



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Veille nutritionnelle au Togo : Problématique, enjeux et faisabilité

présenté par

Kokouvi Mawuyena ATTI

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Politiques Nutritionnelles

le 01 avril 2009

Devant le jury composé de :

Christian MESENGE

Président

Directeur de département santé
Université Senghor

Anne-Marie MOULIN

Examineur

Directeur de Recherches CNRS-CEDEJ Caire

Vincent LEROUX

Examineur

Médecin de Santé Publique, Professeur à l'Ecole Centrale,
Médecin à l'Hôpital National de saint Maurice

Remerciements

Je remercie mon oncle Anani ATTI pour m'avoir insufflé l'élan pour relever le challenge de Senghor, et pour son entière disponibilité.

A toute ma famille qui n'a cessé de m'envoyer des encouragements et qui est toujours d'esprit avec moi
M. Apédoh-Amah Luther qui s'est beaucoup investi pour m'assurer et envoyer les informations en provenance du pays,

A mes collègues, les collègues qui m'ont soutenu et éclairé de leurs enrichissements car pour moi la santé publique est un nouveau monde que j'ai découvert avec bonheur,

A Monsieur Jean ICHLEMEDJIAN que nous appelons affectueusement Monsieur Jean et sa famille qui nous ont adopté, en cette terre à nous étrangère et qui pour leur disponibilité, ont éloigné de nous les problèmes existentiels qui autrement vont rendre plus vivace l'éloignement de notre terre natale.

A tous mes amis au pays et à travers le monde qui m'ont tous à leur manière soutenu tout le long de ma formation,

Je remercie mes différents professeurs qui ont avec maestria et indulgence su transmettre des connaissances qui assurément vont me servir pour la vie.

Je dis un grand merci au Docteur Vincent LEROUX qui m'a insufflé son amour du management et son sens du partage et cette envie de construire un monde meilleur pour ces semblables.

Je ne saurais oublier Alice MOUNIR la cheville ouvrière de notre département et qui avec sourire veille à la bonne marche des activités du département.

Enfin, une grande reconnaissance à Christian MESENGE, notre guide, notre directeur qui a toujours le souci de notre bien être et de nous assurer une formation enrichissante qui à n'en pas douter va faire de nous les développeurs de nos différentes sociétés.

Kokouvi Mawuyena ATTI, du département Santé

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mon défunt père Feu Kokou ATTI, que la terre lui soit légère. Cet homme qui jusqu'à son dernier souffle a essaimé autour de lui des idées de progrès et qui croyait profondément en l'Afrique.

A ma mère Abra AHOLOU qui n'a cessé de m'encourager

A ma mère Perpétue Akou ATTI née EGBENOUGNA, celle qui m'a élevé et entouré de sa sollicitude et de son amour.

A Kudzo Defonu mon ami et frère de toujours.

Résumé

La veille nutritionnelle est un outil innovant et performant pour apporter une réponse efficace aux diverses problèmes nutritionnelles que connaissent les PED en général et le Togo en particulier. En effet, malgré les efforts et les initiatives qui s'inscrivent dans la mise en place des OMD, la persistance des risques nutritionnelles qui impactent fortement les populations du Togo demeurent.

Atteindre la sécurité alimentaire, au Togo, pour toute la population surtout celle plus vulnérable (enfants de moins de 5 ans) à tout moment, reste un défi et fait partie des priorités du moment.

Cette analyse de la situation nutritionnelle est faite sur la base d'une revue de la littérature qui a fait le tour de la question tant sur le plan mondial, sur le plan africain qu'au Togo. En effet la situation sanitaire et nutritionnelle malgré quelques embellies demeure préoccupante.

Pour arriver à ce constat et afin de faire des propositions pour améliorer l'état nutritionnel et faire reculer la pauvreté au Togo, nous avons procédé par une méthodologie qui est basée sur l'analyse des risques nutritionnels, ses causes et son impact sur la situation sociopolitique des populations du Togo. De cette revue, il ressort que le système et le cadre global doivent être façonnés, réorganisés dans une optique systémique où les différents acteurs doivent travailler en synergie et pour impacter favorablement les conditions de vie de la population.

Ce constat appelle l'action, alors nous pensons apporter notre pierre à la construction de l'édifice. Aussi proposons-nous de mettre en place, dans notre pays, une veille nutritionnelle. Elle est un outil intégrateur qui va créer un cadre favorable et durable par et pour les populations du Togo. Elle sera articulée autour des trois axes à savoir :

Sensibiliser et éduquer les femmes aux questions nutritionnelles;

Encourager un partenariat gagnant entre les propriétaires terriens et les producteurs agricoles pour la création des plantations de fruitiers (bio) à l'instar des bananes, des oranges et des ananas ;

Mettre sur place un système d'information simple basée sur la base de données DevInfo (outil mis à la disposition des PED pour le monitoring des OMD) et le téléphone sans fils « l'illico » avec la création d'un corps « d'agent de la nutrition » qui seront déployés sur le territoire.

Mots-clefs :

Nutrition, alimentation, veille nutritionnelle, surveillance nutritionnelle, risques, DevInfo.

Abstract

The nutrition watch is an innovative and powerful tool to provide an effective response to various nutritional problems faced by developing countries in general and Togo in particular. Indeed, despite effort and initiatives engaged in the context of MDG implementation, there still persist nutritional risks that strongly affect the people of Togo.

Achieving food security in Togo for the entire population especially its vulnerable component (children less than 5 years) remains a challenge and is part of current priorities.

This analysis of the nutritional situation is based on review of literature that considers that issue from Worldwide, African and Togolese perspectives. Indeed, in spite of some improvements, health and nutrition status remains preoccupating in Togo.

To realize our study and make proposals in order to improve the nutritional status and reduce poverty in Togo, we have adopted a methodology that based on the analysis of nutritional risks, its causes and impacts on socio-political situation of the people of Togo. The literature review shows that the system and the overall framework should be reorganized in a systemic approach where different actors need to work together in order to impact positively people's life conditions.

These findings call for action and we bring through this study our contribution to the construction of the building. We propose thus to establish in our country a nutritional watch. It is an integrated tool that will create a favourable and sustainable environment by and for the people of Togo. It will be articulated around three pillars namely.

Awareness raising and women education about nutrition issues;

Encourage a winning partnership between young people for create and produce their own food and fruit plantations like bananas, oranges and pineapples;

Setting up a simple information system based on DevInfo database (tool available to developing countries for the MDG) and Illico (wireless phone network) with the creation of a "nutrition agent corps" to be deployed all over the territory.

.

Key-words

Nutrition, alimentation, nutrition watch, nutrition survey, risk, DevInfo.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AS : Assistance sanitaire

ANC : Apport Nutritionnel Conseillé

CHEE&DD : Collège des Hautes Etudes de l'Environnement & du Développement Durable

CIN : Conférence Internationale sur la Nutrition

CS : Centre de santé

DD : Développement durable

DIM : Direction de l'information

DSRP : Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté

ECP : Ecole Centrale de Paris

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EN : Etat nutritionnel

FMI : Fonds Mondial d'Investissement

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population

HNSM : Hôpital National de Saint Maurice

IMC Indice de Masse Corporel

Kcal : Kilo calorie

MICS : Multiple Indicator Cluster Survey (Indicateur multiple surveillance par grappes)

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAM : Pays les Moins Avancés

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

PUND Programme des Nations Unies pour le Développement

PED : Pays en Développement

QUIBB : QUIBB : Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien Etre

RC : Relais Communautaire organisé

SFSP : Société Française de Santé Publique

SI : Systèmes d'information

SN : Surveillance nutritionnelle

SP : Santé Publique

SSP : Soins de Santé Primaire

TBC : Tuberculose

UNICEF : Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations Children's Emergency Fund en

anglais)

VIH/SIDA : Le virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

Sommaire

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Mots-clefs :.....	iii
Abstract.....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Sommaire.....	vii
Introduction.....	1
1 Contexte et justification.....	3
1.1 Cadre de l'étude.....	3
1.2 Pertinence du sujet.....	5
1.3. Incidence de la pauvreté au Togo.....	6
1.4. Historique du concept de la veille nutritionnelle.....	7
1.4.1 La surveillance épidémiologique.....	7
1.4.2 Système de surveillance.....	8
1.4.3 Veille nutritionnelle.....	8
2 Revue de la littérature.....	9
2.1 Sécurité alimentaire et nutritionnelle.....	9
2.2 La notion du risque.....	9
2.2.3 Les risques techniques.....	11
2.2.4 Les risques liés à la mauvaise alimentation.....	11
2.3 Les causes.....	11
2.3.1 La famine et pénuries alimentaires.....	12
2.4 Comment mesure-t-on ces risques?.....	14
2.4.1 Les indicateurs directs.....	14
2.4.2 Production et réserves de vivres en baisse.....	15
2.4.3 Disponibilités énergétiques alimentaires.....	15
2.4.3.1 Les indicateurs anthropologiques.....	15
2.5 Les dimensions du risque.....	16
2.6 Quelles sont les fonctions possibles d'une veille nutritionnelle?.....	17
2.8 Le modèle causal comme outil.....	18

3	Méthodologie.....	20
3.1	Alimentation.....	20
3.2	Nutrition.....	20
3.3	Surveillance.....	20
3.4	Industries Agroalimentaires.....	21
3.5	Pôle de santé publique.....	21
3.6	Recherche et veille documentaire.....	22
3.7	Pôle de santé publique de l’Est Parisien.....	22
3.7.1	Le retour d’expérience.....	23
3.7.2	Conférences et salons.....	24
3.7.3	Immersion chez les diététiciennes à HNSM.....	25
3.7.4	Alerteurs.....	25
3.7.5	Le blog.....	26
3.7.6	Construction du territoire ou d’un pôle.....	26
3.8	DevInfo.....	26
3.9	Cours à l’Université de Senghor.....	27
3.10	Analyse des données.....	27
3.11	3 Surveillance alimentaire et nutritionnelle non intégrées.....	28
4	Propositions.....	29
4.2	Axe 1 La plate forme DevInfo-illico.....	30
4.2.2	Agent de nutrition.....	31
4.2.3	Cadre institutionnel.....	31
4.3	Axe 2 Relais communautaire.....	31
4.3.1	Cadre institutionnel.....	31
4.3.2	Textes légaux.....	32
4.3.3	Concept de relais communautaire.....	32
4.4	Statut (profil) du relais Communautaire.....	32
4.4.1	Attributions.....	32
4.5	La vision de l’approche communautaire.....	33
4.6	Modalités de sélection.....	33
4.6.1	Processus de sélection.....	33
4.6.2	Etapes à suivre.....	34
4.6.3	Critères de sélection.....	34
4.6.4	Mandat.....	35
4.6.5	Modalités de la formation.....	35

4.6.6 Champs d'action.....	35
4.6.7 Modalités de gestion	35
4.6.8 Intégration et spécialisation des Relais Communautaires.....	35
4.7. Axes 3 Création des plantations de fruits ;	36
5 Conclusion	36
6 Liste des figures	39
7 Liste des tableaux	40
8 Références bibliographiques.....	41
9 Bibliographique	44
10 Annexe.....	45

Introduction

«La faim et la malnutrition sont inacceptables dans un monde qui dispose à la fois des connaissances et des ressources voulues pour mettre fin à cette catastrophe(...). Nous nous engageons à agir en commun pour que le droit d'être à l'abri de la faim devienne une réalité.» (11 décembre 1992, Conférence internationale sur la nutrition, OMS et FAO). Voilà en des termes on ne peut plus clairs des engagements pris par les grands décideurs et penseurs lors de ce symposium.

Mieux, Aujourd'hui plus de la moitié de la population mondiale est atteinte par une forme ou une autre de malnutrition, maladies de carences et/ou d'excès. Malgré les efforts et en dépit de certains progrès, les objectifs de réduction des malnutritions fixés par les grands sommets internationaux des années 90 sont loin d'être atteints. De plus, le fossé entre riches et pauvres se creuse globalement. Et ce phénomène s'observe aussi bien entre les Etats qu'entre les individus d'un même pays. Cet état de chose aggrave la situation nutritionnelle et sanitaire des plus vulnérables : les pauvres.

En effet, avec les progrès surtout sur tous les plans des découvertes scientifiques et l'augmentation d'une façon générale de la richesse, les PED doivent saisir ces opportunités pour mettre en place des structures, des programmes, et élaborent des stratégies pour asseoir leur développement durable et ceci dans le but d'assurer le bien être de leurs populations. Il est vrai, le droit à l'alimentation suffisante et saine est un droit fondamental à chaque individu. Et une approche en matière de droit à l'alimentation exige que les États reconnaissent leur obligation de garantir la disponibilité d'une nourriture saine, adaptée du point de vue nutritionnel et culturellement acceptable; de respecter et protéger les consommateurs et d'assurer une bonne nutrition pour tous.

C'est dans cette même perspective qu'à l'orée du 3^e Millénaire en 2000, les Nations Unies ont mobilisé la communauté internationale sur huit Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui visent à améliorer les conditions de vie des différentes populations dans tous les coins de la terre d'ici à 2015. Evidemment, plus d'un milliard de personnes continuent de lutter pour survivre avec moins d'un dollar par jour; le premier objectif en est donc de réduire l'extrême pauvreté et la faim

Aussi pouvons-nous affirmer que l'adoption d'une politique de population d'envergure nationale, après une analyse de la structure de cette population a été vue comme étant le cadre structurel idéal pour l'amélioration des conditions et du niveau de vie des populations. En ce sens des stratégies sont mises en œuvre et des moyens sont mobilisés pour diminuer la paupérisation de la population.

En abordant dans le même sens, il y a lieu de rappeler que, les domaines touchés par la mise en œuvre d'une telle politique, sont nombreux et, l'interaction entre les secteurs de développement concernés, est inévitable. Il devient donc essentiel d'évaluer correctement l'ampleur et la complexité des problèmes démographiques pour y apporter des solutions adéquates. La maîtrise complète des données de l'univers socio-démographique est indispensable à toute prétention de planification et de gestion des programmes de développement.

