
MINISTERE DE LA SANTE
ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

RAPPORT ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE ANJE-U AU MALI

JUILLET -AOUT 2023



Préparé par Saïdou KABORE

I. Introduction

Un point de départ important pour assurer une réponse d'ANJE-U efficace est la présence d'un programme d'ANJE solide avant l'urgence, avec une couverture étendue des services et des interventions et la disponibilité adéquate d'un personnel formé¹. L'ANJE et l'ANJE-U visent toutes deux à promouvoir, protéger et soutenir une ANJE appropriée. L'ANJE-U se focalise sur les deux principes clés suivants : a) ne pas nuire (par exemple, éviter des dons et des distributions non ciblées et non réglementées de substituts de lait maternel) et b) sauver immédiatement des vies. L'ANJE-U suit une approche axée sur la santé publique pour atteindre le plus de personnes possibles et dans les délais les plus brefs, tandis que l'ANJE permet d'interagir avec les gardien/nes d'enfant à plusieurs reprises et donc d'instaurer plus facilement un changement de comportement à long terme.

L'efficacité de l'ANJE-U repose sur un contexte d'ANJE solide.

Les **capacités d'ANJE-U** font référence aux capacités permettant aux personnes, aux organisations et à la société dans son ensemble de garantir une alimentation et des soins adéquats et adaptés à l'âge aux nourrissons et jeunes enfants en situation d'urgence. Le **renforcement des capacités** est le processus de développement et de maintien des aptitudes et des capacités requises pour des personnes, des organisations et des sociétés. Il aide à assurer que cette capacité d'ANJE-U reste en place. La nécessité d'une évaluation des capacités est très primordiale en **vue d'établir les aptitudes et les capacités qui sont déjà en place et celles qui requièrent un effort focalisé et collaboratif** pour veiller à ce que les nourrissons et les jeunes enfants puissent bénéficier d'une protection et d'un soutien adéquats en cas d'urgence. Cette présente évaluation à travers cet outil est destinée à répondre à ce besoin.

L'outil d'évaluation des capacités a initialement été développé en 2016, avant d'être actualisé suite à des évaluations des capacités d'ANJE-U au Kenya, au Soudan du Sud et en Somalie². Dans le cadre d'une mise à jour globale de l'outil en 2021, l'Alliance du GNC, Save the Children et l'UNICEF y ont intégré la liste de vérification sur l'ANJE-U élaborée par l'Alliance du GNC, revue par l'IFE CG et testée au Pakistan. Cet outil fournit aux ministères de la Santé et aux autres parties prenantes des secteurs de la santé et de la nutrition un guide pas-à-pas sur la conduite d'évaluations des capacités d'ANJE-U couvrant **7 piliers d'évaluation prioritaires à savoir :**

1. Politiques, plans et directives
2. Capacités des RH et organisationnelles
3. Coordination
4. Gestion de l'information
5. Prestation de service d'ANJE-U
6. Communication et plaidoyer

¹ Équipe technique d'intervention rapide (Tech-RRT), 2018. « Infant and young child feeding in emergencies: an analysis of key factors of a strong response » (L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : analyse des facteurs clés d'une réponse solide). www.enonline.net/resource/iycfanalysisstrongresponse

² Codjia P, Volege M, Le MT, Donnelly A, Sesay FF, Senesie JV, et al. « Améliorer le niveau de préparation et de réaction pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence en Afrique de l'Est : recensement des capacités au Kenya, en Somalie et au Soudan du Sud ». Field Exchange, 2018 ; (57).

II. Pourquoi une évaluation des capacités d'ANJE-U ?

Une première étape essentielle de la garantie d'une réponse adéquate en faveur de l'ANJE-U consiste à comprendre **quelles capacités d'ANJE-U sont déjà en place par rapport à celles qui sont requises**. Cette évaluation des capacités d'ANJE-U a permis d'approfondir cette compréhension à travers une analyse systématique des informations sur les points forts et les faiblesses ainsi que sur les atouts et les lacunes en matière de capacités d'ANJE/ANJE-U. Elle a donné un aperçu complet des capacités qui sont essentielles à l'exécution d'une réponse opportune, appropriée et efficace en faveur de l'ANJE-U.

III. Methodologies

✓ Quand utiliser l'outil d'évaluation des capacités ?

Dans l'idéal, l'évaluation des capacités devrait être menée lors des étapes de préparation et être rapidement actualisée au début d'une situation d'urgence. Comme cela n'a pas déjà été fait depuis le début de la crise au Mali, une évaluation **concise** des capacités a été faite en tenant compte de la situation de la réponse aux urgences.

Au cours de la phase de la Réponse à l'urgence, il s'agissait de comprendre les capacités actuelles permettant de mettre en œuvre une intervention d'ANJE-U. De manière spécifique, l'évaluation a été utilisée pour identifier les points forts à exploiter et les faiblesses à combler, en vue de renforcer la compréhension de la mise en œuvre de l'ANJE-U, de soumettre des recommandations visant à améliorer la réponse en cours et – en particulier dans les situations d'urgence chronique – d'assurer un suivi des progrès réalisés en matière d'amélioration des capacités d'ANJE-U au fil du temps. Identifier les actions clés de l'ANJE à mettre en place afin de combler les lacunes et d'optimiser les points forts dans le cadre d'un **plan de développement des capacités** afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité d'une réponse ANJE-U.

✓ Comment nous avons utilisé l'outil ?

