

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



**PLAN STRATEGIQUE NUTRITION
20010-2015**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
I. CONTEXTE GENERAL	3
1.1. Données géographiques	3
1.2. Données démographiques	3
1.3. Données socio-culturelles	3
1.4. Données socio - économiques	3
1.5. Organisation politique et administrative	4
II. SITUATION SANITAIRE	4
2.1. Profil épidémiologique	4
2.2. Organisation et fonctionnement du système de santé	4
2.2.1. Organisation administrative	4
2.2.2. Organisation et fonctionnement des structures de soins	5
2.3. Analyse de la situation nutritionnelle	5
2.3.1. Nature et ampleur des problèmes nutritionnels	6
2.4. Facteurs influençant négativement l'état nutritionnel	7
2.4.1. Les facteurs immédiats	7
2.4.2. Les facteurs sous-jacents	8
2.4.3. Les facteurs fondamentaux.....	9
2.5. Actions entreprises	9
2.5.1. Offre de soins	9
2.5.2. Elaboration de politique, normes et standards.....	10
2.5.3. Mise en œuvre des programmes et projets spécifiques	10
2.5.4. Développement des capacités nationales en nutrition	10
2.5.5. Coordination intra sectorielle et collaboration intersectorielle	11
2.7. Partenariat en faveur de la nutrition	12
III- PROBLEMES PRIORITAIRES	12
3.1. Les maladies et carences nutritionnelles persistent	12
3.2. L'offre de services en matière de nutrition est insuffisante	13

3.3. L'offre de services en matière de nutrition au niveau communautaire est insuffisante	13
3.4. La coordination intrasectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition sont insuffisantes	13
IV- FONDEMENTS DU PLAN.....	14
4.1. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.....	14
4.2. Politique sanitaire nationale	14
4.3. Plan national de développement sanitaire	14
4.4. Politique nationale de nutrition	14
V- OBJECTIFS	15
5.1. Objectif général	15
5.2. Objectifs spécifiques	15
VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	15
6.1. Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015	15
6.2. Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments d'ici 2015.....	16
6.3. Objectif spécifique 3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015	16
6.4. Objectif spécifique 4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015.....	17
6.5. Objectif spécifique 5 : Renforcer l'offre de services à base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015.....	17
6.6. Objectif spécifique 6 : Renforcer la coordination intrasectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015.....	17
VII- CHRONOGRAMME DES ACTIVITES	19
VIII. MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....	27
8.1. Mécanismes de mise en œuvre.....	27
8.2. Mécanismes de coordination	27

8.3. Suivi.....	27
8.4. Evaluation	27
8.5. Indicateurs de suivi et d'évaluation.....	27
IX. COUT ESTIMATIF DU PLAN STRATEGIQUE	29
X. MOBILISATION DES RESSOURCES	31
XI. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET CONTRAINTES	31
11.1. Forces.....	31
11.2. Faiblesses	31
11.3. Opportunités.....	31
11.4. Contraintes	31
ANNEXES.....	32

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AEN	: Actions essentielles en nutrition ;
AES	: Association pour l'enfance et la santé au Burkina Faso ;
APAIB	: Association pour la promotion de l'alimentation infantile au Burkina ;
BM	: Banque mondiale ;
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale ;
CHR	: Centre hospitalier régional ;
CHU	: Centre hospitalier universitaire ;
CIN	: Conférence internationale sur la nutrition ;
CNN	: Centre national pour la nutrition ;
CREN	: Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ;
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale ;
DCPM	: Direction de la communication et de la presse ministérielle ;
DGS	: Direction générale de la santé ;
DGPML	: Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires ;
DHPES	: Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé ;
DN	: Direction de la nutrition ;
DPV	: Direction de la prévention par la vaccination ;
DSF	: Direction de la santé de la famille ;
DN	: Direction de la nutrition ;
DRS	: Direction régionale de la santé ;
DGCHU	: Direction générale du centre hospitalier universitaire ;
DGCHR	: Direction générale du centre hospitalier régional ;
DS	: District sanitaire
EDS	: Enquête démographique et de santé ;
FAO	: Fonds des nations unies pour l'alimentation ;
HKI	: Helen Keller international ;
IBFAN	: International baby food action network;
IDH	: Indice de développement humain ;
IEC	: Information, éducation, communication ;
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie ;
ICP	: Infirmier chef de poste ;
LNSP	: Laboratoire national de santé publique ;
MAHRH	: Ministère de l'agriculture de l'hydraulique et des ressources halieutiques
MEBA	: Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation
MRA	: Ministère des ressources animales ;

MASSN	: Ministère de l'action sociale et de la solidarité national ;
MPF	: Ministère de la promotion de la femme ;
MCTC	: Ministère de la culture, du tourisme et de la communication ;
MEF	: Ministère de l'économie et des finances ;
MESSRS	: Ministère des l'enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique ;
MFPRE	: Ministère de la fonction publique et de la reforme de l'Etat ;
MATD	: Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation ;
MPE	: Malnutrition protection énergétique ;
MCD	: Médecin chef de district ;
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement ;
OMS	: Organisation Mondiale de la santé ;
ONG	: Organisation non Gouvernementale ;
PAM	: Programme alimentaire mondiale ;
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ;
PDSN	: Projet de développement santé et nutrition ;
PIB	: Produit intérieur brut ;
PMA	: Paquet minimum d'activités ;
PNAN	: Plan national d'action pour la nutrition ;
PNDS	: Plan national de développement sanitaire ;
PNN	: Politique nationale de nutrition ;
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement ;
PSN	: Politique sanitaire nationale ;
PVVIH	: Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine ;
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitation ;
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance ;
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

La situation nutritionnelle au Burkina Faso à l'instar des pays en développement est caractérisée par une persistance de la sous-nutrition sous toutes ses formes et cela malgré les efforts consentis par les différents gouvernements. Par ailleurs, on observe de plus en plus l'apparition des problèmes de surcharge nutritionnelle.

De nombreux déterminants sont intimement liés à l'ampleur et à la gravité de la malnutrition qui sévit principalement chez les enfants et chez les femmes en âge de procréer. Il s'agit notamment de la persistance des maladies parasitaires et infectieuses et des apports alimentaires inadéquats qui constituent les causes immédiates.

La faible fréquentation des services de santé, la précarité des soins apportés aux enfants, le faible accès aux services sociaux, le faible accès à l'eau potable, l'insuffisance d'hygiène, d'assainissement, l'insécurité alimentaire, l'analphabétisme, le faible statut socio-économique de la femme et la pauvreté constituent les facteurs sous-jacents et fondamentaux de ce fléau.

La malnutrition, de par ses déterminants, est donc un problème global, transversal et multisectoriel.

Pour y faire face, le gouvernement, a entre autres, adopté :

- un Plan national d'action pour la nutrition (PNAN) en 2001 ;
- une Stratégie nationale de sécurité alimentaire en 2002 ;
- un Plan d'action du système d'information sur la sécurité alimentaire en 2004 ;
- une politique nationale de nutrition en 2007 ;
- la mise en place d'un Conseil national de concertation en nutrition (CNCN) en 2007, pour rendre plus visibles et plus concertées les activités de nutrition à l'échelle nationale, sous-régionale, régionale et internationale.

Conscient du fait que la lutte contre la malnutrition est une condition sine qua non du développement, le gouvernement du Burkina Faso a adopté en conseil des ministres en sa séance du 18 juillet 2007, un rapport faisant de la lutte contre la malnutrition une priorité nationale dans la perspective de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette volonté clairement affichée par le Gouvernement du Burkina justifie pleinement l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre d'un plan stratégique de nutrition.

Ce plan, dont la mise en œuvre est prévue de 2010 à 2015, est une émanation de la politique nationale de nutrition qui trouve ses fondements dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) et dans la Politique sanitaire nationale (PSN).

Il servira de cadre de référence pour les interventions futures dans le domaine de la nutrition à travers des mesures participatives et concertées qui s'attaqueront aux déterminants multiples et multiformes de la malnutrition. Cette dynamique impliquera les communautés, la société civile et tous les autres acteurs de développement.

I. CONTEXTE GENERAL

1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé qui couvre une superficie d'environ 274 200 Km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, au nord et à l'est par le Niger, au sud-est par le Bénin et au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo. La majeure partie du territoire est constituée par un plateau latéritique bordé à l'ouest et à l'est par des formations sédimentaires.

Le Burkina a un climat tropical de type soudanien, caractérisé par deux saisons : une saison sèche et une saison pluvieuse. La pluviométrie moyenne annuelle varie de 300 mm au nord à plus de 1200 mm au sud-ouest. La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

Les conditions agro-pédoclimatiques influencent fortement les disponibilités alimentaires et par conséquent l'état nutritionnel des populations.

1.2. Données démographiques

Selon le Recensement général de la population et de l'habitation 2006 (INSD) la population burkinabé est estimée à 14 017 262 habitants en 2006, avec un taux moyen d'accroissement annuel de 3,1%. Les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% des hommes. La densité moyenne est de 51,8 habitants au km². La population est inégalement répartie avec les plus fortes densités au Centre (615 habitants au km²) et les plus faibles à l'Est (26 habitants au km²). Elle est essentiellement jeune : 53,5% a moins de 18 ans dont 46,4% a un âge compris entre 0 et 14 ans. L'urbanisation demeure encore faible avec les deux villes principales (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) qui abritent 65% de la population urbaine et possèdent plus de 70% des infrastructures scolaires, économiques et socio sanitaires de l'ensemble du pays (EDS 2003). L'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans (RGPH 2006).

1.3. Données socio culturelles

La population du Burkina est caractérisée par une forte diversité ethnolinguistique avec une soixantaine de groupes. Les Mossis représentent 55,6% de la population, les Peulh 6,3%, les Dioula 5,9% (EDS 2003). Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français.

Les principales religions sont l'islam, le christianisme et l'animisme avec respectivement 60,5%, 23,2% et 15,3% (RGPH, 2006).

Selon l'EDS 2003, le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible avec respectivement 68% et 84% des hommes et des femmes qui ne savent ni lire ni écrire, avec de fortes disparités entre zones urbaines et zones rurales.

Le taux brut de scolarisation était de 72,5% en 2007-2008, ce qui signifie qu'un nombre important d'enfants (27,5%) ne fréquente pas l'école (DEP MEBA).

1.4. Données socio - économiques

Le Burkina Faso a enregistré de 2000 à 2005, une croissance économique régulière de l'ordre de 6% par an. Les effets cumulés de ces performances ont contribué à faire reculer l'incidence de la pauvreté qui est passée de 46,4% en 2003 à 42,4% en 2005.

Malgré tout, cette incidence demeure encore élevée et décrit toute l'ampleur du déficit social. En effet, l'indice de développement humain du Burkina Faso est de 0,370 contre une moyenne en Afrique subsaharienne de 0,493 (Rapport mondial sur le développement humain durable, PNUD 2007). Il se trouve ainsi parmi les pays qui devront encore consentir des efforts importants pour améliorer les conditions d'accès de leurs populations aux services sociaux de base.

L'économie burkinabé repose principalement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent près de 80% de la population active et contribuent pour plus de 35% à la formation du produit intérieur brut (PIB). La couverture des besoins céréaliers à raison de 190 Kg/pers/an au cours

des cinq dernières années, est comprise entre 115% et 140%. Toutefois ce taux satisfaisant cache une disparité entre les régions et une insécurité alimentaire au niveau des ménages.

Aussi, au regard de la faiblesse des revenus et de l'accès encore limité à l'eau potable (selon le RGPH 2006, seulement 56,8% de la population a accès à l'eau potable), la situation nutritionnelle reste un point de préoccupation.

1.5. Organisation politique et administrative

Depuis juin 1991, le Burkina Faso s'est doté d'une constitution qui consacre la séparation des pouvoirs. Des efforts énormes sont faits par le pays en matière de promotion de l'Etat de droit et des principes de bonne gouvernance.

Le territoire national est organisé en circonscriptions administratives et collectivités territoriales.

Les circonscriptions administratives sont la région (13), la province (45), le département (350) et le village (plus de 8000).