Pour coordonner ces projets de développement, les planificateurs ont besoin de disposer d'informations suffisantes et fiables dans un environnement socio-économico-politique sain voire favorable pour accomplir leurs tâches.

Ainsi, la nouvelle démarche reconnaît la complexité des facteurs déterminants de la pauvreté et les travaux considérables effectués en matière de lutte contre la pauvreté par d'autres organismes, y compris par les institutions du système des Nations Unies. Si les causes et les solutions sont spécifiques à chaque pays, en règle générale, cette démarche présentera des éléments communs d'une bonne stratégie de lutte contre la pauvreté (Beghin I., Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. 2002).

Or, le Rapport mondial sur le développement humain 2003 du PNUD montre que dans de nombreux pays il n'existe encore aucune donnée concernant certains des principaux indicateurs correspondant aux OMD. Par exemple, 55 pays (pour la plupart africains) ne disposent pas d'informations sur la part de leur population qui vit avec moins d'un dollar par jour (seuil international de définition de la pauvreté extrême OMS) et 100 pays n'ont aucune donnée sur l'évolution de la pauvreté, ce qui interdit un suivi des progrès accomplis vers le premier des OMD (Beghin I., Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. 2002).

Aussi allons-nous articuler notre propos autour des quatre axes principaux que nous déclinerons en quatre chapitres. D'abord nous allons procéder, dans la première partie intitulée contexte et justification, à une description générale de la situation qui prévaut au Togo à travers une synthèse pertinente des données du terrain. Ceci dans le but de mettre en exergue la pertinence de notre propos et de dégager des questions essentielles auxquelles nous allons apporter des solutions.

Ensuite dans la deuxième partie, nous allons faire une revue de la littérature, C'est-à-dire faire une synthèse critique, structurée et argumentée des sources disponibles et des sources consultées qui ont traité, à des niveaux autres des questions qui touchent ou abordent dans le même sens que notre problématique.

Après, dans la troisième partie, nous allons énoncer la démarche, voire la méthodologie, c'est-à-dire présenter les outils utilisés pour répondre ou faire des propositions pour résoudre les problèmes soulevés par la problématique.

Puis nous allons dans la quatrième partie, exposer de façon claire, ce à quoi nous destinons notre travail c'est-à-dire décliner ou annoncer notre proposition-projet.

Enfin, et pour clore cette introduction, nous insisterons sur le fait que le sujet dont nous débattons est certes récent dans l'évolution du monde mais est tout à fait innovant dans le cadre de mon pays le Togo. La situation de précarité que connaissent la plupart des PED nous interpelle. Il faut avoir l'audace et l'imagination pour y faire face. Et c'est des initiatives de ce genre qui peuvent nous sortir de cette spirale de pauvreté.

1 Contexte et justification

Au Togo, le problème d'alimentation ne se pose pas seulement sur le plan quantitatif, mais surtout en termes qualitatifs, en termes d'accessibilité, en termes de gestion de stocks et en termes de faible revenu des ménages. C'est ce qui a pour conséquence les problèmes d'insécurité alimentaire structurelle (malnutrition chronique) et conjoncturelle (période de soudure).

1.1 Cadre de l'étude

Le Togo est un petit pays de l'Afrique occidentale qui occupe une superficie de 56 600 km². Il est étiré du Nord au Sud sur 600 km, entre le Golfe de Guinée et le Burkina Faso. Il mesure entre 45 et 150 km de large entre le Ghana à l'Ouest et le Bénin à l'Est. Sa population estimée à 5,2 millions d'habitants en 2006 est très jeune avec 43,7% de moins de 15 ans (PUND 2006).

C'est un pays relativement arrosé, mais pour des raisons de manque de planification insuffisante, ce pays connaît comme la plupart des pays en développement (PED) une situation de vulnérabilité alimentaire.

En effet, on ne peut comprendre la situation de l'agriculture togolaise qu'en l'étudiant dans le contexte socio-économique global. Selon des études du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD 2006), 72% de la population togolaise est pauvre et 57% est extrêmement pauvre, avec un revenu annuel de 90 000 FCFA pour la première catégorie et de 70 000 pour la seconde.

La faiblesse de la production et de la productivité, accentuée par de fortes variations climatiques d'une année à l'autre, ainsi que l'insuffisance des revenus en zones surtout rurales, sont les causes principales de la malnutrition chronique et de l'insécurité alimentaire au niveau familial. Et pourtant l'économie togolaise est basée, dans une large mesure, sur l'agriculture. Les recettes générées par les produits agricoles représentaient en 2003 environ 37,8% du PIB (Produit intérieur brut), qui atteignait alors 1 076 milliards de FCFA, selon des statistiques du ministère de l'Economie et des Finances.

Aujourd'hui l'actualité est dominée par l'impact à travers le monde de la production des biocarburants sur les stocks alimentaires. Cet état de chose vient aggraver les problèmes surtout nutritionnels auxquels sont en butte les pays en voie de développement.

Cette situation interpelle à plus d'un titre, les Pays en Développement (PED) en général et le Togo en particulier, à revoir sérieusement leur modèle de développement. En effet, le Togo qui a souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est tenu de tout mettre en œuvre pour en assurer la pleine réalisation. Les OMDs déclinés en huit objectifs sont un cahier de charge à exécuter pour asseoir le développement durable et apporter par voie de conséquence une riposte à la pauvreté dans tous ses aspects.

En effet sur 1 000 enfants togolais, 108 meurent avant leur cinquième anniversaire. La malnutrition est associée à un grand nombre de cas de décès prématurés, selon les résultats de l'enquête par grappe

d'indicateurs multiples (MICS 2006), la plus récente étude menée sur la situation des enfants et des femmes au Togo. Le taux national de malnutrition aiguë parmi les enfants de moins de 5 ans était estimé à 14,3% en 2006.

Près de 47,3% des ménages togolais se situent en deçà du seuil de pauvreté, selon un rapport sur l'état de la population présenté en janvier 2009 à Lomé par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). "La pauvreté est essentiellement perceptible dans les zones rurales où vivent 79,9% des individus pauvres et où l'incidence est de 74,3%, contre une contribution de 20,1% en milieu urbain confronté à une incidence de pauvreté de 36,8%", peut-on lire dans ce rapport. Lomé abrite 7,9% des pauvres. Les personnes déshéritées se concentrent particulièrement dans les régions Maritime et des Plateaux qui, selon le document du FNUAP, "supportent à elles seules un peu moins que la moitié de la population pauvre (44,6%) avec des incidences respectives de 69,4% et 56,2%. L'incidence de pauvreté, révèlent par ailleurs les statistiques, "est particulièrement plus élevée" dans les régions Centrale (77, 7%), et Kara (75%). La région des Savanes, avec une incidence de 90,5% et abritant 18,4% de l'ensemble des pauvres, est la région où la proportion de pauvres est la plus élevée au Togo. D'après les chiffres contenus dans le rapport, la pauvreté touche 3.242.257 d'individus répartis au sein de 535 486 foyers, pour une population estimée au Togo à environ 5,2 millions d'habitants. Il est clair que faire allusion à la pauvreté, parle forcément de la malnutrition (PNUD 2006).

Petit pays d'Afrique de l'Ouest, le Togo fait partie des Pays les moins avancés (PMA) avec un revenu par habitant de 360 dollars US (chiffre de 2005) et un indice de développement humain de 0,495 selon le rapport annuel du PNUD qui le classe au 147ème rang mondial.

Par ailleurs, le Togo connaît des crises politiques à répétition. Ces crises ont disloqué le tissu social, désorganisé l'économie et engendré une pauvreté généralisée. La faim est le lot commun de près de 80% de la population selon le rapport de monitoring 2007 des OMDs avec un déficit de 201 301 tonnes de céréales selon les services statistiques nationales au cours de la campagne 2007/2008 dans la région maritime qui abrite les 2/3 de la population togolaise.

C'est dans ce climat de pauvreté généralisé, qu'il urge que les décideurs africains se donnent les moyens pour mettre ce beau continent sur les rails du développement durable. Le chantier est gigantesque et c'est la quasi-totalité des secteurs qui est concerné.

Et c'est enfin dans cette perspective que s'inscrit notre démarche qui est une proposition parmi tant d'autres pour apporter une réponse efficace et tendre vers la réalisation des objectifs 1 et 8 des OMD d'ici 2020. Et cette démarche est la mise en place d'une veille nutritionnelle « améliorée » voire élargie qui est la construction d'un système général, une plate forme managériale pour coordonner et les différents acteurs et les bénéficiaires de notre plan d'action.

Mieux, c'est mettre en place un système efficace pour la collecte optimale et la gestion de ces informations et faire en sorte qu'elles concourent à la prise de décision au niveau du gouvernement et des partenaires traditionnels et privés. Système de collecte qui sera au cœur d'un certain nombre d'actions qui vont impacter favorablement sur le bien être à terme des populations du Togo.

1.2 Pertinence du sujet

La crise conjoncturelle qui frappe le monde en général et le Togo en particulier, vient accentuer une crise agricole, alimentaire voire socio-politique déjà structurelle. De plus en plus, l'agriculture des pays en voie de développement nourrit de moins en moins les populations (Niger 2005). Et l'autosuffisance alimentaire tant désiré par les PED n'est plus qu'un mirage. C'est état de chose impacte négativement sur l'EN de ces populations.

Au Togo, en ce qui concerne la sécurité alimentaire, les informations sur les disponibilités alimentaires par habitant et par jour montrent une diminution des rations calorifiques de 2.351 kilo calories en 1997 à 2.284 en 2001. Chiffres bien sûr inférieurs à la norme de la FAO qui est de 2.400 kilo par jour.

Est-il encore acceptable dans ce monde en progrès où des bonds conséquents au niveau de la maîtrise des moyens de production a atteint un tel niveau de performance, que des populations souffrent encore de la faim? N'est-ce pas là la conséquence d'un déficit organisationnel?

Pour répondre à cette séries de questions, il urge que des actions soient menées, des stratégies à développer pour dans un premier temps soulager les populations et dans second réaliser et construire un environnement porteur d'un DD pour tous?

Assurément des solutions existent ! Elles sont nombreuses et intéressantes les unes que les autres. Nous pensons pour notre part que mettre en place une veille nutritionnelle « améliorée » qui est innovante dans le contexte du Togo car la chose nutritionnelle est jusqu'ici mal appréciée, et surtout superficiellement appréhendée. En effet, l'action jusqu'à présent ne se focalise que sur les manifestations alors qu'il faut impacter le cadre causal et briser la chaîne des causes qui concourent à la survenue des difficultés nutritionnels que connaissent nos populations.

Aussi avons-nous fixé, pour apporter une réponse à notre problématique, les objectifs suivants :

But général : réduire de moitié l'incidence de la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans d'ici 2020

Objectif principal : mettre en place une veille nutritionnelle basée sur un système efficace de collecte des informations sur les indicateurs nutritionnels.

- Objectif spécifiques :

- ✓ Mettre en place un réseau de collecte de l'information à l'échelle nationale,
- ✓ structurer la veille prospective et anticiper les besoins d'expertise,
- ✓ Sensibiliser, former et renseigner pour plus de responsabilité, de productivité et pour la maîtrise de leur nutrition,
- ✓ renforcer la transversalité entre les parties prenantes, acteurs du développement du territoire et les bénéficiaires pour asseoir le DD.

- Résultats attendus

- ✓ Mettre en place une veille nutritionnelle,
- ✓ Collecte optimale des informations sur l'état nutritionnel,
- ✓ Assurer une prise en charge globale.

1.3. Incidence de la pauvreté au Togo

Pour expliquer ce qui est dit plus haut, et il y a lieu de le dire, le Togo dont la population avoisine les 5,2 millions d'habitants fait partie des PMA, avec un revenu national brut par habitant estimé à 360 dollars US (PNUD 2005). Depuis le début des années 1990 juste après le discours de Mitterrand à la Baule, le pays est entré en crise et connaît une réduction de l'activité économique formelle, l'expansion du secteur informel et la réduction considérable de l'aide extérieure. Néanmoins on assiste à une embelli de la situation selon le rapport récent du FMI (Fév. 2009). C'est dire que des efforts se font, et doivent être encouragés et soutenus. Et c'est en ce sens que se situe notre propos.

L'impact de ce climat de crise socio politique est avéré. On observe une paupérisation de la population depuis 1997, l'an 7 de la crise sociopolitique que traverse le pays. Ce phénomène de précarité de la population s'observe surtout dans les zones rurales en particulier celles de l'intérieure du pays à l'instar des régions de la Savane et de la Kara

Le Togo est aussi caractérisée par le niveau élevé de mortalité maternelle (478 pour 100 000 naissances vivantes), infantile (80 pour 100), et des enfants de moins de cinq ans (146 pour 1000). Le tableau épidémiologique est dominé par les maladies transmissibles dont le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose qui représentent la majeure de morbidité et de mortalité

Par ailleurs, dans nombre d'études et rapports comme le Rapport mondial sur le développement humain 2003 du PNUD, il est régulièrement fait mention que, dans de nombreux pays il n'existe encore aucune donnée concernant certains des principaux indicateurs correspondant aux OMD. Précisément, 55 pays (pour la plupart africains) ne disposent pas d'informations sur la part de leur population qui vit avec moins d'un dollar par jour (seuil international de définition de la pauvreté extrême) et 100 pays n'ont aucune donnée sur l'évolution de la pauvreté, ce qui interdit un suivi précis des progrès accomplis dans la réalisation des OMD (Scott, 2005).

Or, la réalisation dans une large mesure des OMD doit se faire dans un contexte général bien défini, avec la mise sur pied de plans directeurs dans un souci d'actions systémiques et globalisantes qui doivent assurer le DD et partant installer la prospérité dans tous les coins du globe.

1.4. Historique du concept de la veille nutritionnelle

1.4.1 La surveillance épidémiologique

A l'origine la surveillance est le fait d'une surveillance épidémiologique. En effet avec les grandes découvertes de la science et les progrès en tous genres qui ont suivi, le monde est déjà entré dans ce que nous pouvons appeler avec pudeur une certaine mondialisation avec tous ses effets bénéfiques et pervers. Ainsi au XIXe siècle, lors de l'expansion des transports maritime, les premiers voiliers à coque d'acier, puis les bateaux à vapeur permettaient non seulement un accroissement considérable des échanges entre continents, mais surtout une accélération de ceux-ci avec en corollaire la propagation des grandes pandémies, tout particulièrement le choléra. (Beghin I., Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. 2002).

