

REPUBLIQUE DU BENIN  
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN)  
SECRETARIAT PERMANENT



# **Stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental pour la promotion de la nutrition au Bénin et son plan opérationnel 2017-2021.**

**Par**

Dr Aloys Hakizimana, PhD en communication et Consultant  
International  
Email : [alolo25@gmail.com](mailto:alolo25@gmail.com)

Cotonou, 20 Décembre 2016

# Table des matières

Sigles et abréviations .....	4
Préface .....	6
Résumé .....	7
Introduction générale.....	12
<b>I. Analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Contexte et coordination de la nutrition.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Contexte de la nutrition .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Coordination et attributions du CAN.....</b>	<b>16</b>
<b>2. Situation problématique de la malnutrition et ses conséquences.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Analyse des principaux participants.....</b>	<b>20</b>
<b>4. Priorisation et déterminants des comportements clés.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Priorisation des comportements.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Déterminants des comportements prioritaires .....</b>	<b>23</b>
<b>5. Critiques et perspectives de la CCSC pour la nutrition.....</b>	<b>30</b>
<b>5.1. Communication actuelle sur la nutrition à améliorer .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2. Coordination, visibilité et prise de conscience sociale .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.1. Mécanisme de coordination de la communication à renforcer .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3. Engagement des leaders et appropriation communautaire à renforcer .....</b>	<b>33</b>
<b>5.4. Canaux de communication à adapter aux publics cibles .....</b>	<b>36</b>
<b>5.5. Supports et messages adaptés au contexte et aux objectifs.....</b>	<b>41</b>
<b>5.6. Approches stratégiques et opérationnelles en CCSC à améliorer .....</b>	<b>44</b>
<b>II. Cadres conceptuel et méthodologique de la stratégie .....</b>	<b>47</b>
<b>1. Vision .....</b>	<b>47</b>
<b>2. Orientations .....</b>	<b>47</b>
<b>3. Fondements théoriques et méthodologiques .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1. Cadre conceptuel .....</b>	<b>48</b>
<b>3.3.3. Intégration du C4D et PRECEDE - PROCEED.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2. Cadre méthodologique .....</b>	<b>55</b>
<b>4. Axes et objectifs stratégiques.....</b>	<b>58</b>
<b>4.1. Axes stratégiques .....</b>	<b>58</b>

4.2. Objectifs stratégiques .....	59
5. Choix stratégiques .....	65
<b>III. Plan opérationnel de la stratégie de CCSC pour la nutrition .....</b>	<b>71</b>
1. Objectifs communicationnels et actions prioritaires .....	71
1.1. Objectifs relatifs à la CCSC et actions prioritaires .....	71
1.2. Objectifs liés à la mobilisation sociale et actions prioritaires .....	73
1.3. Objectifs liés au plaidoyer et actions prioritaires .....	75
2. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre de 2017 à 2021 .....	77
2.1. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la CCSC .....	77
2.2. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la mobilisation sociale .....	81
2.3. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour le plaidoyer .....	87
3. Planification des messages, des canaux, des outils et des agents de communication .....	91
3.1. Axe communicationnel .....	91
3.2. Messages secondaires par axe prioritaire .....	91
3.3. Planification des messages, des canaux et des publics cibles .....	94
4. Mécanisme de coordination et de mise en œuvre .....	99
4.1. Coordination de la mise en œuvre .....	99
4.2. Conditions de réussite .....	100
5. Mécanisme de suivi –évaluation et cadre logique .....	100
5.1. Suivi –évaluation .....	100
5.2. Cadre logique du plan opérationnel de la nutrition de 2017 à 2021 .....	102
Conclusion générale .....	117
Références bibliographiques .....	118

## **Sigles et abréviations**

**AGVSAN** : Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition

**AM**: Allaitement Maternel

**AMP** : Allaitement Maternel Précoce

**AME**: Allaitement Maternel Exclusif

**ANCB** : Association Nationale des Communes du Bénin

**ANJE** : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CCCS** : Communication pour le Changement social et comportemental

**CCR** : Cadre commun des résultats

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**EMICoV** : Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages

**FAO** : Fonds pour l'alimentation et l'agriculture

**FADeC** : Fonds d'Appui au Développement des Communes

**FMI** : Fonds Monétaire International

**HTA** : Hypertension Artérielle

**IEAB** : Initiative Ecole Amie des Bébé

**IEC** : Information, Education et Communication

**INSAE** : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique

**LASDEL** : Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques Sociales et le Développement Local

**MAEP** : Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche

**MAS** : Malnutrition Aiguë Sévère

**MICS** : Enquête par grappes à Indicateurs Multiples

**MILDA** : Moustiquaire Imprégnée aux Insecticides à Longue Durée d'Action

**NB**: Nota Bene

**ND**: Non disponible

**ODD**: Objectifs pour le Développement Durable

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**MOD** : Objectifs du millénaire pour le développement

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**ONG**: Organisation Non Gouvernementale

**PAI** : Plan Annuel d'Investissement

**PIC** : Plan intégré de communication

**PIHI com** : Paquet d'interventions à haut impact au niveau communautaire

**P/A**: Poids-pour-âge

**P/T**: Poids-pour-taille

**PB**: Périmètre Brachial

**PCIME** : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

**PECMA** : Prise en charge de la malnutrition aigue  
**PEE**: Pratique Familiale Essentielle  
**PRECEDE**: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation  
**PROCEED**: Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development  
**PFE**: Pratique d’Eveil Essentielle  
**PMASN** : Programme multisectoriel de l’alimentation, la santé et la nutrition  
**PDC** : Plan de Développement Communal  
**PNAR**: Programme National de Nutrition Axé sur les Résultats  
**PNC** : Programme de nutrition communautaire  
**PNLP**: Programme National de Lutte contre le Paludisme  
**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement  
**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire  
**PSDAN** Plan stratégique de développement de l’alimentation et de la nutrition  
**PSRSA** : Plan Stratégique de Relance du Secteur Agricole  
**PTF**: Partenaire Technique et Financier  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'habitation  
**SCDA** : Service Communal pour le Développement Agricole  
**SCRP** : Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté  
**SP-CAN** : Secrétariat Permanent du Conseil National de l’alimentation et de la nutrition  
**SUN**: Scaling up nutrition  
**T/A**: Taille-pour-Âge  
**TRO**: Thérapie de Réhydratation Orale  
**UNFPA**: United Nations Funds for Population Activities  
**UNICEF**: Fond des Nations Unies pour l’Enfance  
**VIH/sida**: Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immuno Déficience Acquise  
**WHO**: World Health Organization  
**ZS**: Zone Sanitaire

## Préface

Au terme de ce travail, il convient de souligner que la présente stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) au Bénin et son plan opérationnel 2017-2021 est un cadre de référence national à partir duquel se conformeront tous les intervenants dans ce domaine.

La coordination, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la stratégie et de son plan opérationnel seront assurés par le SP-CAN (Secrétariat Permanent du Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition) en étroite collaboration avec ses partenaires. Par contre, chaque partenaire du CAN mettra en œuvre le financement et le plan opérationnel dans sa zone d'intervention au Bénin.

Les informations complémentaires à la revue documentaire, par des entrevues semi-dirigées dans 6 communes du Bénin ont été organisées avec des pères et mères d'enfants, des adolescentes, des femmes enceintes et celles allaitantes, des guérisseuses, des élus communaux, des chefs traditionnels, religieux et politiques, des médecins et infirmiers travaillant dans les centres de santé et les centres de promotion sociale, des services chargés de la sécurité alimentaire et de l'hygiène, des journalistes et responsables des radios publiques, privées et communautaires, des relais et des grands parents. Des entretiens approfondis avec des personnes ressources du SP-CAN et des institutions partenaires ont été aussi organisés sur l'alimentation, la nutrition et la santé de mère et de l'enfant.

Les comportements en matière d'alimentation, de nutrition et de santé de la mère et de l'enfant dépendent essentiellement des connaissances, des normes, des valeurs et des croyances qui prennent leurs racines dans les réalités ethniques et linguistiques. Ainsi, les principales ethnies retenues pour l'enquête exploratoire par commune sont les Dendi (Karimama), Bétamaribé (Cobly), Fon (Ouinhi), Nago et Yorouba (Adja-Ouèrè), Adja (Lalo) et N'Gnidé (Cobly).

Cette stratégie a été élaborée de manière participative, du début à la fin, par un consultant international en communication, Dr Aloys Hakizimana, en étroite collaboration avec les représentants de tous les acteurs nationaux et internationaux regroupés au sein du groupe de travail sur la communication pour la nutrition au Bénin, sous la coordination du SP-CAN. Mme Diane Djossinou - Monkotan, Nutritionniste et Consultante Nationale a contribué à la production du rapport de l'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition au Bénin.

Que le SP-CAN et ses partenaires, ceux qui ont fourni la documentation, les informateurs, les enquêteurs et les transpositeurs dans les 6 communes du Bénin, le groupe de communication sur la nutrition et les participants aux 2 ateliers de validation de l'analyse de la situation et de la stratégie de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021 soient vivement remerciés pour leur contribution à la rédaction du présent document.

## Résumé

La présente stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) au Bénin et son plan opérationnel 2017-2021 ont été élaborés à partir du rapport de l'analyse de la situation sur la CCSC pour la promotion de la nutrition au Bénin (SP-CAN, 15 Octobre 2016). Elle répond à une situation problématique car la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de moins de 5 ans est de 34% tandis que celle de la malnutrition aiguë globale est 4,5% (MICS, 2015).

La malnutrition doit être prévenue par des interventions qui promeuvent une croissance harmonieuse du jeune enfant durant les 1000 premiers jours qui s'étendent de la conception à l'âge de 24 mois. C'est entre la conception et l'âge de deux ans que se forment les organes, les tissus d'un enfant et que ses potentiels physiques et cognitifs sont façonnés. Puisque le développement est particulièrement rapide pendant les 18 premiers mois de la vie, le statut nutritionnel du bébé pendant cette période ainsi que celui de sa mère durant la grossesse et l'allaitement ont une importance capitale pour l'avenir de l'enfant. Il est alors important d'intervenir tôt à travers des stratégies qui permettent de renforcer la capacité des mères à mieux soigner et nourrir leurs enfants en impliquant davantage les communautés, les différents leaders et organisations dans le processus de changement social et comportemental.

Au niveau conceptuel, la présente stratégie et son plan opérationnel ont été élaborés à partir du modèle de la communication pour le développement (C4D) (<http://www.unicef.org>, UNICEF et al. 2012) et du modèle PRECEDE-PROCEED de planification, de mise en œuvre et de suivi –évaluation pour la promotion de la santé (Lawrence W. Green et Marshal Kreuter, 1999 et 2005).

Sur le plan méthodologique, l'analyse de la situation a combiné les différents diagnostics proposés par le modèle PRECEDE-PROCEED et les étapes de planification de la communication pour le développement. L'utilisation du PRECEDE-PROCEED a permis d'effectuer les diagnostics sociaux, épidémiologiques, comportementaux et environnementaux, éducationnels et écologiques (organisationnels), administratifs et politiques pour la nutrition au Bénin. Dans ce cas, le diagnostic est un processus de détermination du statut sanitaire (nutritionnel) et des facteurs responsables de cet état applicable à un individu, à une famille, à un groupe, à une communauté et à une organisation.

La démarche méthodologique retenue a utilisé la revue documentaire et les entrevues semi-dirigées comme techniques de collecte des informations sur 14 comportements clés à savoir l'AM précoce, l'AME, l'introduction d'aliments complémentaires à partir de 6 mois tout en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus, le lavage des mains aux moments critiques à l'eau propre et au savon, l'élimination correcte et systématique des matières fécales, l'utilisation des MIILD pour faire dormir les enfants âgés de 0-5 ans toutes les nuits pour prévenir le paludisme, la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois par l'utilisation du SRO/Zinc, la reconnaissance des signes de danger et le recours précoce aux soins, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aiguë, l'alimentation

de la fille adolescente, de la femme enceinte, de la femme allaitante, des adultes et des personnes du troisième âge.

Les documents analysés ont été collectés notamment au SP-CAN, Ministères de la santé, des Affaires Sociales et de l'Agriculture, ANCB, PTF comme UNICEF, OMS, FAO, Banque Mondiale, Plan international Bénin, Care Bénin, GIZ, Catholic Relief Services, Bioversity Bénin, etc.

Les comportements en matière d'alimentation, de nutrition et de santé de la mère et de l'enfant dépendent essentiellement des connaissances, des normes, des valeurs et des croyances qui prennent leurs racines dans les réalités ethniques et linguistiques. Ainsi, les principales ethnies retenues pour l'enquête exploratoire sont les Dendi (Karimama), Bétamaribé (Cobly), Fon (Ouinhi), Nago et Yorouba (Adja-Ouèrè), Adja (Lalo) et N'Gnidé (Cobly).

A cette effet, pour collecter des informations complémentaires à la revue documentaire, des entrevues semi-dirigées dans 6 communes ci-dessus ont été organisées avec des pères et mères d'enfants, des adolescentes, des femmes enceintes et celles allaitantes, des guérisseuses, des élus communaux, des chefs traditionnels, religieux et administratifs, des médecins et infirmiers travaillant dans les centres de santé et les centres de promotion sociale, des services chargés de la sécurité alimentaire et de l'hygiène, des journalistes et responsables des radios publiques, privées et communautaires.

La malnutrition n'étant pas un problème simple, elle ne peut être éliminée sinon réduite sensiblement avec une solution simple et unique. C'est ainsi qu'il a été procédé à l'analyse approfondie des déterminants des comportements prioritaires pour faire ressortir les facteurs à modifier et/ou à renforcer liés

- à la motivation (facteurs prédisposants des participants primaires),
- au soutien (facteurs de renforcement des participants secondaires) et
- à la capacité (facteurs facilitants des participants tertiaires)

Un comportement est un résultat dont il faut rechercher de quoi il résulte pour proposer des interventions destinées à opérer des changements comportementaux et environnementaux.

La présente stratégie de CCSC pour la nutrition va contribuer à la réalisation de la vision du PSDAN qui entend faire du Bénin «un pays où chaque individu jouit d'un état nutritionnel satisfaisant afin de participer pleinement au développement d'un Bénin émergent.». Dans ce contexte, la vision de la stratégie de CCSC est que «Chaque Béninois participe activement à l'amélioration de son état nutritionnel et celui de son entourage direct et éloigné de manière durable, en adoptant des comportements et des pratiques favorables à la promotion de la nutrition ainsi qu'au dépistage et à la prise en charge de la malnutrition.»

Cela se fera en tenant compte des principes directeurs axés sur la politique gouvernementale en matière de nutrition, l'égalité des sexes, l'équité et les droits humains, le contexte socioculturel, linguistique et religieux, la pauvreté et le statut socio-économique

des différentes couches de la population, la coopération régionale et internationale, la participation des différents acteurs, la collaboration inter sectorielle, intra sectorielle, l'approche intégrée et coordonnée ainsi que le partenariat.

Les cinq axes stratégiques sont composés par les cinq domaines du PSDAN à savoir l'ANJE, l'AFAFEFA, la PCMA, la PH et la PCIME. Toutefois, pour des raisons pragmatiques, la promotion de la nutrition, d'une part, et le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigüe, d'autre part forment les 2 axes stratégiques prioritaires pour la période allant de 2017 à 2021.

Les objectifs communicationnels prioritaires consistent à changer les connaissances, attitudes, normes et pratiques des participants primaires en matière d'ANJE, AFAFEFA et PCMA, les attitudes et comportements des participants secondaires et la mobilisation des différentes ressources nécessaires aux changements sociaux et comportementaux dans le domaine de la nutrition. Ces objectifs visent les participants des quatre stratégies intégratives et complémentaires à savoir

- le plaidoyer pour les leaders politiques, administratifs et les responsables des organisations bilatérales et multilatérales destinés à mobiliser les ressources.
- la mobilisation sociale pour les institutions nationales et internationales en œuvre au pays pour favoriser la création d'une alliance intersectorielle et la participation communautaire.
- la communication pour le changement des normes et valeurs sociales par les différents leaders traditionnels et religieux.
- la communication pour le changement de connaissances, d'attitudes et de comportements des parents (pères et mères) d'enfants, des gardiennes d'enfants, des filles adolescentes, des femmes enceintes et des femmes allaitantes.

Ces objectifs communicationnels seront atteints à travers la mise en œuvre des plans opérationnels budgétisés pour la nutrition de 2017 à 2021.

Dans le but de faciliter l'engagement politique, social et économique des leaders en faveur de la nutrition, les activités prioritaires proposées visent à mettre un œuvre le lobbying, les relations publiques et le plaidoyer comme stratégies de communication. Un accent particulier est à mettre à la Présidence la République, au parlement et aux membres du Gouvernement pour que ces institutions mettent la nutrition au centre des politiques de développement du pays. Les PTF, les leaders politiques, administratifs, religieux et ceux du secteur privé sont concernés par le plaidoyer pour qu'ils s'impliquent concrètement en mobilisant des ressources nécessaires.

La mobilisation du grand public sur les enjeux et les tenants de la nutrition au cœur du développement se fera à travers les médias publics, privés et communautaires. Les activités prioritaires menées dans ce domaine aboutiront à

- la visibilité des réalisations dans le domaine de la nutrition.
- la prise de conscience sur la nutrition pour le développement national.
- la création d'une alliance intersectorielle en faveur de la promotion de la nutrition.

Pour y parvenir, la télévision publique et la radio nationale de l'ORTB offrent une couverture nationale en diffusant dans plusieurs langues, ce qui n'est pas le cas des 10 autres chaînes privées de télévision, des 16 radios privées commerciales, des 38 radios privées associatives et communautaires et des 5 radios confessionnelles. Un choix judicieux est nécessaire pour les exploiter judicieusement et de manière complémentaire sur les plans national, régional et communautaire.

Le Bénin est un pays à tradition orale caractérisé par les canaux de communication interpersonnelle, communautaire et traditionnelle au niveau des familles et des communautés. Les structures villageoises de développement dont les groupements des femmes et des jeunes, les réseaux des guérisseurs et des chefs traditionnels, les lieux de culte, les marchés, les fêtes familiales, les baptêmes, les mariages, les communions, les chansons, les contes et les griots constituent un cadre pour le changement social et comportemental en faveur de la promotion de la nutrition.

C'est une opportunité d'utiliser les canaux de communication interpersonnelle communautaire et traditionnelle dans un pays à majorité analphabète à travers les échanges au sein du couple, entre les chefs traditionnels, religieux et administratifs et les membres de la communauté, les guérisseurs traditionnels, personnel de santé et relais avec les parents d'enfants et les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les filles adolescentes, etc.

Cette sorte de communication interpersonnelle se matérialise aussi par les visites à domicile, l'éducation par les pairs, les conseils, les discussions de groupe, les pièces de théâtre, les sketches, les festivals locaux de musique, les entretiens face à face, etc. Le crieur public, le relais, le CSAN, le personnel médical, la grand-mère, les mères modèles, les beaux-parents, les animateurs des foyers de récupération nutritionnelle et des projets, les écoliers et enseignants ainsi que les journalistes des radios publiques, privées et communautaires, les mères, les pères et des enfants font partie de ces acteurs de communication familiale et communautaire.

Ce genre de communication se fera à l'aide des boîtes à images, des cartes conseils, des affiches, des vidéos, des émissions interactives et des tribunes téléphoniques radiophoniques notamment. La dimension ethnique et linguistique sera prise en compte car elle détermine les normes sociales favorables ou défavorables à la promotion de la nutrition. Ceci explique la nécessité d'adapter le plan opérationnel aux réalités socioculturelles de chaque commune.

Les messages adressés aux différents publics visent le changement de connaissances, d'attitudes, de normes et de valeurs sociales à travers des canaux de communicationnels interpersonnels, institutionnels et de masse. Dans ce cas, il est important de souligner que toutes les communications vont se baser sur le thème central axé sur la nutrition au cœur du développement du Bénin.

La mise en œuvre des interventions communicationnelles se fera à travers des partenariats avec les ONG locales, les leaders religieux et traditionnels, les médias, les vedettes et les artistes reconnus par les publics cibles comme crédibles. Dans ce contexte, la plupart des

leaders religieux et traditionnels (rois par exemples), certains chanteurs et les mères modèles peuvent constituer des champions du genre et de la nutrition et devenir des porte-paroles de la promotion de la nutrition au Bénin.

La nécessité de communiquer de manière régulière, intensive et extensive, l'importance de développer une culture du partage d'informations, de la transparence et de la communication spontanée ainsi que la mise en œuvre de l'approche multimédia constituent des avenues susceptibles de favoriser le changement de connaissances, d'attitudes et de comportements pour la promotion de la nutrition.

Le renforcement des capacités des différents acteurs à tous les échelons sur la planification stratégique de la CCSC pour la nutrition et les techniques de communication interpersonnelle, de groupe et d'accueil est indispensable. C'est dans ce contexte que se situent l'élaboration des modules, la formation des formateurs, des journalistes, du personnel de santé et des relais communautaires.

La réussite du changement social et comportemental pour la nutrition passe par la coordination de toutes les interventions en CCSC par le SP-CAN à travers la planification, le développement, la mise en œuvre, le suivi-évaluation, la supervision, la recherche et la mobilisation des ressources. Cela se concrétisera par le groupe de la coordination de la communication pour la nutrition, le cadre de concertation communal et les superviseurs des relais communautaires.

La mise en œuvre se fera par le SP-CAN et ses différents partenaires dans leurs zones respectives d'intervention. Ainsi, chaque intervenant pourra financer les activités prévues dans sa localité d'intervention et contribuer si possible dans la mobilisation des ressources financières additionnelles.

Enfin de compte, la mobilisation dans les meilleurs délais des ressources humaines, matérielles et financières constitue l'une des principales conditions pour que le plan opérationnel de la CCSC pour la nutrition soit mis en œuvre avec succès.

## **Introduction générale**

La présente stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) et son plan opérationnel 2017-2021 ont été élaborés à partir du rapport de l'analyse de la situation sur la CCSC pour la promotion de la nutrition au Bénin. Ils entendent répondre aux principaux défis majeurs relatifs à la promotion de la nutrition, d'une part, et au dépistage et à la prise en charge la malnutrition, d'autre part.

La méthodologie utilisée a eu recours à une approche participative sous la coordination du SP-CAN et du comité de pilotage composé par les membres du groupe de communication sur la nutrition. La rédaction du présent document a eu recours à une démarche méthodologique composée par la revue documentaire et les entrevues semi-dirigées comme techniques de collecte des informations sur quatorze comportements clés. Ces derniers sont constitués par l'allaitement maternel précoce, l'AME, l'introduction d'aliments complémentaires à partir de 6 mois tout en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus, le lavage des mains aux moments critiques à l'eau propre et au savon, l'élimination correcte et systématique des matières fécales, l'utilisation des MIILD pour faire dormir les enfants âgés de 0-5 ans toutes les nuits pour prévenir le paludisme, la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois par l'utilisation du SRO/Zinc, la reconnaissance des signes de danger et le recours précoce aux soins, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigüe, l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte, de la femme allaitante, des adultes et des personnes du troisième âge.

Les documents analysés ont été collectés notamment au SP-CAN, Ministères de la santé, des Affaires Sociales et de l'Agriculture, ANCB, PTF comme UNICEF, OMS, FAO, PAM, Banque Mondiale, Plan Bénin international, Care Bénin, GIZ, Catholic Relief Services, Bioversity Bénin pour le projet FoodAfrica, etc.

Les comportements en matière d'alimentation, de nutrition et de santé de la mère et de l'enfant dépendent essentiellement des connaissances, des attitudes, des normes, des valeurs et des croyances qui prennent leurs racines dans les réalités ethniques et linguistiques. Ainsi, les principales ethnies retenues pour l'enquête exploratoire au niveau de 6 communes sont les Dendi (Karimama), Bétamaribé (Cobly), Fon (Ouinhi), Nago et Yorouba (Adja-Ouèrè), Adja (Lalo) et N'Gnidé (Cobly).

A cet effet, pour collecter des informations complémentaires à la revue documentaire, des entrevues semi-dirigées dans 6 communes ont été organisées avec des pères et mères d'enfants, des adolescentes, des femmes enceintes et celles allaitantes, des matrones, des accoucheuses et guérisseuses, des élus communaux, des chefs traditionnels, religieux et administratifs, des médecins et infirmiers travaillant dans les centres de santé et du personnel des centres de promotion de la nutrition, des services chargés de la sécurité alimentaire et de l'hygiène publique, des journalistes et responsables des radios publiques, privées et communautaires.

Les données rassemblées lors de l'analyse de la situation portent sur les facteurs positifs à renforcer et les facteurs négatifs à changer relatifs aux connaissances, attitudes, croyances, normes, pratiques/comportements, disponibilité et accessibilité des produits et services et à la communication sur la nutrition. Une double analyse comportementale et environnementale des comportements prioritaires à promouvoir a été effectuée. Cela a été réalisé à l'aide du modèle PRECEDE-PROCEED de planification, de mise en œuvre et de suivi évaluation en promotion de la santé (Laurence W Green et Kreuter et Marshall W. Kreuter, 1999).

Les déterminants communicationnels, comportementaux et environnementaux des comportements à promouvoir, inventoriés dans le rapport de l'analyse de la situation, constituent des piliers fondamentaux à partir desquels la présente stratégie de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021 ont été élaborés.

Cette stratégie est composée par trois chapitres interdépendants. Le premier portant sur la synthèse de l'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition expose les différentes étapes empruntées pour mettre en évidence les déterminants comportementaux, environnementaux et communicationnels relatifs aux pratiques prioritaires.

Le deuxième chapitre explique les stratégies de CCSC retenues pour répondre aux défis identifiés ainsi que les étapes méthodologiques nécessaires pour élaborer une stratégie nationale et un plan opérationnel 2017-2021.

Le plan opérationnel de la stratégie, objet du troisième chapitre, est composé des objectifs communicationnels et actions prioritaires, des plans opérationnels budgétisés et de mise en œuvre de 2017 à 2021, de la matrice de planification des messages, des canaux et des outils de communication, du mécanisme de coordination et de mise en œuvre ainsi que du contexte de suivi-évaluation et du cadre logique.

## **I. Analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition**

Le présent chapitre expose de manière synthétique les résultats de l'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition au Bénin. D'une part, il est composé par l'identification de la situation problématique de la nutrition, des principaux participants concernés pour changer la situation et des déterminants des comportements prioritaires retenus. De l'autre, il est question des critiques et perspectives en CCSC au Bénin qui abordent successivement la coordination de la communication, la communication interinstitutionnelle, la visibilité des réalisations et la prise de conscience sociale, l'engagement des leaders et l'appropriation communautaire ainsi que les messages, les canaux et les outils de communication à adapter aux publics cibles.

### **1. Contexte et coordination de la nutrition**

#### **1.1. Contexte de la nutrition**

Le Bénin est un pays ouest-africain d'une superficie d'environ 115 000 km<sup>2</sup>. Il jouit d'une stabilité politique et démocratique depuis 1990 avec une population de plus de 10 millions d'habitants dont 51,2% de femmes avec un taux annuel d'accroissement de 3,5% (RGPH, 2013). Elle est inégalement répartie entre les départements du Nord et du Sud. La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. Les estimations de l'INSAE affichent qu'en 2012, 18% des femmes et 22% des hommes sont âgés de 15-19 ans et plus de la moitié de ses habitants est âgée de moins de 18 ans. La population béninoise est à dominance rurale (60%) avec un taux de croissance démographique estimé à 3,25 % ainsi qu'une espérance de vie à la naissance de 56,5 ans en 2012.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 115‰ (MICS, 2015) tandis que la mortalité maternelle est de 397 pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2006). En 2011, 78% des ménages s'approvisionnent en eau auprès d'une source améliorée et seulement 15% disposent de toilettes améliorées. En milieu rural, trois béninois sur quatre (76%) pratiquent la défécation à l'air libre (EDS, 2006).

Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements divisés en 77 communes, dont trois à statut particulier (Cotonou, Porto-Novo et Parakou). Ces communes sont subdivisées en 566 arrondissements comportant des villages et des quartiers de ville. Environ 42% de la population vit en zone urbaine.

En termes de développement humain, le pays figure parmi les pays les moins développés. Il se classait 166<sup>ème</sup> sur 186 sur l'indice de développement humain (IDH) publié en 2013. Le PIB par habitant en 2012 était de 1428 USD en parité de pouvoir d'achat. La proportion de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté est estimée à 35,2 %. La pauvreté est plus marquée en milieu rural (38,4%) qu'en milieu urbain (29,8%).

Son économie est basée essentiellement sur la production agricole et les activités portuaires, reposant largement sur le commerce avec son voisin oriental, le Nigéria. L'appareil productif est marqué par la domination des secteurs primaire et tertiaire. Dans

le secteur primaire, l'agriculture est prépondérante (emploi plus de 70 % de la population active). Bien que le Bénin soit l'un des premiers producteurs africains de coton, son économie est en panne de croissance. Son taux de croissance a connu une forte baisse depuis 2001. Il est passé de 6,2 % en 2001 à 2,7 % en 2009, 3,5 % en 2011 et 3,8 % en 2012 pour s'établir à 4,1 % en 2013.

La diversité des ethnies et des langues constitue une caractéristique du Bénin. Une cinquantaine d'ethnies existent et se trouvent réparties majoritairement sur des aires géographiques bien déterminées. Les Fon et apparentés (39%), les Adja et apparentés (15%), les Yoruba et apparentés (12%), les Baatonou ou Bariba et apparentés (9%), les Fulfuldés/Peulh et apparentés (7%), les Otamari ou Bétamaribè et apparentés (6%) et les Yoms et apparentés (4%) constituent les principaux groupes ethniques du Bénin. Si la langue officielle de travail est le français, 52 langues sont répertoriées au Bénin dont 11 sont les plus parlées. Les Béninois pratiquent différentes religions: traditionnelles africaines (23%), christianisme (43%) et islam (24%).

Cette diversité ethnique et religieuse implique également une diversité des attitudes et comportements vis-à-vis de la santé reproductive et la persistance de certaines coutumes néfastes à la santé de la femme : mariages précoces et parfois forcés, mariages consanguins, lévirat, mutilations sexuelles féminines, etc. De même, les interdits et tabous alimentaires exposent les femmes, les jeunes filles et surtout les enfants à des risques sanitaires et autres insuffisances nutritionnelles.

La situation socioculturelle du Bénin est marquée par un taux d'alphabétisation et de scolarisation très faible. Selon les résultats de l'EDSIV (2013), parmi la tranche de 15 à 49 ans, 73% des cibles sont sans niveau d'instruction et résident en majorité en milieu rural. La proportion de femmes n'ayant reçu aucune instruction est nettement plus élevée que celle des hommes (60% contre 33%).

Sur le plan nutritionnel, la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants âgés de moins de 5 ans est de 34% tandis que celle de la malnutrition aiguë globale est 4,5% (MICS, 2015). Dans ce contexte, la malnutrition doit être prévenue par des interventions qui promeuvent une croissance harmonieuse du jeune enfant durant les 1000 premiers jours qui s'étendent de la conception à l'âge de 24 mois. C'est entre la conception et l'âge de deux ans que se forment les organes, les tissus d'un enfant et que ses potentiels physiques et cognitifs sont façonnés.

Puisque le développement est particulièrement rapide pendant les 18 premiers mois de la vie, le statut nutritionnel du bébé pendant cette période ainsi que celui de sa mère durant la grossesse et l'allaitement ont une importance capitale pour l'avenir de l'enfant. Il est alors important d'intervenir tôt à travers des stratégies qui permettent de renforcer la capacité des mères à mieux soigner leurs enfants en impliquant davantage les communautés dans le processus de changement social et comportemental.

La participation de la femme aux prises de décision dans le ménage et son pouvoir d'action social et politique sont limités dans une société basée sur un système patriarcal car le

pouvoir de décision appartient à l'homme. Les facteurs de changement pour l'amélioration de la situation sanitaire et nutritionnelle se réfèrent avant tout à l'émergence du concept «conjoint-e-s conjointement responsables», une condition sine qua non pour régler les questions relevant du ménage, telles la santé, la nutrition, l'hygiène, la productivité du champ du ménage ou l'amélioration du revenu familial (Rôles et normes de genre dans la production, la consommation et la santé au Bénin, mars 2016). Ceci nécessite des stratégies de CCSC pour promouvoir le concept de conjoint-e-s conjointement responsables pour le changement des connaissances, attitudes, croyances, normes et pratiques sociales relatives aux rapports entre hommes et femmes et garçons et filles.

## **1.2. Coordination et attributions du CAN**

Depuis l'atelier de Guédevy (2007), tous les intervenants se sont engagés dans une réforme institutionnelle, politique et stratégique dans le domaine de l'alimentation et de la Nutrition au Bénin. Ces réformes dont le principal objectif était de replacer la nutrition au cœur de développement, ont conduit à l'élaboration du PSDAN/PANAR qui est aujourd'hui un document de référence dans le secteur. Au PSDAN, s'ajoutent d'autres documents stratégiques abordant différents thématiques et montrant ainsi la multisectorialité de la nutrition.

Sur le plan structurel, le CAN est un organe placé sous la tutelle de la Présidence de la République et opérationnel à travers son Secrétariat Permanent (SP-CAN). Le CAN a trois principales attributions notamment :

- définir la Politique Nationale en matière d'Alimentation et de Nutrition.
- assurer l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan d'Action National pour l'Alimentation et la Nutrition et
- coordonner des actions liées à l'Alimentation et à la Nutrition.

Le CAN est composé de dix-sept membres représentant l'acteur public, les organisations de la société civile, les acteurs du secteur privé et de la Chambre d'Agriculture. Il est composé des ministres en charge de l'Agriculture, la Santé, de la Protection Sociale, du Développement, des Finances, de la Décentralisation, du Commerce, ainsi que des Organisations socioprofessionnelles, association des industries alimentaires, association nationale des communes, institutions de recherche et de formation et société civile.

Sur le plan opérationnel, avec l'appui du Gouvernement Japonais, Plan International Bénin a exécuté le Projet Pédagogique de Nutrition Communautaire (PNC) pour le compte du SP-CAN. C'est un programme pilote dont la mise en œuvre s'est faite par les communautés avec l'appui technique d'ONG locales. Actuellement ce projet qui, dans sa phase pilote, n'avait pris en compte que 10 communes sur les 77 que compte le pays, est en train d'être mis à l'échelle avec une intervention dans 40 communes à travers le Projet Multisectoriel de l'Alimentation, de la Santé et de la Nutrition (PMASN) appuyé par la Banque Mondiale.

Dans le souci d'assurer sa mission de coordination des intervenants en nutrition, le CAN a commandité une étude relative à l'inventaire des intervenants en sécurité alimentaire et nutrition au Bénin. Les résultats provisoires de cette étude ont révélé que près d'une dizaine

d'organismes financent les activités de sécurité alimentaire et de nutrition au pays. Il s'agit entre autres des Pays-Bas (PPEA II), BorneFonden, CTB (Belgique), Banque Mondiale (BM), Budget National (PROSSAN II), GIZ (Allemagne), Budget National (Bénin), Fonds Mondial pour l'Environnement et le Fonds Mondial, Care Bénin, Plan Bénin, Bioversity, PAM, FAO, UNICEF, OMS, etc.

De façon générale, la plupart de ces structures interviennent à partir des partenariats établis avec les ONG (locales ou internationales), les mairies, l'ANCB, la société civile et même les entreprises locales. Au total, 424 partenariats ont été mis en place pour la réalisation de 768 interventions (BeCG, 2016) qui vont des actions préventives de la malnutrition à la transformation alimentaire.

Le renforcement de la coordination de tous ces intervenants par le SP-CAN qui est en cours de réalisation devrait créer une synergie d'action pour plus d'efficacité et d'efficience sur le terrain.

Sur le plan international, le Bénin a adhéré aux cibles à atteindre d'ici 2025, pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant telles que définies en 2012 par l'Assemblée Mondiale de la Santé, organe de décision de l'OMS. Il s'agit notamment de:

- Réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance.
- Réduire de 50% l'anémie chez les femmes en âge de procréer.
- Réduire de 30% l'insuffisance pondérale à la naissance.
- Limiter l'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids.
- Augmenter au moins de 50% le taux d'allaitement maternel exclusif au sein au cours des 06 premiers mois de la vie.
- Réduire et maintenir en dessous de 5% l'émaciation chez l'enfant.

