



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



ANAN  
AGENCE NATIONALE  
DE L'ALIMENTATION  
ET DE LA NUTRITION  
PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

unicef  
pour chaque enfant

## PROGRAMME DE SUPPLEMENTATION NUTRITIONNELLE DES 1000 PREMIERS JOURS AU BÉNIN



© UNICEF BENIN 2025

## RÉSUMÉ DU MODÈLE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE SUR LES DROITS À LA SANTÉ ET À LA NUTRITION AU COURS DES 1000 PREMIERS JOURS

EN 7 QUESTIONS CLÉS

Mai 2025



**PLAN D'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE De Sinkparou**  
Commune: Gossoupeu      Date: 16/05/25

Le point de départ est à 11:30H

Activités	Fréquence	Lieux	Responsables
1- Sensibilisation de la communauté sur le Programme de PSN 141/2000 jours	Chaque Vendredi	Mosquée	Dépo avec et Co-adj. et SIBRI DOUNA
2- Sensibilisation des mères d'enfants de 6 à 23 mois sur les soins respect et l'alimentation des enfants	Chaque Jeudi	Dans la maison de Goussoumane	CSS / beaucoup et SIBRI DOUNA
3- Sensibilisation des femmes enceintes sur le respect des CPV et l'alimentation des enfants	Chaque Lundi	Dans la maison de SABI MÈNGE	Groupement NAB-SIARA et Groupement SIKISSA
4- Sensibilisation des mères d'enfants de 0 à 5 mois sur le respect de AME et des pratiques traditionnelles	Chaque Mardi	MAISON de AZIA	BOUANNON ANNO YONOU
5- Organiser des journées de Saba-maba	2 fois par semaine	SINKPAROU	Groupement des jeunes

FAIT A SINKPAROU le 16/05/2025  
Exp: le 16/09/2025

J. J. J.  
ANKA / AUBDU

# PLAN



1. Sigles et acronymes.....	3-4
2. De quoi s'agit-il ?.....	4-6
3. Où ?.....	6
4. Pourquoi le modèle d'engagement communautaire sur les droits à la santé et à la nutrition durant <b>les 1000 premiers jours au Bénin</b> ? .....	8-9
5. Pour qui ? Avec qui ?.....	10
6. Comment ? Quelles sont les caractéristiques du modèle d'engagement communautaire sur les droits à la santé et à la nutrition dans <b>les 1000 premiers jours au Bénin</b> ?.....	10-22
• <i>Une approche progressive et systémique impliquant les acteurs-clés à tous les niveaux.</i>	
• <i>Une démarche participative en 6 étapes</i>	
• <i>Une démarche basée sur des normes de qualité pour l'engagement communautaire</i>	
• <i>Un mécanisme de feedback, de dialogue et de redevabilité</i>	
• <i>Pourquoi ? Qu'est-ce que ce modèle va changer ? Une démarche axée sur les résultats</i>	
7. Quand ? Etapes et calendrier de la mise en œuvre du modèle .....	23-24
8. Combien ? Budget du modèle d'engagement communautaire du PSN pour <b>les 1000 premiers jours au Bénin</b> .....	25
9. Annexe.....	26-28





# 1. SIGLES ET ACRONYMES

<b>AC</b>	Alimentation de complément
<b>AME</b>	Allaitement Maternel Exclusif
<b>ANAN</b>	Agence Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition
<b>ANJE</b>	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>ANSSP</b>	Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
<b>ASCQ</b>	Agent de Santé Communautaire Qualifié
<b>CA</b>	Chef d'Arrondissement
<b>CDSMEN</b>	Chef Division de la Santé de la Mère, de l'Enfant et de la Nutrition
<b>C/GUPS</b>	Chef Guichet Unique de Protection Sociale
<b>CoLoSS</b>	Composante Locale du Système de Santé
<b>C/RAMS</b>	Chargé de Recherche et d'Appui à la Mobilisation Sociale
<b>CSA</b>	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC</b>	Centre de Santé Communale
<b>C/SAN</b>	Comité de surveillance Alimentaire et Nutritionnelle
<b>CSP-MEMH</b>	Chef Service Promotion de la Santé de la Mère, de l'Enfant et de la Médecine Hospitalière
<b>CV</b>	Chef de Village
<b>DDASM</b>	Direction Départementale des Affaires Sociales et de la Microfinance
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DGAS</b>	Direction Générale des Affaires Sociales
<b>DHABSC</b>	Direction de l'Hygiène, de l'Assainissement de Base et de la Santé Communautaire
<b>GS ANJE</b>	Groupe de Soutien à l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>GAN</b>	Groupe d'Assistance pour la Nutrition
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé

<b>MAM</b>	Malnutrition Aiguë Modérée
<b>MAS</b>	Malnutrition Aiguë sévère
<b>MASM</b>	Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>NUT ADO</b>	Nutrition de l'adolescente
<b>NUT FE/FA</b>	Nutrition de la femme enceinte et de la femme allaitante
<b>OCB</b>	Organisation communautaire de base
<b>ONG</b>	Organisation Non gouvernementale
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PF</b>	Point Focal
<b>PF CCLSTP</b>	Point Focal du Conseil Communal de Lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies
<b>PF CDSLSTP</b>	Point Focal du Conseil Départemental de Lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies
<b>PFE</b>	Pratiques Familiales Essentielles
<b>PF Santé/Nut</b>	Point Focal Santé Nutrition Mairie
<b>PNDPE</b>	Projet de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance
<b>PTF</b>	Partenaires techniques et financiers
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>PSN</b>	Programme de supplémentation Nutritionnelle des 1000 premiers jours
<b>RC</b>	Relais communautaire
<b>SBC</b>	Changement social et comportemental
<b>SPC</b>	Suivi et Promotion de la Croissance
<b>SQ LNS</b>	Small Quantity Supplements for the Prevention of Malnutrition in Early Childhood
<b>VAD</b>	Visite A Domicile