En effet le premier exemple connu d'une activité de surveillance sanitaire en Europe nous vient de la république de Venise en 1348. Confrontée à une sévère épidémie de peste pulmonaire amenée par des navires, la cité engagea des gardes chargés de repérer et de bannir les navires ayant à leur bord des personnes infectées pour prévenir toute contamination. Voilà la première trace d'une mesure systématique qui conduisit à une mise en quarantaine de tout navire provenant de la zone infestée. Cette quarantaine est probablement la première mesure de santé publique dûment enregistrée par un gouvernement en Europe en relation avec une activité de surveillance sanitaire (Beghin I., Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. 2002 ; OMS, 1976). Ceci en ce sens que la surveillance très tôt est perçue comme un outil en réponse aux risques sanitaires.

Mieux la surveillance est une activité qui consiste à se maintenir continuellement informé sur une situation épidémiologique donnée, de façon à pouvoir agir rapidement en cas d'élévation soudaine du risque (Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. 2002). Cette définition situait déjà la surveillance dans le cycle décision-action est l'assertion que l'on retient aujourd'hui.

Ainsi c'est de la surveillance des maladies infectieuses et qui a permis d'assurer leur prévention et optimiser leur traitement qui a donné le concept, concept qui est appliqué à tous les facteurs de risque vu ses résultats probants. Ce succès a permis la transposition du concept au domaine de la nutrition. En ce sens que l'idée d'une veille nutritionnelle a vu le jour. Cette idée a été définitivement lancée à la Conférence Mondiale de l'Alimentation réunie en 1974, et depuis ce concept n'a cessé d'évoluer. Les acteurs et spécialistes de la nutrition s'en servent surtout étudier, analyser et évaluer l'état nutritionnel dans une population donnée. C'est tout indiqué (Mason JB., Mitchell J, 1983 ; Beghin I., Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. 2002)

Dans cette même perspective, plusieurs accords mondiaux (par ex. le Sommet mondial de l'alimentation de 1996 et le Sommet du millénaire de 2000) ont réaffirmé l'engagement de réduire la faim dans le monde et ont appelé toutes les parties concernées à intensifier leurs efforts pour atteindre l'objectif (et les cibles) de la réduction de la faim et de l'insécurité alimentaire.

1.4.2 Système de surveillance

Plus récemment, le concept a évolué, et on peut dire que la surveillance est l'examen minutieux et continu de tous les facteurs qui déterminent l'apparition et la distribution des maladies et d'autres états morbides, des risques de tous genres qui surviennent autour de l'homme. La surveillance est par conséquent essentielle à une action efficace de lutte et de prévention. Elle comporte la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données sur lesquelles fonder l'action. C'est dans ce sens qu'aborde l'OMS en 1976 en déclarant : « la surveillance nutritionnelle est un processus continu qui a pour but de fournir des renseignements courants sur les conditions nutritionnelles de la population et les facteurs qui influent sur elles, afin d'éclairer les décisions des auteurs de choix politiques, des planificateurs, et des responsables de la gestion des programmes d'amélioration des schémas de consommation alimentaire et de l'état nutritionnelle ».

Comme on l'a vu, le concept surveillance épidémiologique a évolué dans le temps, et continue d'évoluer avec le nouveau paradigme du développement. C'est dans cette même perspective qu'aujourd'hui il est question de veille nutritionnelle. Alors qu'est-ce qu'une veille nutritionnelle ?

1.4.3 Veille nutritionnelle

La surveillance nutritionnelle est un processus de suivi et d'analyse et d'interprétation des informations. Elle se repose sur un ensemble d'outils essentiels. Elle a adopté le cadre causal qui le mieux permet de comprendre et d'impacter durablement sur le bien être des populations (Maire B., Beghin I., Delpeuch F., Kolsteren P., Remaut-de Winter A.-M., 1999). Il prend en compte un certain nombre d'indicateurs ou marqueurs. Le cadre conceptuel de référence de la sécurité alimentaire se base sur le concept de hiérarchie des besoins. Ce concept de hiérarchie donne « la priorité à l'alimentation » où la sécurité alimentaire qui est considérée comme un besoin fondamental et prioritaire par rapport à tout autre besoin humain. Cependant, les comportements des populations ne confirment pas toujours cette hiérarchie. En effet, on a remarqué que la protection de la consommation alimentaire, surtout à court terme, n'est que l'un des objectifs de ces populations. Les populations vivent plutôt au jour le jour sans vraiment une stratégie durable pour leur accès aux denrées alimentaires (Andrien M., Aoussaf H., Salhi A., 1998)

Les cadres conceptuels des moyens d'existence ont aidé à comprendre la manière dont les populations protègent les moyens d'existence comme élément essentiel pour faire face aux crises alimentaires.

2 Revue de la littérature

Dans le volet consacré à la revue de la littérature nous allons procéder à un survol et à l'analyse synthétique des différents travaux qui ont abordé dans le même sens que notre propos. Notre analyse va se porter sur la problématique de la mise en place d'une veille nutritionnelle pour faire face à l'insécurité alimentaire structurelle qui prévaut dans les PVD en général (Mason JB., Mitchell J., 1983) et au Togo en particulier.

Comme nous l'avons signalé dans la problématique, Cette analyse est tout autant importante, pour la prise de décisions, pour la formulation de politiques et de programmes de sécurité alimentaire ainsi que pour la planification d'interventions appropriées.

2.1 Sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Le concept de sécurité alimentaire fait référence à la disponibilité ainsi qu'à l'accès à la nourriture en quantité et en qualité suffisantes. La sécurité alimentaire comporte quatre dimensions :

- ✓ disponibilité (production intérieure, capacité d'importation, de stockage et aide alimentaire)
- ✓ accès (dépend du pouvoir d'achat et de l'infrastructure disponible)
- ✓ stabilité (des infrastructures mais aussi stabilité climatique et politique)
- ✓ salubrité, qualité (hygiène, principalement accès à l'eau)

La notion de sécurité alimentaire est toutefois à distinguer de la seule sécurité sanitaire des aliments, qui elle a trait à l'hygiène et à l'innocuité des aliments, ainsi qu'au maintien de leur salubrité.

2.2 La notion du risque.

Qu'est-ce que la littérature nous dit sur les risques liés à la nutrition ? Ces risques sont multiples et sont catastrophiques pour l'homme (PUND 2006). La notion de risque alimentaire mérite d'être définie. Quel est le critère le plus pertinent d'évaluation du risque entre l'estimation scientifique, les statistiques épidémiologiques d'un strict point de vue de santé publique ? L'impact émotionnel, c'est-à-dire la perception qu'en a l'opinion publique, en particulier au travers des médias, donne une autre dimension de gravité, tout comme les conséquences économiques et sociales, souvent sans commune mesure avec la réalité du problème de santé publique.

Il existe plusieurs catégories de risques alimentaires. Il peut s'agir de risques parasitaires (trichine), micro-biologiques (salmonellose, listériose, botulisme, ESB), chimiques (résidus phytosanitaires, antibiotiques, dioxines) et même physiques (éclats de verre).

L'évaluation et la gestion du risque au quotidien doivent être distinguées des situations de crise qui obligent à agir dans l'urgence.

Les paramètres qui caractérisent un risque alimentaire sont donc multiples et complexes dans leurs imbrications. Chercher à rassurer ou à faire adhérer l'opinion serait illusoire. Mieux vaut essayer de l'éclairer. Pour cela il convient de chercher à objectiver, à hiérarchiser entre le réel et le perçu, en ayant conscience que le seuil d'acceptabilité du risque est probablement beaucoup plus bas en matière d'alimentation que dans d'autres domaines de la vie sociale. Selon le type de risque, il conviendra de plus de tenir compte des publics particulièrement sensibles.

2.2.1 Risques d'origine microbienne

Les risques microbiologiques ont pour origine des contaminations des produits alimentaires par des bactéries pathogènes, provoquant chez l'homme des maladies, les toxi-infections alimentaires. Il existe plus de 200 maladies infectieuses, bactériennes, virales ou toxiques transmises par l'alimentation. Les pathologies les plus fréquentes sont le botulisme (provoqué par les conserves), la listériose (fromages, charcuterie), la salmonellose (viande de volaille, œufs, lait cru, chocolat) (Picaud J-C., 2005)

Evidemment ces sources sont partout présentes et peuvent provoquer des pathologies graves répertoriés par les différentes bases épidémiologiques.

Aussi, au fil du temps, la sécurité sanitaire des aliments a-t-elle été de plus en plus réglementée par le développement des contrôles et de la surveillance par les pouvoirs publics au niveau national et international ainsi que par la mise en place par les entreprises de dispositifs de maîtrise et d'autocontrôles agréés

Les récentes évolutions législatives, en France, ont mis en avant la notion de gestion collective, engageant l'ensemble des acteurs, de la sécurité sanitaire des aliments. Elles ont clarifié les étapes de la chaîne de sécurité, auxquelles participent des acteurs multiples : l'évaluation (grâce à des études, des essais, des analyses scientifiques, médicales, administratives), le contrôle (de qualité et de traçabilité), le contrôle externe de qualité et de conformité à la réglementation, la vigilance, l'intervention, l'information et enfin la sanction

2.2.2 Risque chimiques

Les risques chimiques ou environnementaux résultent d'une pollution de la chaîne alimentaire par une substance chimique telle que les métaux lourds, les pesticides, les nitrates, les dioxines (la crise de la mélanine dans le lait des nourrissons). Ils proviennent donc des méthodes de production, en particulier du modèle de l'agriculture intensive. Ces risques concernent l'ensemble des écosystèmes et pas seulement l'homme. Ils peuvent affecter également les sols et la ressource en eau (*Rastoin, J-L 2007*).

Lorsqu'un risque est scientifiquement avéré, il ne peut être question de différer les mesures d'interdiction même sous des motifs économiques ou sociaux. Cependant d'un point de vue toxicologique, si certaines matières actives utilisées sont potentiellement dangereuses, il faut analyser la question des doses et de leurs effets, des risques différés et le rapport coûts-bénéfices. A titre d'exemple certaines mycotoxines dangereuses à forte dose, se développent plus facilement dans des produits moins soumis à des pesticides classiques.

2.2.3 Les risques techniques

Ils surviennent au moment de la transformation des matières premières agricoles en aliments, donc au stade de l'industrie agroalimentaire, ou pendant le transport ou le stockage des produits. À titre d'exemple, on peut mentionner la présence de corps étrangers dans les produits ou un défaut de conservation par suite de la rupture de la chaîne du froid dans les circuits de distribution (avec successivement une altération de la qualité, organoleptique ou nutritionnelle, puis apparition d'un danger, de type biologique) (Rastoin J-L, 2007).

Ceci en ce sens que l'autorité doit faire usage du principe de prévention. La prévention consiste, pour la puissance publique, à édicter des règles visant à mettre les consommateurs à l'abri des risques sanitaires connus et avérés mais aussi à contrôler le respect de ces règles. Les moyens de contrôle du respect de la réglementation ont parfois manqué, par exemple dans le cas de l'interdiction partielle des farines animales en 1990 et 1994.

2.2.4 Les risques liés à la mauvaise alimentation

Ils sont liés à la quantité et à la qualité de l'alimentation. Ils apparaissent lorsque la diète alimentaire s'éloigne des standards définis par les nutritionnistes. On peut donc avoir des risques liés à un déficit ou, au contraire, à un excédent par rapport à ces standards. Il existe ainsi des situations pathologiques induites par des carences en calories, en protéines ou en autres éléments nutritifs (vitamines, oligo-éléments, etc.), qualifiées de sous-alimentation (surtout dans les PED). À l'inverse, la suralimentation résulte du volume et de la composition des aliments ingérés qui peuvent être « surchargés » en éléments néfastes à la santé (tels que le sucre, le sel, les corps gras) pour des raisons de conservation, de sapidité ou de satiété. Une consommation excessive et exclusive de ce type d'aliments (hamburgers, pommes de terre frites, sodas, etc.) associée à un mode de vie sédentaire conduit inévitablement à l'obésité, aux diabètes du type 1 et type 2, et aux MCV.

Pour ce qui est de la fréquence du risque alimentaire, il faut noter que la mortalité due aux risques toxicologiques est très faible dans les pays du Nord.

Aucune donnée officielle n'est disponible dans les pays du Sud sur les maladies microbiologiques. L'OMS fournit des statistiques de mortalité seulement selon les causes. La rubrique « diarrhées pathologiques » peut fournir une approximation des toxi-infections alimentaires. En 2002, ces affections ont entraîné près de 40 000 décès dans les PED, soit 2,6 % de la mortalité totale (contre 0,1 % dans les 8 pays méditerranéens de l'UE) (Rastoin J-L, 2007)

2.3 Les causes

« La faim ne résulte pas d'un défaut de production mais d'un défaut d'accès à la propriété foncière, d'infrastructures minimales pour mieux répartir les écarts de production entre régions, d'accès aux informations », Cette déclaration de l'économiste indien et prix Nobel Amartya Sen, vient en substance

nous rappeler que les causes qui exposent les populations aux risques liés à la nutrition sont multifactoriels.

Les facteurs qui mènent à la sécurité alimentaire des ménages et des individus sont multiples et couvrent une gamme de secteurs. Chaque facteur a un impact différent sur la sécurité alimentaire du ménage et de l'individu.

L'importance de ces facteurs dans l'analyse de la sécurité alimentaire varie selon les ménages, les régions et dans le temps. La sécurité alimentaire dans leur fondement n'est pas partout de même nature. Au Nord, grâce au phénomène de la transition nutritionnelle, on assiste dans les pays développés des problèmes de diabète, d'obésité et la flambée des MCV, alors que dans le même temps la malnutrition et la dénutrition persiste au Sud.