En collaboration avec le Sous-Direction Nutrition (SDN/DGSHP) , et les autres partenaires du Cluster nutrition , il a très important de considérer un titre d'auto-évaluation au **niveau national** .Il a été également convenu de **sélectionner un ou plusieurs des piliers d'évaluation prioritaires**, plutôt que de couvrir l'ensemble des sept piliers.

Au cours des échanges sur la capacité du groupe à évoluer pour cette première étape , la coordination du cluster nutrition en collaboration avec ses partenaires se sont convenus de se focaliser sur 5 des 7 piliers qui sont :

1. Politiques, plans et directives
2. Capacités des RH et organisationnelles
3. Coordination
4. Gestion de l'information
5. Prestation de service d'ANJE-U

Au cours de la réunion du Cluster Nutrition du 28 Juillet 2023 , le Consultant ANJE-U en collaboration avec l'adjoint du Cluster Nutrition a présenté l'outil de l'évaluation et les étapes devant conduire cette évaluation . Par la suite l'outil a été envoyé à tous les partenaires du Cluster pour leur remplissage.

10 jours plus tard, 6 ONG dont 5 ONG internationale et 1 ONG nationale ont pu remplir et transmettre leur feedback au cluster nutrition. Les informations ont été compilées et pendant 2 de travaux au niveau de la SDN/DGSHP , une équipe de 5 personnes a examiné critère par critère pour dégager les scores et les lacunes pour chacun des 5 piliers retenus pour une auto-évaluation du niveau national de la réponse de la crise pour les questions du ANJE-U.

Également, au cours de l'atelier de formation de 3 jours, les participants ont été repartis en groupe pour examiner et s'entraîner au remplissage de l'outil .

Cet outil, qui examine les capacités d'ANJE-U collective, a été complété par des **évaluations des capacités individuelles**³ pour faire partie d'un exercice plus global d'évaluation des capacités d'ANJE-U. Pour les partenaires des secteurs de la santé et de la nutrition qui souhaitent évaluer les **capacités d'ANJE-U au niveau organisationnel**, il est également possible d'adapter l'outil et ses critères à cette fin. Le support de l'évaluation individuelle des capacités a été également revu en fonction du contexte de Mali et partagé à tous les partenaires.

Enfin, la **planification des actions** a été essentielle afin de s'assurer que les résultats de l'évaluation des capacités soient utilisés. Un outil qui a été bien développé pour l'ensemble des actions sous forme de plan d'action servira de feuille de route au cours de la mise en œuvre

IV. Brève introduction aux Directives opérationnelles sur l'alimentation infantile en situations d'urgence (DO-AIU)

L'allaitement maternel, plus que toute autre mesure, est l'intervention la plus rentable pour améliorer la survie de l'enfant. On estime que l'élargissement de l'allaitement maternel à un niveau quasi universel pourrait éviter 823 000 décès annuels, soit 13 % de tous les décès d'enfants de moins de 24 mois. De plus, l'allaitement maternel évite près de 20 000 décès annuels dus au cancer du sein.⁴

³ [ANJE-U – Outil d'évaluation de capacité individuelle | ENN \(enonline.net\)](https://enonline.net)

⁴ Victora C. G., Aluisio J. D., Barros A. J. D., Franca G. V. A., Horten S., Krusevec J., ... The Lancet Breastfeeding's Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanism, and lifelong effect [L'allaitement maternel au 21^e siècle : épidémiologie, mécanisme et effet à long terme.] Lancet, 2016(387), 475–490- PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>

Un allaitement maternel sous-optimal entraîne un risque accru de mortalité au cours des deux premières années de vie. Les nourrissons non allaités sont 14 fois plus susceptibles de mourir d'une pneumonie et 10 fois plus susceptibles de mourir de diarrhée que les enfants allaités.⁵

Les interventions d'alimentation de complément ont le potentiel d'améliorer l'état nutritionnel des enfants dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'apport d'aliments complémentaires appropriés, avec ou sans éducation nutritionnelle, ainsi que des conseils nutritionnels maternels seuls, entraînent une augmentation significative du poids et de la taille chez les enfants de 6 à 24 mois. Ces apports peuvent également réduire considérablement le risque de retard de croissance.⁶

Il est nécessaire de soutenir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans tous les contextes humanitaires. Des risques accrus tels qu'un mauvais assainissement, des épidémies, le don de substituts de lait maternel (SLM), y compris la préparation en poudre pour nourrissons, la surpopulation, le stress et les traumatismes, signifient que le soutien à une alimentation appropriée est essentiel pour la survie de l'enfant et la protection des nourrissons et des jeunes enfants. L'ANJE en situation d'urgence (ANJE-U) doit être inclus comme l'une des premières activités d'une réponse et il y a possibilité d'intégrer l'ANJE-U à d'autres secteurs. Cependant, malgré les preuves qu'un soutien approprié et opportun de l'ANJE-U sauve des vies, il est rarement priorisé ou soutenu de manière adéquate.

