

République Togolaise
Travail – Liberté - Patrie



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE LA NUTRITION AU
TOGO
(2019-2023)**

Assorti de cadre des résultats

2019



Table des matières

Préface	iii
Abréviations/ sigles	v
Résumé	vii
1. Introduction	1
1.1. Synthèse de l'analyse de la situation nutritionnelle.....	2
1.2. Les causes de la malnutrition.....	9
1.2.1. Les causes immédiates	9
1.2.2. Les causes sous-jacentes	10
1.2.3. Les causes structurelles	14
1.2.4. Les causes de la montée de la malnutrition par surcharge.....	18
1.3. Le fardeau de la malnutrition	19
1.4. Synthèse de la réponse nationale à la malnutrition.....	20
1.5. Principaux contraintes et défis	22
2. Plan stratégique 2019-2023.....	22
2.1. Introduction	22
2.2. Processus de l'élaboration du plan stratégique	23
2.2.1. Atelier pour le renforcement de la nutrition.....	24
2.2.2. Mise en place de la taskforce multisectorielle de renforcement de la nutrition	24
2.2.3. Processus de l'analyse de la situation nutrition et d'évaluation du Plan stratégique 2012-2015.....	25
2.2.4. Rédaction du premier draft du plan	25
2.2.5. Atelier de validation du plan stratégique de nutrition	25
2.3. Logique d'une approche multisectorielle	26
2.4. Objectifs	28
2.4.1. Objectif général	28
2.4.2. Objectifs spécifiques	28
2.5. Axes stratégiques.....	29
2.6. Groupes cibles et zones prioritaires	57
3. Principes directeurs	58
4. Cadre de mise en œuvre	60
4.1. Cadre légale	60
4.2. Cadre Institutionnel de pilotage et de coordination	61
4.2.1. L'ancrage institutionnel	61
4.2.2. La plateforme multisectorielle de la nutrition.....	61
4.2.3. Les ministères sectoriels.....	61

4.3. Coordination des partenaires au développement.....	65
5. Suivi et évaluation.....	65
5.1. Cadre institutionnel de suivi et évaluation.....	66
5.2. Les stratégies de suivi et évaluation.....	66
5.3. Les mécanismes de suivi et évaluation.....	66
6. Mécanismes de financement.....	67
7. Risques et mesures d'atténuation.....	67
8. Bibliographie.....	70
Annexe 1: Cadre des résultats.....	73
DRS, DPS.....	80
Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs.....	80
Annexe 2 : Liste des acteurs rencontrés.....	100

Préface

La malnutrition au Togo constitue un problème de santé publique. De par ses conséquences sur le développement mental et physique de l'enfant, la productivité, l'insécurité alimentaire et sur la paupérisation des populations. Elle est donc une urgence et un vrai problème de développement qui nécessite une approche multisectorielle pour la combattre.

Le Togo fait désormais face à une double problématique nutritionnelle : d'une part les problèmes persistants de « sous-nutrition » - carences générales ou en micronutriments - et d'autre part l'émergence des problèmes de « surnutrition » qui favorisent les maladies de surcharge métabolique - obésité, hypertension artérielle, diabète et dyslipidémies - ainsi que les maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Les enfants atteints de retard de croissance ont un retard de développement cognitif qui affecte négativement leur rendement scolaire et compromet durablement leur productivité au travail et leurs revenus lorsqu'ils deviennent des adultes. Ces enfants grandissent également avec un risque plus élevé de devenir obèses et de souffrir de certaines maladies chroniques dont les prévalences sont en hausse dans notre pays. Tout ceci contraint considérablement le développement du capital humain et menace de mettre durablement en péril nos objectifs de développement économique et social.

Face à cette situation, des engagements au plus haut niveau ont été pris pour améliorer la situation nutritionnelle et de sécurité alimentaire du pays. L'engagement des partenaires techniques et financiers en faveur de la nutrition et la proclamation de la décennie 2016-2025 par l'assemblée générale des Nations Unies, « Décennie d'action de nutrition » sont des opportunités à saisir. L'adhésion du Togo au mouvement SUN en 2014 est un signal fort de la volonté politique pour accélérer et mettre en œuvre des interventions de lutte contre la malnutrition visant à atteindre les cibles mondiales de nutrition d'ici 2025 et à éliminer la faim à l'horizon 2030. Il reconnaît que seuls des efforts concertés et synergiques à travers plusieurs secteurs permettront de réduire rapidement et durablement ce fléau dans notre pays. Ces engagements sont déclinés dans le Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition 2019-2023, partie intégrante du Plan National de Développement Sanitaire.

Ce plan propose un ensemble d'interventions et d'activités avec des objectifs stratégiques couvrant plusieurs secteurs. Il se veut le référentiel de l'action gouvernementale en matière de nutrition afin de réduire considérablement les problèmes de malnutrition d'ici à l'horizon 2023.

Les recommandations du mouvement Scaling Up Nutrition et la volonté du gouvernement togolais de répondre aux causes multiples de la malnutrition ont présidé au choix de cette approche toute multisectorielle. Comme tel, il implique plusieurs secteurs ministériels. Il enjoint tous les acteurs à aborder et à traiter la malnutrition au Togo de manière transversale. Dans cet esprit, le processus de l'élaboration de ce plan a été inclusif en allant au-delà de ces ministères sectoriels en incluant aussi le secteur privé et les organisations de la société civile.

Dans la mesure où la malnutrition est un problème multifactoriel et multisectoriel, il est impératif que tous les secteurs jouent leur rôle afin que nous atteignons les objectifs de ce plan. J'invite donc les responsables des départements en charge notamment de la santé, de l'agriculture, des de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation, de la femme, de la recherche, de la protection sociale, de l'industrie et du commerce et autres à soutenir ce plan dans sa mise en œuvre. J'appelle également la société civile, le secteur privé, les organisations non-gouvernementales, la communauté scientifique et les partenaires au développement à conjuguer leurs efforts avec ceux du gouvernement afin que tous ensemble nous contribuons à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations togolaises.

Le Ministre de la Planification et du Développement et de la Coopération

Abréviations/ sigles

ASC : Agents de santé communautaire
AEN : Action Essentielles en Nutrition
ATPC : Assainissement Total Piloté par la Communauté
ATPE : Assainissement Total Piloté par l'Ecole
CPC : Contrôle et Promotion de la Croissance
CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CREN : Centre de Récupération Nutritionnelle
EDST : Enquête démographique et de santé – Togo
GHI : Global Hunger Index
IMC : Indice de Masse Corporelle
MICS : Multiple Indicator Cluster Surveys/ Enquêtes par grappe à indicateurs multiples
MILDA : Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
NIOTO : Nouvelle Industrie des Oléagineux du Togo
ODD : Objectifs du Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PAM : Programme Alimentaire Mondiale
PANSEA : Plan d'Action National pour le Secteur de l'Eau et de l'Assainissement
PASMIN : Projet d'Appui à la Santé Maternelle, Infantile et Nutrition
PCIMA : Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PND : Plan National de Développement
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNIASAN : Programme National d'Investissement Agricole, de Sécurité Alimentaire et nutritionnelle
PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

QUIBB : Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
SRO : Solution de Réhydratation Orale
SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and transitions
SMO: Solution Maison Recommandée
SGMT : Société des Grands Moulins du Togo
TDCI : Troubles dus à la Carences en Iode
TIAC : Toxi infections alimentaires collectives
UNICEF : The United Nations International Children's Emergency Fund /Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé

Le Togo s'est engagé dans les actions contribuant à l'amélioration du statut nutritionnel de la population. Cependant, au début les actions se sont concentrées sur la malnutrition infantile. De surcroît les approches sont restées essentiellement sectorielles sans réelle prise en compte des causes sous-jacentes et fondamentales qui appellent à la mise en œuvre de façon synergique d'interventions multisectorielles. A la fin du précédent plan stratégique de nutrition, il s'est avéré nécessaire de prendre en compte le caractère multisectoriel de la démarche de lutte contre la malnutrition au Togo dans la nouvelle approche. Le présent plan stratégique de nutrition est l'aboutissement d'un processus qui a consisté à faire un état des lieux de la situation nutritionnelle actuelle, à tirer les enseignements des interventions passées. Il répond à la volonté de traiter de cette fois-ci la question de nutrition dans une approche incluant tous les secteurs.

L'analyse de la situation nutritionnelle a montré que près de 18% des enfants ont une insuffisance pondérale dont 2,8% sous la forme sévère. La malnutrition chronique dans la population d'enfants de moins de 5 ans au Togo est de 23,8 %. De 6,5% d'émaciation en 2014, le Togo affiche une prévalence de 5,7% en 2017. Près de 6,5 % de femmes sont atteintes de maigreur. La maigreur sévit dans les populations infectées par le VIH ou la tuberculose. Concernant la lutte contre la carence en vitamine A, il ressort que près de 82% des enfants de moins de cinq ans ont reçu des doses de vitamine A. La carence en fer reste un problème majeur puisque près de 74% des enfants de 6 à 59 mois sont anémiés. La carence en iode a régressé avec une prévalence du goitre passant de 7,2 % en 2001 à 2% en 2005. Concernant les maladies non transmissibles d'origine nutritionnelles, la prévalence du diabète de type 2 est de 8,3% au Togo avec près de 92% des sujets non diagnostiqués. Pour l'hypertension artérielle, la prévalence est de 31,5% dans la population adulte. Les réponses apportées jusqu'ici n'ont pas permis d'atteindre les objectifs définis dans le précédent plan. Les défis qui restent à surmonter sont : i) la faible coordination multisectorielle et le manque de synergie entre les interventions et programmes sectoriels, ii) La faible disponibilité des ressources humaines qualifiées en nutrition, iii) L'insuffisance

des ressources financières pour la mise en œuvre des interventions à fort impact nutritionnel, iv) La faiblesse dans le suivi et la supervision des interventions nutritionnelles à tous les niveaux, v) L'accès limité de la population aux services sociaux de base tels que les services de santé, de protection sociale, les programmes d'alphabétisation, les services d'assainissements de base et d'approvisionnement en eau potable vi) l'accès limité pour une frange de la population a des aliments sains, nutritifs, diversifiés dont ceux fortifiés et bio-fortifiés.

