

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



MINISTRE DE LA SANTE

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL D'ALIMENTATION ET
DE NUTRITION (2012 – 2015)**

Lomé

Janvier 2012

DRAFT

RESUME

Le Togo est un pays de l'Afrique occidentale qui couvre une superficie de 56600Km² avec en 2010, une population estimée à 6130000 habitants. Le système de santé est de type pyramidal avec au sommet les structures de référence et de formation (CHU) ; au niveau intermédiaire appelé région, les hôpitaux régionaux (CHR) ; et à la base de la pyramide, les districts sanitaires disposant des hôpitaux de district aux chefs-lieux et des unités de soins périphériques (USP) dans certaines localités.

Malgré la création du service national de nutrition (SNN) au sein du ministère de la santé en Octobre 1990, la nutrition apparaît noyée dans différents documents de politiques et de stratégies du pays par manque d'un document de plan stratégique qui prévoirait et guiderait les activités à mener au cours d'une période donnée. Toutefois, en 2006, le Togo a adopté sa stratégie nationale d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) y compris dans le contexte du VIH et son plan de mise en œuvre a été élaboré en 2007.

Depuis la crise nutritionnelle de 2007, le Gouvernement togolais a pris un engagement de renforcer la lutte contre la malnutrition par la mise sur pied d'une Réponse à l'Urgence Nutritionnelle au sein du service national de la nutrition et en s'alignant sur les documents de base tels que le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013. L'engagement du gouvernement pour améliorer la situation alimentaire dans le pays s'est également manifesté récemment dans le lancement du Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA). En 2010, fut adoptée une Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN) qui prend en compte tous les domaines d'intervention de la nutrition en intégrant les problèmes d'alimentation et de nutrition tant des enfants que des adultes. L'évaluation en février 2011 de la mise en œuvre de la stratégie ANJE a permis de dégager des points forts et des faiblesses, à capitaliser dans un document stratégique.

Afin de contribuer à renforcer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations, le gouvernement après adoption de la politique nationale d'alimentation et de nutrition, a développé le plan stratégique qui décrit le mécanisme général de mise en œuvre de cette politique. Ce plan conçu pour la période 2012 à 2016 a les *Objectifs spécifiques* suivants :

- a) *promouvoir l'éducation nutritionnelle, l'hygiène et la sécurité sanitaire des aliments*
- b) *renforcer les activités de lutte contre la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments (vitamine A, fer, iode,.....)*
- c) *renforcer les activités de suivi, la supervision et l'évaluation de la mise en œuvre du PSNAN dans tous les districts*
- d) *promouvoir la recherche-action et la surveillance nutritionnelle.*

Les axes stratégiques retenus sont : a) *promotion de la nutrition et de l'éducation nutritionnelle* ; b) *renforcement de la lutte contre la dénutrition (malnutrition aiguë sévère)* ; c) *renforcement de la lutte contre les carences en micronutriments* ; d) *renforcement de la participation communautaire* ; d) *renforcement des capacités institutionnelles (coordination, suivi et évaluation) de mise en œuvre du PSNAN.*

La coordination de la mise en œuvre sera assurée par un comité de pilotage présidé par le directeur général de la santé. Ce comité rend compte au conseil consultatif du secteur de la santé qui décide sur toutes les questions importantes.

Le budget global pour la mise en œuvre de ce plan est estimé à.. ...5.551.590.000..... F CFA pour les quatre années. La contribution de l'Etat est estimée à F CFA soit% ; celle des partenaires à F CFA soit%.

SOMMAIRE

RESUME	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	7
PREFACE	8
INTRODUCTION	9
I. CONTEXTE.....	9
1.1. Espérance de vie à la naissance.....	9
1.2. Mortalité Générale	10
1.3. Mortalité et morbidité chez les enfants de moins de 5 ans.....	10
1.4. Malnutrition	10
II. JUSTIFICATION	11
III. PRINCIPAUX PROBLEMES / DEFIS	11
IV. BUT ET OBJECTIFS.....	12
4.1. BUT	12
4. 2. OBJECTIFS	12
V. RESULTATS	12
VI. AXES STRATEGIQUES	12
VII. CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR AXES STRATEGIQUES	13
7.1. Axe stratégique 1 :	13
7.2. Axe stratégique 2 :	14
7.3. Axe stratégique 2 :	14
7.4. Axe stratégique 3 :	14
7.5. Axe stratégique 3 :	14
VIII. PLAN DE MISE EN ŒUVRE	20
IX. MODALITES DE MISE EN OEUVRE	40
9.1 Principes directeurs et opérationnels	40
9.2 Cadre de gestion et de coordination	40
X. SUIVI, SUPERVISION ET EVALUATION	44
10.1. Suivi	44
10.2. Supervision	45
10.3 Evaluation	45
10.4. Principaux Indicateurs.....	45
XI.. CADRE LOGIQUE	49
REFERENCES	51

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé, à travers le Service National de Nutrition, remercie toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration, à la validation et à la finalisation de ce Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition (PSNAN) au Togo.

Les remerciements vont particulièrement à l'UNICEF et à l'OMS, pour leur appui technique et financier tout le long du processus.

LISTE DES ABREVIATIONS

AM	Allaitement Maternel
ASC	Agent de Santé Communautaire
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy = CTA
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CDQ	Comité de Développement de Quartier
CMS	Centre Médicosocial
COGES	Comité de Gestion
CPC	Contrôle - Promotion de la Croissance
CPoN	Consultation Postnatale
CPN	Consultation Prénatale
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelles
CTC	"Community Therapeutic Care" = Prise en charge communautaire de la malnutrition
CVD	Comité Villageois de Développement
DAC	Direction des Affaires Communes
DDS	Direction / Directeurs du District Sanitaire
DISER	Division de l'Informatique, des Statistiques, Etudes et Recherches
DPS	Direction / Directeur Préfectoral (e) de la Santé
DRAS	Direction / Directeur Régional (e) de l'Action Sociale
DRS	Direction / Directeur Régional (e) de la Santé
DSF	Division Santé Familiale
DSRP	Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
DSC	Division de la Santé Communautaire
ECD	Equipe-Cadre de District
ECR	Equipe-Cadre de Région
FAF	Fer-Acide folique
FS	Formation sanitaire
GSAM	Groupe de Soutien à l'AM
ICP	Infirmier-Chef de Poste
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information, Education et Communication
IN	Intervention Nutritionnelle
MICS-5	Cinquième Enquête en grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicators Cluster

	Survey)
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de longue Durée d'Action
MNT	Maladie Non Transmissible
MS	Ministère de la Santé
Nb	Nombre
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'Enfant
PCIMNE-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-Né et de l'Enfant (Composante Familiale et Communautaire)
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale / Planning Familial
PIAP	Plan Intérimaire d'Actions Prioritaires
PIC	Programme Intégré de Communication
PID	Pulvérisation IntraDomiciliaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIASA	Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire
PNMNT	Programme National de lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PRSA	Plan Régional de Sécurité Alimentaire
PSNAN	Plan Stratégique National d'Alimentation Nationale
TPI	Traitement Préventif Intermittent
SGMT	Société des Grands Moulins du Togo
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIEC	Service National de l'Information Education Communication
SRO	Sels de Réhydratation Orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	Unité de Soins Périphérique
VAT	Vaccin Anti-Tétanique
Vit. A	Vitamine A
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution des indicateurs-clés de la santé au Togo.....	10
Tableau 2 : CIBLES (actions prioritaires) par Axe Stratégique.....	16
Tableau 3 : Plan de Mise en œuvre par Axe Stratégique	20
Tableau 4 : Récapitulatif des totaux par Axe Stratégique et par Année de mise en œuvre	39
Tableau 5 : Répartition des principaux acteurs de la PSNAN selon leurs attributions et le niveau de la pyramide sanitaire	42

PREFACE

L'élaboration du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition (PSNAN) qui fait suite à l'adoption de la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN, 2010), traduit la volonté du Gouvernement de concrétiser ses engagements pris en faveur de la lutte contre la malnutrition, notamment lors de la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992, Rome), lors du Sommet du Millénaire (2000, New York) et lors de l'Assemblée Spéciale des Nations Unies sur les enfants (2005, New York).

Le Gouvernement a certes déjà adopté un certain nombre de politiques et stratégies pour atteindre en 2015, le premier des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), à savoir : *"Réduire l'extrême pauvreté et la faim"*. Parmi ces stratégies on distingue, entre autres, le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), et surtout la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN, 2010).

Il est apparu nécessaire d'élaborer un plan de mise en œuvre des programmes de cette politique.

S'inscrivant en droite ligne du Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA), le Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition (PSNAN) vise à contribuer à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations.

Tout en remerciant les partenaires techniques et financiers, notamment l'UNICEF et l'OMS, il me plaît d'exhorter toutes les communautés, les acteurs de santé, les ONG nationales et internationales, les Agences du système des Nations Unies et les autres partenaires au développement œuvrant au Togo, à collaborer efficacement pour une mise en œuvre réussie du PSNAN.

Fait à Lomé, le.....

Le Ministre de la Santé

Professeur
Charles Kondi AGBA

INTRODUCTION

En vue de relever les principaux défis relatifs à l'état de santé et à la nutrition des populations, l'une des priorités du Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA) pour la période 2008-2015 est la Promotion de la Nutrition / alimentation et de l'Education nutritionnelle.

Complément du PNIASA, le présent document de Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition (PSNAN) constitue l'outil principal de mise en œuvre de la Politique Nationale d'alimentation et de nutrition pour lutter contre la malnutrition déficitaire (dénutrition) ou excédentaire (surpoids ou obésité) et promouvoir une nutrition optimale. Il contribue également à la mise en œuvre intégrée des interventions retenues tant dans le PNIASA que dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) avec la pleine participation de la communauté.

I. CONTEXTE

Situé en Afrique de l'Ouest, sur une superficie de 56 600 km², le Togo qui s'étire sur une longueur d'environ 600 km et une largeur variant entre 50 et 150 km, est limité au Nord par le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana.

Le climat est de type subéquatorial dans la moitié méridionale avec deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses, et tropical humide dans la moitié septentrionale avec une saison sèche et une pluvieuse.

Le milieu physique se caractérise du nord au sud par les 6 zones agro-écologiques suivantes :

- zone des Savanes sèches (bassin de l'Oti) ;
- zone de l'Atakora sec ;
- zone de l'Atakora subhumide ;
- zone de la Forêt humide ;
- zone des Savanes humides (bassin du Mono) ;
- zone du Littoral-Est et Littoral-Ouest.

Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2010, la population togolaise est de 6 191 155 habitants en 2010 avec 51,4% de femmes dont 22,5% en âge de procréer (4^e RGPH, 2010).

Le Togo comprend 6 régions sanitaires, 35 districts et 635 formations sanitaires publiques. Il compte 3 CHU (2 à Lomé et 1 dans la région de Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 35 hôpitaux de districts publics et 9 hôpitaux et 16 cliniques privés agréés. On recense également 730 USP dont 251 CMS et Cabinets privés. Au total, selon le document des PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE DE 2009, le Togo comptait 789 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondus.

Son système de santé est de type pyramidal avec comme unité opérationnelle le district sanitaire qui organise les activités curatives, préventives et promotionnelles à travers son réseau d'unités de soins périphériques (USP).

Dans l'ensemble, les indicateurs sanitaires-clés (tableau 1) indiquent, nonobstant quelques progrès significatifs obtenus ces dernières années, que les efforts consentis à ce jour n'ont pas permis d'atteindre les objectifs poursuivis (objectifs des OMD). Les indicateurs de santé liés aux problèmes de santé ciblés par les OMD n'ont connu que peu d'évolution ou sont en quasi-stagnation entre 2006 et 2010.

La situation sanitaire du Togo est caractérisée par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité. Le profil de mortalité reste marqué par les maladies infectieuses même si les maladies non transmissibles augmentent, signe que la transition épidémiologique est en cours.