## 2. De quoi s'agit-il ?

- **L'Agence Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition** en collaboration avec l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires du ministère de la Santé et la Direction Générale des Affaires Sociales du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance, propose d'implémenter le Programme de Supplémentation Nutritionnelle des 1000 premiers Jours, basé sur un modèle d'engagement communautaire, pour saisir la fenêtre d'opportunité des 1000 premiers jours afin d'améliorer la santé et la nutrition de la mère et d'assurer le développement optimal des enfants de moins de deux ans. 
- **Les 1000 premiers jours de la vie d'un enfant**, période allant de la conception jusqu'à son deuxième anniversaire, représentent une période unique et cruciale pour mettre en place les bases du soutien communautaire pour sa santé, sa croissance et son développement. Les 1000 premiers jours influencent non seulement la survie de l'enfant, mais aussi sa capacité à grandir, apprendre et atteindre son plein potentiel à l'âge adulte. Investir dans cette période cruciale est l'un des meilleurs moyens de garantir un avenir sain et prometteur pour les enfants et pour les communautés du Bénin. 
- Tenant compte des obstacles auxquels les parents et tuteurs d'enfants de moins de deux ans font face, le Modèle théorique et stratégique d'engagement communautaire propose des rôles et responsabilités pour les acteurs à tous les niveaux, des étapes, des normes de qualité et des axes stratégiques. Ceux-ci sont basés sur les données locales, axés sur les résultats, guidés par l'équité du genre, et fondés sur l'approche droits humains qui opérationnalise le dialogue et la redevabilité, afin d'accélérer la réalisation des droits à la santé et à la nutrition.
- **Le programme de supplémentation nutritionnelle des 1000 premiers jours a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 23 mois à travers la/le :**
  - ▶ promotion des bonnes pratiques nutritionnelles dans la période des 1000 premiers jours ;
  - ▶ fourniture des suppléments nutritionnels aux femmes enceintes, femmes allaitantes d'enfants de 0-6 mois et enfants de 6 à 23 mois ;
  - ▶ fourniture des capsules de vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois, et des vermifuges aux enfants de 12 à 59 mois ;
  - ▶ la prise en charge communautaire des enfants de moins de cinq ans avec une malnutrition aiguë modérée.



### 3. Où ? Une approche pilote

- Le **Programme de Supplémentation Nutritionnelle des 1000 premiers jours** a démarré dans cinq premières communes (Allada, Bopa, Gogounou, Malanville et Sinendé), avec l'objectif d'atteindre 13 communes d'ici fin 2025, et l'ensemble du pays de 2026 à 2028.



### 4. Pourquoi un modèle d'engagement communautaire sur les droits à la santé et à la nutrition pour les 1000 premiers jours au Bénin ?

- Au Bénin, la lutte contre la malnutrition chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes, et les enfants de 6 à 23 mois, passe par une réponse dynamique, coordonnée, multi dimensionnelle et à long terme pour faire face aux enjeux et défis actuels.
- **La malnutrition** constitue une problématique de santé publique majeure avec des répercussions sur la santé, l'éducation, l'économie et le développement social. Les carences nutritionnelles, notamment **au cours des 1000 premiers jours de vie**, compromettent la survie et le développement cognitif des enfants, avec des effets irréversibles. Au Bénin, 37% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance et 8,4% d'émaciation (**MICS 2021-2022**); plus de la moitié des femmes enceintes (58%) et des enfants de 6 à 59 mois (72%) sont affectés par l'anémie (**EDS 2017-2018**). Ces données témoignent de la gravité de la situation malgré les efforts du gouvernement.
- Dans ce contexte, le gouvernement du Bénin mise sur le renforcement de l'engagement communautaire pour favoriser la formulation et l'appropriation de solutions locales durables pour soutenir les mères et les enfants durant cette période critique.

→ Les objectifs du modèle sont les suivants :

**Promouvoir le dialogue et le partenariat avec les organisations communautaires de base (OCB) en se basant sur des données locales disponibles sur :**

- ▶ la santé des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de deux ans,
- ▶ les bonnes pratiques nutritionnelles et d'hygiène endogènes identifiées pour la santé des femmes et des enfants, les obstacles rencontrés, les solutions locales, les interpellations nécessaires et les nouvelles options disponibles, dont les nouveaux produits, tel le SQ LNS.

**Renforcer les OCB et les centres de santé dans un processus en six étapes centrées sur l'humain à savoir le/la :**

- ▶ préparation et contact avec les communautés
- ▶ diagnostic communautaire
- ▶ planification communautaire
- ▶ mise en œuvre du plan d'action
- ▶ monitoring communautaire et évaluation
- ▶ diffusion et passage à l'échelle

**Renforcer les compétences des porteurs d'obligations (acteurs communaux, prestataires des services, et autres parties prenantes) afin qu'ils puissent jouer efficacement leurs rôles dans la mise en œuvre de l'engagement communautaire en faveur de la santé et de la nutrition.**

→ Cette démarche participative favorisera l'appropriation des questions relatives à la nutrition par les communautés afin de prévenir la sous-nutrition (petit poids de naissance, retard de croissance, malnutrition aiguë, carences en micronutriments).



## 5. Pour qui ? Avec qui ?

- La finalité du Modèle théorique et stratégique d'engagement communautaire est d'offrir un cadre technique permettant de définir une direction et un processus à suivre, pour engager tous les acteurs vers un objectif commun, dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de Supplémentation Nutritionnelle des 1000 premiers jours de l'enfant au Bénin.

Le modèle est destiné aux principaux acteurs de terrain : agents de santé des centres de santé, Agents de Santé Communautaire Qualifiés, facilitateurs des Organisations non gouvernementales, relais communautaires, organisations communautaires de base (OCB), assistants sociaux, élus locaux, médecins coordonnateurs des zones sanitaires, médecins chefs des communes, conseils d'arrondissements, conseils départementaux, points focaux nutrition, chargés de communication et de l'engagement communautaire, etc.

## 6. Quelles sont les caractéristiques du modèle d'engagement communautaire sur les droits à la santé et à la nutrition pour les 1000 premiers jours au Bénin ?