Un point de départ important pour assurer une réponse d'ANJE-U efficace est la présence d'un programme d'ANJE solide avant l'urgence, avec une couverture étendue des services et des interventions et la disponibilité adéquate d'un personnel formé⁷. L'ANJE et l'ANJE-U visent toutes deux à promouvoir, protéger et soutenir une ANJE appropriée. L'ANJE-U se focalise sur les deux principes clés suivants : a) ne pas nuire (par exemple, éviter des dons et des distributions non ciblées et non réglementées de substituts de lait maternel) et b) sauver immédiatement des vies. L'ANJE-U suit une approche axée sur la santé publique pour atteindre le plus de personnes possibles et dans les délais les plus brefs, tandis que l'ANJE permet d'interagir avec les gardien/nés d'enfant à plusieurs reprises et donc d'instaurer plus facilement un changement de comportement à long terme. **L'efficacité de l'ANJE-U repose sur un contexte d'ANJE solide.** Par conséquent, nous encourageons vivement l'utilisation de cet outil en dehors des situations d'urgence en guise de

Dans la mesure du possible, il est recommandé de mener l'évaluation des capacités ANJE-U au niveau individuel ainsi qu'au niveau organisationnel en utilisant les orientations les plus pertinentes. L'évaluation / la cartographie des capacités peut être effectuée au cours des étapes de préparation, d'intervention et de rétablissement. Les résultats doivent être inclus dans un rapport qui sera produit après la réalisation de l'évaluation / cartographie des capacités.

⁵ Black R. E., Allen L. H., Bhutta Z. A., et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences [Sous-nutrition maternelle et infantile : expositions mondiales et régionales et conséquences sur la santé.] The Lancet. 2008 ; 371(9608) : 243–260. doi : 10.1016/ s0140-6736(07)61690-0. - DOI – PubMed : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61690-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61690-0/fulltext)

⁶ Organisation Mondiale de la Santé (2017). Interventions for improving complementary feeding practices [Interventions pour améliorer les pratiques d'alimentation de complément] : https://www.who.int/elena/titles/commentary/complementary_feeding/en/

⁷ Équipe technique d'intervention rapide (Tech-RRT), 2018. « Infant and young child feeding in emergencies: an analysis of key factors of a strong response » (L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : analyse des facteurs clés d'une réponse solide). www.enonline.net/resource/iycfanalysisstrongresponse

Le but de l'évaluation / cartographie des capacités est de comprendre la capacité du gouvernement, des partenaires, des organisations et / ou des individus à fournir des services ANJE de qualité pendant les situations d'urgence

L'outil d'évaluation / cartographie des capacités a été utilisé au Mali a permis de résumer et de présenter les informations importantes et les conclusions générées lors de l'évaluation / cartographie des capacités ANJE / ANJE-U dans ce rapport factuel cohérent et court.

L'engagement politique du gouvernement du Mali reste sans équivoque. Cependant, il y a lieu aujourd'hui de s'aligner aux nouvelles évidences et recommandations, et surtout adopter des approches novatrices afin de mieux contribuer à faire de ce monde, un environnement véritablement adapté dans lequel tous les enfants pourront pleinement s'épanouir et ne sauraient souffrir du moindre déficit.

Cette mise à jour de l'OG-IFE a été rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

a.Mandat

L'OG-IFE cherche à respecter les dispositions des normes internationales d'urgence, notamment *les normes humanitaires fondamentales sur la qualité et la responsabilité (CHS)* et *les normes de sphère*, parmi beaucoup d'autres. Il aide à l'application pratique des *principes directeurs pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence* et le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (« le Code »)* et les résolutions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS). Il aide les décideurs, les planificateurs et les donateurs à s'acquitter de leurs responsabilités énoncées dans UNICEF/OMS *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* dans l'article 24 de la *Convention des Droits de l'enfant*^a et l'appel à l'action contenu dans *la Déclaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, accueilli à l'unanimité par l'AMS 2006. Il contribue à la réalisation des cibles des *objectifs de développement durable* (objectifs 2, 3 et 6) et le programme de travail des Nations unies (ONU) *Décennie de la nutrition (2016-2025)*.

b. Objectifs

L'OG-IFE vise à fournir des conseils pratiques et concis sur la façon d'assurer une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant en situations d'urgence.

c. Étendue

L'OG-IFE s'applique à la préparation, la réponse et le rétablissement d'urgence dans le monde entier pour minimiser les risques de morbidité et/ou de mortalité infantile et juvénile associés aux pratiques d'alimentation et pour maximiser la nutrition, la santé et le développement des enfants.

d. Populations visées

Les populations cibles pour les interventions sont les nourrissons et les jeunes enfants âgés de moins de deux ans (0-23 mois) et les femmes enceintes et allaitantes (PLW).

e. Cibler les utilisateurs de ces conseils

L'OG-IFE est destiné aux décideurs politiques, aux décideurs et aux programmeurs travaillant en situation d'urgence préparation et réponse, y compris les gouvernements, les organismes des Nations Unies (ONU), les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales, les donateurs, les groupes de bénévoles et le secteur privé/des affaires.

Les actions recommandées s'adressent aux personnes investies d'une autorité de coordination de l'IFE et aux responsabilités mandatées, ainsi qu'à celles qui entreprennent des activités affectant directement ou indirectement l'IFE et qui ont également des responsabilités et des rôles clés. Des actions seront nécessaires à plusieurs niveaux et à des degrés divers selon le contexte.

L'OG-IFE est pertinente dans tous les secteurs et toutes les disciplines, en particulier la nutrition, mais aussi la santé (santé reproductive, santé maternelle, néonatale et infantile), les services curatifs, la santé mentale et les services de soutien psychosocial (MHPSS), le VIH, la gestion des maladies infectieuses ; les services aux adolescents ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) ; la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance (FSL) ; la protection de l'enfance ; le développement de la petite enfance (DPE) ; l'invalidité ; l'abri ; les programmes de transferts monétaires ; la protection sociale ; l'agriculture ; la coordination et la gestion de camp

V. Brève description de l'état de santé et de nutrition de la population au niveau nationale

a. Pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau national

De nombreuses évidences scientifiques ont démontré le rôle crucial des pratiques recommandées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des soins attentifs pour atteindre et maintenir un niveau de nutrition et de santé satisfaisant.