Dans le but d'améliorer la vie des populations et protéger la planète pour les générations futures, les Nations Unies, dont le Bénin est membre, ont adopté dix-sept Objectifs du Développement Durable (ODD) assortis de 169 cibles, dont trois parmi eux précisent les efforts à atteindre d'ici 2030 sur l'alimentation, la nutrition et la santé. Il s'agit de :

- ODD 2 : Éradiquer la faim, garantir la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition, promouvoir l'agriculture durable dont la cible 2.2 prévoit l'élimination de toutes les formes de malnutrition comme une cause fréquente de décès des enfants de moins de cinq ans ;
- ODD 3 : Garantir la bonne santé, promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, éradiquer les principales maladies dont la cible 3.2 vise à éviter les décès de nouveaux nés et des enfants de moins de cinq ans et est fortement appuyé par la cible 2.2
- ODD 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.

La création du mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) dont l'un des objectifs est de mettre en place un environnement qui soit favorable aux politiques de nutrition et regroupant désormais 56 pays, a aussi permis de renforcer la nutrition au plan international. En 2015,

28 des pays participants ont indiqué qu'ils avaient établi des cadres de résultats communs au niveau national et 21 avaient élaboré des plans d'action. Des réductions importantes de la malnutrition ont été enregistrées dans bon nombre des pays membres du mouvement.

A l'instar des autres pays africains, le Bénin a également rejoint le mouvement Scaling - Up Nutrition (SUN) qui promeut le développement de stratégies nationales multisectorielles afin de s'attaquer aux causes de la malnutrition. C'est dans ce cadre que se situe cette stratégie nationale de CCSC pour la nutrition au Bénin et son plan opérationnel 2017-2021.

## **2. Situation problématique de la malnutrition et ses conséquences**

Dans le domaine de l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant, les comportements de certaines catégories de personnes sont inadéquats, inappropriés et contraires aux directives nationales et internationales. Tel est le cas dans les domaines de l'AM précoce, l'AME, l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante, l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois tout en continuant l'allaitement maternel, le lavage des mains à l'eau propre et au savon, l'élimination correcte et systématique des matières fécales, la fin de la défécation à l'air libre, l'utilisation des MIILDA pour faire dormir les enfants âgés de moins de 5 ans toutes les nuits pour prévenir le paludisme, la prise en charge de la diarrhée pour les enfants âgés de 0 à 5 ans par l'utilisation du SRO/Zinc, la reconnaissance des signes de danger de l'enfant malade et le recours aux soins au centre de santé, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigüe, modérée ou sévère.

A titre d'exemple, dans le cadre de la CCSC, les indicateurs ci-dessous exposent l'ampleur du problème formulé de manière comportementale pour les cas de l'ANJE, l'AFAFEFA et le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigüe:

- 53.3% des mères ne pratiquent pas l'allaitement maternel précoce car seulement 46.6% le font (MICS, 2015)
- 58.6% des mères ne pratiquent pas l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois car seulement 41.6% le font (MICS, 2015)
- 84.9% d'enfants de 6-23 mois allaités n'ont pas reçu au moins la diversité alimentaire minimum et la fréquence minimum des repas car seulement 15.1% ont bénéficié du régime alimentaire minimum acceptable (MICS, 2015).
- La plupart des mères d'enfants âgés de moins de 5 ans ne font pas le dépistage systématique pour faciliter la prévention et la prise en charge de la malnutrition.
- La plupart des filles adolescentes, des femmes enceintes et des femmes allaitantes ne consomment pas une alimentation saine, suffisante et équilibrée pour avoir un bon état nutritionnel.

La première conséquence de cet état de fait est le taux de malnutrition. De façon détaillée, les statistiques suivantes donnent de plus amples informations sur la situation de la malnutrition et son ampleur pour les enfants âgés de moins de 5 ans (MICS, 2014):

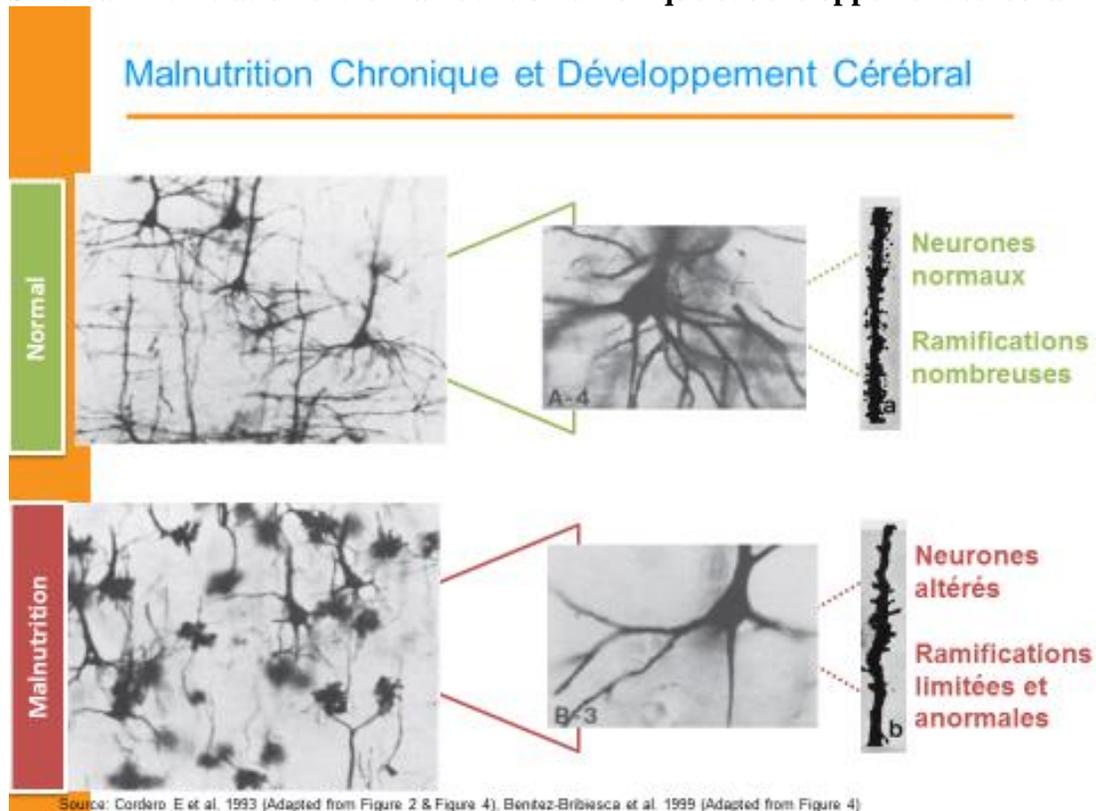
La deuxième conséquence de cette situation problématique est la contribution de la malnutrition aux taux de mortalité infantile élevé (MICS, 2015):

- Taux de mortalité néonatale est de 37,8 pour mille
- Taux de mortalité infantile est de 66.5 pour mille
- Taux de mortalité post néonatale est de 28.5 pour mille
- Taux de mortalité juvénile est de 52.2 pour mille
- Taux de mortalité infanto juvénile est de 115.2 pour mille
- Taux de mortalité maternelle est de 397 pour mille

La situation nutritionnelle touche principalement les enfants de moins de 5 ans, les femmes en âges de procréer (15-45) y compris les filles adolescentes, les femmes enceintes et les femmes allaitantes d'enfants de moins de 2 ans.

La situation critique dans laquelle se trouvent beaucoup d'enfants béninois entraîne des conséquences graves sur le développement physique et cognitif à court terme chez ces derniers, mais également dans un plus long terme, sur le développement économique du pays. Une analyse menée par PROFILES en 2008 a estimé que le Bénin perd plus de 99 millions de dollars US chaque année pour n'avoir pas fait face à la question de nutrition. Cela est la conséquence des pertes directes de productivité associées à un faible état physique; ainsi que des pertes indirectes en raison de fonctions cognitives réduites et des déficits d'apprentissage, de même que les pertes liées à une augmentation des dépenses médicales.

### Schéma n°1: Relation entre malnutrition chronique et développement cérébral



Plusieurs études ont confirmé le lien, entre la taille d'un adulte et sa productivité, estimant qu'une baisse de taille d'1% est associée à une baisse de productivité de l'ordre de 1,4%. Les carences en certains micronutriments provoquent également d'importantes défaillances sur la production. Au Bénin, les pertes de productivité pour cause d'anémie chez les femmes au cours d'une période de 10 ans sont estimées à 335 milliards de FCFA (670 millions USD) et à 318 milliards FCFA (636 millions USD) s'il s'agit d'anémie chez l'enfant (PSDAN, 2009).

Les enfants souffrant de malnutrition chronique ont des neurones altérés et des ramifications limitées et anormales comme le montre le schéma ci-dessous. Cela a des conséquences irréversibles sur le rendement scolaire et professionnel.

### 3. Analyse des principaux participants

Le but de cette analyse est d'identifier des groupes de participants, leurs caractéristiques, l'influence qu'ils ont les uns sur les autres pour adopter ou maintenir des comportements désirés et des normes sociales favorables à la promotion de la nutrition. L'analyse identifie trois principales sortes de participants.

Les **participants primaires** sont responsables pour adopter les comportements désirés. Ils peuvent être ou non les bénéficiaires comme les parents d'enfants. Les participants primaires ne vivent pas et ne prennent pas de décisions seules. Les **participants secondaires** sont ceux qui appuient et influencent positivement ou négativement les participants primaires à adopter ou non les comportements désirés comme le personnel médical, les maris et grands-mères.

Les **participants tertiaires** sont ceux pour qui les actions influencent les décisions des participants secondaires et indirectement, influencent ou entravent la pratique du comportement du participant primaire. Leurs actions s'inscrivent dans le contexte social, politique, culturel qui crée un environnement favorable au changement de comportements individuels et de normes sociales. Ils peuvent être des leaders politiques, administratifs religieux, donateurs, etc. Tel est le cas des responsables du SP-CAN, des Ministères sectorielles et des leaders des PTF qui mettent en place des ressources nécessaires pour réussir la promotion de la nutrition en général et la prise en charge de la malnutrition en particulier. Les participants varient selon les comportements clés mentionnés ci-dessus comme cela se remarquera dans les pages suivantes.

Tableau n°1: Illustration des 3 sortes de participants pour 3 comportements clés

Participants ← comportements	Participants primaires	Participants secondaires	Participants tertiaires
Participants pour l'AME	Mères d'enfants âgés de moins de 6 mois	Maris, belles-mères, Matrones, guérisseurs, agents de santé, relais communautaires, Présidents des groupements des femmes et des jeunes, Leaders traditionnels et religieux, PTF, ONG, etc.	Secrétaire Permanent du CAN, Ministre de la santé, Ministre de la famille, Ministre de l'agriculture, Maires, Président de l'ANCB, Responsable des PTF,

			leaders traditionnels, administratifs et religieux, etc.
Participants pour l'alimentation complémentaire de l'enfant âgé de 6 à 24 mois tout en continuant l'allaitement maternel.	Mères d'enfants, gardiennes d'enfants (grand-mères, belles mères, employés de maison, agents des crèches et des garderies, etc.).	Maris, frères et sœurs du jeune enfant, belles-mères, Matrones, guérisseurs, agents de santé, agriculture et affaires sociales, relais communautaires, Présidents des groupements des femmes et des jeunes, Leaders traditionnels et religieux, PTF, ONG	Secrétaire permanent du CAN, Ministre de la santé, Ministre de la famille, Ministre de l'agriculture, Maires, Président de l'ANCB, Responsable des PTF, leaders traditionnels, administratifs et religieux, etc.

**Source :** Tableau élaboré à partir des informations ci-dessus.

Des approches de communications, des objectifs, des messages et des plans d'actions seront élaborés pour s'adresser à chaque groupe de participants et changer les connaissances, les normes sociales, les actions et les comportements.

#### **4. Priorisation et déterminants des comportements clés**

##### **4.1. Priorisation des comportements**

Selon le PSDAN, la fenêtre d'opportunité pour réduire la malnutrition est composée de l'alimentation de la fille adolescente, la femme enceinte, la femme allaitante et l'enfant âgé de moins de 6 à 24 mois (les 1000 premiers jours de la vie). Dans ce contexte, le volet relatif aux interventions de court terme du PSDAN ou volet short route a pour objectif d'améliorer le statut nutritionnel des groupes cibles mentionnées ci-dessus.

Pour y parvenir, il suffira de renforcer les interventions destinées à mettre en œuvre les comportements contenus dans les 5 domaines suivants (schéma n°1):

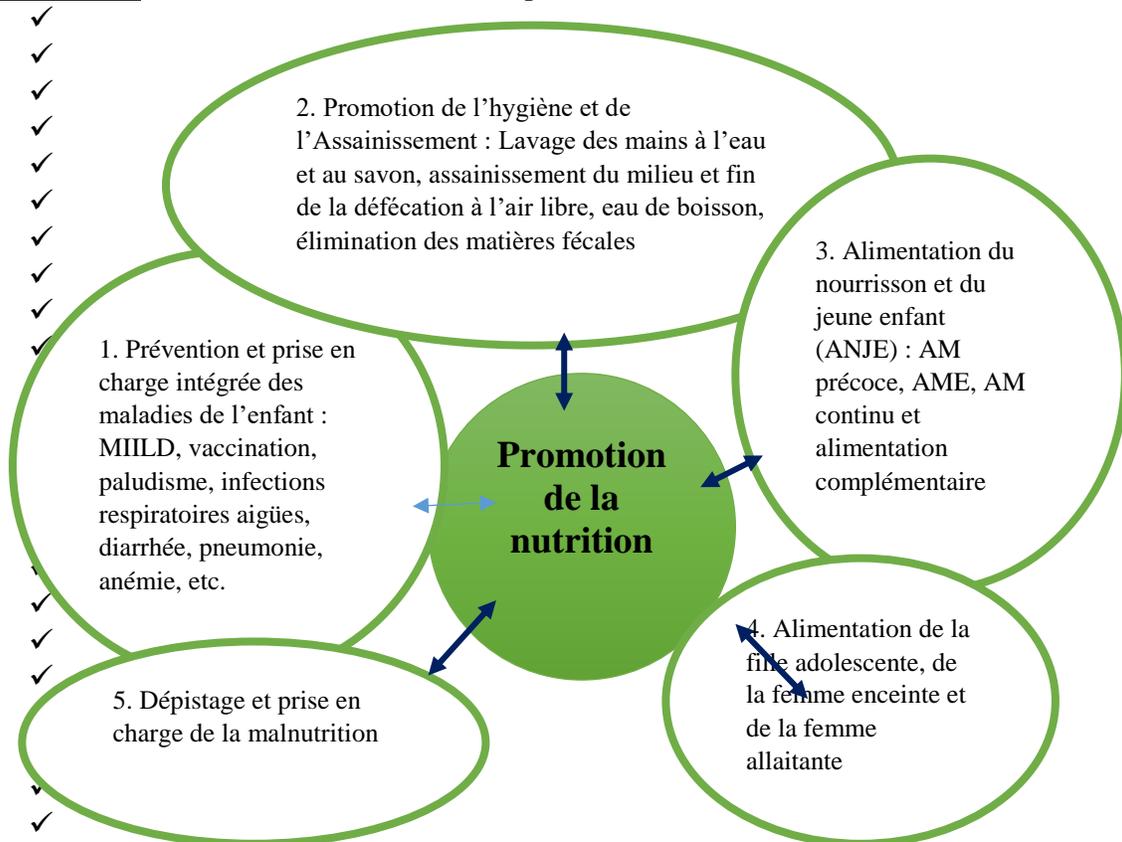
- ✓ Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : AM précoce, AME, AM continu et alimentation complémentaire jusqu'à 2 ans ou plus.
- ✓ Alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante (AFAFEFA)
- ✓ Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigüe.
- ✓ Promotion de l'hygiène et de l'Assainissement : Lavage des mains à l'eau et au savon, assainissement du milieu et fin de la défécation à l'air libre, eau de boisson, élimination des matières fécales.
- ✓ Prévention et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : MIILD, vaccination, paludisme, infections respiratoires aigües, diarrhée, pneumonie, anémie, etc.

Se focaliser sur les 8 comportements contenus sur les 3 derniers domaines d'intervention du PSDAN est une priorité pour la période 2017-2021 comme cela a été justifié ci-dessus. Cela fait partie aussi des termes de référence de l'étude qui a recommandé de déterminer les comportements prioritaires pour cette période. Il s'agit des comportements prioritaires relatifs à la promotion de la nutrition composés par

- l'AM précoce,

- l'AME
- l'introduction d'aliments complémentaires à partir de 6 mois tout en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus,
- l'alimentation de la femme enceinte,
- l'alimentation de la femme allaitante et
- l'alimentation de la fille adolescente.
- le dépistage de la malnutrition aigüe
- la prise en charge de la malnutrition aigüe

**Schéma n°2:** Domaines du PSDAN sur la promotion de la nutrition au Bénin



**Source :** Tableau construit à partir des données du PSDAN

Il est à noter que les comportements des domaines relatifs à la promotion de l'hygiène et de l'assainissement ainsi que la prise en charge des maladies de l'enfant font partie de la stratégie de CCSC pour la nutrition. Toutefois, ils ne sont pas prioritaires pour le plan opérationnel 2017-2021. Par contre, ils ont été développés dans le Plan intégré de communication pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin 2014-2018 (Ministère de la santé, 2014) qui est actuellement dans sa phase de mise en œuvre. Il s'agit du lavage des mains aux moments critiques à l'eau propre et au savon, l'élimination correcte et systématique des matières fécales, l'utilisation des MIILD pour faire dormir les enfants âgés de 0-5 ans toutes les nuits pour prévenir le paludisme, la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois par l'utilisation du SRO/Zinc, la reconnaissance des signes de danger et le recours précoce aux soins.

## 4.2. Déterminants des comportements prioritaires

### 4.2.1. Définition des facteurs comportementaux et environnementaux

Chacun des huit comportements ci-dessus à changer a été formulé de manière positive selon le résultat attendu et s'appelle désormais comportement à promouvoir. Ainsi par exemple, 46.7% des mères font l'allaitement maternel précoce (MICS, 2015) et 41.4% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois (MICS, 2015). Ce comportement est l'objet de changement et d'analyse autour duquel vont se construire un programme ainsi que des indicateurs et des unités de mesure pour l'évaluation d'une intervention en nutrition au Bénin.

La malnutrition n'étant pas un problème simple, elle ne peut être éliminée sinon réduite sensiblement avec une solution simple et unique. C'est ainsi qu'il a été procédé à l'analyse approfondie des déterminants des huit comportements prioritaires pour faire ressortir les facteurs liés à la motivation (facteurs prédisposant), au soutien (facteurs de renforcement) et à la capacité (facteurs facilitants) à modifier et/ou à renforcer. Cela a été réalisé à l'aide du modèle PRECEDE-PROCEED de planification, de mise en œuvre et de suivi - évaluation en promotion de la santé (Laurence W. Green et Kreuter Marshall, 1999).

Un comportement est un résultat dont il faut rechercher de quoi il résulte pour proposer une intervention destinée à opérer des changements comportementaux et environnementaux. Les **facteurs prédisposants** correspondent à la motivation des participants primaires (mère, femme enceinte, femme allaitante, fille adolescente) et concernent les connaissances, les croyances, les attitudes, les valeurs, les attentes, les besoins, les perceptions, la confiance en soi par rapport à la capacité individuelle à réaliser le comportement souhaité.

Les **facteurs de renforcement** font référence au soutien ou au support des participants secondaires aux participants primaires pour l'aider à réaliser ou non le comportement souhaité. Ils concernent les attitudes et les comportements des maris, des familles, des belles-mères, des pairs, des professionnels, des employeurs, des leaders communautaires, religieux et traditionnels, des guérisseuses, des personnes en position de sanctionner ou de récompenser le comportement.

Enfin, les **facteurs facilitants** font référence à la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des ressources et des services, les lois, les priorités et la volonté gouvernementale et communautaire. Ce sont des facteurs propres aux participants tertiaires qui limitent ou facilitent l'adoption, le maintien ou le rejet de comportements. Il s'agit des capacités ou incapacités d'un individu ou d'un groupe par rapport à l'adoption d'un comportement souhaité. La mise en œuvre de ces trois facteurs sont interdépendants contribue à la promotion de la nutrition.

L'analyse comportementale et environnementale a été effectuée sur chacun des 14 comportements en général et des huit comportements prioritaires en particulier pour

déterminer les facteurs positifs à renforcer et les facteurs négatifs à changer pour que la pratique recommandée soit mise en œuvre. Les tableaux des annexes du rapport de l'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition au Bénin donnent de plus amples informations.

#### **4.2.2. Synthèse des principaux déterminants des comportements prioritaires**

Les réponses à une série de questions relatives à chacun des huit comportements prioritaires ont permis de mieux comprendre le rôle et l'influence de chaque participant. Ainsi, il s'agissait à chaque fois, d'identifier les participants, de définir leurs comportements actuels, ceux recommandés, les barrières et les atouts au comportement recommandé, les bénéfiques, les inconvénients, les pratiques et les normes/croyances favorables ou défavorables, ainsi que la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des produits et services pour promouvoir la nutrition.

L'ignorance ou méconnaissance des participants primaires ainsi que l'absence des ressources constituent le principal obstacle à l'accomplissement du comportement recommandé. La mise en pratique des comportements clés recommandés ne dépend pas seulement, dans la plupart des cas, de la simple volonté des participants primaires. Il existe une influence importante des participants secondaires qui jouent un rôle prépondérant dans le changement social et comportemental. Aussi, ressort-il de l'analyse que du point de vue théorique, certains participants, bien que connaissant les pratiques et comportements recommandés du bout des lèvres, font plutôt ce que recommande la tradition dans leur vie de tous les jours. En général, le niveau de connaissance reste encore très bas, surtout en milieu rural. La pression des belles mères, des maris, des leaders religieux, administratifs et traditionnels joue souvent un rôle de renforcement négatif sur les participants primaires.

Au niveau tertiaire, beaucoup d'efforts sont faits pour une amélioration de la santé, l'alimentation et la nutrition, mais il manque une synergie d'actions pour non seulement pouvoir couvrir tout le territoire national, mais aussi avoir un impact de façon significative sur les communautés à la base. Les réalisations se font pour la plupart à travers des projets et programmes qui ne sont ni coordonnés, ni pérennisés au niveau national. Il existe encore des obstacles majeurs pour parvenir à la sécurité alimentaire et nutritionnelle surtout pour les couches vulnérables.

Ainsi, de la double analyse comportementale (facteurs prédisposants et de renforcement) et environnementale (facteurs facilitants) des comportements prioritaires à promouvoir, il ressort que ces derniers ont pour principal fondement les normes et croyances, qui à leur tour sont intimement liées aux réalités ethniques et linguistiques. Même si on suppose que les mariages interethniques pourraient avoir une influence sur la façon de faire des participants primaires, cela se fait toujours sur un fonds dominant des habitudes de l'une des deux familles. Pour les ménages vivant en ville, sans influence majeure des participants secondaires de manière quotidienne, on note une tendance à adopter et pratiquer les recommandations sur la promotion de la nutrition.

Les causes immédiates de la malnutrition sont complexes et recouvrent plusieurs dimensions. Il s'agit notamment des épisodes répétés de maladies conjugués avec un régime alimentaire inadéquat et insuffisant qui affectent la majorité des enfants au Bénin. Ces facteurs sont influencés par des insuffisances concernant la disponibilité d'aliments sûrs, variés et nutritifs, l'accessibilité de ceux-ci, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux soins de santé, les choix alimentaires des adultes et les aptitudes à préparer un repas sain et équilibré.

La question de la disponibilité et l'accessibilité des ressources se pose avec acuité. L'enquête de l'analyse globale de la vulnérabilité et de la sécurité alimentaire au Bénin (INSAE, 2014) fait les constats suivants:

- 23% des ménages avaient une consommation alimentaire inadéquate ne leur permettant pas de mener une vie saine et active,
- 5% ont une consommation alimentaire pauvre,
- 18% une consommation alimentaire limitée,
- 69 % de ces ménages n'ont pas consommé d'aliments riches en fer,
- 37 % n'ont pas consommé d'aliments riches en protéines,
- 18 % n'ont pas consommé d'aliments riches en vitamine A.

Les causes profondes de la malnutrition sont encore plus complexes et englobent le contexte économique, social, politique, culturel et physique au sens large. Pour s'attaquer à la malnutrition, il faut donc adopter des mesures intégrées et engager des interventions complémentaires au niveau de l'agriculture et du système alimentaire en général, en matière de santé publique et d'éducation, ainsi que dans d'autres champs d'action plus vastes des politiques. Étant donné que les interventions requises relèvent des compétences de plusieurs organismes publics, un soutien politique de haut niveau par le plaidoyer doit venir motiver la coordination nécessaire entre les différents secteurs. Au Bénin, beaucoup d'intervenants l'ont compris et cela se matérialise par un début de coordination sur les différentes actions entreprises à travers le rôle assigné au CAN.

Les résultats d'une étude réalisée sur les rôles et normes de genre dans la production, la consommation et la santé au Bénin (SP-CAN, mars 2016) fait une synthèse des déterminants retrouvés dans la revue documentaire et les entrevues semi-dirigées sur le terrain. Selon cette étude, la consommation dans le ménage a ses règles et ses protocoles dictés par la tradition. Les hommes sont les représentants de la communauté au sein du ménage. En ce sens, ils fournissent les éléments qui permettraient aux femmes d'assurer l'alimentation et la nutrition de la famille (genre). Les femmes sont les «exécutrices» de la consommation familiale. Elles s'occupent des condiments et des combustibles nécessaires à la cuisson. Elles répartissent le repas suivant un ordre établi par la tradition. La non-disponibilité de ressources pour la préparation des repas constitue leur première contrainte.

La priorisation des activités productives du ménage, où les hommes sont reconnus comme principal responsable, engendre des contraintes majeures dans l'exécution des activités relatives à la consommation familiale, où les femmes sont avérées comme principales actrices. La priorité est donnée aux hommes dans la répartition des aliments.

Les «pratiques traditionnelles » héritées de la communauté soutiendraient les femmes tout au long de leur grossesse. Ainsi, les hommes ne s'impliqueraient qu'au début du processus c'est-à-dire la consultation prénatale, une concession à la « modernité » pour s'assurer d'un accouchement viable et sécurisé. Le paradoxe est que, tout en insistant sur la consultation prénatale, les hommes semblent délaissier la nutrition des femmes enceintes. Selon les dires des hommes « non pauvres » du milieu urbain, les femmes doivent se prendre elles-mêmes en charge pour accéder à une meilleure alimentation.

Par ailleurs, il semble qu'accoucher de jumeaux confère un statut particulier aux femmes. En matière d'alimentation, elles bénéficieraient d'un traitement de faveur pendant la période d'accouchement. De manière générale, femmes et hommes s'accordent à dire qu'il n'existe pas de régime spécifique pour les femmes enceintes ou allaitantes. La seule prescription médicale peut constituer une exception à cette règle. Dans ce cas, même le régime prescrit ne serait pas observé, faute de moyens, tout en évitant ce qui est déconseillé, par exemple le sel.

Les enfants, quel que soit leur âge, exceptés les nourrissons jusqu'à leur troisième mois au plus tard, auraient ainsi le même régime alimentaire que les adultes. La viande et le poisson y figureraient rarement. Les enfants n'en jouiraient qu'en partie infime. Pour les mères du milieu rural, la quantité d'aliments des enfants primerait sur la qualité. Ces pratiques dans l'alimentation des enfants renvoient aussi en fait à la reproduction des pratiques culturelles. Les parents auraient été éduqués de la même manière et voudraient reproduire ces pratiques sur leurs enfants. Ensuite, les hommes avancent la préoccupation de préparer les enfants aux difficultés financières dans leur vie future, pour légitimer l'administration du même régime alimentaire des adultes, jusqu'à y inclure le piment.

Cependant, l'étude note de véritables problèmes matériels, à la base d'une alimentation incorrecte des enfants. En milieu rural, des pères semblent conscients de la nécessité de la fréquence d'au moins deux repas quotidiens pour les enfants, mais qu'ils n'arriveraient pas à honorer en période de soudure.

De manière générale, pour la nutrition et la santé des enfants et du nouveau-né, la tradition et les normes «modernes» semblent également en concurrence dans le ménage. Entre autres rôles, les maris sont investis du devoir de prendre en charge la santé de leur conjointe, au cours de la grossesse jusqu'à l'accouchement et généralement, pour tous les cas de maladie. C'est une actualisation de la relation des femmes avec la belle-famille : des « étrangères » qui doivent enfanter pour la communauté paternelle du mari. Selon les pratiques en cours, les enfants issus de l'union sont sous la responsabilité du mari et partant, de la belle-famille. Ils assurent la pérennité de la communauté du père du mari dans un système patriarcal dominé par l'homme.

La pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant mérite des améliorations qualitatives et quantitatives notoires. Bien que la pratique de l'allaitement maternel soit une pratique presque généralisée au Bénin à 94% (EDS, 2013,), l'initiation précoce de l'allaitement et l'AME jusqu'à 6 mois, recommandé par l'OMS sont respectivement pratiqués par 46,6% et 41,4% des mères (MICS, 2015).

L'AME serait observé dans les premiers mois du nourrisson, sans atteindre généralement les six mois. Ils s'appuient sur ces contraintes pour introduire de l'eau et la bouillie dans l'alimentation du nouveau-né, pratique conforme à leurs croyances. A cet égard, ils invoquent à récurrence l'insuffisance de la montée lactée que les groupes associent avec raison à la nutrition inadéquate de la mère et parfois à tort au «bébé qui tête trop».

L'AME leur requerrait des ressources supplémentaires pour la nutrition des femmes et, plus tard, pour l'alimentation de complément des enfants. Les hommes y verraient des dépenses hors de leur portée. Par contre, les femmes obéiraient à des préoccupations pratiques. Elles n'hésiteraient pas à transgresser les règles de l'AME pour calmer le bébé et avoir la paix ainsi que pour garder leur propre vigueur et éviter la perte de leur «corpulence». La décision de l'entourage, particulièrement celle du mari, pour continuer ce que les aïeux ont toujours fait dans l'alimentation du nourrisson, conforte les pratiques traditionnelles de la communauté en la matière. Par exemple, le père insisterait généralement à donner de la tisane au bébé dès sa naissance.

Dans certaines tribus comme les baribas, le colostrum est considéré comme un poison qu'on ne donne pas au nouveau-né, ce qui n'est pas le cas chez les peuls. Dans la région de Coby, le premier lait est jeté, selon la tradition avant de mettre le nouveau-né au sein. Dans certains villages de la commune de Ze, le colostrum, ce lait de couleur jaunâtre doit être extrait et jeté d'abord dans la cendre en attendant que le lait pur ne commence à être donné à l'enfant, car ce lait incarne un esprit mauvais. Dans certains endroits de la commune d'Adja Ouere, une semaine après la naissance, la mère donne de la tisane à l'enfant pour lutter contre la rate. Selon la tradition dans la commune de Coby, la pratique de la mise au sein précoce est souvent compliquée. Une jeune fille qui accouche ne peut pas être la première à voir le sexe de son enfant. Elle doit attendre l'arrivée d'un parent qui voit d'abord le sexe de l'enfant avant qu'on ne la lui présente. Cela rend difficile la pratique de la mise au sein précoce. Le problème se pose surtout au niveau des fidèles des religions endogènes et de la religion musulmane (pas manger la viande de porc). Certaines mères ne mettent pas l'enfant au sein immédiatement après la naissance car elles pensent que la montée laiteuse n'est pas encore effective.

La plupart des mères ne pratiquent pas l'AME pour des raisons socioculturelles.

Les mères donnent :

- de l'eau au bébé pour éteindre leur soif.
- de l'eau au bébé parce que la belle-mère l'exige.
- de la tisane pour la protection du bébé contre les maladies et les affections surnaturelles.
- de la bouillie au bébé à partir de trois mois car elles pensent que le lait ne suffit plus.

Concernant l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois tout en continuant l'AM jusqu'à 24 mois ou plus, il s'avère impérieux de lever les contraintes relatives aux interdits et à la sécurité alimentaires. Seulement 15,1% d'enfants de 6-23 mois allaités ont reçu au moins la diversité alimentaire minimum et la fréquence minimum des repas durant le jour précédent la dernière enquête (MICS, 2015). La plupart des parents pensent que l'enfant

n'a pas besoin de compléments spécifiques car il est considéré comme un futur adulte et doit commencer par être traité comme tel.

Dans certains endroits de la commune de Ze, l'enfant de moins de 24 mois ne doit pas manger le gari pour ne pas attraper l'angine. À Adja Ouere, les enfants ne mangent pas les légumes comme "adjèfogba" qui sont considérées comme les aliments des animaux d'élevage. Il en est de même des œufs et des poissons qui ne sont pas autorisés pour les enfants. Les parents pensent que quand les enfants mangent trop d'œufs ou de poissons, ils deviennent des voleurs. D'autres types d'interdits alimentaires existent comme par exemple les musulmans qui ne mangent pas de porcs.

Selon l'étude des déterminants des pratiques d'alimentation complémentaire des enfants de moins de 2 ans dans les localités de Boukoubé, Djakotomey et Kétou au Bénin (Ministère de la santé, 2014), la tendance générale, est que, dans tous les trois sites, les pères des enfants non malnutris avait des comportements spécifiques ;

- Fournir de la nourriture et de l'argent pour subvenir aux besoins de la famille
- Etre présents dans le ménage
- Apporter leur aide à la réalisation des activités domestiques
- Contribuer aux activités génératrices de revenus, aux soins et à l'alimentation des enfants.

Par contre, du côté des enfants malnutris, les pères avaient des comportements contraires :

- Pas de fourniture de la nourriture ou de l'argent à la famille
- vente d'une grande partie des denrées cultivées, directement après la récolte
- rations alimentaires et le bien-être de la famille compromis avec des repas sautés
- Refus d'investir suffisamment dans le ménage et satisfaire les besoins fondamentaux de leur famille malgré l'existence de ressources
- Dépenses excessives d'argent pour l'achat d'alcool et pour les cérémonies
- Etat nutritionnel, émotionnel et le bien-être des jeunes enfants affecté par les conflits dans les ménages dus à la répartition des ressources financières
- Travail excessif des mères, loin de leurs bébés âgés de moins de 6 mois, pour subvenir aux besoins du ménage et ne pas pratiquer l'AME.
- Introduction d'une bouillie très pauvre en éléments nutritifs donnée par gavage à l'enfant âgé de moins de 6 mois.

Concernant le dépistage et la prise en charge de la malnutrition, il existe des contraintes socioculturelles à surmonter. Les mères d'enfants n'amènent pas systématiquement leurs enfants au centre de santé pour le suivi de leur croissance et développement. Les mères proposent une automédication et/ou une prise en charge traditionnelle de la malnutrition aiguë ou de l'enfant malade. On constate beaucoup de pesanteurs sociales comme les tabous, les interdits ainsi que les croyances ancestrales et religieuses. Dans les 6 communes ayant fait l'objet d'enquête, la plupart des parents ne connaissent pas les signes de malnutrition et ne font pas le dépistage de la malnutrition de leurs enfants. D'autres font le déni de la malnutrition aiguë des enfants considérés comme souffrant des maladies traditionnelles.

Au Bénin (EDS, 2013), près de deux femmes sur cinq sont atteintes d'anémie (41 %) : 32 % sous la forme légère, 9 % sous la forme modérée et 0,5 % sous la forme sévère. Par ailleurs, la proportion de femmes présentant un état de déficience énergétique chronique a diminué, passant de 11 % en 2001 à 9 % en 2006 puis à 6 % en 2011-2012. Seulement, 50 % des mères ont reçu de la vitamine A après l'accouchement. Ceci démontre à suffisance que des progrès significatifs sont indispensables pour améliorer l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et celle allaitante. Consommation alimentaire inadéquate, non maîtrise des groupes d'aliments, ignorance des bons comportements, insuffisance d'informations sur l'AFAFEFA, pas d'accompagnement de la part des personnes influentes dans le milieu, manque ou insuffisance de moyen financier, voilà quelques-unes des raisons qui justifient le mauvais état nutritionnel et alimentaire de la FAFEFA.