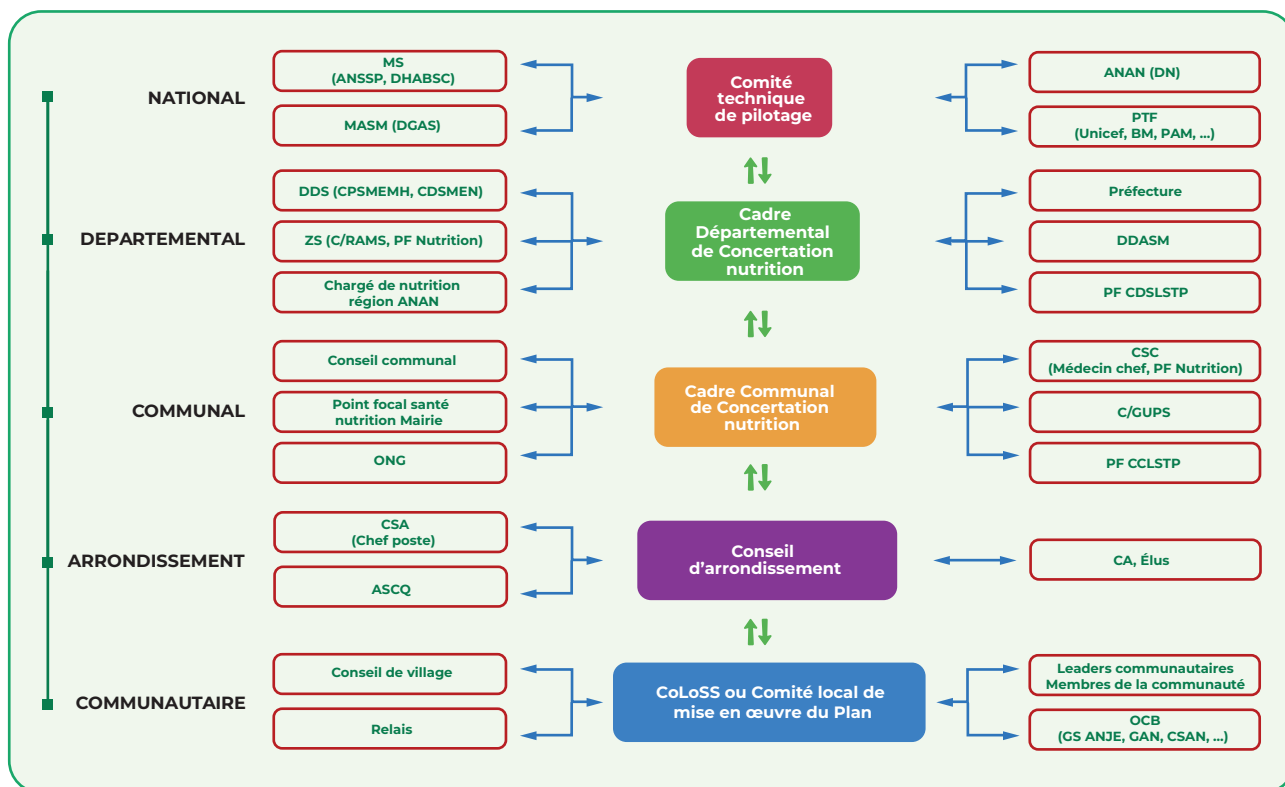
- **Le modèle d'engagement communautaire se distingue par une approche :**

- Progressive et systémique impliquant les acteurs qui appuient les programmes de nutrition et la lutte contre la malnutrition, à tous les niveaux du système de santé et de l'administration territoriale ;
- Communautaire participative en six étapes ;
- Basée sur des normes permettant de mesurer la qualité de l'engagement communautaire ;
- Articulée par des mécanismes de feedback, de dialogue et de redevabilité entre les détenteurs de droits (membres des communautés, OCB, utilisateurs de services) et porteurs d'obligations (prestataires de services et gouvernants) ;
- Axée sur les résultats.

### 1. Une approche systémique impliquant les acteurs-clés à tous les niveaux.

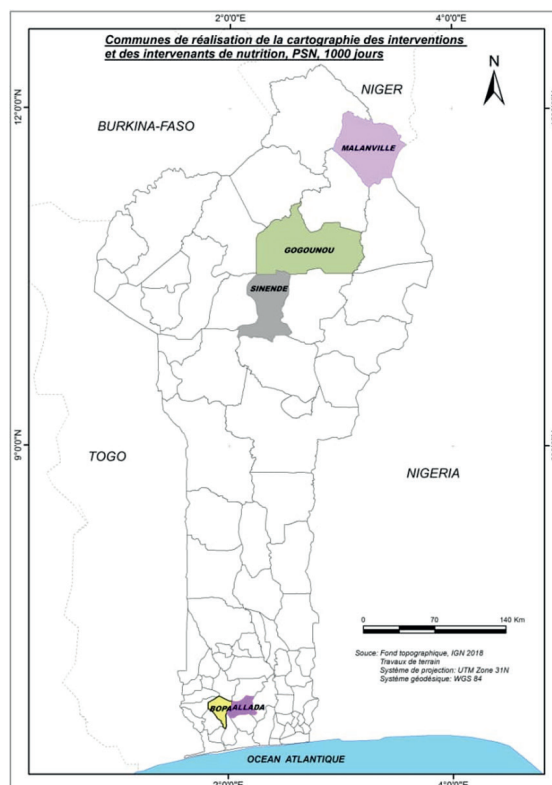
- Le modèle et le cadre stratégique proposé guideront les acteurs du pays à tous les niveaux (national, départemental, communal, arrondissement, zone sanitaire, et village), à concevoir des interventions favorisant un engagement communautaire de qualité et contribuant au renforcement des systèmes de manière durable.

# SCHÉMA N°1 : PARTIES PRENANTES ENGAGEES POUR LES DROITS A LA NUTRITION ET A LA SANTE AU BENIN



→ La cartographie réalisée dans les 5 communes (Allada, Bopa, Gogounou, Sinendé et Malanville) a révélé l'engagement de près de **950 plateformes communautaires** constituées de Groupes de soutien ANJE, Comités de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle, Groupes d'Assistance à la Nutrition, Clubs des pères, Groupements féminins, Comités villageois de veille, Groupements d'action pour le développement, Mutuelles de santé/nutrition, etc. existants.