Pour appréhension le phénomène dans sa globalité, les spécialistes se basent sur un outil parmi tant d'autres : le cadre causal.

En effet, un cadre conceptuel bien défini est fondamental pour :

- ✓ identifier les points d'entrée adéquats pour concevoir des interventions pertinentes,
- ✓ faciliter l'interprétation des indicateurs de la sécurité alimentaire.

Pour étayer cette partie, la littérature nous fournit des outils très intéressants. Nous voulons parler des modèles causales proposées par différents auteurs. Le cadre de la FAO –SICIAV (Système d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité) qui est un réseau de systèmes qui collecte, analyse, diffusion les informations sur personnes à risque ou en insécurité alimentaire (Sommet Mondial pour l'Alimentation, FAO 1996).

2.3.1 La famine et pénuries alimentaires

La famine tenait une place important dans la part de ces risques qui ont provoqué les crises alimentaires dans les années 70. Heureusement, aujourd'hui ces formes de risque sont de moins en moins fréquentes sauf dans les zones de conflit tel le Darfour. Malgré cet état de chose, l'incidence de la faim est d'une telle importance qu'elle est reprise par les OMD: « réduire de moitié, entre 1991 et 2015, la population qui souffre de la faim » (Maire B., Beghin I., Delpuech F., Kolsteren P., Remaut-de Winter A.-M., 1999).

2.3.1.1 Sécurité alimentaire pas atteinte

Nos agricultures ont des rendements qui ne suivent pas la croissance démographique. En effet selon le rapport de monitoring des OMD, bien que les superficies cultivées aient augmentées de 3.4%, le rendement enregistré au niveau des statistiques agricoles a diminué de 8%. C'est dire que l'accessibilité pose problème. Le bilan des disponibilités alimentaires est de 2284kcal/personne (1997-99) contre 2351kcal/personne (2000-01), bien en deçà du besoin énergétique estimé par l'OMS.

Par sécurité alimentaire nous entendons l'accès en quantité et en qualité et à des coûts abordables des populations en ce qui concerne les denrées alimentaire. Cette sécurité est construite par une politique nationale bien pensée avec les différents acteurs à savoir les producteurs, les distributeurs (marché ou magasins) et le pouvoir d'achat suffisant pour acquérir ces produits. A cela il faut ajouter un service efficace pour le contrôle de la qualité des aliments en évitant ainsi d'exposées les populations aux risques liés à l'alimentation

- ✓ - sur l'état de nutrition,
- ✓ - sur les facteurs explicatifs,
- ✓ - pour décider d'actions appropriées à différents niveaux,
- ✓ - afin d'améliorer la sécurité alimentaire et l'état de nutrition de la population.

Il ressort de cette nouvelle approche que la surveillance ne prend plus en compte seulement les effets des maladies mais prend aussi en considération les causes immédiates et lointaines des différents maladies à l'instar de la notion de complexe pathologique. Aussi les spécialistes de la nutrition s'en sont saisis à juste titre pour formaliser et encadrer leur vision de la chose nutritionnelle (Maire B., Beghin I., Delpuech F., Kolsteren P., Remaut-de Winter A-M., 1999)

2.3.1.2 Insécurité alimentaire modérée

L'insécurité est transitoire lorsque le foyer se trouve temporairement incapable de répondre aux besoins alimentaires des membres de la famille. Elle peut avoir pour origine des événements non prévus (insécurité liée à des événements politiques) ou apparaître de façon saisonnière en raison de difficultés logistiques ou de prix élevés. Ainsi au Togo, les 3 mois qui précèdent l'ouverture de la saison des récoltes en juin est une période de soudure et de grandes difficultés alimentaires (OMS 1976 ; Gawtkin D.R, 2000)

L'insécurité chronique peut résulter d'une succession de situations d'insécurité temporaires qui ont épuisé toutes les capacités de réponse.

L'accès aux ressources alimentaires est déterminé par la sécurité alimentaire. A ce niveau, il convient de distinguer la disponibilité et l'accessibilité. La disponibilité concerne le court terme; elle peut être limitée par l'insécurité de la zone, l'enclavement du village, et le prix des denrées alimentaires. La disponibilité est nécessaire pour permettre l'accès aux denrées alimentaires mais elle n'est pas suffisante. Par exemple quelqu'un qui n'a pas suffisamment de revenus va être sérieusement vulnérable face aux problèmes de nutrition (Elaine L., Ferguson Y., Briend A., Darmon N., 2008).

2.3.1.3 Famines/catastrophes humanitaires

Comme nous l'avons dit plus haut, de nos jours c'est plutôt les catastrophes humanitaires plus que les conflits qui sont les sources des désagréments sur le plan alimentaire. En exemple nous pouvons citer

et le déchaînement de la nature comme le tsunami en 2007, tremblement de terre en Iran 2005, qui sont les causes des urgences alimentaires qui font plus l'actualité. Néanmoins nous avons encore ici et là quelques conflits à l'instar Darfour qui impactent négativement sur l'état nutritionnel. Nous avons aussi les invasions acridiennes au Niger qui ont impacté sur la disponibilité des stocks de la campagne 2003-04 au Niger (Niger 2005), et dont la grande leçon est la mise à jour de la situation de malnutrition chronique de fait qui prévalait dans la zone.

2.4 Comment mesure-t-on ces risques?

Pour la mesure de l'impact des risques alimentaires et nutritionnels sur la population, on procède par deux groupes d'indicateurs:

2.4.1 Les indicateurs directs

On peut les regrouper en trois catégories:

2.4.1.1 Diversité alimentaire

C'est trivial mais pour mesurer ou avoir des indications sur la consommation alimentaire ce sont les ménages enquêtés qui sont les cibles. Le critère de mesure privilégié est le panier de la ménagère. L'état ce panier est grandement représentatif de l'accessibilité d'un ménage.

En France, les études et le constat est que l'accessibilité seule n'est pas un gage d'une nutrition saine et équilibrée. Aussi sous la pulsion des agences coordonnées par INVS, un Plan National de Nutrition Santé (PNNS) est mise en place. En ce sens elle fait des actions à l'endroit de la population à travers une éducation de masse : «manger 5 fruits et légumes par jour» ; « Augmenter de 50% la consommation des fibres ». Ceci selon l'avis de plusieurs spécialistes est pertinent dans la mesure où, il est rare qu'un seul aliment puisse suffire à apporter la totalité des nutriments nécessaires pour mener une vie saine et active.

Le nombre de repas par jour est tout aussi important. Dans la journée plusieurs prises alimentaires sont conseillées variant de trois à quatre repas (PNNS). Cet apport doit remplir 3 conditions nécessaires à savoir

- En qualité, l'alimentation doit apporter des aliments variables, puisque les nutriments indispensables sont repartis dans les divers aliments,
- En quantité, l'alimentation doit apporter une ration énergétique permettant de compenser les dépenses énergétiques,
- Plusieurs prises sont conseillées variant de trois à quatre repas (Grynberg A., 2009)

2.4.2 Production et réserves de vivres en baisse

Les examens cliniques sont souvent négligés dans les évaluations de l'état nutritionnel.

De plus, nombre de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine manquent cruellement de données en matière de production agricole vitales, ou parfois les chiffres sont disponibles des années après la collecte ce qui les rend difficilement exploitables pour suivre l'état nutritionnel des populations. Alors on se rabat sur les chiffres précis en matière de production agricole et de laboratoires de biochimie. Il est difficile d'y obtenir des informations sur les pratiques alimentaires locales. Dans ces conditions, les examens cliniques et anthropométriques sont les moyens les plus simples, pratiques et sensés de mesurer l'état nutritionnel de groupes d'individus.

2.4.3 Disponibilités énergétiques alimentaires

La satisfaction qualitative suppose un équilibre nutritionnel de la ration alimentaire (protéines, lipides, glucides), mais aussi un apport suffisant en micronutriments. Les besoins nutritionnels sont les apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs nécessaires pour assurer les fonctions biologiques de l'organisme.

Un des déterminants multiples de la malnutrition est l'ignorance des besoins nutritionnels ou de la croissance. L'intervention visant à modifier les comportements dans un sens favorable à une bonne nutrition est à promouvoir. Évidemment tous les aliments ne fournissent pas ou n'ont pas valeur nutritive. Alors il faut une diversité et une accessibilité. Les spécialistes de la nutrition en ce sens ont déterminé un ANC pour chaque individu, apport qui doit lui permettre de mener une vie saine et active. Cet apport sur le plan énergétique est de l'ordre de 55% pour les glucides, de 35% pour les lipides, et de 12% pour les protéines.

Pour l'homme, il est recommandé un apport de 2500 Kcal chez la femme adulte 2000 Kcal.

2.4.3.1 Les indicateurs anthropologiques

Indice de Masse Corporelle : l'IMC est le rapport du poids (en kilogrammes) sur la taille (en mètres) au carré. A partir de ce ratio, l'individu est classé dans une des quatre catégories : sous-poids, poids normal, surpoids, obésité. Les seuils marquant le surpoids et l'obésité sont ceux des références établies par l'International Obesity Task Force sous l'égide de l'OMS. Les seuils de sous poids ont été déterminés à partir du 97ème percentile des références françaises.

Evidemment le ci-dessous représenté assez bien résume assez bien les différents marqueurs anthropologiques.

Tableau 1 : Classification IMC dans le monde, cours Senghor, 2009

Classification internationale du poids corporel				
Classification OMS	IMC (Kg/m ²)	Risque	Dénomination usuelle	kg pour 170 cm
Déficit pondéral	< 18,5	Risque faible (mais augmentation du risque d'autres problèmes)	Maigre	< 53
Poids normal	18,5 – 24,9	Risque moyen	Poids souhaitable	53-72
Surpoids	25 – 29,9	Risque augmenté	Surpoids	> 72
Obésité I	30 – 34,9	Risque modéré	Obésité modérée	72-86
Obésité II	35 – 39,9	Risque grave (ou sévère)	Obésité sévère	87-101
Obésité III	≥ 40	Risque très grave (ou très sévère)	Obésité massive ou morbide	≥ 116

UNIVERSITÉ PARIS-SUD 11 Pr A. Grynberg INRA

2.5 Les dimensions du risque

Les dimensions du risque nutritionnel sont essentiellement les différents types de malnutrition dans les PVD et les « maladies d'abondance » dans les PD. En ce sens nous avons une prévalence assez élevée. Ainsi le tableau ci-dessus le montre clairement. Par contre la situation est préoccupante dans les pays en développement où le retard de croissance atteint un tiers (1/3) des enfants de moins de 5 ans. Parmi eux, 70% vivent en Asie du Sud-est et centrale essentiellement, 26% habitent en Afrique, et 4% en Amérique latine et aux Caraïbes (De Onis et al, 2000).

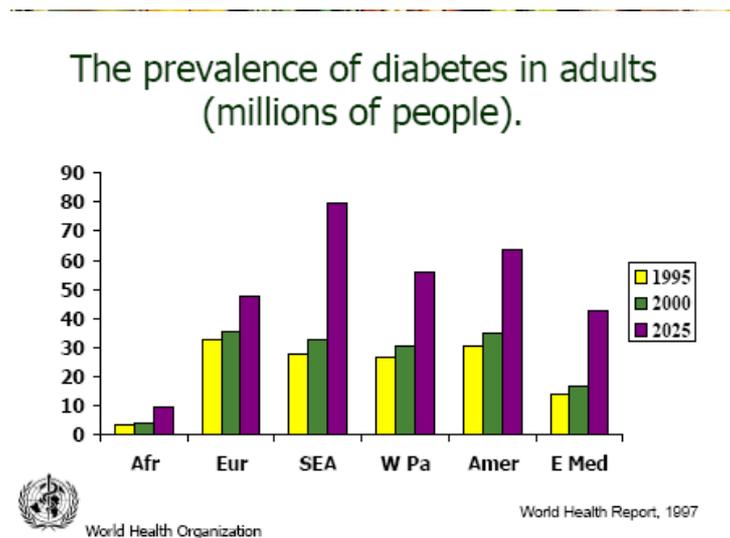


Figure 1 La prévalence du diabète chez les adultes

La figure de prévalence à la même allure. Ces deux tableaux résument la situation qui prévaut dans le monde

2.6 Quelles sont les fonctions possibles d'une veille nutritionnelle?

La veille nutritionnelle dans une large mesure se base sur un système d'information pour la planification globale, et sectorielle. C'est les cas de l'INVS qui a à sa disposition plusieurs bases de données scientifique et ce qui ne l'empêche pas d'avoir sa propre base et ses alerteurs qui sont outils d'alerte

Par ailleurs la veille nutritionnelle est un outil de plaidoyer en ce sens que forte de ses analyses avérées décide les pouvoirs politiques à financer des actions, des stratégies et des plans de lutte contre les divers risques liés à la nutrition. C'est le cas de la création et du financement du PNNS en France (d'Onis M., Garza C., Onyango A.W., M.-F. Rolland-Cachera M-F 2009)

L'analyse des crises récentes permet de déterminer trois grands types d'origines : les quelques fraudes ou malversations manifestes, les accidents d'une certaine gravité, les incidents qui en temps normal n'auraient donné lieu qu'à une simple alerte. Il arrive qu'un incident se transforme en crise en raison notamment d'une forte médiatisation, mais parfois simplement d'une grande sensibilité de l'opinion.

La notion même de crise fait débat car il peut y avoir crise sans risque alimentaire avéré et à l'inverse certains risques importants ne provoquent pas de crise mais de simples alertes. Celles-ci sont quotidiennes et n'aboutissent en général qu'au retrait (parfois au rappel) du produit incriminé, sans que l'opinion ne soit alertée et s'en émeuve.

En France l'Institut de veille sanitaire (IVS) et les réseaux d'épidémiologie-surveillance détiennent un rôle majeur, en collaboration avec l'AFSSA, les différents laboratoires compétents et l'Institut Pasteur, dans la détection des crises. Le rôle et les fonctions de l'IVS au sein du ministère délégué à la santé doivent être confortés.

Les alertes doivent obéir à des procédures claires, proportionnant les mesures à la gravité des menaces afin d'éviter des conséquences économiques et sociales sans commune mesure avec le risque réel pour la santé publique.