Pourtant, selon les résultats de l'enquête SMART en 2022 au Mali, 44,8% des enfants ont été mis au sein immédiatement (dans les 30 minutes) après naissance et 74,7% dans l'heure après la naissance. La prévalence de l'allaitement exclusif des nourrissons pendant les six premiers mois de leur vie est de 49,8 % pendant que 31,5% des enfants de 6–8 mois allaités ont eu un aliment mou ou semi solide. La proportion d'enfant de 6-23 mois ayant consommé au moins 5 groupes d'aliment dans les dernières 24 heures est 21,7%. Par contre, le taux du régime alimentaire minimum acceptable chez les jeunes enfants de 6 à 23 mois est seulement de 4,1 %. Les

prévalences de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans demeurent inacceptablement élevés, avec la prévalence de retard de croissance étant de 21,9 %.

Les conséquences à long terme de la malnutrition dans la petite enfance représentent des obstacles majeurs à un développement socio-économique durable et à la réduction de la pauvreté

b. L'état de santé de la population au niveau nationale

Malgré les progrès réalisés au cours de ces dernières années en matière d'amélioration de l'accès aux services socio-sanitaires, la situation sanitaire au Mali reste préoccupante. Le ratio de professionnel de santé au niveau national est de 2,16 pour 10 000, largement inférieur à la norme recommandée par l'OMS qui est de 23 pour 10 000 habitants (*Annuaire 2020*).

Le quotient de mortalité infanto-juvénile est passé de 191‰ à 101 ‰ naissances vivantes entre 2006 et 2018 (EDSM VI), pendant que celui de la mortalité infantile est passé de 96 ‰ à 54 ‰ au cours de la même période. Quant au ratio de la mortalité maternelle, il a été fortement réduit, passant de 468 à 325 pour 100 000 naissances vivantes entre 2013 et 2018 au niveau national (EDSM V et VI).

Les principales causes de mortalité infanto-juvénile au Mali sont le paludisme (14%), la pneumonie (14%) et la diarrhée (11%). Selon une publication du The Lancet 2008, la malnutrition constitue une cause sous-jacente dans 35% des cas de décès.

Selon la carte sanitaire de 2022, l'accessibilité géographique aux structures de santé constitue un enjeu majeur 12 % de la population est située dans un rayon de plus 15 km d'une structure de santé selon le District Health Information System 2 (DHIS2).

En ce qui concerne la santé de la reproduction, la proportion de femmes ayant :

(i) reçu des soins prénatals dans le premier trimestre de la grossesse (CPN1) est passée respectivement de 30 à 35 puis 36 % de 2004 ; 2012-2013 et 2018.

(ii) quant aux femmes qui ont eu 4 PCN et plus, la proportion est passée de 35 à 41 puis 43% durant les mêmes périodes. Toute fois le pays est très loin de l'objectif national de 60% pour la CPN effective ;

(iii) parmi ces femmes 70% ont eu des soins prénatals d'un prestataire formé en 2006 ; 74% en 2012-2013 et 80% en 2018.

Selon les résultats de l'enquête SMART 2022, la prévalence de la malnutrition chronique dans la population des enfants de moins de cinq ans était de 21,9 %, celle de la malnutrition aigüe globale était de 10,8 %, dont près de 2,1% des enfants sont affectés par sa forme sévère. La même enquête indique une prévalence d'insuffisance pondérale de 18,6 % dont 4 % sous la forme sévère au niveau national.

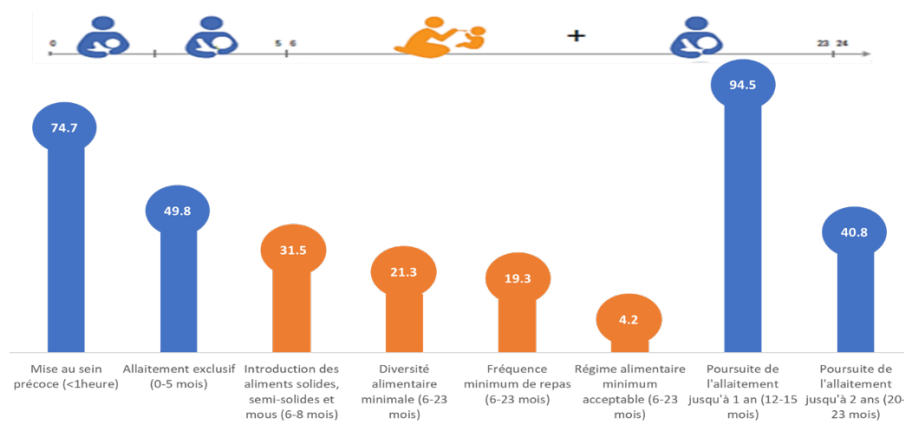


Figure 4: Principaux indicateurs des Pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant au Mali

Source : SMART, 2022

La plupart des indicateurs nutritionnels au Mali sont faibles par rapport aux seuils recommandés et des cibles mondiales de l'AMS d'ici à 2025, et par conséquent des ODD à l'horizon 2030.

c. Organisation du Système Alimentaire

La proportion de ménages en insécurité alimentaire diminue en fonction de l'amélioration du bien-être économique (augmentation de la richesse) avec 39% des ménages du quintile d'indice de bien-être économique le plus pauvre ; 32% des pauvres ; 20,8% des moyens ; 10,7 % des riches et 2,8% des ménages les plus riches.