1.1. Espérance de vie à la naissance

L'**espérance de vie à la naissance** au Togo est estimée à 63,3 ans en 2010 tous sexes confondus, et demeure en grande partie influencée par le taux élevé de mortalité infantile.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs-clés de la santé au Togo [3]

Indicateurs épidémiologiques	1988	1998	2006	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	55,0	49,0	59,8 (2000)	63,3
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	15,0	13,0	9,6 (2000)	8,1
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	50,4	41,3	40,0(2000)	ND
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	80,5	79,7	77	78
Mortalité infantojuvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	158	146	123	123
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	640	478	510 (2005)	350 (2008)
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	5,1 (2000)	4,1
Prévalence de retard de croissance (%)	37,0	30,0	23,7	29,5
Prévalence de l'Insuffisance pondérale	27,0	25,0	26,0	16,6
Prévalence de la malnutrition aiguë	ND	ND	14,3	4,8
Prévalence de diarrhée chez les enfants moins de 5 ans	29,0	31,0	15,0	20,6
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND	6,0	5,0
Prévalence du VIH (% population de 15-49 ans)	1,0 (1987)	5,9	3,3 (2005)	3,2 (2009)
Prévalence de l'HTA	ND	ND	ND	19 %
Prévalence du diabète	ND	ND	ND	2,6 %
Prévalence du tabagisme	ND	ND	ND	6,8 %

1.2. Mortalité Générale

Le **taux de mortalité générale** estimé à 8,1 pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (TMI), infantojuvénile (TMIJ), maternelle et de la mortalité liée au sida ; ces cibles des OMD constituent plus de 65 % de la mortalité de la population togolaise [3].

1.3. Mortalité et morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité infantojuvénile est estimé à 123‰ selon les résultats de MICS4 (2010), inchangé par rapport au MICS de 2006 alors qu'il avait connu une réduction annuelle de 2 % entre 1998 et 2006. La réalisation de l'OMD 4 aurait nécessité que le taux annuel de réduction soit d'environ 12 % à compter de 2010. Par ailleurs, selon le rapport de suivi des OMD (2010) le taux de mortalité infantojuvénile devrait être autour de 60‰ en 2010 (au lieu de 123‰) pour espérer être au rendez-vous de 2015.

La mortalité infantojuvénile est due essentiellement à des maladies infectieuses : près de la moitié des décès (47%) chez les enfants de moins de 5 ans est liée au paludisme (qui reste le problème majeur de santé publique au Togo), à la diarrhée et la pneumonie pour lesquelles des interventions simples ayant un haut impact peuvent facilement être mises en œuvre. Les causes néonatales sont également très importantes (35% des décès).

1.4. Malnutrition

La **malnutrition (dénutrition)** reste préoccupante chez les enfants de 0 à 5 ans. En effet, selon les données de l'enquête (nationale) MICS4 menée en 2010 au Togo, l'état nutritionnel de l'enfant âgé de moins de cinq ans est décrit par les trois indicateurs-clés classiques suivants :

a) le **retard de croissance** (taille-pour-âge) qui traduit la dénutrition chronique ou l'insuffisance d'une nutrition appropriée et/ou l'exposition de l'enfant à plusieurs maladies ou à une maladie sur une longue période. **Trois enfants sur dix (29,7%)** en souffrent, avec plus de cas en milieu rural (35,4) qu'en milieu urbain (17,8%) ; avec une variabilité importante d'une région à l'autre (43% dans les savanes et 15,6% dans la commune de Lomé) et également une variabilité suivant les quintiles de richesse (40% chez les enfants du quintile le plus pauvre contre 13 % chez les enfants du quintile le mieux nanti).

b) **l'émaciation** (poids-pour-taille) résulte généralement d'une insuffisance nutritionnelle récente ou d'une maladie aiguë, avec des variations saisonnières liées à l'évolution de la disponibilité de la nourriture, ou à la

prévalence des maladies. L'émaciation touche **4,8% des enfants** : presque autant en milieu rural (5,0) qu'en milieu urbain (4,4%) ;

c) l'**insuffisance pondérale** (poids-pour-âge), indicateur composite, combine dénutritions chronique (retard de croissance) et aiguë (émaciation). **Un enfant de moins de cinq ans sur six (16,6%)** présente une insuffisance pondérale, avec une proportion environ deux fois plus élevée en milieu rural (19,6) qu'en milieu urbain (10,4%). NB : l'**insuffisance pondérale à la naissance (Faible Poids de Naissance)** est estimée à 11,5% (SMART 2009).

L'état nutritionnel de la population renferme par ailleurs quelques grandes caractéristiques suivantes :

- Les **carences en micronutriments** (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes.
- La prévalence de l'**anémie** demeure élevée. Elle est estimée à **plus de 40%** chez les femmes enceintes et de 76 à 91% chez les enfants de 6 à 36 mois [4].
- La **dénutrition chez les adultes** touche surtout les **femmes** et le **milieu rural**. Ainsi, l'enquête PAM (2007) a-t-elle estimé que 8,7 % des mères souffraient d'une émaciation (IMC < 18,5) avec un maximum dans les Savanes.
- Le **surpoids / l'obésité** : la prévalence nationale de l'obésité totale est de 6,2 % et celle du surpoids de 15,4% [5].

II. JUSTIFICATION

Depuis la création du service national de nutrition (SNN) par décret n° 90 / 159 / PR du 2 octobre 1990 et son arrêté d'application n° 11 / 91 / MSP du 27 mars 1991, le service a travaillé sans un document de plan stratégique qui prévoirait et guiderait les activités à mener au cours d'une période donnée.

La nutrition apparaît dès lors noyée dans différents documents de politiques et de stratégies du pays. Son financement est fortement dépendant de financements extérieurs et il y a également un besoin de rehausser le niveau institutionnel de la nutrition pour une performance soutenue des interventions.

En 2006, le Togo a adopté sa stratégie nationale d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) y compris dans le contexte du VIH et son plan de mise en œuvre a été élaboré en 2007.

Depuis la crise nutritionnelle de 2007, le Gouvernement togolais a pris un engagement de renforcer la lutte contre la malnutrition par la mise sur pied d'une Réponse à l'Urgence Nutritionnelle au sein du service national de la nutrition et en s'alignant sur les documents de base tels que le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013. L'engagement du gouvernement pour améliorer la situation alimentaire dans le pays s'est également manifesté récemment dans le lancement du Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA).

En 2010, une Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN) a été élaborée, validée, adoptée et diffusée avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS. Elle prend en compte tous les domaines d'intervention de la nutrition en intégrant les problèmes d'alimentation et de nutrition tant des enfants que des adultes.

L'évaluation en février 2011 de la mise en œuvre de la stratégie ANJE a permis de dégager des points forts et des faiblesses qui ont servi avec notamment la PNAN de base à l'élaboration du plan stratégique, outil de plaidoyer et de mise en œuvre de cette Politique Nationale.

III. PRINCIPAUX PROBLEMES / DEFIS

- a) prévalence grandissante du retard de croissance chez les "moins de cinq ans" : **22%** (MICS, 2006), **26,2%** (SMART, 2009) et **29,7%** (MICS, 2010) ;
- b) opérationnalisation insuffisante du Plan stratégique quinquennal (2008-2012) de mise en œuvre de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ;
- c) déséquilibres nutritionnels dus aux habitudes alimentaires, aux facteurs sociaux et culturels ;

- d) insuffisance de contrôle dans l'acquisition, la distribution et l'utilisation des produits d'alimentation notamment ceux d'ANJE, y compris en situations difficiles ;
- e) faible connaissance des consommateurs à propos des normes d'hygiène et de la qualité sanitaire des aliments ;
- f) insuffisance de financement.

IV. BUT ET OBJECTIFS

4.1. BUT

Le but du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition (PSNAN) est de contribuer à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations.

4.2. OBJECTIFS

4.2.1 – Objectif général

L'objectif général poursuivi est de lutter contre la malnutrition et promouvoir une alimentation saine et un état nutritionnel satisfaisant au sein de la population togolaise.

4.2.2 – Objectifs spécifiques / stratégiques

Il s'agit de :

- a) *Renforcer/promouvoir l'éducation nutritionnelle, l'hygiène et la sécurité sanitaire des aliments*
- b) *Renforcer les activités de lutte contre la dénutrition et les carences en micronutriments (vitamine A, fer, iode,.....)*
- c) *Maintenir la prévalence de malnutrition excédentaire à des niveaux acceptables*
- d) *Renforcer le suivi, la supervision et l'évaluation de la mise en œuvre du PSNAN dans tous les districts*
- e) *Renforcer/promouvoir la recherche-action en alimentation et nutrition et la surveillance nutritionnelle.*

IV. RESULTATS

- a) Les populations se sont approprié les modes de vie sains et les pratiques optimales d'alimentation notamment du nourrisson, du jeune enfant et des groupes spécifiques, y compris en situations difficiles et d'urgences
- b) La lutte contre la dénutrition et les carences en micronutriments, s'est renforcée
- c) La malnutrition excédentaire est maintenue à des niveaux acceptables
- d) Le suivi, la supervision et l'évaluation de la mise en œuvre du PSNAN sont effectifs dans tous les districts
- e) La recherche-action et la surveillance nutritionnelle sont effectives.

V. AXES STRATEGIQUES

La quinzaine de stratégies préventives, curatives et transversales proposées par la PNAN peuvent être regroupées, en tenant compte du PNIASA et surtout des interventions à haut impact sur la malnutrition et les principales causes de mortalité néonatale, infantjuvénile et maternelle, en cinq principaux axes stratégiques :

- a) promotion de la nutrition et de l'éducation nutritionnelle y compris les modes de vie saine ;
- b) renforcement de la lutte contre la dénutrition ;
- c) renforcement de la lutte contre les carences en micronutriments ;
- d) renforcement de la participation communautaire ;
- e) renforcement des capacités institutionnelles (coordination, suivi et évaluation) de mise en œuvre du PSNAN.

VI. CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR AXES STRATEGIQUES

6.1. Axe stratégique 1 :

Promotion de la Nutrition et de l'Education Nutritionnelle, y compris des Modes de Vie sains

❖ STRATEGIES

Selon le PNIAA où cet axe figure en 6^{ème} position, il y a lieu de distinguer deux sous-axes :

6.1.1. Promotion de l'éducation nutritionnelle

Les principales stratégies visent le renforcement de la mise en œuvre de l'ANJE :

- Renforcement de l'initiative "hôpitaux amis des bébés" (IHAB) et l'initiative "communautés amies des bébés" (ICAB) ;
- Renforcement de la législation togolaise relative à la commercialisation des produits alimentaires notamment d'ANJE, et au statut des mères allaitantes qui travaillent au niveau du secteur tant formel qu'informel.
- Renforcement de la lutte contre les maladies émergentes liées à la malnutrition excédentaire (surpoids, obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) et Promotion des modes de vie saine

6.1.2. Promotion de l'hygiène et de la sécurité sanitaire des aliments

- Renforcement du système de conservation des denrées alimentaires au niveau familial
- Renforcement des circuits de distribution et de la chaîne de froid
- Renforcement du contrôle de la qualité sanitaire des aliments et de l'eau produits et / ou importés.