Avec environ **2750 membres**, ces plateformes sont au cœur de la phase de diagnostic communautaire, de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action dans le cadre du **programme de supplémentation nutritionnelle des 1000 premiers jours**.



- **Au niveau village**, sous la coordination du comité local de santé, avec le soutien du relais du village, de l'agent de santé communautaire qualifié et du facilitateur, les dynamiques représentants des groupes communautaires actifs au sein des villages des 5 premières communes d'intervention, seront outillés pour s'engager collectivement dans le cadre du programme de Supplémentation Nutritionnelle des 1000 premiers jours, à travers une approche en six étapes.
- **Au niveau arrondissement**, l'ASCQ joue un rôle crucial de coordination des relais communautaires. Il aura la tâche de consolider les feedbacks transmis aux relais par les OCB et les membres de la communauté, et de les remonter au besoin à un niveau arrondissement ou communal.
- **Au niveau communal**, les porteurs d'obligations (élus communaux ; services décentralisés tels le Guichet unique de protection sociale, les responsables sanitaires, les services communaux d'agriculture, d'hygiène et assainissement de base, les ONG, CCLSTP et la police républicaine) réunis dans les cadres communaux de concertation pour la nutrition, assurent la coordination des interventions tout en maintenant une communication régulière avec les communautés à travers des mécanismes de dialogue et de redevabilité, pour contribuer à la résolution des problèmes qui pourraient surgir dans la mise en œuvre.
- **Au niveau départemental**, le Préfet et les responsables des services déconcentrés (Direction départementale des Affaires Sociales et de la Micro Finance, Direction Départementale de Santé et démembrements aux niveaux Zones Sanitaires, Directions départementales de l'Agriculture, Directions départementales de l'enseignement etc.), tous réunis dans le cadre de concertation départemental pour la nutrition, veilleront au suivi du processus de mise en œuvre de l'approche communautaire participative pendant les 1000 premiers jours, et répondront aux interpellations qui se présentent.
- **Au niveau national**, les porteurs d'obligations (gouvernement, ministères, agences et directions techniques : Ministère de la santé, l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaires, Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance, Agence Nationale de l'Alimentation et de la Nutrition à travers la Direction de la Nutrition, mobilisés au sein du comité technique de pilotage avec l'appui des partenaires techniques et financiers (UNICEF, PAM, Banque Mondiale) contribueront à la création d'un environnement politique et financier favorable à l'engagement communautaire, autour des droits à la santé et à la nutrition. Ils feront le suivi de la mise en œuvre conforme du modèle d'engagement communautaire pour garantir un accès durable aux services de santé.



## 2. Une démarche participative en 6 étapes

### ✓ 1<sup>ère</sup> étape : La préparation et le contact avec les communautés

La préparation et le contact avec les communautés, permet d'identifier les représentants des communautés et OCB qui, une fois outillés et investis dans leurs rôles, seront engagés dans l'action collective en faveur de la santé et de la nutrition. A cette étape, les communautés discutent de leur vision de l'engagement communautaire en lien avec les normes de base de l'engagement communautaire. Avec l'appui du facilitateur, cette étape consistera à préciser d'emblée le type de récompenses non-matérielles préconisées par le programme, dans l'esprit de la norme d'autonomisation et appropriation, un gage de durabilité.

### ✓ 2<sup>ème</sup> étape : L'évaluation ou le diagnostic communautaire

Le diagnostic communautaire, est l'occasion d'évaluer les programmes de nutrition qui sont intervenus dans la communauté par le passé et d'analyser les causes profondes de la persistance de la malnutrition dans la communauté. Les communautés explorent les obstacles à l'adoption des pratiques positives et à l'utilisation des services.

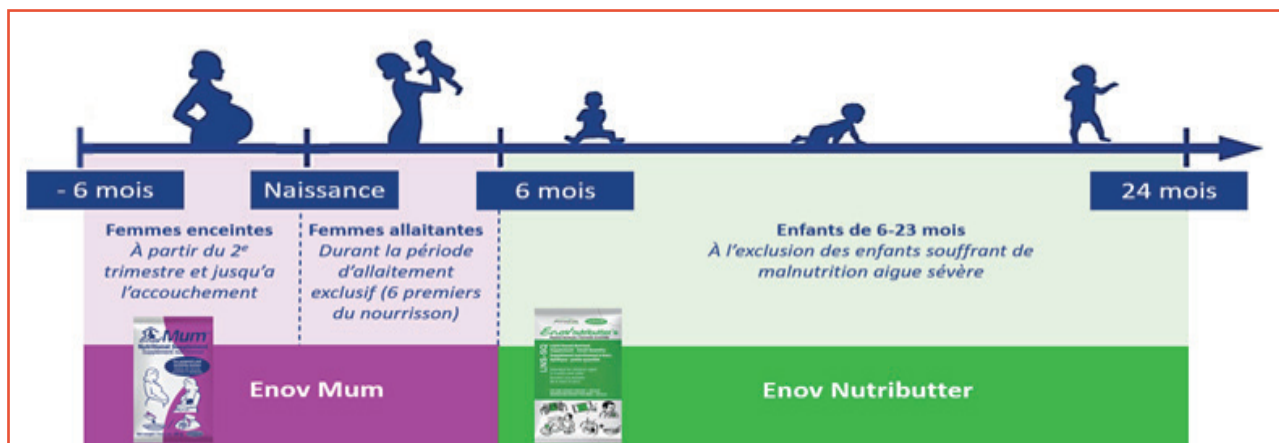
### ✓ 3<sup>ème</sup> étape : La planification communautaire

La planification communautaire, en lien direct avec l'étape précédente, consiste à prioriser les actions pertinentes pour s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition identifiées lors du diagnostic. En collaboration avec le facilitateur, les communautés proposent cinq mesures. Certaines actions peuvent s'aligner avec la norme « construire sur l'existant et les forces locales » pour réactiver des processus communautaires qui ont bien fonctionné par le passé dans le domaine de la promotion des pratiques nutritionnelles positives. D'autres mesures peuvent être entièrement nouvelles et impliquer des intervenants extérieurs au besoin, pour lever les obstacles identifiés lors du diagnostic, en vue d'améliorer les services notamment.