La région (13) et la commune (359) sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Le pays est actuellement dans la phase active du processus de décentralisation qui a abouti à la communalisation intégrale dont l'une des conséquences est le transfert de compétences et de ressources de plusieurs départements ministériels dont celui de la santé aux collectivités locales.

II. SITUATION SANITAIRE

2.1. Profil épidémiologique

La situation sanitaire du Burkina Faso est caractérisée par des taux de morbidité et de mortalité élevés qui étaient respectivement de 15,8% (EDS, 2003) et de 11,8‰ en 2006 (RGPH, 2006).

Le taux brut de mortalité est influencé essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (81‰ en 2003), infanto juvénile (184‰ en 2003) et maternelle (484 pour 100.000 naissances vivantes en 1998).

Les causes directes de la mortalité maternelle sont les infections, les hémorragies, les ruptures utérines et les rétentions placentaires.

La mortalité infanto juvénile est due essentiellement au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à la malnutrition.

2.2. Organisation et fonctionnement du système de santé

2.2.1. Organisation administrative

Le système de santé comprend trois (3) niveaux:

- le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général et des directions centrales. Il définit les politiques sectorielles et assure la coordination technique et administrative des services ;
- le niveau intermédiaire qui comprend les directions régionales de la santé, a pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les régions ;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles déconcentrées du système national de santé. Il est chargé de mettre en œuvre les programmes de santé.

2.2.2. Organisation et fonctionnement des structures de soins

Les structures de soins se répartissent en trois (3) sous secteurs:

2.2.2.1. Le sous secteur sanitaire public

Les structures publiques de soins, organisées en trois niveaux assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau qui correspond aux districts sanitaires (au nombre de 63) prend en charge environ 80% à 90% des problèmes de santé des populations. Il comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins, est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS). C'est la structure de base (porte d'entrée) du système de santé qui dispense le paquet minimum d'activités (PMA) à travers des activités promotionnelles, préventives et curatives. On compte 1323 CSPS en 2008 (Rapport de progrès 2008),
- le deuxième échelon de soins du district est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui dispense le paquet complémentaire d'activités (interventions chirurgicales, gestion des références, examens de laboratoire, etc.). Il sert de structure de référence pour les CSPS du district. Certains districts sanitaires sont centrés sur des Centres hospitaliers régionaux (CHR). On dénombre 42 CMA en 2008(Rapport de progrès 2008).

Le pays a une expérience en matière de services à base communautaire permettant de rapprocher certains soins de base aux populations, dans le cadre de la décentralisation du système de santé.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux CMA. A ce jour, on compte 09 CHR. Environ 10% des malades sont pris en charge à ce niveau.

Le troisième niveau est représenté par le Centre hospitalier universitaire (CHU) qui est le niveau de référence le plus élevé. Il sert également de cadre de formation et de recherche. A ce jour, on dénombre trois (3) CHU qui sont: les CHU Yalgado OUEDRAOGO et pédiatrique Charles De Gaule à Ouagadougou et le CHU Sourô SANON à Bobo-Dioulasso. Environ 5% des malades sont pris en charge à ce niveau.

Il existe un système de référence et de contre référence qui sert de lien entre les différents niveaux et contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

2.2.2.2. Le sous secteur sanitaire privé

Le sous-secteur sanitaire privé contribue à accroître l'offre de soins. Il comporte le privé à but non lucratif (confessionnel et associatif) et le privé à but lucratif (formations sanitaires privées, pharmacies, laboratoires...).

Le privé à but non lucratif fait l'effort de dispenser des soins préventifs, promotionnels et curatifs et de contribuer au fonctionnement du système de référence et de contre référence à l'instar du secteur sanitaire public. Quant au privé à but lucratif, la tendance est surtout aux soins curatifs.

2.2.2.3. Le sous secteur traditionnel

La médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19/5/94 portant Code de la santé publique.

Pour contribuer à l'amélioration des besoins sanitaires de la population par une prise en compte effective et efficiente de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dans le système de santé, il a été adopté par décret n° 2004-567/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14 décembre 2004, un document cadre de politique en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelles. Cela devrait permettre entre autres, d'assurer un bon exercice de la médecine traditionnelle au Burkina, d'améliorer par une formation adéquate la compétence des tradipraticiens de santé et de mobiliser des ressources nécessaires au financement de ce sous secteur.

2.3. Analyse de la situation nutritionnelle

2.3.1. Nature et ampleur des problèmes nutritionnels

La situation nutritionnelle au Burkina Faso est caractérisée par une endémicité de la malnutrition protéino-énergétique (MPE), des anémies, des troubles dus à la carence en iode et des avitaminoses. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer sont les groupes les plus vulnérables.

En plus de ces carences il se développe de plus en plus des maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation et au mode de vie (diabète, obésité, hypertension artérielle, goutte...).

Par ailleurs, la sécurité sanitaire des aliments et leur qualité nutritionnelle ne sont pas suffisamment assurées pour garantir la santé des populations.

2.3.1.1. Malnutrition protéino-énergétique

- **La malnutrition chronique (retard de croissance)**

La malnutrition chronique ou retard de croissance se traduit chez les enfants par une petite taille par rapport à leur âge : 39% des enfants burkinabè de moins de 5 ans souffrent de cette forme de malnutrition dont 19% de la forme grave (EDS, 2003).

- **La malnutrition aiguë (émaciation)**

La malnutrition aiguë se manifeste par l'émaciation ou maigreur qui se traduit par un poids nettement en dessous du poids normal d'un enfant de la même taille : 19% des enfants de moins de cinq ans souffrent de cette forme de malnutrition dont 5% de forme sévère (EDS, 2003).

- **La malnutrition globale (insuffisance pondérale)**

La malnutrition globale peut être aiguë et/ou chronique. Elle se manifeste par une insuffisance pondérale qui se traduit par un faible poids par rapport à l'âge : 38% des

enfants de moins de 5 ans souffrent de cette malnutrition dont 14% de la forme grave (EDS, 2003).

- **Le déficit énergétique chronique**

Le déficit énergétique chronique se manifeste par une maigreur due à une sous alimentation chronique : 21% des femmes en âge de procréer sont affectées par ce déficit (EDS, 2003). L'une des conséquences directes est le faible poids de naissance estimé à 18% des naissances vivantes. Cela signifie que l'état nutritionnel et sanitaire de l'enfant est tributaire de celui de sa mère.

2.3.1.2. Malnutrition par carence en micronutriments

Les carences en micronutriments les plus courantes au Burkina Faso sont les carences en fer, en vitamine A et en iode.

- **Carence en fer : anémie**

L'anémie se traduit biologiquement par une baisse du taux d'hémoglobine dans le sang par rapport aux normes de l'OMS.

Elle constitue la maladie carencielle la plus fréquente au Burkina Faso. En effet, 92% des enfants de 6 à 59 mois présentent une anémie nutritionnelle dont 13% de forme sévère (EDS, 2003). Cette situation est aussi préoccupante chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes avec des prévalences respectives de 68,3% et 52,5% (EDS, 2003).

- **Carence en vitamine A : avitaminose A**

Il n'existe pas de données d'envergure nationale sur les signes révélateurs de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans. Les données parcellaires fournies par l'aperçu nutritionnel du Burkina Faso (Aperçu Nutritionnel, FAO 2000), indiquent que plus de 85% des enfants de 1 à 3 ans et 63,3% des femmes en âge de procréer présentent une faible rétinolémie. L'enquête de base du projet santé nutrition scolaire (2006) indique que chez les élèves du primaire l'hyporétinémie est de 43,7%.

Selon l'EDS, 2003, 7% des femmes enceintes sont atteintes de cécité nocturne.

- **Les troubles dus à la carence en iode**

Au Burkina Faso, la plus grande enquête qui a concerné 15 des 30 provinces en 1996 a montré que la prévalence du goitre globale atteignait 46% dans la population enquêtée (CNN). Cette prévalence qui traduit une situation d'endémicité sévère du goitre était encore plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Plus récemment, les données de l'Enquête démographique et de santé 2003, ont montré que seulement 47,8% des ménages consomment du sel convenablement iodé.

En 2004, une étude nationale conduite par la Direction de la nutrition a montré que 93,8% des sels vendus sur les marchés étaient pourvus d'iode dont seulement 56,4% convenablement iodés. Ces résultats d'ensemble cachent de fortes disparités entre les régions (Centre Sud 1% contre par exemple 13,36 au Centre).

2.3.1.3. Maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition

Bien qu'il n'existe pas de données d'enquête, on observe au Burkina Faso que les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition constituent actuellement un problème de santé publique.

Selon l'EDS 2003, 9,3% de la population des femmes de 15 à 49 ans sont en surpoids dont 2,4% d'obèses.

L'hypertension artérielle, le diabète et les affections cardiaques représentaient respectivement 6,7%, 10% et 13,2% des consultations dans les formations sanitaires périphériques en 2005 (Annuaire statistique 2005 du Ministère de la Santé). Dans les CHR et CHU, 4307 cas d'hypertension artérielle et 2757 cas d'affections cardiaques ont été dépistés durant les consultations externes au cours de l'année 2005 (annuaire statistique 2005 du Ministère de la Santé).

La prévalence des maladies chroniques non transmissibles est probablement sous estimée en raison de la faible couverture et de l'insuffisance des méthodes de collecte des données sanitaires.

2.3.1.4. La problématique de la sécurité sanitaire et de la qualité nutritionnelle des aliments

Au Burkina Faso, le Laboratoire national de santé publique est la structure nationale de référence en matière de contrôle et d'expertise des produits alimentaires.

Toutefois, il existe d'autres intervenants dans le domaine du contrôle des aliments avec une faible coordination entre les laboratoires de contrôle et les services d'inspection de ces différentes structures étatiques et privées.

En outre, l'application des textes législatifs existants en matière de contrôle sanitaire des aliments est insuffisante.

Enfin la sous information des consommateurs et la faible allocation de ressources pour mener à bien les activités en faveur de la lutte contre l'insalubrité des aliments aggravent la situation.

2.4. Facteurs influençant négativement l'état nutritionnel

On distingue trois types de facteurs influençant l'état nutritionnel : les facteurs immédiats, les facteurs sous-jacents et les facteurs fondamentaux.

2.4.1. Les facteurs immédiats

Les facteurs immédiats sont constitués d'une part par l'alimentation inadéquate et d'autre part par les maladies parasitaires et infectieuses, dont l'infection à VIH.

- **Apports alimentaires inadéquats**

L'inadéquation de l'alimentation influence directement de façon négative l'état nutritionnel. En effet, les régimes alimentaires sont insuffisants en quantité et en qualité : apports énergétique et en micronutriments insuffisants chez l'adulte et inadéquation de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (faible taux d'allaitement maternel exclusif, mauvaise

pratique du sevrage, restrictions chez certains groupes tels chez les enfants et les femmes, interdits alimentaires, ...).

Dans le cas des malnutritions par excès et de certaines maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition, en plus des apports inadéquats, certains facteurs tels que les modes de vie (inactivité physique, alcool, tabac) contribuent pour beaucoup dans leur survenue.

- **Les maladies infectieuses et parasitaires**

Elles représentent la principale cause de morbidité et de mortalité dans le pays selon les données fournies par l'annuaire statistique santé 2007. En effet d'après cette source, le paludisme, les infections respiratoires, la diarrhée et les parasitoses intestinales constituent les quatre premiers motifs de consultations. Ces maladies constituent des facteurs aggravant de la malnutrition et inversement.

- **l'infection à VIH**

L'infection à VIH a un impact négatif direct sur l'état nutritionnel des personnes infectées. La prévalence du VIH/SIDA au sein de la population générale était de 1,6% en 2007 (ONUSIDA 2008).

