	12 344 900	12 154 820	11 580 553	11 003 218	83 372 416

Tableau XXIV : Récapitulatif du budget

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Coûts Directs du plan											
Résultat 1	504 010	1 169 464	995 332	1 316 471	1 807 706	2 671 632	2 802 963	2 647 007	2 427 664	2 376 574	18 718 824
Résultat 2	0	3 867 657	2 422 334	2 503 197	5 101 940	7 169 181	7 989 986	7 977 757	7 656 676	7 163 801	51 852 530
Résultat 3	41 988	71 901	201 290	206 362	208 494	210 626	212 758	216 360	218 492	220 624	1 808 896
Résultat 4	162 778	347 502	422 684	536 987	544 592	587 876	398 172	383 560	383 603	384 317	4 152 071
Résultat 5	0	23 322	64 188	6534.308	6 613	6691.76121	6 770	6 849	6 928	7 007	134 904
Résultat 6	0	111 267	253 176	122 222	123 695	125 167	126 640	128 112	129 585	131 057	1 250 921
Sous total Coûts directs du plan (A)	708 775	5 591 113	4 359 005	4 691 774	7 793 040	10 771 175	11 537 290	11 359 645	10 822 947	10 283 381	77 918 146
Sous total d'appui au programme (B) (7%)	49 614	391 378	305 130	328 424	545 513	753 982	807 610	795 175	757 606	719 837	5 454 270
Total budget du plan	758 390	5 982 491	4 664 135	5 020 198	8 338 553	11 525 157	12 344 900	12 154 820	11 580 553	11 003 218	83 372 416

Tableau XXV
Plan de mobilisation des ressources

Année	Budget estimatif en \$ US (X 1 000)	Contributions\$ US (X 1 000)								
		Etat	Unicef	PAM	FAO	OMS	UE/ECHO	Banque mondiale	MI	Autres
2013										
2014										
2015										
2016										
2017										
2018										
2019										
2020										
2021										
2022										

ANNEXE : Cadre Logique du plan de renforcement et de passage à l'échelle des interventions d'ANJE au Burkina Faso

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
I. But			
Contribuer à la réduction de 40% du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 – 59 mois d'ici 2025 et à la réduction de la mortalité infanto-juvénile au Burkina.	Réduction de 40% du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 – 59 mois d'ici 2025.	Enquêtes EDS Enquête National de Nutrition	Développement d'approches multisectorielles s'attaquant aux causes fondamentales de la malnutrition.
II. Objectif Générale			
Augmenter le taux de pratique d'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois de 38% en 2012 à au moins 80% en 2025 et le taux de pratique d'alimentation minimale acceptable chez les enfants âgés de 6 – 23 mois de 3.5% en 2012 à au moins 30% en 2025.	• Le pourcentage des mères d'enfants âgés de 0 – 23 mois capables de citer trois avantages corrects de la mise au sein précoce augmente au moins de 80% au niveau national en 2025 par rapport à la situation de base.	Enquêtes CAP de bases et finales	
	• Le pourcentage de mères d'enfants âgés de 0 – 23 mois capables de décrire correctement les critères pour une alimentation minimale acceptable augmente au moins de 50% en 2025 au niveau national par rapport à la situation de base.	Enquêtes CAP de bases et finales	
	• Le taux d'initiation de l'allaitement dans la première heure après la naissance augmente de 29 2% en 2012 à 80% en 2025 au niveau national.	Enquêtes EDS Enquête National de Nutrition	
	• Le taux d'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois augmente de 38% en 2012 à 80% en 2025 au niveau national.	Enquêtes EDS Enquête National de Nutrition	
	• Le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois ayant une fréquence minimale des repas augmente de 66 6% en 2012 à 85% en 2025 au niveau national.	Enquêtes EDS Enquête National de Nutrition	
	Pourcentage des enfants de 6-23 mois ayant une diversité alimentaire minimale augmente de 4 8% en 2012 à 30% en 2025 au niveau national.	Enquêtes EDS Enquête National de Nutrition	
	Le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois ayant une alimentation minimale acceptable (score minimum de diversité alimentaire et fréquence minimale des repas) augmente de 3 5% en 2012 à 30% en 2025 au niveau national.	Enquêtes EDS Enquête National de Nutrition	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
III. Objectifs spécifiques			
1. Renforcer la qualité et la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d'ANJE.	D'ici fin 2022 1 122 519 soit 90% des femmes enceintes et 1 791 949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population total du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).	Rapports d'identification des bénéficiaires Registre d'établissement des Groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE	
2. Créer au niveau communautaire un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d'ANJE.	D'ici fin 2022 un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (farines locales infantiles enrichies bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile).	Rapport d'établissement des fermes modèles Rapport de formation des promotrices de production vivrière améliorée Rapports de mise en place de points de vente de farines infantiles et/ou de bouillies améliorées Rapport de gestions des stocks et d'utilisation des sachets de micronutriment.	