Elle permet aussi d'évaluer les projets et les différentes actions soit pour les rediriger soit pour les renforcer.

Enfin c'est un instrument d'alerte précoce pour déceler des pénuries afin de réguler les fluctuations et de défaut d'accès aux vivres.

2.7 Éléments-clés de la surveillance

Aujourd'hui la nutrition comme tous domaines concernant le DD, on être traite selon une approche systémique voire interdisciplinaire

Le modèle causal est l'instrument par excellence et bien approprié (Mason JB., Mitchell J 1983). Mieux :
« Le modèle causal est un outil de travail très largement employé dans le diagnostic, l'évaluation et la planification d'actions de développement. Mais jusqu'ici on l'a peu utilisé dans la surveillance nutritionnelle. Il consiste en une représentation simplifiée des mécanismes causaux qui mènent à la

situation qu'on souhaite surveiller. Il est construit de manière participative, lors d'un atelier qui rassemble les acteurs du futur programme de surveillance » déclaré (Behin I 2000).

La veille permet une identification des indicateurs et des sources de données optimale pour déterminer les groupes cibles prioritaires. Par ailleurs, cette littérature parmi de nous familiariser avec un outil performant : le modèle causal.

2.8 Le modèle causal comme outil

Le modèle causal est un outil, un instrument construit en fonction d'une utilisation explicite. Il n'est jamais une fin en soi, et est à tout moment perfectible. On peut distinguer l'emploi du modèle en soi, comme produit ("output") de l'exercice de construction, et celui de la modélisation en tant que processus (Andrien M., Beghin I., 1993).

Le modèle lui-même joue d'abord son rôle d'outil pratique, d'utilité immédiate dans :

- ✓ le diagnostic nutritionnel,
- ✓ la planification et l'évaluation d'interventions de développement,
- ✓ la surveillance nutritionnelle.

Mais l'expérience nous a aussi montré l'intérêt de la modélisation comme processus. En effet, lorsque l'exercice de construction est fait dans de bonnes conditions (temps suffisant, groupe hétérogène, participants familiers de la situation étudiée, encadrement adéquat, etc.), il apporte des bénéfices immédiats aux participants (de Suremain C.E., Lefevre P., de Celis E.R., Sejas E., 2004).

La vulnérabilité des populations à l'insécurité alimentaire et les stratégies adoptées pour faire face aux problèmes et aux dangers, sont devenues des composantes clés. Cette approche préconise la sécurité alimentaire d'une manière générale et à long terme

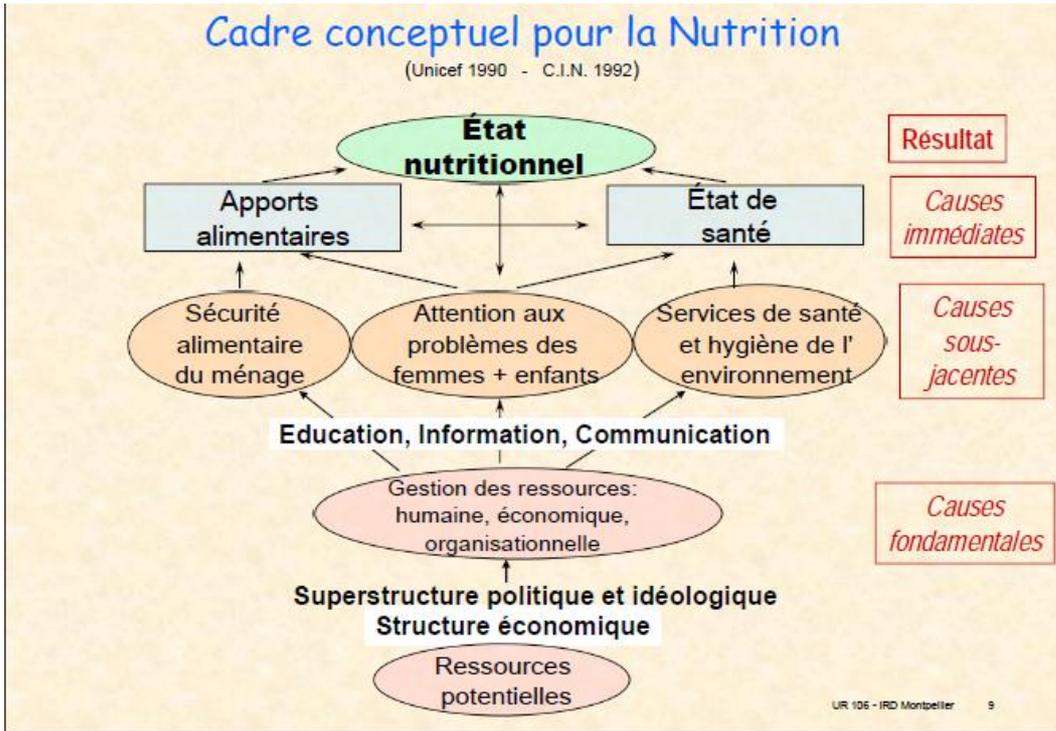


Figure 2 Cours surveillance nutritionnelle, master Senghor 2009

3 Méthodologie

Pour amener à bien notre travail nous avons commencé par faire une revue de la littérature qui a pour but de faire le tour d'horizon et l'état des lieux de connaissances c'est-dire de voir comment notre problématique a été traité par d'autres et ceci dans le but de s'en inspirer afin de faire des propositions pour une situation nutritionnelle améliorée dans notre pays.

Ce faisant, nous avons commencé par une recherche documentaire qui nous a permis à affiner et à préciser certains thèmes. Mieux cette recherche nous a conduit à répertorier un certains nombres de termes ou mots clés qui sont les fils conducteurs de notre analyse et réflexion.

3.1 Alimentation

L'alimentation est l'action de nourrir, de se nourrir et le résultat de cette action. C'est dire que l'alimentation est le procédé par lequel notre organisme assimile la nourriture et assure son propre fonctionnement, fonctionnement sain qui est à la base d'une bonne santé. Donc réaliser une sécurité alimentaire c'est assurer un apport suffisant en aliments devant permettre à l'individu de mener une vie saine et active

3.2 Nutrition

Selon le Larousse médicale, la nutrition est la transformation et l'utilisation par l'organisme des aliments Mieux elle désigne l'ensemble des phénomènes qui apportent des nutriments aux cellules et exportent les déchets du métabolisme (assimilation des nutriments et rejet des déchets). Elle englobe donc toutes les fonctions physiologiques nécessaires à l'utilisation (métabolisation) des nutriments pour la croissance, l'entretien, le fonctionnement de l'organisme, ainsi que pour produire chaleur et énergie (Larousse, 2008)

3.3 Surveillance

La surveillance présente essentiellement les caractéristiques suivantes. Elle est généralement prospective et vise un but précis. Elle implique l'organisation de certains moyens d'obtenir des données en prévision de leur utilisation au lieu de puiser dans des données déjà recueillies. La surveillance suppose la collecte de données de manière continue, ou du moins à intervalles réguliers. Elle met l'accent sur des phénomènes de santé ou des facteurs d'influence qui sont susceptibles de changer, et suit les tendances relatives à ces phénomènes. Les données de surveillance sont fondées sur la population. Elles portent sur les effets sur la santé et les déterminants de la santé observés dans l'ensemble de la population ou dans certaines sous-populations. Par ailleurs la surveillance ne se limite pas à la collecte de données. Elle comprend la mise au point de produits de surveillance qui apportent

une valeur ajoutée aux données parce qu'ils reposent sur l'intégration, l'analyse, l'interprétation et la diffusion. Enfin les produits de surveillance doivent être accessibles rapidement aux décideurs du secteur de la santé, et les systèmes de surveillance doivent pouvoir s'adapter rapidement aux changements

3.4 Industries Agroalimentaires

Ce sont des opérateurs et investisseurs qui travaillent dans la chaîne le circuit alimentaire. Ils peuvent être aussi bien dans la production, la transformation que dans la distribution. Aujourd'hui leur action sont déterminantes dans le volet nutrition car il est avéré que la notre alimentation impacte négativement sur notre santé donc il faut un contrôle et un encadrement de ce secteurs. Il faut aussi signaler qu'ils sont partie prenante dans la problématique de l'alimentation bio. On les trouve aussi bien parmi les détracteurs que les partisans

Les crises alimentaires de la dernière décennie, la détérioration des milieux naturels imputables, pour partie, à l'intensification de l'agriculture ont fortement incité les milieux professionnels agricoles et les pouvoirs publics à mettre en place des dispositifs de qualification des exploitations et de bonnes pratiques agricoles. L'agriculture biologique obéit à des cahiers des charges qui interdisent l'utilisation de produits chimiques de synthèse et l'agriculture raisonnée devrait pouvoir se mettre en place à la fin de l'année aux termes de la loi d'orientation agricole.

3.5 Pôle de santé publique

Par pôle de santé publique on entend le regroupement physique ou virtuel, en dehors de « 4 murs », de différents professionnels de la santé dans un projet en fonction d'un territoire, d'un espace (Vincent Leroux, note de w). En ce sens ces pôles de santé pluridisciplinaires doivent :

- ✓ Favoriser la coopération entre les professionnels
- ✓ Elargir les offres des soins et les services rendus à la population
- ✓ Renforcer l'attractivité du territoire pour les jeunes professionnels
- ✓ Créer une dynamique professionnelle forte et lisible
- ✓ Prendre en compte les besoins de la population
- ✓ Assurer une prise en charge globale

Ensuite nous avons effectué un stage au pôle de santé publique de l'Hôpital National Saint Maurice une commune située dans le 94, en Île de France. Et il est intéressant ce stage dans la mesure où nous avons acquis un certain nombre de connaissances et faire des expériences fondatrices pour nous. En ce sens que le stage a été basique pour nous.

3.6 Recherche et veille documentaire

Le centre de documentation du HNSM, la bibliothèque de l'Université Senghor, et l'immense bibliothèque (Alexandrina) à Alexandrie en riches en revues scientifiques de renom nous a beaucoup aidés dans notre quête d'une documentation adéquate. Aussi sommes nous appuyés surtout sur les bases internationales scientifiques et de notoriété qui nous ont permis d'affiner et d'appréhender notre problématique.

Par ailleurs nous aussi pratiqué avec assiduité les différentes bases sur les sites des grandes institutions onusiennes à l'instar de celles de OMS (les statistiques sanitaires), PNUD (les informations ayant trait au développement), UNICEF (statistiques intéressantes sur la santé, et tout ce qui se fait autour et pour l'enfant), FAO, Banque mondiale. Il y a lieu de le signaler, la plupart du temps, c'est seules ces bases qui sont à même de nous fournir des informations intéressantes si elles existent sur nos pays. Ce constat a aussi influencé l'orientation de notre propos à savoir la non visibilité qui caractérise les statistiques sur nos pays.

Toujours dans le souci de notre recherche bibliographique, nous avons été amenés créer des alerteurs tel le Netvibes dont nous parlerons plus loin. Il nous a été aussi recommandé de lire et les journaux, voire l'information sous toutes ses formes car aujourd'hui les médias sont de puissants support de connaissance (seulement il faut le faire avec un regard critique).

Enfin nous nous sommes abonnés des newsletters qui sont des points et des publications sur l'actualité des travaux scientifiques et l'état d'évolution des phénomènes et événements qui nous intéressent, en occurrence ici les questions qui tournent autour de la nutrition.

Il est vrai que cette recherche documentaire nous a permis à progresser et préciser la vision de ce que nous projetons de faire. Mais c'est notre stage à l'Hôpital National Saint Maurice (HNSM) qui est l'élément fondateur et qui a finalement posé les axes directeurs de notre travail. Celui de mettre davantage l'accent sur la démarche de construction, d'organisation d'un territoire basée sur un système d'information efficace.

Pour apprécier à sa juste valeur l'apport de notre stage à l'HNSM, nous devons nécessairement présenter cette institution

3.7 Pôle de santé publique de l'Est Parisien.

L'HNSM est un établissement hospitalier qui est né dans les années 1880 par la volonté de Billault humaniste et maître d'œuvre en réponse au cas de conscience qui se pose à lui vu que les grands travaux initiés par l'Empereur « produits » beaucoup de grands blessés et des mutilés. Ainsi on peut affirmer que HNSM qui à l'origine est un asile pour héberger les personnes ci-dessus citées est devenu aujourd'hui un centre, un pôle moderne de santé publique

Selon la note aux instances d'avril 2008, circulée le gouvernement de la république française, il est

décidé la création d'un pôle de santé publique : prévention, éducation thérapeutique et promotion de la santé. Ainsi, le pôle de l'HNSM est organisé pour répondre aux objectifs de la mise en œuvre au travers des cinq axes prioritaires définis dans le Plan Régional de Santé Publique d'Île-de-France qui sont :

- ✓ Lutter contre le cancer
- ✓ Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'évènements de santé fragilisant
- ✓ Promouvoir les comportements favorables à la santé
- ✓ Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale
- ✓ Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux (Dr Leroux V., 2007)

En quoi notre stage au pôle de santé publique de l'Est parisien est-il intéressant? Ce stage nous a permis par un retour d'expérience d'acquérir la méthode la construction d'un pôle de santé publique, de nous approprier la démarche afin de faire des propositions dans notre pays.

3.7.1 Le retour d'expérience

C'est dans le souci de nous instruire et de nous montrer la démarche pour construire un réseau, établir des passerelles et mettre en contact les différents acteurs pour créer un partenariat gagnant, il nous a été demandé un certain de démarches : entretiens, conférences, immersions.

3.7.2.1 DD

Comme notre travail s'inscrit dans l'esprit de l'Agenda 21, Agenda 21 est un programme d'actions pour le 21ème siècle orienté vers le développement durable. Il a été adopté par les pays signataires de la Déclaration de Rio de Janeiro en juin 1992. Ses principales fonctions sont la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la production de biens et de services durables, la protection de l'environnement. C'est une démarche participative qui associe les bénéficiaires pour en faire des acteurs de leur propre développement.