Dans la commune de Ze, une femmes enceinte ne doit pas manger du sel de cuisine, du gari, du fromage de soja, des œufs, de « doko (sorte de gâteau fait à base de farine de blé) » et « ata-doko (sorte de gâteau fait à base de farine de niébé), sous prétexte que l'enfant prendrait plus de poids dans le ventre au point où l'accouchement sera compliqué jusqu'à la nécessité de césarienne. De plus éviter du gombo car cela fait que l'enfant bave ou fait couler beaucoup de salive. En outre, les femmes enceintes ne doivent pas manger du sel de cuisine, du cube (glutamate), du pain sucré, des aliments trop sucrés, de l'arachide, sous prétexte que des infections dérangent l'enfant dans le ventre.

Dans d'autres localités comme à Cobly, Karimama et Ouinhi, la femme enceinte ne doit pas consommer arachide, papaye, le « agoo », le « oro », la banane au risque d'un accouchement difficile, etc. Au niveau de certaines familles de Karimana par exemple, il y a certains nutriments qu'une FE ne consomme pas et ils disent que c'est un totem pour la famille. Dans certains endroits de la commune d'Adja Ouere, la femme allaitante dont le bébé n'a pas encore un mois ne doit pas manger de l'arachide et du sucre sinon l'enfant peut souffrir du diabète ou elle –même la maman peut souffrir de mycoses vaginales. Quand la femme allaitante souffre de quelque chose, le bébé qu'elle allaite aussi en souffre.

La malnutrition est parfois due aux relations sexuelles prématurées après l'accouchement ou au mauvais espacement des naissances ; ce qui aboutit à un sevrage précoce et prive prématurément l'enfant du lait maternel et des soins adéquats.

En somme, les déterminants des comportements sont liés aux connaissances, attitudes, comportements et normes des différents intervenants ainsi qu'à la disponibilité, l'accessibilité, la stabilité et l'utilisation des produits et services en matière d'alimentation, de nutrition et de la santé de la mère et de l'enfant. Les annexes du rapport de l'analyse de la situation donnent de plus amples informations sur les différents facteurs influençant la CCSC pour la nutrition au Bénin.

## **5. Critiques et perspectives de la CCSC pour la nutrition**

### **5.1. Communication actuelle sur la nutrition à améliorer**

Le SP-CAN et ses différents partenaires mettent en œuvre des programmes et projets de nutrition avec un volet CCC dont les cadres conceptuels et méthodologiques ne sont pas toujours concordants. Ils interviennent parfois dans les mêmes zones, travaillent avec les mêmes acteurs et sur les mêmes cibles. Ainsi, de nombreux plans de communication sectoriels et thématiques cohabitent sans une vision stratégique commune et harmonisée autour de la communication pour la nutrition.

De ce fait, la communication en matière de lutte contre la malnutrition fait face à un déficit de coordination, de formation des agents de communication, d'adaptation des messages et des outils au contexte des publics cibles et d'exploitation judicieuse des différents canaux et agents de communication.

Dans un contexte où les recommandations internationales préconisent la mise en œuvre d'une approche multisectorielle coordonnée axée sur la prévention et la prise en charge au niveau communautaire, la nutrition de la mère et de l'enfant doit bénéficier de l'appui d'activités de communication conçues et planifiées de manière coordonnée. L'élaboration de stratégies de CCSC adaptées à tous les niveaux devrait permettre d'améliorer la réponse nationale ainsi que le renforcement des relations entre les parties prenantes.

Les activités de CCSC doivent à leur tour être bien intégrées, afin de renforcer l'ensemble des programmes tant sur le plan de la cohérence, de l'harmonisation des interventions, de la synergie des actions que de la rationalisation des ressources humaines, matérielles et financières. Une bonne planification participative avec les différents acteurs devrait aider à réaliser l'intégration souhaitée et faciliter la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités et de la stratégie de CCSC. La détermination des rôles de chaque acteur est importante pour la répartition des tâches et la responsabilisation de chacun dans le processus de mise en œuvre de la communication pour la nutrition.

Face à ce tableau sombre, il existe de nombreux atouts favorables à une meilleure CCSC pour la nutrition ainsi que la prévention et la prise en charge de la malnutrition au Bénin.

### **5.2. Coordination, visibilité et prise de conscience sociale**

#### **5.2.1. Mécanisme de coordination de la communication à renforcer**

A la lumière de l'analyse de la situation ci-dessus, le renforcement de la coordination de la communication pour la nutrition touche aussi bien la communication externe du SP-CAN et de ses partenaires nationaux et internationaux que la CCSC pour la promotion de la nutrition au Bénin. Comme le CAN est chargé de la coordination multisectorielle, cette coordination est légalement du ressort de l'équipe du SP-CAN composée par le responsable de la communication et la responsable du programme communautaire. Ils pourraient s'occuper de cette double coordination en étroite collaboration avec les autres membres du

groupe de travail sur la communication pour la nutrition. Ce groupe comprend les personnes chargées de la CCC des principaux ministères et organisations intervenant dans le domaine de la nutrition au Bénin et s'appuie sur des personnes ressources dont les spécialistes en nutrition, en alimentation et en socio-anthropologie.

Outre la supervision du processus d'élaboration de la stratégie de CCSC, cette coordination concernerait aussi la recherche, la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des politiques, des stratégies, des plans d'action et des outils de communication pour l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant. Concrètement et à titre indicatif, cette coordination pourrait se matérialiser en cinq principaux points suivants:

- ✓ Premièrement, cette coordination commencerait par l'adoption d'un consensus sur un cadre conceptuel et méthodologique de la CCSC, d'une stratégie nationale de CCSC pour la nutrition au Bénin et son plan opérationnel 2017-2021.
- ✓ Deuxièmement, elle se poursuivrait avec le financement conjoint du plan opérationnel 2017-2021, sa mise en œuvre commune, intégrée et concertée ainsi que son suivi et évaluation.
- ✓ Troisièmement, cette mise en œuvre intégrée se ferait au niveau national, régional, départemental, communal et communautaire.
- ✓ Quatrièmement, cette coordination se matérialiserait aussi par la conception, la planification, le développement, le pré-test, la production et la dissémination des différents outils de communication.

### **5.2.2. Communication interinstitutionnelle à élargir**

L'analyse de la situation a démontré que la circulation de l'information est fluide entre le SP-CAN et ses partenaires nationaux et internationaux travaillant sur l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant au Bénin.

Au-delà des professionnels dans le domaine de l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant, la communication interinstitutionnelle mérite d'être élargie aux ministères non sectoriels et institutions paraétatiques et privés ainsi qu'aux confessions religieuses du pays du niveau central aux villages les plus reculés du pays. Le site web du SP-CAN en cours de construction pourra servir de plateforme pour favoriser cette communication interinstitutionnelle. Améliorer et élargir la communication institutionnelle suppose l'élaboration d'une stratégie de communication intensive et extensive à la fois pour communiquer à travers les médias de masse publics, privés et communautaires.

Pour abonder dans la même logique et en sa qualité de Coordonnateur National des interventions multisectorielles sur l'alimentation et la nutrition, le SP-CAN pourrait signer des conventions de partenariat avec les représentants des principales confessions religieuses, des chefferies traditionnelles et des médias. Ces partenaires auront besoin de renforcement de capacités en alimentation, en nutrition et en santé de la mère et de l'enfant pour mieux communiquer avec leurs fidèles et adeptes, les familles et les communautés et les autres publics cibles. Les interventions des médias se feraient à l'échelle nationale pour les stations de radios et de télévisions de l'ORTB ayant une couverture nationale et aux

niveaux régionaux, départementaux, communaux et communautaires pour les médias privés, confessionnels et communautaires.

### **5.2.3. Visibilité des réalisations et prise de conscience sociale à assurer**

L'analyse de la situation a constaté que le SP-CAN et ses partenaires ont à leurs actifs beaucoup de réalisations positives à vanter et faire connaître. Même si les taux de malnutrition demeurent encore élevés, les efforts déployés ont permis d'atteindre des progrès significatifs dans le processus de changement de connaissances, d'attitudes et de pratiques des différents publics cibles ainsi que dans l'augmentation de l'offre et des services. A titre indicatif, les leçons tirées de l'expérience du PNC dans 10 communes ont été utilisées pour la mise à l'échelle des interventions dans 40 communes avec le PMASN.

Les autres intervenants en alimentation, en santé et en nutrition réalisent annuellement des progrès considérables qui sont méconnus du grand public et des bailleurs de fonds éventuels. On dirait que la communication inter institutionnelle et intra institutionnelle est réservée aux initiés qui ne constituent qu'une infime minorité de la population béninoise.

A titre illustratif, les partenaires comme l'UNICEF, GIZ, Care Bénin, plan Bénin international et Bioversity Bénin ont à leurs actifs beaucoup de bonnes pratiques qui ne sont pas connus du grand public. Le peuple béninois a le droit de connaître toutes les initiatives et les résultats atteints dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant et de la femme enceinte et allaitante, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante, etc.

La visibilité des multiples réalisations dans le domaine de la nutrition crée une image sociale positive du SP-CAN et de ses partenaires. Elle passe aussi par l'installation des panneaux publicitaires du SP-CAN devant son siège social et aux alentours dans la ville de Cotonou, et dans ses zones d'intervention et ailleurs dans les 77 communes du Bénin, l'alimentation régulière du site web, miroir de l'institution, la mise en place d'un centre d'information et de communication, etc.

La visibilité des réalisations dans le domaine de la nutrition facilite la création d'une prise de conscience sociale. Il est important d'amener la population du Bénin à comprendre les principaux défis et enjeux liés à l'urgente nécessité d'éliminer sinon réduire sensiblement les taux de malnutrition chronique et aigue. La grande majorité de la société béninoise est appelée à comprendre les dangers et l'impact négatif liés à la malnutrition chronique et aiguë sur la santé des enfants, de la famille, de l'état béninois et de l'avenir du pays. Cette prise de conscience sera atteinte en mettant en œuvre une combinaison de stratégies de communication à savoir la mobilisation sociale et la participation communautaire. Elle déboucherait sur la création d'une alliance intersectorielle et des partenariats pour la promotion de la nutrition. Il existe déjà des tentatives de ce genre d'alliance sur le terrain avec la création de AMSANA par la coopération technique Belge, GIZ, Croix Rouge et II de paix dans l'Alibori. D'autres initiatives intégrées et coordonnées avaient été prises dans

ce sens lors de la lutte contre la fièvre Lassa sous la coordination du Ministère de la santé avec l'appui technique notamment de l'UNICEF.

La culture du partage d'informations, de la transparence et de la communication n'est pas encore une réalité quotidienne au Bénin. Cela a été remarqué lors des entrevues effectuées sur le terrain aussi bien à Cotonou qu'à l'intérieur du pays. Un changement de paradigme est nécessaire car si le SP-CAN et ses partenaires font de bonnes choses qui ne sont pas connues des bénéficiaires actuels et potentiels, des décideurs et des bailleurs de fonds, c'est comme s'ils n'avaient rien fait. Communiquer davantage et stratégiquement est la meilleure option pour réussir la promotion de la nutrition.

L'absence d'approches stratégiques appropriées à mettre en œuvre de manière intensive et extensive, la rareté des campagnes de communication, de rencontres régulières avec les médias pour les déjeuners, les conférences de presse et les visites de terrain, de partenariats avec les médias, les chefs traditionnels et religieux, constituent des obstacles à la visibilité des réalisations et la prise de conscience sociale sur les tenants et les aboutissants de la nutrition.

### **5.3. Engagement des leaders et appropriation communautaire à renforcer**

La visibilité des multiples réalisations et des institutions elles-mêmes comme le CAN contribuent à bâtir une prise de conscience sociale sur les enjeux et les défis de la nutrition, à faciliter la création d'une alliance intersectorielle, à susciter l'implication des leaders et l'appropriation communautaire.

Malgré la volonté politique claire, l'engagement concret des leaders pour la promotion de la nutrition est à améliorer. Le concept nutrition n'est pas encore totalement perçu comme étant au cœur du développement du Bénin. La vision de faire du Bénin «un pays où chaque individu jouit d'un état nutritionnel satisfaisant afin de participer pleinement au développement d'un Bénin émergent» est encore méconnu. Et pourtant, depuis février 2010, un PIC pour accompagner le processus de réforme institutionnelle pour replacer la nutrition au cœur du développement au Bénin avait été élaboré. Il proposait d'informer les décideurs et acteurs de la nutrition de la situation et des décisions du gouvernement du Bénin, de mobiliser les acteurs clés de la stratégie, d'outiller ces acteurs clés pour plaider la cause de la nutrition et la replacer au cœur des priorités de l'État, à tous les niveaux, de préparer les conditions d'une action de communication plus large auprès du grand public qui soit crédible, efficace et durable. Six ans plus tard, les mêmes objectifs sont d'actualité car ce plan d'action n'a pas été mis en œuvre et mérite d'être amélioré et actualisé.

Dans le but de faciliter l'engagement politique, social et économique des leaders en faveur de la nutrition, il est souhaitable de mettre en œuvre le lobbying, les relations publiques et le plaidoyer comme stratégies de communication. Un accent particulier est à mettre à la Présidence la République, au parlement et aux membres du Gouvernement pendant cette période de début d'un nouveau régime.

Les responsables politiques, administratifs, traditionnels et religieux du sommet de l'État jusqu'au village en passant par les élus communaux sont concernés pour mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières ainsi que leur implication personnelle en faveur de la promotion de la nutrition. Dans certaines communes, il y a une nécessité d'augmenter les activités consacrées à la nutrition dans le PDC ainsi que le budget alloué à ce secteur. Même si l'ANCB dispose d'un plan de communication institutionnelle sur la nutrition communautaire depuis 2013, il est urgent de l'actualiser et mobiliser des ressources pour sa mise en œuvre.

La visibilité des multiples réalisations sur la nutrition, la prise de conscience sociale, la création d'une alliance intersectorielle, la mobilisation des ressources et l'engagement politique et social des leaders constituent des conditions favorables aux changements des normes et des comportements au niveau communautaire et familial. Ces transformations seront possibles en mettant en œuvre les stratégies de communication pour le changement social et comportemental.

Un changement complet de paradigme est indispensable. Le concept éducation de l'expression IEC ayant un aspect directif, unidirectionnel et autoritaire serait remplacé par l'expression communication pour le changement social et comportemental (CCSC). Cela fait référence aux verbes dialoguer, échanger, discuter, négocier, participer, convaincre, persuader, etc. Ces derniers verbes sont orientés vers le processus de changement social et comportemental en utilisant une approche participative. Le diagnostic participatif communautaire serait l'une des meilleures formes de participation communautaire pour identifier les problèmes et proposer des solutions.

Ce diagnostic organisé par, pour et avec les membres de la communauté porterait par exemple sur les modes de promotion de la nutrition, de prévention et de prise en charge de la malnutrition. Un renforcement de capacité en technique de communication interpersonnelle et d'accueil serait nécessaire pour la mise à jour des compétences et des habiletés des agents de communication communautaire comme les agents de santé, les relais, les CSAN, COGES, les leaders locaux, etc.

Il est fortement recommandé de s'appuyer sur ce qui existe au niveau communautaire pour promouvoir des comportements favorables au changement social et comportemental en nutrition. On signale notamment :

- ✓ les réunions mensuelles de tous les intervenants au niveau communautaire par le service communautaire du Ministère de la santé.
- ✓ Les relais communautaires éparpillés dans toutes les communes du pays.
- ✓ Le paquet d'interventions à haut impact (PIHI com.) au niveau communautaire.
- ✓ Les radios publiques, privées et communautaires disponibles tout près des ménages.
- ✓ La politique nationale de la santé communautaire.
- ✓ Le cahier de charge du relais communautaire.
- ✓ Les directives nationales de mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire.
- ✓ Les multiples intervenants au niveau communautaire en nutrition, alimentation et santé de la mère et de l'enfant.

- ✓ Le Cadre de concertation communale, etc.

La réussite des interventions communautaires du SP-CAN dans le domaine de la nutrition nécessite des mesures suivantes à mettre en œuvre en étroite collaboration avec le Ministère de la santé et les autres partenaires:

- ✓ Le SP-CAN et le Ministère de la santé organisent un plaidoyer au gouvernement pour recruter des relais communautaires additionnels qui devraient prendre en charge la composante nutrition dans le cadre du paquet d'interventions à haut impact (PIHI com.) au niveau communautaire. Ceci est justifié car un relais supposé prendre en charge 30 ménages s'occupe actuellement de plus de 50 ménages. Si on lui ajoute la composante nutrition, cela alourdirait sa charge de travail.
- ✓ Faire un plaidoyer pour que le Gouvernement recrute des agents de santé communautaire qualifiés ayant le brevet d'études du premier cycle pour s'occuper de la supervision des relais communautaires. Cette recommandation du Ministère de la santé vient résoudre l'insuffisance de supervision du relais par le personnel du centre de santé généralement très surchargé et indisponible.
- ✓ Faire un plaidoyer au Gouvernement pour qu'il initie une ligne budgétaire au niveau communal pour payer aussi bien les relais communautaires, ces agents de santé communautaire qualifiés, le chargé de la nutrition et celui de la communication.
- ✓ Le SP- CAN et l'ANCB organisent un plaidoyer auprès du Gouvernement pour rendre disponible une ligne budgétaire allouée au secteur de la nutrition et ainsi accroître les activités consacrées à la nutrition dans le PDC.
- ✓ Accélérer la mise en œuvre, par le Ministère de la santé, de la nouvelle prime basée sur les performances du relais communautaire qui devrait se situer entre 20 000 et 40 000 FCFA par trimestre. Ceci contribue à résoudre en partie la question de la motivation du relais.
- ✓ La production des outils de communication en nutrition à l'intention des relais communautaires comme les boîtes à images, les cartes conseils, les différents registres et autres documents à traduire dans les langues locales des relais est une nécessité.
- ✓ Le renforcement des capacités des relais communautaires sur la nutrition et la communication interpersonnelle est une urgence car cette composante n'est pas suffisamment prise en charge dans le PIHI com. En dehors des zones d'intervention de l'UNICEF qui appuie le Ministère de la santé dans le cadre de l'ANJE, cela exige une formation en cascade par la formation des formateurs au niveau national et départemental pour s'occuper de la formation à l'échelle communale et communautaire.
- ✓ Une attention particulière est à accorder à la lutte contre les ruptures de stocks d'intrants et des outils des relais communautaires pour éviter les conséquences négatives qui en découlent.
- ✓ Le renforcement de la coordination des activités de CCSC pour la nutrition est impérieuse au niveau communautaire et communal à travers le cadre de concertation communal ainsi qu'à l'échelle départementale avec les coordonnateurs régionaux du SP-CAN.

## **5.4. Canaux de communication à adapter aux publics cibles**

### **5.4.1. Multitude de canaux de communication de masse disponible**

Le Bénin dispose d'une multitude de canaux de communication de masse qui s'adressent à un grand public hétérogène de manière simultanée et instantanée. La télévision publique et la radio nationale de l'ORTB offrent une couverture nationale en diffusant dans plusieurs langues, ce qui n'est pas le cas des 10 autres chaînes privées de télévision, des 16 radios privées commerciales, des 38 radios privées associatives et communautaires et des 5 radios confessionnelles. A part La Nation qui est un journal gouvernemental publié régulièrement et distribué à l'échelle nationale, les 33 quotidiens privés et les 27 périodiques ont une vocation surtout régionale.

Les radios internationales écoutées en français au Bénin sont essentiellement RFI, Africa n°1, Voix de l'Amérique, BBC, Deutsch Weller et la Radio Nederland.

Quelques organisations des professionnels et des patrons des médias constituent des partenaires importants du SP-CAN et ses partenaires pour communiquer sur la promotion de la nutrition au Bénin. A titre indicatif, on note l'Union des professionnels des médias du Bénin (UPMB), l'Union des Radios communautaires et associatives du Bénin (URCAB), le Conseil National du patronat de la presse et de l'audiovisuel (CNPA), la Haute autorité de l'audiovisuelle et de la communication (HAAC) et la Maison des médias Thomas MEGNASSAN (annexe n°4 et 5.)

Les canaux graphiques et audiovisuels concernent en l'occurrence les brochures, les affiches, les cassettes vidéo, les cassettes audio, les diapositives, les feuillets, les expositions, etc. existent bel et bien au Bénin. L'affichage est un canal de communication de masse très répandu au Bénin depuis la capitale jusque dans les villages les plus reculés.

Grâce à l'Internet, les médias informatiques sont en pleine expansion avec la création de sites web pour les services publics et privés, ce qui constitue une vitrine importante pour la communication institutionnelle des organisations variées. L'Internet est déjà intégré dans les modes de communication des services publics et privés et des cybercafés. La messagerie électronique, Skype, Facebook, Tweeter et mailing list sont des applications informatiques importantes disponibles dans le pays.

Les progrès informatiques, combinés à l'expansion de la téléphonie mobile comme Moov, MTN, BBCOM, GLO et LIBERCOM offrent des nouvelles opportunités de communication moderne par les réseaux sociaux et les SMS. Ces canaux de communication de masse et informatiques constituent des atouts indéniables pour mieux communiquer sur la CCSC pour la promotion de la nutrition au Bénin.

### **5.4.2. Données des sources d'information à utiliser**

Selon l'EDS IV (2013 : 45-47), les données relatives à l'exposition des femmes et des hommes à la radio, la télévision ou la presse écrite sont particulièrement importantes pour

la mise en place de programmes de diffusion d'informations et de communication dans tous les domaines notamment en santé et en planification familiale.

Lors de l'EDS (2013), les enquêteurs ont demandé aux enquêtés si, au moins une fois par semaine, ils écoutaient la radio et la télévision et s'ils lisaient des journaux ou magazines. Les résultats permettent de constater que les hommes sont plus exposés que les femmes aux médias. En effet, 46 % des femmes n'utilisent aucun média (journal, radio ou télévision) pour s'informer contre 30 % des hommes. On constate un écart important entre le milieu urbain et le milieu rural : 31 % des femmes du milieu urbain n'utilisent aucun média contre 58 % pour les femmes du milieu rural. De manière non surprenante, on constate que c'est à Cotonou que la proportion de femmes qui ne sont exposées à aucun média est la plus faible (16 %). Chez les hommes du milieu urbain, ce pourcentage est de 20% contre 39 % en milieu rural et 9 % à Cotonou.

**Tableau n°3: Les sources radiophoniques d'information des hommes et des femmes**

Non exposition aux media	Exposition à aucun média (%)
<b>Hommes et femmes</b>	
Hommes	30
Hommes du milieu urbain	20
Hommes du milieu rural	39
Hommes de Cotonou	9
Femmes	46
Femmes du milieu urbain	31
Femmes du milieu rural	58
Femmes de Cotonou	16

**Source :** Tableau construit à partir des données fournies par EDS (2013)

Selon le département, on constate que les proportions de femmes qui ne sont exposées à aucun média sont particulièrement élevées dans l'Atacora (85 %) et l'Alibori (80 %) et la Donga (65 %). Chez les hommes, ce sont ceux de l'Atacora (57%), du Couffo (52 %), de l'Alibori (51 %) et du Zou (46 %) qui ont le plus fréquemment déclaré ne pas utiliser de média. Il faut cependant noter que les couvertures radiophoniques et télévisuelles du pays sont partiellement réalisées par les organes nationaux. Dans certaines régions éloignées de la capitale, la population écoute plutôt les émissions des pays voisins qui sont parfois plus faciles à réceptionner comme dans Karimama.

L'utilisation des médias est influencée positivement par le niveau d'instruction. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la proportion de ceux qui sont exposés aux médias augmente avec le niveau d'instruction passant de moins de 1 % (0,1 %) parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 37 % parmi celles ayant un niveau secondaire 2nd cycle ou plus et de moins de 1 % chez les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction à 36 % chez ceux ayant un niveau secondaire 2nd cycle ou plus.

La télévision existe essentiellement dans les villes et sert de canal d'information en milieu urbain (56 %) qu'en milieu rural (21 %) et surtout à Cotonou (71 %). Comme pour la radio, le pourcentage de femmes informées par la télévision augmente avec le niveau d'instruction : de 21 % chez les femmes sans niveau d'instruction, il passe à 88 % chez celles de niveau secondaire 2nd cycle ou plus.

L'information par les journaux et magazines concerne presque exclusivement le milieu urbain (25 % contre 7 % en milieu rural et 39 % à Cotonou et les femmes instruites, surtout celles ayant au moins un niveau secondaire 2nd cycle (69 %). Le pourcentage de femmes ayant reçu des informations, quelle qu'en soit la source, est plus élevé chez les femmes vivant dans un ménage classé dans le quintile le plus élevé que dans les autres ménages. Quelle que soit la source, on constate les mêmes tendances chez les hommes. Comme pour les femmes, ce sont les hommes les plus instruits et ceux du milieu urbain qui ont été les plus fréquemment exposés à l'information sur la planification familiale par exemple.

En résumé, les hommes et les femmes du monde rural sont moins exposés à la radio et à la télévision que ceux du milieu urbain. La meilleure approche serait de les rejoindre par la communication interpersonnelle et de groupe au niveau du centre de santé et des villages, les visites à domicile par les relais et mères modèles, les différentes réunions et manifestations villageoises, les lieux de culte et de fête, les marchés, etc. Cette option est d'autant plus justifiée que la population est à majorité analphabète à 60 % pour les femmes et 33 % pour les hommes.

#### **5.4.3. Canaux de communication à exploiter judicieusement**

Selon les résultats de l'analyse de la situation, la plupart des intervenants dans le domaine de la nutrition dont le SP-CAN lui-même ne disposent pas d'un plan de communication incluant un plan média. Leurs interventions médiatiques sont sporadiques et occasionnelles, ce qui ne favorise pas la visibilité de leurs nombreuses réalisations, une prise de conscience et une mobilisation sociales sur les défis et les enjeux de la nutrition, un engagement des leaders à tous les échelons et le changement des normes sociales, des connaissances, d'attitudes et de comportements des différents acteurs.

Les nombreux canaux de communication de masse mentionnés ci-dessus (stations de radios, de télévisions, presse écrite) sont insuffisamment exploités. Et pourtant, la radio Bénin Alafia (signifiant bien-être), à titre indicatif, diffuse ses programmes en 18 langues sur toute l'étendue du territoire national, ce qui est un atout indéniable. De façon isolée et non continue, à l'échelle nationale, régionale ou communautaire, chaque intervenant en alimentation, nutrition ou santé de la mère et de l'enfant signe un partenariat avec une station de radio et/ou de télévision, sollicite la couverture médiatique des événements importants, la diffusion des émissions, des microprogrammes, des spots publicitaires, des jeux radiophoniques, des programmes interactifs, des animations communautaires, des tribunes téléphoniques, des films documentaires, etc.

Tel est le cas de l'UNICEF qui a signé un partenariat avec le Journal La Nation et l'Union des professionnels des médias du Bénin pour la publication et la diffusion d'informations dans son domaine d'intervention.

La publication des articles sur la nutrition dans le journal gouvernemental La Nation se fait de manière occasionnelle sous la rubrique santé ou environnement alors que la nutrition est censée être au cœur du développement du Bénin. Une publication régulière et hebdomadaire sur la Nutrition et sous la rubrique Nutrition est possible en signant un partenariat avec la direction du Journal. Il suffit de coordonner une publication hebdomadaire pour une période annuelle avec des thèmes précis à confier à chaque intervenant dans l'alimentation et la nutrition. Ce travail serait mené sous la responsabilité du groupe de coordination de la communication sur la nutrition logé au SP-CAN. Moyennant une motivation, des lauréats des écoles de journalisme en stage au SP-CAN produiraient des articles à publier hebdomadairement.

L'exploitation des canaux de communication de manière efficace et efficiente répond à un certain nombre de critères. Il s'agit de choisir les canaux de communication à utiliser pour atteindre les différents publics cibles identifiés avec les messages retenus afin de produire le résultat escompté. En d'autres termes, cela consiste à identifier les canaux de communication disponibles, accessibles, crédibles et utilisés par les publics cibles, permettant de transmettre les messages de la manière la plus efficace, avec une meilleure utilisation des ressources et bénéficiant du soutien des capacités locales (talents et technologies) pour produire et diffuser les messages.

A l'échelle nationale en général et dans la ville de Cotonou en particulier, les médias de masse (la radio, la télévision, la presse écrite, l'affichage) sont les meilleurs canaux pour informer et sensibiliser la population sur la nutrition en tenant compte des langues parlées et des appartenances culturelles et religieuses de chacune des 6 régions du Bénin. Il s'agit ici de la transmission d'informations, souvent de manière unidirectionnelle, pour créer une prise de conscience sociale sur l'importance de la nutrition pour le développement national.

Par contre, les canaux de communication interpersonnelle, de groupe et communautaire sont les meilleures voies pour provoquer le changement de normes sociales, de connaissances, d'attitudes et de comportements en faveur de la promotion de la nutrition. Si 46 % des femmes n'utilisent aucun média (journal, radio ou télévision) pour s'informer contre 30 % des hommes, cela revient à les rejoindre en utilisant leurs modes habituels et quotidiens de communication à savoir le réseau communautaire, familial et interpersonnel en cours à la base.

Le Bénin étant un pays à tradition orale, les canaux de communication interpersonnelle, communautaire et traditionnelle existent au niveau des familles et des communautés. Les structures villageoises de développement dont les groupements des femmes et des jeunes, les réseaux des matrones, des guérisseurs et des chefs traditionnels, les marchés, les fêtes familiales, les baptêmes, les mariages, les communions, les chansons, les contes et les griots constituent un cadre illustratif dans ce sens.

Ce type de communication interpersonnelle et de groupe, communautaire et traditionnelle se concrétise entre autres par les échanges au sein du couple, entre les chefs traditionnels, religieux et administratifs et les membres de la communauté, les accoucheuses/matrones et guérisseurs traditionnels, personnel de santé et relais avec les parents d'enfants et les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les femmes en âge de procréer, les filles adolescentes, etc. Cette sorte de communication se matérialise aussi par les visites à domicile, l'éducation par les pairs, les conseils, les discussions de groupe, les pièces de théâtre, les sketches, les festivals locaux de musique, les entretiens face à face, etc.

Le crieur public, le relais, le CSAN, la grand-mère, les mères modèles, les beaux-parents, les animateurs des foyers de récupération nutritionnelle et des projets, les écoliers et enseignants ainsi que les journalistes des radios publiques, privées et communautaires, le couple et des enfants font partie de ces acteurs de communication familiale et communautaire.

Le recours aux réseaux sociaux et informatiques en l'occurrence pendant les périodes de campagne, lors de la semaine de l'allaitement maternel, journée mondiale du lavage des mains, journée mondiale de l'alimentation par exemple, apporte une valeur ajoutée aux effets produits par les autres canaux de communication. Ceci consisterait par exemple à envoyer des SMS et des vidéos d'une minute aux abonnés avant et lors des journées nationales mentionnées ci-dessus en l'occurrence. Un canal de communication ayant une notoriété, une portée géographique et une fréquence élevée est l'affichage sur les autobus reliant la capitale Cotonou et les six régions du pays ainsi que ceux circulant dans les principales villes.

Sous la responsabilité du groupe de coordination de la communication, il est fortement recommandé d'élaborer un PIC Nutrition incluant un plan média national de tous les intervenants dans ce domaine. L'analyse de la situation a relevé la nécessité de renforcer les capacités en technique de communication interpersonnelle et en CCSC des différents agents de communication. Il s'agit des journalistes et animateurs, du personnels sanitaire comme les infirmiers, les relais communautaires, des animateurs des projets aux niveaux national, communal et communautaire.

En définitive, en tenant compte des résultats de l'analyse de la situation, l'approche multimédia est la meilleure voie pour informer, convaincre et provoquer les changements de connaissances, d'attitudes et de comportements pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition. Dans tous les cas, cela fait appel à un mélange de techniques (relations de presse, relations publiques, publicité, etc.), de canaux et supports variés, en mettant en œuvre une stratégie de fréquence élevée. Celle-ci consiste en l'organisation des outils, des techniques, des supports et des médias de telle sorte que le SP-CAN par exemple puisse s'adresser souvent aux mêmes publics potentiels avec une fréquence élevée. En règle générale, le principe de faire du « bruit » pendant une longue période et de la répétition pour attirer l'attention et faire passer les messages de manière stratégique est le meilleur.

## 5.5. Supports et messages adaptés au contexte et aux objectifs

Plusieurs outils/supports des messages variés sont utilisés par le SP-CAN et ses différents partenaires pour promouvoir la nutrition au Bénin. Ils portent sur l'ANJE, l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante, la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement ainsi que la prévention et la prise en charge de la malnutrition. A titre indicatif, le tableau ci-dessous donne des exemples des outils utilisés par certains partenaires du SP-CAN.

**Tableau n°4: Exemples d'outils de communication de certains partenaires du SP-CAN**

Partenaires du SP - CAN	Principaux outils de communication et lieux d'intervention			
	Outils indicatifs et non exhaustifs	Commune	ménage	école
<b>GIZ</b>	Boîte à image, Vidéo, émissions radio, affiches, bandes dessinées, jeux radiophoniques en langues locales, etc.	Natitingou, Toucountouna et Tanguéta.	Oui	Non
<b>CARE Benin</b>	Emissions radio interactives et atchakpodji, projection de film vidéo, boîte à images, cartes conseils, jeux radiophoniques (en langue locale), les spots radio (langue locale), utilisation des jeux de cartes alimentaires en AVEC, utilisation des outils du Social Analysis and Action/SAA, etc.	Dangbo, Bonou	Oui	Non
<b>Plan Bénin</b>	Boite à image, vidéo mobile, émissions radiophoniques et documentaires, calendriers, dépliants, livret, etc.	Oui	Oui	Oui
<b>Biversity Benin</b>	Dépliants, affiches, vidéos, livret de recettes, Policy brief,	Bopa Houeyogbe Athieme Grand-popo Comè, Lokossa Cotonou	Oui	Non
<b>FAO</b>	Vidéo et Affiches, Emissions Télé et radio, brochures, plaquette d'information	Aplahoué, Dogbo, Djakotomey, Malanville, Karimama, Sèmè Kpodji, Grand Popo, Abomey-Calavi, Adjarra,	Non	Non
<b>PAM</b>	Guide de recettes	A travers le pays	Non	Oui
<b>UNICEF (pour la survie de l'enfant)</b>	Boîte à image, cartes conseils, vidéo, émissions radiotélévisées, articles dans la presse écrite, affiches, panneaux publicitaires, dépliants, brochures, livret, les T-shirts, les calendriers, Kakémonos, etc.	Karimama, Malanville, Segbana, Gogounou, Banikora, Kandi, Kehou, Kouande, Pehounco, Za-Kpota, Djidja, Abomey, Cove, Bohicon, Ounhi, Zangnando, SO-	Oui	Oui

Partenaires du SP - CAN	Principaux outils de communication et lieux d'intervention			
	Outils indicatifs et non exhaustifs	Commune	ménage	école
		Ava, Agbanghinizoun Zogbdomey, préîphérie de Cotonou		
<b>Ministère de la santé</b>	Boîte à image, cartes conseils, vidéo, émissions radiotélévisées, articles dans la presse écrite, affiches, panneaux publicitaires, dépliants, brochures, livret, les T-shirts, etc.	77 communes	Oui	Oui
<b>Ministère des affaires sociales</b>	Boîtes à images, affiches émissions radiophoniques en langues locales, etc.	77 communes	Oui	Non
<b>ANCB</b>	Emissions radiodiffusées et télévisées Films documentaires (vidéo), Plaquettes d'information, Roll-up, Kakémono, affiches, Porte-documents, livret, etc.	Adja-Ouèrè, Athiémé, Bonou, Cobly, Ze Karimama Lalo, Ouaké Tchaourou, Ouinhi	Oui	non

**Source** : Tableau construit à partir des données fournies par les partenaires du CAN.

D'après l'analyse de la situation, la vidéo sur les comportements clés en langues locales est le meilleur outil de communication au niveau communautaire, familial et scolaire. Il en est de même des animations radiotélévisées au sein des villages et des émissions radiophoniques interactives au moment de grande écoute et participation de la population. Tel est le cas des vidéos produits par Bioversity international pour le projet FoodAfrica au Bénin. Les affiches et boîtes à images viennent en deuxième position suivis par les supports audio, visuels, objets et graphiques. Les supports écrits sont surtout réservés aux intellectuels des centres urbains et de la capitale.