C'est dans l'esprit d'apporter des réponses appropriées à ces défis que le présent plan a été conçu. L'objectif du plan stratégique pour 2023 est de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations togolaises.

Pour ce faire, Il s'articule autour de huit axes stratégiques à savoir i) le renforcement de l'accès aux soins de qualité et de la prise en charge nutritionnelle adéquate ii) Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la nutrition optimale et de l'hygiène et l'assainissement de qualité, iii) accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité d'aliments nutritifs, sains et diversifiés, iv) amélioration de l'état nutritionnel, de la protection sociale et de la résilience des populations vulnérables et surtout celles en situation d'urgence et de catastrophe, v) amélioration du système d'information en nutrition et de la prise de décision fondée sur les données probantes, vi) renforcement/promotion de la formation et de la recherche en nutrition, vii) renforcement de la gouvernance et de la coordination multisectorielle entre les acteurs de la nutrition, et enfin viii) mise en œuvre des interventions transversales : partenariat, participation communautaire, genre et droits humains en faveur de la nutrition.

La mise en œuvre de ce Plan Stratégique National Multisectoriel de Nutrition engage plusieurs secteurs et par conséquent, nécessite un ancrage institutionnel de haut niveau. Ce niveau d'engagement permettra de donner une grande portée et une plus forte implication des différents ministères sectoriels.

La mobilisation des ressources pour financer les interventions planifiées nécessite le financement traditionnel des politiques publiques mais aussi un plaidoyer pour accroître les allocations budgétaires et de nouveaux mécanismes de financement.

1. Introduction

Le Togo à l'image des autres pays à ressources limitées est confronté aux problèmes nutritionnels affectant pour l'essentiel les enfants et les femmes. Avec l'appui des partenaires, des réponses avaient été apportées avec des résultats très mitigés. Ces réponses se situaient dans la droite ligne des engagements internationaux pris par le gouvernement togolais en lien avec la nutrition. D'abord lors de la conférence internationale sur la nutrition en 1990 puis à travers les objectifs du millénaire pour le développement dès l'année 2000. Plus récemment en 2015, les pays membres des Nations Unies (ONU) ont adopté un nouveau programme de développement durable, qui fixe 17 objectifs mondiaux pour mettre fin à la pauvreté, lutter contre les inégalités et l'injustice, et faire face au changement climatique d'ici à 2030. Le Togo a souscrit à ces engagements mondiaux qui sont en cohérence avec la constitution togolaise. Ceci découle de la volonté renouvelée de répondre plus efficacement à ces indicateurs nutritionnels qui sont à des niveaux sous optimaux. De surcroît, avec la transition épidémiologique et nutritionnelle, un nouveau défi lié à la montée en puissance des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle est à rajouter à ce tableau déjà peu reluisant.

L'un des objectifs phares des objectifs du développement durable (ODD) est l'objectif 2 portant sur "Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable". Cet objectif au regard de la nutrition ne saurait être atteint par des actions sectorielles telles qu'il était fait jusqu'ici au Togo avec l'ancien plan stratégique.

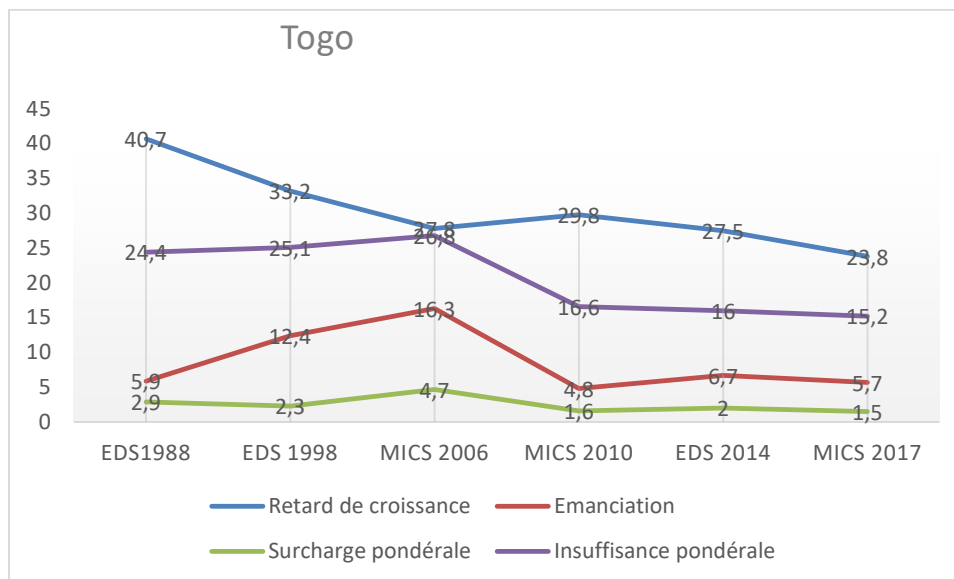
Des évidences publiées dans « *The Lancet series* » ont suffisamment démontré que l'efficacité sur les indicateurs nutritionnels n'est obtenue que lorsque les interventions s'adressent aux causes immédiates mais aussi sous-jacentes et structurelles de la malnutrition. Le sujet est donc d'appréhender la question nutritionnelle dans une approche holistique. La malnutrition demeure une cause importante de mortalité dans la population

togolaise et constitue un obstacle majeur au développement économique et social du Togo. C'est donc à la lumière de ces évidences et le fardeau que constitue la malnutrition pour le Togo et à l'instar des autres pays à ressources limités que le mouvement « *Scaling Up Nutrition* » (SUN) recommande des réponses multisectorielles à la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Lesquelles devaient se refléter dans les documents de politiques que sont la politique nationale et le plan stratégique. C'est donc à la faveur de cette adhésion au mouvement SUN que la Togo s'est engagé à revisiter ses documents de politiques.

La question posée à présent est celle d'élaboration d'un plan stratégique national multisectoriel de nutrition pour les cinq prochaines années. Le présent document constitue une proposition qui orientera toutes les actions en lien avec la nutrition et l'alimentation au Togo. Sa nature multisectorielle exigera sa soumission et sa validation à travers une large concertation, au-delà des services de l'Etat, des acteurs qui lui sont rattachés. Le présent plan stratégique national multisectoriel de nutrition découle de la nouvelle politique nationale multisectorielle de nutrition. Ce document décline les axes stratégiques, les résultats et les cibles sous ces objectifs, ainsi que les principes directeurs et le cadre institutionnel de sa mise en œuvre et le suivi des résultats pour la période de 2019-2023.

1.1. Synthèse de l'analyse de la situation nutritionnelle

Des données obtenues des différentes enquêtes, il ressort qu'après une longue période marquée par l'instabilité socio-politique d'avant 2000, le Togo a fait des progrès significatifs en termes de réduction des niveaux de malnutrition sous toutes ses formes comme l'illustre la **figure 1**.



Sources : EDST 1988, 1998 & 2014, MICS 2006, 2010 & 2017

Figure 1: Evolution des indicateurs anthropométriques de 2006 à 2014 chez les enfants de moins de 5 ans.

Insuffisance pondérale

L'enquête MICS 6 de 2017 montre une prévalence de 15,2 % de l'insuffisance pondérale dont 2,8% sous la forme sévère au niveau national. Le Togo affichait en 2013-2014, une prévalence de 16 % de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans dont 4 % sous la forme sévère selon les données de l'EDST III (2013-2014). Il existe une disparité dans l'ampleur de cette insuffisance pondérale. Les régions des savanes et de la Kara sont les plus affectées soit respectivement de 22,8% et 19,3%. L'ampleur de l'insuffisance pondérale dans les zones rurales est plus grande où près de 18.1% des enfants sont affectés contre 10,5% enregistré en zones urbaines. Dans l'enquête de EDST III, les enfants ayant un faible poids à la naissance sont majoritaires à être affectés par l'insuffisance pondérale : elle affecte près de 32 % des enfants dont le poids à la naissance n'excédait pas les 2500 g. L'un des indicateurs pour lequel le Togo a été performant vis à vis des engagements sur les objectifs du millénaire pour le développement a été sans conteste la réduction de l'insuffisance pondérale. La prévalence de **l'insuffisance pondérale**, un des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement est passée de 26% en 2006 à 16,6% en 2010,

puis à 16% en 2014 (14,9% féminin et 17,1% Masculin) pour une cible OMD de 16,4% pour 2015. Même si les méthodes d'enquêtes ne sont pas similaires, la prévalence actuelle de 15,2% témoigne de la baisse de l'insuffisance pondérale dans la population Togolaise.

Parmi les naissances vivantes ¹, 10 % étaient de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Cependant, ces proportions de naissance de faible poids varient selon les différentes caractéristiques sociodémographiques retenues. La proportion de naissances de faible poids est plus importante parmi les naissances de mères de moins de 20 ans à la naissance que chez les mères de 20-34 ans ou plus âgées (17 % contre 9 %). Cette proportion est aussi plus importante chez les naissances de rang 1 (12 %) que chez les autres. Les résultats selon les régions montrent que cette proportion varie d'un minimum de 9 % dans l'agglomération de Lomé et dans les régions des Plateaux et des Savanes à un maximum de 12 % dans la région de la Kara.