C'est pour mieux cerner le concept que nous avons initié une série d'entretiens et de démarche dont nous proposons ici un condensé.

➤ Laurent de Gaule

Laurent de Gaule est le fondateur et corédacteur de la magazine « PlanèteLibre magazine », un bimensuel qui est spécialisée dans la problématique du développement durable. Nous avons échangé sur les problèmes de l'heure, c'est-à-dire sur les questions de développement durable. Il est vrai l'évolution actuelle appelle ce nouveau paradigme qui est le développement global, intégré et surtout axé sur la participation effective est communautaire des bénéficiaires. Aussi avec Laurent, avons-nous avec fait le tour de la question du développement durable et sa problématique de sa mise en œuvre en Afrique. Partant nous sommes tous d'avis que c'est le « mangement » qui manque en Afrique et il faut

proposer des solutions adaptées voire innovantes. Nous avons eu la promesse d'être publié si on soumettait un article intéressant et se faisant on serait visible pour des partenaires au développement.

➤ Mamadou Sakho

Mamadou Sakho, un économiste de formation qui travaille pour la compagnie ELF a donné son avis sur la situation de crise alimentaire (marche contre la vie chère) et financière (les subprimes) et a estimé que l'Afrique doit repenser son développement car les pays donateurs frappés de plein fouet, seront plus pointilleux à décaisser. Aussi pense-t-il que nous devons surtout mettre en application dans nos pays les plans de mise en œuvre du développement durable et de l'agenda 21. Et pourquoi un agenda 21 de la nutrition avance-t-il ? Mais cela conclut il doit se faire dans un environnement socio-politique où la bonne gouvernance doit être de rigueur.

3.7.2 Conférences et salons

Au cours de notre stage à HNSM, mon encadreur m'a encouragé et inscrit à un certain nombre de conférences et de salons.

3.7.3.1 Conférence

Dans cette perspective nous avons assisté à la conférence animée au siège de l'ABN AMRO par le CHEE&DD a été très instructive pour nous. Cette séance qui a regroupé et les politiques, et les économistes et les entrepreneurs, les philosophes. Nous avons découvert le rôle du médiateur de la république qui somme toute doit nous servir pour réaliser notre démarche dans la mise en œuvre de notre projet.

En plus ce forum d'échange nous a édifié dans la mesure où non seulement se sont des hauts lieux pour établir des contacts surtout pour nous venant des PVD, mais aussi c'est un cadre privilégié du donner et du recevoir où parfois sont exposées des nouvelles théories pour le développement.

Enfin j'ai découvert la notion et de la gestion du risque qui m'a permis d'appréhender le mécanisme des causes et effets et leurs impacts sur la population

3.7.3.2 Salons

Pour ce qui est des salons, nous avons visité- du 27 au 30 mai 2008 Hôpital Expo 2008. C'est un salon qui s'inscrit dans la droite ligne des réformes sur, et autour des soins de santé fournis par les professionnelles de la santé. C'est une vitrine qui montre les différents progrès dans le secteur de la santé publique surtout sur l'information médicale. C'est aussi le lieu pour montrer les progrès réalisés dans le domaine de l'ingénierie médicale. C'est aussi une occasion intéressante de nouer des contacts et se tisser son réseau.

3.7.3 Immersion chez les diététiciennes à HNSM

Le pôle de l'HNSM abrite une cellule de diététiciennes (car il ya que les femmes). Cette immersion a suscité en moi moult réflexions. Elle a confirmé ce malaise, c'est-à-dire la quasi indifférence des populations africaines et dans une large mesure la population française pour les questions nutritionnelles malgré le tapage médiatiques semblent, car ces questions sont très éloignées des préoccupations de beaucoup.

C'est dans cette même perspective que le Dr Leroux conscient du phénomène veut intégrer dans son pôle et autour un axe santé maternel nutrition bien améliorer le bien être des population de l'Est Parisien.

En plus cette immersion ce vivre et de voir comme les prises en charge et la gestion de la nutrition en milieu hospitalier se fait. Nous avons assisté à des séances que nous appelons « des négociations » entre médecin et patient car il est très difficile de convaincre les personnes d'adopter des bonnes pratiques nutritionnelles.

Enfin cette immersion nous a enrichi pour ce qui concerne les pathologies comme la dénutrition, l'anorexie, les prise en charge par la nutrition entérale et parentérale. Nous avons aussi vu comment fondé sur l'apport calorique journalière, on peut composer un menu en adéquation, en fonction du poids, de l'activité et de l'état de santé d'un individu.

3.7.4 Alerteurs

Le Dr Leroux réalise une veille Internet et documentaire en relation avec le Centre de Documentation. Il participe ainsi au futur réseau de la Santé Publique d'Île de France et du Val de Marne et met ainsi en place un dispositif de veille. Il veut par cette veille être informé mais surtout former et rendre visible son pôle. Pour ce faire il a réalisé un alerteur et un blog qui sont des interfaces ouvertes sur le monde.

Alors il nous été demandé d'en construire un pour notre propre compte. Pour construire notre alerteur, il faut aller sur les sites qui proposent des pages pour héberger votre alerteur. Alors il vous faut vous inscrire selon un protocole bien précis. Il vous faut une adresse e-mail pour vous inscrire. Après l'hébergeur vous propose des fonctionnalités à maîtriser. De la maîtrise des fonctionnalités dépend la richesse et la convivialité de votre page

Ainsi nous avons construit : « Alerteur de santé publique : nutrition, diététique, alimentation, industries agro-alimentaires » : <http://www.netvibes.com/nutritionestparis#Accueil> et puis attiatilio un alerteur personnel : <http://www.netvibes.com/attiatilio>

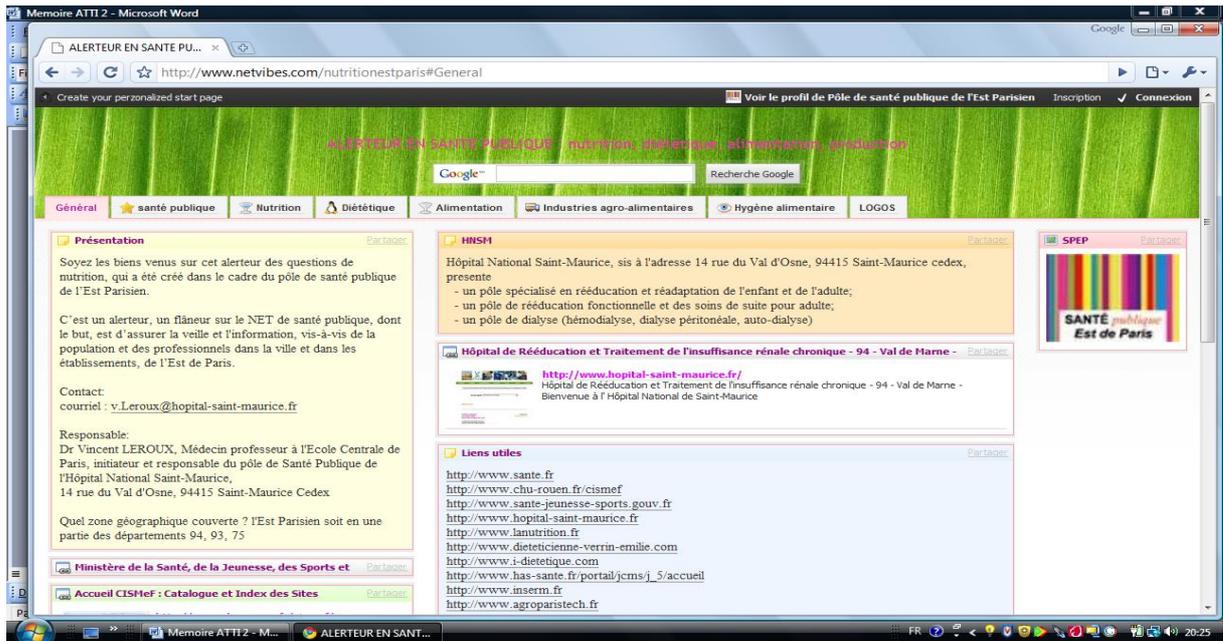


Figure 3 Interface netvibes : <http://www.netvibes.com/nutritionestparis#Accueil>

3.7.5 Le blog

Ensuite, nous nous sommes attelés, sur la demande du Dr, à réaliser voire construire un blog. Un blog est une interface de publication et d'échange. C'est un outil aussi efficace pour tisser sa toile et son réseau avec les personnes qui ont les mêmes centres d'intérêt et qui partagent les mêmes aspirations. Ainsi l'on peut créer et animer un blog sur veille nutritionnelle par exemple qui est l'objet de mon propos.

Nous avons créé pour la cause le blog « attiatilio » sur over-blog: <http://attiatilio.over-blog.com/>

3.7.6 Construction du territoire ou d'un pôle

Le territoire est compris ici comme une émanation de réseaux durable. Il se propose une approche interdisciplinaire du développement durable à l'échelle d'un espace. Cet espace peut être plus ou moins grand, régional, voire national. C'est un cadre qui renvoie à une conception élargie de la notion d'environnement, et qui entend promouvoir la réflexion sur les formes et les finalités des logiques du développement dans nos sociétés contemporaines.

3.8 DevInfo

DevInfo est une plateforme que propose l'Unicef. DevInfo est un outil intégré doté d'un accès au Web permettant le suivi d'indicateurs standard ou conçus pour et par l'utilisateur. L'ensemble standard des indicateurs OMD est au cœur du système DevInfo. En outre, au niveau de la région et du pays, les administrateurs de la base de données peuvent ajouter des indicateurs locaux à leur base. Le logiciel permet de travailler à des niveaux géographiques d'un nombre illimité : depuis le niveau mondial

jusqu'au niveau régional, sous-régional, national et sous-national, en allant jusqu'au sous-district et au village (y compris les écoles, les dispensaires et les points d'eau). Les caractéristiques de DevInfo sont simples et conviviales. C'est ainsi qu'on peut interroger la base de données et obtenir des tableaux, des graphiques et des cartes. Le système constitue un outil idéal pour la planification à partir de preuves statistiques, le suivi axé sur les résultats et les objectifs de mobilisation. Il permet d'organiser, de stocker et d'afficher des données de manière identique afin de faciliter le partage des données au niveau pays entre ministères, organisations des Nations Unies et partenaires pour le développement (UNICEF 2002).

Bien maîtriser les techniques avancées de l'information et de la documentation, se brancher résolument sur les réseaux électroniques, c'est une évidence, mais il convient d'en souligner aujourd'hui l'importance. Il faut acquérir la culture " réseau ", maîtriser les processus de l'information permanente, vivante, jongler avec les ressources de l'Internet et des réseaux électroniques et savoir exploiter à fond les possibilités offertes par les TIC (traitement de texte avancé, messagerie électronique, forums électroniques, navigation sur la Toile et diverses technologies " push " ou " pull " de management de l'information utile.

Savoir traduire, vulgariser, faire passer les messages, convaincre les sceptiques, bien maîtriser la conception et la réalisation des produits de diffusion : il n'y a pas de veille informative efficace sans une démarche forte de communication, d'explication et de vulgarisation, en accompagnement. L'information, la plus riche soit-elle, qui reste enfermée dans la tête d'un seul homme, sans aucune possibilité d'imprégnation d'autres personnes dans l'organisation, cette information-là n'a aucune valeur économique et sociale (MICHEL J., 1999)

Ainsi DevInfo nous a permis d'avoir une vue d'ensemble des questions nutritionnelles de notre pays, d'en dégager les insuffisances et de nous permettre de formuler des propositions d'amélioration.

3.9 Cours à l'Université de Senghor

Pour terminer nous voulons signaler que les différents cours et séminaires que nous avons reçus tout au long de notre cursus à l'université de Senghor ont été d'un grand apport pour nous. Que se soient, les matières abordant la santé environnementale, les interventions nutritionnelles, l'évaluation en santé publique, politiques nutritionnelles, ces cours nous ont ouvert d'autres horizons et renforcé nos connaissances sur les questions afférentes à la nutrition.

3.10 Analyse des données

Pour l'analyse de la documentation qui a abouti à la présentation de notre revue, nous avons dégagé des thèmes autour desquels nous allons bâtir notre argumentaire.

Dans cette même perspective, nous avons retenu les thèmes suivants que nous avons définis dans les différentes articulations de notre propos :

Nutrition, alimentation, agroalimentaire, pôle, territoire, surveillance, systèmes de surveillance, malnutrition, insécurité ou sécurité alimentaire et veille nutritionnelle qui figurent en bonne place des la rubrique mots clés

Nous avons procédé par l'établissement de critères de pertinence et de relation de lien bien évident entre les différents thèmes retenus.

3.11 3 Surveillance alimentaire et nutritionnelle non intégrées

La surveillance alimentaire est le fait de l'Agence National Sécurité Alimentaire du Togo. C'est un organe qui veille et organise la sécurité alimentaire au Togo. En ce sens, elle s'occupe de mettre sur pied une politique de stock des produits agricoles afin de réguler et de soutenir le marché pour maintenir les prix à un niveau acceptable. Le hic c'est qu'elle ne produit pas elle-même et se contente de s'approvisionner sur le marché national.

Par ailleurs cette agence travail sans concertation avec la direction de la nutrition ne s'occupant de fait que de la régulation des stocks et de la stabilisation des prix.

En effet l'analyse du schéma national de santé du Togo montre globalement un schéma organisationnel cohérent et pertinent avec l'existence des structures de gestion à tous les échelons y compris au niveau communautaire. Selon les données du QUIBB 2006, environ 88% de la population se situent à moins de 5km d'une structure de soins. Malgré cette bonne accessibilité, l'état global de santé et surtout l'état nutritionnel des populations est encore préoccupant : la prévalence de l'insuffisance pondérale est chez les enfants de moins trois ans est de 26% en 2006 (MICS3, 2006)

Nous pouvons conclure partiellement que la non intégration et la non coopération des différents acteurs est de beaucoup dans cette situation.

Voilà exposé de façon synthétique la démarche qui nous a permis de réaliser ce travail.