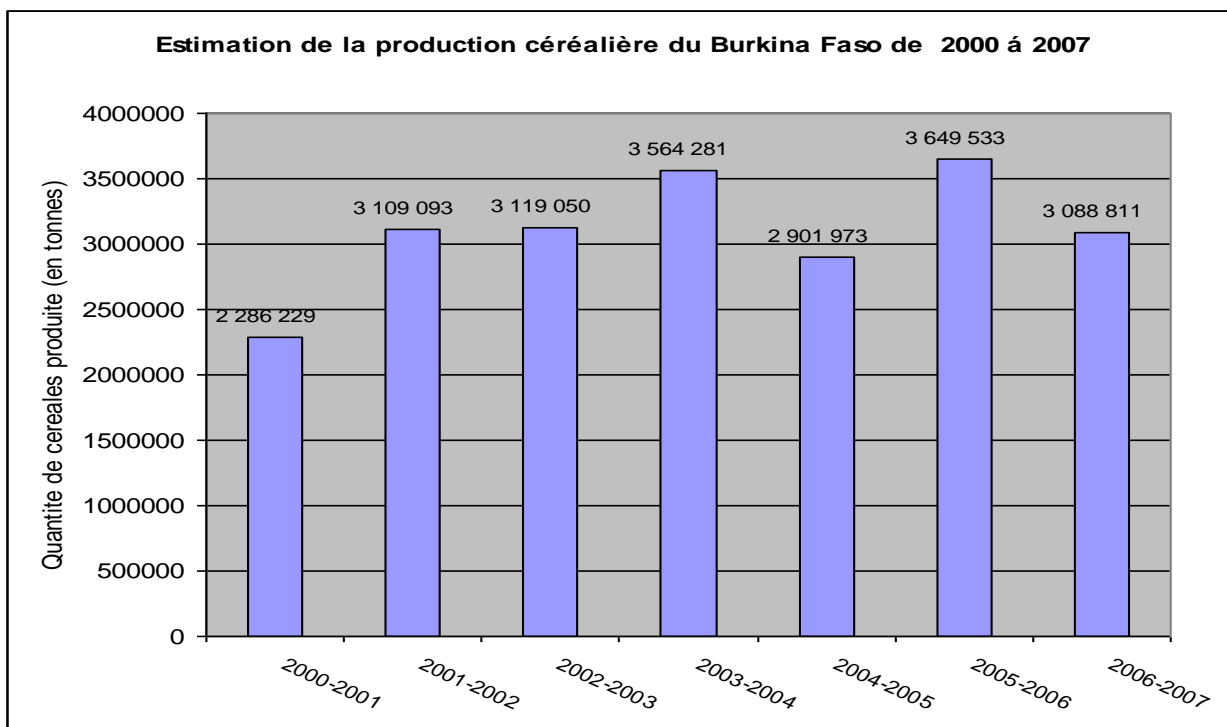
Chez les femmes enceintes la prévalence était établie à 2,3% en 2007 selon les données du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST.

2.4.2. Les facteurs sous-jacents

- **Insécurité alimentaire des ménages**

Selon la FAO (1996), la sécurité alimentaire se définit comme l'accès physique et économique de tous les êtres humains et à tout moment à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour une vie saine et active.

Au Burkina Faso, la sécurité alimentaire est appréciée à travers les bilans céréaliers. Même si la tendance globale révèle des bilans céréaliers excédentaires, on note des disparités d'une année à l'autre et d'une région à l'autre, en attestent les bilans moyens 2000 à 2007 (confère graphique).



Source: Direction des études et de la planification / CT-CCI (MAHRH)

- **Pratiques alimentaires inadaptées**

Des pratiques alimentaires inadaptées au nourrisson et au jeune enfant telles que la mise au sein tardive, l'utilisation de liquides autres que le lait maternel dans les 6 premiers mois de vie et l'introduction précoce ou tardive de l'alimentation de complément constituent des facteurs favorisant la survenue de la malnutrition.

En effet, selon l'EDS 2003 seulement 33,3% des enfants sont mis au sein dans la première heure qui suit la naissance et moins de 20% des enfants de 0 à 4 mois reçoivent un allaitement exclusif.

Par ailleurs, l'existence d'interdits et tabous alimentaires privent parfois les enfants, les femmes enceintes et allaitantes de bonnes sources de protéines et de micronutriments.

- **Hygiène et assainissement insuffisants**

L'insuffisance d'hygiène et d'assainissement constitue encore dans notre pays l'un des obstacles à la résolution des problèmes de santé. En effet, parmi les dix principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires, trois pathologies sont directement liées au manque d'hygiène collective ou individuelle. Il s'agit du paludisme, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. Ces pathologies représentent à elles seules plus de la moitié des motifs de consultation dans les services de santé.

D'après les données de l'analyse situationnelle faite par la Direction de hygiène publique et de l'éducation pour la santé (DHPES) en 2004, ces problèmes de santé sont attribuables aux difficultés d'approvisionnement en eau potable, à l'insuffisance d'assainissement et à certains comportements non hygiéniques des populations.

- **Faible accès aux soins de santé**

Le faible accès aux soins de santé s'explique par l'insuffisance en quantité et en qualité des infrastructures, des équipements, du personnel et de l'offre de soins. Les ratios personnels de santé par population sont largement en

dessous des normes préconisées par l'OMS. De plus 23,74%(Rapport de progrès 2008) des formations sanitaires périphériques ne remplissent toujours pas la norme minimale en personnel. L'accessibilité financière des populations aux médicaments et consommables médicaux reste faible.

S'agissant des Centres de récupération et d'éducation nutritionnelles, 109 structures publiques, privées et confessionnelles ont été identifiées en 2008 sur l'ensemble du territoire national. L'état de fonctionnalité de ces CREN est disparate en termes d'infrastructures, d'équipements et de qualification des prestataires.

On note également une faible utilisation des services de santé existant (0,50 contacts/habitant/an, Rapport de progrès 2008) malgré les efforts consentis pour améliorer l'accessibilité à certaines prestations (gratuité/subventions) aux populations. Le premier recours en cas de maladie demeure la médecine et la pharmacopée traditionnelles.

2. 4. 3. Les facteurs fondamentaux

Les facteurs fondamentaux sont représentés par la désintégration de la cellule familiale, des mécanismes de solidarité et d'assistance mutuelle, les faibles niveaux d'éducation et de développement économique, la forte croissance démographique, la pauvreté générale de la population et les choix politiques.

2. 5. Actions entreprises

2.5.1. Offre de soins

Elle concerne les soins de base assurés par les Centres de Santé et de Promotion Sociale et les soins de référence assurés par les Centres médicaux avec antenne chirurgicale, les Centres hospitaliers régionaux et les Centres hospitaliers universitaires. Certaines structures sanitaires du sous-secteur privé offrent aussi des soins en matière de nutrition.

Chaque CSPS offre le Paquet minimum d'activités (PMA) standard qui contient un volet nutrition. Les activités de nutrition du PMA sont promotionnelles, préventives et curatives. Elles comprennent l'éducation nutritionnelle, la supplémentation en micronutriments, le suivi de

la croissance des enfants de 0 à 5 ans et la récupération nutritionnelle des malnutris. Depuis 2007 le Burkina Faso s'est doté d'un protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue intègre aux différents niveaux de soins selon la gravité. La prise en charge des malnutris aigus modérés et sévères sans complications se fait dans les CSPS. Les malnutris aigus sévères avec complications sont pris en charge au niveau des centres de référence

Cependant, un nombre important de formations sanitaires ne dispose pas suffisamment d'infrastructures adaptées, d'intrants, de personnel compétent, d'équipement adéquat pour la prise en charge de la malnutrition. L'offre de soins en nutrition demeure insuffisante et de faible qualité.

Les interventions nutritionnelles à base communautaire permettent de pallier la faiblesse du système de santé en terme d'offre de soins.

L'approche communautaire est une alternative appropriée et bien indiquée pour assurer et faciliter la mise en œuvre d'un minimum d'actions essentielles en nutrition au niveau de toutes les communautés du pays. Pour ce faire, il convient de renforcer les capacités des communautés pour leur permettre d'exécuter au mieux les activités de nutrition.

2.5.2. Elaboration de politique, normes et standards

Pour mieux exécuter les interventions en nutrition, les documents suivants ont été élaborés :

- la politique nationale de nutrition (2007) ;
- le paquet minimum d'activités en nutrition à mener dans les formations sanitaires et les communautés (2005) ;
- le protocole national de prise en charge de la malnutrition aigue (2007) ;
- le guide pour l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant (2005) ;
- le guide diététique sur les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition (2006) ;

- le guide de l'alimentation des enfants nés de mères séropositives (2008) ;
- le plan de communication en nutrition (2007) ;
- le guide de supplémentation en vitamine A (2005).

2.5.3. Mise en œuvre des programmes et projets spécifiques

Plusieurs programmes et projets sont développés et contribuent au soutien et à la promotion de la nutrition dont les principaux sont :

- les projets d'assistance alimentaire aux groupes vulnérables depuis 1996 ;
- le projet spiruline depuis 2005 ;
- le programme d'iodation universelle du sel mis en œuvre depuis 2001 ;
- le projet de supplémentation en vitamine A pour la survie et le développement de l'enfant au sahel mis en œuvre depuis 2005 ;
- le programme de fortification des aliments de grande consommation en micronutriments début depuis 2001 (fortification des huiles végétales en vitamine A depuis 2006) ;
- la promotion de la production de farines de sevrage à base d'aliments locaux ;
- Le projet de renforcement des activités de nutrition dans le cadre du Programme d'appui au secteur de la santé (PASS) depuis 2009.

2.5.4. Développement des capacités nationales en nutrition

Le gouvernement a autorisé le recrutement d'un personnel qualifié depuis 2003. Actuellement, la Direction de la nutrition compte sept (07) nutritionnistes.

Au niveau intermédiaire, des formateurs régionaux ont été formés dans les 13 régions à la prise en charge de la malnutrition aigue. Les intrants et le matériel anthropométrique ont été mis à la disposition des acteurs de terrain dans les régions.

La formation des agents de santé des formations sanitaires périphériques se poursuit dans les 13 régions.

Pour assurer la coordination intra et inter sectorielle en matière de nutrition dans le cadre de la politique sanitaire nationale, les ressources humaines en nutrition actuellement disponibles sont globalement insuffisantes tant au niveau de la Direction de la nutrition qu'au niveau intermédiaire et périphérique où se fait la mise en oeuvre des activités de nutrition.

2.5.5. Coordination intra sectorielle et collaboration intersectorielle

Compte tenu du caractère multisectoriel et pluridisciplinaire de la nutrition, un Conseil national de concertation en nutrition (CNCN) a été créé par décret n° 2008-003/PRES/PM/MS/MAHRH/MASSN/MEF du 10 janvier 2008.

Ce conseil, placé sous l'égide du ministère de la santé est un organe consultatif qui émet des avis et des recommandations sur la mise en oeuvre de la politique nationale de nutrition. Il coordonne, organise, oriente et suit la politique nationale en matière de nutrition. Il a pour missions de :

- favoriser la concertation entre les différents acteurs et partenaires de la nutrition dans le domaine de la santé, de la sécurité alimentaire et de la sécurité sanitaire des aliments ;
- promouvoir la participation des partenaires techniques et financiers, des ONG et associations à la mise en oeuvre des actions prioritaires de nutrition ;
- proposer toutes les mesures susceptibles d'améliorer la situation nutritionnelle des populations, notamment du couple mère-enfant ;
- mener des activités de plaidoyer pour dynamiser, fédérer les actions et mobiliser des ressources pour la mise en oeuvre de projets et programmes de nutrition.

Dans le cadre de la décentralisation les régions pourront mettre en place des cadres régionaux de concertation en nutrition pour orienter et délibérer sur les questions de nutrition spécifiques à la région.

La mise en place et le fonctionnement de ces différents organes permettront de rendre plus visible les activités de nutrition à l'échelle provinciale, régionale, nationale et internationale.

2.6. Cadre institutionnel de la nutrition

Le Ministère de la santé a en charge les questions de nutrition au Burkina Faso. Pour accorder plus d'importance à ces questions, les autorités gouvernementales ont érigé en 2002 le Centre national pour la nutrition (CNN) en Direction de la nutrition (DN) rattachée à la Direction générale de la santé (DGS) par le décret N° 2002-464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002.

Les attributions de la DN sont :

- assurer la planification stratégique dans le cadre de la politique sanitaire nationale ;
- assurer la coordination intra et inter sectorielle en matière de nutrition ;
- définir les normes et standards nutritionnels nationaux ;
- assurer l'appui conseil pour le développement des activités de nutrition dans les services de santé et au niveau communautaire ;
- participer à l'évaluation des programmes de nutrition et d'alimentation ;
- participer à la gestion du système national de surveillance nutritionnelle et alimentaire ;
- participer à la recherche opérationnelle.