Au Mali, l'insécurité alimentaire est plus rurale avec une prévalence de 25,6% contre 7,2% en milieu urbain (SMART 2022). Les résultats de l'ENSAN réalisée en septembre 2021 trouvent 21,3% de ménages en insécurité alimentaire dont 1,8% de forme sévère contre 16,3% en septembre 2020 dont 1,9% de forme sévère.

Les régions de Gao avec 41,5% en 2021 contre 28,9% en septembre 2020 et celle de Mopti avec 40,8% en 2021 contre 31,0% en septembre 2020 sont les plus touchées.

d. Organisation du Système Eau Hygiène Assainissement

Le ministère des Mines, de l'Énergie et de l'Eau élabore et met en œuvre la politique nationale en matière de ressources minérales, énergétiques et en eau.

Dans le domaine spécifique de l'eau, le pays a adopté le code de l'eau qui consacre les principes de gestion intégrée des ressources en eau. Il a la charge dans le domaine de l'eau de l'élaboration et le contrôle de l'application de la réglementation en matière d'eau ; le développement des ressources en eau en vue d'assurer notamment la couverture des besoins du pays en eau potable.

L'assainissement est une mission du ministère de l'Environnement et de l'Assainissement, exécutée par la Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances. Il contribue à la mise en œuvre de la politique à travers la Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances et les services déconcentrés du département. Ils travaillent en partenariat avec tous les autres Ministères.

Toutefois, les collectivités territoriales peuvent se dessaisir de toute ou partie de l'assainissement et de la gestion des déchets.

Il est à noter que, 69% de la population n'ont pas accès à une source améliorée d'eau de boisson. Seulement 34% de la population dispose d'installations sanitaires élémentaires. Aussi, seulement 14,3% de la population dispose d'installations élémentaires pour le lavage des mains (EDSM-VI). Toujours selon la même source, la défécation à l'aire libre continue d'être pratiquée par 8,7% de la population.

e. Organisation du Système de Protection Sociale

Au Mali, la protection sociale est perçue comme une composante clé dans les stratégies de la réduction de la vulnérabilité dans les secteurs économique et sociale, alimentaire et nutritionnel, à travers la promotion de la productivité des ménages en augmentant de leur capacité d'achat et en investissant dans le développement des enfants. De ce fait, elle contribue à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté par le développement du capital humain.

Dans sa politique, elle accorde une place importante aux personnes en situation difficile (les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap, les enfants et les femmes, les Pupilles, les personnes déplacées internes, les personnes sans emploi et les personnes vivant avec le VIH/SIDA).

Le système fonctionne sous forme pyramidale :

Au niveau national se trouvent la direction nationale du développement social en charge des questions d'urgence et la direction nationale de la protection sociale qui s'occupe de la protection sociale et la prise en charge des risques sociaux, la promotion de l'économie sociale et solidaire.

Aux niveaux régional et cercle se trouvent respectivement la Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire ou le service local du développement social et de l'économie solidaire.

Au niveau de certaines communes se sont les centres communaux du développement social et de l'économie solidaire qui s'occupent des questions de la protection sociale.

VI. Politique et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant avant l'urgence

a. La nouvelle stratégie ANJE 2023 -2030

Cet exercice a été l'occasion exceptionnelle de réexaminer de manière critique, à la lumière des dernières données scientifiques et épidémiologiques, les principaux facteurs affectant les pratiques d'ANJE au Mali. Il a également permis de renouveler l'engagement du gouvernement malien en faveur de la poursuite d'une ligne d'action commune en harmonie avec entre autres, l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Par ailleurs, un accent particulier a été mis sur l'approche systémique, mettant en symbiose quatre systèmes (Alimentaire, Eau-Hygiène-Assainissement, Protection sociale et Santé) avec des actions essentielles à plusieurs niveaux. Cette nouvelle stratégie fournit

ainsi un cadre d'actions solides, visant à accélérer les efforts durant cette période pour l'amélioration des pratiques d'ANJE, et de facto contribuer à l'amélioration de la santé, la nutrition, la survie et le développement des nourrissons et des jeunes enfants du Mali. Dans le maintien de la dynamique, la réussite de la mise en œuvre de cette stratégie reposera fortement sur des mises à jour régulières en fonction des nouvelles évidences.

La mise en œuvre de cette stratégie nationale requerra un fort engagement politique, un budget national conséquent, et l'implication de tous les acteurs à tous les niveaux, y compris les familles, les organisations communautaires, en collaboration avec les organisations internationales.

b. État d'avancement de la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (Le Code) et de ses résolutions pertinentes adoptées ultérieurement

Le code de commercialisation des substituts de lait maternel (SLM): Arrêté interministériel n° 06 – 1907 / Ms – Mic – Mep – Ma – Sg du 04 septembre 2006 Portant réglementation de la commercialisation, de l'information et du contrôle de la qualité des substituts du lait maternel au Mali

Le code de commercialisation des substituts de lait maternel du Mali est sous forme d'un Arrêté Ministériel rédigé et ratifié depuis 2006, Il s'adresse aux responsables politiques, aux agents de santé et aux personnes pour lesquelles le Code présente un intérêt, ainsi qu'au grand public. Il s'applique à la commercialisation et aux pratiques relatives aux SLM⁸ Il s'applique également à la qualité et à la disponibilité de ces produits ainsi qu'à l'information concernant leur utilisation sur avis médical. Il a pour but de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires sur base d'une information complète et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