Retard de croissance

La prévalence de la malnutrition chronique dans la population d'enfants de moins de 5 ans au Togo est de 23.8 % selon la dernière enquête MICS 6. Les données de cette enquête, montrent que les enfants dont les mères n'ont aucun niveau de scolarité et de celles de niveau primaire sont plus atteints par la malnutrition chronique soit respectivement à 28,8% et à 24,7% de prévalence que ceux dont les mères ont au moins le niveau secondaire ou plus (15,8%). L'EDSTIII avait montré que la malnutrition chronique affecte plus les familles appartenant aux quintiles pauvres : 33 %, 32 % pour les pauvres puis pour les quintiles riches et les plus riches, 19% et 15% respectivement. Les données de l'enquête à indicateurs multiples (MICS6) confirment cette situation. La malnutrition chronique affecte les franges les plus pauvres: 33,2% (quintile plus pauvre), 29 % (second quintile) et 27,9% (quintile moyen). Toutes les régions du Togo affichent approximativement les prévalences au delà de 25 % à l'exception de Golfe Urbain (12,6%) et Lomé Commune (11,4%) mais les

¹Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International, 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA : MPDAT, MS et ICF International

régions des savanes et Kara restent les zones les plus affectées avec des prévalences respectives de 29,6% et de 28,2, % prévalence selon l'enquête MICS 6. Le niveau du **retard de croissance** est resté modéré de 2010 à 2014 ; il a connu une réduction relative du nombre des cas de 1% (de 317 000 enfants de moins de 5 ans en 2010 à 314 000 enfants de moins de 5 ans en 2014), soit en termes de prévalence, il est passé de 29,8% en 2010 à 27,5% en 2014 dont 17,5 % sous la forme modérée et 10 % sous la forme sévère. La prévalence est plus élevée chez les enfants de 18-23 mois (31,5 %). La prévalence de 23,8% au niveau national (MICS 6) montre une tendance à la baisse de cette forme de malnutrition par rapport aux données antérieures EDST et autres MICS (voir figure 1).

Émaciation

La prévalence de l'émaciation au Togo est de 5,7 % dont près de 1,1% des enfants sont affectés par l'émaciation sévère selon la récente enquête MICS 6 (2017). L'émaciation affecte plus les enfants de sexe masculin (6,2%) que ceux du sexe féminin (5,3%). L'**émaciation** avait atteint un niveau acceptable de 4,8% en 2010 (cible <5%) pour remonter à 6,5% en 2014. La prévalence de la malnutrition aiguë la plus élevée est enregistrée dans le groupe d'âges 6-11 mois et 18 – 23 mois où respectivement 8,6 % (ex- aequo) des enfants sont trop maigres par rapport à leur taille. La région des Savanes est la région où la malnutrition aiguë semble être la plus fréquente (8,1%). Chez les femmes, la maigreur est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Dans la population adulte, la maigreur subsiste chez les femmes. Près 6,5 % d'entre elles souffrent de maigreur. Ce sont dans les régions maritime, de la Kara et des savanes qu'on relève plus de maigreur chez les femmes : soit respectivement 12%, 10% et 13 %.

Pour l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des patients souffrant de la tuberculose, les résultats d'une étude² menée au Togo en 2015, ont montré que près de 40 % des patients tuberculeux souffraient de maigreur (Indice de masse corporelle <18,5

² Min Santé/PAM/UNAIDS. 2014. Etude de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité des patients VIH/Sida et/ou tuberculeux sous traitement au Togo.

kg/m²) contre environ 15 % des PVVIH. La prévalence de la maigreur chez les PVVIH est plus élevée dans les régions de Savanes et Centrale (31,3%, ex-aequo) que dans les autres régions.

Carences en micronutriments

Vitamine A

Selon le rapport sur l'évaluation des dégâts de la carence en VitA publié par l'initiative pour les micronutriments en 2005, le taux de la carence en Vitamine A chez les enfants de moins de 6 ans est estimé à 35% au Togo. Sur le plan national, c'est près de 82% des enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des doses de la vitamine A selon les données de l'EDSTIII.

Anémie

Globalement, 74 % des enfants âgés de 6 à 59 mois étaient anémiés en 2017³; environ un quart des enfants (27 %) étaient atteints d'anémie légère, 44 % des enfants souffraient d'une anémie modérée et 4 % souffraient d'une anémie sévère, selon EIP- Togo 2017⁴. Les résultats EDST III avaient montré que 70 % des enfants de 6-59 mois étaient atteints d'anémie : 25,3 % sous la forme légère, 42,4 % sous la forme modérée les régions Maritime (78%), des plateaux (77%) et des Savanes (77%) sont les plus affectées par l'anémie suivie de la Grande Agglomération de Lomé (72%), de Centrale (68%) et de Kara (68%). Plus on progresse dans les tranches d'âge des enfants, moins on dénombre d'enfants anémiés. La cause de ce niveau élevé de l'anémie n'est pas élucidée. On peut néanmoins l'attribuer aux causes alimentaires et infectieuses. Dans un contexte d'endémie palustre comme le cas du Togo, la moitié de l'anémie peut être d'origine nutritionnelle. En outre, à l'échelle des régions on note un arrimage de la prévalence du paludisme à celle de l'anémie. Ce qui

³ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) et ICF. 2017. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Togo 2017. Rockville, Maryland, USA : MSPS et ICF.

⁴ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) et ICF. 2017. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Togo 2017. Rockville, Maryland, USA : MSPS et ICF.

pouvait renforcer l'hypothèse de l'origine infectieuse de l'ampleur actuelle de l'anémie chez les enfants de moins cinq ans.

Dans la population adulte féminine, plus de la moitié (52%) des femmes de 15- 49 ans sont considérés comme étant atteintes d'anémie dont 40% sous la forme légère, 11% sous forme modérée et 1% sous forme sévère (selon l'EIP T 2017) contre 48,0% soit près d'une femme sur deux est atteinte d'anémie en 2013-2014 (EDST III) où 36% sous la forme légère, 11 % sous la forme modérée et 1% sous la forme sévère. L'ampleur de l'anémie chez les femmes en zone rurale (49%) est moins marquante qu'en zone urbaine (57%). Sans surprise, les mères affectées par l'anémie ont près de deux fois plus de chance d'avoir des enfants anémiés que leurs consœurs non anémiées.

La carence en iode

La carence en iode a des conséquences dramatiques irréversibles dans le développement mental, la capacité reproductive, les performances scolaires et la mortalité des enfants. Le goitre est l'une des manifestations visibles de cette carence. Les plus récentes enquêtes montrent que le Togo a enregistré des performances en matière de réduction des troubles dus à la carence en iode (TDCI). Les enquêtes qui ont été conduites chez des enfants de 6 à 12 ans en 2001 et en 2005 ont montré une régression sensible de 5 points des TDCI. D'une prévalence du goitre de 7,2 % en 2001 on est passé à 2% en 2005. Cette réduction serait attribuable à l'amélioration du statut en iode dans la population due à l'universalisation de la consommation du sel iodé au Togo. Les résultats du MICS 6 (2017), ont révélé que le pourcentage de ménages avec du sel iodé est de 63,4% alors que les enquêtes MICS4 et EDST III ont révélé que 81,4% de la population consomment du sel iodé. Toutefois cette performance devrait être relativisée puisque dans cette population, ce sont seulement 31% des ménages qui consommaient du sel « adéquatement » iodé et MICS 6 rapporte que seulement 25,7% de ménages dispose du sel adéquatement iodé (15 PPM ou plus). Par rapport à cet indicateur, on note une amélioration du milieu rural au milieu urbain : en milieu urbain ce sont 27,4 % des ménages tandis qu'en milieu rural ce sont 24,3 % des ménages qui consomment le sel adéquatement iodé. La distribution de cet indicateur au

niveau des régions montre que la région des plateaux est celle qui affiche un meilleur résultat soit près de 36,1 % des ménages disposent de sel adéquatement iodé (MICS6).

L'obésité et autres maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle

Bien que les enfants soient sujets à la malnutrition dont l'insuffisance pondérale explicitée plus haut, on dénombre de plus en plus des enfants en excès de poids. L'analyse des données de l'EDST montre qu'environ 3 % des enfants sont obèses. Ces enfants, pour l'essentiel, appartiennent à des ménages classés dans les quintiles riches et sont issus des mères de niveau de scolarité élevée. Environ trois femmes sur dix (31 %) présentent une surcharge pondérale : 19 % présentent un surpoids et 11 % sont obèses. La surcharge pondérale affecte les PVVIH et sous thérapie antirétrovirale. Environ 19,5 % de PVVIH sous thérapie antirétrovirale sont en surpoids tandis que 5,2% sont obèses. L'obésité et le surpoids se retrouve également dans la population de sujet co - infectés (46,0%) (Rapport du PAM).

Selon l'enquête STEPS 2010 conduite par le ministère de la santé en collaboration avec l'OMS, la prévalence du diabète de type 2 au Togo est 8,3%. Près de 92% des sujets sont non diagnostiqués. Le diabète de type 2 sévit dans les mêmes ampleurs en milieu urbain et en milieu rural. La prévalence de l'hypertension artérielle est de 31,5%. Les fortes prévalences sont observées dans la région des plateaux (24%), dans la région de la Kara (21%) et dans la commune de Lomé (20%). C'est en milieu urbain qu'il y a plus d'hypertendus (20% en milieu urbain contre 18% en milieu rural

Ces différentes données montrent que le Togo est confronté au double fardeau de la malnutrition. Un phénomène qui est de plus en plus décrit dans les pays à ressources limitées et particulièrement en Afrique subsaharienne. Il est le résultat de la transition nutritionnelle.

1.2. Les causes de la malnutrition

Les causes de la malnutrition au Togo sont diverses et sont de trois niveaux telles que décrit dans le cadre conceptuel développé par l'UNICEF.