4 Propositions

« À l'horizon de 2015 et au-delà, il ne fait pas de doute que nous pouvons atteindre l'objectif ultime, et nous ne pouvons éliminer la pauvreté. Dans la majorité des cas, l'expérience a prouvé la validité des accords du passé sur la voie à suivre; en d'autres termes, nous savons ce qu'il faut faire. Mais cela exige un effort indéfectible, collectif et de longue durée», déclarait Ban Ki-moon.

Par ailleurs au Togo, la stratégie de développement du gouvernement en matière de lutte contre la pauvreté est explicitée dans le DSRP-I révisé qui a été adopté en avril 2008. Dans cette nouvelle version, le gouvernement a fait sienne la Stratégie Nationale de Développement (SND) adoptée en septembre 2007. Les défis à relever pour atteindre, à l'horizon 2015, l'objectif général de la Stratégie nationale de sécurité alimentaire impliquent une approche systémique regroupant plusieurs secteurs (PUND 2008)

Tout ce qui précède montre à suffisance que des initiatives doivent être prises pour ensemble œuvrer pour relever les défis des OMD.

Par ailleurs, Les pauvres sont dans un cercle vicieux. Pour briser ce cercle, un éventail d'actions doit être mis en place simultanément : une intervention unique ne suffira probablement pas. Les gouvernements doivent s'assurer que la réduction de la pauvreté est intégrée dans toutes leurs politiques, de la stratégie nationale macroéconomique, aux actions administratives à l'échelon local. Il conviendrait d'accorder une attention particulière à la création de nouveaux emplois décents. Les investissements publics et les institutions publiques devraient s'efforcer de cibler les pauvres, en particulier quand il s'agit des dépenses affectées à l'éducation, à la santé et aux infrastructures.

En effet, les PED sont encore très vulnérables face aux différents risques liés à la nutrition avec un taux encore alarmant. Par ailleurs nous avons vu qu'il y a heureusement des outils pour apporter une réponse efficace. Tel le cas de l'approche cadre causal qui est très intéressant dans la mesure où il offre des atouts certains. (Andrien M., Beghin I., 1993).

Nous nous en sommes inspirés pour proposer un projet « DevInfo-illico » qui va s'articuler autour de trois axes:

- ✓ Sensibiliser et former les femmes de la région aux questions d'une nutrition maîtrisée par des relais communautaires
- ✓ Création des plantations de vergers et des fruits en remplacement aux vieilles plantations de cafiers et de cacaoyers
- ✓ La plate forme DevInfo-illico

Il s'agit ici pour nous de présenter le projet.

Contexte

Le théâtre où le projet se déroulera est le canton de Yikpa. Yikpa se trouve au Togo dans la région des plateaux l'une des 5 régions administratives et économiques que compte le pays. Il compte près de 600 habitants repartis dans 4 villages. L'activité principale est l'agriculture. Mais cette activité peu structurée ne nourrit plus son homme. Alors les campagnes se vident. Les conditions deviennent de plus en plus dures, et la pauvreté semble s'installer durablement. Les campagnes n'arrivent plus à retenir la population jeune.

Le canton de Yikpa à l'image du Togo, connaît des conditions de vie aussi dures avec un taux de 26%, en 2006, d'insuffisance pondérale (MICS, 2006). De même, l'effondrement des cultures d'exportation (cacao, coton...) comme le ralentissement prononcé de la production pour plusieurs cultures vivrières (le recul de la production de l'igname, du riz et du maïs), ont pour conséquence l'augmentation significative de la pauvreté en milieu rural (PNUD 2008)

Quelle solution ?

4.2 Axe 1 La plate forme DevInfo-illico

Depuis sa fondation, l'UNICEF contribue à garantir le droit de tous les enfants à une nutrition adéquate. L'organisation aide les enfants à grandir et à s'épanouir en tant qu'individu. Une nutrition adéquate contribue à donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie. En ce sens, L'UNICEF répond à ce besoin en apportant un appui dans les domaines de l'allaitement maternel et de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, des micronutriments, de la sécurité nutritionnelle et des interventions d'urgence (UNICEF, 2008)

Dans le souci de performance pour plus impacter les causes¹ et améliorer le bien être des populations, l'UNICEF a mis au point un logiciel qui est une base outil pour le monitoring des OMD. Cet outil est la base de données DevInfo modelable et adaptable à tous les pays. Pour ses atouts intéressants nous avons initié un projet qui consiste à bâtir de veille nutritionnelle autour, dans un souci d'appropriation et impacter ainsi sur la SN dans le canton de Yikpa.

Nous voulons nous approprier cet outil pour organiser notre veille.

4.2..1 Outil de la veille

Pour la veille nous avons besoin, d'un ordinateur, d'une connexion qui est fournie par l'illico (un téléphone portable sans fil) qui offre une connexion ADSL de haut débit. La couverture nationale en réseaux étant proche de 80% et Yikpa étant couvert notre plate forme est viable.

¹ **L'Agenda 21** est un programme d'actions pour le 21ème siècle orienté vers le développement durable. Il a été adopté par les pays signataires de la Déclaration de Rio de Janeiro en juin 1992. Ses principales fonctions sont la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la production de biens et de services durables, la protection de l'environnement.

En effet nous voulons organiser la vie des populations autour des questions de santé et de nutrition. Par ce biais, nous voulons les former, les informer et les aider à prendre en main le développement de leur milieu et l'amélioration de leur condition de vie.

Ainsi nous voulons créer une cellule de nutrition qui sera abrité dans les locaux sanitaires, et qui va coordonner les activités d'éducation, de sensibilisation, de production dans le canton de Yikpa.

4.2.2 Agent de nutrition

Alors il ne nous faut un opérateur en occurrence ici l'agent de nutrition, pièce maîtresse de notre stratégie vu que c'est lui qui va piloter la plate forme qui est reliée en temps réel à la base mère de l'UNICEF et en réseaux avec tous les utilisateurs de DevInfo

4.2.3 Cadre institutionnel

Il sera un agent du gouvernement car c'est l'Etat qui au Togo à autorité en matière d'organisation de la santé et de nutrition. Nous voulons l'intégrer comme agent de l'Etat pour les questions nutritionnelles. Il sera responsable alors de la politique nutritionnelle de la localité en toute conformité avec les textes de la république.

Il dirige la cellule nutritionnelle, s'occupe du pilotage de la base, et envoie des rapports à son référent direct qui est à la direction préfectorale de santé. Ainsi l'information, au final atteindre la sphère de décision

Il doit avoir des connaissances en informatique, avoir un niveau suffisant pour comprendre les questions nutritionnelles.

Il est le manager, spécialiste en conseil nutritionnel, et va coordonner les activités au niveau des trois axes.

4.3 Axe 2 Relais communautaire

4.3.1 Cadre institutionnel

Le Relais Communautaire (RC) s'occupe de 10-15 familles dans le village composant l'Aire de santé. Le Relais Communautaire établit ainsi un lien continu entre la cellule de l'agent de nutrition qui pour des raisons de commodité et d'économie aura son bureau dans le centre de santé.

Dans un village nous avons 3-4 Relais Communautaires qui constituent la CAC (Cellule d'Animation Communautaire), une structure multisectorielle de développement du village. Ces cellules sont en fait des groupes d'écoute que nous allons implanter dans tout le canton.

La cellule de l'agent de nutrition du centre de santé fournit aux Relais Communautaires par de petits ateliers de formations, les informations utiles concernant l'éducation nutritionnelle dans et la prise en

charge nutritionnelle des enfants qui habitent le village, surtout les inciter à plus fréquenter les CS pour bénéficier des conseils et soin auprès du personnel du CS.

Le RC maintient un contact continu entre le CN et les familles par les visites familiales.

Le Relais Communautaire organise et rend visite à chaque famille 1 à 2 fois par mois.

4.3.2 Textes légaux

Le relais Communautaire tire sa légitimité de :

- ✓ Politiques sectorielles ;
- ✓ Différentes recommandations sur les stratégies de soins proposés par le gouvernement togolais ;
- ✓ Politique nationale des SSP au Togo
- ✓ Arrêté interministériel, Directives et normes en rapport avec les questions nutritionnelles

4.3.3 Concept de relais communautaire

4.3.3.1 Définition

Un Relais Communautaire est une personne, homme ou femme volontaire, habitant le village ou la rue, choisie par les habitants de cette entité, et qui assure le pont entre les individus membres d'une famille et le service de santé.

De ce fait, il accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêts communautaires, en vue de contribuer de façon durable aux objectifs de développement de son village.

4.4 Statut (profil) du relais Communautaire

Le relais Communautaire :

- ✓ Est un volontaire ;
- ✓ Est désigné par la communauté ;
- ✓ Il n'est pas membre de l'équipe de santé,
- ✓ Il représente les intérêts de son village /rue ou communauté.

4.4.1 Attributions

De façon générale, le Relais Communautaire a comme attributions :

- ✓ Aider les familles à améliorer la qualité des soins familiaux par des démonstrations pratiques ;

- ✓ Aider les familles à reconnaître les signes précurseurs de risques alimentaires ;
- ✓ Faire connaître à la famille les services disponibles au CS ;
- ✓ Sensibiliser les membres de la famille sur les comportements clés à adopter au sein de la famille;
- ✓ Aider les familles à adopter les pratiques favorables à la santé et au bien être,
- ✓ Dénombrer la population du village par famille ;
- ✓ Donner des conseils ciblés sur le cas au niveau familial ;
- ✓ Participer aux enquêtes, à la micro planification, à l'organisation et l'exécution des interventions sanitaires dans le village ;
- ✓ Mobiliser la communauté pour la mise en place des initiatives communautaires.

4.5 La vision de l'approche communautaire

Le point de départ est la sous utilisation des services de survie de l'enfant de 0 à 5 ans et de la femme à cause de l'inaccessibilité géographique, financière et culturelle de la population aux services de santé, mais également à la sous informations de la population aux problèmes de santé qui sont responsables de l'excès de la morbi -mortalité dans les villages et les campagnes.

A partir de ces causes ainsi identifiées et après avoir mis de coté les contraintes liées aux ressources ainsi qu'aux déficiences observées dans l'activité de soutien (micro planification, formation, supervision, monitoring des interventions et le système d'informations sanitaires); l'intensification de visites à domiciles par les femmes et les hommes bénéficiant de la confiance des habitants du village parait comme une stratégie efficace et efficiente qui permettrait d'améliorer les performances des interventions dans l'AS (Assistance Sanitaire). Cette stratégie permet de réduire le recours tardif et les abandons aux soins de santé pour les personnes utilisant les services.

Ces femmes et hommes, membres des organisations /réseaux communautaires d'influences comme les églises, les écoles, les ONG et les autres associations mutualistes sont capables d'influencer à travers les réseaux, les comportements, les modes de vie et les attitudes des familles en faveur de la promotion de la santé familiale et de communautés.

4.6 Modalités de sélection

4.6.1 Processus de sélection

Sous l'accompagnement de l'Autorité politico administrative, l'équipe du Bureau central de la zone de santé sous la coordination du Médecin Chef de Zone prend l'initiative d'organiser les réunions de sensibilisation des habitants dans les villages pour la mise en œuvre de relais communautaires.

4.6.2 Etapes à suivre

- ✓ Informer et sensibiliser l'Autorité politico administrative ;
- ✓ Faire le plaidoyer auprès des leaders communautaires ;
- ✓ Contacter la notabilité du village,
- ✓ Dénombrer les ménages du village ;
- ✓ Identifier les réseaux permanents (associations) et répertorier les réseaux communautaires comme églises, écoles, ONG et autre, associations dans l'Aire de santé.
- ✓ Déterminer le nombre de Relais Communautaires.
- ✓ Réunir les membres des réseaux et les habitants des villages pour expliquer les critères d'éligibilité et les tâches à accomplir.
- ✓ Les Relais Communautaires seront installés par l'Autorité politico administrative locale.
- ✓ Recueillir les candidatures en tenant compte de l'organisation du village ou de la rue.
- ✓ Organiser les élections selon les modalités convenues avec les habitants.
- ✓ Former les RC.

4.6.3 Critères de sélection

- ✓ Habiter la rue, l'avenue, village, l'aire de santé.
- ✓ Etre honorable, crédible, dans la rue, l'avenue et village.
- ✓ Etre capable de communiquer, de convaincre, de mobiliser, de persuader et d'influencer les habitants du village.
- ✓ Savoir lire et écrire.
- ✓ Connaître la langue locale.
- ✓ Etre disponible.
- ✓ Avoir le sens de responsabilité et un leadership.
- ✓ Avoir l'esprit d'initiative.
- ✓ Avoir une source de revenu ?

4.6.4 Mandat

Le mandat du Relais Communautaire est de 3 ans renouvelable. Selon la confiance des habitants du village ou de la rue, le mandat du Relais Communautaire peut être renouvelé plusieurs fois.

4.6.5 Modalités de la formation

La formation du Relais Communautaire sera basée sur la préparation et la conduite de la visite à domicile. Cette formation doit être ciblée sur le mode opératoire de tâches à réaliser par le relais communautaire dans l'environnement familial.

Le contenu de sa formation sera présenté dans le document appelé « Guide de formation pour le Relais Communautaire »

Les conseils ciblés selon les problèmes de la survie de l'enfant de moins de 5 ans et de la femme en âge de procréer, couplés à la lutte contre le paludisme, VIH-SIDA/TBC, ainsi que les malnutritions constituent l'essentiel de la formation de RC. Ils visent l'amélioration de l'utilisation de services et performance des interventions du programme de santé communautaire par la promotion de comportements, mode de vie et les pratiques familiales favorables à la survie du couple mère-enfant.

Comme l'équipe du centre de santé est chargée de superviser les relais communautaires, la formation de ces derniers est assurée par l'infirmier titulaire appuyé par les superviseurs du bureau central de la zone de santé.

4.6.6 Champs d'action

Le Relais Communautaire s'occupe de 10 à 15 ménages dans un village dans le cadre de la santé familiale en intégrant au niveau familial les éléments du programme de santé communautaire en rapport avec la survie du couple mère- enfant.