Les lacunes :

- ❖ Les arrêtés et décrets ci-dessus inscrit dans l'arrêté 2006 et celui en cours de validation , renvoient aux textes et décrets adoptés par le ministère des ressources animales et publiés dans le JO⁹ du Mali
 - la loi n° 02 – 001 du 16 janvier 2002 fixant les conditions de production, de transformation et de commercialisation du lait et des produits laitiers ;
 - le décret n° 02 – 304 / P-RM du 03 juin 2002 fixant les conditions de production, de transformation et de commercialisation du lait et des produits laitiers ;
 - le décret n° 12 / PG-RM du 30 janvier 1967 portant création du comité consultatif du lait et des produits laitiers

⁸ SLM= Substituts de Lait Maternel. Définis comme tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement avant 6 mois partiel ou total du lait maternel (code congolais de commercialisation des substituts du lait maternel).

⁹ <https://sqq-mali.ml/JO/2002/mali-jo-2002-03.pdf> 16 jan. 2002 loi n°02/001 Fixant les conditions de production, de transformation et de commercialisation du lait et des produits laitiers.p83

- le décret n°00 – 505 du 16 octobre 2000 portant réglementation du commerce extérieur ;

En effet, suite à la célébration du 40ème anniversaire de l'adoption du code international de la commercialisation des substituts du lait maternel en juin 2021 , il a été une occasion de célébrer l'avancée significative en faveur de la protection et de la promotion des bienfaits incomparables de l'allaitement. Elle a été également l'opportunité de rappeler tout ce qui reste à faire quarante ans après son adoption, il reste donc d'actualité.

Si la majorité des pays ont adopté une législation imposant certaines dispositions du Code, le Mali n'a pas encore pris des mesures réellement alignées sur le Code.

c. État d'avancement de l'application des recommandations de l'Organisation internationale du travail

(OIT) en matière de protection de la maternité¹⁰

- ✓ **la Politique Nationale de la Protection Sociale adoptée en 2016**, assortie de Plans d'Action (2016-2018 et 2021-2025). Elle prend en compte les populations les plus vulnérables et tous les enfants de moins de 21 ans ont accès aux soins avec leurs parents (AMO, RAMEL, Mutualité)
- ✓ Existence des politiques favorables/sensibles à la Famille (allocation familiale et de maternité, congé de maternité et de paternité, heures de tétée, etc.) faisant suite à la ratification le 05 juin 2008 de la convention 183 de l'OIT relative à la protection de la maternité au travail
- ✓ **Disposition juridique pour la protection de la maternité et les droits d'allaiter pour les femmes qui travaillent.**

Le Mali dispose de lois et politiques qui permettent aux femmes enceintes qui travaillent de prendre des congés de maternité et la protection de la femme enceinte et qui s'appuient sur les conventions de l'OIT. Le pays a ainsi ratifié le 05 juin 2008 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.

La principale limite de cette loi réside dans le fait qu'elle ne bénéficie qu'à peu de femmes et la durée des congés accordés se révèle courte par rapport à la période recommandée de 6 mois d'allaitement exclusif

VII. Résultats de l'analyse avec le nouveau outils selon les 5 piliers retenus au niveau national

1. Politiques, plans et directives

- Une première stratégie (2006-2013) et une deuxième (2014-2019) ont été développées. Une nouvelle stratégie ANJE couvrant la période de 2023 - 2030 a été développée et a été validée techniquement au

¹⁰ OIT. Maternity Protection Convention, 2000 [Convention sur la protection de la maternité, 2000] (n°183) : https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183

cours des ateliers dans la région de Ségou. Cependant la composante ANJE -U n'est pas suffisamment développée

- Il n'existe pas de directive opérationnelle sur l'ANJE-U
- Il n'existe pas des recommandations sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte d'épidémies de maladies infectieuses qui correspondent aux dernières directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/directives sur les urgences sanitaires
- Un nouvel arrêté a été validé techniquement en 2021 et introduit dans le circuit de validation politique. Nous notons que le contenu comporte des références de la loi de 2002 qui fait référence au produits de lait des animaux (cf. lien ...)
- Il n'existe pas un système de suivi et de rapportage des violations du Code
- Il n'existe pas des lois et des politiques conformes aux Orientations de l'OMS en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ont été promulguées
- il n'existe pas Des politiques juridiquement exécutoires ont été formulées au sujet de la participation du secteur privé à la réponse a l'urgence, en vue de faciliter une collaboration constructive et d'éviter des abus d'influence et des conflits d'intérêts
- Il n'existe pas des politiques/directives nationales relatives à l'Initiative Communautés Amies des Bébé (ICAB) sont en place. Par contre la composante est prise en compte dans la nouvelle stratégie ANJE en cours e finalisation.
- La gestion de l'ANJE dans les situations d'urgence n'est pas suffisamment intégrée dans les plans de préparation et de gestion des crises
- Il existe un Plan de Réponse Humanitaire (PRH) chiffré comprenant des objectifs, des actions et des indicateurs en faveur de l'ANJE-U et couvrant les interventions d'appui à l'allaitement maternel, l'alimentation de complément et l'alimentation artificielle à travers l'Objectif spécifique 2 du HRP. Cependant, tous les besoins ANJE-U notamment les besoins en SLM et des coins /Espaces ANJE-U ne sont clairement définis et chiffrés

f. Capacité RH et organisationnelle

- Il n'existe pas des rôles institutionnels pour la mise en œuvre des interventions d'ANJE/ANJE-U qui sont clairement définis (gouvernement, agences de l'ONU, etc.)
- Responsable Nutrition District, Chargé de nutrition au niveau CSCOM , PF NUT des directions Régionales de la Santé , les relais , les GSAN . Cependant, il n'existe un document administratif qui attribut ces rôles et responsabilités de façon détaillée. Selon les autorités de la sous-direction de la nutrition la note des districts est en cours