❖ CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR STRATEGIE

PROMOTION DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE / RENFORCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ANJE

- **Renforcement de l'initiative "hôpitaux amis des bébés" (IHAB) et l'initiative "communautés amies des bébés" (ICAB) :**
 1. *Accroître le taux d'initiation de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance de 61,1% à 66,0%*
 2. *Accroître le taux d'allaitement exclusif au sein de 62,5% à 85,0%*
 3. *Réduire la pratique de l'alimentation au biberon de 3,7% à moins de 2%*
 4. *Accroître le taux d'alimentation de complément en temps opportun de 43,2% à 75,0%*
- **Renforcement de la législation togolaise relative à la commercialisation des produits alimentaires notamment d'ANJE et au statut des mères allaitantes qui travaillent au niveau du secteur tant formel qu'informel :**
 5. *Harmoniser et faire adopter la loi de commercialisation des substituts du lait maternel notamment d'ANJE avec les dernières recommandations OMS/UNICEF sur l'alimentation et le VIH, l'alimentation en situations difficiles ;*
 6. *Renforcer la législation togolaise en faveur des mères allaitantes qui travaillent au niveau du secteur tant formel qu'informel*
- **Renforcement de la lutte contre les maladies émergentes liées à la malnutrition excédentaire (surpoids, obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) :**
 7. *Maintenir la prévalence de l'obésité au-dessous du seuil recommandé, (de 6,2% à 4,2 %).*

PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS (PM : qsp / cf. PNIAA)

- Renforcement du système de conservation des denrées alimentaires au niveau familial :
- 8. *Accroître les bonnes pratiques d'utilisation des produits de conservation des aliments*
- Renforcement des circuits de distribution et de la chaîne de froid :
- 9. *Accroître les circuits de distribution et la chaîne de froid*
- Renforcement du contrôle de la qualité sanitaire des aliments et de l'eau :
- 10. *Accroître le contrôle de la qualité sanitaire des aliments et de l'eau.*

6.2. Axe stratégique 2 :

RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DENUTRITION

❖ STRATEGIES

- Promotion de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH ;
- Promotion de l'ANJE et de la mère en situations difficiles ;
- Prévention et Prise en charge de la dénutrition aiguë dans les CREN / Formations sanitaires (FS) et à travers l'approche communautaire ;
- Promotion de l'alimentation des adolescentes, des femmes gestantes et allaitantes (cf. communication / participation)

❖ CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR STRATEGIE

- **Promotion de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH :**

11. Réduire le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein de 15 à 10%.
12. Renforcer le statut nutritionnel des femmes gestantes ou allaitantes VIH-positives, et tuberculeuses.

- **Promotion de l'ANJE et de la mère en situations difficiles :**

13. Renforcer les capacités des prestataires de soins en matière d'alimentation en situations difficiles.
14. Renforcer le contrôle des mécanismes d'acquisition, de distribution et d'utilisation des produits d'ANJE en situations difficiles.

- **Prévention et Prise en charge de la dénutrition dans les CREN/FS et à travers l'approche communautaire :**

15. Accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère et recevant des aliments thérapeutiques de 17,6 % à 25,3 %
16. Accroître le taux de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère de 48,0 % à 60,0 %
17. Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 16,6% à < 10 %
18. Réduire la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans de 29,5 % à < 25,0 %
19. Réduire la prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans de 4,8 % à < 3,0 %
20. Réduire la prévalence de la dénutrition chez les femmes en âge de procréer (IMC < 18,5) de 8,7 % à < 5 %
21. Réduire l'incidence des faibles poids de naissance de 11,5 % à < 8 %.

6.2. Axe stratégique 3 :

RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS

❖ STRATEGIES

- Renforcement des activités d'enrichissement des aliments en micronutriments
- Renforcement des activités de lutte contre les carences en iode
- Renforcement des activités de lutte contre l'anémie par le déparasitage et la supplémentation en fer – acide folique (FAF), tant pour les femmes enceintes et en postpartum que pour les enfants de moins de cinq ans
- Renforcement des activités de supplémentation en vitamine A (vit. A) tant pour les femmes en postpartum que pour les enfants de moins de cinq ans.

❖ CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR STRATEGIE

- **Renforcement d'enrichissement des aliments en micronutriments :**

22. Accroître le taux de consommation d'aliments fortifiés par les ménages de % à %
23. Accroître la disponibilité des aliments fortifiés de % à %
24. Intensifier la recherche sur la composition des aliments et la production d'aliments enrichis à base de denrées locales.

- **Renforcement des activités de lutte contre les carences en iode :**
- 24. *Maintenir l'élimination de la carence modérée et sévère en iode chez les enfants d'âge scolaire (prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans) en dessous de 5% (médiane d'iode urinaire entre 100 et 200 µg/l)*
- **Renforcement des activités de lutte contre l'anémie chez les "moins de cinq ans", les femmes enceintes et les femmes en postpartum :**
- 26. *Enfants de moins de cinq ans*
 - ✓ *Accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans recevant une supplémentation en fer-acide folique (FAF) de 01,6% à 30,0% ;*
 - ✓ *Réduire la prévalence de la carence en FAF chez les enfants de moins de 5 ans (prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 36 mois) de 79 - 94,3% à < 50 % ;*
- 27. *Femmes en âge de procréer*
 - ✓ *Accroître la proportion des femmes enceintes et en postpartum recevant une supplémentation en fer-acide folique (FAF) à 24,3% ;*
 - ✓ *Réduire la prévalence de la carence en FAF chez les femmes en âge de procréer (prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes) de 40,7 - 65,3% à < 30 %.*
- **Renforcement des activités de supplémentation en vitamine A (Vit. A) tant pour les femmes en postpartum que pour les enfants de moins de 5 ans :**
- 28. *Accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans recevant une supplémentation en vitamine A (Vit. A) de 88,1% à 95,0% ;*
- 29. *Accroître la proportion des femmes en postpartum recevant une supplémentation en vitamine A (Vit. A) de 75,0% à 95,0%.*

a. Axe stratégique 4 :

RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

❖ **STRATEGIES**

- Développement d'une communication nutritionnelle performante (prenant en compte tous les aspects, nutritionnels notamment ceux des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes)
- Renforcement du statut de la femme et de lutte contre la pauvreté
- Renforcement de l'implication des structures communautaires dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles (prise en charge de la malnutrition aigue dans les villages CTC, groupes de soutien à l'allaitement,...).

❖ **CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR STRATEGIE**

- Développement d'une communication performante (prenant en compte tous les aspects nutritionnels, notamment ceux des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes) :
- 30. *Renforcer le plan intégré de communication sur le PEV par les aspects nutritionnels.*
- **Renforcement du statut de la femme, et de lutte contre la pauvreté**
- 31. *Renforcer les capacités des organisations communautaires féminines pour les amener à s'impliquer dans les interventions nutritionnelles.*
- **Renforcement de l'implication des structures communautaires dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles :**
- 32. *Renforcer les capacités des groupes de soutien à l'allaitement maternel (GSAM) à participer à la lutte contre la malnutrition (dénutrition).*
- 33. *Accroître la proportion de villages ruraux disposant d'un ASC formé à la prise en charge de la dénutrition aiguë (malnutrition aigue), de? à 90% ;*
- 34. *Accroître la proportion de villages ruraux disposant d'un ASC formé à la prise en charge intégrée de pneumonie, de diarrhée, du paludisme, de? à 90% ;*

a. Axe stratégique 5 :

RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DU PSNAN

❖ **STRATEGIES**

- Renforcement des capacités institutionnelles du SNN
- Renforcement des mécanismes de mise en œuvre du PSNAN
- Renforcement de la recherche-action / surveillance nutritionnelle.
- Développement du PRESERVICE à propos des interventions nutritionnelles à haut impact.

❖ **CIBLES (ACTIONS PRIORITAIRES) PAR STRATEGIE**

➤ **Renforcement des capacités institutionnelles du SNN :**

35. Renforcer en ressources humaines, matérielles et financières le Service National de Nutrition.

➤ **Renforcement des mécanismes de mise en œuvre du PSNAN :**

36. Mettre en place un cadre de concertation fonctionnel impliquant tous les acteurs et partenaires intervenant dans la nutrition;

37. Renforcer les capacités des organes de coordination, de suivi et de supervision ;

38. Elaborer un plan national de suivi-évaluation.

➤ **Renforcement de la recherche-action / surveillance nutritionnelle :**

39. Poursuivre la conduite des enquêtes semestrielles SMART et, en 2015, MICS5 ;

40. Evaluer les interventions de lutte contre les carences en micronutriments notamment en FAF et en iode (chez les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans et les enfants de 5 à 12 ans) ;

41. Participer aux rencontres internationales et voyages d'études en rapport avec la nutrition.

➤ **Développement du PRESERVICE :**

42. Renforcer le partenariat entre le SNN et les écoles médicales et paramédicales de formation initiale, et autres écoles de formation de base intervenant dans le domaine de la nutrition, pour prendre en compte dans leurs curricula les interventions nutritionnelles faisant l'objet de renforcement des capacités des professionnels de santé en cours d'emploi.

Tableau 2 : CIBLES (actions prioritaires) par Axe Stratégique

CIBLES PAR AXE STRATEGIQUE	Baseline (situation actuelle)	Objectif PNDS (fin 2015)
1(A). PROMOTION DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE / RENFORCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ANJE		
ANJE / IHAB / ICAB		
% de nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance	61,1%	66,0%
% d'enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein	62,5%	85,0%
% enfants 6 - 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein	43,2%	75,0%
% nourrissons alimentés au biberon	03,7%	< 02,0%
Adoption et application du Code de commercialisation des substituts du lait maternel	Non	Oui
% d'agents sensibilisés sur la gestion de la lactation		

% de Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge d'un an		
Proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous		
Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable (Apport alimentaire minimum acceptable)		
Proportion des enfants de 6 à 23 mois (fréquence minimum)		
Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts. (diversification alimentaire minimum)		
MALNUTRITION EXCEDENTAIRE		
Prévalence de l'obésité	6,2%	4,2%
Prévalence du surpoids		
% de personnes de 15 à 64 ans consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	5,1%	13,1%
% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	87,0%	95,0%
Prévalence du Diabète	2,6%	1,6%
% des adultes âgés de 25 à 64 ans avec aucun des facteurs de risque combinés ¹	2,4%	8,4%
% des adultes âgés de 25 à 64 ans avec trois facteurs de risque ou plus	16,1%	8,1%
1(B). PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS		
% Aliments, vendus sur la voie publique et dans les restaurants, conformes aux règles d'hygiène	ND	????
2. RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DENUTRITION		
PROMOTION DE L'ALIMENTATION DANS LE CONTEXTE DU VIH		
% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	57,2%	80,0%
% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	17,0%	80,0%
% des femmes enceintes séropositives recevant de la chimioprophylaxie au Cotrimoxazole	4,8%	40,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	15,0 %	80,0%
% des enfants éligibles recevant de la chimioprophylaxie au Cotrimoxazole	15,0 %	80,0%
PROMOTION DE L'ALIMENTATION DANS LES "SITUATIONS DIFFICILES"		
% de personnes appartenant aux groupes défavorisés et/ou vulnérables ayant fait l'objet d'une prise en charge nutritionnelle	ND	???%

¹ Résumé des facteurs majeurs de risque combinés

1. Fumeurs actuels quotidiens ; 2. Consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ;
3. Niveau bas d'activité physique ; 4. Surcharge pondérale ou obésité ; 5. Tension artérielle élevée ;

% de prestataires formés à la prise en charge nutritionnelle des personnes en "situations difficiles"	ND	???
Existence de clusters fonctionnels	ND	
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION AIGUË DANS LES CREN / FS ET A TRAVERS L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE (ASPECTS NUTRITIONNELS)		
% de formations sanitaires assurant la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère		
% des enfants avec malnutrition aiguë recevant des aliments thérapeutiques	17,6%	25,3%
% de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	48,0%	60,0%
% insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	16,6%	< 10,0%
% retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	29,5%	< 25,0%
% émaciation chez les enfants de moins de 5 ans	04,8%	< 03,0%
% dénutrition chez les femmes en âge de procréer (IMC <18,5)	08,7%	< 05,0%
% insuffisance pondérale à la naissance (Poids < 2500g)	11,5%	< 08,1%
% de nouveau-nés avec pneumonie traités aux antibiotiques à domicile	36,5%	66,0%
% de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	68,9%	71,7%
% d'enfants ayant eu la diarrhée et reçu un TRO avec poursuite de l'alimentation	23,6%	50%
% d'enfants avec diarrhée et traités avec SRO plus Zinc	1,6%	17,1%
% des mères se lavant les mains de manière adéquate aux moments critiques ²	ND	30,0%
% d'enfants avec paludisme traités à la CTA par un agent de santé formé	09,5%	80,0%
% des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA	57,0%	80,0%
% des enfants éligibles recevant des ARV	49,0%	54,8%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	63,8%	71,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	90,7%	95,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	65,2%	75,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	71,4%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	0,0%	90,0%
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le rotavirus	0,0%	94,0%
3. RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA CARENCES EN MICRONUTRIMENTS		
FORTIFICATION ALIMENTAIRE EN MICRONUTRIMENTS		
% fabrication / disponibilité d'aliments fortifiés	ND	???
% des ménages consommant des aliments fortifiés	ND	???