De manière synthétique et non exhaustive, le SP-CAN et ses différents partenaires utilisent les outils ci-dessous présentés par catégorie.

**Tableau n°5: Exemples de supports par catégorie utilisés par les partenaires du SP-CAN**

Exemples de supports	Exemples de supports
<b>Types de supports</b>	
<b>1. Supports audio</b>	Spots publicitaires, reportages, microprogrammes, émissions et débats radiophoniques, messages sur les répondeurs téléphoniques des organisations, messages d'accueil des téléphones portables individuels, les informations radiophoniques, etc.
<b>2. Supports vidéo</b>	Nouvelles du journal télévisé, magazines télévisés, spots publicitaires, microprogrammes, films documentaires, etc.
<b>3. Supports écrits</b>	Boite à images, cartes conseils, communiqués de presse, articles pour la presse écrite, articles pour le site web, dépliants, brochures, livret, bulletin, rapports trimestriel, semestriel et annuel, emails, SMS, courriers entrant et sortant, module de formation, etc.
<b>4. Supports visuels</b>	Les affiches, les banderoles, les images prises à l'aide d'une caméra, les photos prises par un appareil photographique, les illustrations, les diapositives, les bandes dessinées, etc.

<b>5. Supports objets</b>	Kakemonos, les badges, les porte - badges, les sacoches, les T-shirts, les gilets, les casquettes, les calendriers, les agendas, les panneaux publicitaires métalliques, les cartes de vœux, les portes documents, les blocs-notes, les stylos, les épinglettes, les porte-clés, les tasses à thé, etc.
<b>6. Supports graphiques</b>	Cette signature visuelle - sur le papier à lettres, - les cartes de visites, les uniformes comme les T-shirts, les gilets, les casquettes, les véhicules, - les murs et portes des bureaux et du siège social, les emballages et matériel de bureau, - les panneaux publicitaires et affiches, etc.

**Source :** Tableau construit à partir des données de terrain

Les supports des messages collectés auprès du SP-CAN et ses partenaires semblent s'adresser à tout le monde alors que les publics cibles sont de nature hétérogène. Il y a des adultes, des jeunes, des femmes, des intellectuels, des analphabètes, des riches, des pauvres, etc. Normalement, le choix du support et des messages est fait en fonction de l'objectif à atteindre auprès d'un public cible donné et du canal de communication sélectionné (journaux, radio, télévision, affichage, communication de masse, de groupe et interpersonnelle, etc.).

La priorisation des supports et des messages est importante. Pour y parvenir, il suffit de répondre à la question suivante : Quel support serait le plus rentable pour atteindre les objectifs escomptés? Quel serait le message le plus pertinent pour atteindre les objectifs escomptés auprès du public cible? Cela permet de dresser une liste des supports et des messages les plus importants et les plus rentables par publics-cibles.

Le support choisi et le message confectionné doivent être accessibles culturellement, économiquement et géographiquement aux publics cibles. Ainsi par exemple, il est fortement suggéré d'utiliser des supports audio en langues locales pour toucher une population analphabète du Bénin car un support écrit comme le Journal La Nation est inapproprié. Il n'est pas nécessaire de produire des émissions radiophoniques à diffuser pendant les moments où les femmes enceintes ou allaitantes sont dans les champs. Pour abonder dans le même sens, il serait utile de traduire dans les principales langues locales les textes de la boîte à image et autres supports de communication utilisés par les relais communautaires comme les affiches. Cela a été fait par exemple à travers les vidéos produites par Bioversity Bénin sur les comportements clés en nutrition et les affiches et feuillets produits par la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base du Ministère de la santé.

Les images et l'habillement des personnages de la boîte à images sont adaptés au contexte local du monde rural du Bénin. Les feuillets et les affiches produits par la Direction de l'hygiène de base du Ministère de la santé en sont une bonne illustration. Les messages de ces feuillets sont libellés en Français et Dendi, Français- Fulfulde (Peulh) ainsi que Français et Bariba, etc.

Le contenu de certains outils est beaucoup plus orienté vers l'acquisition des connaissances que le changement social et comportemental. Tel est le cas des dépliants sur les différents groupes d'aliments avec les vitamines et sels minéraux essentiels. L'idéal serait de faire un

inventaire de la liste des maladies qu'on risque de ne pas attraper si on ne mange pas tels types d'aliments. Cela augmenterait la motivation de les consommer.

Certains supports sont beaucoup plus accessibles à une catégorie de publics cibles qu'à d'autres. Tel est le cas des bandes dessinées prisées par les élèves et écoliers alors que les intellectuels écoutent beaucoup plus les nouvelles radiotélévisées qu'ils ne lisent le journal La Nation. Enfin, l'utilisation simultanée et/successive de plusieurs supports crée la synergie et facilite l'atteinte des objectifs escomptés auprès des publics cibles.

Le SP-CAN et ses différents partenaires font passer de nombreux messages aux différents publics cibles par les canaux de communication de masse, institutionnelle, interpersonnelle et communautaire. A l'aide des supports de communication variés mentionnés ci-dessus, la communication de ces messages aux publics visés se fait d'une manière non cordonnée du niveau central au village en passant par les échelons régional, départemental et communal. A ce sujet, le renforcement de la coordination et l'harmonisation des outils de communication sur la nutrition est une urgente nécessité.

Les différents plans de communication et messages élaborés par les différents acteurs sur l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant au Bénin ne mentionnent nulle part le thème central de toutes les communications. La nutrition est au cœur du développement du Bénin est l'axe ou thème central de toutes les interventions communicationnelles. Cet axe conditionne l'élaboration des stratégies, des campagnes et des plans d'action. Tous les messages secondaires adressés aux différents publics cibles seront élaborés à partir de ce thème central.

A titre indicatif, la matrice de planification précise les messages clés par publics cibles, canal et stratégies de communication ainsi que les agents de communication crédibles. Il est important de noter que les grands-mères constituent des agents de communication qui ont une influence sur les comportements des jeunes mères d'enfants. Il en est de même des mères modèles dans le cadre de la déviance positive. Mais dans une société patriarcale où le pouvoir de décision appartient beaucoup plus à l'homme qu'à la femme, il est crucial d'épauler ces grands-mères et mères modèles par des agents de communication et de changements crédibles auprès de chaque catégorie de publics cibles. Ils seront identifiés au niveau national, régional, départemental, communal et communautaire par les acteurs concernés eux-mêmes. Ils seront alors formés et appelés champions ou ambassadeurs de la nutrition au Bénin. Ainsi par exemple, certains leaders religieux, rois et chefs traditionnels pourraient jouer ce rôle et favoriser le changement social et comportemental favorable à la promotion de la nutrition au Bénin.

## **5.6. Approches stratégiques et opérationnelles en CCSC à améliorer**

L'analyse de la situation a fait ressortir les approches stratégiques utilisées par les partenaires du SP-CAN dans le cadre de la communication pour la nutrition. Il s'agit de plaidoyer, de la mobilisation sociale, de la communication pour le changement social et de la communication pour le changement de comportements. Cela se remarque à travers les appuis des PTF aux structures gouvernementales aux niveaux central, départemental,

communal, communautaire et familial. Tel est le cas des appuis multiformes que l'UNICEF apporte au Ministère de la santé qui met en œuvre des plans intégrés de communication confectionnés à l'aide des 4 stratégies mentionnées ci-dessus.

Parallèlement, les interventions de la GIZ, Care Benin, Plan Bénin, Bioversity Benin, Ministère de l'agriculture et celui des affaires sociales entre autres se réalisent aussi pour mettre en œuvre le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement dans leurs zones respectives. Par contre, FAO, PAM et ANCB notamment mènent surtout des activités de communication pour la nutrition dans les cadres du plaidoyer et de la mobilisation sociale essentiellement.

De manière explicite, le PIC pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin (2014) a été élaboré par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'UNICEF. Ce document expose les 4 stratégies de communication ci-dessus mais n'explique pas en quoi consistent le plaidoyer et la mobilisation sociale.

L'analyse approfondie des composantes de ce document démontre qu'il ressemble beaucoup plus à une stratégie qu'à un PIC. Ce dernier se limite uniquement au plan d'actions et au cadre de suivi et évaluation. On ne remarque pas une relation nette entre les 4 stratégies de communication, les actions prioritaires et les messages clés par type de participants.

L'approche méthodologique utilisée dans l'élaboration du PIC ci-dessus mérite d'être améliorée et approfondie en utilisant l'analyse comportementale et environnementale mettant en évidence les facteurs prédisposant, de renforcement et facilitants respectivement pour les participants primaires, secondaires et tertiaires (Green, L et Kreuter Marshall, 1999). Du reste, la relation entre les stratégies et les différents participants n'est pas assez explicite au niveau du plan d'action.

Dans ce cadre, il serait judicieux de renforcer l'analyse car le taux de mortalité maternelle et infantile n'est pas le problème mais la conséquence de ce dernier. Le problème réside dans l'absence de la mise en pratique des comportements recommandés à cause des facteurs négatifs variés pour prévenir ce taux de mortalité.

Le PIC pour accompagner le processus de réforme institutionnelle pour placer la nutrition au centre du développement du Bénin (Gouvernement du Bénin + Banque Mondiale Février 2010) était destiné à faire le plaidoyer pour la promotion de ce secteur. Malheureusement, il n'a pas été mis en œuvre pour des raisons inconnues. Il sera remplacé de manière qualitative et quantitative par la stratégie de CCSC pour la nutrition au Bénin et son plan opérationnel 2017-2021.

Il est à noter que des améliorations sur les plans conceptuels, méthodologiques et opérationnels méritent d'être apportées au PIC mentionné ci-dessus et serviront de leçons pour mieux élaborer la stratégie de CCSC pour la nutrition au Bénin.

Le présent rapport est une synthèse de l'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition au Bénin. Il constitue la première étape pour mieux élaborer une stratégie nationale de

CCSC et son plan opérationnel 2017-2021. La nutrition étant un domaine transversal, le grand défi consiste à élaborer une stratégie mettant en œuvre une approche participative, intégrée, intra et intersectorielle, holistique et coordonnée.

En définitive, la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition passe trois principales étapes communicationnelles inter reliées et coordonnées.

1. Effectuer un plaidoyer auprès des fournisseurs de biens et services pour qu'ils les rendent disponibles auprès des participants primaires pour leur faciliter le processus de changement social et comportemental.
2. Mobiliser les membres des communautés et des différentes organisations gouvernementales et internationales pour qu'ils apportent de manière coordonnée leur soutien aux participants primaires appelés à changer de comportements.
3. Convaincre les leaders traditionnels et religieux pour mener des activités destinées à changer les normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition.
4. Persuader les pères, les mères, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les filles adolescentes, les gardiennes d'enfants, etc. à changer de connaissances, d'attitudes et de comportements en faveur de la promotion de la nutrition au Bénin.

## II. Cadres conceptuel et méthodologique de la stratégie

Les cadres conceptuels et méthodologiques constituent les piliers à partir desquels se bâtissent la stratégie de CCSC et son plan opérationnel 2017-2021.

### 1. Vision

La stratégie de CCSC va contribuer à réaliser la vision du PSDAN qui est de faire du Bénin « un pays où chaque individu jouit d'un état nutritionnel satisfaisant afin de participer pleinement au développement d'un Bénin émergent.»

En d'autres termes, la vision de la stratégie de CCSC est que «Chaque Béninois participe activement à l'amélioration de son état nutritionnel et celui de son entourage direct et éloigné de manière durable en adoptant des comportements et des pratiques favorables à la promotion de la nutrition ainsi qu'au dépistage et à la prise en charge de la malnutrition.»

### 2. Orientations

L'élaboration de cette stratégie tient impérativement compte des principes directeurs qui résultent notamment de l'analyse de la situation.

La **politique gouvernementale** en matière de nutrition au Bénin composé par son cadre stratégique et opérationnel constitue une source d'inspiration incontournable.

La **promotion de l'égalité des sexes, de l'équité et des droits humains** dans les interventions de communication afin de combattre l'iniquité et les inégalités entre filles et garçons, femmes et hommes et d'influencer les comportements. Cela tient compte aussi des intérêts et de la participation des personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées de la société dont les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 5 ans.

Le **contexte socioculturel, linguistique et religieux** du pays influence inévitablement les pratiques familiales et communautaires en matière de nutrition. **Les valeurs sociales, les normes, les connaissances, attitudes, pratiques et comportements** ainsi que les modes de communication rentrent dans ce contexte.

La **pauvreté et le statut socio-économique** des différentes couches de la population du pays constituent un déterminant important à considérer.

La **coopération régionale et internationale** est un facteur important pour réussir la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition.

La **promotion de la participation des différents acteurs** intervenant dans la nutrition est une garantie de la responsabilisation et de l'appropriation des parents d'enfants, des prestataires de services, des familles, des communautés, des organisations locales et internationales, des différents leaders pour résoudre des problèmes liés à la nutrition. Cela

passer par la décentralisation, la collaboration intra et intersectorielle et le partenariat pour créer une **synergie** fondée sur **une approche participative et intégrée**.

La prise en compte des **données qualitatives et quantitatives** de nature sociale et comportementale pour planifier les différentes interventions pour la promotion de la nutrition axées sur les résultats.

La **collaboration inter sectorielle, intra sectorielle, l'approche intégrée et coordonnée** ainsi que le **partenariat** font aussi partie des orientations incontournables pour élaborer une stratégie de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021.

### **3. Fondements théoriques et méthodologiques**

#### **3.1. Cadre conceptuel**

L'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition au Bénin a conclu à l'inexistence d'un cadre théorique unique de référence à partir duquel s'élaborent toutes les interventions de communication pour la nutrition (SP-CAN, 15 Octobre 2016). Ainsi, le présent cadre conceptuel est composé par la combinaison du **modèle de la communication pour le développement (C4D)** (<http://www.unicef.org>, *UNICEF et al. 2012*) et du modèle de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation en promotion de la santé. Il s'agit du modèle PRECEDE/PROCEED de Lawrence W. Green et Marshall Kreuter (2005).

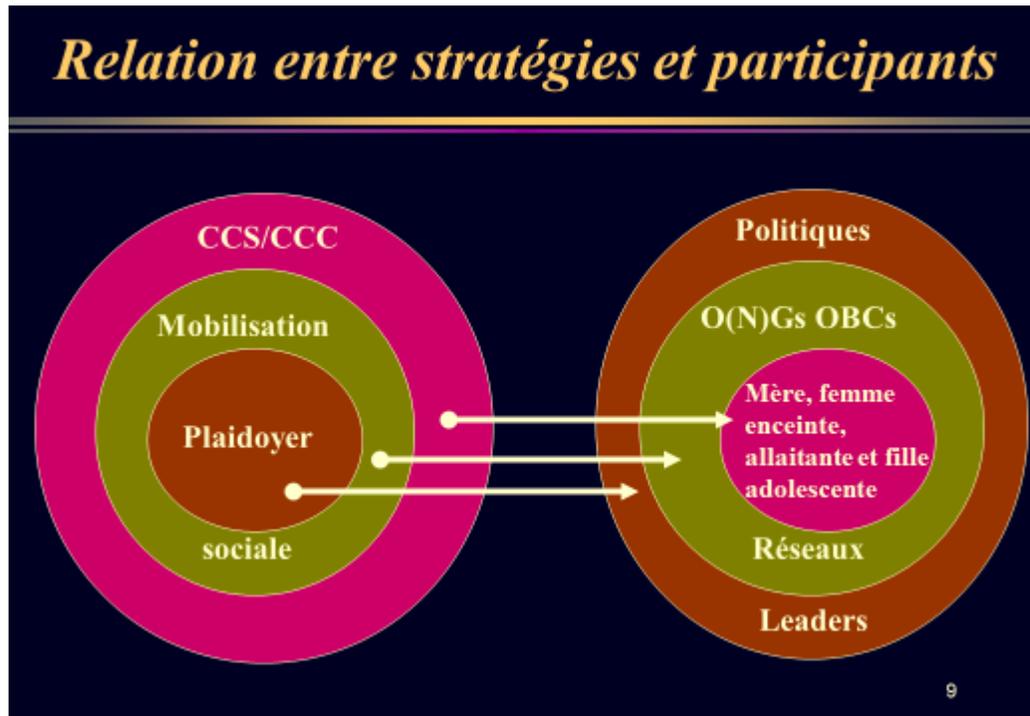
##### **3.3.1. Modèle de la communication pour le développement (C4D)**

Le C4D est un processus de **recherche et de planification** visant la **transformation sociale à travers quatre stratégies intégratives et complémentaires** à savoir le plaidoyer, la mobilisation sociale dont la participation communautaire, la communication pour le changement social (CCS) et la communication pour le changement de comportement (CCC).

Dans le cadre de l'approche participative, on adopte le concept **participatif** au lieu de bénéficiaire, cible ou auditoire faisant référence à la manipulation et la passivité des gens.

**Le plaidoyer** est une stratégie de communication consistant à collecter, organiser et formuler des informations en arguments à communiquer aux décideurs et leaders politiques et sociaux, par différents canaux, pour solliciter leur engagement et leur soutien actif à la promotion de la nutrition. Cela se concrétise par la mobilisation des ressources humaines, matérielles, logistiques et financières et leur influence sociale pour la promotion de la nutrition. Le plaidoyer s'adresse aux leaders politiques, administratifs, traditionnels et religieux ainsi que ceux du secteur privé et des organisations nationales et internationales à l'œuvre au niveau national, régional et communautaire. ). Le schéma n°3 illustre ces stratégies en fonction des public-cibles correspondants.

### Schéma n°3: 4 stratégies intégratives et complémentaires et participants



**Source** : Schéma construit à partir des informations ci-dessus

**La mobilisation sociale** vise, par le dialogue, l'identification, la mobilisation et la gestion des ressources humaines et matérielles, **y compris la participation communautaire**, pour accroître et renforcer la prise de conscience et la participation des différents acteurs inter reliés et complémentaires, pour promouvoir la nutrition au Bénin. Elle a pour objectif la **création des alliances intersectorielles et des réseaux** en faveur de la nutrition des enfants, des femmes enceintes et allaitantes et des filles adolescentes notamment. Elle entend favoriser une participation et une appropriation assez large des communautés, bref l'empowerment d'acteurs tels que les membres des institutions, communautés, groupes civiques, sociaux et religieux, associations à base communautaire, ONG, COSAN, COGES, relais communautaires, crieurs publics, élèves, enseignants, journalistes, le personnel de santé, etc.

**La participation communautaire** est fondée sur le dialogue, la consultation avec la population au sein d'une communauté donnée pour identifier leurs propres problèmes, décider des meilleurs moyens de les résoudre, les prioriser, élaborer des plans et rechercher des solutions ainsi qu'une assistance appropriée.

**La communication pour le changement social et comportemental (CCSC)** est composée par deux stratégies différentes mais complémentaires comme les deux faces d'une même médaille pour s'occuper respectivement des aspects sociaux et individuels. **Le changement social** est un processus de transformations de la distribution du pouvoir à travers des institutions sociales et politiques d'une communauté donnée. Dans ce contexte, **la CCS** entend identifier et modifier les pratiques culturelles néfastes et les normes sociales

défavorables à la promotion de la nutrition au Bénin. Dans ce cas, l'unité de changement est la communauté, car changer les normes sociales relatives à la nutrition constitue un préalable pour s'attaquer au changement individuel.

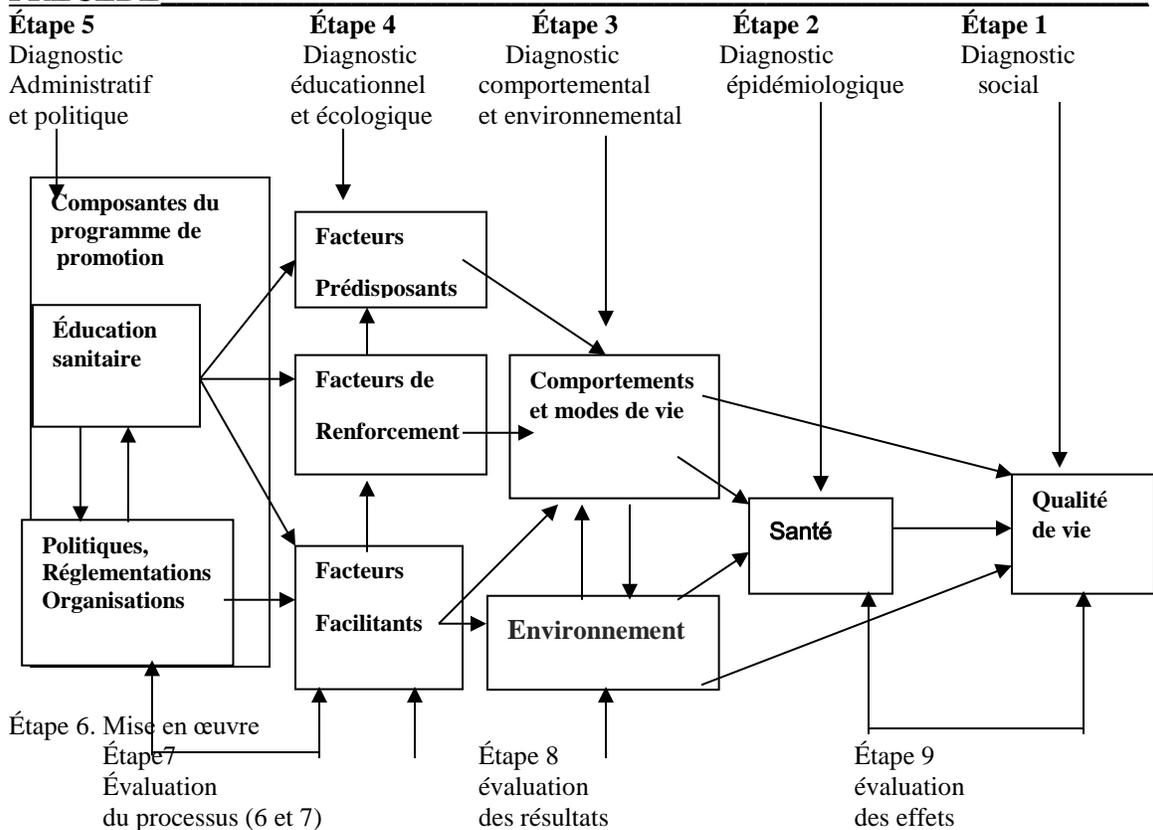
La CCC est, quant à elle, un processus consultatif basé sur la recherche pour changer les connaissances, les attitudes et les pratiques/comportements d'une catégorie de gens bien définis. Cette stratégie de communication fournit des informations appropriées et la motivation requise en utilisant une approche multimédia et des méthodes participatives. Elle s'adresse à un individu comme les mères d'enfants, les femmes enceintes, et allaitantes ainsi que la fille adolescente dans le cadre de la promotion de la nutrition. Le changement sera perceptible à travers l'augmentation de la demande et/ou de l'utilisation des produits et services, l'adoption des méthodes appropriées en vue d'accélérer la réalisation des objectifs de la nutrition au Bénin, l'augmentation des pratiques recommandées, etc.

### 3.3.2. Modèle PRECEDE-PROCEED

La C4D est complétée, de façon intégrative, par le modèle de planification, de mise en œuvre et de suivi – évaluation en promotion de la santé appelé PRECEDE/PROCEED (Lawrence W. Green et Marshal Kreuter, 2005). Le schéma n°4 fait une synthèse de ce modèle qui s'applique aussi bien en santé qu'en nutrition.

#### Schéma n°4: Modèle PRECEDE-PROCEED

##### PRECEDE



##### PROCEED

**Source :** Schéma de Green et Kreuter (1999 : 35) traduit par Lise Renaud (2002:2)

« **PRECEDE** » est un acronyme anglais de “**P**redisposing, **R**einforcing, and **E**nabling **C**onstructs in **E**ducational/**E**cological **D**iagnosis and **E**valuation” (Green et Kreuter, 1999:1). Par ces expressions, on entend les facteurs prédisposants, de renforcement et facilitants identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce dernier. Cette étape concerne surtout la composante planification.

Le sigle “**PROCEED**”, quant à lui, signifie “**P**olicy, **R**egulatory and **O**rganizational **C**onstructs in **E**ducational and **E**nvironmental **D**evelopment” Ce sont les politiques réglementant les ressources organisationnelles pour le développement éducationnel et environnemental. Cette seconde composante est surtout celle de l'évaluation du processus, des résultats et des effets.

**PRECEDE-PROCEED** est un **cadre de diagnostic** social, épidémiologique, comportemental et environnemental, éducationnel et écologique (organisationnel), administratif et politique, de planification, de mise en œuvre et de suivi - évaluation des programmes de promotion de la santé. Le **diagnostic** est un processus de détermination du statut sanitaire (nutritionnel) et des facteurs responsables de cet état applicable à un individu, à une famille, à un groupe, à une communauté et à une organisation comme l'illustre le schéma ci-dessus.

L'instrument de Green et Kreuter repose sur deux prémisses. D'abord, la **santé et la qualité de vie constituent deux éléments intimement liés**. Ensuite, la santé et les comportements favorables à la santé dépendent des facteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. Par conséquent, cette vision complexe appelle l'élaboration des **programmes de nature multidimensionnelle** pour la promotion de la santé.

Le **diagnostic social** permet de déterminer la perception que les gens ont de leurs besoins et de leur qualité de vie ainsi que leurs aspirations relatives au bien-être de la collectivité. En fait, le diagnostic social met en relief le contexte, l'étude du milieu, l'analyse des besoins de la population visée en l'occurrence dans le domaine de la nutrition, ses caractéristiques, son environnement, les ressources existantes ou potentielles et les obstacles prévisibles, etc. Il existe une interdépendance entre les problèmes sociaux et l'état nutritionnel de la population.

Le **diagnostic épidémiologique** est relatif à la santé des gens et met en relief les problèmes de santé vécus par la population cible en lien avec les problèmes sociaux relevés à l'étape du diagnostic social. Il met en évidence sa fréquence, sa prévalence, son incidence, sa répartition dans la population, sa gravité, etc. Il permet d'identifier le **problème de santé prioritaire** et de formuler un **objectif de changement** au regard du problème de santé soulevé. Ceci touche les indicateurs sur l'état nutritionnel de la population en l'occurrence le taux de malnutrition chroniques et aigues.

Les **diagnostics comportemental et environnemental** permettent d'identifier les facteurs associés au problème de santé. Ils sont relatifs aux **comportements et modes de vie** des populations ciblées ainsi qu'à **leur environnement**. Les facteurs comportementaux sont liés à l'individu (connaissances, attitudes, croyances, normes sociales et culturelles, etc.)

alors que les facteurs environnementaux sont relatifs aux conditions de vie influençant ce problème de santé (disponibilité, accessibilité des produits et services, etc.).

En fait, le **diagnostic comportemental** permet :

- d'identifier les facteurs comportementaux qui sous-tendent le problème de santé,
- de sélectionner le comportement à changer
- d'identifier l'objectif de changement comportemental.

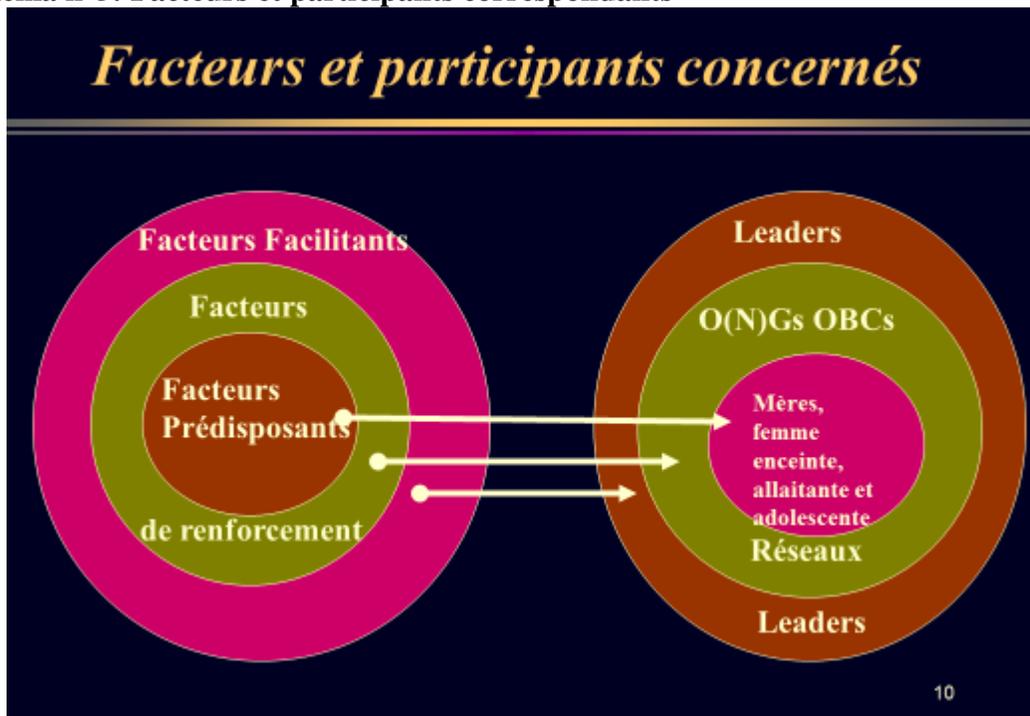
Le **diagnostic environnemental, quant à lui**, permet

- d'identifier les facteurs environnementaux qui sous-tendent le problème de santé,
- de retenir le facteur environnemental à modifier
- d'identifier l'objectif de changement environnemental.

Le modèle PRECEDE-PROCEED postule que **le comportement est un résultat**. C'est la partie visible de l'iceberg. Partant de ce principe, il s'avère indispensable de faire une analyse approfondie pour chercher de quoi il résulte. Dans ce contexte, les **diagnostics éducationnel et organisationnel** identifient les facteurs qui doivent être modifiés pour qu'un processus de changement comportemental et environnemental soit instauré ou maintenu. Les objectifs spécifiques du programme de promotion de la santé reposent sur trois catégories de facteurs.

Ces diagnostics permettent de cerner les **facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement** qui influencent le comportement et l'environnement, de prioriser et sélectionner les facteurs et d'établir les objectifs de changement souhaités comme l'indique le schéma n°5:

**Schéma n°5: Facteurs et participants correspondants**



**Source** : Schéma construit à partir des informations ci-dessus

Les **facteurs prédisposants** font référence à la motivation du public visé (mère, femme enceinte, femme allaitante, fille adolescente) et concernent les connaissances, les croyances, les attitudes, les valeurs, les attentes, les besoins, les perceptions, la confiance en soi par rapport à sa capacité individuelle à réaliser le comportement souhaité. Ce sont des facteurs qui prédisposent à l'adoption, au maintien ou au rejet d'un comportement. Ces facteurs précèdent le comportement à adopter comme l'AM précoce et exclusif.

Les **facteurs facilitants** facilitent ou limitent l'adoption, le maintien ou le rejet de comportements individuels ou organisationnels. Ils font référence à la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des ressources et des services, les lois, les priorités et la volonté gouvernementale et communautaire, la capacité, les conditions de vie, etc. Il s'agit des capacités ou incapacités d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation par rapport à l'adoption d'un comportement souhaité. Ils facilitent la réalisation d'une action motivée.

Les **facteurs de renforcement** sont la récompense ou l'incitatif au comportement et contribuent à son maintien, à sa répétition ou à son élimination éventuelle. Ils font référence au soutien ou au support de l'environnement d'un individu (mère, femme enceinte, femme allaitante et fille adolescente) pour l'aider à réaliser le comportement souhaité. Ils concernent les attitudes et les comportements des familles, des belles-mères, des pairs, des professionnels, des employeurs, des leaders communautaires, religieux et traditionnels, des guérisseuses, des personnes en position de sanctionner ou de récompenser le comportement.

Ces facteurs entrent en jeu après la manifestation d'un comportement souhaité et contribuent soit à la persistance, soit à la disparition du comportement. Ce sont des facteurs relatifs au **support dont jouit ou est privé un individu** (mère, femme enceinte ou allaitantes) pour adopter un comportement souhaité. Les bénéfices sociaux (reconnaissance), les bienfaits physiques (confort, arrêt d'inconfort ou de douleur), récompenses tangibles (bénéfices monétaires ou diminution des coûts) et toute récompense perçue (apparence physique, respect de la personne, association avec une personne admirée ou célèbre) constituent des renforcements positifs. Toutefois, les conséquences négatives et les punitions sont des facteurs de renforcement conduisant à l'extinction du comportement.

**Ces trois sortes de facteurs sont inter reliés.** Une motivation (facteur prédisposant) entraîne une personne (mère) à adopter un comportement. Mais il lui faut des ressources ou des habiletés nécessaires ou de la capacité (facteurs facilitants) pour maintenir ce nouveau comportement. Ce dernier est suivi par des réactions de natures émotionnelles, physiques ou sociales (facteurs de renforcement) reliés au support ou soutien de l'entourage.

Les diagnostics **éducatif et organisationnel permettent de :**

- cerner les facteurs prédisposants, facteurs et de renforcement qui influencent le comportement et l'environnement,
- prioriser et sélectionner les facteurs,
- établir les objectifs de changement.

La sélection des facteurs retenus comme prioritaires permet l'identification des objectifs éducationnels et organisationnels qui eux-mêmes permettent de définir les activités du programme de promotion de la nutrition.

Les **diagnostics administratif et politique** portent sur les composantes du programme de promotion de la santé, les éléments d'éducation, les politiques, les réglementations et les organisations.

Le **diagnostic administratif** permet de :

- déterminer les ressources disponibles ou nécessaires pour la réalisation d'un programme
- éliminer les barrières intra-organisationnelles nuisant à l'implantation du programme
- décider de la poursuite ou de l'arrêt du programme.

Le **diagnostic politique** permet de :

- examiner le contexte environnemental, politique et légal dans lequel se déroulera le programme,
- identifier les partenariats indispensables
- cerner les barrières extra-organisationnelles nuisant à la mise en œuvre du programme.

Les **différents diagnostics mentionnés ci-dessus font partie de la phase de l'analyse** appelée **PRECEDE** qui est complétée par celle de la mise en œuvre et de l'évaluation connue sous le sigle **PROCEED**.

La **mise en œuvre** du programme consiste à

- reprendre les différents objectifs déterminés à partir de chacun des diagnostics,
- organiser l'ensemble des activités nécessaires à leur atteinte,
- vérifier la cohérence de l'ensemble des activités et
- s'assurer de l'adéquation des ressources humaines et financières

La prochaine étape consiste à la mise en œuvre des activités précédemment définies en fonction des rôles, des objectifs, de l'échéancier, des ressources et du budget.

L'**évaluation** fait partie intégrante du programme. Elle repose sur les objectifs déterminés lors des différents diagnostics. L'**évaluation du processus** est en lien avec les objectifs éducationnel et organisationnel, **celle des résultats** avec les objectifs comportemental et environnemental et **celle des effets** avec les objectifs de santé et de qualité de vie.

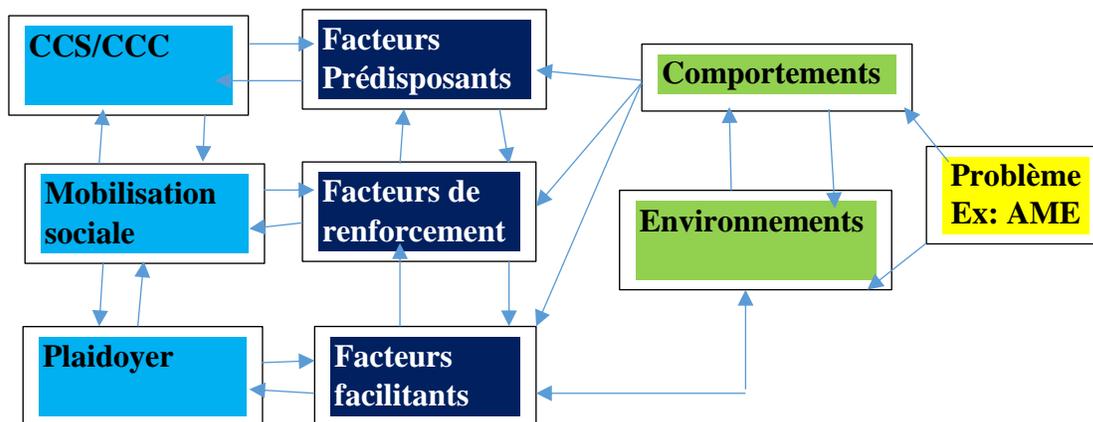
L'outil de Green et Kreuter repose sur les **comportements comme objets de changement**. En fait, les comportements reliés aux problèmes de santé individuels ou collectifs sont au centre de la démarche. Ils sont des **objets d'analyse** autour desquels on peut construire un programme ainsi que des **indicateurs et des unités de mesure** pour l'évaluation de l'intervention. Dans ce contexte, des facteurs autres que la santé interviennent dans la qualité de vie des individus et des communautés. Il s'agit par exemple de l'économie, de la vie sociale, du climat politique, du système d'éducation, etc. Des causes autres que comportementales interviennent dans l'apparition des problèmes de santé dont l'âge, le sexe et l'environnement.