3. Mettre en œuvre au niveau national un plan de communication d'appui aux activités promotionnelles au niveau communautaires.	D'ici fin 2022 au moins une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso	Rapport d'intensification annuelle des activités de communication en lien avec la célébration de la semaine mondiale d'allaitement maternel.	
4. Appuyer la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires.	D'ici fin 2022 la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.	Rapport de formation des prestataires de santé - Existence d'outils de communication pratiques (aide-mémoire des prestataires de santé) et d'institutionnalisation des 10 conditions de succès d'allaitement maternel au niveau des services de maternité.	
5. Renforcer l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel par une adoption du texte réglementaire relu et la mise en place d'un système de surveillance.	D'ici fin 2016 une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel.	Nouvelle version de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est disponible	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
6. Renforcer les compétences pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH urgences).	D'ici fin 2022 les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale.	Rapport de l'atelier de révision des recommandations au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives Rapport de formation des prestataires de santé sur l'ANJE - Propositions techniques d'intervention de transfert monétaire faisant de l'ANJE un objectif de planification Plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes intégrant la gestion de l'ANJE.	
IV. Résultats			
Résultat 1 : D'ici fin 2022 1 122 519 soit 90% des femmes enceintes et 1 791 949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population total du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).	1. D'ici fin 2022 les capacités de 18 ONG RENCAP dans le cadre de la politique de contractualisation des interventions communautaires sont renforcés dans le cadre de la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE.	Rapport de formation des ONG RENCAP	
	2. D'ici fin 2022 au moins 35 839 agents de santé communautaire sont formés pour le respect d'une norme de qualité dans le cadre de la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE au niveau des 63 districts sanitaires du Burkina Faso.	Rapports de formation des ASC et autres acteurs communautaires	
	3. D'ici fin 2022 au moins 35 839 personnes ressources volontaires (élus locaux enseignants représentant des groupements de femmes représentant des groupements de jeunes animateurs de radios communautaires leaders communautaires guides religieux ou guides traditionnels) sont identifiées et orientées pour appuyer les ASBC dans la diffusion des pratiques optimales d'ANJE et contribuer à la levée des barrières.	Rapports d'orientation des Personnes Ressources Volontaires	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
	4. D'ici fin 2022 au moins 35 839 ASBC sont outillés en kits de démonstration culinaire et en boîtes à image pour animer des sessions de groupes d'apprentissage de femmes enceintes et de mères d'enfants âgés de 0 – 23 dans le cadre de la mise en œuvre au niveau communautaire du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE.	Disponibilité des équipements au niveau des sites communautaires - Rapports de distribution des équipements	
Résultat 2 : D'ici fin 2022 un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (farines locales infantiles enrichies bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile).	1. D'ici fin 2022 63 fermes modèles sont créées au niveau des districts sanitaire pour servir de cadre de démonstration et de renforcement de capacité de 1 383 760 mères d'enfants 6 – 23 mois sur les activités de production vivrière améliorés (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage).	Rapports de mise en place des fermes modèles	
	2. D'ici fin 2022 630 promotrices de production vivrière sont formées dans la gestion de 63 fermes modèles pour assurer le transfert de compétences en direction des GASPA.	Rapports de formation des promotrices de production vivrière	
	3. 92 251 sessions de formation en direction de 1 383 760 mères d'enfants âgés de 6 - 23 mois à travers les Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques optimales d'ANJE sont organisées sur les techniques de production vivrière améliorés		
	4. D'ici fin 2022 691 880 mères d'enfants âgés de 0 – 23 mois sont appuyées selon un système de transfert monétaire pour mettre en œuvre leur plan d'action de conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage).	Rapport de gestion du transfert monétaire	
	5. D'ici fin 2022 l'accessibilité des farines infantiles enrichies aux enfants des zones les plus vulnérables (milieu rural zone péri-urbaine) est améliorée par la création de 1260 points de vente à travers le pays.	Rapports de marketing social des farines infantiles enrichies Rapports de mise en place et de gestion des points de vente de farines infantiles enrichies et/ou de bouillies enrichies.	