² Lavage des mains avec du savon avant de manger, après l'utilisation des latrines ;

IODE		
% des ménages consommant du sel iodé	31,5	
% de goitre chez les enfants de 6 à 12 ans	2,1%	2,0% à < 5%
% de femmes en âge de procréer dont la médiane d'iode urinaire se situe entre 100 et 200 µg/l	ND	???
FER – ACIDE FOLIQUE (FAF) / DEPARASITAGE		
% de femmes enceintes supplémentées en FAF	ND	24,3%
% d'enfants de < 5ans ayant reçu la supplémentation de FAF	1,6%	60,0%
% d'enfants déparasités contre les vers intestinaux		
% de femmes enceintes anémiées (<i>carencées en FAF</i>)	40,7% - 65,3%	< 30,0%
% d'enfants de 6 à 36 mois anémiés (<i>carencés en FAF</i>)	79,0% - 94,3%	< 50,0%
VITAMINE A		
% d'accouchées supplémentées en vitamine A	ND	
% d'accouchées bénéficiant d'un suivi post-natal (au moins une visite post-partum dans les deux jours suivant l'accouchement)	33,0%	73,0%
% des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A	88,1	??? (95%)
4. RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE		
% de villages ruraux disposant d'un ASC formé à la prise en charge de la Malnutrition aiguë (<i>COMMUNITY THERAPEUTIC CARE</i>)	ND	???
% de villages ruraux disposant d'un ASC formé sur les soins intégrés (<i>PNEUMONIE, DIARRHEE, PALUDISME</i>)	ND	90%
% de villages ruraux disposant d'un ASC formé sur les soins intégrés (<i>PNEUMONIE, DIARRHEE, PALUDISME ET MALNUTRITION AIGUË</i>)	ND	???
% de Formations sanitaires offrant des accouchements et disposant d'au moins un GSAM dans la localité desservie	ND	???

8. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Tableau 3 : Plan de Mise en œuvre par Axe Stratégique

AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA NUTRITION ET DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE													
Montant alloué <u>Axe stratégique 1</u> (FCFA) 61 067 49			2012 9 282 258	2013 13 251 645				2014 17 282 100	2015 21 251 487				
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
1. Accroître le taux d'initiation de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance de 61,1% à 66,0%	Renforcement de la mise en œuvre de l'initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB)	1. Elaborer le draft du jeu de documents (Manuel, Guide Cahier de Stages) de formation des AS et ASC à la gestion de la lactation / ANJE (1 consultant national pour 30 jours)	SNN	X				850				Drafts de documents de formation des AS et des ASC à la gestion de la lactation, disponibles	Rapport d'activités
2. Accroître le taux d'allaitement exclusif au sein de 62,5% à 85,0%		2. Organiser un atelier national de validation des Drafts de documents de formation des AS et des ASC à la gestion de la lactation / ANJE,	SNN	X	x			2 500				Document de formation des AS et des ASC à la gestion de la lactation, disponibles	Rapport d'atelier
3. Réduire la pratique de l'alimentation au biberon de 3,7% à moins de 2%	Introduction et soutien de la mise en œuvre de l'initiative communautés amies des bébés (ICAB)	3. Reproduire 150 jeux de documents de formation des AS à la gestion de la lactation / ANJE, à raison de 60% en A2, 10% en A3, 10% en A4. (A=année)	SNN	X	x	x	x	1 650				Nombre de documents de formation reproduits	Bon de livraison
4. accroître le taux d'alimentation de complément en temps opportun de 43,2% à 75,0%		4. Reproduire 300 jeux de documents de formation des ASC à la gestion de la lactation / ANJE	SNN	x	X	x	X	900				Nombre de documents de formation reproduits	Bon de livraison
		5. Former 100 AS à la gestion de la lactation / ANJE	ECR / ECD	x	X	x	X	15 000				Nombre d'AS formés	Rapport des ateliers de formation

		pendant 3 jours à raison de 60% en A2, 10% en A3 et 10% en A4. (A=année)											
5. Harmoniser et faire adopter la loi de commercialisation des substituts du lait maternel notamment d'ANJE avec les dernières recommandations OMS/UNICEF sur l'alimentation et le VIH;	Renforcement de la législation togolaise relative à la commercialisation des produits alimentaires notamment d'ANJE et	6. Former 200 ASC à la gestion de la lactation / ANJE pendant 3 jours à raison de 60% en A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	ECR / ECD		X	x	X	12 000				Nombre d'ASC formés	Rapport des ateliers de formation
		7. Sensibiliser les communautés, notamment les hommes, les jeunes et les responsables de médias sur l'IHAB et l'ICAB, à travers les médias et lors de la célébration des Semaines Mondiales de l'Allaitement Maternel (SMAM), ou d'autres réunions	ECR / ECD	x	X	x	X	4 000				Nb SMAM célébrées Nb de réunions de sensibilisation tenues Nb d'émissions TV / Radio organisées Nb journalistes sensibilisés Nb club / groupe de soutien sensibilisé	Rapport d'activités SMAM Rapport d'activités de sensibilisation
		8. Réviser le projet de loi sur la commercialisation des produits d'ANJE à la lumière des récentes recommandations OMS / UNICEF sur le VIH, et en incluant les situations difficiles	SNN	x	x			2 000				document de loi disponible	Rapport d'atelier de révision
		9. Faire le plaidoyer pour l'adoption de la loi révisée de commercialisation des produits d'ANJE par l'Assemblée Nationale et sa promulgation par le Chef de l'Etat	SNN	x	x			2 000				document de loi adoptée et promulguée, disponible	Copie dans le Journal Officiel

6. Renforcer la législation togolaise en faveur des mères allaitantes qui travaillent au niveau du secteur tant formel qu'informel	au statut des mères allaitantes qui travaillent au niveau du secteur tant formel qu'informel	10. Produire et diffuser la loi révisée de commercialisation des produits d'ANJE adoptée par l'Assemblée Nationale	SNN	x	X	x	X	3 000				Nb de copies reproduites et distribuées	Bon de livraison Rapport de dissémination
		11. Sensibiliser les populations sur la loi révisée de commercialisation des produits d'ANJE adoptée par l'Assemblée Nationale	SNN ECR / ECD	x	X	x	X	5 000				Nb de réunions de sensibilisation tenues	Rapport de réunion de sensibilisation
		12. Former 100 AS et autres (médias, justice, douanes...) à la surveillance et à l'application de la loi pendant 3 jours à raison de 60% en A2, 10% en A3 et 10% en A4. (A=année)	SNN	X				6 000				Nombre de personnes formées	Rapport des ateliers de formation
		13. Effectuer des supervisions sur la loi de commercialisation des produits d'ANJE	SNN		x			3 000				Nb tournées de supervision faites	Rapport de supervision
		14. Faire le point sur toutes les conventions à même d'aider les femmes qui travaillent à offrir une alimentation optimale à leurs nourrissons et jeunes enfants	SNN	x	x			850				Nombre de conventions identifiées	Rapport de consultation

		15. Faire le plaidoyer pour renforcer l'application / compléter la ratification des conventions à même d'aider les femmes qui travaillent à offrir une alimentation optimale à leurs nourrissons et jeunes enfants	SNN		x	x	x	2 000				Nb copies adaptées / ratifiées disponible	Rapport de réunion de plaidoyer
7. Maintenir la prévalence de l'obésité au-dessous du seuil recommandé de 6,2% à 4,2%	Renforcement de la lutte contre les maladies émergentes liées à la malnutrition excédentaire (surpoids, obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) et Promotion des modes de vie sains	16 .Amener la population à consommer les fruits et légumes et à respecter les règles diététiques 17. Créer des conditions (structurelles) propices à la pratique de l'exercice physique dans tous les groupes d'âge 18. Mettre en place des politiques de transport favorisant la marche et d'autres formes d'activité physique	SNN Service des Maladies Non Transmissibles (MNT) (PM)	x	X	x	X	PM			PM	Nb de réunions de sensibilisation tenues	Rapport de réunion de sensibilisation

AXE STRATEGIQUE 1 (PNIASA) : PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS (PNIASA)													
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Communaute	Etat	Partenaire		
8. Accroître les bonnes pratiques d'utilisation des produits de conservation	Renforcement des infrastructures de conservation et de	19. Produire et diffuser le matériel didactique et IEC sur la conservation des denrées alimentaires au niveau familial	ITRA SNN SNIEC	X				PM			PM	Copies IEC, disponibles et diffusées	Bon de livraison Rapport d'activités de dissémination

des aliments	distribution des produits alimentaires												
9. Accroître les circuits de distribution et la chaîne de froid	Renforcement de l'utilisation optimale des produits de stockage et de conservation des aliments	20. Réhabiliter / mettre en place des infrastructures pour la chaîne de froid (chambres froides, camions / caisses thermiques...) aux niveaux des marchés, des abattoirs et des sites de pêche	Division Salubrité / SNN	x	X	x	X	PM			PM	Nb et type d'infrastructures réhabilitées	Rapport d'activités
10. Accroître le contrôle de la qualité sanitaire des aliments et de l'eau		21. Adopter et diffuser la loi réglementant le contrôle des denrées alimentaires	Division Salubrité / SNN		x			PM			PM	Copies IEC, disponibles et diffusées	Rapport d'activités de dissémination
		22. Sensibiliser les familles, les commerçants ou restaurateurs / trices sur la conservation et la manipulation des denrées alimentaires et sur les intoxications alimentaires	Division Salubrité / SNN		x	x	x	PM			PM	Nb de sensibilisation tenues	Rapport de réunions
		23. Accroître la couverture en eau potable	Division Salubrité / SNN	x	X	x	X	PM			PM	Couverture en eau potable	Rapports d'activités
		24. Intensifier le contrôle de la qualité de l'eau	Division Salubrité / SNN	x	X	x	X	PM			PM	Nb de contrôle effectué	Rapports d'activités
MONTANT SOUS-AXE "SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS (PNIASA)"								PM					
MONTANT SOUS-AXE "PROMOTION NUTRITION ET EDUCATION NUTRITIONNELLE"								61 067, 49					
MONTANT TOTAL <u>AXE STRATEGIQUE 1</u> : (60 750 000)								61 067, 49					

AXE STRATEGIQUE 2 : RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DENUTRITION													
Montant alloué <u>Axe stratégique 2</u> (FCFA)		2012		2013		2014		2015					
72 170 670		10 969 942		15 661 035		20 424 300		25 115 393					
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
11. Réduire le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein de 15,0 % à 10,0 % 12. Renforcer le statut nutritionnel des femmes enceintes ou allaitantes VIH- positives, et tuberculeuses 13. Renforcer les capacités des prestataires de soins en matière d'alimentation en situations difficiles	Promotion de l'ANJE dans le contexte du VIH <												

difficiles		des produits d'ANJE en "situations difficiles"											
15. Accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère et recevant des aliments thérapeutiques de 17,6 % à 25,3 %	Prévention et Prise en charge de la dénutrition aiguë dans les CREN / FS et à travers l'approche communautaire	30. Réviser les documents de formation des AS et des ASC à la prise en charge de la MAS	SNN	X	x			2 000				Nombre de documents de formation révisés	Rapport de révision
		31. Reproduire 100 documents révisés (pour AS) de prise en charge de la MAS à raison de 60% en A1 et A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN	x	X	x	X	800				Nombre de documents de formation reproduits	Bon de livraison
		32. Former 75 AS à la prise en charge révisée de la MAS pendant 5 jours à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN ECR / ECD	x	X	x	X	13 650				Nombre d'AS formés	Rapport des ateliers de formation
16. Accroître le taux de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère de 48,0 % à 60,0 %	Prévention et Prise en charge de la dénutrition aiguë dans les CREN / FS et à travers l'approche communautaire	33. Reproduire 100 documents de formation des ASC à la prise en charge de la MAS à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN	x	X	x	X	600				Documents de formation des ASC à la MAS, disponibles	Bon de livraison
		34. Former 75 ASC à la prise en charge de la MAS (CTC) pendant 5 jours à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année)	SNN ECR / ECD	x	X	x	X	4 5 00				Nombre d'ASC formés	Rapport des ateliers de formation
		35. Reproduire 100 docs de formation des AS aux Nouveaux standards OMS de croissance à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN	x	X	x	X	500				Nombre de documents de formation reproduits	Bon de livraison
		36. Former 50 AS aux Nouveaux standards OMS de croissance pendant 5	ECR / ECD	x	X	x	X	8 000				Nombre d'AS formés	Rapport des ateliers de formation
17. Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 16,6% à <10,0%	Prévention et Prise en charge de la dénutrition aiguë dans les CREN / FS et à travers l'approche communautaire												
18. Réduire la prévalence de le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans de 29,5% à <25,0%													
19. Réduire la prévalence de l'émaciation													