Certaines mesures peuvent être liées à la demande et à l'offre de suppléments nutritionnels. Le schéma ci-dessous présente le type de suppléments distribués aux femmes et aux enfants à différents moments au cours de la période des 1000 premiers jours.

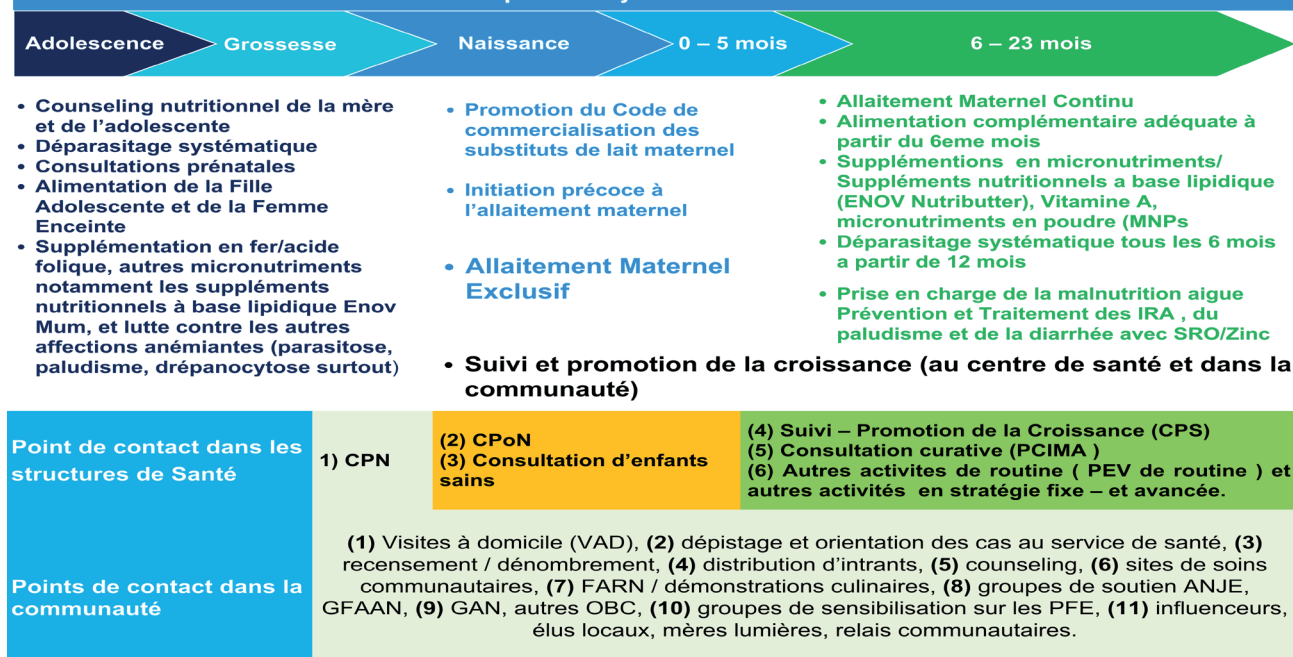
## SCHÉMA N°2 : SUPPLÉMENTS DISTRIBUÉS AUX FEMMES ET AUX ENFANTS À DIFFÉRENTS MOMENTS AU COURS DE LA PÉRIODE DES 1000 PREMIERS JOURS



→ Dans son plan d'action en appui à ceux des villages, la commune tiendra compte des objectifs formulés par les villages, qui pourraient nécessiter l'intervention de porteurs d'obligations extérieures au village. Le schéma ci-contre présente des interventions de nutrition à haut impact, recommandées au Bénin pendant la fenêtre d'opportunités des 1000 premiers jours.



## Les pratiques/interventions de nutrition à haut impact intégrant la fenêtre d'opportunité des 1000 premiers jours au Bénin



### ✓ 4<sup>ème</sup> étape : La mise en œuvre du plan d'action

La mise en œuvre du plan d'action villageois est une responsabilité collective qui mobilise les membres de la communauté et les OCB. Chaque priorité doit être portée par un groupement spécifique. De son côté, la mairie met en œuvre le plan communal en collaboration avec les prestataires de services et en restant à l'affût des feedback reçus et des ajustements effectués.

### ✓ 5<sup>ème</sup> étape : Le monitoring communautaire et l'évaluation

Le monitoring communautaire et l'évaluation, engageront les membres de la communauté à suivre les progrès de la mise en œuvre du plan d'action communautaire, à évaluer les résultats obtenus et procéder à la restitution communautaire. Le dispositif de suivi de la commune porte sur les progrès des plans d'action mais aussi sur la gestion des feedbacks émanant du relais communautaire jusqu'au conseil communal, via l'ASCQ et le chef d'arrondissement.

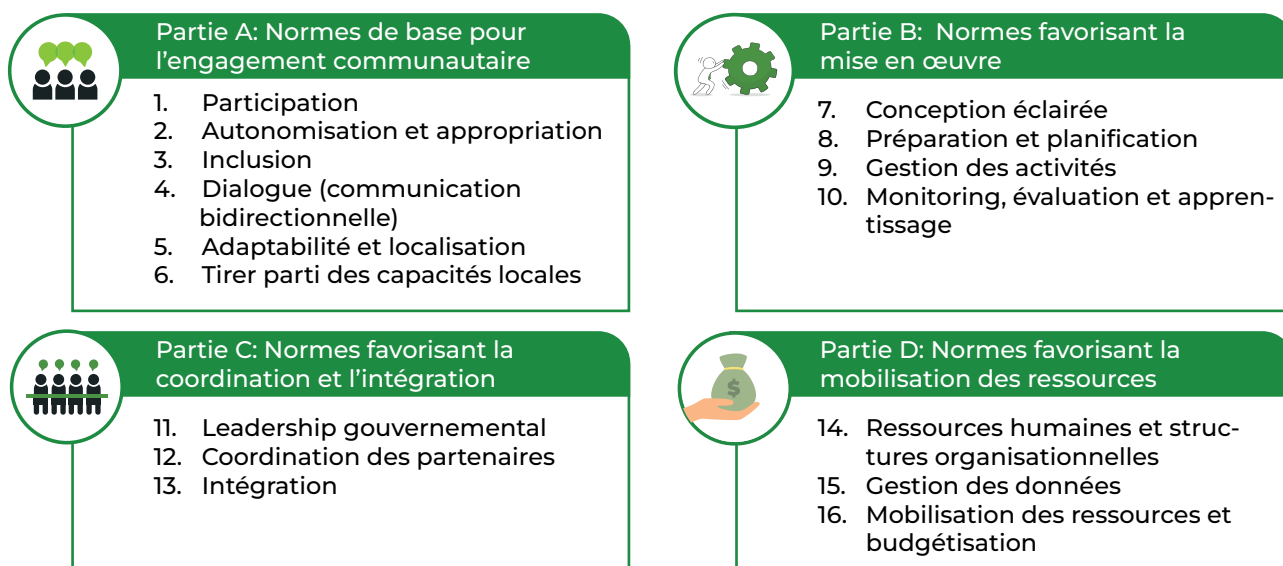
### ✓ 6<sup>ème</sup> étape : Diffusion et mise à échelle