1.2.1. Les causes immédiates

Maladies infectieuses

Les maladies, et plus particulièrement les infections peuvent précipiter les sujets dans la malnutrition qui, à son tour accroît la vulnérabilité aux infections. Selon MICS6, près de 17,2 % des enfants de moins de cinq ans ont eu au moins un épisode diarrhéique. Ce sont les enfants de 12-23 mois qui sont les plus touchés par la diarrhée (23,2 %) suivis par ceux de la tranche de 0 -11 mois (18,4%). Les données de MICS 6, montrent que près de 1,1 % des enfants de moins de cinq ans sont affectés par les infections respiratoires aiguës. Il existe des variations régionales dans l'ampleur des infections respiratoires aiguës au Togo. La prévalence du paludisme dans la population d'enfants âgées de 6-59 mois au Togo est de 28% (EIPT, 2017). La région des plateaux (47%) est la plus affectée suivie des savanes (35%), de la Maritime (31%), de la Centrale (20%), de la Kara (18%). La grande Agglomération avec 7% d'enfants de 6 à 59 mois dont le résultat au test de parasitémie palustre est positif, est la région la moins affectée. Par ailleurs, dans toutes ces régions, on note de fortes prévalences de l'anémie (EIPT-2017) laissant envisager le paludisme comme l'une des causes du niveau élevé d'anémie. L'infection au VIH/SIDA a des implications nutritionnelles majeures. Le déficit énergétique chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) résulte des effets directs du VIH, de certaines infections opportunistes, de la réduction des rations alimentaires, de la mauvaise absorption intestinale, de l'augmentation des dépenses énergétiques et de l'utilisation anormale des substrats incluant les protéines. L'association de l'impact de l'insécurité alimentaire, la réduction de la consommation des nutriments due à la perte d'appétit (anorexie) est une cause de la perte de poids chez les patients infectés par le VIH. En plus, la mauvaise absorption des substances à haute valeur énergétique

incluant les graisses spécialement chez l'adulte pourrait aussi être un facteur⁵. Au Togo, la séroprévalence de l'infection au VIH est de 2.5% chez les adultes de 15-49 ans. Les femmes sont les premières à être affectées par le VIH (3,1%) contre 1,7% dans la population masculine.

Apports alimentaires inadéquats

Selon les données ressorties du document du programme national d'investissement agricole, de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNIASAN), le régime alimentaire des togolais est peu diversifié puisque constitué essentiellement d'aliments à bases de céréales et tubercules, avec une faible consommation de la viande, du poisson, du lait et des œufs, ainsi que les fruits et légumes. Le manque de diversité alimentaire constaté dans la population adulte se reflète dans la population infantile. Selon les résultats de MICS 6, c'est seulement 13,7 % d'enfants âgés de 6-23 mois ont reçu un régime alimentaire minimum acceptable : soit 21,8 % d'enfants avec une diversité alimentaire minimale et 60, 7% d'enfants avec une fréquence minimum de repas. Les données sur les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant montrent des signaux loin des attentes.

Pour ***l'allaitement maternel***, la quasi-totalité des enfants sont allaités (98,3 %), mais seulement 48,3 % des enfants sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance en 2017 (MICS 6) contre 61% en 2013-2014 (EDST III). Ceci témoigne de la régression de la pratique. La proportion de nouveaux nés et de nourrissons âgés de 0 à 6 mois qui sont allaités exclusivement au sein est passée de 62,5% à 57,5% entre 2010 et 2014. L'enquête MICS 6 montre que ce sont 65,4% des enfants de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités.

1.2.2. Les causes sous-jacentes

- ***Insécurité alimentaire des ménages***

⁵OMS (2005). Résumé exécutif d'une revue scientifique- Consultations sur la nutrition et le VIH/sida en Afrique : expériences, leçons et recommandations d'actions. Version mise à jour en 2007 n(

Au Togo, l'enquête du questionnaire des indicateurs de base du bien-être (QUIBB) a révélé qu'une grande frange de la population, surtout en zone rurale éprouve des difficultés pour satisfaire leurs besoins alimentaires. Selon les résultats du rapport faim Zéro de PAM, on estime que près de 50 % de la population est touchée directement ou indirectement par l'insécurité alimentaire (c'est-à-dire en incapacité de faire face aux besoins alimentaires de base pendant toute l'année. L'indice de la faim dans le monde (GHI) a étayé ce constat. Cet indice indique que le niveau de la faim est considéré comme « sérieux » avec un score de 22,4. La prévalence nationale de l'insécurité alimentaire s'élève à 49% et 47% de la population est gravement touchée par l'insécurité alimentaire. Toutefois, le rapport faim Zéro mentionne que la proportion de ménages subvenant aux besoins alimentaires avec difficulté a baissé de 15.6 points passant de 49,5% en 2011 à 33,9% en 2015. De plus la proportion des ménages affirmant que leurs besoins alimentaires ne sont pas satisfaits au cours des douze derniers mois précédents a baissé de plus d'un quart (de 62.3% en 2011 à 46.6% en 2015).

L'enquête de sécurité alimentaire et la vulnérabilité des ménages « Emergency Food Security Assessment (EFSA) » conduite par le PAM, en Janvier 2010, avait montré que l'insécurité alimentaire globale touche 53,4 % des ménages enquêtés dans la région des Savanes contre 44,7% dans celle de la Kara. La disponibilité alimentaire à l'échelle nationale reste très contrastée. Elle varie avec le type de produits alimentaires. La croissance annuelle moyenne de la production d'aliments d'origine végétale est passée de 3,12% durant la période de 2002-2007 à 3,55% durant la période 2010-2015. Le Togo a connu une croissance dans la production animale. D'une croissance moyenne de 6,52% entre 2002 -2007, il est passé à une croissance moyenne de 6,72% entre 2010-2015. Toutefois ceci n'a pas été suffisant pour atteindre la cible de 6,9% fixée par la Communauté Economique des Etat de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO).

Les prix sont très fluctuants en fonction des années, au cours de la même année suivant les régions pour certains types d'aliments tels que les légumes et les céréales. Généralement, les prix des denrées alimentaires baissent très fortement dans les périodes de récoltes puis

évoluent progressivement vers des pics pendant les périodes de soudures au cours desquelles le stock d'aliments est considérablement réduit. Les infrastructures de transport pour assurer le drainage des produits alimentaires sont dégradées par endroit et au cours de certaine période de l'année comme la saison pluvieuse.

Au Togo, bien que le phénomène ne soit pas suffisamment documenté, les pertes post récolte restent très présentes dans les zones de productions vivrières. La prolifération des acridiens, des chenilles légionnaires et les fortes températures sont à l'origine de la destruction des produits alimentaires. L'un des constats dans certaines zones surtout rurales est le fait de consacrer les produits d'élevage à la vente pour disposer des ressources financières que pour la consommation pour assurer la couverture protéique. Dans la partie septentrionale du pays, l'utilisation des céréales comme le sorgho pour la production de la boisson locale en période funéraire est une source d'insécurité alimentaire.

- ***Inadéquation des soins aux mères et aux enfants***

Dans le contexte togolais, le statut de la femme est resté sous l'influence des pesanteurs socioculturelles. Ces pesanteurs privent celles-ci de leur autonomie et leur pouvoir de décision pour leurs propres soins et ceux du nouveau – né. Le temps de travail des femmes constitue un frein indéniable aux soins de qualité à l'enfant. En fait, dans le milieu rural, nombreuses sont les femmes à se consacrer au travail agricole. À l'inverse en milieu urbain, les femmes professionnelles ne disposent que de trois mois de congé pour allaiter. En outre des idées reçues sur certaines pratiques culturelles guident les soins donnés aux enfants. L'initiation précoce de l'allaitement maternel n'est effectuée que par 61% des mères. Pour causes, dans certains milieux, le colostrum qui est le premier liquide d'immunisation par excellence dès les premiers moments de la vie est considéré comme sale et donc impropre pour l'enfant. Les résultats de l'EDST III montrent que pour traiter la diarrhée, seuls 19% des mères ont recours à de solution de réhydratation orale (SRO) et dans 1% des cas, les enfants sont traités avec la solution maison recommandée (SMR).

- ***Qualité de l'eau de consommation, de l'hygiène et de l'assainissement de base dans les ménages inappropriés***

L'assainissement de base est à l'origine des maladies parasitaires et infectieuses dont les conséquences sur le statut nutritionnel sont indéniables. L'accès à l'eau de qualité et à l'assainissement de base dans les ménages n'est pas approprié. Selon l'EDST III, environ 38% de la population togolaise n'ont pas accès à une source d'eau améliorée. Seulement 13,5% de la population ont accès à des installations sanitaires améliorées avec des écarts considérables entre le milieu rural et urbain. L'assainissement dans les ménages au Togo n'est pas assuré pour près six ménages sur dix. L'accès aux services d'hygiène et d'assainissement de base s'est amélioré puisqu'il est passé de 55,8% en 2011 à 57,2% en 2015 (QUIBB 2015) mais reste loin des attentes. C'est en milieu urbain que le taux d'accès aux installations d'assainissement améliorés demeure le plus élevé avec près de 86,7% contre 29,9% en milieu rural. En milieu scolaire seul le quart des écoles disposent d'installations sanitaires améliorées et de point d'eau potable (RESEN, 2013). Selon le plan d'Action National du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement (PANSEA). Le pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées est passé de 52,1% en 2006 à 57,2% en 2015 sur le plan national. Par contre le pourcentage des ménages qui pratiquent la défécation à l'air libre est de 42,9% en 2015.