chez les enfants de moins de 5 ans de 4,8% à <3,0%		jours à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).											
20. Réduire la prévalence de la dénutrition chez les femmes en âge de procréer (IMC <18,5) de 8,7% à <5,0%	Prévention et Prise en charge de la dénutrition aiguë dans les CREN / FS et à travers l'approche communautaire	37. Réviser les documents de formation des ASC au continuum des soins / PF	SNN	X	x			2 000				Nombre de documents de formation révisés	Rapport de révision
		38. Reproduire 150 documents de formation des ASC au continuum des soins / PF à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4(A=année).	SNN	x	X	x	X	750				Documents de formation des ASC au continuum des soins, disponibles	Bon de livraison
		39. Former 100 ASC au continuum des soins pendant 6 jours à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4(A=année).	SNN ECR / ECD	x	X	x	X	6 000				Nombre d'ASC formés	Rapport des ateliers de formation
		40. Réviser les documents de formation des AS à la PCIMNE CLINIQUE	SNN PCIMNE	X				3 000				Nombre de documents de formation révisés	Rapport de révision
		41. Reproduire 75 documents de formation des AS à la PCIMNE CLINIQUE à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN PCIMNE	x	X	x	X	6 000				Documents de formation des AS à la PCIMNE CLINIQUE, disponibles	Bon de livraison
		42. Former 75 AS à la PCIMNE CLINIQUE à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN PCIMNE ECR / ECD	x	X	x	X	13 500				Nombre d'AS formés	Rapport des ateliers de formation
MONTANT TOTAL AXE STRATEGIQUE 2 : (71 500 000)								72 170, 67					

AXE STRATEGIQUE 3 : RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS

Montant alloué <u>Axe stratégique 3</u> (FCFA)		2012	2013	2014	2015								
160 996 110		24 471 408	34 936 156	45 561 900	56 026 646								
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		

22. Accroître le taux de consommation d'aliments fortifiés de ...% à ...% 23. Accroître la disponibilité des aliments fortifiés de ...% à ...% 24. Maintenir l'élimination de la carence modérée et sévère en iode chez les enfants d'âge scolaire (prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans) en dessous de 5% (médiane d'iode urinaire entre 100 et 200 µg/l)	Renforcement des activités d'enrichissement des aliments en micronutriments												
		44. Appuyer NIOTO et SGMT en intrants pour la fortification alimentaire en micronutriments	SNN	x	X	x	X	PM			PM	Quantité et nature d'intrants fournies	Bon de livraison
		45. Adopter et diffuser la loi réglementant le circuit d'aliments fortifiés en micronutriments	SNN		x			15 000				Copies loi, disponibles et diffusées	Rapport d'activités de dissémination
		46. Sensibiliser les familles, les commerçants ou restaurateurs / restauratrices à la consommation des aliments fortifiés en micronutriments	SNN SNIIEC ECR / ECD	x	X	x	X	15 000				Nb de réunions de sensibilisation tenues Nb d'émission TV / Radio réalisées	Rapport de réunion de sensibilisation
25.	Renforcement du contrôle de la qualité du sel de ménage	47. Former 100 AS, douaniers, importateurs de sel de cuisine et autres à la surveillance de la qualité du sel de cuisine pendant 2 jours à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4 (A=année).	SNN	x	X	x	X	40 000			40 000	Nb de personnes formées	Rapport des ateliers de formation
		48. Sensibiliser les familles, les commerçants ou restaurateurs / trices à la consommation du sel de cuisine de	SNN SNIIEC ECR / ECD	x	X	x	X	20 000			20 000	Nb de réunions de sensibilisation tenues Nb d'émission TV / Radio réalisées	Rapport de réunion de sensibilisation

		qualité											
26. Accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans recevant une supplémentation en fer-acide folique (FAF) de 00,0% à 30,0% 27. Accroître la proportion des femmes enceintes et en postpartum recevant une supplémentation en fer-acide folique (FAF) de 00,0% à 24,3%	Renforcement des activités de supplémentation en FAF tant pour les femmes enceintes et en postpartum que pour les enfants de moins de 5 ans	50. Renforcer la sensibilisation de la communauté à la supplémentation en FAF des femmes pendant la grossesse (lors des CPN) et durant au moins 3 mois (lors des CPoN)	SNN ECR / ECD	x	X	x	X	PM			PM	Nb de femmes enceintes et en postpartum supplémentées en FAF	Rapport d'activités
		51. Sensibiliser la communauté pour une supplémentation systématique des enfants de moins de 5 ans en FAF	SNN SNIEC ECR / ECD	x	X	x	X	70 000			70 000	Nb de réunions de sensibilisation tenues Nb d'émission TV / Radio réalisées	Rapport de réunion de sensibilisation
		28. Accroître la proportion d'enfants de moins de 5 ans recevant une supplémentation en vitamine A (Vit. A) de 88,1% à 95,0% 29. Accroître la proportion des femmes en postpartum recevant une supplémentation en vitamine A (Vit. A) de 75,0% à 95,0%	Renforcement des activités de supplémentation en vitamine A tant pour les femmes en postpartum que pour les enfants de moins de 5 ans	52. Maintenir les campagnes intégrées : Polio, Vitamine A, Déparasitage, MILDA	SNN	x	X	x	X	PM			PM
	53. Renforcer la supplémentation des mères en vitamine A en postpartum	SNN ECR / ECD		x	X	x	X	PM			PM	Nb de femmes enceintes et en postpartum supplémentées en FAF	Rapport d'activités
	54. Sensibiliser la communauté pour la supplémentation de routine/PEV des enfants réduite dorénavant à la seule séance d'administration de vaccin antirougeoleux (VAR)	SNN SNIEC ECR / ECD		x	x			PM			PM	Nb de réunions de sensibilisation tenues Nb d'émission TV / Radio réalisées	Rapport de réunion de sensibilisation
MONTANT TOTAL AXE STRATEGIQUE 3 : (160 000 000)								160 996, 110					

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE													
Montant alloué <u>Axe stratégique 4</u>		2012	2013				2014	2015					
27 757 950		4 219 208	6 023 475				7 855 500	9 659 767					
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
30. Renforcer le plan intégré de communication PEV par les aspects nutritionnels	Développement d'une communication performante (prenant en compte tous les aspects nutritionnels, notamment ceux des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes)	55. Développer les outils intégrés de communication (cf. PEV)	SNIEC	x	X			1 500			1 500	Nombre d'outils développés	Rapport d'activités
		56. Elaborer et tester les spots éducatifs intégrés en français et en langues locales	Chef SNIEC	X		x		1 500			2 500	Spots éducatifs disponibles	idem
		57. Elaborer des boîtes à images avec des messages intégrés	Chef SNIEC	x		x	X	1 500				Spots éducatifs disponibles	idem
		58. Diffuser les spots éducatifs intégrés sur les radios de proximité dans les 35 districts	DPS	x	X	x	X	1 500				Nombre de contrats de diffusion disponibles	idem
		59. Organiser des émissions éducatives intégrées sur les radios de proximité dans les districts	Chef SNIEC	x	X	x	X	1 500				Nombre d'émissions éducatives intégrées réalisées	idem
		60. Diffuser les spots éducatifs sur les chaînes privées et nationales radio et TVT	Chef SNIEC	x	X	x	X	1 000				Nombre de spots éducatifs réalisés	plans de diffusion
		61. Organiser une rencontre annuelle des praticiens de la médecine traditionnelle et des chefs traditionnels par district.	DPS	x	X	x	X	1 000				Réunions organisées	Rapport d'activités

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE													
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
31. Renforcer les capacités des organisations communautaires féminines pour les amener à s'impliquer dans les interventions nutritionnelles	Renforcement du statut de la femme, et de la lutte contre la pauvreté	62. Identifier sur l'étendue du territoire les associations, les ONG, groupements de femmes menant des activités génératrices de revenus (AGR)	SNN DRS DRAS	X				1 500				Nb de structures identifiées	Liste et statuts des structures disponibles
		63. Mener le plaidoyer pour intégrer les éléments de nutrition aux programmes fonctionnels d'alphabétisation	SNN	x	x			PM				Programmes révisés incluant les aspects nutritionnels	Programme révisé disponible
		64. Apporter une assistance financière chaque année à deux associations / ONG appuyant des groupements de femmes qui mènent des AGR et interviennent dans la nutrition	SNN DRS DRAS	x	X	x	X	2 000				Nb d'organisations appuyées	Rapport de financement
		65. Organiser, de concert avec le ministère des Affaires Sociales, des activités de sensibilisation sur les rôles de la femme dans la société	SNIEC SNN	x	X	x	X	5 000				Nb de séances de sensibilisation tenues	Rapport de sensibilisation

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE														
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification	
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire			
32. Renforcer les capacités des GSAM et ASC à participer à la lutte contre la malnutrition 33. Accroître la proportion de villages ruraux disposant d'un ASC formé à la prise en charge de la dénutrition, de? à 90% 34. Accroître la proportion de villages ruraux disposant d'un ASC formé à la prise en charge intégrée de pneumonie, de diarrhée, du paludisme, de? à 90%	Renforcement de l'implication des structures communau- taires dans la mise en œuvre des interventions nutritionnelles	66. Renforcer la mise en place des groupes de soutien à l'allaitement, à raison d'au moins un par formation sanitaire offrant des services aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans	ITRA / SNN	X				2 000				Nb de GSAM	Rapport des ateliers de formation	
		67. Réviser les documents de formation des ASC à la PCIME-C ciblée (Pneumonie, Diarrhée, Paludisme)	SNN	X	x			2 000				Nombre de documents de formation révisés	Rapport de révision	
		68. Reproduire 17000 documents de formation des ASC à la PCIME-C ciblée (Pneumonie, Diarrhée, Paludisme) à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4-A5. (A=année)	SNN	x	X	x	X	500				Documents de formation des ASC au continuum des soins, disponibles	Bon de livraison	
		69. Former 16945 ASC à la PCIME-C ciblée (Pneumonie, Diarrhée, Paludisme) pendant 6 jours à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4-A5. (A=année)	SNN ECR / ECD	x	X	x	X	4 500				Nombre d'ASC formés	Rapport des ateliers de formation	
Montant total Axe stratégique 4 :								(27 000 000)	27 757, 950					