A l'étape de diffusion et de mise à échelle, les mairies et les communautés partagent leurs expériences et réussites et font le bilan de tous les ajustements au modèle d'engagement communautaire et aux procédures de distribution d'intrants qui ont eu lieu dans le cadre de la mise en œuvre. Les acteurs notent toutes les modifications aux procédures opérationnelles effectuées et toutes les leçons apprises, afin de mettre à l'échelle un modèle amélioré dans les communautés environnantes.

### 3. Une démarche basée sur des normes de qualité pour l'engagement communautaire

→ Les interventions dans le domaine de l'engagement communautaire seront guidées par des normes de qualité. Celles-ci établissent qu'un engagement communautaire de qualité encourage la participation des communautés à toutes les étapes du cycle programmatique d'une initiative, implique des efforts systématiques pour découvrir les forces locales et tirer parti, favorise l'inclusion des personnes moins bien desservies de la communauté, encourage le dialogue entre citoyens et gouvernants, utilisateurs et prestataires de services et promeut les ajustements nécessaires pour mieux tenir compte du contexte. Ces normes de base sont accompagnées de normes favorisant la mise en œuvre de l'engagement communautaire, son intégration aux systèmes, sa coordination et la mobilisation des ressources pour l'engagement communautaire.

## NORMES DE QUALITÉ DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE



### 4. Un mécanisme de feedback, de dialogue et de redevabilité

→ Selon l'approche droits humains, un engagement communautaire de qualité se caractérise par des espaces de dialogue et de redevabilité entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations.

Le programme de supplémentation nutritionnelle des 1000 premiers jours débutant par une phase pilote, il est d'autant plus important de prévoir un mécanisme partant de la base pour remonter les feedbacks des membres de la communauté, des familles et des femmes utilisatrices des suppléments jusqu'aux prestataires de services et autorités locales. Ces canaux de communication sont cruciaux pour permettre aux détenteurs d'obligations d'apprendre en temps réel, de répondre aux questions et aux rumeurs et d'ajuster le programme pour mieux répondre à la demande des utilisateurs.

## Au niveau communautaire

- Ce sont les OCB partenaires qui seront le premier maillon de la chaîne de feedback ;
- Les CoLoSS, comités villageois et leaders collectent les feedbacks de leurs membres ou de la communauté et les transmettent aux relais lors des séances de Causeries ou VAD ;
- Les relais documentent les feedbacks reçus, les enregistrent dans la base de données de la politique de santé communautaire via leurs tablettes et informent l'ASCQ sur les feedbacks résolus ou non-résolus lors des supervisions sur site, suivis groupés et par téléphone/WhatsApp. La tablette des relais sera ajustée pour prendre en compte les feedbacks sur le Programme de Supplémentation Nutritionnelle des 1000 premiers jours.

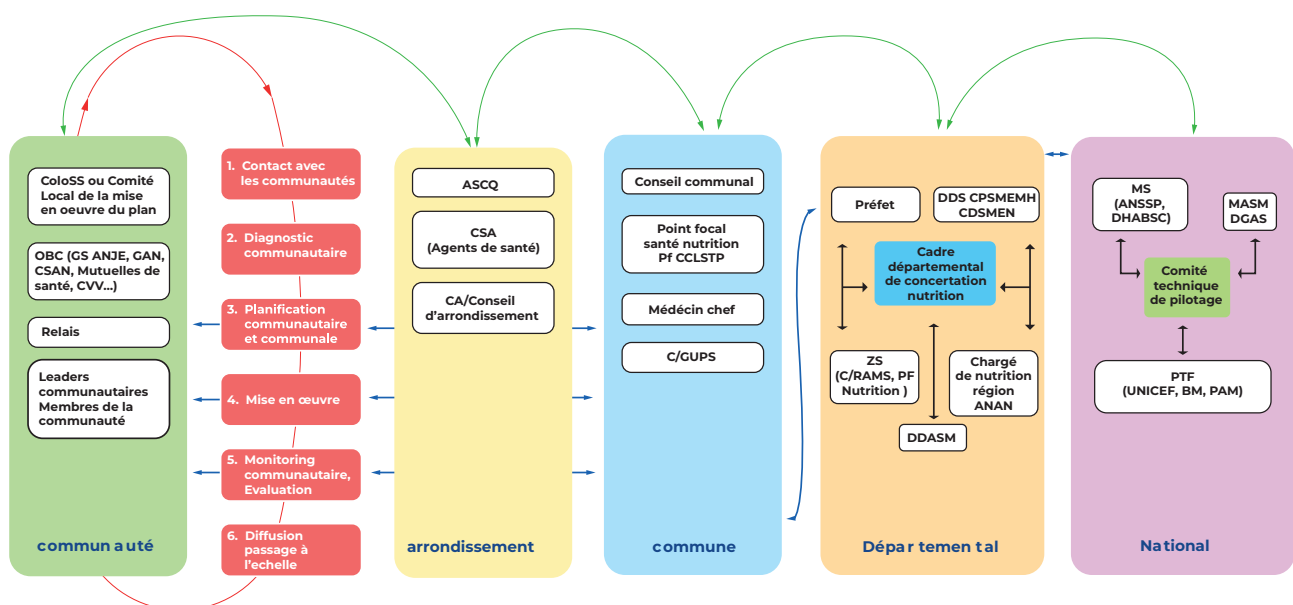
## Niveau arrondissement

- L'ASCQ collecte les feedbacks lors des supervisions sur site et suivis groupés, fait des retours aux membres de la communauté sur ceux relevant de ses compétences et remonte les autres vers les services techniques et administratifs compétents (PF CCLSTP, CSA, CCS, GUPS, Conseil d'arrondissement)