- Les cadres de nutrition des régions et des districts ont bénéficié des formations sur ANJE-U au cours des sessions antérieures et les PFN sont inclus dans les ECD. Mise en place de la nouvelle réforme de la gestion hospitalière les PFN ont des rôles et responsabilités claires.
- Besoin d'une cartographie des personnes formées et formulation de la base de données.
- Tous les participants aux sessions sur ANJE-U ne sont pas tracés
- Il n'existe pas un ensemble interagences standardisé de compétences (aptitudes et connaissances) en ANJE-U requises par les personnes travaillant dans ce domaine a été convenu au niveau national/des clusters
- Il n'existe pas un pool de formateurs nationaux spécialisés dans l'ANJE-U est disponible et enregistré dans une base de données
- Absence de base de données concernant les intervenants d'urgence travaillant dans d'autres secteurs que ceux de la santé et de la nutrition (par exemple, eau et assainissement [WASH], sécurité alimentaire et moyens d'existence [SAME]) ont suivi une séance d'orientation sur l'ANJE-E
- Il n'existe pas des associations et les réseaux nationaux d'appui à l'allaitement maternel qui ont été recensés et qui ont suivi une séance d'orientation sur l'ANJE-U (par exemple, en vue d'apporter un soutien en matière de formation, de supervision ou de prestation de services directs tels que des services de conseils et soutien)
- Il n'existe pas un personnel douanier chargé d'autoriser les articles de secours humanitaire et qui a été informé au sujet des articles (par exemple, SLM) qu'il faut limiter/contrôler/refuser.
- Il n'existe pas des supports de formation sur l'ANJE-U spécifiques au contexte dans la ou les langue(s) nationale(s)/locale(s) sont disponibles
- Il n'existe pas une stratégie/un plan de formation sur l'ANJE-U au niveau national/des clusters visant à améliorer les capacités des intervenants en ANJE-U qui a été élaboré(e) sur la base d'une évaluation des capacités individuelles préexistantes en matière d'ANJE-U
- Il n'existe pas des besoins en capacités d'ANJE-U qui ont été projetés selon divers scénarios d'urgence/de relèvement (qui sont les personnes requises, où sont-elles requises, combien en a-t-on besoin)

g. Capacité de coordination

- Il existe un mécanisme de coordination formalisé pour l'ANJE/ANJE-U (par exemple, un GTT ANJE-U, le Cluster Nutrition) mais les réunions ne se tiennent pas régulièrement.
- Il n'existe pas des Termes de référence pour le mécanisme de coordination de l'ANJE/ANJE-U qui sont approuvés et disponibles
- Le mécanisme de coordination de l'ANJE/ANJE-U n'est fonctionnel
- UNICEF et la SDN assurent une autorité/le leadership en matière de coordination de l'ANJE-U qui a été identifié(e) . Cependant, ce leadership nécessiterait une décentralisation pour le rendre plus efficace et efficient pour l'ensemble des acteurs ANJE/ANJE-U

- UNICEF, OCHA , PAM et les autres partenaires ont travaillé pour intégrer ANJE-U dans le document de planification HRP de 2023. Cependant, il n'existe des précisions claires concernant l'engagement des agences de développement et des bailleurs de fonds dans la planification de la préparation a l'ANJE-U
- Il n'existe pas des principaux points focaux au sein des ministères assurant la multisectorialité de l'ANJE /ANJE-U qui sont clairement identifiés. Par contre il existe des points focaux ANJE au sein de UNICEF , de la SDN et au niveau du PAM engagés dans la programmation de l'ANJE-U

h. Gestion de l'information

- Il n'existe pas des indicateurs de suivi de l'ANJE-U qui sont harmonisés au niveau de la coordination, y compris avec les donateurs
- Il n'existe pas des outils de documentation de l'ANJE-U qui sont harmonisés au niveau de la coordination par toutes les agences engagées dans la réponse
- Il n'existe pas des outils de reportage sur l'ANJE-U qui sont harmonisés au niveau de la coordination par toutes les agences engagées dans la réponse
- il n'existe pas des outils d'évaluation des besoins multisectoriels standardisés et pré-validés comprenant des questions clés sur l'ANJE-U sont disponibles (Dans le MSNA , les indicateurs doivent être renforcés)
- Il n'existe pas des outils d'évaluation rapide des besoins en ANJE-U standardisés et pré-validés (par exemple, discussions de groupe, entretiens avec des informateurs clés, outils de repérage) sont disponibles. Aussi, les outils d'évaluations existent chez les partenaires RRM mais le niveau national ne dispose pas d'un outils (IRC , SCI, ACF)
- il n'existe pas des orientations sur l'évaluation de l'ANJE-U, y compris des directives sur l'engagement communautaire, sont disponibles au niveau de la coordination
- il n'existe pas un référentiel/une bibliothèque national(e) des principaux documents sur l'ANJE/ANJE-U (par exemple, politiques, directives, supports de formation, plans de contingence/préparation, contrats de fournisseurs, détails des fournitures prépositionnées, Termes de référence, outils harmonisés, etc.) est en place et accessible à toutes les agences engagées dans la réponse
- Il n'existe pas un pool d'intervenants d'urgence formés à l'utilisation d'outils d'évaluation rapide des besoins ainsi qu'à la planification et la conception d'évaluations
- Les données sur l'ANJE-U sont mentionnées dans le document de HRP
- L'aperçu des besoins humanitaires n'assure pas complémentèment une couverture adéquate de l'ANJE-U (c'est-à-dire, la situation de l'ANJE avant la crise, les risques/menaces liés à l'urgence qui pèsent sur l'ANJE et les changements résultants en matière d'allaitement maternel, d'utilisation de substituts du lait maternel et d'alimentation de complément). Par exemple des données sur le SLM et les enfants ayant besoins du soutien SLM ne sont pas ressortis