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION													
Montant alloué <u>Axe stratégique 5 (FCFA)</u> 5 229 597 780				2012	2013	2014	2015						
				794 898 864	1 134 822 719	1 479 976 170	1 819 900 027						
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
35. Renforcer en ressources humaines et matérielles le SNN 36. Mettre en place un cadre de concertation fonctionnel impliquant tous les acteurs et partenaires intervenant dans la Nutrition	Renforcement des capacités institutionnelles du SNN	70. Renforcer le Service National de Nutrition (SNN) en équipements (informatique, bureau-tique...) et véhicule 4x4	DAC	X	x			75 000				SNN fonctionnel	Bon de livraison
		71. Renforcer le Service National de Nutrition (SNN) en ressources humaines	MS	X	x			3 360		3 360		RH disponibles	Note d'affectation
	Renforcement des mécanismes de mise en œuvre du PSNAN	72. Faire prendre un décret portant nomination du comité interministériel de Nutrition	SNN	X				PM				Copie du décret disponible	Journal Officiel
		73. Organiser une réunion de coordination semestrielle au niveau central.	Comité Technique	x	X	x	X	1 600		1 600		Nombre de réunions réalisées	Rapport de réunions
		74. Organiser une réunion de coordination semestrielle au niveau régional.	ECR	x	X	x	X	1 200		1 200		Nombre de réunions réalisées	Rapport de réunions
		75. Organiser une réunion de coordination trimestrielle au niveau district	ECD	x	X	x	X	3 200		3 200		Nombre de réunions réalisées	Rapport de réunions
		76. Organiser une réunion annuelle communautaire de restitution /chaque	Resp USP, CVD, CDQ, ASC		X	x	X	7 800		7 800		Nombre de réunions réalisées	Rapport de réunions

		village/quartier (forfait de 50000 F /USP											
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION													
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Communaute	Etat	Partenaire		
37. Renforcer les capacités des organes de coordination, de suivi et de supervision	Renforcement des mécanismes de mise en œuvre du PSNAN	77. Elaborer un guide de supervision incluant tous les aspects nutritionnels	SNN		X			5 000				Draft du guide de supervision disponible	Rapport d'élaboration
		78. Organiser un atelier de validation du guide de supervision	SNN		X			5 000				Guide de supervision disponible	Rapport d'atelier
		79. Former les superviseurs à l'utilisation du guide de supervision intégrée	SNN ECR / ECD		x			30 000				Nombre de superviseurs formés	Rapport de formation
		80. Organiser des visites semestrielles de suivi des interventions nutritionnelles au niveau des régions par le comité technique	SNN ECR / ECD		X	x	X	20 000				Nombre de visites de suivi réalisées	Rapport de suivi
38. Elaborer un plan national de suivi - évaluation		81. Organiser des supervisions intégrées trimestrielles des interventions nutritionnelles au niveau des districts par l'ECR	DRS		X	x	X	34 650				Nombre de supervisions réalisées	Rapport de supervisions

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION

Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
38. Elaborer un plan national de suivi - évaluation	Renforcement des mécanismes de mise en œuvre du PSNAN	82. Concevoir un carnet de santé unique de l'enfant (Suivi du Développement)	SNN	X	x			1 500				Draft de Carnet de santé unique national, disponible	Rapport d'activités
		83. Organiser un atelier de validation du carnet de santé unique de l'enfant (Suivi du Développement)	SNN	X	x	x		9 900				Carnet de santé unique national, validé	Rapport d'atelier
		84. Reproduire 10 000 carnets de santé à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4-A5. (A=année)	SNN	x	X	x	X	50 000				Carnet reproduit	Bon de livraison
		85. Acquérir 3 000 balances UNISCALE et infantomètres à raison de 60% en A1 - A2, 10% en A3 et 10% en A4-A5. (A=année)	SNN	x	X	x	X	225 000					
		86. Actualiser les outils de monitoring (Fiche de rapport mensuel des ASC, USP, district et région, Fiche CPC, Registre,)	SNN	X	x	x		1 500				Outils révisés disponibles	Rapport d'activités
		87. Organiser un atelier de validation des outils de monitoring des interventions nutritionnelles	SNN	X	x	x		9 900				Outils intégrés validés	Rapport d'atelier
		88. Reproduire les outils révisés	SNN		x	x		35 380				Outils révisés validés disponibles	Bon de livraison

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION													
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
	Renforcement des mécanismes de mise en œuvre du PSNAN	89. Organiser l'auto monitorage communautaire	ECD	x	X	x	X	6 000			693 000	Nombre d'auto monitorages réalisés	Rapport d'auto monitorages
		90. Organiser 02 ateliers régionaux semestriels de monitorage des interventions nutritionnelles au niveau de chaque région	SNN	x	X	x	X	36 000			237 600	Nombre de monitorages réalisés	Rapport de monitorages
		91. Organiser des supervisions trimestrielles des interventions nutritionnelles au niveau des USP par l'ECD	DDS		X	x	X	429			429	Nombre de supervisions intégrées réalisées	Rapport de supervisions
		92. Faire une supervision mensuelle des ASC par les responsables d'USP	ICP	x	X	x	X	24 000			342 225	Nombre de supervisions intégrées réalisées	Rapport de supervisions
		93. Organiser une évaluation à mi- parcours du plan stratégique national d'alimentation et de Nutrition	Comité Technique			x		15 000			29 190 000	Evaluation à mi- parcours réalisée	Rapport d'évaluation
		94. Organiser une évaluation finale du plan stratégique national d'alimentation et de Nutrition	Comité Technique				x	15 000			39 690 000	Evaluation finale réalisée	Rapport d'évaluation

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION

Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
39. Poursuivre la conduite des enquêtes semestrielles SMART et, en 2015, MICS5 40. Evaluer les interventions de lutte contre les carences en micro-nutriments, notamment en Fer et en Iode (chez les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans et les enfants de 5 à 12 ans)	Renforcement de la recherche-action et de la surveillance nutritionnelle	95. Organiser des enquêtes SMART	Comité Technique	x	X	x	X	PM			PM	Enquêtes SMART réalisées	Rapport d'enquêtes
		96. Organiser l'enquête MICS-5	Comité Technique				X	PM			PM	Enquête MICS-5 réalisée	Rapport d'enquête
		97. Evaluer la prévalence du goitre chez l'enfant d'âge scolaire	SNN		x		x	11 000			11 000	Prévalence du goitre disponible	Rapport de recherche
		98. Evaluer l'iode urinaire médian chez les enfants d'âge scolaire et chez les femmes en âge de procréer	SNN		x		x	11 000			11 000	Iode médian urinaire disponible	Rapport de recherche
		99. Evaluer la prévalence de la carence en FAF chez les enfants de moins de 5 ans (prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 36 mois)	SNN		x		x	11 000			11 000	Prévalence de l'anémie	Rapport de recherche
		100. Evaluer la prévalence de la carence en FAF chez les femmes en âge de procréer (prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes)	SNN		x		x	11 000			11 000	Prévalence de l'anémie	Rapport de recherche

AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION													
Cibles	Stratégies	Activités	Responsable	Chronogramme				Coûts (en milliers FCFA)	Schéma de financement			Indicateurs	Sources de vérification
				2012	2013	2014	2015		Commu nauté	Etat	Partenaire		
41. Participer aux rencontres internationales et aux voyages d'études en rapport avec la nutrition 42. Renforcer le partenariat entre le SNN et les écoles médicales et paramédicales, et d'autres écoles de formation de base intervenant dans le domaine de la nutrition, pour prendre en compte dans leurs curricula les interventions nutritionnelles faisant l'objet de renforcement des capacités des AS en cours d'emploi	Renforcement de la recherche-action et de la surveillance nutritionnelle	101. Faire des visites d'échange_ dans les pays ayant des expériences enrichissantes en matière d'IN	MS	x	X	x	X	11 040				Leçons apprises (bonnes pratiques) à répliquer au Togo	Rapport de mission
	Développement du PRESERVICE	102. Réviser les documents de formation en nutrition et les inclure dans les curricula des écoles de formation en santé	SNN	x	X	x	X	5 000				Documents de formation révisés disponibles	Rapport d'activités
		103. Organiser un atelier de validation des documents révisés à utiliser dans les écoles de formation en santé	SNN	X	X			5 000				Documents de formation révisés validés	Rapport d'activités
		104. Appuyer la reproduction des documents révisés à utiliser dans les écoles de formation en santé	SNN	x	X	x	X	40 000				Documents de formation révisés reproduits	Bon de livraison
		105. Faire le suivi des activités du PRESERVICE	SNN Responsables pédagogiques	x	X	x	X	10 000				Nb d'écoles suivies	Rapport du suivi
MONTANT TOTAL AXE STRATEGIQUE 5								5 229 597, 780					

Tableau 4 : Récapitulatif des totaux par Axe Stratégique et par Année de mise en œuvre

AXE	2012	2013	2014	2015	MONTANT
AXE 1	9 282 258	13 251 645	17 282 100	21 251 487	61 067 490
AXE 2	10 969 942	15 661 035	20 424 300	25 115 393	72 170 670
AXE 3	24 471 408	34 936 156	45 561 900	56 026 646	160 996 110
AXE 4	4 219 208	6 023 475	7 855 500	9 659 767	27 757 950
AXE 5	794 898 864	1 134 822 719	1 479 976 170	1 819 900 027	5 229 597 780
TOTAL (FCFA)	843 841 680	1 204 695 030	1 571 099 970	1 931 953 320	5 551 590 000

9. MODALITES DE MISE EN OEUVRE

9.1 Principes directeurs et opérationnels

La mise en œuvre soutenue du PSNAN devra relever des principes déjà évoqués dans le PNAN et articulés autour de : la **concertation**, la **coordination**, la **décentralisation**, l'**intégration**, la **collaboration intersectorielle**, le **partenariat**, la **mobilisation communautaire** par l'information et l'éducation à travers les canaux médiatiques habituels.

Par ailleurs, l'efficacité du PSNAN devra tenir compte des paramètres suivants :

- les engagements et cadres internationaux auxquels le Togo adhère ;
- l'engagement politique au plus haut niveau et à tous les niveaux ;
- la promotion de la santé par l'opérationnalisation des principaux documents cadres nationaux :
 - ✓ *la Stratégie de Réduction de la Pauvreté Document Complet ;*
 - ✓ *le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 ;*
 - ✓ *le Programme national d'investissement agricole et de sécurité alimentaire (PNIASA) : 2010-2015*
 - ✓ *la politique nationale d'alimentation et de nutrition*
 - ✓ *les autres plans sectoriels.*
- le dynamisme du Comité de Concertation de Nutrition (CCN) ;
- le leadership du SNN depuis l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PSNAN ;
- la participation et l'appropriation par les communautés ;
- l'implication des responsables des différents niveaux du système de santé et des autres secteurs ;
- la prise en compte de l'équité, du genre, des droits humains, des rôles et responsabilités ;
- le renforcement des capacités des acteurs / structures à tous les niveaux, avec l'obligation de rendre compte.

9.2 Cadre de gestion et de coordination

9.2.1. Comité de Pilotage (ou Comité de Fortification Alimentaire, modifié)

Le Comité de Concertation de Nutrition (à mettre en place), ou le Comité de Fortification Alimentaire (à modifier alors), ou encore le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) joue le rôle de Comité de Pilotage.

Il est chargé de la mobilisation des ressources, du suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition et de la capitalisation des bonnes pratiques. Ce comité se réunit une fois tous les six (6) mois.

Le Service National de Nutrition assure le Secrétariat du Comité de pilotage de mise en œuvre du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition.

9.2.2. Comité Technique

Le Comité Technique est chargé de l'élaboration des stratégies, des indicateurs, des différents documents techniques, des modules de formation, des outils / supports et assure leur validation. Il assure la coordination du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition.

Ce Comité se compose comme suit :

1. Le Directeur Général de la Santé, Président
2. Le Directeur des Soins de Santé Primaires
3. Le Chef du Service National de Nutrition, Rapporteur
4. Le Chef de la Division de la Santé Familiale
5. Le Chef de la Division de l'Epidémiologie
6. Le Chef de la Division de la Salubrité Publique et du Génie Sanitaire
7. Le Chef de la Division Information, Statistique, Etude et Recherche
8. Un Représentant du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
9. Un Représentant du Ministère de la Communication
10. Un Représentant du Ministère de l'Action Sociale, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées
11. Un Représentant du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire
12. Un Représentant du Ministère de l'Economie et des Finances
13. Un Représentant de la Société Civile
14. Un Représentant du service phytosanitaire
15. Un Représentant de l'INH
16. Un Représentant du secteur privé œuvrant dans le domaine de l'alimentation
17. Les Partenaires au développement.

Le Comité Technique pourra faire appel à toute personne-ressource au besoin. Il est représenté aux niveaux Régional et District par les Equipes-Cadres.

Le Service National de Nutrition assure le Secrétariat du Comité Technique de mise en œuvre du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition.

9.2.3. Rôles et responsabilités des acteurs

Les principaux acteurs du Plan Stratégique National d'Alimentation et de Nutrition sont précisés au tableau 9 avec leurs missions et rôles selon le niveau de la pyramide sanitaire.