La Direction de la nutrition comprend trois services techniques :

- Le service de l'épidémiologie et de la surveillance nutritionnelle ;
- Le service de diététique et de promotion des régimes alimentaires et modes de vie sains ;
- Le service de la qualité et de l'innocuité des aliments.

2.7. Partenariat en faveur de la nutrition

Le Ministère de la santé collabore avec plusieurs organismes, ONG et associations œuvrant dans le domaine de la nutrition.

Ils apportent un appui technique et financier au ministère de la santé notamment dans les domaines du renforcement des capacités techniques, de la récupération nutritionnelle, de la promotion de l'allaitement, de la lutte contre les carences en micronutriments et de la promotion de la nutrition.

Il existe aussi des organisations à base communautaire qui sont des partenaires pour la mise en œuvre des activités opérationnelles de nutrition.

III- PROBLEMES PRIORITAIRES

De l'analyse situationnelle plusieurs problèmes ont été identifiés parmi lesquels quatre problèmes prioritaires ont été retenus.

3.1. La prévalence des maladies et carences nutritionnelles demeure élevée

Les prévalences de la malnutrition protéino-énergétique et des maladies liées aux carences spécifiques (fer, iode et vitamine A) sont très élevées. Elles touchent particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer. En effet l'insuffisance pondérale touche 38% des enfants de moins de 5 ans et 92% de ces enfants présentent une anémie nutritionnelle dont 13% de forme grave

En outre, les maladies chroniques non transmissibles constituent des problèmes de santé publique (l'hypertension artérielle, le diabète et les affections cardiaques représentaient respectivement 6,7%, 10% et 13,2% des consultations dans les formations sanitaires périphériques en 2005).

Les principales causes sont :

- les maladies parasitaires et infectieuses, dont l'infection à VIH ;
- les pratiques inadéquates en matière d'alimentation du nourrisson, du jeune enfant, des femmes enceintes et des femmes allaitantes ;
- l'alcoolisme, le tabagisme, l'alimentation trop riche en graisses, sucre et pauvre en micronutriments ;
- la tendance à la sédentarité (insuffisance d'exercices physiques).
- les pesanteurs socioculturelles ;
- le faible pouvoir d'achat des ménages.

Les conséquences qui en découlent sont la mortalité élevée principalement chez les enfants de moins de 5 ans, la baisse du système immunitaire, de la performance physique et intellectuelle et de la baisse de la productivité.

3.2. L'offre de services en matière de nutrition au niveau des services de santé est insuffisante

L'offre de services en matière de nutrition est insuffisante en quantité et en qualité. Toutes les formations sanitaires des districts et les hôpitaux ne délivrent pas en totalité le PMA de nutrition.

Les prestations de nutrition offertes aux populations ne répondent pas toujours aux normes prescrites. Les causes principales sont :

- l'insuffisance en personnel qualifié ;
- Insuffisance de la supervision des prestataires ;
- l'insuffisance en équipements, logistique et matériel médico technique ;
- Insuffisance d'infrastructures ;
- la faible diffusion et utilisation de politique, normes et standards ;
- la faible intégration du PMA de nutrition aux activités de routine ;
- la faible déconcentration de la DN.

La conséquence est la faible capacité des formations sanitaires à mettre en œuvre les activités de prévention et de prise en charge des problèmes nutritionnels.

3.3. L'offre de services en matière de nutrition au niveau communautaire est insuffisante

En dehors de l'administration de la vitamine A et des anti parasitaires, les activités de nutrition à base communautaire sont insuffisantes.

Les causes essentielles sont :

- insuffisance des organisations à base communautaire intervenant dans la nutrition ;
- l'insuffisance de compétences en nutrition des agents communautaires ;
- la faible prise de conscience des populations sur les questions de nutrition ;
- l'insuffisance d'encadrement (supervision, monitoring) des organisations à base communautaire ;

- l'insuffisance de financement des activités de nutrition à base communautaire ;
- l'insuffisance de la participation communautaire aux activités de nutrition.

Comme conséquences on note une faible capacité des communautés à participer à la prévention et la prise en charge des problèmes nutritionnels au niveau communautaire.

3.4. La coordination intrasectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition sont insuffisantes

Nonobstant la création du CNCN et la mise en place de cadres régionaux de concertation en nutrition, la coordination intrasectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition demeurent insuffisantes. En effet, ces organes ne couvrent pas l'ensemble des treize régions et sont peu fonctionnels compte tenu de leur création récente.

Certaines ONG/Associations continuent d'agir de façon isolée et en dehors des orientations nationales et leurs interventions sont faites parfois à l'insu des autorités du système de santé.

Cette situation a pour conséquences, l'utilisation non rationnelle des ressources, la non visibilité des efforts consentis en matière de lutte contre les problèmes nutritionnels et le faible niveau d'atteinte des résultats.

IV- FONDEMENTS DU PLAN

4.1. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

Le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) est un document cadre qui se fixe pour ambition de réduire notamment le niveau de pauvreté des populations et les inégalités entre les différentes régions et entre les groupes socioéconomiques tout en poursuivant les réformes économiques et structurelles indispensables à la croissance économique en vue du transfert des plus values en faveur des plus démunis.

Dans les domaines sectoriels en rapport avec l'alimentation et la nutrition, l'un des objectifs du CSLP est de créer les conditions favorables à une sécurité alimentaire et nutritionnelle. Dans le CSLP 2006-2010, la composante nutrition est mieux prise en compte.

4.2. Politique sanitaire nationale

Le Burkina Faso dans sa politique sanitaire, a souscrit à l'objectif social de la santé pour tous, en adoptant la stratégie de soins de santé primaire. Par la suite l'accent a été mis sur la décentralisation du système de santé basé sur le district sanitaire. En juillet 2001, le Gouvernement a adopté le Plan décennal de développement sanitaire 2001-2010, et le plan triennal de sa mise en œuvre, qui prévoit des objectifs nutritionnels. La politique sanitaire nationale, est mise en œuvre à travers des plans de développement sanitaires.

4.3. Plan national de développement sanitaire

Le Burkina Faso s'est doté d'un plan national de développement sanitaire (PNDS) pour traduire en action opérationnelle la politique sanitaire nationale.

Le PNDS dont l'objectif général est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations comporte huit objectifs intermédiaires parmi lesquels s'intègre la nutrition.

4.4. Politique nationale de nutrition

Le Gouvernement du Burkina Faso a adopté une politique nationale de nutrition en 2007 qui constitue un cadre de référence pour organiser, renforcer, fédérer les synergies d'actions et de dynamiser les interventions en faveur de la nutrition dans le secteur de la santé.

V- OBJECTIFS

5.1. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations du Burkina Faso d'ici 2015.

5.2. Objectifs spécifiques

1. Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 ;
2. Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A) d'ici 2015 ;
3. Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015 ;
4. Améliorer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015 ;
5. Renforcer l'offre de services à base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015 ;
6. Améliorer la coordination intrasectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015.

VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour atteindre les objectifs fixés, les stratégies suivantes ont été identifiées par objectif spécifique.

6.1. Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

- Stratégie 1 : Surveillance et prise en charge nutritionnelle

Il s'agira de renforcer les mécanismes de surveillance de l'état nutritionnel des groupes vulnérables (nourrissons, jeunes enfants, femmes enceintes et femmes allaitantes y compris PVVIH) et la prise en charge de la malnutrition à travers :

- le suivi de la femme enceinte et de la femme allaitante ;
- le suivi/promotion de la croissance des enfants ;
- la dynamisation et une meilleure organisation des CREN ;
- le renforcement du dépistage de la malnutrition ;
- le renforcement de la prise en charge de la malnutrition dans les formations sanitaires.

- Stratégie 2 : Promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant

La mise en œuvre de cette stratégie se fera par le soutien aux approches et initiatives suivantes :

- la production de guides et directives sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant intégrant le contexte de l'infection à VIH.
- la promotion de la production d'aliments de compléments de qualité à base de produits locaux ;
- la promotion de la consommation d'aliments de complément appropriés à base de produits locaux ;
- la vulgarisation du code de commercialisation des substituts du lait maternel ;

- la promotion de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois ;
 - les initiatives hôpitaux et communautés amis des bébés ;
- Stratégie 3 : Renforcement des capacités

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers :

- le développement (au moyen des formations à la tâche et suivi/supervision) des compétences des acteurs à tous les niveaux (système de santé, communautaire) en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition ;
- l'approvisionnement régulier des formations sanitaires et des structures communautaires en matériel, intrants et supports techniques nécessaires pour la réalisation des activités.

6.2. Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments d'ici 2015

- Stratégie 1 : Supplémentation en micronutriments

La supplémentation en micronutriments est une intervention essentielle pour la survie et le développement de l'enfant mais aussi pour les autres groupes à risque. En plus des activités de routine, elle sera intensifiée et organisée sous forme d'évènements biannuels du genre « Journées survie de l'enfant, journées vitamine A plus, ... » au cours desquelles un paquet des prestations (supplémentation en vitamine A, déparasitage, vaccination, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide) sera offert aux bénéficiaires.

- Stratégie 2 : Enrichissement des aliments en micronutriments

La production d'aliments fortifiés en micronutriments sera favorisée. Dans ce cadre, une étude de faisabilité de mise en place d'ateliers d'iodation du sel sera aussi menée. Les textes relatifs à la qualité des aliments seront revus pour prendre en compte tous les aliments fortifiés en micronutriments. La

coordination et la concertation seront renforcées de manière à impliquer tous les secteurs concernés. Le système de contrôle sera renforcé pour assurer la qualité des aliments fortifiés.

- Stratégie 3 : Renforcement des capacités des acteurs et des structures

Il s'articulera autour des actions suivantes :

- l'équipement en matériel technique pour le contrôle de qualité ;
- la formation des agents des structures de contrôle et des agents de santé en technique de contrôle de la qualité des aliments ;
- l'approvisionnement des formations sanitaires en micronutriments et en supports techniques.

6.3. Objectif spécifique 3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015

- Stratégie 1 : Dépistage et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition.

Il s'agira essentiellement de :

- de la dotation des formations sanitaires en supports techniques et éducatifs ;
- du renforcement du dépistage précoce de ces maladies ;
- du renforcement de la prise en charge nutritionnelle.

- Stratégie 2 : Promotion de bonnes habitudes alimentaires et de modes de vie sains

La promotion des modes de vie sains consistera à :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication à l'endroit du grand public en vue de promouvoir des habitudes alimentaires et des modes de vie sains ;

- l'édition et la vulgarisation d'une table de composition des principaux aliments consommés au Burkina Faso ;
- l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles liés à la nutrition au Burkina Faso ;
- l'élaboration d'un guide pour la prise en charge diététique des maladies chroniques non transmissibles basée sur l'utilisation d'aliments locaux et de techniques culinaires adaptées ;
- la mise au point d'un système d'équivalence entre le poids des aliments et leur volume afin de faciliter la prescription et la pratique diététique.

6.4. Objectif spécifique 4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015

- Stratégie 1 : Mise en œuvre du PMA nutrition dans les structures d'offre de soins.

Pour cette stratégie il s'agira de veiller à l'intégration effective des actions essentielles de nutrition dans le PMA des formations sanitaires ; ce qui nécessitera la formation des agents de santé sur le PMA ainsi que le monitoring et la supervision des activités des formations dans la mise en œuvre de ce PMA.

- Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Il s'agira de :

- renforcement des ressources humaines, financières, techniques et matérielles ainsi que la réhabilitation des CREN sont nécessaires pour améliorer l'offre de soins en nutrition ;
- Renforcement des compétences aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

6.5. Objectif spécifique 5 : Renforcer l'offre de services à base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015.

- Stratégie 1 : Développement et mise en place de service à base communautaire

La mise en œuvre reposera sur :

- l'utilisation d'agents communautaires compétents et bien outillés ;
- la supervision des agents communautaires par les services de santé.

- Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des communautés y compris les collectivités locales.