	6. D'ici 2016 le Burkina Faso dispose d'une stratégie d'extension de la fortification à domicile sur la base de la conduite d'une phase pilote au niveau de la région du Nord.	Rapport d'évaluation de la phase pilote et plan d'extension de l'intervention de fortification à domicile.	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
Résultat 3 :D'ici fin 2022 au moins une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso	1. Au moins une campagne de mass média est organisée annuellement en lien avec la célébration avec la semaine mondiale d'allaitement maternel.	Rapport annuel de campagne de mass média	
Résultat 4. <i>D'ici fin 2022 la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.</i>	1. D'ici fin 2014 le Burkina Faso dispose d'un kit d'outils de formation pratiques des prestataires de santé sur l'ANJE qui intègre (1) le guide pratique du formateur (2) et le manuel du participant	Existence du Kit national de formation des prestataires de santé sur l'ANJE	
	2. D'ici 2015 les curricula de formation du personnel de santé en pré-emploi intègrent la promotion des pratiques optimales d'ANJE.	Curricula de formation du personnel de santé en pré-emploi	
	3. D'ici fin 2014 le Burkina Faso dispose d'un pool national de formateurs sur l'ANJE de 25 membres intégrant les agents de la DN.	Rapport de formation du pool national de formateurs sur l'ANJE	
	4. D'ici fin 2018 le Burkina Faso dispose de 13 pools régionaux de formateurs sur l'ANJE de 65 membres pour appuyer les formations décentralisées.	Rapports de formation des pools régionaux de formateurs sur l'ANJE	
	5. D'ici fin 2023 au moins 5 456 prestataires de santé des formations sanitaires du Burkina Faso sont formés pour jouer leur partition dans la mise en œuvre du paquet promotionnel des pratiques optimales d'ANJE.	Rapports de formation des prestataires de santé	
	6. D'ici 2022 6 000 aide-mémoire pratiques des prestataires de santé pour la délivrance du paquet intégré des services d'ANJE sont mis en place dans les 1 728 formations sanitaires.	Existence de l'aide-mémoire au niveau des points de prestation de service.	
	7. D'ici 2022 des outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité sont mis en place dans les 1 728 formations sanitaires.	Existence des outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité	
Résultat 5. <i>D'ici fin 2016 une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait</i>	1. L'arrêté de 1993 d'application du code international de substitut du lait maternel a été revu par un comité de relecture et adopté par le Parlement.	Nouvelle version de l'arrêté d'application du code international des substituts du lait maternel est disponible	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
<i>maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est mis en place.</i>	2. Un comité de vulgarisation et de surveillance de la version revue de l'arrêté d'application du code internationale des substituts du lait maternel est mis en place et produit semestriellement un rapport sur les violations du code et les actions correctrices.	Rapports semestriels sur les violations du code et les actions correctrices	
	3. Des aspects d'application du code international des substituts du lait maternel sont intégrés dans les outils de formation des prestataires de santé sur l'ANJE.	Existence du Kit national de formation sur l'ANJE	
Résultat 6 : Les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale comme le transfert monétaire au profit des groupes plus vulnérables surtout dans le cadre de la gestion des situations d'urgence.	1. D'ici fin 2015 les aspects de gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH urgences) sont effectivement pris en compte dans par leur intégration dans le kit d'outils de formation pratiques sur l'ANJE validés et adoptés au niveau national.	Kit de formation sur l'ANJE	
	2. D'ici fin 2015 le Burkina Faso adopte une position tranchée conforme aux recommandations de l'OMS 2010 au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives par rapport au niveau d'accessibilité ou non du traitement préventif ARV chez la mère et l'enfant au cours de la grossesse et après la naissance.	Recommandations revues au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives	
	3. D'ici fin 2015 le plan national de contingence multirisques de préparation et de réponse aux catastrophes intègre des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE.	Plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes	
V. Activités			
Résultat 1 : D'ici fin 2022 1 122 519 soit 90% des femmes enceintes et 1 791 949 soit 90% des mères d'enfants de 0 à 23 mois de la population total du Burkina Faso ont accès à un Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).			