- ***Faible accès des mères aux services et aux soins de base***

L'accessibilité géographique des structures de soins s'est nettement améliorée au cours des 5 dernières années : elle est passée de 66,8% en 2011 à 70,9 % en 2015 soit une évolution de 4 points. Le nombre d'établissements de soins était de 1124 en 2015, soit une densité de 1,6 établissement de soins pour 10 000 habitants contre 1,5 en 2012. Toutefois ces évolutions sont loin de régler le problème de l'accessibilité géographique puisque l'EDST III a montré que trois femmes sur dix évoquent le problème de distance des services de soins pour s'offrir les soins médicaux. Les freins financiers à l'accès aux soins se posent selon données de l'EDSTIII, à près de 60% des femmes qui posent le problème de disponibilité d'argent pour solliciter les services de soins. En outre pour les soins de bases tels que la

vaccination, Les données de l'EDSTIII montrent que la couverture vaccinale en 2013 pour les enfants de 12-23 mois est de 55%. Près de 5% des enfants ne sont pas vaccinés contre 40% partiellement vaccinés. L'objectif du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) est d'atteindre au minimum 95 % des enfants. *En termes de soins périnataux*, la consultation prénatale est réalisée par 71 % des femmes togolaises. Les infirmiers et les sages-femmes constituent le personnel le plus sollicité pour des consultations prénatales au cours de la grossesse. Pour le nombre de visites prénatales, 58% des femmes réalisent les quatre visites recommandées par l'OMS. Les mères recevant des soins postnatals dans les deux premières heures après l'accouchement représentent 71%. Les femmes accouchant dans les structures de santé représentent presque 73 %.

1.2.3. Les causes structurelles

- ***La pauvreté***

Les données montrent que le niveau du bien-être est un facteur déterminant des différentes formes de malnutrition. C'est dans les quintiles pauvres qu'on retrouve de fortes prévalences des différentes formes de malnutrition. En 2015, l'incidence de la pauvreté au Togo est de 55,1 % selon l'enquête QUIBB. C'est en milieu rural qu'on dénombre plus de pauvres. Selon la même enquête, le taux de pauvreté est de 68,7% en milieu rural contre 37,9% en milieu urbain. La même source (QUIBB 2015), souligne que l'incidence de la pauvreté est moins élevée dans la catégorie des ménages dirigés par les hommes que dans celle dirigée par les femmes. Ce qui illustre très bien aussi les inégalités qui restent présentes dans la société togolaise. L'indice de Gini est de 0,380 en 2015. Ces inégalités constituent la trame de fonds des inégalités dans l'accès aux soins, à la nourriture de qualité et aux infrastructures de base. L'extrême pauvreté, au plan national, a baissé entre 2011 et 2015 passant de 30,4% à 28,7% qui reste un niveau inquiétant.

- ***Faible capacité des pêcheries locales***

Malgré son potentiel en ressources halieutiques dont la multitude de poissons dans les eaux douces et dans l'océan, il est à préciser que la pêche traditionnelle, peu développée, demeure le mode de pêche le plus répandu. Cette pratique ne permet pas

d'augmenter les rendements et couvrir les besoins en produits halieutiques. La pêche industrielle a été réduite en un navire (chalutier) ayant une licence pour opérer dans les eaux togolaises (production annuelle est d'environ 125 tonnes). La pêche continentale et lagunaire est considérée comme une pêche de subsistance. Elle produit environ 5.000 tonnes par an et concerne un nombre important de communautés riveraines, dont une cinquantaine autour du lac Togo. La production nationale en produits halieutiques n'a permis de couvrir que moins de 25% des besoins en 2014 et 2015. L'aquaculture représente une part faible de l'offre nationale en produits halieutiques, même si la production piscicole a augmenté considérablement, passant de 25 tonnes en 2014 à 68 tonnes en 2015.

- ***Les aléas climatiques***

La forte dépendance énergétique des populations vis-à-vis des produits ligneux (bois d'œuvre, bois de chauffe, charbon de bois) constitue un important facteur de déforestation qui a d'énormes conséquences telles que les inondations, l'érosion des terres, etc. Cette détérioration des forêts entraîne la détérioration de la fertilité des sols et donc engendre la baisse de production vivrière et perturbe les systèmes alimentaires, accroît les populations vulnérables et la pollution des eaux. Selon le plan national de contingence, le Togo a connu entre 2010 et 2014 quatre inondations. Selon le plan national d'adaptation au changement climatique, les céréales (maïs et sorgho spécifiquement), qui constituent la base de l'alimentation de la population togolaise, sont particulièrement vulnérables à cause de leur forte sensibilité au stress hydrique, surtout au stade de la floraison.

- ***Faible financement des interventions à fort impact nutritionnel***

On ne dispose pas d'un système permettant de tracer les dépenses consacrées au secteur de la nutrition. Il est néanmoins clair que l'État togolais ne consacre aucune ligne budgétaire formelle destinée à la mise en œuvre des interventions à fort impact nutritionnel. Même si des lignes budgétaires de certaines politiques sectorielles contribuent de façon indirecte à la nutrition. Selon le rapport sur l'analyse de la situation sanitaire, l'État togolais ne consacre qu'en moyenne 6% de son budget au ministère de la santé (au lieu de 9,33% selon les

engagements du Compact). La division de Nutrition bénéficie d'une part assez marginale de ce budget qui plus, est essentiellement destiné au fonctionnement.

- ***Faible amélioration du statut de la femme***

La proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole est passée de 23,9% en 2006 à 29,7% en 2011 puis à 39,4% en 2015, mais reste faible. La vulnérabilité à la pauvreté a un visage féminin au Togo : elle touche 57,5% des femmes contre 54,6% des hommes. Les enfants de 0-4 ans issus des mères qui ne prennent pas part aux décisions sur les dépenses des ménages subissent plus de privations en santé que ceux des mères qui y prennent part dans leurs ménages (44,5% contre 39,5% EDSTIII). Les dispositions socioculturelles limitent leur autonomisation. En réalité, la structure sociale togolaise qui est de type patriarcal est fondée sur des relations sociales de subordination qui confèrent des pouvoirs inégaux entre les femmes et les hommes. Ces dispositions (i) entament leur dignité (violences physiques, morales et psychologiques ; mariages précoces), (ii) limitent leurs activités de production (faible accès au crédit, à la terre, l'héritage, etc.), (iii) limitent leurs accès aux services sociaux de base (mortalité maternelle élevée et analphabétisme 23,3% chez les hommes contre 49% chez les femmes en 2015).

- ***Sous-financement de la recherche et faible disponibilité des ressources humaines en nutrition***

La recherche en nutrition et sa valorisation dans la définition des politiques publiques sont un problème pesant dans la recherche de stratégies appropriées pour l'amélioration de la nutrition au Togo. Très peu de recherches ont été conduites sur l'utilisation des ressources alimentaires locales et leurs impacts nutritionnels. Le plateau technique destiné à conduire ces recherches est quasi inexistant. En principe, les centres de recherches universitaires devraient servir de leviers indéniables dans l'arbitrage du contrôle de denrées alimentaires sur le territoire togolais, dans la production des données probantes sur la faisabilité, l'impact des politiques publiques à portée nutritionnelle entre autres. Les deux universités ne disposent pas de centre de recherches de référence pour effectuer par exemple, le

contrôle des denrées ou faire de recherches crédibles ni sur les politiques nutritionnelles ni sur les interventions à fort impact contextualisé au Togo. Selon le rapport du ministère en charge de la recherche, 0,15% du budget de l'état est consacré à la recherche pour un objectif de 1%. Les ressources humaines en nutrition font défaut. Des deux universités publiques du Togo, aucune ne forme spécifiquement des nutritionnistes ou diététiciens (Sodjinou, 2013).

- ***Faible régression de l'analphabétisme***

Le niveau d'instruction des parents surtout des mères est l'un des facteurs très déterminants dans la réduction des chances de survenue de la malnutrition au Togo.

Il détermine l'accès à l'information et la capacité d'analyse des messages de santé par la population pouvant expliquer l'amélioration ou la détérioration de l'état nutritionnel. En plus du dispositif d'éducation formelle, l'État togolais a mis en place des programmes d'alphabétisation destinés à accroître le niveau d'instruction des populations. Ce qui s'est soldé par des améliorations puisque selon l'enquête QUIBB, le taux d'analphabétisme est passé de 43,3% en 2010 (MICS 2010) à 38,8% en 2015 (QUIBB 2015). Toutefois cette évolution reste insuffisante pour insuffler une dynamique sur la santé des populations particulièrement leur état nutritionnel.

- ***Engagement peu marqué des collectivités locales et des acteurs non étatiques***

Les collectivités locales sont peu portées par les questions de nutrition. De surcroît, le processus de la décentralisation n'est pas encore rendu opérationnel au Togo et la faiblesse des activités économiques dans les villes intérieures entraîne une faible capacité de mobilisation des ressources domestiques pour asseoir des actions viables comme celles en lien avec la nutrition au service des communautés.

Au titre de la société civile, certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG)nationales sont impliquées au titre de partenaires dans la mise en œuvre des projets spécifiques destinés à améliorer l'état nutritionnel des populations. Les apports de ces ONG restent tributaires des sollicitations des ONG internationales et des partenaires techniques

et financiers. Il reste qu'au Togo, l'essentiel des interventions en nutrition est conçu et mis en œuvre par certaines ONG internationales.

Le secteur privé participe à l'approvisionnement, la distribution des produits alimentaires sur le territoire. Son implication dans la mise à disposition des aliments enrichis ou fortifiés a été dans la mise en œuvre de mesures législatives n'a pas été marquée. Sa contribution dans la mise en œuvre de certains projets tels que Projet d'appui à la santé maternelle et infantile et la nutrition (PASMIN) par la mise à disposition de farines enrichies a été trop parcellaire. En application du décret sur la fortification des huiles comestibles et des farines, les deux grandes sociétés productrices (NIOTO et SGMT) de ces produits se sont engagées dans la fortification de ces produits. Mais cet engagement s'est émoussé surtout pour les huiles comestibles. Pour cause, l'état n'a pas mis en place les mesures d'accompagnement telles que la défiscalisation du premix et l'interdiction des huiles non enrichies concurrentielles sur le marché.