Il s'agira de :

- sensibiliser les conseillers municipaux sur l'importance de la prise en compte des questions de nutrition dans les plans communaux de développement et de faire le plaidoyer pour l'allocation des ressources ;
- de sensibiliser les leaders communautaires et de renforcer les compétences et capacités opérationnelles des OBC afin de leur permettre d'exécuter au mieux les activités de nutrition ;
- la formation des communautés à la mise en œuvre des activités de nutrition ;
- la dotation des communautés en matériels, supports techniques et intrants.

Objectif spécifique 6 : Renforcer la coordination intrasectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015

- Stratégie 1 : Renforcement du fonctionnement des cadres de concertation en matière de nutrition.

L'amélioration de la collaboration intersectorielle se fera par :

- le renforcement, la dynamisation du CNCN mis en place par le Ministère de

la santé autour des questions de nutrition ;

- la mise en place des cadres de concertation régionaux de nutrition ;
- la mise à disposition de ressources adéquates pour le fonctionnement des cadres de concertation.

➤ Stratégie 2 : Suivi des activités des ONG et associations

Cette stratégie va se faire par :

- le suivi des activités des ONG/associations intervenant en nutrition par le niveau central à travers les structures déconcentrées ;
- l'élaboration d'un cahier de charge à l'intention des intervenants dans le domaine de la nutrition pour mieux organiser et renforcer la coordination ;
- la réalisation de la cartographie des ONG intervenant en nutrition ;
- l'appui à la mise en œuvre de la contractualisation.

VII- CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Les activités sont définies par objectif spécifique et par stratégie.

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 27% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 1 : Surveillance et prise en charge nutritionnelle

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
01	Assurer le suivi/promotion de la croissance chez les enfants de 0-59 mois dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	X	X	X	X	X	X	Taux de couverture de la consultation des nourrissons sains dans les formations sanitaires	DN, DRS, MCD, ICP	MASSN MEF
02	Dépister la malnutrition chez toutes les femmes enceintes et les femmes allaitantes dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	X	X	X	X	X		- Proportion de femmes enceintes dépistées - Proportion de femmes allaitantes dépistées	DN, MCD, ICP	MASSN MPF
03	Dépister la malnutrition chez tous les enfants de moins de 5ans dans les formations sanitaires et au niveau communautaire		X	X	X	X		- Proportion d'enfants de moins de 5 ans dépistés	DN, MCD, ICP	MASSN MPF MAHRH
04	Prendre en charge conformément au protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë tous les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes dépistés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	X	X	X	X	X		- Pourcentage d'enfants pris en charge - Pourcentage de femmes enceintes prises en charge - Pourcentage de femmes allaitantes prises en charge Taux de guérison - Taux de décès - Taux d'abandon - Taux de référence - Durée moyenne de séjour	DN, DRS, MCD, DGCHU/ CHR	MASSN MPF

Stratégie 2 : Promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
05	Faire la promotion de l'allaitement		X	X	X	X		nombre de groupes de soutien mis en place	DN, DSF, DRS, MCD, DG CHU, CHR	MASSN, MPF, MEF, MCPEA
06	Faire la promotion de l'alimentation de complément adéquate	X	X	X	X	X		proportion de relais formes et équipes	DN, DSF, DRS, MCD, DG CHU, CHR	MASSN, MPF, MEF, MCPEA
07	Mettre en œuvre des activités de communication de proximité		X	X	X	X	X	proportion de chaque type d'activités d'IEC réalisées	DN/DHPES, MCD, ICP	MCTC, MASSN, MPF, MEF
08	Mettre en œuvre des activités médiatiques		X	X	X	X	X	proportion de chaque type d'activités médiatiques réalisées	DN, DHPES, DRS, MCD	MCTC, MASSN, MPF, MEF

Stratégie 3 : Renforcement des capacités

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
09	Elaborer des modules de formation sur la nutrition pour les agents de santé et le niveau communautaire	X						Modules standard de formation sur la nutrition disponibles	DN	MEF
10	Former les agents de santé sur la nutrition	X	X					Proportion d'agents de santé formés	DN, DRS, MCD	MEF
11	Former les agents de santé sur les AEN							Proportion d'agents de santé formés	DN, DRS, MCD	MEF
12	Faire un plaidoyer pour la révision du contenu des curricula de formation en nutrition dans les écoles professionnelles	X	X	X	X	X		Plaidoyer réalisé	DN	MEBA, MASSN, MESSRS, MAHRH
13	Doter les formations sanitaires et les structures de prise en charge en matériel et en intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigue	X	X	X	X	X		Proportion de formations sanitaires dotées intrants	DN	MEF
14	Doter les formations sanitaires en supports techniques	X	X	X	X	X		Proportion de formations sanitaires dotées en supports techniques	DN, MCD	MEF

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
15	Superviser les acteurs (agents de santé et communautaires) sur la prise en charge de la malnutrition aiguë	X	X	X	X	X		proportion de supervisions réalisées par niveau	DRS, MCD, ICP	
16	Réaliser des supports éducatifs	X	X	X	X	X		Proportion de supports éducatifs réalisés par type	DN, DHPES	MCTC, MEBA, MASSN, MPF, MEF
17	Reproduire et diffuser des supports éducatifs	X	X	X	X	X		Proportion de supports éducatifs diffusés par type	DN, DHPES	MCTC, MEBA, MASSN, MPF, MEF
18	Former les différents acteurs en IEC nutrition	X	X	X	X	X		Proportion d'acteurs formés en IEC nutrition	DN, DHPES	MCTC

Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A)

Stratégie 1 : Supplémentation en micronutriments

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
19	Supplémenter chaque année en vitamine A au moins 80% des femmes en post partum immédiat	X	X	X	X	X		Proportion de femmes en post-partum immédiat supplémentées en vitamine A	DN/DRS/DS	
20	Supplémenter semestriellement en vitamine A au moins 90% des enfants de 6 à 59 mois	X	X	X	X	X		Proportion d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A par semestre	DN/DRS/DS	
21	Supplémenter en fer/folate toutes les femmes enceintes vues en CPN	X	X	X	X	X		Proportion de femmes enceintes vues en CPN supplémentées en fer /folate	DN/DRS/DS	
22	Déparasiter tous les enfants de 5-16 ans	X	X	X	X	X	X	Proportion d'enfants de 5-16 ans déparasités	DN/DRS/DS	
23	Déparasiter les enfants de 12-59 mois lors de la supplémentation en vitamine A	X	X	X	X	X	X	Proportion d'enfants 12-59 mois déparasités	DN/DRS/DS	
24	Déparasiter toutes les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre vues en CPN	X	X	X	X	X	X	Proportion de femmes enceintes vues en CPN supplémentées en fer /folate	DN/DRS/DS	

Stratégie 2 : Enrichissement des aliments en micronutriments

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
25	Enrichir des aliments de grande consommation (sel, farine de blé, huiles végétales, ...) en micronutriments	X	X	X	X	X	X	Nombre d'aliments enrichis	DN	MCPEA, MEF
26	Adapter la réglementation sur les aliments enrichis	X	X					Nombre de textes adaptés	DN	MCPEA, MEF
27	Evaluer la teneur en micronutriments des aliments enrichis	X	X	X	X	X	X	Nombre d'aliments enrichis évalués	DN	MCPEA, MEF, MESSRS

Stratégie 3 : Promotion de la consommation des aliments riches en micronutriments

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
28	Mettre en œuvre des activités de communication de proximité pour faire connaître les aliments riches en micronutriments et l'importance de leur consommation	X	X	X	X	X	X	Proportion d'activités de proximité mises en œuvre	DN/DHPES	MCTC, MEF
29	Mettre en œuvre des activités médiatiques pour faire connaître les aliments riches en micronutriments et l'importance de leur consommation médiatiques	X	X	X	X	X	X	Proportion d'activités médiatiques réalisées	DN/DCPM	MCTC, MEF

Stratégie 4 : Renforcement des capacités

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
30	Réaliser des supports éducatifs	X	X	X	X	X	X	Proportion de supports réalisés selon le type	DN/DHPES/DCPM	MEBA, MASSN, MCTC, MPF, MEF
31	Reproduire et diffuser des supports éducatifs		X	X	X	X	X	Proportion de supports diffusés selon le type	DN/DHPES/DCPM	MEF

Objectif spécifique 3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015

Stratégie 1 : Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées a la nutrition

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
32	Réaliser des supports éducatifs	X	X	X	X	X	X	Proportion de supports réalisés par type	DN/PHPES	MEBA, MASSN, MCTC, MPF, MEF
33	Reproduire et diffuser des supports éducatifs	X	X	X	X	X	X	Proportion de supports diffusés selon le type	DN/DHPES/DCPM	MEF
34	Assurer le dépistage des maladies non transmissibles liées à la nutrition							Nombre de malades dépistés	DN	

Stratégie 2 : Promotion de bonnes habitudes alimentaires et de mode de vie sains

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
35	Mettre en œuvre des activités de communication de proximité sur les bonnes habitudes alimentaires et les modes de vie sains	X	X	X	X	X	X	Proportion d'activités réalisées selon le type	DS/CHR/CHU	MCTC
36	Mettre en œuvre des activités médiatiques sur les bonnes habitudes alimentaires et les modes de vie sains	X	X	X	X	X	X	Proportion d'activités médiatiques réalisées selon le type	DN/DCPM	MCTC

Objectif spécifique 4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015

Stratégie 1 : Renforcement de la mise en œuvre du PMA nutrition dans les structures d'offre de soins;

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
37	Assurer semestriellement le suivi de la mise en œuvre du PMA nutrition dans toutes les formations sanitaires	X	X	X	X	X	X	Nombre de suivis effectués Proportion de formations sanitaires visitées	DN/DRS/DS	
38	Superviser semestriellement les agents de santé sur la mise en œuvre du PMA nutrition dans toutes les formations sanitaires dans toutes les formations sanitaires		X	X	X		X	Nombre de supervisions effectuées	DRS/DS	
39	Soutenir le monitoring semestriel des activités de nutrition dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	X	X	X	X	X	X	Proportion des formations sanitaires qui assurent le monitoring des activités de nutrition	DRS/DS	
40	Formation des agents de santé sur le PMA nutrition y compris éléments de monitoring	X	X	X				Proportion d'agents de santé formés	DN, DRS, DS	

Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
41	Doter la direction de la nutrition et les régions en logistique roulante	X	X	X	X	X	X	Nombre de véhicules acquis	DN	MEF
42	Acquérir du matériel informatique et péri informatique au profit de la DN, des DRS et des districts	X	X	X	X	X	X	proportion de structures entièrement dotées	DN	MEF
43	Renforcer les capacités en ressources humaines	X	X	X	X	X	X	Nombre d'agents recrutés Nombre d'agents formés/recyclés	DN	MFPRE
44	Normaliser les structures de prise en charge	X	X	X	X	X	X	Proportion de structures normalisées	DN	MEF
45	Augmenter la capacité d'accueil de la Direction de la nutrition	X	X	X	X	X	X	Nombre de bureaux construits proportion de bureaux équipés en mobilier existence d'un magasin de grande capacité	DN	MEF

Objectif spécifique 5 : Renforcer l'offre de services a base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015

Stratégie 1 : Développement et mise en œuvre des activités à base communautaire

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
46	Former les acteurs communautaires en nutrition	X	X	X	X			Proportion d'agents de santé par thème	DN, DRS,DS	MASSN, MPF, MEF
47	Doter les communautés en supports techniques et éducatifs et en vélos	X	X	X	X	X	X	Nombre de communautés dotées Proportion de vélos acquis	DN	MEF
48	Doter les structures communautaires en matériel et intrants pour la prise en charge de prise en charge de la malnutrition aigue modérée	X	X	X	X	X	X	Proportion de structures communautaires dotées en matériel et en intrants	DN	MEF

Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des communautés y compris les collectivités locales

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
49	Créer un répertoire des OBC intervenant en nutrition	X						Existence d'un répertoire des OBC	DN	MATD, MASSN
50	Développer le partenariat avec les collectivités locales, les ONG, les OBC...	X	X					Niveau de performance des ONG/association	DN	MATD
51	Intégrer les thèmes de nutrition dans les programmes d'alphabétisation	X	X					Intégration effective des thèmes de nutrition dans les programmes d'alphabétisation	DN	MEBA