1. Développer des outils de formations pratiques orientés vers la mise en œuvre du PISA au niveau communautaire (1) Guide du Formateur des acteurs communautaires sur l'ANJE (2) Manuel de l'agent communautaire sur l'ANJE.	Kit d'outils de formation des acteurs communautaires développés d'ici fin 2013.	Outils développés	
2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils communautaires de formation sur l'ANJE.	L'atelier de validation et d'adoption organisé en 2013	Rapport atelier	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
3. Reproduire les 2 outils de formation communautaire des acteurs communautaires sur l'ANJE (Guide du formateur et Manuel du participant).	Reproduction annuelle de 2000 Guides du formateur des agents communautaires sur l'ANJE 5000 Manuels de l'agent communautaire entre 2014 et 2019	Outils de formation reproduits	
4. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les ASBC et les OBCE pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.	5000 Aide-mémoires reproduits annuellement entre 2014 et 2019.	Aide-mémoires reproduits	
5. Former 90 agents des ONG-RENCAP sur l'ANJE en 6 sessions de formation entre 2013 et 2018.	90 agents des ONG-RENCAP formés à travers 6 sessions de formation entre 2013 et 2018.	Rapports de formation	
6. Former sur l'ANJE 468 agents d'OBCE travers 19 sessions de formation entre 2013 et 2018	468 agents d'OBCE formés travers 19 sessions de formation entre 2013 et 2018	Rapports de formation	
7. Réaliser au moins 1543 diagnostics de base suivis de restitution aux communautés ciblées dans l'aire communautaire des formations sanitaires (CMA CM et CSPS).	1543 diagnostics de base suivis de restitution aux communautés ciblées réalisés dans les aires communautaires des formations sanitaires (CMA CM et CSPS) d'ici 2023.	Rapports de formation	
8. Former sur l'ANJE 35 839 agents de santé communautaire ou autres agents communautaires à travers 1473 sessions de formation entre 2013 et 2022 au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso.	35 839 agents de santé communautaire ou autres agents communautaires formés à travers 1473 sessions de formation entre 2013 et 2022	Rapports de formation	
9. Orienter sur l'ANJE 35 839 personnes ressources volontaires à travers 1434 sessions d'orientation sur l'utilisation des aide-mémoire entre 2013 et 2022 au niveau des 63 districts sanitaires du Burkina Faso.	35 839 personnes ressources volontaires orientés à travers 1434 sessions d'orientation sur l'utilisation des aide-mémoire entre 2013 et 2022	Rapports de formation	
10. Elaborer une série de 4 aide-mémoires pour Personnes Ressources Volontaires (PRV) pour la diffusion de message clés d'ANJE auprès de leurs audiences.	Au moins 143 356 Outils PRV reproduites d'ici 2022	Outil PRV reproduits	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
11. Equiper les 35 839 ASC ou autres agents communautaires de boîtes à images et de kits de démonstration culinaires pour appuyer les sessions de Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA).	35 839 boîtes à images et de kits de démonstration culinaires mis en place au niveau communautaire.		