En somme, le **PRECEDE-PROCEED** est un modèle de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de la promotion de la santé développé sur **deux axes** à savoir **l'analyse comportementale et l'analyse environnementale**. L'analyse comportementale analyse les facteurs individuels et collectifs favorables et défavorables à l'adoption d'un comportement et mène à la planification d'un programme pour changer la situation sur le terrain. L'analyse environnementale met en exergue les forces sociales politiques, organisationnelles, économiques notamment qui affectent le style de vie et la santé des publics visés pour pouvoir les modifier.

### 3.3.3. Intégration du C4D et PRECEDE - PROCEED

Les modèles C4D et PRECEDE – PROCEED sont complémentaires. Les facteurs prédisposants identifiés vont être changés en recourant aux stratégies de communication pour le changement social et comportemental. Les facteurs facilitateurs et ceux du renforcement vont être modifiés en utilisant respectivement les stratégies de plaidoyer et de mobilisation sociale. Le schéma n°6 l'illustre de la manière suivante :

**Schéma n°6 : Correspondances entre les stratégies et les facteurs comportementaux et environnementaux**



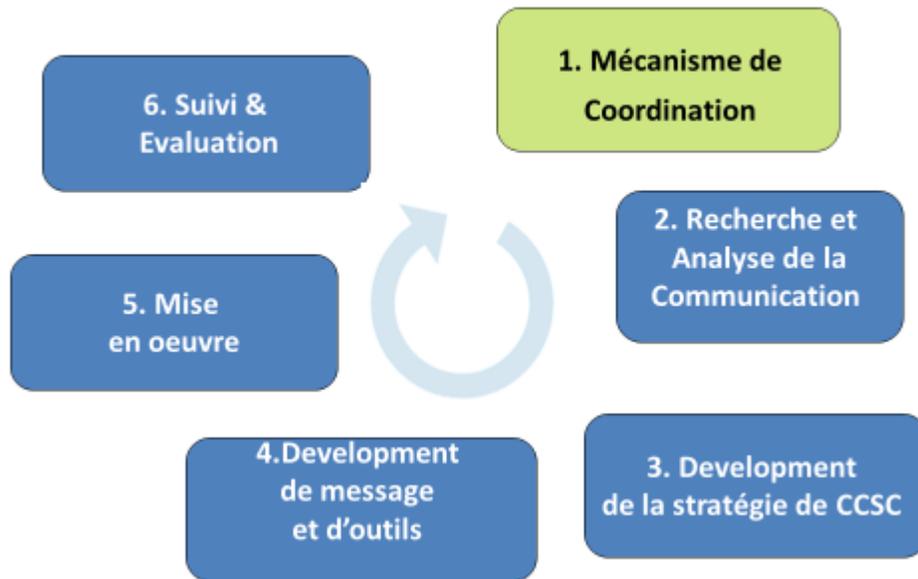
**Source :** Schéma construit à partir des informations ci-dessus

## 3.2. Cadre méthodologique

Le développement d'une stratégie de CCSC et de son plan opérationnel appelé plan intégré de communication (PIC) s'effectue en 6 principales étapes interdépendantes. Il s'agit de l'installation du mécanisme de coordination, la recherche et l'analyse de la communication, le développement de la stratégie, l'élaboration des messages et des outils, la mise en œuvre et le suivi et évaluation (<http://www.unicef.org>) comme l'indique le schéma n°7. La méthodologie combine aussi bien les éléments du modèle PRECE-PROCEED et ceux du modèle de la communication pour le développement.

## Schéma n°7: Étapes pour élaborer une stratégie de CCSC et son plan opérationnel

### Processus de planification de la CCSC



**Source :** Schéma construit pour visualiser les informations ci-dessous

**L'établissement du mécanisme de coordination** est indispensable pour superviser tout le processus organisé selon une approche intersectorielle et intégrée. Cela facilite la planification conjointe, la prise de décisions et le partage de responsabilités. Tel est le cas, pour le SP-CAN, du groupe de coordination de la communication sur la nutrition.

**La recherche et l'analyse** de la communication constituent une étape importante du processus de collecte des informations pour des objectifs programmatiques. A ce stade, il s'agit d'effectuer une **recherche** pour collecter des données qualitatives et quantitatives relatives aux connaissances, attitudes, pratiques, disponibilité, accessibilité, stabilité des produits et services. L'inventaire se poursuit aussi avec des informations sur les aspects démographiques, nutritionnels, sanitaires, socioculturels, linguistiques, religieux, politiques et économiques entre autres.

Si ces données existent, elles sont analysées pour planifier la stratégie de CCSC et son plan opérationnel en question. Dans le cas contraire, en l'absence de données, c'est la planification de la recherche pour récolter des informations par des techniques de nature quantitative et qualitative à la fois. Les études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), les discussions de groupe, les enquêtes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les entretiens avec les informateurs clés, l'observation sur le terrain, etc. font partie des recherches à réaliser.

**L'analyse communicationnelle** consiste à déterminer :

- le problème et ses conséquences
- les participants primaires, secondaires et tertiaires,

- les comportements prioritaires à promouvoir et ses déterminants pour promouvoir la nutrition et prévenir la malnutrition,
- les facteurs comportementaux et environnementaux des comportements prioritaires à promouvoir
- les canaux de communication disponibles, accessibles, crédibles et utilisés régulièrement par les populations cibles.

Un **comportement** est un **résultat dont il faut rechercher de quoi il résulte** pour proposer une intervention destinée à opérer des changements comportementaux et environnementaux pour la promotion de la nutrition. Telle est la finalité de l'analyse comportementale et environnementale qui fait ressortir des facteurs liés à la motivation des participants primaires (facteurs prédisposants) au soutien fourni par les participants secondaires (facteurs de renforcement) et à la capacité offerte par les participants tertiaires (facteurs facilitants) (Laurence W. Green et Kreuter W. Marshall, 2005).

**Le développement de la stratégie de CCSC** consiste à formuler :

- La vision et les orientations stratégiques
- Les cadres conceptuels et méthodologiques
- Les axes et objectifs stratégiques
- Les options stratégiques
- Les plans opérationnels budgétisés

**Le développement des messages et des outils** est une étape importante pour définir :

- le thème central des messages
- les messages clés
- la correspondance entre les messages, les publics cibles et les canaux et agents de communication

**La mise en œuvre** à court, moyen ou long terme est l'avant-dernière étape de tout ce processus de planification de la CCSC pour la promotion de la nutrition par exemple. Toutes les ressources humaines, matérielles, logistiques et financières sont en place pour passer à l'action.

Enfin, la dernière étape du processus est **le suivi et l'évaluation**. **Le suivi ou l'évaluation** du processus consiste à se rendre compte si les activités de communication se déroulent comme cela a été planifié. C'est le cas, comment cela se passe-t-il? Si non, que faut-il changer? Par contre, **l'évaluation des résultats** fait référence aux changements de connaissances, d'attitudes et de comportements des participants primaires en l'occurrence. **L'évaluation de l'effet** fait penser à la qualité de vie et la bonne santé d'un enfant qui auparavant, souffrait de malnutrition. Les données qualitatives et quantitatives collectées lors du suivi et de l'évaluation vont servir aux étapes suivantes.

Les éléments du cadre conceptuel et méthodologique ci-dessus constituent une synthèse qui sera développée dans un module de formation des formateurs du niveau central en planification stratégique de la CCSC pour la nutrition au Bénin.

## 4. Axes et objectifs stratégiques

### 4.1. Axes stratégiques

Les cinq axes stratégiques sont composés par les domaines du PSDAN sur l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant :

- ✓ Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : AM précoce, AME, alimentation complémentaire et poursuite de l'AM jusqu'à 2 ans ou plus.
- ✓ Alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante (AFAFEFA).
- ✓ Prise en charge de la malnutrition aigüe et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : MIILD, vaccination, paludisme, infections respiratoires aigües, diarrhée, pneumonie, anémie, VIH, etc.
- ✓ Promotion de l'hygiène et de l'Assainissement: Lavage des mains à l'eau et au savon, assainissement du milieu et fin de la défécation à l'air libre, consommation de l'eau potable, élimination des matières fécales, etc.
- ✓ Autres interventions en alimentation et en nutrition : carence en micronutriments et maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

Pour des raisons pragmatiques, le présent plan opérationnel allant de 2017 à 2021 sera consacré à la promotion de la nutrition pour les comportements prioritaires suivants :

- l'allaitement maternel précoce,
- l'AME,
- l'alimentation complémentaire dès 6 mois tout en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus,
- l'alimentation de la fille adolescente,
- l'alimentation de la femme enceinte
- l'alimentation de la femme allaitante
- le dépistage de la malnutrition
- la prise en charge de la malnutrition aigüe.

Même si le dépistage de la malnutrition chronique est effectué sur le terrain, il n'existe pas de prise en charge comme telle car il est déjà trop tard de changer les choses. Les prestataires de service se contenteront de donner des conseils à la mère dont l'enfant souffre de malnutrition chronique.

Ces comportements font partie de l'objectif du PSDAN qui consiste à prendre en charge de façon spécifique certains groupes vulnérables comme le nourrisson, le jeune enfant, la fille adolescente, la femme enceinte et celle allaitante.

Même si certains comportements retenus par le PIC pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin 2014-2018 (Ministère de la santé, 2014) n'ont pas été priorisés pour opérationnaliser la présente stratégie de CCSC, ils vont continuer à être mis en œuvre sur le terrain. Il s'agit du lavage des mains aux moments critiques à l'eau propre et au savon, l'élimination correcte et systématique des matières fécales, l'utilisation des MIILD pour faire dormir les enfants âgés de 0-5 ans toutes les nuits pour prévenir le paludisme, la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois par l'utilisation du SRO/Zinc,

la reconnaissance des signes de danger et le recours précoce aux soins et l'alimentation des adultes et des personnes du troisième âge. Par conséquent, les plans sectoriels de communication des différents partenaires du SP-CAN relatifs à ces comportements vont être intégrés dans le plan opérationnel pour la nutrition pour les 5 domaines du PSDAN (ANJE, AFAFEFA, PH, PCMA et PCIME) de 2017 à 2021.

## 4.2. Objectifs stratégiques

Les changements souhaités sont relatifs à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières, la mobilisation sociale pour faciliter le changement de connaissances, d'attitudes, de normes sociales et de comportements des publics cibles primaires. En clair, les objectifs touchent les trois sortes de participants inventoriés ci-dessus.

### 4.2.1. Objectifs nationaux

Le Bénin à l'instar des autres pays, a adhéré aux objectifs mondiaux de 2012 définis par l'Assemblée Mondiale de la Santé, organe de décision de l'OMS. Pour cela, le pays s'est doté en 2015 d'un Cadre Commun de résultats (CCR) de 2016 à 2025 pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Le tableau n°6 présente les engagements de ce cadre de résultats.

**Tableau n°6: Rappel des objectifs à atteindre au Bénin en 10 ans de 2016 à 2025**

Objectifs mondiaux de l'OMS jusqu'à 2025	Situation au Bénin en 2015 (MICS, 2015)	Objectifs 2025 Bénin (CCR, 2015)
1. Réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance	34%	20%
2. Réduire de 50% l'anémie chez les femmes en âge de procréer	41.4% (EDS, 2013)	20%
3. Réduire de 30% l'insuffisance pondérale à la naissance	18%	12,5%
4. Limiter l'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids	1.7%	ND
5. Augmenter au moins de 50% le taux d'AME au sein au cours des 6 premiers mois de la vie	41.4%	61.4%
6. Réduire et maintenir au-dessous de 5% l'émaciation chez l'enfant	4.5%	ND

**Source:** OMS (2012) et CCR (2015)

### 4.2.2. But de la stratégie

Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables des enfants de 0 à 24 mois, des filles adolescentes, des femmes enceintes et celles allaitantes.

### 4.2.3. Objectifs communicationnels

#### 4.2.3.1. Objectifs généraux relatifs à la CCC

La formulation des indicateurs ci-dessous a pour point de repères les cibles à atteindre en 10 ans de 2016 à 2025. Par conséquent, en 5 ans, de 2017 à 2021, les cibles à atteindre ont été divisées par deux. Ainsi par exemple, augmenter de 50% le taux d'AME en 10 ans revient à 61.4% car il est de 41.4% en 2015. Par conséquent, en 5 ans ce taux sera de 51.4%. Ce calcul se fonde sur les cibles fixées par le cadre commun des résultats (2015) élaboré par le SP-CAN et ses partenaires techniques et financiers.

De janvier 2017 à Décembre 2021, 20% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus **auront pratiqué des comportements** favorables à l'amélioration de son état nutritionnel en général et en particulier celui des couches vulnérables des enfants de 0 à 24 mois (AM précoce et exclusif, alimentation complémentaire, dépistage et prise en charge de la malnutrition aigüe), des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des filles adolescentes:

- 56.6% des mères auront pratiqué AM précoce (46.6%, MICS, 2015).
- 51.4 % des mères auront pratiqué AME (41.4%, MICS, 2015).
- 20% des mères auront pratiqué la diversité alimentaire et la fréquence des repas à leurs nourrissons âgés de 6 à 23 mois (15.1% de régime alimentaire minimum pour les enfants allaités, MICS, 2015).
- 12.5% des filles adolescentes auront pratiqué une alimentation suffisante, saine et équilibrée (CCR, 2015).
- 40% des femmes enceintes auront pratiqué une alimentation suffisante, saine et équilibrée (CCR, 2015).
- 40% des femmes allaitantes auront pratiqué une alimentation suffisante, saine et équilibrée (CCR, 2015).
- 50% des mères/pères auront fait faire le dépistage de la malnutrition de leurs enfants âgés de moins de 5 ans.
- 50% des mères/pères auront accepté la prise en charge de la malnutrition aigüe de leurs enfants âgés de moins de 5 ans
- 75% des agents de santé auront assuré la prise en charge effective et correcte des enfants de moins de 5ans souffrant de la de la malnutrition aigüe.

#### 4.2.3.2 Objectifs spécifiques liés au changement de normes et de connaissances

De janvier 2017 à Décembre 2021,

- 60% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus auront **acquis des connaissances** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables
- 40% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus auront **acquis des attitudes** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables
- 30% des leaders politiques (touchés par les actions de plaidoyer) **auront mené des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales** défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 50% des leaders traditionnels et religieux (touchés par les actions de plaidoyer) **auront mené des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales** défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables.

#### 4.2.3.3. Objectifs spécifiques liés à la mobilisation sociale

De janvier 2017 à Décembre 2021,

- au moins 50% des organisations de la société civile et à base communautaires et des institutions publiques et privées **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- au moins 30% des enseignants et des élèves des établissements primaires et secondaires **auront été touchés par des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 30% des établissements primaires et secondaires **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- au moins 50% des agents de santé et du CPS **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- au moins 50% des relais communautaires **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables

- au moins 30% des griots **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 
- 60% des médias publics, privés et communautaires **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 100% des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition **auront mené des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.

#### 4.2.3.4 Objectifs spécifiques liés au plaidoyer

De janvier 2017 à Décembre 2021,

- 60% des membres du gouvernement et des maires **auront mobilisé des ressources** financières, humaines, matérielles ou morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des leaders politiques et communautaires **auront mobilisé des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 50% des chefs religieux et traditionnels **auront mobilisé des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 100% des responsables des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition **auront mobilisé des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 50% des responsables des médias **auront mobilisé des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 10% des leaders du secteur privé **auront mobilisé des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables

#### 4.2.3.5. Résultats attendus

De Janvier 2017 à Décembre 2021,

20% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus **pratiquent des comportements** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables :

- 56.6% des mères **pratiquent** l'allaitement maternel précoce.
- 51.4 % des mères **pratiquent** l'allaitement maternel exclusif.
- 20% des mères **pratiquent** la diversité alimentaire et la fréquence des repas à leurs nourrissons âgés de 6 à 23 mois.
- 12.5% des filles adolescentes **pratiquent** une alimentation suffisante, saine et équilibrée.
- 40% des femmes enceintes **pratiquent** une alimentation suffisante, saine et équilibrée.
- 40% des femmes allaitantes **pratiquent** une alimentation suffisante, saine et équilibrée.
- 50% des mères/pères **font** le dépistage de la malnutrition de leurs enfants âgés de moins de 5 ans.
- 50% des mères/pères **font** la prise en charge de la malnutrition aigüe de leurs enfants âgés de moins de 5 ans.
- 75% des agents de santé **assurent** la prise en charge effective et correcte des enfants de moins de 5 ans souffrant de la de la malnutrition aigüe.
- 60% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus ont **des connaissances** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables.
- 40% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus ont **des attitudes** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables.
- 30% des leaders politiques (touchés par les actions de plaidoyer) **mènent des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales** défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des leaders traditionnels et religieux (touchés par les actions de plaidoyer) **mènent des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales** défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 50% des organisations de la société civile et à base communautaires et des institutions publiques et privées **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 30% des enseignants et des élèves des établissements primaires et secondaires **sont touchés par des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 30% des établissements primaires et secondaires **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état

nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.

- au moins 50% des agents de santé et du CPS **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 50% des relais communautaires **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 30% des griots **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 60% des médias publics, privés et communautaires **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 100% des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 60% des membres du gouvernement et des maires **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des leaders politiques et communautaires **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des chefs religieux et traditionnels **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 100% des responsables des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des responsables des médias **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 10% des leaders du secteur privé **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.

## 5. Choix stratégiques

Les options stratégiques suivantes sont inspirées des résultats de l'analyse de la situation dont la synthèse est exposée ci-dessus.

La réussite du changement social et comportemental pour la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition passe par la **coordination de toutes les interventions** en CCSC par le SP-CAN à travers la planification, le développement, la mise en œuvre, le suivi-évaluation, la supervision, la recherche et la mobilisation des ressources.

L'approche coordonnée, holistique, intersectorielle, intégrée et participative des interventions des différents partenaires nationaux et internationaux au Bénin se concrétise **aux niveaux central/national, départemental, communal ainsi que communautaire et familial** de manière concertée pour éviter des contradictions, des chevauchements et des duplications. Cette intégration inter sectorielle et intra sectionnelle se concrétiserait par l'élaboration d'un plan intégré de communication de tous les intervenants dans les domaines de l'ANJE, de l'AFAFEFA, de la promotion de l'hygiène et l'assainissement (PH), de la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME) ainsi que du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition aigüe (PCMA).

L'harmonisation des interventions sur le terrain commence par **l'adoption commune des cadres conceptuels et méthodologiques** et des modules de formation sur la planification stratégique de la CCSC pour la nutrition du niveau national à l'échelle communautaire en passant par les instances départementales et communales.

La **mise en œuvre des interventions** communicationnelles se fait **à travers des partenariats** avec les ONG locales, les leaders religieux et traditionnels, les médias, les vedettes et les artistes reconnus par les publics cibles comme crédibles. Les rôles et les responsabilités de chaque acteur seront définis lors de la définition du cadre de coordination et de suivi-évaluation. Dans ce contexte, la plupart des leaders religieux et traditionnels (rois par exemples), certains chanteurs et les mères modèles peuvent constituer **des champions du genre et de la nutrition** et devenir des porte-paroles de la promotion de la nutrition au Bénin. Leurs interventions complètent celles des animateurs des projets, des journalistes et des chargés de la communication des institutions gouvernementales et des PTF dans le domaine de la nutrition.

Il est important de **renforcer**, sur le plan pratique, **l'égalité et l'équité entre les sexes** en mettant en pratique le concept de **conjoint-es conjointement responsables**. Ainsi, les hommes, les maris et les garçons vont s'impliquer aux côtés des femmes, des épouses et des filles pour promouvoir l'AM précoce et exclusif, l'alimentation complémentaire des enfants de 6 à 24 mois, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition, l'alimentation de la femme enceinte, de la femme allaitante et de la fille adolescente.

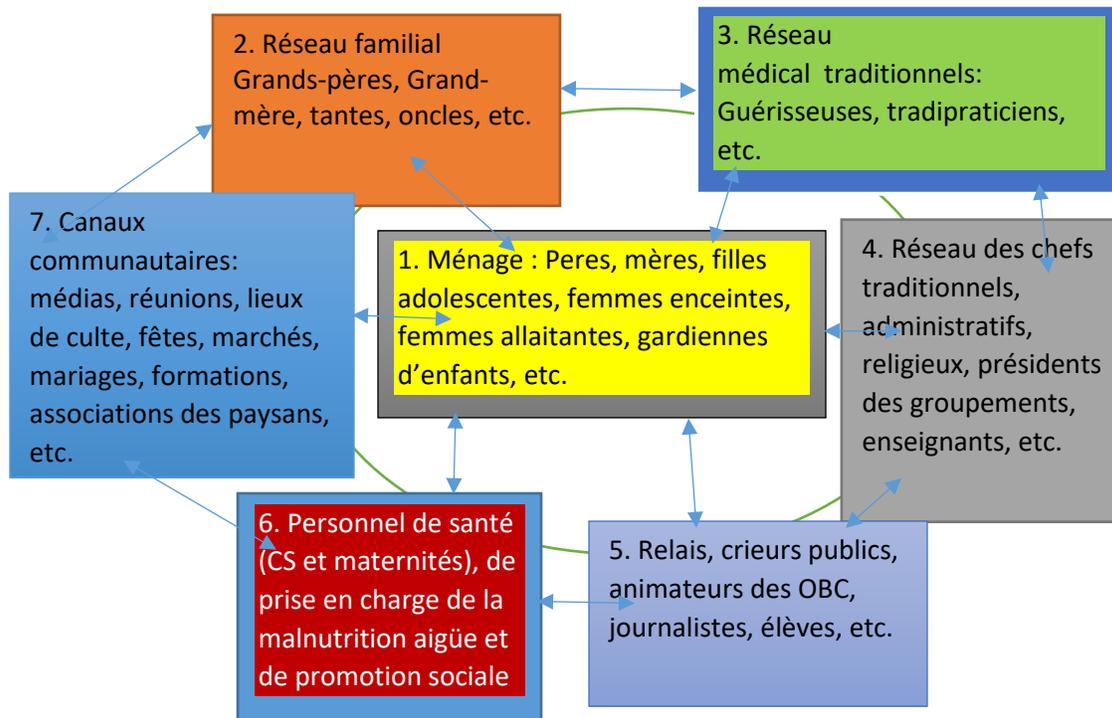
Tout en adoptant **une approche multimédia pour créer une synergie**, les messages, les canaux et les outils de communication coordonnés et harmonisés sont à adapter aux différents publics cibles.

Les **populations analphabètes** du monde rural (mères, femmes enceintes, femmes allaitantes, filles adolescentes, gardiennes d'enfants, maris) vont être **rejointes en utilisant leurs modes habituels et quotidiens de communication** à savoir le réseau communautaire, familial et interpersonnel. Cette sorte de communication se concrétisera par les visites à domicile, l'éducation par les pairs, les conseils, les discussions de groupe, les pièces de théâtre, les sketches, les festivals locaux de musique, les entretiens face à face, etc.

Ce genre de communication se fera à l'aide des boîtes à images, des cartes conseils, des affiches, des vidéos, des émissions interactives et des tribunes téléphoniques radiophoniques. La dimension ethnique et linguistique sera prise en compte car elle détermine les normes sociales favorables ou défavorables à la promotion de la nutrition.

Le crieur public, le relais, le CSAN, la grand-mère, les mères modèles, les beaux-parents, les animateurs des foyers de récupération nutritionnelle et des projets, les écoliers et enseignants ainsi que les journalistes des radios publiques, privées et communautaires, les parents et les enfants font partie de ces acteurs de communication familiale et communautaire orientée vers la communication pour le changement social et comportemental. De manière générale, le schéma suivant illustre bien les canaux de communication communautaires à utiliser pour promouvoir la nutrition au Bénin.

**Schéma n°8 : Canaux communautaires pour la promotion de la nutrition au Bénin**



**Source :** Schéma construit à partir de l'analyse des données

La **participation et l'appropriation communautaires et familiales** constituent des piliers de la durabilité et la réussite des interventions communicationnelles sur la nutrition. Ceci nécessite **l'implication des maris et des leaders religieux et traditionnels** aux cotés des mères d'enfants, des femmes enceintes ou allaitantes.

Sur le plan national, le grand public en général, et les habitants des villes comme Cotonou, Porto Novo et Parakou, en particulier, vont être sensibilisés sur les enjeux et les tenants de la nutrition au cœur du développement à travers les médias publics, privés et communautaires. **La télévision publique et la radio nationale de l'ORTB** offrent une couverture nationale en diffusant dans plusieurs langues, ce qui n'est pas le cas des 10 autres chaînes privées de télévision, des **16 radios privées commerciales**, des **38 radios privées associatives et communautaires** et des **5 radios confessionnelles**. Un choix judicieux est nécessaire pour les exploiter judicieusement et de manière complémentaire.

Abondant dans le même sens, il convient de publier en Français des articles dans **La Nation** qui est un journal gouvernemental publié régulièrement et distribué à l'échelle nationale. Parallèlement, il est nécessaire d'effectuer une sélection parmi les 33 autres quotidiens privés et les 27 périodiques ayant une vocation surtout régionale.

Cette mobilisation sociale vise à **créer une visibilité des enjeux de la nutrition ainsi qu'une prise de conscience nationale sur ces défis situés au cœur du développement national**. La permanence et la régularité des interventions médiatiques seront la pierre angulaire des activités dans ce domaine. Les articles dans les journaux écrits et les sites web, les programmes radiotélévisés, les panneaux publicitaires, les T-shirts, casquettes, kakémonos et porte-documents, les messages via la téléphonie mobile entre autres constituent des outils de communication à utiliser lors des campagnes à organiser de manière régulière et intensive.

Les **canaux de communication institutionnelle** sont à utiliser lors de réunions de plaidoyer et de lobbying pour impliquer les différents leaders dans la promotion de la nutrition au Bénin. Le dépliant, les livrets, les brochures, le bulletin, les cartes de vœux, les calendriers, les rapports d'activités constituent la plupart des outils à mettre en œuvre pour que les responsables politiques, administratifs et religieux tant gouvernementaux que des PTF mobilisent les ressources nécessaires à la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition au Bénin. Le tableau suivant fait la synthèse des résultats attendus de la synergie des canaux de communication par publics - cibles visés.

**Tableau n°7: Synergie des canaux de communication pour la nutrition**

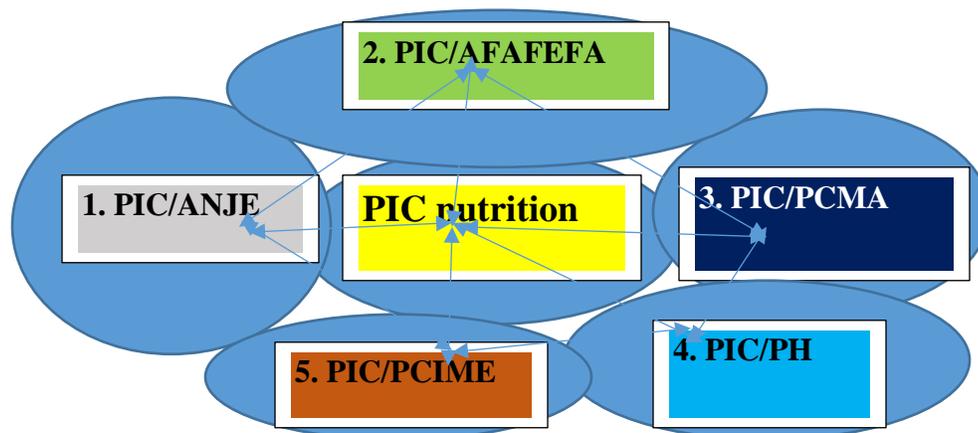
<b>Canaux et Publics cibles</b>	<b>Résultats attendus</b>
<p><b>1. Communication de masse</b> (Radio, Télévision, presse écrite, affichage, Internet, téléphonie mobile, etc.)  <b>Publics cibles : Population du Bénin</b></p>	<p>Population mieux informée sur la nutrition et la prévention de la malnutrition.            Visibilité des réalisations sur la nutrition est réelle.            Prise de conscience nationale sur les enjeux de la nutrition est une réalité</p>
<p><b>2. Communication institutionnelle</b> (structure de communication des services gouvernementaux, du secteur privé et des organisations internationales en œuvre au Bénin du sommet de l'État aux villages en passant par les régions, département et les communes  <b>Publics cibles</b> : Les personnels travaillant dans ces structures</p>	<p>Mobilisation de tous ces travailleurs sur l'importance de la nutrition au cœur du développement du pays est assurée            Nutrition de plus en plus comprise comme pilier du développement</p>
<p><b>3. Communication interpersonnelle et de groupe</b> (visites au centre de santé, à la maternité et aux hôpitaux, échanges entre les relais et les membres des ménages et des communautés, discussions communautaires, interventions des leaders dans les villages, messages des responsables religieux dans les lieux de culte, réunions et sessions de formation variées, etc.)  <b>Publics cibles</b> : Pères et mères d'enfants, fille adolescente, femme enceinte, femme allaitante, gardiennes d'enfants, etc.</p>	<p>Acquisition des connaissances, attitudes et nouvelles normes sociales en faveur de la nutrition est une réalité.            Changement des pratiques et comportements des publics cibles en faveur de la promotion de la nutrition est effectif.</p>

**Source** : Tableau construit pour visualiser les informations ci-dessus

La présente stratégie nationale de CCSC pour la nutrition se concrétise à travers **un plan opérationnel** mettant en évidence des **activités budgétisées** à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs escomptés par stratégie (plaidoyer, mobilisation sociale, CCS et CCC), par participants (primaires, secondaires et tertiaires) et par niveaux d'intervention (national/central, départemental et communal, communautaire et familial).

Pour concrétiser davantage l'approche coordonnée, intégrée, inter et multisectorielle, il est fortement recommandé de confectionner, sur le plan national, un plan intégré de communication regroupant tous les plans sectoriels de communication des partenaires du SP - CAN dans les 5 domaines du PSDAN : ANJE, AFAFEFA, PCMA, PH, PCIME

**Schéma n°9 : PIC sur la nutrition regroupant les plans sectoriels de communication de tous les partenaires du CAN**



**Source :** Schéma élaboré pour visualiser les informations ci-dessus

Le rôle et les responsabilités de chaque acteur, sous la coordination du SP-CAN, seront définis lors de la planification, la mise en œuvre, la supervision, le suivi et évaluation du plan opérationnel budgétisé 2017-2021 de l'actuelle stratégie de CCSC pour la nutrition.

Le tableau synthèse suivant établit la correspondance entre stratégies, participants, activités et résultats attendus.

**Tableau n°6: Correspondances entre participants, stratégies, activités et résultats**

<b>Stratégies</b>	<b>Participants</b>	<b>Activités</b>	<b>Résultats</b>
<b>Plaidoyer</b> pour l'engagement politique et social des leaders	Responsables politiques et administratifs gouvernementaux, et représentants des PTF Chefs traditionnels, religieux et médiatiques, etc.	Visites et réunions de négociation Planification conjointe ou concertée Lobbying Événements spéciaux, Séminaire/ateliers, etc.	Volonté politique Affectation des ressources nécessaires Changement de politiques et/ou de programmes, renforcement des capacités, Influence sociale et communautaire des leaders, etc.
<b>Mobilisation sociale</b>  Création d'alliances intersectorielles et participation  Réseautage	CAN, Ministères sectoriels et autres, ONG nationales et internationales, PTF, Associations de développement, media, Société civile et secteur privé, écoliers, élèves et étudiants, chercheurs et monde académique,	Intervention et/soutien dans les domaines ci-après: Élaboration de la proposition de projet, mobilisation des ressources coordination des réunions, travail en réseau, programme d'orientation, planification conjointe/concertée, ateliers, événements publics/spéciaux, visites d'étude/terrain, formation en	Création d'alliances/réseaux Organisations engagées Collaboration multisectorielle Accords institutionnels Meilleure communication interne et externe Planification améliorée Services d'excellente qualité Attitude positive à l'égard des interventions Participation communautaire Utilisation des services Appropriation communautaire

	organisations à base communautaire, associations de femmes/jeunes, ANCB, etc. Maris, belles-mères, Matrones, guérisseurs traditionnels, agents de santé, relais communautaires, journalistes, personnel de santé, autres prestataires de services, etc.	matière de communication interpersonnelle, motivation, reconnaissance, feed-back sur leurs activités, supervision, formation dans les domaines de compétences nécessaires, recherche participative, planification, exécution et évaluation, renforcement des structures existantes, suivi et évaluation, etc.	Financement communautaire Organisations/ communautés habilitées, etc.
<b>Communication pour le changement social et comportemental</b>	Mères d'enfants, gardiennes d'enfants, pères d'enfants, filles adolescentes, femmes enceintes, femmes allaitantes, etc.	Discussion de groupe Discussions face à face Démonstration de comportement, Petits groupes de travail, Visites à domicile, Analyse du comportement Jeux de rôle, enquêtes d'opinion, Conception participative du matériel pédagogique, motivation, formation, diffusion et discussion de messages, etc.	Changements positifs de connaissances, d'attitudes, de valeurs, de normes, de pratiques et de comportements Augmentation de la demande et/ou de l'utilisation des services et des produits. Adoption des méthodes appropriées, accélération de la réalisation des objectifs du programme, etc.

**Source** : Tableau construit à partir des informations ci-dessus

### **III. Plan opérationnel de la stratégie de CCSC pour la nutrition**

La combinaison des quatre stratégies intégratives et complémentaires de CCSC mentionnées plus haut forme le plan intégré de communication (PIC). Il s'agit du plan opérationnel de la stratégie en question. Le PIC est un outil par excellence de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des activités de CCSC pour la nutrition au Bénin.

Le PIC se bâtit de manière participative à partir de ce qui existe dans les ménages, les familles, les communautés, les institutions, les PTF, les associations, les médias et les ONG nationales et internationales. Il est construit à partir des données qualitatives et quantitatives de la recherche sur et avec les individus, les familles et les communautés dans leur propre environnement, selon leur perspective et mode de communication. Le PIC contient des indicateurs simples, mesurables, réalistes, réalisables et liés au temps.

Construit à partir des données de l'analyse de la situation, le PIC en question ou plan opérationnel de la stratégie est composé par des objectifs communicationnels, des actions prioritaires, des messages, canaux et outils clés pour les différents participants.

#### **1. Objectifs communicationnels et actions prioritaires**

Dans le cadre de l'approche intégrée, les types d'objectifs par approche et axe stratégiques sont regroupés par catégorie. Il en est de même des actions clés qui correspondent aux objectifs par type de stratégie.

##### **1.1. Objectifs relatifs à la CCSC et actions prioritaires**

De manière synthétique, il s'agit surtout des actions prioritaires car les objectifs sont identiques à ceux formulés ci-dessus sur la CCSC. Ces actions en question sont élaborées à partir des données de la double analyse comportementale et environnementale. Leur mise en œuvre permettra de renforcer les facteurs positifs identifiés et changer les facteurs négatifs recensés aux niveaux des participants primaires afin de favoriser l'atteinte des objectifs formulés sur le changement social et comportemental.