4.6.7 Modalités de gestion

Nous avons choisi le concept de RC pour mieux pénétrer les familles parce que ces relais sont issus de la communauté

4.6.8 Intégration et spécialisation des Relais Communautaires.

Etant donné que l'Aire de santé constitue le lieu privilégié d'intégration des programmes, nous optons pour le Relais Communautaire intégré. Un consensus s'est dégagé sur la polyvalence du relais communautaire ayant la charge de la promotion de la santé et de la nutrition dans les familles.

4.7. Axes 3 Création des plantations de fruits ;

En effet, la région des plateaux connaît une pluviométrie favorable. C'est le réservoir de fruit du Togo même si la production est artisanale et « sauvage ».

Il faut une sensibilisation des mentalités (de Onis M., Garza C., Onyango A.W 2009) et montrer qu'une plantation bien organisée et bien entretenue signifie rentrée de revenus :

- ✓ Se reconverter dans les fruits et remplacer les cafiers et cacaoyers presque centenaire
- ✓ Revaloriser la vie en milieu rural
- ✓ Montrer la place des fruits dans l'alimentation
- ✓ Cultiver par exemple des plantains et des bananes qui entre dans beaucoup de mets dans le milieu
- ✓ Signer des partenariats avec les agroalimentaires pour des débouchés pour la production.

Assurément avec ces plantations, le revenu va augmenter, et avec et l'action des relais communautaires et l'agent de nutrition, nous pensons ferme que la lutte contre la pauvreté et la faim va donner des résultats et réduire d'au moins de 50% la prévalence de la malnutrition dans le milieu (Andrien M., Aoussaf H., Salhi A., 1998).

Voilà ainsi présenté le projet DevInfo-iloco. Qu'en est-il de sa faisabilité?

Fixés pour l'année 2015, les OMD sont un ensemble d'objectifs qui ne pourront être atteints que si tous les acteurs apportent leur contribution. Les pays pauvres se sont engagés à mieux gouverner et à investir dans leurs populations par le biais de la santé et de l'éducation ; les pays riches à les appuyer par le biais de l'aide, de l'allègement de leurs dettes et d'un commerce plus juste.

C'est dire que le pays est en reconstruction, et les autorités initient des projets, des plans et des stratégies pour sortir le pays de la pauvreté structurelle qui s'est installée avec les effets cumulés et des PAS, et la longue crise sociopolitique de laquelle le pays vient de sortir.

Le pays tout entier est en chantier, et l'Etat à des priorités. Saurions par un plaidoyer efficace inclure notre projet dans ces priorités ? Nous y comptons assurément !

5 Conclusion

La veille nutritionnelle est un dispositif appliqué qui vise à aider les différents acteurs concernés par une «intervention» à prendre de meilleures décisions. Par son lien avec la décision, on s'attend à ce que la veille nutritionnelle adopte bien une posture activiste à l'égard des acteurs et des organisations concernées.

Dans les cas où l'insécurité alimentaire persiste, les conséquences peuvent être graves. Les inquiétudes sur la sécurité alimentaire et la faim ont généré des débats mondiaux et ont mené à des

engagements politiques bien définis pour réduire l'insécurité alimentaire à travers des cibles bien établies. Cependant, les progrès obtenus ne sont pas satisfaisants.

Une amélioration de l'information et de l'analyse de la sécurité alimentaire pourrait accélérer les progrès.

La veille nutritionnelle est un dispositif appliqué qui vise à aider les différents acteurs concernés par une «intervention» à prendre de meilleures décisions. Par son lien avec la décision, on s'attend à ce que la veille nutritionnelle adopte bien une posture activiste à l'égard des acteurs et des organisations concernées.

En effet le Togo connaît toujours un fort taux de pauvreté et partant a encore du chemin à faire pour la réalisation de son DD.

L'amélioration des conditions de nutrition au Togo devrait être une priorité dans ces nouveaux plans de développement, et dans la réalisation des OMD en particulier. Non seulement le Togo fait partie des PED où les conditions de nutrition sont loin de donner satisfaction, mais aussi parce que ces mauvaises conditions nutritionnelles impactent négativement tous les secteurs de développement à savoir, l'éducation, la santé, l'économie et se faisant tire le pays vers le bas et instable une pauvreté structurelle.

L'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé et de nutrition a joué un rôle décisif au démarrage de leur processus de développement, surtout à un moment où ces pays ne disposaient que de faibles ressources financières, propres ou procurées par l'aide internationale.

La question de nutrition dans les politiques publiques de santé se pose aussi avec une acuité car il est clair qu'agir sur les effets de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle n'est pas une réponse efficace et suffisante. Il est nécessaire de mener des actions ciblées sur les pauvres. En effet les études ont montré qu'une nutrition mal maîtrisée impacte sur l'individu tant sur le plan sanitaire, scolaire voir économique. Compte tenu du rôle que joue la santé dans les pièges de pauvreté, ces considérations nutritionnelles doivent être mises en avant non seulement pour elles mêmes mais tout simplement pour renforcer l'efficacité des politiques de santé en général et sur l'état nutritionnel des populations du Togo.

Dans les cas où l'insécurité alimentaire persiste, et c'est ce qui parait dans la littérature, les conséquences peuvent être graves. Les inquiétudes sur la sécurité alimentaire et la faim ont généré des débats mondiaux et ont mené à des engagements politiques bien définis pour réduire l'insécurité alimentaire à travers des cibles bien établies. Cependant, les progrès obtenus ne sont pas satisfaisants.

Fort heureusement, des initiatives de développement se multiplient depuis peu pour relancer le pays. Elles répondent à un véritable besoin de globalité face à des procédures de plus en plus complexes. En réponse à la mondialisation, le milieu local se structure, les habitants se réapproprient leur environnement immédiat. C'est dans ce processus de partage d'une dynamique de projet, que nous voulons inscrire la création d'une structure de coordination des stratégies des entités opérant dans le

secteur de la nutrition des enfants. Pour en assurer le succès, il faut que les différents acteurs de la chose nutritionnelle prennent conscience de la nécessité pour chacun d'eux d'unir leurs forces dans une action partenariale productive et efficiente

Enfin nous souhaitons que notre proposition, qui est en soi un projet pilote et innovateur dans le cadre du Togo, va par sa réussite servir de modèle à travers tout le pays et même au-delà.

6 Liste des figures

Figure 1	Cours surveillance, master Senghor 2009	19
Figure 2	: La prévalence du diabète chez les adultes	16

7 Liste des tableaux

Tableau 1	Classification IMC dans le monde, cours Senghor, 2009	15
-----------	---	----

8 Références bibliographiques

- Briend. A ; Ashorn P. *Home-based therapy for oedematous malnutrition with ready-to-use therapeutic food : Acta Pædiatrica*, 2006; 95: 1012_1015
- Taylor et Francis Group (mots clés: : Home-based therapy, Malawi, malnutrition, oedematous malnutrition, RUTF
- Andrien M., Aoussaf H., Salhi A. (1998). *La communication sociale en nutrition à travers la vulgarisation agricole*. Alimentation, Nutrition et Agriculture, Rome. FAO, 22 : 47-55
- Andrien M., Beghin I. (1993). *Nutrition et communication. De l'éducation nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition*. Paris : L'Harmattan, 157 p
- Basdevant A. Conclusion les enjeux de santé publique. *Comptes Rendus Biologies*, 2006 ; **329** (8) : 653 - 55
- Beghin I., Maire B., Kolsteren P., Delpeuch F. (2002). *La surveillance nutritionnelle : 25 ans après*. *Cahiers Santé* 12 (1) :112-16
- Behin I. *Le modèle causal dans la surveillance nutritionnelle : La surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie, Options Méditerranéennes*, 2002 ; Sér. B / n°41,
- Boileau P., Merle B., P.-F. Bougnères P.-F. Traitement du diabète de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Pédiatrie*, May 2005 ; **2**(2) :163- 78
- Gerbaulet Y C., Fantino M., Ambroise Martin A., 2005. *Un nouveau langage en communication nutritionnelle*. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 2005 ; **40** (4) :207-13
- Colomb V. *Indications et stratégies de prise en charge nutritionnelle chez l'enfant agressé*. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, December 2005; **19**(4): 229-233
- Contandriopoulos D., Bilodeau H. The political use of poll results about public support for a privatised health care system. *Canada Health Policy*, 2009; **90**(1) : 104-12
- D'Onis M., Garza C., Onyango A.W., M.-F. Rolland-Cachera M-F and le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie 2009. Les standards de croissance de l'organisation de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Archives de Pédiatrie*, 2009 ; **16**(1) : 47-53
- de Suremain C.E., Lefevre P., de Celis E.R., Sejas E. Combining Causal Model and Focus Group Discussions Experiences Learned from a Socio-Anthropological Research on the Differing Perceptions of Caretakers and Health Professionals on Children's Health (Bolivia/Peru). *The Qualitative Report* 2004 Volume 9 Number 1 March 2004: 1-17 <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR9-1/suremain.pdf>

Elaine L., Ferguson Y; Briend A. and Darmon N. Can Optimal Combinations of Local Foods Achieve the Nutrient Density of the F100 Catch-up Diet for Severe Malnutrition? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2008; **46**(4) :

Gawtkin D.R. Inégalité de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire ? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (1): 3-18

Grynberg A. 2009. Notes de cours. Evaluation biochimique et clinique de l'état nutritionnel, Alexandrie, Egypte, jan 2009

Jean-François Mattei 2003. *L'alimentation nutrition dans les établissements de santé : « politique innovante » Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2003 ; **17** (2) : 94-96, ministre de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées

Larousse (2008)

Mabiala J.R., Babela J.R., Tsiba J.B., Senga P. Surveillance sanitaire de l'enfant de 10 à 12 à Brazzaville (Congo). *Archives de Pédiatrie*, 2004 ; **11** (12) :1511-12.

Maire B., Beghin I., Delpeuch F., Kolsteren P., Remaut-de Winter A.-M. La surveillance nutritionnelle : une approche opérationnelle et durable. Anvers : Institut de Médecine Tropicale, Studies in Health Services Organisation and Policy. *ITG Press, Anvers, 1999; 13: 83 p*

Marciniak B. Intérêt de la nutrition chez la femme. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2007 ; **26** (6) : 581-584

Rastoin J-L., (2007) Risques et sûreté alimentaire dans un contexte de mondialisation : Identité, qualité et sécurité des produits alimentaires méditerranéens. Rapport annuel du CIHEAM. *Les Presses de Sciences-Po*, Paris, juin 2007.

Mason JB., Mitchell J (1983) *surveillance nutritionnelle*, bulletin de l'OMS. **61** (6). 913-25.

Michel J., 1999. Veille informative, veille stratégique, intelligence économique...Mais au fond, qu'est-ce que la veille ? Communication faite le 11 mars 1999 à la journée d'information "Outils de veille pour l'entreprise" organisée par l'IUT de Besançon, <http://michel.jean.free.fr/publi/JM318.html>. Consulté le 5 décembre 2008

OMS (1976). *Méthodologie de la surveillance nutritionnelle*. Série des Rapports Techniques, no. 593, Genève.

Picaud J-C. Dénutrition périnatale : prise en charge nutritionnelle spécifiques du nouveau né. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2005 **19**, Issue (4) : 238-243

PNUD (2006) : Rapport mondial sur le développement humain Au-delà de la pénurie: Pouvoir, pauvreté et la crise mondiale de l'eau: 2006

PUND (2008), *Rapport du projet Objectifs du Millénaire*, 2008

Shankand R., Saïas D., Friboulet. De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 2009 ; **15** (1) : 65-76

Turck D. Organisation de l'alimentation de l'enfant hospitalisation (réglementation, sanitaire, logistique) *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2005 ; **19** (4) : 260-64

UNICEF(2007) <http://www.unicef.org/french/nutrition/index.html>) consulté le 20 novembre 2008

Leroux V. Note introductive projet prévention santé ; HNSM, Val de Marne, Paris, 2007

9 Bibliographique

Guivant, J.S.,. Os supermercados e consumo de Frutas, Legumes, Verduras.(FLV) orgânicos certificados. Relatório final de pesquisa. Projeto CNPq no 520874/01-3. 2003 <http://www.planetaorganico.com.br/trabflv.htm> (accessed 12.05.08)

UNFPA Togo, (2008) population et développement faits manquants <http://togo.unfpa.org/Collecteddonnees.htm>. Consulté le 5 décembre 2008

(OMS 2008). Données et statistiques <http://www.who.int/research/fr/> Consulté le 10 janvier 2009

Sites visités régulièrement

<http://la.climatologie.free.fr>

<http://www.chu-rouen.fr/cismef>

<http://www.dieteticienne-verrin-emilie.com>

<http://www.hopital-saint-maurice.fr>

<http://www.inpes.sante.fr>

<http://www.lanutrition.fr>

<http://www.netvibes.com/nutritionestparis#General>

<http://www.netvibes.com/preventionmaternelleep#General>

<http://www.sante.fr>

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.>

<http://www.sciencedirect.com>

10 Annexe

Nouvelles fonctions de DA 5.0

DA 5.0 comprend plusieurs modules qui couvrent les divers aspects du processus de création de bases de données. Cette application inclut des fonctions qui rendent le processus de création de bases de données polyvalent. Elle assure également une plus grande liberté dans le choix des éléments de ladite base. Les nouvelles fonctions incluent :

- une interface conviviale commune à tous les modules
- des capacités à opérer en mode multitâches permettant l'exécution simultanée de plusieurs modules
- l'accès en réseau à des bases de données distantes
- la saisie et l'édition en ligne des données
- un nouveau module de cartographie pour manipuler les cartes numériques
- un nouveau module Galerie pour publier des présentations sur le web
- un nouveau module d'échange de données pour partager des données avec d'autres applications
- un nouveau module Métadonnées pour créer des informations conformes aux normes internationales dans le format XML
- un nouveau module utilisateurs pour gérer les comptes d'utilisateurs
- un registre des indicateurs globaux en ligne
- une saisie de données rationalisée au moyen de feuilles de calcul et de grilles
- une intégration renforcée d'Unicode pour appuyer les options de langues multiples
- la technologie de pointe .NET utilisée pour le développement de l'application