12. Assurer l'identification des bénéficiaires (femmes enceintes mères des enfants 0 – 23 mois) pour la mise en place des Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'optimales d'ANJE.	(1) 100% des femmes enceintes sont identifiées pour recevoir les services d'ANJE (2) 100% des mères d'enfants 0 – 23 mois sont identifiées pour recevoir les services d'ANJE. (3) Au moins 194 298 groupes d'apprentissage des femmes (soit 15 femmes par groupe) sont constitués.	(1) Registre d'enregistrement des villages (2) Cahiers d'enregistrement des sites communautaires	
13. Appuyer la réalisation des activités promotionnelles des pratiques optimales d'ANJE	D'ici fin 2022 au moins 90% des séances d'apprentissage sur l'ANJE planifiées mensuellement au profit des femmes enceintes sont réalisées (soit 67 352 séances réalisées sur 74 835 planifiées mensuellement).	Rapports d'activités des ONG	
	D'ici fin 2022 au moins 90% des séances d'apprentissage sur l'ANJE planifiées mensuellement au profit des mères d'enfants 0 – 23 mois sont réalisées (soit 107 517 séances réalisées sur 119 463 planifiées mensuellement).	Rapports d'activités des ONG	
	D'ici fin 2022 au moins 80% des femmes enceintes attendues participent aux séances d'apprentissage sur l'ANJE planifiées mensuellement (soit 898 015 présences sur les 1 122 519 attendues).	Rapports d'activités des ONG	
	D'ici fin 2022 au moins 80% des mères d'enfants 0 – 23 mois attendues participent aux séances d'apprentissage sur l'ANJE planifiées mensuellement (soit 1 433 559 de présence sur les 1 791 949 attendues).	Rapports d'activités des ONG	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
14. Appuyer l'organisation de 347 720 dialogues communautaires en direction des maris leaders communautaires grand mères tradi-praticiens de santé	D'ici fin 2022 au moins 80% des dialogues communautaires planifiés trimestriellement par les personnes ressources volontaires sont réalisées en direction des cibles secondaires (maris grand mères leaders communautaires) (soit 278 176 réalisées sur 347 720 planifiées trimestriellement).	Rapports d'activités des ONG	
15. Appuyer semestriellement la conduite de 16 412 activités de mobilisations sociale autour des pratiques optimales d'ANJE au niveau l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées sur la base d'un paquet minimum d'appui financier	16 412 activités de mobilisations sociale autour des pratiques optimales d'ANJE semestriellement d'ici 2023 au niveau l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées.	Rapports d'activités des ONG	
16. Appuyer annuellement d'ici 2022 la conduite de 16 412 activités de mobilisations sociale autour des pratiques optimales d'ANJE au niveau de l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées sur la base d'un paquet minimum d'appui financier	16 412 activités de mobilisations sociales autour des pratiques optimales d'ANJE au niveau de l'aire communautaire de chaque formation sanitaire (CMA CM et CSPS) en direction des communautés ciblées sur la base d'un paquet minimum d'appui financier	Rapports d'activités des ONG	
17. Appuyer l'organisation mensuelle des missions de supervision des OBCE en direction des ASBC en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.	Pourcentage de réalisation des missions de supervision des OBCE en direction des ASBC en collaboration avec les ONG réalisées.	Rapports de mission de supervision	
18. Appuyer l'organisation trimestrielle des missions de supervision des prestataires de santé en direction des sites communautaires de mise en œuvre du PISA en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.	Pourcentage de réalisation des missions de supervision des prestataires de santé en direction des sites communautaires de mise en œuvre du PISA en collaboration avec les ONG partenaires des districts sanitaires.	Rapports de mission de supervision	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
Résultat 2 : : D'ici fin 2022 un environnement favorable à la mise en œuvre du PISA est créé au niveau communautaire par l'appui technique et financier à 691 880 mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois dans la conduite d'activités de production vivrière améliorées (maraîchage ou petit élevage) et par l'amélioration de l'accessibilité aux autres sources de micronutriments (farines locales infantiles enrichies bouillies à base de farines infantiles locales enrichies et sachets de micronutriments pour la fortification à domicile).			