#### **Actions prioritaires pour la CCSC**

##### **Au niveau communautaire et familial**

- Visites à domicile des relais pour convaincre les maris, les mères, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les filles adolescentes d'adopter les comportements prioritaires pour la nutrition.
- Discussions villageoises par les leaders traditionnels (rois) et administratifs avec la population sur la modification de certaines normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition.
- Interventions des leaders religieux dans les lieux de culte pour changer les connaissances, les attitudes, les croyances et les normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition.

- Sessions de diagnostics participatifs communautaires sur les modes de promotion de la nutrition, de prévention et de prise en charge de la malnutrition et l'adoption de micro plan de mise en œuvre.
- Formation en communication interpersonnelle et en nutrition des relais et agents de communication communautaire.
- Suivi communautaire et référence sur l'alimentation des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des filles adolescentes, des enfants de 0 à 24 mois par Rapid SMS et WhatsApp dans le cadre des technologies pour le développement (T4D).
- Documentation des bonnes pratiques en nutrition pour les dupliquer ailleurs.
- Organisation des projections des vidéos dans les villages suivies de débats sur les normes, les croyances et les valeurs à changer pour mieux promouvoir la nutrition.
- Organisation des émissions radiotélévisées interactives dans les villages sur les avantages liés à la pratique des comportements prioritaires pour la nutrition.
- Organisation des émissions interactives appelées tribunes téléphoniques dans les médias sur la promotion des comportements clés en nutrition
- Organisation des cérémonies pour donner des primes et des reconnaissances sociales aux hommes et femmes modèles dans la promotion de la nutrition.
- Organisation des séances de discussions communautaires avec les mères modèles sur la promotion des comportements clés en nutrition.
- Séances de communication interpersonnelle au centre de santé et dans les maternités entre les personnels médicaux et participants primaires pour les convaincre d'adopter les comportements prioritaires pour la nutrition.

#### **Au niveau départemental et communal**

- Formation des formateurs des acteurs communautaires en communication interpersonnelle (CIP) et en nutrition (personnel médical, des centres de promotion sociale, des ONG et intervenants locaux).
- Actualisation et mise en œuvre de la stratégie de CCSC et son plan opérationnel pour la nutrition dans les communes en général et dans celles d'un département pilote en particulier.
- Séances de communication interpersonnelle au centre de santé et dans les maternités entre les personnels médicaux et participants primaires pour les convaincre d'adopter les comportements prioritaires pour la nutrition.

#### **Au niveau central/national**

- Elaboration de modules de formation des formateurs sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration de son plan opérationnel pour la nutrition.
- Organisation de sessions de formation des formateurs sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration de son plan opérationnel pour la nutrition.
- Organisation de sessions de formation des cadres du CAN, des ministères et des PTF sur la CCSC pour la promotion de la nutrition au Bénin.
- Distinction des porte-paroles et ambassadeurs pour la promotion du genre et de la nutrition

- Intégration dans la formation des élèves des écoles primaires et secondaires, des étudiants universitaires et des écoles de médecine, des notions de base sur la promotion de l'alimentation et la nutrition.

## **1.2. Objectifs liés à la mobilisation sociale et actions prioritaires**

Outre les objectifs déjà formulés ci-dessus sur la mobilisation sociale, les actions clés résultent de la double analyse comportementale et environnementale réalisée au cours de l'analyse de la situation. Leur mise en œuvre est destinée à favoriser l'atteinte de l'objectif de mobilisation sociale et concerne les participants secondaires. Ils sont liés aux facteurs positifs à renforcer et aux facteurs négatifs à changer pour apporter un appui substantiel aux participants primaires appelés à changer de comportements.

### **Actions prioritaires pour la mobilisation sociale**

#### **Au niveau central/national**

- Création de partenariats avec les leaders traditionnels (rois, guérisseurs traditionnels), religieux, médiatiques, artistiques, des compagnies de téléphonie mobile, des ministères de l'enseignement primaire, secondaire et universitaire et de la communication ainsi que du secteur privé.
- Organisation des campagnes annuelles multimédia d'une semaine sur la nutrition
- Établissement d'un plan média avec les stations de radio, de télévision, de la presse écrite, des sites web et de la téléphonie mobile.
- Organisation de la synergie des différents médias pour communiquer simultanément sur la nutrition pendant au moins une heure.
- Organisation des compétitions des meilleures chansons en français et en 10 principales langues locales sur la nutrition.
- Organisation des conférences publiques médiatisées dans les différents campus universitaires publics et privés sur la nutrition.
- Élaboration des bandes dessinées et des cartes de jeu sur la nutrition pour les élèves des écoles primaires et secondaires.
- Production et diffusion d'un film de 20 minutes en 10 langues locales sur les obstacles liés aux connaissances, croyances, normes et pratiques défavorables à la promotion de la nutrition.
- Conception, production et dissémination des outils de mobilisation sociale et de visibilité sur la nutrition comme les pochettes, dépliants, affiches, T-shirts, casquettes, agendas, gilets, calendriers, blocs notes, porte document, cartes de vœux, sacs, etc.
- Célébration de la semaine de l'AM, la journée de la nutrition et celle de l'alimentation au cours des campagnes annuelles multimédia.
- Création d'un centre de formation, d'information, de documentation, de communication et de production des outils sur la nutrition.
- Production d'un document-guide sur les comportements clés à promouvoir pour la bonne alimentation et la nutrition en lien avec les références religieuses spécifiques.
- Exposition nationale du CAN et ses partenaires sur l'alimentation et la nutrition.

- Organisation d'un atelier national d'élaboration des messages et des supports de CCSC pour la nutrition.
- Installation d'une ligne téléphonique gratuite ouverte 24/24 fonctionnant comme un centre d'écoute et de conseils sur la promotion de la nutrition.
- Formation des finalistes des écoles de journalisme comme stagiaires au SP-CAN pour la production des articles pour le site web et la presse écrite sur la nutrition.
- Production des pièces de théâtre, des poèmes et des sketches sur la nutrition.
- Traduction en langues locales des concepts clés relatifs à l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant notamment pour les journalistes et les animateurs communautaires et les chercheurs.
- Organisation des sessions de renforcement des capacités des journalistes sur la CCSC pour la promotion de la nutrition.
- Utilisation des téléphones mobiles pour envoyer aux abonnés des SMS et des petites vidéos par WhatsApp sur les comportements clés à promouvoir pour la nutrition.
- Organisation d'une réunion trimestrielle par le SP-CAN et ses partenaires pour le suivi des activités de communication pour la nutrition sur le terrain.
- Création de l'association des professionnels des médias pour la promotion de la nutrition au Bénin
- Création de la rubrique hebdomadaire sur la nutrition dans le journal de service public La Nation.
- Création de rubrique sur la nutrition dans les autres périodiques, sites web et journaux.
- Production et diffusion de magazines sur la télévision publique et la radio nationale en Français sur la promotion de la nutrition.
- Diffusions régulières des reportages, au moins une fois par trimestre, sur RFI, VOA, Deutsche Weller, Africa No1 sur la nutrition au Bénin.
- Renforcement de la motivation des maris/ hommes, mères modèles et relais par la créations des primes et décoration à l'échelle communale et nationale.
- Organisation de déjeuners et conférences de presse avec des journalistes nationaux et les correspondants des radios, télévisions et agences de presse internationales au moins 1 fois par an sur la situation de la promotion de la nutrition et les bonnes pratiques.

#### **Au niveau départemental et communal**

- Elaboration d'un plan média pour la promotion de la nutrition.
- Organisation de campagnes semestrielles d'une semaine sur la promotion de la nutrition.
- Organisation de compétitions inter communales sportives et culturelles sur la nutrition.
- Organisation de la dissémination de la stratégie de CCSC et son plan opérationnel par commune.
- Organisation d'une session d'adaptation du plan opérationnel et de la stratégie de CCSC dans chacune des 77 communes.
- Création des partenariats avec les radios communautaires pour la promotion de la nutrition.
- Mobilisation des élus locaux sur leur engagement pour la nutrition à la base.

### **Au niveau communautaire**

- Réalisation d'un recueil des recettes culinaires avec les produits alimentaires locaux pour les relais, les animateurs communautaires et les responsables des centres nutritionnels, les CPS et les personnels des CS et des maternités.
- Organisation des émissions de sensibilisation sur la promotion de la nutrition dans les villages par les médias communautaires.

### **1.3. Objectifs liés au plaidoyer et actions prioritaires**

Il s'agit surtout des actions prioritaires car les objectifs sont identiques à ceux formulés ci-dessus sur le plaidoyer. Ces actions s'adressent aux participants tertiaires et sont destinées à favoriser la mobilisation des ressources et l'engagement des différents leaders mentionnés du niveau central à l'échelle communautaire en passant par les instances intermédiaires.

### **Actions prioritaires pour le plaidoyer**

#### **Au niveau central/national**

- Séances de plaidoyer et de lobbying à la Présidence de la République, au parlement et au Gouvernement pour faire avancer les dossiers relatifs à la promotion de la nutrition (droits régissant la famille, la protection contre la violence et la succession, représentation paritaire des 2 sexes dans les comités locaux de développement, participation davantage de femmes à la vie politique, économique et sociale du pays, pour mettre la nutrition au cœur des politiques et des programmes de développement du pays et des différents ministères, etc.).
- Réunions du SP-CAN et des responsables des structures nationales et internationales partenaires pour financer la mise en œuvre de la stratégie de CCSC et son plan opérationnel 2017-2021 et discuter des aspects relatifs à la coordination.
- Organisation par l'ANCB et le SP-CAN d'une rencontre avec les 77 maires pour élaborer leurs plans d'actions pour la nutrition et solliciter leur implication individuelle et collective.
- Réunion des leaders religieux et traditionnels pour élaborer leurs plans d'actions pour la nutrition et solliciter leur implication individuelle et collective.
- Organisation d'une rencontre du SP-CAN avec des leaders du secteur privé pour solliciter leur adhésion.
- Production d'un kit de plaidoyer pour la nutrition à l'intention de la Présidence de la République, des membres du Gouvernement, des députés et des élus communaux, des leaders religieux et traditionnels et du secteur privé ainsi que des PTF.
- Organisation d'une réunion avec les ministres de l'enseignement pour l'intégration des comportements clés en nutrition dans la formation secondaire et universitaire en général et en particulier pour les journalistes et le personnel médical.
- Organisation d'un lobbying au ministère de la communication pour :  
la création d'une rubrique hebdomadaire sur la nutrition dans le journal de service public La Nation,

la production et la diffusion d'une émission mensuelle gratuite de 30 minutes à la télévision et à la radio nationales en Français et dans les langues locales sur la nutrition au cœur du développement.

- Organisation d'une visite de terrain conjointe du SP-CAN avec certains membres du Gouvernement, les journalistes, les parlementaires, les membres de la société civile, les PTF au moins une fois l'année lors de la revue à mi-parcours pour se rendre compte des réalisations et des contraintes dans le domaine de la nutrition.

#### **Au niveau départemental et communal**

- Organisation d'un lobbying au ministère de l'intérieur pour renforcer le cadre de concertation communale et le conseil communal par le recrutement des chargés de la communication, d'une part, et de la nutrition, d'autre part.
- Organisation d'un lobbying pour augmenter l'effectif des relais communautaires et recruter en même temps des agents de santé communautaire qualifiés pour s'occuper de la supervision des relais communautaires.
- Organisation d'un lobbying au conseil communal pour intégrer dans les PDC un volet consacré à la nutrition.
- Organisation d'un lobbying auprès des maires et des préfets pour mettre la promotion du genre et de la nutrition au cœur du développement durable des communes.
- Discussion avec l'ORTB pour analyser comment réaliser une couverture médiatique dans la commune de Karimama.

#### **Au niveau communautaire et familial**

- Discussion au niveau communal pour analyser comment alléger les tâches domestiques des femmes par exemple en introduisant des technologies appropriées comme les moulins.
- Renforcement des initiatives visant l'autonomisation financière et la sécurité alimentaire des ménages avec l'approche des filets sociaux de sécurité
- Extension dans toutes les communes des initiatives relatives aux activités génératrices des revenus à l'instar des associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC).
- Concertation du SP-CAN, du Ministère de la santé avec leurs différents partenaires pour revoir à la hausse le nombre de relais communautaire et harmoniser la motivation accordée à ces derniers.
- Prendre des initiatives variées pour impliquer davantage les maris, les pères et les différents leaders dans la promotion de la nutrition.

## 2. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre de 2017 à 2021

Ce plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la période 2017-2021 concerne surtout l'AM précoce, l'AME, l'alimentation complémentaire, l'alimentation de la femme enceinte, de la femme allaitante, de la fille adolescente ainsi que le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigüe. Il est composé des activités prioritaires pour les participants des 4 stratégies intégratives et complémentaires de communication, de la période de mise en œuvre aux niveaux national/central, départemental/communal et communautaire et familial (ménage) ainsi que des canaux et outils de communication.

### 2.1. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la CCSC

#### Résultats attendus de la stratégie de CCSC de 2017 à 2021 dans toutes les communes du Bénin

20% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus **pratiquent des comportements** favorables à l'amélioration de son état nutritionnel et celui des couches vulnérables :

- 56.6% des mères **pratiquent** l'allaitement maternel précoce
- 51.4 % des mères **pratiquent** l'allaitement maternel exclusif
- 20% des mères **pratiquent** la diversité alimentaire et la fréquence des repas à leurs nourrissons âgés de 6 à 23 mois
- 12.5% des filles adolescentes **pratiquent** une alimentation suffisante, saine et équilibrée
- 40% des femmes enceintes **pratiquent** une alimentation suffisante, saine et équilibrée
- 40% des femmes allaitantes **pratiquent** une alimentation suffisante, saine et équilibrée
- 50% des mères/pères **font** le dépistage de la malnutrition de leurs enfants âgés de moins de 5 ans.
- 50% des mères/pères **font** la prise en charge de la malnutrition aigüe de leurs enfants âgés de moins de 5 ans
- 75% des agents de santé **assurent** la prise en charge effective et correcte des enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition aigüe.
- 60% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus ont **des connaissances** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables.
- 40% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus ont **des attitudes** favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables.
- 30% des leaders politiques (touchés par les actions de plaidoyer) **mènent des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales** défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des leaders traditionnels et religieux (touchés par les actions de plaidoyer) **mènent des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales** défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables

**Tableau n°7 : Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la CCSC de 2017 à 2021**

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					Budget total en FCFA
			2017	2018	2019	2020	2021	
1. Vulgariser et disséminer le document de stratégie nationale de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021 et distribuer 100 copies aux partenaires du SP-CAN	SP-CAN, Partenaires, Central	Par email Document de stratégie	4 000 000	X	X	X	X	4 000 000
2. Élaborer un module de formation des formateurs sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration d'un plan opérationnel pour la nutrition au Bénin.	SP-CAN, Partenaires, Central	Réunion Module	14720000	-----	-----	---	-----	14 720 000
3. Organiser 2 sessions de formation des cadres du CAN, de la commission en charge de la nutrition au parlement, des ministères et des PTF sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration du plan de plaidoyer pour la nutrition au Bénin	SP-CAN, Partenaires, Central	Formation Module	11 270 000	11 370 000	-----	-----	-----	22 740 000
4. Organiser 2 sessions de formation des formateurs du SP-CAN et des partenaires sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration de son plan opérationnel pour la nutrition au Bénin.	SP-CAN, Partenaires, Central	Formation Module	7 670 000	7 670 000	-----	-----	-----	15 340 000
5. Organiser une session des acteurs communaux sur l'adaptation de la stratégie nationale de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021 aux réalités de chaque commune.	SP-CAN, Partenaires, Communal	Formation Document de stratégie	160160000	-----	-----	-----	-----	160 160 000
6. Organiser une session de formation des formateurs des acteurs communautaires (membres du cadre de concertation communal, infirmiers, membre du CPS, communicateurs des projets, animateurs de projets, superviseurs des relais, leaders religieux, traditionnels (rois), guérisseurs, chefs de villages, etc.) sur la communication interpersonnelle en vue de la promotion de la nutrition	SP-CAN, Partenaires, Communal	Formation Module	160160000	-----	-----	-----	-----	160 160 000
7. Organiser 2 sessions de formation des acteurs communautaires par commune (relais, animateurs des projets, mères et pères modèles, leaders religieux, traditionnels, politiques, guérisseurs, chefs de village, etc.) sur la	SP-CAN, Partenaires, Communauté	Formation Module	160160000	160160000	-----	-----	-----	320 320 000

communication interpersonnelle en vue de la promotion des comportements clés en nutrition								
8. Développer un module d'élaboration des messages et organiser un atelier national participatif de développement des messages et des supports de CCSC en vue de la promotion des comportements clés en nutrition	SP-CAN, partenaires National	Formation Module	24220000					<b>24 220 000</b>
9. Organiser un processus démocratique de sélection des personnalités crédibles à former sur la communication et la nutrition pour agir comme champions ou ambassadeurs aux niveaux national, communal et communautaire.	SP-CAN, Partenaires, 3 niveaux	Réunion TDR	4010 000	-----	-----	-----	-----	<b>4 010 000</b>
10. Organiser 2 sessions de formation du personnel médical des centres de santé et des maternités (médecins infirmiers) des CPS sur la communication interpersonnelle et l'accueil en vue de la promotion des comportements clés en nutrition.	SP-CAN, Partenaires, Communal	Formation Module	2435000	2435000	-----	-----	-----	<b>4 870 000</b>
11. Organiser des séances de communication interpersonnelle, des visites à domiciles et des causeries pour convaincre les participants primaires (mères, pères, gardiennes d'enfants de 0 à 5 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes, filles adolescentes) à pratiquer les comportements clés pour promouvoir la nutrition.	Relais, Superviseurs des relais communauté	CIP Boîte à images, etc.	X	X	X	X	X	<b>Harmoniser les frais de motivation des relais</b>
12. Organiser des séances d'échanges et d'information à travers des focus group dans chaque village par les animateurs sur les modes de promotion de la nutrition, de prévention et de prise en charge de la malnutrition	Chef de village Animateur d'ONG Communauté	Discussion de groupe Boîte à images	X	X	X	X	X	<b>Participation citoyenne par village</b>
13. Organiser des séances de discussions communautaires entre les leaders traditionnels (rois, guérisseurs, directeurs d'école, enseignants, élus locaux, etc.) et la population sur les pistes de solution pour changer certaines normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition (comme les interdits alimentaires pour les femmes enceintes, allaitantes, les filles adolescentes et les enfants).	Rois et autres chefs traditionnels + chef de village directeurs d'école, enseignants, élus locaux Communauté,	Discussion de groupe Vidéo	X	X	X	X	X	<b>Participation citoyenne par village</b>
14. Inventorier les versets des livres sacrés (catholiques, protestants, musulmans, religions traditionnelles) relatifs à l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant	SP-CAN Responsables des différentes	CIP Recueil	X	X	X	X	X	<b>Contribution des leaders religieux</b>

pour les utiliser dans la promotion de la nutrition lors des célébrations des cultes	confessions religieuses Central								
15. Mener des interventions hebdomadaires dans les lieux de culte (catholiques, musulmans, protestants, religions traditionnelles, etc.) pour changer les connaissances, les attitudes, les croyances et les normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition et proposer des pistes de solution.	Leaders religieux SP –CAN et partenaires Communauté,	CIP et de groupe Recueil	X	X	X	X	X	X	<b>Contribution des leaders religieux</b>
16. Profiter des fêtes familiales comme les cérémonies de dot, de mariages, de baptêmes ainsi que les jours de marché pour transmettre des messages clés sur la promotion des comportements prioritaires sur la nutrition.	Chefs de villages et de ménages Communauté	CIP et de groupe Discours	X	X	X	X	X	X	<b>Contribution des leaders traditionnels</b>
17. Organiser des cérémonies bisannuelles destinées à donner des primes de reconnaissance et d’encouragement aux acteurs modèles dans la promotion de la nutrition et du genre (les relais, les mères et les hommes modèles, les journalistes engagés, les associations des femmes, des jeunes et des filles déterminées, les maires, etc.)	SP-CAN Partenaires Central, communal et communauté	CIP et de groupe Primes	-----	24800000	-----	X	-----	-----	<b>24 800 000</b>
18. Produire des films aux formats réglementaires en français et dans les principales langues nationales orientés sur le changement social et comportemental en faveur des bonnes pratiques de promotion de la nutrition	SP-CAN, partenaires, CCC 3 niveaux	CIP et de groupe Vidéo	10000000	-----	-----	-----	-----	-----	<b>10 000 000</b>
19. Organiser des séances de projections des vidéos dans les villages suivies de débats sur les normes, les croyances et les valeurs à changer pour mieux promouvoir les comportements clés en nutrition	Chef de village animateur communauté	CIP et de groupe Vidéo	X	X	X	X	X	X	<b>Prise en charge par chaque intervenant dans sa zone</b>
20. Organiser régulièrement des émissions radiotélévisées interactives dans les villages sur les avantages liés à la pratique des comportements prioritaires pour la nutrition	CCC Radios communauté	Médias de masse Émission	X	X	X	X	X	X	<b>10 000 000</b>
21. Former les élèves des écoles primaires et secondaires pour les amener à convaincre leurs pères et mères à pratiquer des comportements clés pour la promotion de la nutrition, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition	SP-CAN, enseignants communauté	Formation Module	X	X	X	X	X	X	<b>Contribution des écoles</b>
22. Renforcer les capacités des mères et des pères d’enfants à reconnaître les signes de la malnutrition aigüe, à savoir utiliser des brassards tricolores (MUAC) pour le dépistage de	Animateurs relais Communauté	CIP Boîtes à images	X	X	X	X	X	X	<b>Part des relais</b>

la malnutrition aigüe, à maîtriser les méfaits de l'automédication, la composition et la préparation des repas sains et équilibrés pour les enfants de moins de 5 ans, les filles adolescentes, les femmes enceintes et les femmes allaitantes et à connaître les avantages de l'AM exclusif et l'alimentation complémentaire		Vidéo						
23. Organiser des visites d'échanges d'expériences sur les bonnes pratiques de nutrition aussi bien entre les communes qu'à l'extérieur du pays comme au Rwanda.	SP-CAN Partenaires 3 niveaux	Formation Module	2000000	2500000	2500000	2500000	2500000	<b>12 000 000</b>
24. Collecter et harmoniser les vidéos des partenaires sur la nutrition en d'une utilisation à l'échelle nationale	SP-CAN Partenaires	Vidéos CIP	-----	-----	-----	-----	-----	-----
25. Organiser des projections des vidéos lors des réunions des groupements des femmes suivies de débats sur les normes, les croyances et les valeurs à changer pour mieux promouvoir les comportements clés en nutrition	SP-CAN Présidentes des groupements Communauté	CIP et de groupe Vidéo	-----	-----	-----	-----	-----	<b>Part des groupements</b>
26. Organiser des projections des vidéos dans les salles d'attente des centres de santé, des maternités et des hôpitaux sur les mauvaises et les bonnes pratiques sur la promotion de la nutrition.	Responsable IEC Communauté	CIP et de groupe Vidéo	-----	-----	-----	-----	-----	<b>Part des centres hospitaliers</b>
								<b>Total= 791 340 000</b>

## 2.2. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la mobilisation sociale

### Résultats attendus de la mobilisation sociale de 2017 à 2021 dans toutes les communes du Bénin

- au moins 50% des organisations de la société civile et à base communautaires et des institutions publiques et privées **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- au moins 30% des enseignants et des élèves des établissements primaires et secondaires **sont touchés par des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- au moins 30% des établissements primaires et secondaires **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- au moins 50% des agents de santé et des CPS **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables

- au moins 50% des relais communautaires **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- au moins 30% des crieurs publics **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 60% des médias publics, privés et communautaires **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 100% des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition **mènent des activités de mobilisation sociale** en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.

**Tableau n° 8 : Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour la mobilisation sociale de 2017 à 2021.**

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					Budget en FCFA
			2017	2018	2019	2020	2021	
1. Organiser un atelier national de tous les partenaires du SP-CAN en nutrition pour mettre dans un seul plan opérationnel de communication tous les plans sectoriels de communication pour l'ANJE, L'AFAFEFA, la PCMA, PCIME et la PH pour la période de 2017-2021( annuellement)	SP CAN, partenaires, 3 niveaux	Réunion PIC	4 010 000	-----	-----	-----	-----	<b>4 010 000</b>
2. Établir des partenariats pour la promotion de la nutrition avec <ul style="list-style-type: none"> <li>• les leaders traditionnels (rois et guérisseuses traditionnels),</li> <li>• les leaders religieux (catholiques, protestants, musulmans, religions traditionnelles)</li> <li>• les leaders médiatiques (médias publics, privés, confessionnels et communautaires, association des médias, patronat des médias, association des journalistes, etc.),</li> <li>• les artistes (chanteurs, vedettes sportives et de cinéma),</li> <li>• les chefs des compagnies de téléphonie mobile (Moov, MTN, BBCOM, GLO, LIBERCOM).</li> </ul>	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Réunion Documents d'entente	X	X	X	X	X	<b>Part des leaders</b>

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget en FCFA
<ul style="list-style-type: none"> <li>les ministères de l'enseignement primaire, secondaire, supérieur et de la communication,</li> <li>les recteurs des universitaires publiques et privées,</li> <li>les responsables du secteur privé, etc.</li> </ul>								
3. Institutionnaliser une campagne annuelle et multimédia d'une semaine de tous les partenaires du CAN pour la promotion de la nutrition (inclure célébration de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, la journée mondiale de la nutrition, la journée de l'alimentation, remise officielle des primes aux personnes modèles dans la promotion de la nutrition, etc.)	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Multimédia Outils variés	6 000 000	6000000	6000000	6000000	6000000	30 000 000
4. Élaborer et mettre en œuvre un plan média pour la promotion des comportements clés en nutrition (radio, TV, presse écrite, téléphonie mobile, site web, etc.) par des spots publicitaires, des émissions, des débats, des informations radiotélévisées, des films, des microprogrammes, des articles dans la presse écrite et sur des sites web, etc.)	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Médias de masse Outils variés	6 000 000	6000000	6000000	6000 000	6000 000	30 000 000
5. Diffuser des films aux formats réglementaires en français et dans les principales langues nationales orientés vers le changement social et comportemental en faveur des bonnes pratiques de promotion de la nutrition.	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Médias de masse Vidéo	X	X	X	X	X	Part de l'ORTB
6. Produire et diffuser en Français et dans 10 principales langues nationales une émission à la radio et télévision nationales sur les différents thèmes de la nutrition au cœur du développement du Bénin.	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Médias de masse Vidéo	X	X	X	X	X	Part ORTB
7. Créer une synergie des médias audiovisuels, écrits et informatiques pour communiquer simultanément sur la promotion des comportements clés en nutrition au moins deux fois par an pendant une heure au minimum.	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Médias de masse Outils variés	X	X	X	X	X	Part des médias
8. Produire et publier à un rythme hebdomadaire dans le Journal de service public La Nation, sur le site web du CAN,	SP-CAN, partenaires	Médias de masse	X	X	X	X	X	Part du journal La Nation

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget en FCFA
ceux des autres partenaires et autres journaux des articles sur la promotion de la nutrition au cœur du développement.	3 niveaux	Articles						
9. Produire et publier dans le supplément publicitaire du quotidien La Nation et dans les autres journaux au moins une fois par mois la mission et les réalisations de chaque partenaire du SP-CAN dans les domaines de l'alimentation, de la nutrition et de la santé de la mère et de l'enfant.	SP-CAN, partenaires Central	Médias de masse Articles	960 000	960 000	960 000	960 000	960 000	<b>4 800 000</b>
10. Concevoir, produire et disséminer annuellement des outils de mobilisation sociale pour la promotion de la nutrition : Boîte à images (à actualiser), cartes conseils (à actualiser), brochures, livrets, bulletins, 1000 dépliants sur les comportements à promouvoir et enjeux de la nutrition, 500 agendas avec messages clés sur la nutrition et enjeux de la nutrition, 1000 calendriers avec messages clés sur la nutrition et enjeux de la nutrition 1000 affiches avec messages clés sur la nutrition et enjeux de la nutrition, 1000 casquettes de très bonne qualité avec message clé, 300 portes documents avec messages clés sur la nutrition, 500 porte-clés avec message clé sur la nutrition. 500 T-shirts de très bonne qualité, 500 T-shirts de qualité moyenne, 500 cartes de vœux, 1000 autocollants avec messages clés sur la nutrition à mettre sur les voitures, 1000 affiches (A4, A3, A2, A1) à mettre sur les voitures du SP-CAN, les autobus reliant Cotonou et les Centres communaux du pays, les bus circulant dans la ville de Cotonou, Porto Novo, Parakou, etc. 20 panneaux publicitaires métalliques (10 à Cotonou, 5 à Porto Novo, 5 à Parakou), 50 Kakemonos, 500 Spots publicitaires radio, 12 spots publicitaires télévisés, 12 publiereportages télévisés.	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Medias de masse Outils variés	9490000	9490 000	9490 000	9490 000	9490 000	<b>47 450 000</b>
11. Collaborer avec les compagnies de téléphonie mobile pour envoyer régulièrement des SMS et des vidéos sur la promotion de la nutrition à leurs abonnés en français	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Médias de masse SMS	X	X	X	X	X	<b>Part des compagnies</b>

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget en FCFA
								de téléphonie
12. Organiser une conférence de presse avec des journalistes nationaux et les correspondants des radios, télévisions et agences de presse internationales au moins 2 fois par an sur la situation de la promotion de la nutrition	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Médias de masse PPP	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	5 000 000
13. Organiser une fois tous les deux ans des compétitions dans les 12 départements des meilleures chansons en français et en 10 principales langues locales sur la promotion des comportements clés en nutrition	Préfets des départements ANCB Départementa l	CIP et de groupe chansons	-----	24800000	-----	-----	-----	24 800 000
14. Organiser un concours dans les écoles secondaires des meilleurs poèmes en français sur la promotion des comportements clés en nutrition	Ministère de l'éducation Communautai re	CIP et de groupe Poèmes	-----	24800 000	-----	-----	-----	24 800 000
15. Produire et disséminer des bandes dessinées et des cartes de jeu sur les comportements clés en nutrition pour les écoliers et les élèves.	Ministère de l'éducation Communauté	CIP et de groupe Bandes dessinées et cartes de jeu	-----	15000000	-----	-----	-----	15 000 000
16. Organiser 2 sessions de renforcement des capacités des journalistes en CCSC pour la promotion de la nutrition.	SP-CAN, partenaires National	Formation Module	X	X	X	X	X	6 960 000
17. Faciliter la création d'une association des professionnels des médias pour la promotion de la nutrition au Bénin	SP-CAN, partenaires National	CIP et de groupe TDR	X	X	X	X	X	Part des médias
18. Animer des conférences publiques médiatisées dans les différents campus universitaires publics et privés sur la nutrition au cœur du développement national.	SP-CAN, partenaires National	CIP et de groupe PPP	X	X	X	X	X	Part des universités

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget en FCFA
19. Mettre en place une ligne téléphonique gratuite ouverte 24/24 fonctionnant comme un centre d'écoute et de conseils sur la promotion de la nutrition.	SP-CAN, partenaires National	CIP et de groupe Messages de la population	500000	500000	500000	500000	500000	<b>2 500 000</b>
20. Élaborer des recueils des recettes de mets à base des produits alimentaires locaux pour les enfants de moins de cinq ans, les filles adolescentes, les femmes enceintes et allaitantes et pour les personnes du troisième âge à l'intention des relais, des animateurs communautaires, des responsables des centres nutritionnels et des journalistes.	SP-CAN, partenaires National	CIP Recueil de recettes de mets	-----	10000000	-----	-----	-----	<b>10 000 000</b>
21. Traduire en 10 principales langues locales les concepts clés relatifs à l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant pour notamment les journalistes, les enseignants et les animateurs communautaires.	SP-CAN, partenaires National	Médias de masse Recueil	-----	10000 000	-----	-----	-----	<b>10 000 000</b>
22. Organiser 2 sessions de formation des agents de santé opérant dans les CNA et CNT sur la communication interpersonnelle et le protocole de la PECMA	SP-CAN, partenaires 3 niveaux	Formation Module	3480000	3480000	-----	-----	-----	<b>6 960 000</b>
23.. Collecter et harmoniser les différents vidéos, audio et autres outils produits par les partenaires du CAN (Bioversity, etc.) sur la promotion de la nutrition pour les multiplier et les distribuer aux chauffeurs des bus de transport en commun et aux gestionnaires des marchés pour les diffuser à leurs clientèles.	Communes chauffeurs Gestionnaires de marché	CIP et de groupe Vidéos audio	-----	-----	-----	-----	-----	<b>Part des communes</b>
24. Intégrer régulièrement dans les discours publics des leaders politiques des messages clés sur la promotion de la nutrition.	Leaders 3 niveaux	CIP et de groupe Discours	-----	-----	-----	-----	-----	<b>Part des leaders</b>
								<b>Total= 222 280 000</b>

### 2.3. Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour le plaidoyer

#### Résultats attendus du plaidoyer de 2017 à 2021 dans toutes les communes du Bénin

- Le gouvernement et les communes **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des leaders politiques et communautaires **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 50% des chefs religieux et traditionnels **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.
- 100% des responsables des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 50% des responsables des médias **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables
- 10% des leaders du secteur privé **mobilisent des ressources** financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.

Tableau n°9: Plan opérationnel budgétisé et de mise en œuvre pour le plaidoyer de 2017 à 2021.