Objectif spécifique 6 : Renforcer la coordination et la collaboration intra et intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015

Stratégie 1 : Renforcement des cadres de concertation en matière de nutrition

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
52	Mettre en place des cadres régionaux de concertation en nutrition	X	X					Nombre de cadres régionaux mis en place	DN, DRS	MATD
53	Assurer le fonctionnement des cadres de concertation	X	X	X	X		X	Nombre de réunions statutaires tenues	DN, DRS	MATD
54	Organiser un atelier d'information sur le plan stratégique avec les DC, DRS, DS, hôpitaux et les partenaires	X						Atelier tenu	DN	MATD
55	Organiser trois ateliers régionaux de diffusion du plan de communication	X						Nombre d'ateliers tenus	DN	MATD, MCTC
56	Organiser tous les deux ans (02) des rencontres de restitution des résultats de la recherche sur la nutrition et les aliments	X		X		X		Nombre de rencontres de restitution tenues	DN	MESSRS, MCTC

Stratégie 2 : Suivi des activités des ONG et associations

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
57	Organiser les interventions des ONG en nutrition	X	X	X	X	X	X	Existence d'un cahier de charge Nombre de supervisions réalisées Proportion d'ONG évaluées	DN, DRS	MATD, MASSN

Suivi et évaluation du plan

N°	Domaines d'activités	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Indicateur	Responsable (Ministère de la santé)	Autres concernés
58	Suivre et évaluer le plan	X					X	Confère tableaux des indicateurs de suivi du plan	DN	MEF
59	Organiser trimestriellement des rencontres décentralisées de validation des données de nutrition	X	X	X	X	X	X	Nombre de rencontres décentralisées réalisées	DRS	MATD

VIII. MISE EN ŒUVRE DU PLAN

La mise en œuvre du plan stratégique de nutrition implique la mise en place d'un mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation des actions de nutrition.

8.1. Mécanismes de mise en œuvre

La mise en œuvre du plan stratégique de nutrition s'intègre à celles des interventions des trois niveaux du système de santé du pays à savoir le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. A cet effet, il doit être décliné en activités dans les plans d'actions annuels de la DN, des autres directions centrales, des DRS et des DS.

Par ailleurs, ce plan stratégique constitue le cadre de référence des partenaires pour la planification de leurs interventions en matière de nutrition. A cet effet, les partenaires, les ONG et associations ainsi que les autres secteurs de développement ont un rôle prépondérant dans sa mise en œuvre.

8.2. Mécanismes de coordination

Le Ministère de la santé par le biais de la direction de la nutrition est chargé de coordonner la mise en œuvre du plan sous l'égide de la Direction générale de la santé. Elle collaborera étroitement avec les directions centrales et les directions régionales de la santé, les services techniques des autres départements ministériels concernés, les partenaires techniques et financiers et la société civile à travers le CNCN.

Au niveau déconcentré, la coordination est assurée par les Directions régionales de la santé (DRS) et les Equipes cadres de district (ECD) à travers les différents organes régionaux mis en place à cet effet.

8.3. Suivi

Le suivi se fera par les structures suivantes :

- Le comité de suivi du PNDS ;
- Le CNCN ;
- La DN ;
- Les DRS et les DS.

La collecte, le traitement et la diffusion des données nutritionnelles se feront à travers le système national d'information sanitaire. Ces données seront complétées par des enquêtes nutritionnelles annuelles.

8.4. Evaluation

Dans le cadre de l'évaluation du plan stratégique de nutrition il est prévu des évaluations externes à mi-parcours et finale qui seront précédées chacune d'une évaluation interne.

Dans cette perspective, il sera défini des indicateurs de suivi et d'évaluation.

8.5. Indicateurs de suivi et d'évaluation

En vue de mieux apprécier les effets imputables à la mise en œuvre du plan stratégique de nutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur l'état nutritionnel des populations, des indicateurs seront définis dans les plans qui découleront du présent plan. Il s'agira essentiellement d'indicateurs de :

- processus en rapport avec les activités programmées ;
- résultats en rapport avec des activités à haut impact comme la supplémentation en vitamine A ; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la prise en charge de la malnutrition aiguë, etc. ;
- impact en rapport avec la morbidité et la mortalité dues à la malnutrition.

L'évaluation permettra de mesurer le progrès réalisé vers l'atteinte des OMD 1, 4,5 et 6.

Tableau I : Indicateurs de suivi et d'évaluation

Objectifs spécifiques	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats	Indicateurs d'impact
OS1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2014	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre de sites de prise en charge fonctionnels - Taux de disponibilité des intrants dans les structures de prise en charge - Proportion de FS équipées en matériel nutrition (Kit) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture CNS - Proportion d'enfants pris en charge - Nombre enfants traités -Taux de guérison, taux d'abandon, taux de décès 	Prévalence de l'insuffisance pondérale, de l'émaciation et du retard de croissance (P/A, P/T,TA).
OS2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (fer, iode, vitamine A)	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de passages de supplémentation en vitamine A Nbre d'aliments de grande consommation enrichis en micronutriments Nbre d'usines produisant des aliments enrichis en micronutriments Nbre de doses de micronutriments disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> % d'enfant de 6 – 59 mois ayant reçu 2 doses de vit A par an % d'enfants déparasité 2 fois /an Taux de couverture vitamine A des femmes en post partum 	Prévalence de l'insuffisance pondérale, de l'émaciation et du retard de croissance (P/A, P/T,TA).
OS3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2014	Nbre de formations sanitaires équipées en supports techniques	Nombre de personnes dépistées	Prévalence
OS4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2014	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de FS équipées Nbre d'agents de santé formes 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de couverture CNS % d'enfants suivi ayant un P/A normal Nombre enfants traites Taux de guérison, taux d'abandon, taux de décès 	Prévalence de l'insuffisance pondérale, de l'émaciation et du retard de croissance (P/A, P/T,TA).
OS5 : Renforcer l'offre de services à base communautaire en matière de nutrition d'ici 2014	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de communautés équipées Nbre de relais communautaires formés 	% de village mettant en œuvre le PMA communautaire	Taux AME, % enfants avec alimentation de complément adéquate
OS6 : Renforcer la coordination et la collaboration intra et intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2014	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de cadres mis en place, Nbre de réunions tenues 	Nbre de réunions tenue dans l'année	

IX. Coût estimatif du plan stratégique

Le coût de la mise en œuvre du plan stratégique pour la période 2010 – 2015 a été évalué en tenant compte d'un taux d'inflation de 3% par an pour les activités planifiées sur plusieurs années. Ce coût est de trente six milliards deux cent quatre vingt six millions

quatre cent soixante huit milles (36.286.468.000) francs CFA, soit environ 80 millions de dollars US. Le coût par individu et par an s'élève à 382 F CFA soit 0,85 dollars US. Quelques éléments de ce coût sont consignés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau II : Coût du plan par objectif spécifique et par stratégie

Objectifs spécifiques	Stratégies	Coût en Cfa (1000)	Coût en dollars (1000)
OS1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015	Surveillance et prise en charge nutritionnelle	1 381 436	3 070
	Promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant	1 641 390	3 648
	Renforcement des capacités	16 663 654	37 030
Total		19 535 966	43 413
OS2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A)	Supplémentation en micronutriments	4 288 225	9 529
	Enrichissement des aliments en micronutriments	353 131	785
	Promotion de la consommation des aliments riches en micronutriments	577 738	1 284
	Renforcement des capacités	169 414	376
Total		5 144 050	11 431
OS3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015	Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition	382 190	849
	Promotion de bonnes habitudes alimentaires et de mode de vie sains	250 242	556
Total		613 233	1 363

Objectifs spécifiques	Stratégies	Coût en Cfa (1000)	Coût en dollars (1000)
OS4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015	Renforcement de la mise en œuvre du PMA nutrition dans les structures d'offre de soins	547 203	1 216
	Renforcement des capacités opérationnelles des différents niveaux de la pyramide sanitaire	320 816	713
Total		847 699	1 884
OS5 : Renforcer l'offre de services a base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015	Développement et mise en œuvre des activités à base communautaire	8 414 497	18 699
	Renforcement des capacités opérationnelles des communautés y compris les collectivités locales	166 750	371
Total		8 410 399	18 690
OS6 : Renforcer la coordination et la collaboration intra et intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015	Renforcement des cadres de concertation en matière de nutrition	488 024	1 084
	Suivi des activités des ONG/associations	73 155	163
Total		530 690	1 179
Suivi et évaluation du plan		530 811	1 180
Total sans inflation		35 612 847	79 140
Total avec inflation		36 286 468	80 637

Tableau III : Coût du plan par niveau d'exécution

Niveau de mise en œuvre	Coût en Cfa	Coût en dollars	Pourcentage
Niveau central	1 776 180	3 947	4.90 %
Niveau intermédiaire	3 082 027	6 849	8.50 %
Niveau périphérique	31 428 261	69 841	86.60 %
Total avec inflation	36 286 468	80 637	100 %

X. Mobilisation des ressources

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

- le budget de l'Etat ;
- l'approche sectorielle ;
- les contributions des autres partenaires techniques et financiers ;
- les contributions des ONG et Associations ;
- les contributions des collectivités locales ;
- les contributions de la communauté ;
- les contributions du secteur privé.

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

XI. Forces, Faiblesses, Opportunités et Contraintes

11.1. Forces

- existence d'un plan national de développement sanitaire ;
- la prise en compte de la nutrition dans le CSLP ;
- existence d'une Politique nationale nutrition ;
- existence d'une politique nationale en matière d'hygiène publique ;
- existence d'une politique nationale d'information éducation communication ;
- existence d'une stratégie nationale de sécurité alimentaire ;

- existence de cadres de concertation des intervenants en matière de nutrition.

11.2. Faiblesses

- insuffisance de ressources humaines qualifiées en matière de nutrition à tous les niveaux ;
- insuffisance de synergie d'actions des acteurs intervenant en nutrition ;
- faible implication de la communauté ;
- insuffisance de l'offre de soins ;
- faible couverture en hygiène et assainissement.

11.3. Opportunités

- volonté politique en faveur de la nutrition ;
- regain d'intérêt au niveau des partenaires techniques et financiers en faveur de la nutrition ;
- amélioration de la disponibilité en eau potable ;
- approche contractuelle.

11.4. Contraintes

- pauvreté structurelle ;
- conditions agro-pédo-climatiques difficiles ;
- faible niveau d'instruction et d'alphabétisation des populations ;
- persistance de pesanteurs socioculturelles.