1. Développer et reproduire des outils pratiques de formation d'acteurs communautaires sur les techniques d'activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage).	Reproduction de 2000 guide du facilitateur et 5000 manuels du participant annuellement entre 2014 et 2022	Guide et manuel sur les techniques d'activités de production vivrière améliorée.	
2. Appuyer la mise en place d'une ferme modèle au niveau de l'aire de chaque district sanitaire devant servir de cadre de démonstration et de renforcement de capacité des mères d'enfants 6 – 23 mois sur les activités de production vivrière améliorée (cultures maraîchères et l'arboriculture fruitière petit élevage)	63 fermes modèles mis en place entre 2014 et 2022.	Rapport de suivi de la mise en place des fermes	
3. Former 10 promoteurs de production vivrière par district sanitaire sur les activités de production vivrière dans la gestion des fermes modèles pour le transfert de compétences en direction des GASPA	630 promoteurs de production vivrière formés entre 2014 et 2018.	Rapports de formation	
4. Former à travers les GASPA 1 383 760 mères d'enfants 6 – 23 mois sur les techniques de production vivrière améliorée entre 2014 et 2022	1 383 760 mères d'enfants 6 – 23 mois sur les techniques de production vivrière améliorée entre 2014 et 2022	Rapports de formation	
5. Appuyer annuellement selon un système de transfert monétaire 50% mères d'enfants âgés de 6 – 23 mois formées sur les techniques de production vivrière améliorées à exécuter leur plan d'action (maraîchage ou petit élevage) soit un total de 691 880 bénéficiaires d'ici 2022	691 880 mères d'enfants âgés de 6 - 23 mois bénéficient de transfert monétaire pour exécuter leur plan d'action de production vivrière améliorée (maraîchage ou petit élevage)	Rapport de suivi des transferts monétaires	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
6. Appuyer la mise en place d'au moins 20 points de vente de farines infantiles enrichies et/ou de bouillies enrichies au niveau de chaque districts sanitaires pour favoriser leur accessibilité aux enfants des zones les plus vulnérables (milieu rural zone péri-urbaine)	1 260 points de vente de farines infantiles enrichies et/ou bouillies enrichies au niveau des districts sanitaires entre 2014 et 2022	Rapport de suivi de mise en place des points de vente de farines infantiles	
7. Organiser annuellement une campagne de marketing social des farines infantiles enrichies.	Au moins une campagne de marketing sociale sur les farines infantiles enrichies organisée annuellement entre 2014 et 2022	Rapport annuel de campagne de marketing sociale sur les farines infantiles enrichies.	
8. Produire en français et en langues locales un guide de recettes locales équilibrées répondant aux principes des mélanges multiples.	Produire annuellement 5000 guides français et 5000 guides en langue locale de recettes locales par an entre	Guide de recettes locales produit	
9. Conduire en 2014 une phase pilote de fortification à domicile au profit des enfants 6 - 23 mois en utilisant la plateforme des modèles d'intervention de promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau de la région du Nord.	La phase pilote sur la fortification à domicile est effectivement réalisée évaluée.	Rapport d'évaluation de la phase pilote de fortification à domicile au Burkina Faso	
10. Organiser en 2016 un atelier de restitution des résultats et des leçons apprises de la phase pilote de fortification à domicile pour la planification de l'extension au Burkina Faso.	Atelier effectivement tenu en 2016.	Rapport d'atelier de restitution des résultats et des leçons apprises de la phase pilote de fortification à domicile.	
11. Appuyer l'extension progressive de la fortification à domicile conformément à la stratégie d'enrôlement des régions du plan de passage à l'échelle.	Un plan d'extension de la fortification à domicile élaboré sur la base des leçons apprises de la phase pilote de fortification à domicile.	Plan d'extension de la fortification à domicile élaboré.	
Résultat 3 : D'ici fin 2022 une campagne nationale de communication de masse pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé est systématisée annuellement au Burkina Faso.			