Tableau 5 : Répartition des principaux acteurs de la PSNAN selon leurs attributions et le niveau de la pyramide sanitaire

NIVEAU	ACTEURS	MISSION / ROLES
CENTRAL	• Service National de Nutrition	➤ Assurer la coordination des interventions en nutrition menées au Togo, en veillant notamment : - à la complémentarité des activités des partenaires, - au respect des priorités (groupes vulnérables, géographiques, sectorielles...) ➤ Elaborer des documents de référence : politiques, stratégies, formation... ; ➤ Assurer la gestion des données nutritionnelles nationales ; ➤ Assurer le plaidoyer auprès des instances nationales et internationales pour un meilleur positionnement de la nutrition dans les programmes de développement du pays (PNDS, PNSA, DSRP / PIAP...) ; ➤ Participer à la mobilisation des ressources. ➤ Organiser des enquêtes nutritionnelles périodiques.
	• Programmes et Services de santé	En collaboration avec le SNN, les programmes et services de santé doivent veiller, dans le cadre de leurs activités relatives à la nutrition, à se conformer à la PNAN pour développer des outils et supports nécessaires à la mise en œuvre des interventions.
RÉGIONAL	Equipe-Cadre de Région / Point focal régional	➤ Assurer la coordination des interventions en nutrition menées dans la région sanitaire ; ➤ Apporter un appui technique aux districts pour la mise en œuvre des interventions, des sessions de formation ... ➤ Assurer le suivi, la coordination, la gestion des données et le rapportage ; ➤ Assurer la disponibilité des intrants au niveau des districts ; ➤ Assurer le plaidoyer auprès des instances régionales pour un meilleur positionnement de la nutrition dans les programmes de développement de la région (PRDS, PRSA, DSRP / PIAP...) ; ➤ Participer à la mobilisation des ressources.

DISTRICT	Equipe-Cadre de district / Point focal de district	➤ Assurer la coordination des interventions en nutrition menées dans le district sanitaire ; ➤ Apporter un appui technique aux USP pour la mise en œuvre des interventions, des sessions de formation ; ➤ Assurer le suivi, la coordination, la gestion des données et le rapportage ; ➤ Assurer la disponibilité des intrants au niveau des USP ; ➤ Assurer le plaidoyer auprès des instances locales pour un meilleur positionnement de la nutrition dans les programmes de développement du district (PRDS, PRSA, DSRP / PIAP ...) ; ➤ Participer à la mobilisation des ressources.
USP	Responsable d'USP	➤ Assurer la coordination des interventions en nutrition menées dans l'aire de responsabilité ; ➤ Apporter un appui technique aux ASC / Groupes de soutien à l'AM, et aux praticiens de la médecine traditionnelle pour la mise en œuvre des interventions ; ➤ Assurer le suivi, la coordination, la gestion des données et le rapportage ; ➤ Assurer la disponibilité des intrants au niveau des ASC ; ➤ Assurer le plaidoyer auprès des instances locales pour un meilleur positionnement de la nutrition dans les programmes de développement de la localité (PRDS, PRSA, DSRP / PIAP ...) ; ➤ Participer à la mobilisation des communautés ; ➤ Participer à la mobilisation des ressources.
	• Comité Villageois de Développement (CVD) • Comité de Développement de Quartier (CDQ) • Comité de Santé (COSAN) • Comité de Gestion (COGES)	➤ Mobiliser les communautés ; ➤ Mobiliser les ressources locales ; ➤ Mettre à jour la liste des groupes de soutien à l'AM ; ➤ Participer au choix des ASC ; ➤ Apporter un appui aux ASC ; ➤ Participer au suivi des interventions. ➤ Apporter un appui technique aux groupes de soutien à l'AM ; ➤ Faire le suivi des interventions ;
	Relais Communautaires	➤ Mobiliser les communautés ; ➤ Participer à la mise en œuvre des interventions.
	Agents de Santé Communautaire (ASC)	➤ Mobiliser les communautés ; ➤ Mettre en œuvre les interventions (prévention, prise en charge des cas simples, référence, gestion des intrants ...) au niveau communautaire ; ➤ Participer aux sessions de formation et de remise à

		niveau ; ➤ Participer aux réunions mensuelles à l'USP ➤ ☪ Faire l'IEC ; ➤ Assurer le rapportage.
	Praticiens de la médecine traditionnelle	➤ Participer aux sessions de formation et de remise à niveau ; ➤ Contribuer à la mobilisation des communautés ; ➤ Faire l'IEC ; ➤ Référer les cas ; ➤ Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
	Leaders d'opinion (chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d'associations...)	➤ Mobiliser les communautés, ➤ Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC ➤ Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.

9.2.4 Exécution

Les interventions nutritionnelles seront mises en œuvre dans l'ensemble des districts sanitaires de façon progressive, chaque district devant élaborer en début de chaque année son plan d'action opérationnel.

La mise en œuvre de ce plan sera sous la coordination du Comité Technique du niveau concerné.

Les points suivants sont à considérer dans la mise en œuvre du plan aux niveaux central, régional et opérationnel (district) du système national de santé :

- la constitution d'un comité technique ;
- la planification annuelle des activités ;
- la mobilisation des ressources ;
- le renforcement des capacités des acteurs impliqués ;
- le suivi et la supervision ;
- l'évaluation des couvertures des interventions et des enquêtes SMART ;
- l'établissement d'un cadre de concertation fonctionnel inter et intra-sectorielle, et avec les partenaires financiers.

10. SUIVI, SUPERVISION ET EVALUATION

10.1. Suivi

Le PSNAN fera l'objet de suivi et d'évaluation périodique à tous les niveaux de mise en œuvre. Les programmes et services de santé, le Service National de Nutrition, les Equipes-Cadres de région et de District, les ONG ainsi que la communauté à travers les CVD/CDQ, les Comités de Santé et de Gestion assureront le suivi. Les supports de gestion des données nutritionnelles seront mis en place dans chaque district. Les acteurs de mise en œuvre valideront les données recueillies à leur niveau respectif de responsabilité, l'équipe technique au niveau du district se chargeant de la compilation et de l'analyse des données.

10.2. Supervision

La supervision des prestataires se conformera aux normes nationales, notamment en matière de périodicité, pour tenir en éveil leur motivation dans l'exécution de leurs tâches, et renforcer ses compétences, grâce aux outils élaborés à cet effet.

10.3 Evaluation

L'évaluation du PSNAN se fera à mi-parcours et à la fin de sa mise en œuvre et portera sur :

- les résultats/indicateurs
- la performance des acteurs
- l'impact des activités sur l'état nutritionnel de la communauté.

10.4. Principaux Indicateurs

INDICATEURS PAR AXE STRATEGIQUE	2011	2015 - 2016	TENDANCES
1(A). PROMOTION DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE / RENFORCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ANJE			
ANJE / IHAB / ICAB			
% de nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance	61,1%		
% d'enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein	62,5%		
% enfants 6 - 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein	43,2%		
% nourrissons alimentés au biberon	03,7%		
Adoption et application du Code de commercialisation des substituts du lait maternel	Non		
% Formations sanitaires " amies des bébés "	00%		
MALNUTRITION EXCEDENTAIRE			
Prévalence de l'obésité	6,2%		
% de personnes de 15 à 64 ans consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	5,1%		
% d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	87,0%		
Prévalence du Diabète	2,6%		
% des adultes âgés de 25 à 64 ans avec aucun des facteurs de risque combinés ³	2,4%		
% des adultes âgés de 25 à 64 ans avec trois facteurs de risque ou plus	16,1%		

³ Résumé des facteurs majeurs de risque combinés

2. Fumeurs actuels quotidiens ; 2. Consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ; 3. Niveau bas d'activité physique ; 4. Surcharge pondérale ou obésité ; 5. Tension artérielle élevée ;

1(B). PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS			
% Aliments vendus sur la voie publique conformes aux règles d'hygiène	ND		
2. RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DENUTRITION			
PROMOTION DE L'ALIMENTATION DANS LE CONTEXTE DU VIH			
% de femmes enceintes séropositives recevant un régime complet prophylactique d'ARV pour réduire la TME du VIH	57,2%		
% des femmes enceintes éligibles recevant des ARV	17,0%		
% des femmes enceintes séropositives recevant de la chimioprophylaxie au Cotrimoxazole	4,8%		
% des enfants éligibles recevant des ARV	15,0 %		
% des enfants éligibles recevant de la chimioprophylaxie au Cotrimoxazole	15,0 %		
PROMOTION DE L'ALIMENTATION DANS LES "SITUATIONS DIFFICILES"			
% de personnes appartenant aux groupes défavorisés et/ou vulnérables ayant fait l'objet d'une prise en charge nutritionnelle	ND		
% de prestataires formés à la prise en charge nutritionnelle des personnes en "situations difficiles"	ND		
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION AIGÜE DANS LES CREN / FS ET A TRAVERS L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE (ASPECTS NUTRITIONNELS)			
% des enfants avec malnutrition aigüe recevant des aliments thérapeutiques	17,6%		
% de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère	48,0%		
% insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	16,6%		
% retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	29,5%		
% émaciation chez les enfants de moins de 5 ans	04,8%		
% dénutrition chez les femmes en âge de procréer (IMC <18,5)	08,7%		
% insuffisance pondérale à la naissance	11,5%		
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION AIGÜE DANS LES CREN ET TRAVERS L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE (AUTRES ASPECTS : PCIMNE,)			
% de nouveau-nés avec pneumonie traités aux antibiotiques à domicile	36,5%		
% de cas d'IRA traités aux antibiotiques par un agent de santé formé	68,9%		
% d'enfants ayant eu la diarrhée et reçu un TRO avec poursuite de l'alimentation	23,6%		
% d'enfants avec diarrhée et traités avec SRO plus Zinc	1,6%		

% des mères se lavant les mains de manière adéquate aux moments critiques ⁴	ND	30,0%	
% d'enfants avec paludisme traités à laCTA par un agent de santé formé	09,5%		
% des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA	57,0%		
% des enfants éligibles recevant des ARV	49,0%		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination contre la Rougeole	63,8%		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination BCG	90,7%		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu la vaccination OPV	65,2%		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent	71,4%		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque	0,0%		
% d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin contre le rotavirus	0,0%		
3. RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA CARENCES EN MICRONUTRIMENTS			
FORTIFICATION ALIMENTAIRE EN MICRONUTRIMENTS			
% fabrication / disponibilité d'aliments fortifiés	ND		
% des ménages consommant des aliments fortifiés	ND		
IODE			
% des ménages consommant du sel iodé	31,5		
% de goitre chez les enfants de 6 à 12 ans	2,1%		
% de femmes en âge de procréer dont la médiane d'iode urinaire se situe entre 100 et 200 µg/l	ND		
FER – ACIDE FOLIQUE (FAF)			
% de femmes enceintes supplémentées en FAF	0,0%		
% d'enfants de < 5ans ayant reçu la supplémentation de FAF	1,6%		
% de femmes enceintes anémiées (<i>carencées en FAF</i>)	40,7% - 65,3%		
% d'enfants de 6 à 36 mois anémiés (<i>carencés en FAF</i>)	79,0% - 94,3%		
VITAMINE A			
% d'accouchées supplémentées en vitamine A	ND		
% d'accouchées bénéficiant d'un suivi post-natal (au moins une visite post-partum dans les deux jours suivant l'accouchement)	33,0%		
% des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A	88,1		

⁴ Lavage des mains avec du savon avant de manger, après l'utilisation des latrines ;

4. RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE			
% de villages ruraux disposant d'un ASC formé à la prise en charge de la Malnutrition aiguë (<i>COMMUNITY THERAPEUTIC CARE</i>)	ND		
% de villages ruraux disposant d'un ASC formé sur les soins intégrés (<i>PNEUMONIE, DIARRHÉE, PALUDISME</i>)	ND		
% de villages ruraux disposant d'un ASC formé sur les soins intégrés (<i>PNEUMONIE, DIARRHÉE, PALUDISME ET MALNUTRITION AIGUË</i>)	ND		
% de Formations sanitaires offrant des accouchements et disposant d'au moins un GSAM dans la localité desservie	ND		