## Niveau communal

- Les services techniques saisis (CSC, GUPS, autres services One health) traitent les feedbacks qui relèvent de leurs compétences et font le retour à l'ASCQ ou CA et autres entités concernées (niveau zone sanitaire, départemental et national) pour un retour vers la communauté ;
- Le PF CCLSTP ou le PF Santé Mairie centralise et fait le suivi des feedbacks à l'échelle de la commune ;
- Le maire et l'équipe communale sont informés des feedbacks communautaires lors de la réunion mensuelle du Conseil communal ou le plus tôt possible en fonction de la nature urgente du feedback. Le maire pourra prendre action pour répondre au feedback ou remonter le feedback vers le préfet et les directions techniques départementales, ou à tous porteurs d'obligations concernés.

# SCHÉMA N°4 : MODELE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE POUR LES DROITS A LA NUTRITION ET A LA SANTE, BENIN, 2025



Les boîtes rouges indiquent les étapes du processus d'engagement communautaire

Les lignes vertes indiquent le cheminement des feedbacks basé sur les mécanismes de feedback de la santé communautaire et de l'administration territoriale

Les flèches bleues indiquent l'espace de dialogue et de redevabilité entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations.

## 5. Pour quoi ? Une approche axée sur les résultats. Qu'est-ce que ce modèle va changer ?

- La théorie de changement proposée illustre comment les changements souhaités vont contribuer à atteindre les résultats escomptés concernant la situation nutritionnelle de la mère et de l'enfant. Ainsi la théorie de changement pourrait être lue de la manière suivante :

### SI

Les communautés des villages, des communes, des départements participant au programme de supplémentation nutritionnelle des 1000 premiers jours en tant que détenteurs de droits, ainsi que les porteurs d'obligations, et les parties prenantes à tous les niveaux s'engagent dans les processus participatifs soutenus par les normes de l'engagement communautaire.

### ET QUE

#### **Au niveau micro**

- Les membres de la communauté sont outillés pour exercer leurs droits d'être consultés, entendus et participer à l'évaluation de façon participative de la situation nutritionnelle du village ; développent des plans d'action communautaires ; monitorent les progrès de la mise en œuvre et rendent compte des résultats
- Les familles reçoivent les informations dont elles ont besoin pour être en mesure d'utiliser les services de nutrition et d'adopter des pratiques nutritionnelles ;
- Les membres de la communauté jouissent d'un accès durable à des mécanismes sûrs, pour fournir des avis sur les services/prestations reçus, et reçoivent des réponses aux questions et préoccupations émises au sujet des services reçus.

#### **Au niveau méso**

- Les systèmes sont outillés pour fournir des services de qualité aux communautés ;
- Les élus locaux et les prestataires de services sont à l'écoute de la demande et participent à l'espace de dialogue et de redevabilité avec les utilisateurs des services.

#### **Au niveau macro**

- L'environnement social est favorable à la promotion de la nutrition ;
- Le gouvernement et les partenaires mobilisent les ressources humaines et les financements durables pour le soutien de l'engagement communautaire en faveur du programme.
- Le gouvernement et les partenaires techniques appuient la coordination des interventions pour l'engagement communautaire.

#### **Alors**

- D'ici fin 2028, les communautés de toutes les zones d'intervention du programme seront responsabilisées, et utiliseront les services recommandés, accessibles et durables dans un climat de confiance entre les porteurs d'obligations et les populations.

### Le cadre de suivi, recherche et évaluation

Le modèle d'engagement communautaire du PSN repose sur un dispositif de suivi-évaluation participatif, rigoureux et orienté vers l'apprentissage. Il vise à mesurer les progrès, capturer les transformations sociales et guider les ajustements stratégiques à tous les niveaux. La collecte des données est assurée par les facilitateurs, relais communautaires et ASCQ lors des visites à domicile, causeries éducatives, dialogues communautaires et assemblées villageoises, puis consolidées et transmises au niveau supérieur. Les indicateurs suivis portent sur trois dimensions clés : (i) la participation des communautés à la planification et à la mise en œuvre des actions, (ii) l'adoption effective des pratiques nutritionnelles et l'accompagnement des familles, et (iii) la qualité de la redevabilité à travers la remontée, le traitement et la satisfaction liés aux feedbacks.

### **Recherche-action :**

Dans un cadre d'expérimentation, le modèle d'engagement communautaire pourrait être vu comme une recherche action au niveau des 5 premières communes pour s'assurer que l'Initiative 1000 jours soit mesurable et que les acteurs apprennent en temps réel à chaque étape de sa mise en œuvre.

### **Trois axes guideront l'apprentissage :**

- ▶ Cartographie des pratiques : documenter visuellement les dynamiques communautaires et institutionnelles dans les communes pilotes.
- ▶ Transformation sociale : analyser l'évolution des normes, comportements et rapports sociaux induits par le programme.
- ▶ Innovation locale : identifier, tester et diffuser les initiatives communautaires émergentes qui renforcent l'appropriation et la durabilité.

### **Apprentissage et capitalisation :**

Les données et leçons apprises alimenteront un cycle continu d'amélioration, permettant :

- ▶ Des ajustements rapides aux interventions,
- ▶ Le partage d'innovations entre communes et départements,
- ▶ Une mise à l'échelle progressive basée sur des preuves tangibles.