1. Organiser un atelier de développement d'un plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA) d'ici fin 2014.	Existence du plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du PISA	Plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du PISA	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
2. Appuyer la mise en œuvre d'activités de communication spécifiques du plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du Paquet Intégré des Services d'ANJE (PISA).	90% des activités planifiées dans le plan stratégique de communication pour la mise en œuvre du PISA sont financés et réalisées	Rapports d'activités	
3. Appuyer les activités de plaidoyer en faveur de l'ANJE (bonne réglementation allocation de ressources et appui à la mise en œuvre)	Au moins une activité de plaidoyer organisée annuellement sur les sujets prioritaires en rapport avec les interventions d'ANJE	Rapport session de plaidoyer	
4. Organiser au moins une campagne de communication (média théâtre forum causerie débat projection vidéo etc...) sur l'ANJE par an en lien avec la semaine mondiale de l'allaitement maternel pour amplifier les messages diffusés par les acteurs communautaires et les prestataires de santé.	Au moins une campagne de communication sur l'ANJE réalisée annuellement en lien avec la célébration de la semaine mondiale d'allaitement maternel	Rapport de célébration de la semaine mondiale d'allaitement maternel	
Résultat 4. D'ici fin 2022 la mise en œuvre du PISA est institutionnalisée au niveau des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.			
1. Développer des outils de formations pratiques orientés vers la mise en œuvre du PISA au niveau des structures de santé: (1) Guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE (2) Manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.	Existence du kit d'outils de formation sur l'ANJE à partir de 2013.	Outils de formations développés	
2. Organiser un atelier national de validation et d'adoption des outils de formation des prestataires de santé sur l'ANJE.	L'atelier de validation et d'adoption organisé en 2013	Rapport atelier	
3. Reproduire les 2 outils de formation sur l'ANJE: (1) Guide du formateur des prestataires de santé sur l'ANJE (2) Manuel du prestataire de santé sur l'ANJE.	Reproduire annuellement 1000 guides du formateur et 2000 manuels du prestataire de santé sur l'ANJE entre 2014 et 2022.	Outils de formation reproduits	
4. Organiser une session de formation d'un pool national de 25 formateurs sur l'ANJE.	Une session de formation d'un pool national de formateurs sur l'ANJE de 25 membres organisée en 2014	Rapport de formation	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
5. Organiser entre 2013 et 2018 8 sessions de formation au profit de formateurs régionaux sur l'ANJE constitué chacun de 10 membres au niveau de chaque région du Burkina Faso	8 sessions de formation au profit de formateurs régionaux sur l'ANJE constitué chacun de 10 membres au niveau de chaque région du Burkina Faso	Rapports de formation	
6. Former 5436 prestataires de santé à travers 217 sessions de formation entre 2013 et 2018 au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso	5436 prestataires de santé formés à travers 217 sessions de formation entre 2013 et 2018 au niveau des districts sanitaires du Burkina Faso	Rapports de formation	
7. Elaborer des outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel au niveau des services liés à la maternité.	Outils développés et mis en place au niveau des services de maternité	Outils d'institutionnalisation et de suivi des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel développés.	
8. Elaborer reproduire et diffuser un aide-mémoire pratique pour les prestataires de santé pour la délivrance des services en rapport avec la mise en œuvre du PISA.	1000 aide-mémoires reproduits annuellement entre 2014 et 2019.	Aide-mémoires reproduits	
9. Appuyer le processus d'intégration de l'ANJE dans les curricula de formation de base des agents de santé	(1) - Des sessions d'orientation sur l'ANJE sont organisées annuellement en direction du personnel enseignant et des prestataires en fin de cycle de formation en pré-emploi entre 2014 et 2016. (2) - Un atelier est organisé pour étudier les modalités de renforcement des services d'ANJE dans le curriculum de formation des agents de santé en pré-emploi à partir de 2017.	(1) Rapports de session d'orientation (2) curriculum révisé	
10. Assurer l'organisation trimestriellement des missions d'appui et de supervision des Equipes cadres de districts sanitaires en direction des prestataires de santé des formations sanitaires (CM CMA et CSPS) en collaboration avec les pôles régionaux de formation sur l'ANJE.	Au moins 90% des missions d'appui et de supervision des Equipes cadres de districts sanitaires en direction des prestataires de santé des formations sanitaires planifiées annuellement sont réalisées.	Rapports de missions d'appui et de supervision	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
11. Assurer l'organisation semestriellement des missions d'appui et de supervision de la Direction de la nutrition en direction des districts sanitaires et des Hôpitaux en collaboration avec le pool national de formateurs ANJE les équipes régionales et les partenaires techniques.	Au moins 90% des missions d'appui et de supervision de la Direction de la Nutrition en direction des districts sanitaires et des hôpitaux en collaboration avec le pool national de formateurs ANJE les équipes régionales et les partenaires techniques planifiées annuellement sont réalisées.	Rapports de missions d'appui et de supervision	
Résultat 5. D'ici fin 2016 une version revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel est adoptée et un système de vulgarisation et de surveillance est fonctionnel.			