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget
1. Organiser une réunion nationale des partenaires du CAN pour discuter de la coordination et du financement de la mise en œuvre de la stratégie de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021	SP-CAN, partenaires National	Réunion Outils de plaidoyer	X	X	X	X	X	2000000
2. Élaborer un kit de plaidoyer pour la Présidence de la République, le Gouvernement et le parlement sur <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'amélioration des droits régissant la famille,</li> <li>✓ la protection contre la violence</li> <li>✓ l'équité et l'égalité dans la succession,</li> </ul>	SP-CAN, partenaires National	Réunion Outils de plaidoyer	X	X	X	X	X	Pas de budget

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la représentation paritaire des 2 sexes dans les comités locaux de développement comme dans la gestion des banques céréalières communautaires</li> <li>✓ la participation davantage de la femme à la vie politique, économique et sociale du pays pour favoriser la promotion de la nutrition</li> <li>✓ la création des espaces de soutien et d'accompagnement de la pratique de l'AME dans les services publics et privés comme des crèches</li> <li>✓ l'amélioration des conditions économiques et sociales de la femme</li> <li>✓ la promotion davantage de la scolarisation de la jeune fille,</li> <li>• la prévention des grossesses et des mariages des adolescentes, etc.</li> </ul>								
3. Introduire une communication en conseil des ministres sur les contributions du Gouvernement en faveur de la nutrition dans les politiques et programmes de développement du Bénin.	SP-CAN Partenaires National	Réunion Outils de plaidoyer	X	X	X	X	X	<b>Pas de budget</b>
4. Faire un lobbying pour réussir à inviter, de manière alternative, le Président de la République, le Président du Parlement et la Première Dame lors des cérémonies nationales de lancement des activités importantes relatives à la promotion de la nutrition.	SP-CAN Partenaires National	Réunion Outils de plaidoyer	X	X	X	X	X	<b>Pas de budget</b>
5. Organiser 5 ateliers nationaux des leaders religieux des différentes confessions (catholiques, protestants, musulmans, religions traditionnelles, etc.) et des leaders traditionnels (rois) pour proposer un plan d'action annuel pour leur implication concrète dans les changements des normes, des valeurs sociales, des croyances défavorables à la promotion du genre et de la nutrition	SP-CAN Partenaires National	Atelier Outils de plaidoyer	5600000	5600000	5600000	5600000	5600000	<b>28000000</b>

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget
6. Organiser 5 réunions nationales des 12 préfets et 77 maires des communes pour adopter un plan d'action commun pour la promotion du genre et de la nutrition et l'élimination de la malnutrition	SP-CAN Partenaires National	Atelier Outils de plaidoyer	10250000	10250000	10250000	10250000	10250000	<b>51250000</b>
7. Organiser 2 réunions des leaders du secteur privé pour préciser leurs apports et leurs plans d'actions à contribuer à la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition (compagnie de téléphonie, usine de production de la bière, banques et assurances, etc.)	SP-CAN Partenaires National	Atelier Outils de plaidoyer	5950000	-----	5950000	-----	-----	<b>11900000</b>
8. Organiser des réunions de plaidoyer pour <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ créer une rubrique hebdomadaire nutrition dans le journal La Nation</li> <li>✓ introduire une émission mensuelle gratuite sur la nutrition à la radio et à la télévision nationales</li> <li>✓ convaincre les maires à doter leur commune d'un chargé à la communication,</li> <li>✓ convaincre les maires à doter leur commune d'un responsable à la nutrition,</li> <li>✓ recruter un personnel supplémentaire pour le département communication et développement communautaire du SP-CAN,</li> <li>✓ créer un centre national de formation, d'information, de documentation, de communication et de production des outils sur la promotion de la nutrition,</li> <li>✓ augmenter davantage le nombre de relais communautaires pour réduire leur charge de travail et viser davantage d'efficacité et d'efficience,</li> <li>✓ recruter des superviseurs des relais communautaires,</li> <li>✓ Assurer et améliorer la motivation des relais, etc.</li> </ul>	SP-CAN ANCB Partenaires National	Négociation Outils de plaidoyer	X	X	X	X	X	<b>Pas de budget</b>
9. Produire un kit de plaidoyer pour la promotion de la nutrition à l'intention de la Présidence de la République, des membres du Gouvernement, des députés et des élus	SP-CAN Partenaires National	Lobbying Outils de plaidoyer	13250000	-----	13250000	-----	-----	<b>26500000</b>

Activités prioritaires	Responsable, partenaires et niveau de mise en œuvre	Canaux et outils	Période de mise en œuvre et budget					
			2017	2018	2019	2020	2021	Budget
communaux, des leaders religieux et traditionnels et du secteur privé, des responsables PTF et des médias.								
10. Avaliser les associations villageoises des femmes pour avoir accès aux crédits bancaires pour réaliser les objectifs visant l'automatisation financière et la sécurité alimentaire des ménages.	Communes Partenaires communauté	Négociation Outils de plaidoyer	6000000	6000000	6000000	6000000	6000000	<b>30000000</b>
11. Organiser des réunions de sensibilisation pour amener chaque famille à entretenir un jardin et le petit élevage dans le cadre de la promotion de la nutrition des enfants et des autres couches vulnérables de la population	Communes Partenaires communauté	Discours officiels Outils de plaidoyer	X	X	X	X	X	<b>Pas de budget</b>
12. Organiser des réunions de plaidoyers en direction des pouvoirs publics en vue de l'intégration des notions de base sur la promotion des comportements clés en nutrition dans les curricula de formation des écoles primaires, secondaires et des universités du Bénin ainsi que des écoles de médecine et de l'infirmierie	SP-CAN Partenaires 3 niveaux	Discours CIP et de groupe	X	X	X	X	X	<b>Pas de budget</b>
13. Organiser des réunions de plaidoyers en direction des leaders politiques en vue de l'intégration de messages clés sur la promotion de la nutrition dans les discours publics.	SP-CAN Partenaires 3 niveaux	Discours CIP et de groupe	X	X	X	X	X	<b>Pas de budget</b>
<b>Total= 149 650 000</b>								

Les ressources financières requises sont approximativement de 791 340 000 + 222 80 000 + 149 650 000= **1 159 270 000 FCFA**

Le SP-CAN organisera une réunion avec ses partenaires nationaux et internationaux pour échanger sur le financement de ce plan opérationnel budgétisé. Le changement de paradigme impose de donner une place de choix à la CCSC pour la nutrition et investir davantage dans ce domaine pour relever les défis mentionnés dans l'analyse de la situation. Chaque partenaire du SP-CAN financera les activités de communication dans sa zone d'intervention. Le SP-CAN lui-même le fera dans les 40 communes couvertes par le PMSAN. Par contre, la question de fonds consiste à analyser comment financer les activités de communication dans les communes et les villages qui ne sont couverts ni par les partenaires, ni par le SP-CAN. Le secteur privé est appelé à contribuer au financement des activités de communication.

### **3. Planification des messages, des canaux, des outils et des agents de communication**

Le contenu de cette section répond aux questions suivantes: Par quel canal et agent de communication crédibles faut-il passer pour communiquer des messages aux publics cibles et obtenir les résultats escomptés en matière de changement de connaissances, d'attitudes, de croyances, de normes et de comportements/pratiques?

#### **3.1. Axe communicationnel**

**L'axe communicationnel ou motivationnel** est le thème central autour duquel tournent tous les autres thèmes secondaires. C'est la ligne directrice d'un plan ou d'une campagne de communication pour la promotion de la nutrition d'une part, l'élimination sinon la réduction significative de la malnutrition au Bénin, d'autre part.

Ainsi, **le thème central est: La nutrition est au cœur du développement du Bénin**

Le SP-CAN et ses partenaires nationaux et internationaux se retrouvent dans ce thème. Ils vont élaborer tous les sous-thèmes à partir de cette colonne vertébrale ou dénominateur commun.

#### **3.2. Messages secondaires par axe prioritaire**

Ces messages sont destinés à changer les facteurs négatifs identifiés et renforcer les facteurs positifs recensés lors de la double analyse comportementale et environnementale

##### **3.2.1. AM précoce**

Le nouveau-né doit être mis au sein dans la première heure suivant la naissance.

Le colostrum est le premier lait jaunâtre, du bon lait.

Ne jamais jeter le colostrum qui est le premier vaccin de l'enfant.

Le lait maternel a tous les éléments nutritifs et anticorps qui protègent des maladies (diarrhée, toux, pneumonie, etc.) et limite les allergies.

Le bébé n'a pas du tout soif car le lait maternel contient suffisamment d'eau pure.

L'AM précoce :

- réduit les risques de saignements après l'accouchement
- stimule la production du lait par la succion
- maintient le bébé au chaud par le contact peau à peau
- crée un lien affectif entre la mère et le bébé
- protège l'enfant contre les maladies
- favoriser la sortie du placenta
- réduit les coûts liés aux dépenses en santé de l'enfant

##### **3.2.2. AME**

Le lait maternel est le seul aliment et la seule boisson dont un nourrisson a besoin pendant ses six premiers mois de vie. Avant l'âge de six mois, l'enfant n'a besoin ni d'eau, ni de tisane, ni de tout autre aliment ou boisson complémentaire.

L'utilisation de l'eau et des tisanes au cours des six premiers mois de vie de l'enfant comporte beaucoup d'inconvénients majeurs et des risques de maladies.

Le lait en début de tétée contient beaucoup d'eau et permet d'étancher la soif du bébé.

Le lait de fin de tétée est plus riche en matières grasses et vitamines qui donnent la force au bébé et prévient certaines maladies. Laisser le bébé vider entièrement un sein avant de passer à l'autre pour s'assurer que le bébé a pris tous les éléments nutritifs du lait.

Pour bien téter, le bébé doit être dans une bonne position très confortable.

Allaiter sur demande jour et nuit 24 heures/24 heures est recommandé.

Continuer à allaiter sur demande jour et nuit, jusqu'à 2 ans voire au-delà, avant de procéder au sevrage progressif.

Ne pas laver les seins avec du savon.

Une mère qui travaille peut très bien pratiquer l'AME jusqu'à six mois.

Si le lait ne suffit pas, allaiter plus fréquemment.

Pendant et après la maladie, allaiter plus fréquemment.

### **3.2.3. Introduction d'alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois en continuant l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans ou plus**

A partir de 6 mois, l'enfant a besoin d'autres aliments variés en plus du lait maternel pour grandir et se développer. Les enfants ont besoin de vitamine A pour se protéger contre les maladies, éviter les troubles de la vue et réduire les risques de décès. On trouve de la vitamine A dans de nombreux fruits et légumes, huile rouge, les œufs, les produits laitiers; le foie, le poisson, la viande les aliments enrichis et le lait maternel. Dans les régions où la carence en vitamine A est courante, on peut donner aux enfants âgés de 6 à 59 mois des suppléments en vitamines A tous les quatre à six mois.

A partir de 6 à 8 mois, en plus du lait maternel, l'enfant a besoin de manger deux à trois fois par jour et trois à quatre fois par jour à partir de 9 mois. En fonction de l'appétit de l'enfant, il peut avoir besoin d'un ou deux goûters nutritifs entre les repas (fruit). Il faut donner à l'enfant de petites quantités de nourriture de plus en plus variée et abondante à mesure qu'il grandit. Les enfants ont besoin d'aliments riches en fer pour protéger leurs capacités physiques et mentales et lutter contre l'anémie. Les meilleures sources de fer sont d'origine animale, comme le foie, les viandes maigres et le poisson. Les aliments enrichis en fer ou les suppléments de fer sont d'autres options. L'iode dans le régime alimentaire de la femme enceinte et du jeune enfant est surtout essentiel pour le développement du cerveau de l'enfant. Il contribue à la prévention des troubles de l'apprentissage et du retard de sa croissance. La consommation de sel iodé au lieu du sel ordinaire procure aux femmes enceintes et à leurs enfants tout l'iode dont ils ont besoin.

### **3.2.4. Alimentation de la femme enceinte**

La femme enceinte mange au moins 3 repas par jour composés d'aliments variés comme du lait, des fruits et des légumes, des feuilles vert foncé, de la viande, du poisson, des œufs, des céréales, pour sa santé et pour le bon développement de son bébé. En plus des trois repas, elle doit prendre chaque jour une collation entre les repas pour apporter de l'énergie et des éléments nutritifs pour elle et le bébé qui grandit en elle.

Pendant la grossesse, la femme enceinte doit :

- prendre des comprimés de fer et d'acide folique pour prévenir l'anémie
- utiliser du sel iodé pour aider au bon développement du cerveau et du corps du bébé
- éviter des produits comme l'alcool, le tabac, le café

- effectuer au moins 4 consultations prénatales pour s'assurer du bon déroulement de sa grossesse
- accoucher dans une structure de santé pour recevoir des soins appropriés
- être soutenue par son mari et son entourage pour l'aider à avoir une alimentation variée et suffisante, un bon suivi de sa grossesse et un allègement des travaux domestiques.

### **3.2.5. Alimentation de la femme allaitante**

La mère allaitante reçoit une dose vit A après l'accouchement et une autre 24h après pour protéger l'enfant contre les maladies à travers l'allaitement. Il est recommandé aux femmes allaitantes de :

- manger au moins 2 repas de plus par jour ou l'équivalent,
- avoir une ration de nourriture plus importante, ou des goûters riches en fer, en protéine et vitamines car elles ont besoin d'environ 650 calories supplémentaires par jour.
- avoir le soutien de son mari et de sa famille car elle doit avoir une alimentation variée et suffisante,
- avoir un bon suivi de la croissance de son enfant,
- bénéficier d'un allègement des travaux domestiques.

### **3.2.6. Alimentation de la fille adolescente**

La fille adolescente mange au moins 3 repas par jour composés des trois groupes d'aliments. Une alimentation variée et riche en micronutriments lui permet de grandir en bonne santé et de bien préparer sa vie de mère.

L'adolescence est la période qui se situe entre 10 et 19 ans. La carence en fer est plus fréquente chez la fille adolescente à cause des pertes en sang liées aux règles, ce qui peut entraîner une anémie et une grande fatigue.

En cas de grossesse, la fille adolescente doit nourrir son propre corps qui se développe toujours, et celui du bébé qui grandit en elle. Si elle ne dispose pas de réserves adaptées, la grossesse peut aboutir à une naissance prématurée ou un bébé de faible poids de naissance.

### **3.2.7. Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue**

De la naissance jusqu'à l'âge de 24 mois, l'enfant doit être amené chaque mois à la pesée. Cela permettra de recevoir des conseils pour bien suivre sa croissance et savoir si l'enfant grandit bien. Chaque séance de dépistage permet de vérifier si l'enfant souffre de la malnutrition aigüe et de le prendre en charge très tôt au niveau communautaire ou hospitalier.

Dans ce cas, la mère participe rigoureusement avec son enfant malnutri aux séances de causeries et de démonstrations culinaires dans sa localité. La mère recevra des conseils qui permettront de mieux prendre en charge l'enfant et l'aider à sortir de la malnutrition.

En cas de malnutrition aigüe sévère, la mère doit respecter la référence de l'agent communautaire et l'emmener immédiatement à la structure sanitaire. Elle est appelée à

respecter les conseils et les rendez-vous fixés par l'agent de santé pour lui sauver la vie et lui permettre de récupérer rapidement.

### 3.3. Planification des messages, des canaux et des publics cibles

Les messages secondaires dans le tableau ci-dessous sont formulés à titre indicatif et général. L'élaboration d'un module de formation suivi d'un atelier national de rédaction des messages et des supports devrait être organisée dans ce sens. Cela permettra de mettre en œuvre les techniques de création des messages secondaires et des supports correspondants pour chaque type de publics cibles. Ce sera une occasion de rédiger des messages et des supports orientés vers le changement social et comportemental.

**Annexe n°6: Matrice de planification des messages par publics - cibles, canaux et agents de communication**

Résultats attendus des participants visés	Participants et facteurs visés	Messages secondaires à titre indicatif	Canal et stratégies de communication	Qui amènera les publics cibles à adopter le nouveau comportement (Agents de communication crédibles)
Engagement politique et social concret  Meilleure volonté politique concrétisée par l'affectation des ressources humaines, matérielles, financières et logistiques  Changements de lois, de politiques et de programmes	Membres de la Présidence de la République, Membres du Gouvernement Membres du parlement Leaders religieux au niveau national : Leaders médiatiques nationaux  Clarifier les positions des acteurs sur la contribution de la nutrition dans le développement économique et social du Bénin	La nutrition est au cœur du développement socio-économique du Bénin Replacer la nutrition au cœur des priorités de l'État à tous les niveaux, c'est préparer un avenir meilleur pour le Bénin Investir dans l'alimentation et la nutrition, c'est économiser des milliards de fcfa consacrés à la lutte contre la malnutrition et la prise en charge de certaines maladies maternelles et infantiles Investir dans les 1000 premiers jours de l'enfant, c'est préparer les meilleures ressources	<b>Communications interpersonnelles</b> lors des visites de courtoisie, des réunions de plaidoyer et de négociations du Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN  Communications de masse avec les émissions radiotélévisées et articles dans la presse <b>Stratégies :</b> Lobbying, plaidoyer, relations de presse, relations publiques et publicité	Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN  Personnalités crédibles à désigner comme champions ou ambassadeurs de la promotion de la nutrition

		<p>intellectuelles et humaines du Bénin</p> <p>La lutte contre la malnutrition va au-delà de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'autosuffisance alimentaire ou la souveraineté alimentaire. C'est une question de développement économique et social du Bénin</p> <p>L'absence de taux de malnutrition est un indicateur important de la bonne gouvernance et d'un État émergent</p> <p>Les investissements dans la nutrition présentent un rapport coûts/avantages souvent plus intéressant pour accélérer la réduction de la pauvreté si on les compare aux interventions classiques visant la croissance économique</p>		
<p>Meilleure coordination intersectorielle de la politique, des actions et de la CCSC pour la nutrition</p> <p>Meilleure visibilité de la mission et des réalisations nationales</p> <p>Contribution aux changements des normes et des comportements, à la prévention sinon à l'élimination de la malnutrition</p>	<p>Membres du CAN</p> <p>Membres du SP-CAN :</p> <p>Faire connaître la mission et les réalisations des acteurs multisectoriels en nutrition</p> <p>Jouer pleinement le rôle de catalyseur, d'accélérateur des transformations sociales en faveur de la promotion de la nutrition par la CCSC et la communication externe</p>	<p>Le leadership et la coordination multisectorielle consistent parfois à proposer des solutions originales et innovantes aux défis multisectoriels de la promotion de la nutrition et de la lutte contre la malnutrition.</p>	<p><b>Communications interpersonnelles</b> lors des réunions de concertations et de planifications conjointes des membres du CAN, du SP-CAN et des partenaires nationaux et internationaux clés</p> <p>Réunions de planifications conjointes</p> <p>Atelier de formations</p> <p>Communications de masse avec les émissions radiotélévisées et</p>	<p>Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN</p>

Mobilisation des ressources Partenariat régional et international			articles dans la presse Stratégies à mettre en œuvre : <b>plaidoyer, relations de presse, relations publiques et publicité</b>	
Engagement politique et social concret  Meilleure volonté politique concrétisée par l'affectation des ressources humaines, matérielles, financières et logistiques  Appui moral et spirituel des leaders religieux	Préfets des 12 départements Maires des 77 communes Président de l'ANCB Leaders religieux au niveau régional, départemental et communal et leaders médiatiques:  Engagement concret dans le PDC et l'allocation des ressources Appui moral et spirituel des leaders religieux	Promouvoir la nutrition au cœur du développement économique et social du Bénin au niveau communal consiste à inscrire dans les PDC des activités à haut impact avec un budget substantiel de mise en œuvre.  Replacer la nutrition au cœur des priorités de l'État à tous les niveaux, c'est préparer un avenir meilleur pour le Bénin  Avoir un esprit sain dans un corps sain passe par la promotion de l'alimentation et de la nutrition car le corps humain est le temple de Dieu	<b>Communications interpersonnelles</b> lors des visites de courtoisie, des réunions de plaidoyer et de négociations du Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN  Communications de masse avec les émissions radiotélévisées et articles dans la presse Stratégies: <b>plaidoyer, relations de presse, relations publiques et publicité</b>	Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN  Personnalités crédibles à désigner comme champions ou ambassadeurs de la promotion de la nutrition
Création d'alliances intersectorielles pour la promotion de la nutrition au Bénin	Autres Ministères et services para étatiques + Secteurs privés, milieux universitaires et de la recherche + Grand public + professionnels des médias :  Prise de conscience sur les défis et enjeux liés à la nutrition et contribuer à la promotion de la nutrition	La nutrition est au cœur du développement socio-économique du Bénin Replacer la nutrition au cœur des priorités de l'État à tous les niveaux, c'est préparer un avenir meilleur pour le Bénin Investir dans l'alimentation et la nutrition, c'est économiser des milliards de fcfa consacrés à la lutte contre la	<b>Communications interpersonnelles</b> lors des réunions de concertations et de planifications conjointes des membres du CAN, du SP-CAN et des partenaires nationaux Communications de masse avec les émissions radiotélévisées et articles dans la presse Stratégies : <b>plaidoyer, relations de</b>	Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN Journalistes et animateurs  Personnalités crédibles à désigner comme champions ou ambassadeurs de la promotion de la nutrition

		<p>malnutrition et la prise en charge de certaines maladies maternelles et infantiles</p> <p>Investir dans les 1000 premiers jours de l'enfant, c'est préparer les meilleures ressources intellectuelles et humaines du Bénin</p> <p>La lutte contre la malnutrition va au de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, de l'autosuffisance alimentaire ou de la souveraineté alimentaire. C'est une question de développement économique et social du Bénin</p>	<p><b>presse, relations publiques, publicité et mobilisation sociale</b></p>	
<p>Appui techniques et financiers au SP-CAN et autres ministères sectoriels travaillant dans l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant</p>	<p>PTF, Coopération bilatérale, ONG internationales, etc. :</p> <p>Appui technique et financier</p>	<p>La poursuite de votre appui technique et financier est bénéfique pour les Béninoises et les Béninois.</p> <p>La contribution du secteur privé est indispensable pour la promotion de la nutrition au coeur du développement du Bénin.</p>	<p><b>Communications interpersonnelles</b> lors des visites de courtoisie, des réunions de plaidoyer et de négociations du Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN</p> <p>Communications de masse avec les émissions radiotélévisées et articles dans la presse. Débats publics, etc.</p> <p>Stratégies: <b>plaidoyer, relations de presse</b></p>	<p>Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN</p> <p>Personnalités crédibles à désigner comme champions ou ambassadeurs de la promotion de la nutrition</p>
<p>Appui aux mères d'enfants âgés de moins de 5 ans, aux femmes enceintes, aux femmes</p>	<p>Leaders communautaires : Rois, responsables religieux, guérisseurs, personnel médical,</p>	<p>Votre attitude, engagement et contribution sont irremplaçables pour appuyer et faciliter le processus de</p>	<p><b>Communications interpersonnelles</b> lors des réunions de plaidoyer renforcement des capacités et de</p>	<p>Représentant du Chef de l'État au CAN et du Secrétaire Permanent du CAN</p>

allaitantes, aux filles adolescentes dans le processus de changement social et comportemental	grands-pères, grands-mères, chefs de villages, mères modèles, journalistes des radios publiques, privées et communautaires, personnel médical (infirmiers, médecins, etc.), agents de promotion sociale Relais, CSAN, animateurs des foyers de récupération nutritionnelle, animateurs des projets, écoliers et enseignants, associations à base communautaire des jeunes, des femmes, maris et pères	changement de normes et de comportements des mères, filles adolescentes, femmes enceintes et femmes allaitantes, etc.	planifications des membres du CAN, avec les leaders participants Communications de masse avec les émissions radiotélévisées et articles dans la presse, CIP et de groupe Stratégies : <b>plaidoyer, relations de presse, publicité et mobilisation sociale</b>	Journalistes et animateurs  Personnalités crédibles à désigner comme champions ou ambassadeurs de la promotion de la nutrition
Changements positifs des connaissances, attitudes, normes et comportements Augmentation de la demande de produits et services Augmentation de l'utilisation des produits et services	Mères, filles adolescentes, femmes enceintes, femmes allaitantes, gardiennes d'enfants, etc.  Engagement concret des participants	Chères mères, mères, filles adolescentes, femmes enceintes, femmes allaitantes, il est de votre intérêt, celui de vos familles et du pays tout entier d'adopter les comportements recommandés relatifs à l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant.	<b>Communications interpersonnelles</b> visites à domiciles, discussions de groupe et diagnostic participatif communautaire Médias de masse avec des émissions interactives, des tribunes téléphoniques, des démonstrations des comportements, etc. Stratégies : <b>relations de presse, publicité et CCSC</b>	Journalistes et animateurs communautaires Personnalités crédibles à désigner comme champions ou ambassadeurs de la promotion de la nutrition

**Source :** Tableau construit à partir des données de l'analyse de la situation

A ce niveau, il est fortement recommandé de choisir les meilleurs agents de communication ou champions de la nutrition en fonction des publics cibles au niveau national, départemental/communal, communautaire et familial (ménage).

## 4. Mécanisme de coordination et de mise en œuvre

### 4.1. Coordination de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la stratégie de CCSC pour la nutrition et de son plan opérationnel 2017-2021 se fera sous la responsabilité du SP-CAN, organe national de coordination multisectorielle. A ce sujet, le SP-CAN organisera une réunion de tous ses partenaires nationaux et internationaux pour trouver ensemble comment organiser une meilleure coordination aux niveaux national, départemental et communal, communautaire et familial (ménage). Cela se fera aussi bien en nutrition qu'en communication.

A l'échelle nationale, la coordination sera réalisée par le **groupe de travail sur la communication pour la nutrition au Bénin** qui regroupe les représentants du SP-CAN et des partenaires nationaux et internationaux opérationnels dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition.

Au niveau communal, cette coordination sera assurée par **les cadres de concertations communales** (CCC) dont il faut renforcer les compétences techniques et en ressources humaines. Un chargé de la communication et un responsable de la nutrition sont nécessaires pour que chaque commune s'acquitte convenablement de sa mission dans ce domaine. Les coordonnateurs régionaux du SP-CAN et ceux des autres partenaires vont s'intégrer dans ces structures permanentes pour favoriser la pérennité et l'appropriation.

Les **superviseurs des relais** sont à mettre en place car le personnel de santé est insuffisant et indisponible pour le faire.

Outre les **relais communautaires** qui travaillent au niveau villageois et familiale, il est important de rendre dynamiques les **CSAN** à la base.

La mise en œuvre du plan opérationnel 2017-2021 sera faite par le SP-CAN et ses différents partenaires des structures nationales et des PTF internationaux dans leurs zones d'interventions. Il s'agit notamment des ministères sectoriels comme la santé, l'agriculture, les affaires sociales, la communication, l'enseignement primaire, secondaire et universitaire, les départements, les mairies, l'ANCB, les arrondissements, les villages, les ONG nationales, les secteurs privés et médiatiques, les confessions religieuses et les chefferies traditionnelles, etc.

Les PTF sont composés notamment par les représentants du Système des Nations Unies comme, l'UNICEF, OMS, FAO, PAM, UNFPA, la Banque Mondiale et les ONG internationales comme Care Bénin Togo, Plan international, Catholic Relief Services, Bioversity Bénin, la coopération bilatérale comme GIZ, la Coopération Technique Belge,

Chaque acteur mettra en œuvre la partie du plan opérationnel concernant son domaine d'action et dans sa zone d'intervention. Ces interventions se feront au niveau national (central), départemental et/ou communal, communautaire et familial (ménage).

## **4.2. Conditions de réussite**

Réussir la mise en œuvre du plan opérationnel 2017-2021 exige certaines conditions indispensables :

- Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles dans les délais aux niveaux centraux, régionaux et communautaires
- Engagement et soutien concret des leaders du sommet de l'État au niveau ménage en passant par les structures ministérielles, départementales, communales et communautaires.
- Renforcement technique et financier des cadres de concertations communaux.
- Création et mise en place des superviseurs des relais communautaires.
- Adaptation et mise en œuvre du plan opérationnel 2017-2021 au niveau communal et communautaire.
- Allocation de 5% du budget communal annuel aux activités de la nutrition.
- Coordination effective et régulière de la mise en œuvre du plan opérationnel 2017-2021
- Renforcement des capacités des différents acteurs fait dans les meilleurs délais.
- Cadres de suivi-évaluation et de mise en œuvre réalisés comme planifiés.
- Renforcement de la motivation des leaders traditionnels et des relais.
- Création d'une masse critique significative formée en CCSC pour la nutrition pour viser la responsabilisation et l'appropriation.

## **5. Mécanisme de suivi –évaluation et cadre logique**

### **5.1. Suivi –évaluation**

Le suivi –évaluation du plan opérationnel 2017-2021 de la stratégie de CCSC pour la nutrition se fera à l'échelle nationale, communale et communautaire. Ce dispositif s'intègre dans le dispositif de suivi-évaluation multisectoriel du CAN.

Le suivi se fera régulièrement à travers les rapports d'activités effectués à tous les échelons. Cela permet de se rendre compte si toutes les activités sont mises en œuvre comme elles ont été planifiées. Si c'est le cas, il faut vérifier comment améliorer cela. Si ce n'est pas le cas, que faut-il faire pour que les activités se déroulent comme prévu? C'est dans ce cadre que le Ministère de la santé organise une réunion mensuelle de tous les intervenants communautaires à laquelle le CAN et ses partenaires devraient assister.

Les structures de coordination et de mise en œuvre au niveau national effectueront des supervisions semestrielles au niveau départemental et communal pour faire un rapport au cours des réunions régulières du groupe de coordination de la communication pour la nutrition.

Les coordonnateurs régionaux du SP-CAN et des autres partenaires feront également des supervisions régulières au niveau départemental et communal pour organiser des réunions et transmettre des rapports à l'échelon supérieur.

A leur tour, les cadres de concertations communaux feront des descentes au niveau des communautés et des ménages pour organiser des réunions et soumettre des rapports aux instances supérieures.

L'évaluation des résultats permet de se rendre compte si les objectifs communicationnels ont été atteints par des résultats des EDS, MICS et les enquêtes CAP. L'évaluation des effets vérifie l'état nutritionnel et la qualité de vie des gens suite aux résultats atteints par des interventions en promotion de la nutrition. Ces deux derniers types d'évaluation seront réalisés lors des EDS, MICS et des enquêtes CAP au cours d'une évaluation à mi-parcours au milieu de l'année 2019 et une évaluation finale en décembre 2021.

Les indicateurs de suivi –évaluation se trouvent dans la matrice du cadre logique ci-dessous.

## 5.2. Cadre logique du plan opérationnel de la nutrition de 2017 à 2021

Résumé narratif/logique d'intervention de 2017-2021	Indicateur vérifiable	Valeur de référence en 2015	Valeur cible à atteindre en 2021	Sources de vérification	Hypothèse ou présupposition
<p><b>1. Impact :</b> De 2017 à 2021, la population béninoise âgée de 15 ans et plus en général et en particulier celle des couches vulnérables des enfants de 0 à 24 mois, des filles adolescentes, des femmes enceintes et des femmes allaitantes auront leur état nutritionnel amélioré.</p>	Taux de malnutrition chronique,	34%	27%	EDS (2013)	
	Emaciation,	4.5%	???		
	Taux d'insuffisance pondérale	18%	????		
	Taux d'anémie chez les enfants de 0 à 9 mois	?????	????		
	Taux d'anémie chez les femmes en âge de procréer	41.4%	31.4%		
	% de nouveaux nés de faible poids à la naissance	????	????		
	Surcharge pondérale chez les enfants et les femmes en âge de procréer	????	???		
	Déficit énergétique chronique chez les femmes	6.2%	????		
<p><b>2. Effet1: Résultats attendus au niveau national de 2016 à 2025 et de 2017 à 2021</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est réduit de 40% (34% MICS, 2015 à 27% en 2021 et à 20% en 2025, CCR, 2015).</li> </ul>	% de la malnutrition chronique	34%	27%	MICS	Indicateurs à introduire dans EDS et à actualiser dans MICS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer est réduite de 50% (<b>41.4% en 2015 à 31.4 % en 2021 et 21.4% en 2025</b>).</li> <li>• L'insuffisance pondérale à la naissance est réduite de 30% (<b>18% en 2015 à 15% en 2021 et à 12% en 2025</b>)</li> <li>• Le pourcentage d'enfants en surpoids est limité (<b>1.7% en 2015 à 1.7% en 2021 et à 1.7% en 2025</b>)</li> <li>• Le taux d'allaitement maternel exclusif est augmenté de 50% (<b>41.4% en 2015 à 51.4% en 2021 et à 61.4% en 2025</b>)</li> <li>• Le taux d'émaciation chez l'enfant est réduit et maintenu en dessous de 5% (<b>4.5% en 2015 à 4% en 2021 et à 3.5% en 2025</b>).</li> </ul>	<p>% de femmes en âge de procréer souffrant de l'anémie</p> <p>% d'insuffisance pondérale à la naissance</p> <p>% en surpoids</p> <p>% de l'AME</p> <p>% de l'émaciation</p>	<p>18%</p> <p>18%</p> <p>1.7%</p> <p>41.4%</p> <p>4.5%</p>	<p>31.4%</p> <p>15%</p> <p>1.7%</p> <p>51.4%</p> <p>4% ???</p>	<p>MICS</p> <p>MICS</p> <p>MICS</p> <p>MICS</p> <p>MICS</p>	
<p><b>3. Effet 2: Résultats relatifs à la CCSC de janvier 2017 à Décembre 2021</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% de la population béninoise <b>pratiquent des comportements</b> favorables à l'amélioration de son état nutritionnel et celui des couches vulnérables</li> <li>• 20% des mères et des pères d'enfants <b>pratiquent des comportements</b> favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables</li> <li>• 56.6% des mères <b>pratiquent</b> l'allaitement maternel précoce</li> <li>• 51.4 % des mères <b>pratiquent</b> l'allaitement maternel exclusif</li> <li>• 20% des mères <b>pratiquent</b> la diversité alimentaire et la fréquence des repas à leurs nourrissons âgés de 6 à 23 mois</li> </ul>	<p>% de la population pratiquant des comportements positifs en nutrition</p> <p>% des pères et % des mères pratiquant des comportements positifs en nutrition</p> <p>% des mères pratiquant l'AM précoce</p> <p>% des mères pratiquant l'AME</p> <p>% des mères pratiquant la diversité alimentaire</p>	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>46.6%</p> <p>41.4%</p> <p>15.1%</p>	<p>20%</p> <p>20%</p> <p>56.6%</p> <p>51.4%</p> <p>20%</p>	<p>EDS et MICS</p>	<p>Indicateurs à introduire dans EDS et à actualiser dans MICS Introduire des enquêtes CAP sur la nutrition</p> <p>Indicateurs à introduire dans EDS et à actualiser dans MICS Introduire des enquêtes CAP sur</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12.5% des filles adolescentes et 40% respectivement des femmes enceintes et des femmes allaitantes <b>pratiquent</b> une alimentation suffisante, saine et équilibrée</li> <li>• 40% des femmes enceintes <b>pratiquent</b> une alimentation suffisante, saine et équilibrée</li> <li>• 40% des femmes allaitantes <b>pratiquent</b> une alimentation suffisante, saine et équilibrée</li> <li>• 50% des mères/pères <b>font</b> le dépistage de la malnutrition de leurs enfants âgés de moins de 5 ans.</li> <li>• 50% des mères/pères <b>font</b> la prise en charge de la malnutrition aiguë de leurs enfants âgés de moins de 5 ans</li> <li>• 75% des agents de santé <b>assurent</b> la prise en charge effective et correcte des enfants de moins de 5 ans souffrant de la de la malnutrition aiguë.</li> </ul>	<p>% des adolescentes pratiquant une bonne alimentation</p> <p>% des femmes enceintes pratiquant une bonne alimentation</p> <p>% des femmes allaitantes pratiquant une bonne alimentation</p> <p>% des mères/pères faisant le dépistage de la malnutrition aiguë</p> <p>% des mères/pères faisant la prise en charge de la malnutrition aiguë</p> <p>% agents de santé assurant la prise en charge de la malnutrition aiguë</p>	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p>	<p>12.5%</p> <p>40%</p> <p>40%</p> <p>70%</p> <p>70%</p> <p>75%</p>	<p>EDS et MICS</p>	<p>Indicateurs à introduire dans EDS et à actualiser dans MICS</p> <p>Introduire des enquêtes CAP sur la nutrition</p>
<p><b>3.1. Effets 3: Résultats intermédiaires liés aux changements de connaissances, d'attitudes et de normes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus ont <b>des connaissances</b> favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables</li> </ul>	<p>% de la population ayant des connaissances favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel</p>	<p>ND</p>	<p>60%</p>	<p>EDS et MICS</p>	<p>Indicateurs à introduire dans EDS et à actualiser dans MICS</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>40% de la population béninoise âgée de 15 ans et plus ont <b>des attitudes</b> favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables</li> </ul>	% de la population ayant des attitudes favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel	ND	60%	EDS et MICS	Introduire des enquêtes CAP sur la nutrition
<ul style="list-style-type: none"> <li>60% des mères et des pères d'enfants ont <b>des connaissances</b> favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables</li> </ul>	% des mères et des pères ayant des connaissances et des attitudes favorables à l'amélioration de l'état nutritionnel	ND	50%	EDS et MICS	Introduire des enquêtes CAP sur la nutrition
<ul style="list-style-type: none"> <li>40% des mères et des pères d'enfants ont <b>des attitudes</b> favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel et celui des couches vulnérables</li> </ul>	% des mères et des pères ayant des attitudes favorables à l'amélioration de leur état nutritionnel	ND	50%	EDS et MICS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>60% des pères et des mères sont capables <b>d'expliquer 3 avantages</b> liés respectivement à l'AM précoce, AME, l'alimentation complémentaire des enfants, l'alimentation de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante, le dépistage de la malnutrition aigüe ainsi que sa prise en charge.</li> </ul>	% des mères et des pères capables d'expliquer ces 3 avantages par comportement	ND	60%	EDS et MICS	Introduire des enquêtes CAP sur la nutrition
<ul style="list-style-type: none"> <li>30% des leaders politiques (touchés par les actions de plaidoyer) <b>mènent des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales</b> défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	% des leaders politiques menant des activités pour changer les normes	ND	30%	EDS et MICS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>50% des leaders traditionnels et religieux (touchés par les actions de plaidoyer) <b>mènent des activités destinées à changer les normes et valeurs sociales</b> défavorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et en particulier celui des couches vulnérables</li> </ul>	% des leaders traditionnels et religieux menant des activités pour changer les normes	ND	50%	EDS et MICS	