- Il n'existe pas un système de gestion des connaissances qui a été mis en place pour tirer des enseignements des réponses d'urgence (ANJE-U)

i. Prestation des services d'ANJE-U

- Il n'existe pas des besoins potentiels en SLM qui ont été projetés sur la base d'informations axées sur divers scénarios/situations d'urgence
- La nouvelle stratégie a été élaborée mais ne tient pas compte de la multisectorialité de l'ANJE-U spécifique
- Il n'existe pas des canaux d'orientation vers/depuis les services d'ANJE-U vers d'autres services pertinents sont clairement cartographiés
- Les actions non techniques standards ne sont clairement définis dans la nouvelle stratégie élaborée
- Néanmoins la nouvelle stratégie ANE intègre les actions de la SAME. Le document de stratégie de la sécurité nationale Alimentaire ne comporte des éléments de ANJE-U . Le ministère en charge de la sécurité Alimentaire a participé à l'élaboration de la nouvelle stratégie ANJE
- Néanmoins la nouvelle stratégie ANGE intègre les actions de la protection de l'enfance. Le ministère en charge de la protection de l'enfance a participé à l'élaboration de la nouvelle stratégie ANJE
- Insuffisance dans la documentation des évidences liées aux critères sur "membres des communautés font preuve d'un engagement significatif et participent activement à la planification et à la mise en œuvre des services d'ANJE-U "
- Il n'existe pas des moyens permettant de prévenir les dons néfastes qui ont été planifiés de concert avec les autorités et le Cluster Logistique
- Il n'existe pas un plan de gestion des dons identifiant un groupe de travail et indiquant l'approche qui sera adoptée par rapport aux dons inappropriés/néfastes (par exemple, les dons de SLM) est en place
- Il n'existe pas une chaîne d'approvisionnement pour les aliments de complément adéquats et appropriés qui a été clairement identifiée
- Il n'existe pas une chaîne d'approvisionnement et un processus d'approbation pour l'obtention de SLM (par exemple, lait en poudre pour nourrissons, préparation pour nourrissons prête à l'emploi) ont été identifiés
- Une directive sur les Micronutriments existe mais le système d'approvisionnement n'est plus fonctionnel
- Il n'existe pas des plans pour assurer la transition des interventions d'ANJE-U vers la phase de relèvement qui ont été élaborés, y compris la passation des responsabilités de gestion des nourrissons alimentés aux SLM

VIII. Conclusions

- Au regard de toutes ces analyses, il est essentiel de retenir que des politiques, stratégies et directives concernant la nutrition et intégrant l'ANJE sont en place, mais l'ANJE-U n'y est pas suffisamment incluse dans les unes ou même pas mentionne dans alors seulement partiellement dans d'autres
- Il n'y a pas suffisamment des données ANJE/ANJE-U dans la plateforme national du système DHIS2 et les centres de formations ont diminuer leur motivation dans la collecte de certaines informations capitales sur ANJE/ANJE-U
- Il est évident que la problématique du code de règlementation de la commercialisation des substituts du lait maternel est une des lacunes très préoccupante pour le Mali.. En effet, l'arrêté conjoint existant depuis 2006 n'est pas bien connu par les acteurs, il est obsolète et il n'y a pas de système de suivi de cet arrêté. Cet arrêté n'est pas applique et mérite une décision forte et rapide pour relever ce défi afin de protéger vigoureusement les enfants
- Le groupe technique de travail ANJE (GTT ANJE) doit être redynamise afin d'accompagner la coordination du cluster nutrition dans les actions de plaidoyer sur ANJE/ANJE-U de façon spécifique et de la Nutrition de façon générale .

IX. Recommandations

a. Court terme :

- Intégrer l'ANJE-U dans les prochaines évaluations de la santé et de la nutrition pour que les besoins soient clairement définis
- Inclure l'ANJE-U dans les politiques, les stratégies et les plans de préparation sur l'ANJE et la nutrition avant les crises a tous les niveaux du système de la pyramide sanitaire

b. Moyen terme :

- Mener une évaluation de capacités l'ANJE-U en suivant cet outils sous le leadership du Cluster Nutrition et ou des membres du GTTANJE/ANJE-U a l'échelle régional dans les 6 régions prioritaires (Mopti , Kayes ,Gao, Tombouctou, Segou, Menaka)
- Apporter une formation sur l'ANJE-U au personnel de la santé et de la nutrition • Sensibiliser les décideurs sur l'ANJE-U

c. Long terme :

- Adapter le Code dans la législation nationale
- Préparer un plan de préparation et d'intervention en indiquant les coûts
- Veiller à ce que l'ANJE-U soit intégrée dans la formation initiale des agents de sante et de nutrition