11. CADRE LOGIQUE

DESCRIPTION	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATION	HYPOTHESES
OBJECTIFS			
<u>Objectif général</u> : lutter contre la malnutrition et promouvoir une alimentation saine et un état nutritionnel satisfaisant au sein de la population togolaise	- Indice de vulnérabilité alimentaire (par district / région) - Incidence des maladies liées à la malnutrition (déficitaire et excédentaire)	- Rapports de revues annuelles à tous les niveaux du système - Rapport d'évaluation à mi-parcours - Rapport d'évaluation finale	- Stabilité sociopolitique - Financement du PSNAN - Stabilité des devises et du franc CFA - Adhésion des communautés aux interventions nutritionnelles (IN) - Contribution des bénéficiaires
<u>Objectif spécifique 1</u> : renforcer / promouvoir l'éducation nutritionnelle, l'hygiène et la sécurité sanitaire des aliments	- Proportion de campagnes d'IEC menées sur celles prévues - Nb de technologies de transformation et de conservation ayant fait l'objet d'une vulgarisation - Nb de textes adoptés et mis en application - Nb de contrôles sanitaires effectués	- Rapports d'activités des services techniques - Rapport d'évaluation à mi-parcours - Rapport d'évaluation finale - Textes réglementaires	- Adhésion des communautés aux interventions nutritionnelles - Motivation des acteurs - Absence de catastrophes naturelles - Stabilité sociopolitique - Bonne Gouvernance - Financement du PSNAN
<u>Objectif spécifique 2</u> : renforcer les activités de lutte contre la dénutrition et les carences en micronutriments (vitamine A, fer, iode,.....)	- Prévalence de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale - Prévalence des carences en micronutriments (Iode, Fer, Vit. A) - Nb et quantité d'aliments fortifiés	- Rapport d'enquêtes - Rapports des services techniques - Visites des usines et rapport de supervision - Rapports de contrôles	- Adhésion des DDS aux IN - Adhésion de la communauté aux IN - Adhésion de la société civile aux IN - Absence de catastrophes naturelles - Stabilité sociopolitique - Financement du PSNAN - Performance des usines fabriquant des aliments fortifiés
<u>Objectif spécifique 3</u> : maintenir la prévalence de malnutrition excédentaire à des niveaux acceptables	- Proportion de campagnes d'IEC menées sur celles prévues - Prévalence du surpoids et de l'obésité	- Rapports d'activités des services techniques - Rapport d'évaluation à mi-parcours - Rapport d'évaluation finale - Textes réglementaires	- Adhésion des communautés aux interventions nutritionnelles - Motivation des acteurs - Stabilité sociopolitique - Financement du PSNAN - Financement du Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNMNT)
<u>Objectif spécifique 4</u> : renforcer le suivi, la supervision et l'évaluation de la mise en œuvre du PSNAN dans tous les districts	- Niveau d'atteinte des indicateurs - Complétude et promptitude des différents rapports	- Rapports d'activités - Rapports de suivi - Rapports de supervision - Rapports d'évaluation	- Financement du PSNAN - Motivation des acteurs - Adhésion des différents acteurs - Absence de catastrophes naturelles
<u>Objectif spécifique 5</u> : renforcer / promouvoir la recherche-action en alimentation et nutrition et la surveillance nutritionnelle.	- Nb d'enquêtes réalisées - Nb et régularité des rapports et des cartes sur la situation nutritionnelle élaborés	- Rapports d'enquêtes - Rapports / Cartes sur la situation nutritionnelle	- Financement du PSNAN - Motivation des acteurs - Adhésion des différents acteurs - Absence de catastrophes naturelles

RESULTATS			
Résultat 1 : les populations se sont approprié les modes de vie sains et les pratiques optimales d'alimentation	- Niveau d'amélioration de l'état nutritionnel de la population (baisse de la dénutrition, du surpoids et de l'obésité)	- Rapport d'évaluation finale du PSNAN	- Adhésion effective des partenaires au PSNAN - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre des PSNAN / PNMNT - Une adhésion effective des populations et des acteurs aux IN - Absence de catastrophes naturelles
Résultat 2 : la lutte contre la dénutrition et les carences en micronutriments, s'est renforcée	- Baisse des taux de dénutrition et des carences en micronutriments - Augmentation des produits fortifiés	- Rapport d'évaluation finale du PSNAN	- Adhésion effective des partenaires au PSNAN - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre du PSNAN - Une adhésion effective des populations et des acteurs aux IN - Absence de catastrophes naturelles
Résultat 3 : la malnutrition excédentaire est maintenue à des niveaux acceptables	- Baisse des taux de surpoids et de l'obésité	- Rapport d'évaluation finale du PSNAN et du PNMNT	- Adhésion effective des partenaires au PSNAN - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre des PSNAN / PNMNT - Une adhésion effective des populations et des acteurs aux IN
Résultat 4 : le suivi, la supervision et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie sont effectifs dans tous les districts.	- Disponibilité des données fiables sur les IN	- Rapports d'activités, de supervision, d'évaluation	- Une adhésion effective des acteurs aux stratégies de suivi, supervision et évaluation - Absence de catastrophes naturelles - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre du PSNAN
Résultat 5 : La recherche-action et la surveillance nutritionnelle sont effectives	- Disponibilité des données fiables sur les IN	- Rapports d'enquêtes initiale et finale	- Une adhésion effective des acteurs aux activités de recherche-action - Absence de catastrophes naturelles - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre du PSNAN

REFERENCES

1. République Togolaise – Politique Nationale d’Alimentation et de Nutrition. Lomé : Ministère de la Santé / UNICEF, 2010, 43 p.
2. République Togolaise – Programme National d’Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire – PNIASA – Plan d’investissement 2010 - 2015. Lomé : Ministère de l’Agriculture, de l’Elevage et de la Pêche, 2010, 117 p.
3. République Togolaise – Plan National de Développement Sanitaire (2012-2015). Lomé : Ministère de la Santé, 2011, 73 p (Draft Finalisé).
4. République togolaise – Enquête sur l’anémie et les facteurs associés dans les ménages du Togo (zone de l’Atakora Sec, des Savanes Sèches et Lomé-Commune). Lomé : Ministère de la Santé/Université de Lomé/OMS/UNICEF, 2000, 26 p et annexes.
5. République Togolaise – L’approche "STEPwise" de l’OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Manuel de données. Lomé : Ministère de la Santé, 2009, 66 p.
6. République Togolaise – Programme National des Maladies Non Transmissibles – Togo (PNMNT). Politique et Plan Stratégique 2012 - 2015. Lomé : Ministère de la Santé, 2011, 25 p (DRAFT).
7. République Togolaise – Stratégie Nationale de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Togo. Lomé : Ministère de la Santé / OMS, 2006, 16 p.
8. République Togolaise – Plan stratégique (2008-2012) de mise en œuvre de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Togo. Lomé : Ministère de la Santé / OMS, 2007, 64 p.
9. République Togolaise / OMS – Evaluation du contexte, des pratiques, des politiques et du programme relatifs à l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) au Togo. Rapport final. Lomé : Ministère de la Santé / OMS, 2006, 20 p.
10. République Togolaise – Plan Stratégique National des Interventions à base communautaire (2010-2013). Lomé : Ministère de la Santé, 2010, 67 p.
11. République du Niger – Plan National d’Action pour la Nutrition (2007-2015). Niamey : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Grandes Endémies, 2009, 129 p.
12. République du Mali – Plan Stratégique National pour l’Alimentation et la Nutrition (2005-2009). Bamako : Ministère de la Santé, 2005, 57 p.
13. République Togolaise – Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantojuvénile (2008-2012). Lomé : Ministère de la Santé, 2008, 58 p.
14. République Togolaise / UNICEF – Rapport d’enquête nationale Nutrition et Survie des Enfants de 0 à 59 mois. Pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Lomé : Ministère de la Santé / UNICEF, 2008, 88 p.
15. République Togolaise / UNICEF – Rapport final. Enquête Nutritionnelle et de mortalité. SMART. Lomé : Ministère de la Santé / UNICEF, 2009, 74 p.
16. République Togolaise / UNICEF – Troisième Enquête Nutritionnelle SMART. Rapport Final Août 2010. Lomé : Ministère de la Santé / UNICEF, 2010, 44 p et annexes.
17. République Togolaise - Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, Lomé : Ministère de la Santé / UNICEF, 2008, 51 p.
18. UNICEF -La situation des enfants dans le monde 2006, Exclus et invisibles. New York : Unicef, 2006, 143 p.

19. UNICEF - La situation des enfants dans le monde 2009, La santé maternelle et néonatale. New York : Unicef, 2009, 157 p.
20. République Togolaise – Evaluation de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode en 2005 au Togo. Lomé : Ministère de la Santé, 2006, 37 p.
21. République Togolaise – Rapport des activités du Service de Nutrition Annuel 2009. Lomé : Ministère de la Santé, 2010, 42 p.
22. République Togolaise / UNICEF - *Enquête par grappe à indicateurs multiples, MICS Togo*, Lomé : Ministère de l'Economie et du Développement (Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale du Togo) / UNICEF, 2006, 97 p et annexes.
23. République togolaise / PNUD – Enquête Nationale du Profil nutritionnel, de Santé et de Pauvreté des Populations du Togo, Draft Mai 2005. Lomé : PNUD, 2005, 59 p.
24. OMS - Rapport sur la santé dans le monde 2005, Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : OMS, 2005, 261 p.
25. République togolaise - Analyse de la situation en Santé de la Reproduction au Togo, 2003, Fascicule 2, Résultats de l'enquête dans les ménages. Lomé : Ministère de la Santé / URD / PNUD / UNFPA / OMS/ UNICEF, 2004, 120 p et annexes.
26. Agbèrè AD, Kouassi K – Dix-sept pratiques familiales et communautaires-clés en matière de "Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)". Analyse de la situation dans les cinq districts (Est-Mono, Blitta, Sotouboua, Tchaoudjo et Tchamba) d'appui de Plan Togo. Rapport final. Lomé : Plan Togo, 2004, 218 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Cadre logique ACTIVITE PAR ACTIVITE du PSNAN

NB : A REDIGER EN TENANT COMPTE DES ACTIVITES RETENUES PAR L'ATELIER DE VALIDATION

DESCRIPTION	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATION	HYPOTHESES
AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA NUTRITION ET DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE			
Activité 1 :			- Absence de catastrophes naturelles - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre du plan
Activité 2 :			- Absence de catastrophes naturelles - L'acquisition du financement requis pour la mise en œuvre du plan
Activité 3 :			- idem
Activité 4 :			- idem
Activité 5 :			- idem
Activité 6 :			- idem
Activité 7 :			- idem
Activité 8 :			- idem
Activité 9 :			- idem
Activité 10 :			- idem
Activité 11 :			- idem
Activité 12 :			idem
AXE STRATEGIQUE 2 : RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA DENUTRITION			
Activité 13 :			
Activité 14 :			
Activité 15 :			
Activité 16 :			
Activité 17 :			-
Activité 18 :			
Activité 19 :			
Activité 20 :			
Activité 21 :			
Activité 22 :			
Activité 23 :			
Activité 24 :			
Activité 25 :			
Activité 26 :			
AXE STRATEGIQUE 3 : RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS			
Activité 27 :			
Activité 28 :			
Activité 29 :			-
Activité 30 :			
Activité 31 :			
Activité 32 :			
Activité 33 :			
Activité 34 :			
Activité 35 :			
Activité 36 :			
Activité 37 :			
Activité 38 :			

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE			
Activité 39 :			
Activité 40 :			
Activité 41 :			
Activité 42 :			-
Activité 43 :			
Activité 44 :			
Activité 45 :			
Activité 46 :			
Activité 47 :			
Activité 48 :			
Activité 49 :			
Activité 50 :			
AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION			
Activité 53 :			Absence de catastrophes naturelles Adhésion des autorités aux IBC
Activité 51 :			idem
Activité 52 :			idem
Activité 53 :			- Absence de catastrophes naturelles - Acquisition du financement du PSN
Activité 54 :			idem
Activité 55 :			idem
Activité 56 :			idem
Activité 57 :			
Activité 58 :			
Activité 59 :			
Activité 60 :			idem
Activité 61 :			idem
Activité 62 :			idem
Activité 63 :			idem
Activité 64 :			idem
Activité 65 :			

**ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION**

N°	NOM/ PRÉNOMS	TITRE/FONCTION	INSTITUTION
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
etc.			