- ***Faible engagement multisectoriel***

Jusqu'ici, toutes les interventions déployées au Togo souffrent d'un problème de coordination multisectorielle. Il y a une insuffisance de collaboration intra et intersectorielle que ce soit au niveau de la coordination technique que politique. Ce déficit ne permet pas d'assurer l'efficacité qu'on est en droit d'espérer sur le plan nutritionnel. D'ailleurs, la politique nationale de nutrition actuelle et le plan stratégique qui en découle sont de nature sectorielle. Toutes les interventions qu'on peut juger sensibles à la nutrition n'intègrent pas la dimension nutritionnelle dans toute son ampleur et les indicateurs nutritionnels dans la mesure des performances à l'exception du récent PNIASAN, et ne se sentent donc pas redevables aux cibles nutritionnelles.

1.2.4. Les causes de la montée de la malnutrition par surcharge

A l'image des autres pays à ressources limitées, le Togo connaît une montée des pathologies chroniques d'origine nutritionnelle. C'est la conséquence de la transition nutritionnelle drainée par une urbanisation croissante, un changement du mode de vie et de

l'amélioration des conditions socio-économiques. La disponibilité et la consommation des aliments de forte densité énergétiques couplée à un mode de vie marqué par l'inactivité physique assurent chez les individus un excès d'apport énergétique. Le changement dans l'alimentation est marqué par un intérêt plus marqué et une surconsommation d'aliments ultra transformés, plus salés, plus sucrés, plus gras et pauvres en fibres alimentaires et en micronutriments en défaveur des aliments traditionnels.

1.3. Le fardeau de la malnutrition

La charge de la malnutrition pour le Togo reste lourde. Elle va de la mortalité prématurée à la morbidité avec son corollaire économique et social. Les récentes données montrent qu'environ 40% de la mortalité infantile au Togo est due à la malnutrition. Les enfants en situation de malnutrition voient leur immunité altérée entraînant des maladies infantiles nécessitant des consultations, des hospitalisations qui constituent une pression pour le système de santé togolais. Il n'existe pas d'études qui établissent les coûts de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les centres. Toutefois, notre estimation très grossière a montré que la prise en charge de la malnutrition aiguë sans complication coûte à peu près 1.530.000 F.CFA par enfant. En présence de complications cette charge financière s'évalue à 2.120.000 par enfant. Cette estimation se fonde sur le coût d'hospitalisation, des médicaments, des aliments thérapeutiques et de consultation et les frais payés au personnel dédié aux soins (Agent de santé communautaire). Quand on sait que c'est en milieu rural que sévissent le plus la malnutrition aiguë et la pauvreté, cette charge financière est difficilement supportable par les ménages. Même si les médicaments et les aliments thérapeutiques sont distribués gratuitement, les coûts sont supportés par un tiers payant ou le système de soins à qui cette charge aurait pu être évitée. On ne peut aussi sous-estimer les revenus perdus par les accompagnants ou les aidants qui représentent incontestablement une perte pour l'économie togolaise.

On ne dispose pas des données sur les invalidités permanentes ou temporaires induites par les pathologies chroniques d'origines nutritionnelles telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, le cancer. Les invalidités constituent une charge pour la société

togolaise et un manque à gagner indéniable sur le plan économique. Les statistiques montrent que ce sont les salariés qui constituent la deuxième frange la plus touchée après les retraités. Dans le contexte qui est celui du Togo, il est fort à parier que les absences au travail pour causes de ces maladies et non évaluées constituent des pertes de productivité.

1.4. Synthèse de la réponse nationale à la malnutrition

Le Togo a pris plusieurs initiatives pour répondre aux problèmes de la malnutrition. Ces initiatives rentraient dans la droite ligne de la politique nationale de nutrition et de l'alimentation de 2010 et le plan national de développement sanitaire 2011-2015. Outre les documents de politiques qui sont sensés encadrer les interventions en matière de nutrition et de l'alimentation, les initiatives phares ont été d'abord sur le plan législatif et des engagements internationaux. Sur le plan législatif, il y eu le décret présidentiel N : 2012-010/PR portant sur l'enrichissement des huiles raffinées comestibles et farines de blé en micronutriments suivi d'un arrêté interministériel portant sur les conditions de son application. Cette mesure visait à améliorer la consommation à large échelle des aliments enrichis en micronutriments. L'objectif de santé publique étant de lutter contre certaines carences en micronutriments. Le Togo a procédé à la signature de l'arrêté interministériel portant sur la réglementation de l'importation, de la production, du transport, du stockage, de la commercialisation, de l'utilisation et du contrôle du sel iodé au Togo. Cette mesure vise à lutter efficacement contre la carence en iode au Togo. L'adhésion au mouvement SUN a été un engagement international fort marquant du Togo qui a aussi orienté ses actions en nutrition pour répondre aux causes sous-jacentes et structurelles.

Avec l'appui de ses partenaires traditionnels, le Togo a déployé collatéralement aux initiatives des interventions à forts impacts nutritionnels pour la prévention, le traitement et la promotion de la santé et un bon état nutritionnel. Au rang de ces interventions on peut citer entre autres, i) la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant , ii) le Contrôle et la Promotion de la Croissance (CPC) chez les enfants de moins de 3 ans, iii) la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë (PCIMA), iv) la Supplémentation en vitamine A, iv) le déparasitage systématique, v) la supplémentation en fer/ acide folique, vi) le soutien

nutritionnel dans le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, vii) l'iodation du sel comestible et enfin viii) l'administration de SRO et Zinc en cas de diarrhée.

Au niveau sectoriel, des actions ont été engagées et sont en cours. Dans le secteur de l'agriculture, l'élaboration d'un nouveau plan stratégique dont les objectifs vont au-delà de l'assurance de la sécurité alimentaire. Cette politique intègre la dimension nutritionnelle avec un accent particulier sur la promotion des aliments bio-fortifiés et ceux à forte valeur nutritionnelle. Néanmoins des faiblesses plombent encore l'obtention des résultats tangibles. Les faiblesses en lien avec ce secteur sont entre autres l'absence de formation en nutrition dans toutes les écoles de formation d'orientation agricole, faible pérennisation des projets déployés par les partenaires, l'insuffisance de l'encadrement des petits producteurs. Dans le domaine de l'assainissement, des avancées ont été obtenues comme par exemple dans le secteur de l'eau potable où on a enregistré une progression du taux de desserte national de 42% en 2011 à 50 % en 2015. Puis, en matière de pilotage et soutien, des efforts ont été enregistrés avec l'élaboration du cadre budgétaire et financier avec le développement récent d'un plan d'action national pour le secteur de l'eau et de l'assainissement.

Ces réponses traduisent la volonté de l'état togolais à lutter contre la malnutrition. Elles se sont soldées par quelques résultats tangibles dont les plus marquantes sont la réduction sensible de la malnutrition aigüe et la réduction de la carence en iode. Toutefois, la persistance de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans ainsi que la montée des pathologies chroniques d'origines nutritionnelles chez les personnes adultes démontrent que les réponses aux causes structurelles sont insuffisantes et les interventions sont moins transversales qu'elles ne devaient l'être.

1.5. Principaux contraintes et défis

Malgré les efforts déployés, le Togo reste confronté à des défis majeurs pesant qu'il est impérieux de relever si tous les acteurs s'inscrivent dans la démarche de résultats et la nécessité de redevabilité. Il s'agit de :

- ✓ La faible coordination multisectorielle et le manque de synergie entre les interventions et programmes sectoriels
- ✓ La faible disponibilité des ressources humaines qualifiées en nutrition
- ✓ L'insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre des interventions à fort impact nutritionnel.
- ✓ La faiblesse dans le suivi et la supervision des interventions nutritionnelles à tous les niveaux
- ✓ L'accès limité de la population aux services sociaux de base tels que les services de santé, de protection sociale, les programmes d'alphabétisation, les services d'assainissements de base et d'approvisionnement en eau potable.
- ✓ L'accès limité pour une frange de la population a des aliments sains, nutritifs diversifiés dont ceux fortifiés et bio-fortifiés.

2. Plan stratégique 2019-2023

2.1. Introduction

Les évidences ont montré les interventions à déployer pour réduire significativement les différentes formes de malnutrition. Ces évidences portent sur des interventions qui s'adressent pour certaines aux causes immédiates et aux causes sous-jacentes et pour d'autres aux causes structurelles. S'appuyant sur ces évidences et eu égard aux structures organisationnelles chargées de déployer ces interventions, le Mouvement SUN a

recommandé aux pays membres de développer des politiques multisectorielles qui impliquent tous les acteurs. Cette démarche formulée à l'endroit des pays membres du mouvement vise à atteindre les cibles mondiales de nutrition 2025 qui sont les suivantes :

- Une réduction de 40 % du nombre d'enfants âgés de moins de cinq ans présentant un retard de croissance;
- La réduction et la stabilisation de la prévalence d'enfants émaciés à moins de 5%;
- La réduction de 30% du nombre de cas d'insuffisance pondérale à la naissance;
- Pas d'augmentation de la population d'enfants en surpoids;
- La réduction de 50% de la population de femmes en âge de procréer anémiées;
- Une augmentation jusqu'à 50 % au moins des taux d'allaitement exclusif au cours des six premiers mois de la vie.