ANNEXES

Annexe 1 : Activités détaillées par domaine d'activités

Tableau IV: Chronogramme des activités détaillées

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015									
Stratégie 1 : Surveillance et prise en charge nutritionnelle									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6
01	Assurer le suivi/promotion de la croissance chez les enfants de 0-59 mois dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	01	Former 25 formateurs par région sur le suivi/promotion	X					
		02	Former 4000 agents de santé sur le suivi/promotion de la croissance	X	X				
		03	Elaborer des supports de suivi de croissance pour le niveau communautaire	X					
02	Dépister la malnutrition chez toutes les femmes enceintes et les femmes allaitantes dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	04	Acquérir 100 000 bandelettes adultes pour les formations sanitaires et les relais communautaires	X		X			
		05	Acquérir 2600 pèses personnes adultes pour les formations sanitaires	X		X			
		06	Acquérir 2600 toises adultes pour les formations sanitaires	X		X			

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015										
Stratégie 1 : Surveillance et prise en charge nutritionnelle										
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	
03	Dépister la malnutrition chez tous les enfants de moins de 5ans dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	07	Acquérir 2600 pèse bébé pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X						
		08	Acquérir 4000 balances salter pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X		X				
		09	Acquérir 2600 toises pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X		X				
		10	Acquérir 100 000 bandelettes enfants les formations sanitaires, les structures de prise en charge et les relais communautaires	X		X				
04	Prendre en charge conformément au protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë tous les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes dépistés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	11	Former 6300 agents de santé sur le protocole de PEC MA 100 par district)	X		X				
		12	Recycler 6300 agents de santé sur le protocole de PEC MA (100 par district)			X	X			
		13	Evaluer une fois par an la qualité de la prise en charge de la Malnutrition aiguë au niveau national	X	X	X	X			X
		14	Tenir un atelier national de révision du protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë	X						

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 2 : Promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
05	Faire la promotion de l'allaitement	15	Soutenir la mise en place des groupes de soutien à l'allaitement	X					
		16	Acquérir 2000 kits de prise en charge et de démonstration sur les problèmes liés à la lactation (Seringue avec perfuseur, Gobelet gradué, tire lait)	X		X			
		17	Faire adopter le code de commercialisation des substituts du lait maternel à l'assemblée nationale	X					
		18	Reproduire 5000 exemplaires du code de commercialisation des substituts du lait maternel	X					
		19	Evaluer tous les deux ans le respect des dispositions du code de commercialisation des substituts du lait maternel		X		X		X

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 2 : Promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
06	Faire la promotion de l'alimentation de complément adéquate	20	Réviser le guide de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant		X				
		21	Organiser les communautés dans la production de farine infantile	X	X				
		22	Equiper les communautés en matériel de production de farines infantiles	X	X				
		23	Acquérir des intrants de démarrage	X	X				
07	Mettre en œuvre des activités de communication de proximité	24	Organiser 96000 causeries éducatives	X	X	X	X	X	X
		25	Organiser 630 théâtres fora	X	X	X	X	X	X
08	Mettre en œuvre des activités médiatiques	26	Diffuser 1260 spots radio par an	X	X	X	X	X	X
		27	Diffuser 5 émissions télé par an	X	X	X	X	X	X
		28	Diffuser 256 interviews par an	X	X	X	X	X	X
		29	Diffuser 8 télés magazines par an	X	X	X	X	X	X
		30	Diffuser 386 émissions radio par an	X	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 3 : Renforcement des capacités

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
09	Elaborer des modules de formation sur la nutrition pour les agents de santé et le niveau communautaire	31	Elaborer un module de formation sur la nutrition pour les agents de santé	X					
		32	Valider le module de formation sur la nutrition pour les agents de santé	X					
		33	Reproduire pour les formateurs 500 exemplaires du module de formation sur la nutrition des agents de santé		X				
		34	Adapter le module de formation sur la nutrition pour le niveau communautaire		X				
		35	Reproduire 2000 exemplaires du module de formation adapte au niveau communautaire		X				
10	Former les agents de santé sur la nutrition	36	Former par région 25 formateurs regionaux sur la nutrition		X	X			
		37	Former 4000 agents de santé sur la nutrition		X	X			
		38	Recycler 4000 agents de santé sur la nutrition					X	X
		39	Former 25 formateurs par région sur la gestion de la lactation	X					
		40	Former 4000 agents de santé sur la gestion de la lactation		X				

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 3 : Renforcement des capacités

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
11	Former les agents de santé sur les AEN	41	Former 25 formateurs par région sur les AEN	X					
		42	Former 4000 agents de santé sur les AEN	X	X				
12	Faire un plaidoyer pour la révision du contenu des curricula de formation en nutrition dans les écoles professionnelles	43	Organiser un atelier avec les responsables des écoles de formation professionnelle (santé, agriculture, action sociale, élevage) pour la révision des curricula de formation	X					
		44	Organiser un atelier avec les chargés d'enseignement de nutrition des écoles de formation initiale						
13	Doter les formations sanitaires, les structures de prise en charge en matériel et en intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigue	45	Acquérir 71281 cartons de F100 pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		46	Acquérir 29496 cartons de F75 pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		47	Acquérir 428508 cartons de plumpy nut pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		48	Acquérir 522 cartons de résomal pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		49	Acquérir 1824 packs cartons de mebendazole pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 3 : Renforcement des capacités

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
	Doter les formations sanitaires, les structures de prise en charge en matériel et en intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigue	50	Acquérir 4910 packs cartons de d'albendazole pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		51	Acquérir 983 boites d' acide folique pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		52	Acquérir 983192 boites d'amoxicilline pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		53	Acquérir 963529 boites de nystatine pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		54	Acquérir 1843 paquets de sel ferreux pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		55	Acquérir 885 boites de vitamine A 100000 UI pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		56	Acquérir 4770 boites de vitamine A 200000 UI pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		57	Acquérir 100504 Sonde naso gastrique CH8 pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X
		58	Acquérir 100504 Sonde naso gastrique CH10 pour les formations sanitaires et les structures de prise en charge	X	X	X	X		X

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

Stratégie 3 : Renforcement des capacités

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
14	Doter les formations sanitaires en supports techniques	59	Reproduire et diffuser 5000 exemplaires du protocole national de PEC de la MA révisé		X				
		60	Reproduire et diffuser 5000 exemplaires du registre de PEC de la MAS		X				
		61	Reproduire et diffuser par an 30000 fiches individuelles de traitement de la MAS	X	X	X	X		X
		62	Reproduire et diffuser 6000 exemplaires du PMA nutrition		X				
		63	Reproduire et diffuser 6000 exemplaires du guide d'alimentation optimal du nourrisson et du jeune enfant		X				
		64	Reproduire et diffuser 3000 exemplaires du guide de supplémentation en vitamine A	X					
		65	Reproduire et diffuser 6000 exemplaires du guide d'alimentation de l'enfant né de mère séropositive		X				
		66	Reproduire et diffuser 6000 exemplaires du guide de nutrition communautaire		X				
		67	Reproduire et diffuser 5000 exemplaires du guide diététique de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition	X	X				

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015									
Stratégie 3 : Renforcement des capacités									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
	Doter les formations sanitaires en supports techniques	68	Reproduire et diffuser 5000 exemplaires du plan de communication plan de communication	X					
		69	Reproduire et diffuser 1500 exemplaires du plan stratégique nutrition	X					
		70	Reproduire et diffuser 6000 ordinogrammes sur la prise en charge de la malnutrition aigue	X					
		71	Reproduire et diffuser 3000 exemplaires de la politique de nutrition	X					
15	Superviser les acteurs (agents de santé et communautaires) sur la prise en charge de la malnutrition aiguë	72	Superviser 4 fois par an les agents de santé sur la PEC de la malnutrition aigue au niveau district	X	X	X	X	X	X
		73	Superviser deux fois par an les districts sur la PEC de la malnutrition aigue au niveau régional	X	X	X	X	X	X
		74	Superviser une fois par an les agents de santé sur la PEC de la malnutrition par le niveau central	X	X	X	X	X	X
		75	Superviser 4 fois par an les relais communautaires sur la PEC de la MA au niveau district	X	X	X	X		X

Objectif spécifique 1 : Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 38% à 25% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2015									
Stratégie 3 : Renforcement des capacités									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
16	Réaliser des supports éducatifs	76	Réaliser une maquette de boîtes à images	X					
		77	Réaliser 9 spots radio	X					
		78	Réaliser 3 jeux radiophoniques	X					
		79	Réaliser 8 télés magazines	X					
		80	Réaliser 252 interviews	X					
17	Reproduire et diffuser des supports éducatifs	81	Reproduire 5000 boîtes à images		X				
		82	Reproduire les spots radio sur 400 CD		X				
18	Former les différents acteurs en IEC nutrition	83	Former 2 agents par région et par ministère (DRAHRH, DREBA, DRPF, DRASS) en nutrition		X				
		84	Former 100 Hommes de média en nutrition	X					
		85	Evaluer les activités des média en nutrition	X		X			

Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A)

Stratégie 1 : Supplémentation en micronutriments

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
19	Supplémenter chaque année en vitamine A au moins 80% des femmes en post partum immédiat	86	Acquérir 10397 boîtes de vitamine A de 200000UI pour la supplémentation des femmes en post partum	X	X	X	X		X
20	Supplémenter semestriellement en vitamine A au moins 90% des enfants de 6 à 59 mois	87	Acquérir 11798 boîtes de vitamine A de 100000UI pour la supplémentation des enfants de 6 à 11 mois	X	X	X	X		X
		88	Acquérir 63603 boîtes de vitamine A de 200000UI pour la supplémentation des enfants de 12 à 59 mois	X	X	X	X		X
		89	Assurer la supplémentation deux fois par an	X	X	X	X	X	X
21	Supplémenter en fer/folate toutes les femmes enceintes vues en CPN	90	Acquérir 1017098 packs de fer/folate pour la supplémentation des femmes enceintes	X	X	X	X		X
22	Déparasiter tous les enfants de 5-16 ans	91	Acquérir 327732 packs d'albendazole pour le déparasitage des enfants d'âge scolaire	X	X	X	X		X
23	Déparasiter les enfants de 12-59 mois lors de la supplémentation en vitamine A	92	Acquérir 36480 packs de mebendazole pour le déparasitage des enfants 12 à 23 mois	X	X	X	X		X
		93	Acquérir 98206 packs d'albendazole pour le déparasitage des enfants de 24 à 59 mois	X	X	X	X		X
24	Déparasiter toutes les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre vues en CPN	94	Acquérir 113011 packs d'albendazole pour le déparasitage des femmes enceintes à partir du deuxième trimestre	X	X	X	X		X

Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A)									
Stratégie 2 : Enrichissement des aliments en micronutriments									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
25	Enrichir des aliments de grande consommation (sel, farine de blé, huiles végétales, ...) en micronutriments	95	Soutenir l'enrichissement de la farine de blé en fer	X	X				
		96	Soutenir l'enrichissement des huiles en vitamine A	X	X				
		97	Soutenir l'enrichissement des aliments en micronutriments	X	X	X	X		X
		98	Mener une étude de faisabilité de mise en place des ateliers d'iodation du sel	X	X				
26	Adapter la réglementation sur les aliments enrichis	99	Mettre en place des textes réglementaires sur les aliments enrichis	X	X				
		100	Diffuser les textes réglementaires existants	X	X	X	X		X
27	Evaluer la teneur en micronutriments des aliments enrichis	101	Evaluer la teneur en fer des farines fortifiées	X	X	X	X	X	X
		102	Evaluer la teneur en vitamine A des huiles fortifiées	X	X	X	X	X	X
		103	Evaluer la teneur en iode des sels importés	X	X	X	X	X	X
		104	Acquérir 175000 kits de contrôle de qualité du sel	X	X	X	X		X

Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A)

Stratégie 3 : Promotion de la consommation des aliments riches en micronutriments

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
28	Mettre en œuvre des activités de communication de proximité pour faire connaître les aliments riches en micronutriments et l'importance de leur consommation	105	Organiser 36000 causeries éducatives	X	X				
		106	Organiser 1260 théâtres fora						
		107	Organiser 1260 projections de film suivies de débats	X	X				
		108	Organiser 6 rencontres de plaidoyer	X					
29	Mettre en œuvre des activités médiatiques pour faire connaître les aliments riches en micronutriments et l'importance de leur consommation	109	Diffuser 1575 spots radio par an	X	X	X	X	X	X
		110	Diffuser 100 spots télé	X	X				
		111	Diffuser une fois par trimestre le film documentaire sur la nutrition	X	X	X	X	X	X
		112	Diffuser 126 interviews	X	X				
		113	Diffuser 630 microprogrammes	X	X	X			
		114	Insérer 8 articles dans 4 organes de presse par an	X	X	X	X		X
		115	Diffuser 126 émissions radio par an	X	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 2 : Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments (iode, fer, vitamine A)

Stratégie 4 : Renforcement des capacités

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
30	Réaliser des supports éducatifs	116	Réaliser une maquette d'affiches		X				
		117	Réaliser une maquette de dépliants		X				
		118	Réaliser une maquette de boîtes à images		X				
		119	Réaliser 18 spots radio	X					
		120	Réaliser 9 spots télé	X					
		121	Réaliser 252 interviews	X	X	X	X	X	X
		122	Réaliser un film documentaire sur la nutrition		X				
		123	Réaliser 63 microprogrammes	X	X	X	X	X	X
31	Reproduire et diffuser des supports éducatifs	124	Reproduire 75000 dépliants	X	X	X			
		125	Reproduire 20000 affiches	X	X	X			
		126	Reproduire 5000 boîtes à images	X	X				
		127	Reproduire les spots radio sur 400 CD		X				