<ul style="list-style-type: none"> <li>60% des pères et des mères sont capables <b>d'expliquer 3 normes</b> à changer dans leur milieu pour favoriser la promotion des comportements clés en nutrition.</li> </ul>	% des pères et des mères pouvant expliquer 3 normes à changer pour promouvoir les comportements clés en nutrition	ND	60%	EDS et MICS	Introduire des enquêtes CAP sur la nutrition
<b>3.2. Effet 4 : Résultats intermédiaires liés aux soutiens apportés par la mobilisation sociale de 2017 à 2021</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>au moins 50% des organisations de la société civile et à base communautaires et des institutions publiques et privées <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	% des organisations ayant mené des activités de mobilisation sociale	ND	50%	EDS et MICS /Rapports d'activités	Effectuer des enquêtes CAP sur la nutrition
<ul style="list-style-type: none"> <li>au moins 30% des enseignants et des élèves des établissements primaires et secondaires <b>sont touchés par des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	% des enseignants et des élèves touchés par la mobilisation sociale	ND	30%	EDS et MICS /Rapports d'activités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>au moins 30% des établissements primaires et secondaires <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	% des établissements primaires et secondaires ayant mené des activités de mobilisation sociale	ND	30%	EDS et MICS /Rapports d'activités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>au moins 50% des agents de santé et du CPS <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	% des agents de santé et des CPS ayant mené des activités de mobilisation sociale	ND	50%	EDS et MICS /Rapports d'activités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>au moins 50% des relais communautaires <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel</li> </ul>	% des relais communautaires ayant	ND	50%	EDS et MICS	

<p>de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins 30% des crieurs <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> <li>• 60% des médias publics, privés et communautaires <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> <li>• 100% des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition <b>mènent des activités de mobilisation sociale</b> en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	<p>mené des activités de mobilisation sociale</p> <p>% des crieurs ayant mené des activités de mobilisation sociale</p> <p>% des médias publics, privés et communautaires ayant mené des activités de mobilisation sociale</p> <p>% des PTF ayant mené des activités de mobilisation sociale</p>	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p>	<p>30%</p> <p>60%</p> <p>100%</p>	<p>/Rapports d'activités</p> <p>EDS et MICS /Rapports d'activités</p> <p>EDS et MICS /Rapports d'activités</p> <p>EDS et MICS /Rapports d'activités</p>	
<p><b>3.3. Effet 5: Résultats intermédiaires liés aux ressources mobilisées par le plaidoyer de 2017 à 2021</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60% des membres du gouvernement et des maires <b>mobilisent des ressources</b> financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> <li>• 50% des leaders politiques et communautaires <b>mobilisent des ressources</b> financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> <li>• 50% des chefs religieux et traditionnels <b>mobilisent des ressources</b> financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	<p>% des membres du gouvernement et des maires ayant mobilisé des ressources</p> <p>% des leaders politiques et communautaires ayant mobilisé des ressources</p> <p>% des leaders religieux et traditionnels ayant mobilisé des ressources</p>	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p>	<p>60%</p> <p>50%</p> <p>50%</p>	<p>EDS et MICS + Rapports d'activités</p> <p>EDS et MICS +</p>	<p>Effectuer des enquêtes CAP sur la nutrition</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>100% des responsables des PTF intervenants dans le domaine de la nutrition <b>mobilisent des ressources</b> financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> <li>50% des responsables des médias <b>mobilisent des ressources</b> financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> <li>10% des leaders du secteur privé <b>mobilisent des ressources</b> financières, humaines, matérielles et morales destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population béninoise en général et en particulier celui des couches vulnérables.</li> </ul>	% des PTF ayant mobilisé des ressources	ND	100%	Rapports d'activités	
	% des responsables des médias ayant mobilisé des ressources	ND	50%	EDS et MICS + Rapports d'activités	
	% des leaders du secteur privé ayant mobilisé des ressources	ND	10%		
<b>4. Activités à mettre en œuvre par stratégie et participant</b>					
<b>4.1. Activités pour les participants de la CCSC</b>					
1. Vulgariser et disséminer le document de stratégie nationale de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021 et distribuer 100 copies aux partenaires du SP-CAN	Document disponible et distribué par email et par la poste	-----	-----	Rapports d'activité	Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles dans les délais. Introduire tous les indicateurs dans EDS et MICS Effectuer des enquêtes CAP
2. Élaborer un module de formation des formateurs sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration d'un plan opérationnel pour la nutrition au Bénin.	Module disponible	-----	-----	Rapports d'activité	
3. Organiser 2 sessions de formation des cadres du CAN, de la commission en charge de la nutrition au parlement, des ministères et des PTF sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration du plan de plaidoyer pour la nutrition au Bénin	Nombre de sessions organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	
4. Organiser 2 sessions de formation des formateurs du SP-CAN et des partenaires sur la planification stratégique de la CCSC et l'élaboration du PIC pour la nutrition au Bénin.	Nombre de sessions organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	
5. Organiser une session des acteurs communaux sur l'adaptation de la stratégie nationale de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021 aux réalités de chaque commune.	Nombre de sessions organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	

6. Organiser une session de formation des formateurs des acteurs communautaires (membres du cadre de concertation communal, infirmiers, membre du CPS, communicateurs des projets, animateurs de projets, superviseurs des relais, leaders religieux, traditionnels (rois), guérisseurs, chefs de villages, etc.) sur la communication interpersonnelle en vue de la promotion de la nutrition	Nombre de sessions organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	sur la nutrition et l'alimentation.
7. Organiser 2 sessions de formation des acteurs communautaires par commune (relais, animateurs des projets, mères et pères modèles, leaders religieux, traditionnels, politiques, guérisseurs, chefs de village, etc.) sur la communication interpersonnelle en vue de la promotion des comportements clés en nutrition.	Nombre de sessions organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	
8. Développer un module d'élaboration des messages et organiser un atelier national participatif de développement des messages et des supports de CCSC en vue de la promotion des comportements clés en nutrition	Module disponible	-----	-----	Rapports d'activité	
9. Organiser un processus démocratique de sélection des personnalités crédibles à former sur la communication et la nutrition pour agir comme champions ou ambassadeurs aux niveaux national, communal et communautaire.	Liste des champions disponible	-----	-----	Rapports d'activité	
10. Organiser 2 sessions de formation du personnel médical des centres de santé et des maternités (médecins infirmiers) et des CPS sur la communication interpersonnelle et l'accueil en vue de la promotion des comportements clés en nutrition.	Nombre de sessions organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	Disponibilité des ressources
11. Organiser des séances de communication interpersonnelle, des visites à domiciles et des causeries pour convaincre les participants primaires (mères, pères, gardiennes d'enfants de 0 à 5 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes, filles adolescentes) à pratiquer les comportements clés pour promouvoir la nutrition.	Nombre de visites effectuées Liste des personnes rencontrées	-----	-----	Rapports d'activité	financières, humaines et matérielles dans les délais.
12. Organiser des séances d'échanges et d'information à travers des focus group dans chaque village par les animateurs sur les modes de promotion de la nutrition, de prévention et de prise en charge de la malnutrition	Nombre de séances effectuées par village Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	Introduire tous les indicateurs dans EDS et
13. Organiser des séances de discussions communautaires entre les leaders traditionnels (rois, guérisseurs, directeurs d'école, enseignants, élus locaux, etc.) et la population sur les pistes de solution pour changer certaines normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition (comme les interdits alimentaires pour les femmes enceintes, allaitantes, les filles adolescentes et les enfants).	Discussion de groupe Outils variés	-----	-----	Rapports d'activité	MICS Effectuer des enquêtes CAP
14. Inventorier les versets des livres sacrés (catholiques, protestants, musulmans, religions traditionnelles) relatifs à l'alimentation, la nutrition et la santé de la	Recueil de versets disponible	-----	-----	Rapports d'activité	

mère et de l'enfant pour les utiliser dans la promotion de la nutrition lors des célébrations des cultes.					sur la nutrition et l'alimentation.
15. Mener des interventions dans les lieux de culte (catholiques, musulmans, protestants, religions traditionnelles, etc.) pour changer les connaissances, les attitudes, les croyances et les normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition et proposer des pistes de solution.	Recueils de versets disponibles	-----	-----	Rapports d'activité	
16. Profiter des fêtes familiales comme les cérémonies de dot, de mariages, de baptêmes ainsi que les jours de marché pour transmettre des messages clés sur la promotion des comportements prioritaires sur la nutrition.	Copie des discours de circonstance	-----	-----	Rapports d'activité	
17. Organiser des cérémonies annuelles destinées à donner des primes de reconnaissance et d'encouragement aux acteurs modèles dans la promotion de la nutrition et du genre (les relais, les mères et les hommes modèles, les journalistes engagés, les associations des femmes, des jeunes et des filles déterminées, les maires, etc.)	Liste des lauréats Primes Copie des discours de circonstance	-----	-----	Rapports d'activité	
18. Produire des films aux formats réglementaires en français et dans les principales langues nationales orientés sur le changement social et comportemental en faveur des bonnes pratiques de promotion de la nutrition	CD du film en différentes langues	-----	-----	Rapports d'activité	
19. Organiser des séances de projections des vidéos dans les villages suivies de débats sur les normes, les croyances et les valeurs à changer pour mieux promouvoir les comportements clés en nutrition	Liste des participants Vidéo projetée	-----	-----	Rapports d'activité	
20. Organiser régulièrement des émissions radiotélévisées interactives dans les villages sur les avantages liés à la pratique des comportements prioritaires pour la nutrition	Liste des participants copie de l'émission enregistrée	-----	-----	Rapports d'activité	
21. Former les élèves des écoles primaires et secondaires pour les amener à convaincre leurs pères et mères à pratiquer des comportements clés pour la promotion de la nutrition, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition	Liste des élèves formés et actifs dans la communauté	-----	-----	Rapports d'activité	
22. Renforcer les capacités des mères et des pères d'enfants à reconnaître les signes de la malnutrition aigüe, à savoir utiliser des brassards tricolores (MUAC) pour le dépistage de la malnutrition aigüe, à maîtriser les méfaits de l'automédication, la composition et la préparation des repas sains et équilibrés pour les enfants de moins de 5 ans, les filles adolescentes, les femmes enceintes et les femmes allaitantes et à connaître les avantages de l'AM exclusif et l'alimentation complémentaire	Liste des mères et des pères formés	-----	-----	Rapports d'activité	
23. Organiser des visites d'échanges d'expériences sur les bonnes pratiques en nutrition aussi bien entre les communes qu'à l'extérieur du pays comme au Rwanda.	Nombre de visites effectuées Liste des participants Régions ou pays visités	-----	-----	Rapports d'activité	

24. Collecter et harmoniser les vidéos des partenaires sur la nutrition en d'une utilisation à l'échelle nationale	Nombre de vidéos collectées et harmonisées	-----	-----	Rapports d'activité		
25. Organiser des projections des vidéos lors des réunions des groupements des femmes suivies de débats sur les normes, les croyances et les valeurs à changer pour mieux promouvoir les comportements clés en nutrition	Nombre de projections organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité		
26. Organiser des projections des vidéos dans les salles d'attente des centres de santé, des maternités et des hôpitaux sur les mauvaises et les bonnes pratiques sur la promotion de la nutrition.	Nombre de projections organisées Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité		
<b>4.2. Activités pour les participants de la mobilisation sociale</b>		-----	-----	Rapports d'activité		
1. Organiser un atelier national annuel de tous les partenaires du SP-CAN en nutrition pour compléter le plan opérationnel de la stratégie en élaborant un plan annuel de communication rassemblant tous les plans sectoriels pour l'ANJE, L'AFAFEFA, la PECMA, PECME et la PH pour la période de 2017-2021	Plan annuel de communication intégrant les plans sectoriels de tous les partenaires Liste de participants	-----	-----	Rapports d'activité	Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles dans les délais.	
2 Établir des partenariats pour la promotion de la nutrition avec <ul style="list-style-type: none"> <li>• les leaders traditionnels (rois et guérisseuses traditionnels),</li> <li>• les leaders religieux (catholiques, protestants, musulmans, religions traditionnelles)</li> <li>• les leaders médiatiques (médias publics, privés, confessionnels et communautaires, association des médias, patronat des médias, association des journalistes, etc.),</li> <li>• les artistes (chanteurs, vedettes sportives et de cinéma),</li> <li>• les chefs des compagnies de téléphonie mobile (Moov, MTN, BBCOM, GLO, LIBERCOM).</li> <li>• les ministères de l'enseignement primaire, secondaire, supérieur et de la communication,</li> <li>• les recteurs des universitaires publiques et privées,</li> <li>• les responsables du secteur privé, etc.</li> </ul>	Documents de partenariats signés	-----	-----	Rapports d'activité	Introduire tous les indicateurs dans EDS et MICS  Effectuer des enquêtes CAP sur la nutrition et l'alimentation.	
3. Institutionnaliser une campagne annuelle et multimédia d'une semaine de tous les partenaires du SP-CAN pour la promotion de la nutrition (inclure célébration de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, la journée mondiale de la nutrition, la journée de l'alimentation, remise officielle des primes aux personnes modèles dans la promotion de la nutrition, etc.)	Campagne annuelle organisée Liste des activités menées	-----	-----	Rapports d'activité		

4. Élaborer et mettre en œuvre un plan média pour la promotion des comportements clés en nutrition (radio, TV, presse écrite, téléphonie mobile, site web, etc.) par des spots publicitaires, des émissions, des débats, des informations radiotélévisées, des films, des microprogrammes, des articles dans la presse écrite et sur des sites web, etc.).	Plan média disponible Liste des activités budgétisées	-----	-----	Rapports d'activité		
5. Diffuser des films aux formats réglementaires en français et dans les principales langues nationales orientés vers le changement social et comportemental en faveur des bonnes pratiques de promotion de la nutrition.	Copie de la Vidéo diffusée	-----	-----	Rapports d'activité		
6. Produire et diffuser en Français et dans 10 principales langues une émission à la radio et télévision nationales sur les différents thèmes de la nutrition au cœur du développement du Bénin.	Copie de l'émission produite et diffusée	-----	-----	Rapports d'activité		
7. Créer une synergie des médias audiovisuels, écrits et informatiques pour communiquer simultanément sur la promotion des comportements clés en nutrition, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition au moins deux fois par an pendant une heure au minimum.	Copie des émissions de la synergie des médias	-----	-----	Rapports d'activité		
8. Produire et publier à un rythme hebdomadaire dans le Journal de service public La Nation, sur le site web du CAN, des autres partenaires et autres journaux des articles sur la promotion de la nutrition au cœur du développement.	Coupures de presse des articles publiés	-----	-----	Rapports d'activité		
9. Produire et publier dans le supplément publicitaire du quotidien de La Nation et dans les autres journaux au moins une fois par mois la mission et les réalisations de chaque partenaire du SP-CAN dans les domaines de l'alimentation, de la nutrition et de la santé de la mère et de l'enfant.	Coupures de presse des articles publiés dans le supplément publicitaire	-----	-----	Rapports d'activité		
10. Concevoir, produire et disséminer annuellement des outils de mobilisation sociale pour la promotion de la nutrition : Boîte à images (à actualiser), cartes conseils (à actualiser), brochures, livrets, bulletins, 1000 dépliants sur les comportements à promouvoir et enjeux de la nutrition, 500 agendas avec messages clés sur la nutrition et enjeux de la nutrition, 1000 calendriers avec messages clés sur la nutrition et enjeux de la nutrition 1000 affiches avec messages clés sur la nutrition et enjeux de la nutrition, 1000 casquettes de très bonne qualité avec message clé, 300 portes documents avec messages clés sur la nutrition, 500 porte-clés avec message clé sur la nutrition. 500 T-shirts de très bonne qualité, 500 T-shirts de qualité moyenne, 500 cartes de vœux, 1000 autocollants avec messages clés sur la nutrition à mettre sur les voitures, 1000 affiches (A4, A3, A2, A1) à mettre sur les voitures du SP-CAN, les autobus reliant Cotonou et les Centres communaux du pays, les bus circulant dans la ville	Outils produits disponibles	-----	-----	Rapports d'activité		

de Cotonou, Porto Novo, Parakou, etc. 20 panneaux publicitaires métalliques (10 à Cotonou, 5 à Porto Novo, 5 à Parakou), 50 Kakemonos, 500 Spots publicitaires radio, 12 spots publicitaires télévisés, 12 publireportages télévisés.						
11. Collaborer avec les compagnies de téléphonie mobile pour envoyer des SMS sur la promotion de la nutrition à leurs abonnés en français lors des grands événements.	Copie des SMS envoyés	-----	-----	Rapports d'activité	Disponibilité des ressources	
12. Organiser une conférence de presse avec des journalistes nationaux et les correspondants des radios, télévisions et agences de presse internationales au moins 2 fois par an sur la situation de la promotion de la nutrition	Conférences de presse organisées	-----	-----	Rapports d'activité	financières, humaines et matérielles dans	
13. Organiser des compétitions dans les 12 départements des meilleures chansons en français et en 10 principales langues locales sur la promotion des comportements clés en nutrition, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigüe.	Lettres d'invitations Prix des lauréats Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	les délais.	
14. Organiser un concours dans les écoles secondaires des meilleurs poèmes en français sur la promotion des comportements clés en nutrition, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition.	Lettres d'invitations Prix des lauréats Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	Introduire tous les indicateurs dans EDS et MICS	
15. Produire et disséminer des bandes dessinées et des cartes de jeu sur les comportements clés en nutrition pour les élèves des écoles secondaires.	Exemplaires des bandes dessinées et des cartes disponibles	-----	-----	Rapports d'activité	Effectuer des enquêtes CAP sur la nutrition et l'alimentation.	
16. Organiser 2 sessions de renforcement des capacités des journalistes en CCSC pour la promotion de la nutrition.	Liste des participants Module disponible	-----	-----	Rapports d'activité		
17. Faciliter la création d'une association des professionnels des médias pour la promotion de la nutrition au Bénin	Association créée Liste du comité disponible	-----	-----	Rapports d'activité		
18. Animer des conférences publiques médiatisées dans les différents campus universitaires publics et privés sur la nutrition au cœur du développement national.	Nombre de conférences animées Liste des thèmes et des conférenciers	-----	-----	Rapports d'activité		
19. Mettre en place une ligne téléphonique gratuite ouverte 24/24 fonctionnant comme un centre d'écoute et de conseils sur la promotion de la nutrition.	Ligne téléphonique fonctionnelle Numéro connu du public	-----	-----	Rapports d'activité		
20. Élaborer des recueils des recettes de mets avec les produits alimentaires locaux pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes et pour les personnes du troisième âge à l'intention des relais, des animateurs communautaires, des responsables des centres nutritionnels et des journalistes	Recueils des recettes de mets disponibles	-----	-----	Rapports d'activité		

21. Traduire en 10 principales langues locales les concepts clés relatifs à l'alimentation, la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant pour notamment les journalistes, les enseignants et les animateurs communautaires.	Documents des concepts traduits disponible	-----	-----	Rapports d'activité		
22. Organiser 2 sessions de formation des agents de santé opérant dans les CNA et CNT sur la communication interpersonnelle et le protocole de la PECMA	Liste des participants Module disponible	-----	-----	Rapports d'activité		
23. Collecter et harmoniser les différents vidéos et audio produits par les partenaires du CAN (Bioversity, etc.) sur la promotion de la nutrition pour les multiplier et les distribuer aux chauffeurs des bus de transport en commun et aux gestionnaires des marchés pour les diffuser à leurs clientèles	CD Vidéos et audio harmonisés	-----	-----	Rapports d'activité		
24. Intégrer régulièrement dans les discours publics des leaders politiques des messages clés sur la promotion de la nutrition.	Discours des leaders Liste des événements publics	-----	-----	Rapports d'activité		
<b>4.3. Activités pour les participants au plaidoyer</b>		-----	-----	Rapports d'activité		
1. Organiser une réunion nationale des partenaires du SP-CAN pour financer la mise en œuvre de la stratégie de CCSC pour la nutrition et son plan opérationnel 2017-2021	Liste des participants et tdr de la réunion	-----	-----	Rapports d'activité	Disponibilité des ressources	
2. Élaborer un kit de plaidoyer pour la Présidence de la République, le Gouvernement et le Parlement sur <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'amélioration des droits régissant la famille,</li> <li>✓ la protection contre la violence</li> <li>✓ l'équité et l'égalité dans la succession,</li> <li>✓ la représentation paritaire des 2 sexes dans les comités locaux de développement comme dans la gestion des banques céréalières communautaires</li> <li>✓ la participation davantage de la femme à la vie politique, économique et sociale du pays pour favoriser la promotion de la nutrition</li> <li>✓ la création des espaces de soutien et d'accompagnement de la pratique de l'AME dans les services publics et privés comme des crèches</li> <li>✓ l'amélioration des conditions économiques et sociales de la femme</li> <li>✓ la promotion davantage de la scolarisation de la jeune fille,</li> <li>✓ la prévention des grossesses et des mariages des adolescentes, etc..</li> </ul>	Document de plaidoyer soumis Date de l'audience et résultats de la rencontre Liste des participants	-----	-----	Rapports d'activité	financières, humaines et matérielles dans les délais.  Introduire tous les indicateurs dans EDS et MICS  Effectuer des enquêtes CAP sur la nutrition et l'alimentation.	
3. Exposer au conseil des ministres les contributions du Gouvernement pour faire figurer davantage la nutrition au cœur des politiques et des programmes de développement du Bénin.	Date de l'exposé Ordre du jour du conseil Document de présentation	-----	-----	Rapports d'activité		

4. Faire un lobbying pour réussir à inviter, de manière alternative, le Président de la République, le Président du Parlement et la Première Dame lors des cérémonies nationales de lancement des activités importantes relatives à la promotion de la nutrition et la prévention de la malnutrition.	Présence des autorités pour le lancement des activités	-----	-----	Rapports d'activité		
5 Organiser 5 ateliers nationaux des leaders religieux des différentes confessions (catholiques, protestants, musulmans, religions traditionnelles, etc.) et des leaders traditionnels (rois) pour proposer un plan d'action annuel pour leur implication concrète dans les changements des normes, des valeurs sociales, des croyances défavorables à la promotion du genre et de la nutrition	Liste des participants Plan d'action disponible	-----	-----	Rapports d'activité		
6. Organiser une réunion nationale des 12 préfets et 77 maires des communes pour adopter un plan d'action commun pour la promotion du genre et de la nutrition et l'élimination de la malnutrition	Liste des participants Plan d'action élaboré	-----	-----	Rapports d'activité		
7. Organiser une réunion des leaders du secteur privé pour préciser leurs apports et leurs plans d'actions pour contribuer à la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition (compagnie de téléphonie, usine de production de la bière, banques et assurances, etc.)	Liste des participants Plan d'action élaboré	-----	-----	Rapports d'activité		
8. Organiser des réunions de plaidoyer pour <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ créer une rubrique hebdomadaire nutrition dans le journal La Nation</li> <li>✓ introduire une émission mensuelle gratuite sur la nutrition à la radio et à la télévision nationales</li> <li>✓ convaincre les maires à doter chaque commune d'un chargé à la communication,</li> <li>✓ convaincre les maires à doter chaque commune d'un responsable à la nutrition,</li> <li>✓ recruter un personnel supplémentaire pour le département communication et développement communautaire du SP-CAN,</li> <li>✓ créer un centre national de formation, d'information, de documentation, de communication et de production des outils sur la promotion de la nutrition,</li> <li>✓ augmenter davantage le nombre de relais communautaires pour réduire leur charge de travail et viser davantage d'efficacité et d'efficience,</li> <li>✓ recruter des superviseurs des relais communautaires,</li> <li>• Assurer et améliorer la motivation des relais, etc.</li> </ul>	Document de plaidoyer disponible Plan de plaidoyer mis en œuvre et résultats obtenus	-----	-----	Rapports d'activité	Disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles dans les délais.  Introduire tous les indicateurs dans EDS et MICS  Effectuer des enquêtes CAP sur la nutrition et l'alimentation.	
9. Produire un kit de plaidoyer pour la promotion de la nutrition et l'élimination de la malnutrition à l'intention de la Présidence de la République, des membres du Gouvernement, des députés et des élus communaux, des leaders religieux et traditionnels et du secteur privé, des responsables PTF et des médias.	Kit de plaidoyer produit disponible	-----	-----	Rapports d'activité		

10. Avaliser les associations villageoises des femmes pour avoir accès aux crédits bancaires pour réaliser les objectifs visant l'automatisation financière et la sécurité alimentaire des ménages.	Liste des associations ayant bénéficié d'un appui financier Montant donné par association	-----	-----	Rapports d'activité		
11. Organiser des réunions de sensibilisation pour amener chaque famille à entretenir un jardin et le petit élevage dans le cadre de la promotion de la nutrition des enfants et des autres couches vulnérables de la population	Discours de plaidoyer des maires, des chefs d'arrondissement et de villages disponibles	-----	-----	Rapports d'activité		
12. Organiser des réunions de plaidoyers en direction des pouvoirs publics en vue de l'intégration des notions de base sur la promotion des comportements clés en nutrition dans les curricula de formation des écoles primaires, secondaires et des universités du Bénin ainsi que des écoles de médecine et de l'infirmierie	Document de plaidoyer Listes de cibles	-----	-----	Rapports d'activité		
13. Organiser des réunions de plaidoyers en direction des leaders politiques en vue de l'intégration de messages clés sur la promotion de la nutrition dans les discours publics.	Liste des événements publics importants Copies des discours	-----	-----	Rapports d'activité		

## Conclusion générale

La stratégie nationale de CCSC pour la nutrition au Bénin et son plan opérationnel 2017 à 2021 ont démontré l'urgence de changement de paradigme et d'investir dans ce domaine pour parvenir à obtenir des résultats tangibles.

Cela exige un travail fait de manière professionnelle et séquentielle pour parvenir à l'engagement des leaders du sommet de l'État à la base en passant par les départements, les communes et les arrondissements. L'implication des leaders influence évidemment la prise de conscience sociale, qui résulte de la mobilisation médiatique et sociale, sur les enjeux de la nutrition au cœur du développement du Bénin.

La modification des normes sociales défavorables à la promotion de la nutrition par les leaders religieux et traditionnels notamment constitue un préalable au changement de connaissances, d'attitudes, de croyances, de pratiques et de comportements des mères, des pères, des gardiennes d'enfants, des filles adolescentes, des femmes enceintes et des femmes allaitantes.

Le changement de paradigme signifie aussi appliquer une approche intégrée, inter, intra et multisectorielle du niveau central à la base en passant par des structures intermédiaires sous la coordination du SP-CAN. À ce sujet, la mise en œuvre des recommandations ci-dessous faciliterait la matérialisation de la stratégie et de son plan opérationnel :

- ✓ Créer un centre national de formation, d'information, de documentation, de communication et de production des outils sur la promotion de la nutrition.
- ✓ documenter les bonnes pratiques en CCSC pour la promotion de la nutrition propres à certaines régions pour servir d'inspiration à d'autres localités du pays.
- ✓ mettre en place au niveau communautaire un système utilisant les technologies pour le développement (T4D) comme SMS et WhatsApp pour le suivi et la transmission des pratiques nutritionnelles communautaires au niveau national.
- ✓ sélectionner un parmi les 12 départements pour servir de pilote avec des services concentrés en CCSC et en offre de services pour la promotion de la nutrition.
- ✓ recruter un chargé de la communication par commune.
- ✓ recruter un responsable de la nutrition par commune.
- ✓ recruter un personnel supplémentaire pour la section communication et développement communautaire du SP-CAN
- ✓ effectuer une évaluation à mi-parcours en 2019 et une évaluation finale en décembre 2021
- ✓ intégrer systématiquement des questions socio comportementales dans les études de base, les EDS et MICS qui se font dans le domaine de la nutrition pour obtenir des indicateurs C4D.
- ✓ organiser une étude CAP sur la Nutrition/Malnutrition au niveau national.
- ✓ mettre en place une association des parlementaires pour la promotion de la nutrition

## Références bibliographiques

- Agbota, A., Mahy L. et Hessou D.J. (2009). Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition. Cotonou : Gouvernement du Bénin/ Banque Mondiale.
- Agbota A., Mahy L. et Hessou D.J. (2009). Opérationnalisation du Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition : Programme National de l'Alimentation et de la Nutrition Axé sur les Résultats. Cotonou : Gouvernement du Bénin/ Banque Mondiale.
- Agbota, Ambroise., Eric Tevoedjre, Joseph D. Hessou (2009). Mettre la politique nutritionnelle au cœur du développement – Comprendre les facteurs institutionnels et politiques du changement politique : Etude de cas du Bénin. Cotonou : Gouvernement du Bénin/ Banque Mondiale.
- CAN (2015) Présentation du Conseil National de l'alimentation et de la nutrition. Cotonou : CAN
- CAN (mai 2016). Projet Multisectoriel de l'Alimentation, de la Santé et de la Nutrition (PMASN). Version abrégée. Cotonou : CAN
- Care Bénin (juin 2014). La nutrition au centre, stratégie de plaidoyer et de communication Cotonou : Care Bénin.
- DJOSSINO D. (2013). Argumentaire pour la réalisation d'un plan de communication pour l'ANCB. Rapport de consultation dans le cadre de la mise en œuvre du PNC.
- DOSSOU Camille, (2008). Document de stratégie de plaidoyer et de lobbying de l'ANCB. Rapport de consultation financée par le Ministère des Affaires Etrangères Néerlandais en collaboration avec l'ANCB. Cotonou ; ANCB
- FMI (2011), Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011 à 2015). Rapport du FMI n°11/307, République du Bénin, 207p.
- GODIN, Gaston (1988). Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. In Santé Société no2
- GREEN, Lawrence W. et Marshall W. Kreuter (20<sup>th</sup> July 2005) Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach La 4<sup>ème</sup> édition. New Publisher: McGraw-Hill.
- GREEN, Lawrence W. et Marshall W. Kreuter (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach. London, Toronto, CA: Mayfield publishing company
- GREEN, Lawrence W. et Marshall W. Kreuter (1991). Health promotion planning: An educational and environmental approach. CA: Mayfield publishing company
- GREEN, Lawrence W. et Marshall W. Kreuter et al. (1980). Health Education planning: A diagnostic approach. Palo Alto, CA: Mayfield publishing company  
<http://www.ihpr.ubc.ca>  
<http://www.lgreen.net> (site de Lawrence W. Green)
- HAGAN, L. (1988). La planification des interventions éducatives par l'identification des besoins et par le choix des objectifs d'apprentissage et des types d'interventions possibles. In Santé Société no 2, 44-52.
- Gouvernement du Bénin (2007). Rapport de l'Atelier de consensus sur la mise en œuvre de la politique des réformes dans le secteur de la nutrition au Bénin. Atelier tenu à l'hôtel Guédévy à Abomey du 06 au 09 Novembre 2007. Cotonou : Gouvernement du Bénin/ Banque Mondiale.
- INSAE, (2014). Analyse Globale de la Vulnérabilité de la Sécurité Alimentaire et de la nutrition (AGVSAN). Réalisée en collaboration avec PAM, UNICEF et FAO. 146p

INSAE, (2013). Enquête Démographique et de Santé (EDS IV). Rapport en collaboration avec la Banque Mondiale, Unicef, Fonds Mondial de lutte contre le sida, USAID, UNFPA... 573p

INSAE, (2013). Evaluation de la pauvreté au Bénin. En collaboration avec la Banque Mondiale. 218p.

INSAE (2012). Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages (EMICoV) 2<sup>ème</sup> Edition. Edité en collaboration avec PNUD, Millennium Challenge Account, GIZ, Danida.

INSAE et Unicef (2014). Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (MICS). Cotonou: INSAE/UNICEF

McKee, Neill, et al. (2002). Involving People Evolving Behavior. New York: UNICEF, Southbound Press, Penang.

Mahy, L. et Hessou D.J. (2009). Diagnostic de la situation nutritionnelle au Bénin. Cotonou : Gouvernement du Bénin/ Banque Mondiale.

Ministère de la santé (Juillet 2015). Stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 2015-2019. Cotonou : Ministère de la santé

Ministère de la santé (2014). Plan intégré de communication pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Bénin 2014-2018. Cotonou : Ministère de la santé et UNICEF

Ministère de la santé et UNICEF et (Juillet 2014) Étude des déterminants des pratiques d'alimentation complémentaire des enfants de moins de 2 ans. Cas de 3 localités au Bénin Boukoubé, Djakotomey et Kétou. Cotonou : UNICEF/ Ministère de la santé du Bénin

Ministère de la santé (2014) La politique nationale de la santé communautaire. Cotonou : Ministère de la santé

Ministère de la santé (Janvier 2015). Les directives nationales de suivi-évaluation du paquet d'interventions à haut impact au niveau communautaire. Cotonou : Ministère de la santé

Ministère de la santé (Octobre 2015). Promotion des pratiques familiales essentielles : Guide pour le relais communautaire. Cotonou : Ministère de la santé

Ministère de la santé (Juin 2015). Cahier du relais communautaire. Cotonou : Ministère de la santé

Ministère de la santé (2015). Protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe : Cotonou : Ministère de la santé.

Gouvernement du Bénin (2009). Plan intégré de communication pour accompagner le processus de réforme institutionnelle pour replacer la nutrition au cœur du développement Cotonou : Banque Mondiale et Gouvernement du Bénin

OMS (2012). Rapport sur les cibles sur la nutrition de 2106-2015. Genève: OMS

SP-CAN (15 Octobre 2016). Rapport de l'analyse de la situation de la CCSC pour la nutrition au Bénin. Cotonou : SP-CAN

SP-CAN (Juin 2015). Forum national sur les 1000 premiers jours de vie: Défis de la malnutrition chronique au Bénin. Rapport général. Cotonou : SP-CAN

SP-CAN (2015). Cadre commun des résultats de lutte contre la malnutrition chronique au Bénin 2016-2025. Cotonou: SP-CAN

RENAUD, Lise et Mauricio Gomez Zamudio avec la Préface de Lawrence W. Green (1999). Planifier pour mieux agir. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (RÉFIPS). Montréal : RÉFIPS

RENAUD, Lise (2002) Modèle de planification PRECEDE/PROCEED de Lawrence W. Green et Marshall Kreuter, adapté par Lise Renaud in Lise Renaud Mauricio Gomez Zamudio. Planifier pour mieux agir. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (RÉFIPS). Montréal: RÉFIPS, pp 1-76

WORLD BANK (2007) Healthy development: The World Bank strategy for health, Nutrition and population results. Washington: World Bank

UNICEF Site web <http://www.unicef.org>

ONU (2012) Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Organisation, Internationale du Travail, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Programme des Nations Unies pour le Développement, Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Organisation Mondiale de la Santé. La communication pour le développement. Accroître l'efficacité des Nations Unies. New York: Nations Unies.

Plan International Bénin (Déc 2014). Le Guide de l'approche Grand-mère. Projet de nutrition communautaire. Cotonou : Plan International Bénin

Plan International Bénin (Déc 2014). Projet de nutrition communautaire : Capitalisation des expériences et des savoirs. Cotonou: Plan International Bénin

Plan International Bénin (2015). Rapport final de l'évaluation du PNC. Cotonou: Plan International Bénin

UNICEF & WHO (February 2015). UNICEF Breastfeeding advocacy initiative. For the best start in life/ New York: UNICEF/Genève: WHO

UNICEF, C4D section (2009) – UNICEF guidelines for undertaking a communication for development (C4D) situation analysis. New York: UNICEF

UNICEF (June 2009). Infant and young feeding program review Case study: Benin. Cotonou: UNICEF

UNICEF (2010) Infant and young child feeding. Counselling card for community workers. New York: UNICEF

UNICEF (May 2011). Infant and young feeding. Program review. New York: UNICEF

UNICEF (Avril 2013). Améliorer la nutrition de l'enfant. Un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial. New York: UNICEF

UNICEF et LASDELL (juillet 2012). Études sur les 5 pratiques familiales essentielles et les 3 pratiques d'éveil dans les 12 départements. Rapport synthèse Cotonou : UNICEF/LASDEL

UNICEF (2016). Carte infantile pour garçon. Cotonou : UNICEF/ : Ministère de la santé

UNICEF (2016) Carte infantile pour fille. Cotonou: UNICEF

UNICEF (2012) IYCF Programming guide. New York: UNICEF

UNICEF (2014). Document d'analyse sur les déterminants de la malnutrition dans trois régions du Bénin. Etude réalisée en collaboration avec la FSA.

UNICEF (2012). Livret de message clés sur ANJE New York : UNICEF

UNICEF au Bénin (16/9/2015). Wash et réduction de la malnutrition chronique Présentation de Balde Mamadou Mouctar lors du Wash Net Meeting. Cotonou: UNICEF