Le Togo ayant adhéré à ce mouvement, ce plan stratégique national multisectoriel de nutrition est une manière d'aborder la question de la nutrition d'une manière systématique et coordonnée, en adoptant une perspective multisectorielle. Comme les efforts déployés dans le passé dans ce secteur ont été largement disjointes et dispersés, leur impact n'a pas non plus été optimal. La différence fondamentale de ce plan avec le précédent plan réside dans l'accent mis sur les actions coordonnées et concertées des autres secteurs. Elle définit un cadre de redevabilité s'appuyant sur l'organisation existante dans la définition des responsabilités. Elle décline des actions pour répondre autant que faire se peut au défi du double fardeau de la malnutrition. En inscrivant la nutrition dans cette vision on lui reconnaît ainsi la valeur d'un investissement à long terme. A titre illustratif le retard de croissance chez les jeunes enfants est l'un des meilleurs indicateurs du niveau de qualité du capital humain de la nouvelle génération.

2.2. Processus de l'élaboration du plan stratégique

L'élaboration du présent plan stratégique est l'aboutissement d'un processus marqué par plusieurs phases.

2.2.1. Atelier pour le renforcement de la nutrition

A l'initiative du Ministère de la Planification du Développement et avec l'appui financier de l'UNICEF, le Togo avait organisé le 19 Mai 2017 un atelier d'information et de réflexion sur le renforcement de la nutrition. Cette réunion qui a regroupé plusieurs acteurs visait essentiellement quatre objectifs à savoir : sensibiliser les décideurs et les acteurs sur la situation nutritionnelle au Togo, familiariser ceux - ci sur les engagements pris par le Togo en matière de lutte contre la malnutrition, familiariser les principaux acteurs sur les potentielles solutions faisables puis enfin s'accorder sur la nécessité de la mise en place d'une structure pour la gouvernance de la nutrition et son ancrage institutionnel. En outre, l'adhésion du Togo au mouvement SUN ainsi que la fin du précédent plan stratégique de nutrition appelait au renouvellement de ce plan document. C'est en réponse à ce besoin pressant que l'élaboration de ce plan stratégique a été initié. Pour ce faire, la mise en place de la taskforce multi sectorielle pour la nutrition a été nécessaire pour la conduite du processus.

2.2.2. Mise en place de la taskforce multisectorielle de renforcement de la nutrition

La mise en place de la taskforce multisectorielle est le premier arrangement organisationnel qui a découlé de l'activité de plaidoyer sur la nutrition. C'est le décret N° : 0023/2017/MPD/MSPS/MAEH/MASPFA qui a déterminé sa création, ses attributions sa composition et son fonctionnement pour le renforcement de la nutrition au Togo. Cet organe regroupe tous les ministères sectoriels concernés par les questions de nutrition ainsi que les partenaires techniques et financiers et les acteurs non étatiques. L'une des attributions de cet organe qui est ad hoc est de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la politique multisectorielle y compris les documents y afférents (le plan stratégique multisectoriel de nutrition, le cadre commun de suivi des résultats et le plan de suivi évaluation). L'élaboration du présent document a été suivie de bout en bout par cette plateforme à travers des réunions de concertation régulières.

2.2.3. Processus de l'analyse de la situation nutrition et d'évaluation du Plan stratégique 2012-2015

L'analyse de la situation nutritionnelle et l'évaluation du précédent plan stratégique ont été élaborées par les deux consultants (international et le national) recrutés à cette fin. Le travail a consisté à une revue de la littérature, de la visite de terrain, des entretiens individuels de tous les acteurs. L'évaluation du plan a permis de ressortir les actions à impact nutritionnels qui ont été engagés ainsi que les résultats obtenus et les enseignements tirés au cours de la mise en œuvre de ce plan. L'analyse de la situation a permis de dégager l'état nutritionnel de la population togolaise sur la base de certains indicateurs. Les causes, les conséquences et les interventions nutritionnelles spécifiques ou sensibles à la nutrition ainsi que les forces et faiblesses ont été ressorties. Les deux documents ont fait l'objet d'un atelier résidentiel de validation de quatre jours à Kpalimé (Au Sud - Ouest du Togo). Cet atelier a regroupé tous les acteurs à l'image de la plateforme multisectorielle. C'est donc un processus inclusif qui a guidé l'élaboration de ce plan stratégique.

2.2.4. Rédaction du premier draft du plan

Au cours de l'atelier de validation du document de l'analyse de la situation et de l'évaluation du précédent plan stratégique pour la nutrition et aux regards des enseignements tirés, des axes stratégiques ont été proposés par les consultants aux participants. Ceux-ci après amendement ont validé ces axes. Ces axes stratégiques qui ont été validés par les participants ont guidé le développement de ce document. Ce premier draft ne constitue que des propositions faites à la partie nationale qui feront l'objet d'amendements lors d'un second atelier de validation.

2.2.5. Atelier de validation du plan stratégique de nutrition

Le draft ainsi rédigé par les consultants a fait l'objet d'une révision par une équipe de partenaires techniques restreinte. Les différents acteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition au Togo ont, à l'occasion, fait leurs observations et amendements. Par la suite

une deuxième mouture du document a été soumise aux différents acteurs de la nutrition conviés à un atelier résidentiel de 5 jours allant du 17 au 22 octobre à l'Hôtel Ivan Plaza à Kpalimé. Cet atelier multisectoriel a regroupé une cinquantaine de participants touchés au niveau sectoriel par la nutrition venant tant du niveau central que du niveau décentralisé (préfectures et régions). Cet atelier a été l'occasion pour tous les acteurs de marquer leur adhésion au contenu du plan stratégique de nutrition 2018-2023.

2.3. Logique d'une approche multisectorielle

Tel que démontré plus haut, les carences nutritionnelles chez les jeunes enfants et les mères ainsi que la malnutrition par surcharge chez les personnes adultes a des impacts économiques majeurs. Ces impacts sont ressentis tant pour les individus, les ménages, les communautés et le pays dans son ensemble du fait de la morbidité et divers problèmes physiques et mentaux et de la mortalité qui en découle. Il en résulte une perte énorme en termes de capital humain et de productivité économique tout au long de la vie. En outre, les femmes sous-alimentées donnent naissance à des bébés de faible poids à la naissance, ce qui transfère tous les désavantages d'origine nutritionnelle à la génération suivante.

Les 1000 premiers jours constituent la période cruciale de la vie pendant laquelle les carences accumulées ainsi que les dommages qui en découlent du fait du mauvais état nutritionnel de la mère au cours de la grossesse peuvent être rattrapés et réparés. Cette donnée démontre que les résultats nutritionnels des enfants sont étroitement liés à la nutrition maternelle. Il est donc important que les adolescentes, les femmes enceintes ou les mères allaitantes bénéficient d'une gamme de services et d'informations sur la nutrition.

Le retard de croissance est l'une des formes de la malnutrition qui résulte d'un ensemble de facteurs préexistants dont les conséquences s'accumulent sur une période relativement longue. En conséquence, la lutte contre cette forme de malnutrition par exemple, ne peut se faire en mettant seulement des interventions qui s'adressent aux causes immédiates dont les effets sont immédiats mais beaucoup plus aux causes sous-jacentes et fondamentales qui relèvent d'un système préétabli rentrant presque dans les

mœurs. Néanmoins, des évidences publiées dans le Lancet series (Bhutta et al., 2013) démontrent que des interventions à fort impact qui s'attaquent aux causes immédiates permettent de réduire d'un tiers le retard de croissance et d'un quart la mortalité infantile. Une des limites de ces interventions est qu'elles sont de court terme et ne permettent pas de réduire en profondeur tant les causes sous-jacentes que profondes. Dès lors, il importe de mettre en place des interventions qui permettent d'améliorer les pratiques d'alimentation et de soins des mères, des nourrissons et des jeunes enfants par exemple mais aussi d'améliorer l'accès et l'utilisation de toilettes adéquates ainsi que d'aliments nutritifs, fortifiés et diversifiés qui constituent une des causes sous-jacentes de la malnutrition. On s'inscrit ainsi dans les approches "spécifiques" et "sensibles" à la nutrition. Ces deux approches sont complémentaires à bien des égards plutôt qu'exclusives. Le Gouvernement togolais veut inscrire son action dans cette démarche en reconnaissant l'impérieuse nécessité d'intensifier les interventions directes dans le domaine de la nutrition afin d'accélérer la réduction de la sous-nutrition maternelle et infantile et de progresser rapidement vers la réalisation des ODD. Par la même occasion, il reconnaît également la nécessité de prendre des mesures pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition puis à envisager les mesures pour leur mise à l'échelle. Longtemps, le secteur de la nutrition a été considéré comme une action humanitaire plutôt qu'un investissement humain. Ce vide laissait aux partenaires le champ pour des interventions qui sont somme toutes parcellaires, localisées et focalisées parfois aux situations d'urgences. L'une des avancées est la compréhension qu'a le gouvernement togolais que les questions de nutrition ne sont pas que d'ordre humanitaire, mais aussi relève du droit des enfants, des femmes et de la société en général. C'est donc un investissement à long terme d'une importance cruciale pour le développement du capital humain du Togo qui est en jeu.

Les avantages de l'intensification des interventions à la fois spécifiques à la nutrition et sensibles à la nutrition sont de plusieurs ordres : Les interventions spécifiques à la nutrition participeront à la réduction de la sous-nutrition maternelle et infantile, contribuant ainsi à l'atteinte de certains ODD. Elles contribueront à éliminer les carences en micronutriments et en vitamines, ce qui, à lui seul, contribuera à accroître le PIB chaque année. La mise à

l'échelle" permettra d'accroître la couverture des populations nécessitant ces interventions. Enfin, l'intensification des interventions sensibles à la nutrition permettra de rendre durables les résultats engrangés.

2.4. Objectifs

2.4.1. Objectif général

Le présent plan stratégique a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations togolaises.