Objectif spécifique 3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015

Stratégie 1 : Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
32	Réaliser des supports éducatifs	128	Réaliser une maquette d'affiches	X					
		129	Réaliser une maquette de dépliants	X					
		130	Réaliser une maquette de boites à images	X					
		131	Réaliser 9 spots radio	X					
		132	Réaliser 126 interviews	X					
33	Reproduire et diffuser des supports éducatifs	133	Reproduire 75000 dépliants		X	X			
		134	Reproduire 20000 affiches		X	X			
		135	Reproduire 9000 boites à images		X	X			
		136	Reproduire les spots radio sur 400 CD		X				
		137	Reproduire et diffuser 20000 exemplaires de chaque fiche diététique				X		

Objectif spécifique 3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015									
Stratégie 1 : Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées a la nutrition									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
34	Assurer le dépistage des maladies non transmissibles liées a la nutrition	137	Doter chacun des 1560 structures de soins (1er échelon public et ceux à but non lucratif, CMA) de 2 tensiomètres médicales	X	X	X			
		138	Doter chacun des 1560 structures de soins (1er échelon public et ceux à but non lucratif, CMA) de 2 stéthoscopes médicales	X	X	X			
		139	Doter chacun des 1560 structures de soins (1er échelon public et ceux à but non lucratif, CMA) de 2 pèses personnes	X	X				
		140	Former 202 Formateurs au dépistage et à la prise en charge des MNT liées à la nutrition	X					
		141	Elaborer un guide de PEC des MNT liées à la nutrition (HTA, Diabète, Goutte)	X					
		142	Former 4680 Agents de santé au dépistage et à la prise en charge MNT	X	X				
		143	Elaborer un module de formation sur les MNT liées à la nutrition (HTA, Diabète, Goutte)	X					
		144	Reproduire 3120 guides de PEC des MNT	X	X				
		145	Reproduire 250 modules de formation sur les MNT liées à la nutrition (HTA, Diabète, Goutte)	X					
		146	Elaborer des fiches standard de collecte des données	X					
		147	Reproduire 37440 fiches standard de collecte des données sur les MNT liées à la nutrition	X	X				

Objectif spécifique 3 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition d'ici 2015

Stratégie 2 : Promotion de bonnes habitudes alimentaires et de mode de vie sains

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
35	Mettre en œuvre des activités de communication de proximité sur les bonnes habitudes alimentaires et les modes de vie sains	148	Organiser 36000 causeries éducatives	X	X	X	X	X	X
		149	Organiser 270 théâtres fora	X	X				
36	Mettre en œuvre des activités médiatiques sur les bonnes habitudes alimentaires et les modes de vie sains	150	Diffuser 125 spots radio par an	X	X	X	X	X	X
		151	Diffuser 126 interviews par an	X	X				
		152	Diffuser 137 émissions radio par an	X	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015

Stratégie 1:Renforcement de la mise en œuvre du PMA nutrition dans les structures d'offre de soins

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
37	Assurer annuellement le suivi de la mise en œuvre du PMA nutrition dans toutes les formations sanitaires	153	assurer annuellement par le niveau central, le suivi de la mise en œuvre du PMA nutrition	X	X	X	X		X
		154	assurer annuellement par le niveau intermédiaire la mise en œuvre du PMA nutrition	X	X	X	X		X
38	Superviser semestriellement les agents de santé sur la mise en œuvre du PMA nutrition dans toutes les formations sanitaires	155	Superviser 4 fois par an les agents de santé sur la mise en œuvre du PMA nutrition au niveau district	X	X	X	X		X
		156	Superviser 2 fois par an les districts sur la mise en œuvre du PMA nutrition au niveau DRS	X	X	X	X		X
		157	Superviser une fois par an les agents de santé sur la mise en œuvre du PMA nutrition par le niveau central	x	x	x	x		x
39	Soutenir le monitoring semestriel des activités de nutrition dans les formations sanitaires et au niveau communautaire	158	Assurer semestriellement au niveau des districts le monitoring de la mise en œuvre du PMA nutrition dans toutes des formations sanitaires	X	X	X	X		X
40	Formation des agents de santé sur le PMA nutrition y compris éléments de monitoring	159	Former 25 formateurs par régions sur le PMA nutrition	X					
		160	Former 4000 agents de santé sur le PMA nutrition	X	X				

Objectif spécifique 4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015

Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
41	Doter la direction de la nutrition et les régions en logistique roulante	161	Acquérir 5 véhicules de supervision au profit de la DN	X					
		162	Acquérir 1 véhicule de supervision au profit de chaque région	X					
		163	Acquérir un camion au profit de la DN	X					
42	Acquérir du matériel informatique et péri informatique au profit de la DN, des DRS et des districts	164	Acquérir cinq ordinateurs portables au profit de la DN	X					
		165	Acquérir cinq ordinateurs de bureaux complets (imprimante, onduleurs) au profit de la DN	X					
		166	Acquérir 1 ordinateur portable par région pour le suivi des activités de nutrition	X					
		167	Acquérir 1 ordinateur de bureau complet pour chaque DRS pour le suivi des activités de nutrition	X					
		168	Acquérir 1 ordinateur de bureau complet pour chaque district pour le suivi des activités de nutrition	X					

Objectif spécifique 4 : Renforcer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires d'ici 2015

Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
43	Renforcer les capacités en ressources humaines	169	Former/recycler 15 agents de la DN(planification,épidémiologie, gestion de projet suivi/évaluation...)	X	X	X	X		X
		170	Participer aux rencontres scientifiques nationales et internationales	X	X	X	X		X
		171	Recruter des nutritionnistes au profit de la DN , des DRS et des hôpitaux	X	X	X	X		X
		172	Recruter 2 Attachés de santé en épidémiologie	X					
		173	Recruter 2 attachés de santé en pédiatrie	X					
		174	Recruter 2 chauffeurs	X					
44	Normaliser les structures de prise en charge	175	Réhabiliter les structures de prise en charge de la malnutrition aigue sévère (CREN)	X	X	X	X		X
		176	Construire des CREN dans certains CMA	X	X				
		177	Equiper les CREN	X					
45	Augmenter la capacité d'accueil de la DN	178	Construire 10 bureaux supplémentaires pour la DN	X	X				
		179	Equiper les dix bureaux en mobilier	X	X				
		180	Construire au profit de la DN un magasin de grande capacité		X				

Objectif spécifique 5 : Renforcer l'offre de services a base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015

Stratégie 1 : Développement et mise en œuvre des activités à base communautaire

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
46	Former les acteurs communautaires en nutrition	181	Former 32 000 relais communautaires (4 par village) sur le suivi/promotion de la croissance		X	X			
		182	Recycler 32 000 relais communautaires sur le suivi/promotion de la croissance				X	X	
		183	Former les communautés (32 000 relais) à la production de farine infantile		X	X			
		184	Former 32000 relais communautaires sur la nutrition	X	X				
		185	Recycler 32000 relais communautaires sur la nutrition			X	X		
		186	Former 32000 relais communautaires sur les AEN	X	X				
		187	Former 32 000 relais communautaires en technique d'animation	X	X				

Objectif spécifique 5 : Renforcer l'offre de services a base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015

Stratégie 1 : Développement et mise en œuvre des activités à base communautaire

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
47	Doter les communautés en supports techniques et éducatifs et en vélos	188	Reproduire et diffuser 40 000 registres de suivi de la croissance pour les relais communautaires		X				
		189	Reproduire et diffuser 35000 boites à image pour les relais communautaires	X					
		190	Acquérir 32 000 vélos pour les relais communautaires	X	X				
48	Doter les structures communautaires en matériel et intrants pour la prise en charge de prise en charge de la malnutrition aigue modérée	191	Acquérir du matériel anthropométrique et des intrants pour la prise en charge	X	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 5 : Renforcer l'offre de services a base communautaire en matière de nutrition d'ici 2015

Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles des communautés y compris les collectivités locales

	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
49	Créer un répertoire des OBC intervenant en nutrition	192	Recenser les OBC intervenant dans la nutrition	X	X				
		193	Etablir la cartographie des OBC par région		X				
50	Développer le partenariat avec les collectivités locales, les ONG, les OBC...	194	Appuyer la mise en œuvre des contrats de performance avec les ONG/associations intervenant dans le domaine de la nutrition dans le cadre de la contractualisation	X	X	X	X	X	X
		195	Tenir un atelier d'orientation des collectivités locales dans chaque région en matière de nutrition	X	X				
51	Intégrer les thèmes de nutrition dans les programmes d'alphabétisation	196	Tenir une rencontre avec le MEBA sur les thèmes de nutrition à intégrer dans les programmes d'alphabétisation	X					
		197	Elaborer un manuel de nutrition pour les centres d'alphabétisation	X					
		198	Former 800 moniteurs d'alphabétisation en nutrition		X	X			
		199	Traduire en langues locales (mooré, dioula, gourmantchema, fulfuldé) le manuel de nutrition des centres d'alphabétisation		X				
		200	Reproduire et diffuser par langue 2000 exemplaires du manuel de nutrition des centres d'alphabétisation		X	X			

Objectif spécifique 6 : Renforcer la coordination et la collaboration intra et intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015									
Stratégie 1 : Renforcement des cadres de concertation en matière de nutrition									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
52	Mettre en place des cadres régionaux de concertation en nutrition	200	Poursuivre la mise en place des de concertation en nutrition	X					
53	Mettre en place/animer des cadre de concertation en nutrition	201	Tenir semestriellement les rencontres du CNCN	X	X	X	X	X	X
		202	Tenir trimestriellement les rencontres des groupes thématiques du CNCN	X	X	X	X	X	X
		203	Tenir semestriellement les rencontres des Cadres régionaux de concertation en nutrition	X	X	X	X	X	X
54	Organiser un atelier d'information sur le plan stratégique avec les DC, DRS, DS, hôpitaux et les partenaires	204	Organiser un atelier de diffusion du plan stratégique (Ouagadougou)	X					
55	Organiser trois ateliers régionaux de diffusion du plan de communication	205	Organiser trois ateliers régionaux de diffusion du plan de communication		X				
56	Organiser tous les deux ans (02) des rencontres de restitution des résultats de la recherche sur la nutrition et les aliments	206	Organiser tous les deux ans (02) des rencontres de restitution des résultats de la recherche sur la nutrition et les aliments		X		X		X

Objectif spécifique 6 : Renforcer la coordination et la collaboration intra et intersectorielle en matière de nutrition d'ici 2015									
Stratégie 2 : Suivi des activités des ONG/associations									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4		A5
57	Organiser les interventions des ONG/associations en nutrition	207	Elaborer un cahier de charge pour les ONG intervenant en nutrition	X					
		208	superviser annuellement les acteurs des ONG mettant en œuvre des activités de nutrition	X	X	X	X	X	X
		209	Evaluer tous les deux ans les activités des ONG	X		X		X	

Suivi et évaluation du plan									
	Domaines d'activités		Activités détaillées	A1	A2	A3	A4	A5	A6
58	Suivre et évaluer le plan	210	Compilation de rapports de supervision, de monitoring	X	X	X	X	X	X
		211	Mener deux enquêtes nutritionnelles	X					X
		212	Organiser un atelier national de restitution des résultats de l'enquête	X					X
59	Organiser trimestriellement des rencontres décentralisées de validation des données de nutrition	213	Organiser trimestriellement des rencontres décentralisées de validation des données de nutrition	X	X	X	X	X	X

N.B : Au total 59 domaines d'activités, 14 stratégies ont été définis et 213 activités détaillées planifiées.

Annexe 2 : Eléments du coût du plan stratégique

Tableau V : Coût par types de dépenses

Type de dépenses	Coût en CFA (1000)	Pourcentage
Matériels et équipements*	4 047 118	11,2
Equipements** et produits pharmaceutiques	16 462 998	45,4
Coût de mise en œuvre	15 207 748	41,9
Service consultant	568 603	1,6

*matériel informatique, logistique roulante (vélos, véhicules) et supports techniques.

** matériel anthropométrique (balances, toises, brassards etc.).

Tableau VI : Coût par année

Années	Coût en CFA	Coût en dollars
2010	8 950 299	19 890
2011	8 848 739	19 664
2012	5 530 143	12 289
2013	4 479 589	9 955
2014	4 194 727	9 322
2015	4 282 971	9 518