Ce cadre est aligné sur les normes de qualité de l'engagement communautaire et s'appuie sur une batterie d'indicateurs opérationnels détaillés en annexe, combinant données formelles et retours communautaires.



## 7- Quand ? Etapes et calendrier de la mise en œuvre du modèle

TABLEAU N°1

ETAPE ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	PERIODES
<b>Engagement communautaire dans les 5 Première communes (Recherche action)</b>	
1. PREPARATION ET CONTACT AVEC LES COMMUNAUTES	Janvier à Avril 2025
2. DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE	Mai 2025
3. PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE	
4. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	Mai 2025-Mai 2026 (1 an) et continu jusqu'en 2028
5. MONITORING COMMUNAUTAIRE ET EVALUATION	
6. DIFFUSION ET PASSAGE A L'ECHELLE/EXTENSION	4 <sup>ème</sup> Trimestre 2025
<b>Engagement communautaire dans 08 nouvelles communes d'intervention de 2025</b>	
1. PREPARATION ET CONTACT AVEC LES COMMUNAUTES	Septembre 2025 <b>UNICEF BENIN 2025</b> 5
2. DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE	4 <sup>ème</sup> Trimestre 2025
3. PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE	
4. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	4 <sup>ème</sup> Trimestre 2025 et continu jusqu'en 2028
5. MONITORING COMMUNAUTAIRE ET EVALUATION	
6. DIFFUSION ET PASSAGE A L'ECHELLE/EXTENSION	2026
<b>Engagement communautaire les communes de la phase 2</b>	
1. PREPARATION ET CONTACT AVEC LES COMMUNAUTES	2026-2028
2. DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE	
3. PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE	
4. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	
5. MONITORING COMMUNAUTAIRE ET EVALUATION	
6. DIFFUSION ET PASSAGE A L'ECHELLE/EXTENSION	

Ces périodes sont indicatives et seront ajustées au fur et à mesure de la mise en œuvre .

## 8- Combien ?

TABLEAU N°2

N°	ETAPES	Coût (F CFA) par étapes pour les 5 premières communes	Coût (F CFA) moyen par commune par étape	Coût (F CFA) estimatif 77 communes
1	PREPARATION ET CONTACT AVEC LES COMMUNAUTES	28 238 684	5 647 737	434 875 734
2	DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE & PLANIFICATION	1 417 000	283 400	21 821 800
3				
4	MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	2 442 000	488 400	37 606 800
5	MONITORING COMMUNAUTAIRE	3 522 600	704 520	54 248 040
6	DIFFUSION ET MISE A ECHELLE	495 000	99 000	7 623 000
<b>TOTAL</b>		<b>36 115 284</b>	<b>7 223 057</b>	<b>556 175 374</b>



## ANNEXE : CADRE DE SUIVI DES RÉSULTATS DU MODÈLE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

TABLEAU N°3

N	Indicateurs	Point sur le niveau de mise en œuvre des plans d'action	Lieu de collecte ou de production	Méthode de calcul	Périodicité	Outil de collecte
1	Proportion de villages disposant d'un plan d'action communautaire	Relais ASCQ Facilitateur	Villages	Nombre de villages disposant d'un plan d'action ou ayant actualisé son plan/Nombre de villages d'intervention	Trimestriel	
2	Proportion de villages ayant un taux de réalisation du plan d'action supérieur ou égale à 70%	Relais ASCQ Facilitateur	Villages	Nombre de villages ayant un taux de réalisation de son plan d'action supérieur ou égal à 80%/ Nombre de villages disposant de leurs plans d'action	Semestriel	
3	Nombre de membres des plateformes communautaire formés sur l'engagement communautaire et les techniques de communication sur le Programme (Désagrégé par sexe)	Relais ASCQ Facilitateur	Villages	Point des participants à la formation des membres des plateformes communautaires	Dans le premier trimestre de mise en œuvre	Synthèse de briefing des plateformes communautaires
4	Nombre de Pères/ Grands-pères/ Grand-mères/ leaders communautaires impliqués dans les sessions de dialogues communautaires pour la nutrition et la santé des enfants (Désagrégé par sexe)	Relais ASCQ Facilitateur	Villages	Synthèse des participants aux dialogues communautaires/ causeries éducatives	Mensuel	Plateforme santé communautaire

N	Indicateurs	Point sur le niveau de mise en œuvre des plans d'action	Lieu de collecte ou de production	Méthode de calcul	Périodicité	Outil de collecte
5	Nombre de personnes impliquées dans les sessions d'éducation nutritionnelle, groupe d'action et groupe de soutien pour la nutrition et la santé des enfants (désagrégé selon femmes enceintes et mères d'enfants de 0-6 mois ; de 6 à 23 mois)	Relais ASCQ Facilitateur	Villages	Point des participants aux sessions d'éducation nutritionnelle	Trimestriel	
6	Nombre de femmes enceintes, femmes allaitantes et enfants de 6-23 mois visités à domicile, qui utilisent les suppléments nutritionnels (désagrégé selon femmes enceintes et mères d'enfants de 0-5 mois ; Enfants 6 à 23 mois)	Relais ASCQ Facilitateur	Villages	Point à partir des visites à domicile réalisées intégrant le suivi de l'utilisation des suppléments	Semestriel	
7	Proportion des feedbacks communautaires remontés par les relais et ASCQ traités	Relais ASCQ Facilitateur	Arrondissement Commune	Nombre de feedbacks traités/ Nombre de feedbacks remontés	Dans le premier trimestre de mise en œuvre	Synthèse de briefing des plateformes communautaires
8	Nombre de séances d'échange entre les porteurs d'obligations (agents de santé, élus et responsables des secteurs sociaux, santé, nutrition) et les détenteurs de droits (membres de la communauté) sur le programme de supplémentation nutritionnelle	Agents de santé  PF Nutrition	Arrondissement Commune	Dénombrement	Mensuel	Plateforme santé communautaire





+ 229 01 21 36 87 09



contat.anan@presidence.bj



C/85, Ilot 562 Parcelle H, Awanlèko Cotonou



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



**ANAN** AGENCE NATIONALE  
DE L'ALIMENTATION  
ET DE LA NUTRITION  
PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

**unicef**   
pour chaque enfant