1. Mettre en place un comité de relecture de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.	Le comité existe et est fonctionnel.	Arrêté de création rapports d'activités	
2. Organiser un atelier de validation de la version revue du décret ministériel de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.	Tenue de l'atelier de validation de la revue de l'arrêté d'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel tenu avant fin 2016	Rapport atelier	
3. Organiser une session de plaidoyer en direction du parlement pour l'adoption de la version revue de l'arrêté de 1993 d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.	Tenue de la session de plaidoyer avant fin 2015.	Rapport de sessions de plaidoyer	
4. Créer un mécanisme de diffusion et de vulgarisation de l'arrêté portant sur le code.	(1) Le mécanisme existe et est fonctionnel d'ici 2017 (2) l'arrêté est diffusé et vulgarisé d'ici 2017	Rapport de diffusion	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
5. Créer un mécanisme de surveillance de l'application de l'arrêté : visites en direction des formations sanitaires suivi de la conformité des substituts du lait maternel gestion des donations dans les situations d'urgence application de la recommandation nationale au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant élaboration de rapport semestriel sur les violations constatées et les actions correctrices.	(1) le mécanisme existe et est fonctionnel d'ici 2017 (2) au moins 2 sorties sont réalisées par an.	Rapport semestrielle de surveillance du code.	
Résultat 6 : D'ici fin 2022 les compétences au niveau national pour la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (VIH situations d'urgences) sont renforcées et l'amélioration des pratiques d'ANJE devient un objectif de planification dans les interventions de protection sociale.			
1. Organiser un atelier national d'affinement des recommandations actuelles au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2014.	Un atelier national d'affinement des recommandations actuelles au sujet de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives est organisé d'ici fin 2014.	Rapport d'atelier	
2. Réviser la boîte à image de la DN en intégrant des planches sur l'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives en conformité avec les recommandations les plus récentes de l'OMS d'ici fin 2014.	5000 boîtes à images révisées sont reproduites annuellement entre 2015 et 2020	Boîte à image d'actions essentielles de santé/nutrition pour la survie de la mère et de l'enfant révisée.	
3. Intégrer dans le kit national d'outils de formation pratiques sur l'ANJE des objectifs d'apprentissage liés à la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles.	Existence au moins d'un module consacré à la gestion de l'ANJE dans les situations difficiles (Urgence VIH)	Kit de formation sur l'ANJE	
4. Intégrer dans le plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE	D'ici 2015 le plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes intègre des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE	Plan national de contingence multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes intégrant des objectifs opérationnels pour la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE	

Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèse
5. Orienter au moins 200 agents humanitaires sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence.	Au moins 200 agents humanitaires présentes au Burkina Faso sur la gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence d'ici 2015.	Rapport de session d'orientation	
6. Systématiser dans les plans de réponses aux urgences du système des Nations Unies et les budgets associés des activités en rapport avec la gestion de l'ANJE.	Les plans de réponses aux urgences du système des Nations Unies intègrent au moins un axe stratégique sur la gestion de l'ANJE avec un budget associé à partir de 2014.	Plan de réponse aux urgences du système des nations unies intégrant au moins un axe stratégique sur la gestion de l'ANJE.	