2.4.2. Objectifs spécifiques

D'ici à 2023,

- Réduire la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans de 23,8% à 20% ;
- Réduire la prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans de 5,7% à moins de 5% ;
- Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 15,2% à 10% ;
- Réduire l'insuffisance pondérale à la naissance de 11% à 8% ;
- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif des enfants de 0 à 6 mois de 65,4% à 73% ;
- Maintenir la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans à moins de 1,5 % ;
- Réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois de 74% à 60% ;
- Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans de 52 % à 39% ;
- Réduire la prévalence de l'hypertension artérielle de 31,5% à 25%;
- Réduire la prévalence du diabète de type 2 de 8,3% à 5,6% ;

- Réduire la proportion des ménages en insécurité alimentaire de 10% ;
- Porter à 20% l'alimentation scolaire dans les régions à forte prévalence de malnutrition aigüe et d'insécurité alimentaire ;
- Assurer une couverture de 50% des services sociaux aux populations hautement vulnérables ;
- Augmenter le pourcentage des ménages utilisant du sel adéquatement iodé de 26% à 50%

2.5. Axes stratégiques

Axe stratégique 1: Renforcement de l'accès aux soins de santé et de nutrition de qualité et de la prise en charge nutritionnelle adéquate

Pour maîtriser la malnutrition par surcharge et par carence, la fenêtre d'opportunité des 1000 jours est la plus cruciale pour agir. Elle va de la conception de l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans. L'amélioration de la santé de la femme est une priorité dans un contexte d'une évolution inquiétante de sa santé. Le surpoids et l'obésité, l'anémie, les carences en micronutriments ont un visage féminin au Togo. De la qualité de l'état nutritionnel de la mère dépend celle de l'enfant. Cette stratégie a été proposée pour assurer un état nutritionnel optimal de la mère et des femmes en âge de procréer mais aussi pour rattraper celui des enfants. Il s'agit d'offrir des soins de santé ainsi que des interventions nutritionnelles de qualité aux mères et aux enfants. De cette stratégie, on espère étendre la couverture en soins de santé de qualité à une grande frange de la population d'enfants (0-5 ans) et de femmes (femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, et les femmes allaitantes) puis d'offrir tous les paquets d'interventions à forts impacts nutritionnels sur la santé de cette population spécifique. Les actions à envisager dans le cadre de cette stratégie devront être menées tant au niveau communautaire qu'au niveau des structures sanitaires.

Au niveau communautaire, il sera question de capitaliser sur les résultats obtenus des interventions à assises communautaires. L'extension et la promotion du dispositif d'action

communautaire qui est constitué d'agents de santé communautaire et les comités villageois de développement seraient nécessaires. Leur rôle dans cette stratégie serait de faire usages des visites à domicile, le dépistage actif des enfants et orientation des sujets dépistés vers les formations sanitaires, l'organisation des causeries débats sur les soins de santé, la distribution des intrants pour améliorer l'état nutritionnel.

Dans les structures sanitaires, il s'agira d'exploiter et d'accroître les dispositions prévues pour la prévention et le traitement des maladies de l'enfant et la promotion de la santé des femmes. Le suivi et la promotion de croissance, les consultations pré et postnatales, les journées de la santé de l'enfant, l'initiative «hopitaux amis des bébés», la stratégie ANJE, la stratégie AME sans eau les consultations curatives sont des dispositions qui seront mises à profit dans le cadre de cette stratégie.

Effet 1 : les structures sanitaires offrent des soins de santé et de nutrition qualité ainsi que les interventions nutritionnelles curatives adéquates et continues à la population d'enfants, de femmes et d'adolescents.

On s'attend à ce que l'offre de soins curatifs soit disponible à tous les niveaux particulièrement dans les zones de vulnérabilité alimentaires où on enregistre de fort de taux de malnutrition. Il s'agira donc de i) procéder à l'amélioration de la lutte contre les carences en micronutriments chez les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans, ii) renforcer les capacités des prestataires des centres de récupération nutritionnelle (CREN) et de rendre disponible les intrants iii) Renforcement et extension des activités promotionnelles et de prise en charge de la malnutrition dans les formations sanitaires.

Extrait 1: l'offre de service de qualité est disponible et étendue

- Diffuser et veiller à l'utilisation des documents normatifs à toutes les échelles de la pyramide sanitaire (protocole de prise en charge de la malnutrition et les directives nationales,..) ;

- Accentuer les supervisions continues des activités de prise en charge de la malnutrition jusqu'au niveau communautaire
- Organiser le déparasitage systématique en institution (Ecole et formations sanitaires) ;
- Organiser la formation régulière des prestataires des CREN ;
- Renforcer et étendre les services de conseils (y compris sur les risques de grossesse précoce) et des méthodes contraceptives aux adolescents par l'intermédiaire des services de santé ;
- Supplémenter à large échelle les femmes enceintes et allaitantes en fer et acide folique ;
- Organiser les campagnes régulières d'administration de la vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois ;

Extrant 2 : l'approvisionnement en intrants des structures est assuré de façon continue

- Concevoir/Actualiser la procédure d'acquisition et de disposition des intrants et équipements jusqu'au niveau décentralisé
- Acquérir les intrants nutritionnels, matériels de mesures anthropométriques et autres équipements ;
- Assurer la disponibilité continue des intrants et des équipements dans les formations sanitaires et centre de prise en charge de la malnutrition
- Faire le suivi régulier de l'approvisionnement des intrants

Indicateurs :

- % d'adolescentes recevant des interventions sur la prévention des grossesses précoces et la planification familiale

- % de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de consultations prénatales
- % d'enfants, des femmes enceintes et allaitantes recevant la supplémentation en fer et acide folique
- % d'enfants âgés de 6-59 mois supplémentés en Vitamine A
- % d'enfants de 12- 59 mois déparasités
- % d'enfants de 12-23 mois ayant reçus tous les vaccins requis à l'enfance
- % de structures sanitaires offrant, de façon continue, les services de prise en charge de la malnutrition aiguë et de supplémentation en micronutriments
- Nombre de CREN offrant des soins respectant le protocole de prise en charge de la malnutrition
- Nombre d'infrastructures de CREN réhabilités

Effet 2 : La prévention, la détection précoce et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) au niveau communautaire sont renforcées.

Les aires prioritaires d'action consisteront à i) renforcer les compétences des ASC sur la prévention, la détection précoce et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) au niveau communautaire, ii) Développer des outils d'IEC pour les agents de santé communautaire pour les sensibilisations. iii) Approvisionner des ASC en intrants nécessaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée au niveau communautaire

Extrant 1 : Les interventions de préventions de qualité sont offertes aux cibles (enfants, adolescents, femmes) au niveau communautaire

- Organiser la formation et la mise à niveau régulier des ASC sur la prévention, la détection précoce, sur la stimulation de la petite enfance et la prise en charge de la MAM au niveau communautaire ;
- Rechercher activement dans les communautés (par les ASC) les femmes aux premiers stades de la grossesse et les orienter vers la consultation prénatale

- Acquérir et mettre à disposition de tous les ASC et de façon continue les intrants et équipements essentiels pour la fourniture des services de nutrition dans les communautés ;
- Développer les outils d'IEC sur la prévention et la prise en charge communautaire des maladies infectieuses, hygiène et sur la malnutrition pour les agents de santé communautaire ;
- Former les agents de santé communautaire sur les outils développés et faciliter la sensibilisation en utilisant ces outils ;
- Effectuer le contrôle régulier du sel dans les écoles, les marchés et les ménages ;
- Assurer le monitoring et le suivi, lors des séances de surveillance et promotion de la croissance (SPC), ainsi que la supervision formative et de soutien.

Extrant 2 : les activités de prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire sont promues

- Prise en charge des contre-références de malnutrition aiguë qui viennent de la prise en charge au niveau des formations sanitaires ;
- Suivi des cas sévères transférés à l'hôpital pour la prise en charge ;
- Promotion et utilisation des produits des Jardins Potagers et du petit élevage pour l'alimentation des enfants, des adolescents et des femmes ;
- Initiation des causeries parentales pour la prise en charge des enfants ;
- Education nutritionnelle sur le sel adéquatement iodé et sa consommation et sa conservation.

Indicateurs

- % de communautés disposants d'interventions nutritionnelles à assises communautaires
- % d'agents de santé communautaire formés et opérant effectivement sur la prise en charge nutritionnelle dans les communautés

- % des ASC formés disposant des équipements anthropométriques fonctionnels ainsi que les outils d'IEC sur la prévention et la prise en charge communautaire des maladies infectieuses, hygiène et sur la malnutrition ;
- Pourcentage d'agents de santé communautaires formés pour fournir des conseils sur l'ANJE, y compris la stimulation de la petite enfance
- Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué les consultations prénatales au moment recommandé (fait à temps) ;
- Pourcentage des femmes enceintes qui ont effectuées le nombre de CPN standard recommandé
- % des ménages qui consomment le sel adéquatement iodé

Axe stratégique 2 : Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la nutrition optimale et de l'hygiène et l'assainissement de qualité.

L'analyse des données a montré que les mères éduquées sont celles qui sont les mieux protégées contre la malnutrition. Ce qui est révélateur de l'importance des connaissances, attitudes et pratiques ou mieux du rôle de la prédisposition à la réceptivité des messages de santé dans la qualité de l'état nutritionnel. Dans les communautés, les mythes et des idées fausses sur la nutrition restent encrés. Par exemple on peut croire que la disponibilité d'aliment suffit à assurer l'adéquation nutritionnelle. L'amélioration des connaissances en nutrition est une avenue clé à l'amélioration de la situation nutritionnelle des populations. C'est le socle pour la mise en œuvre de bonnes pratiques de santé, alimentaires et d'hygiène et d'assainissement fondamentales pour assurer un bon état nutritionnel des populations. Pour se faire, l'accentuation de la communication pour le changement de comportement est nécessaire. L'accompagnement de l'Etat sera de mettre à disposition un ensemble de dispositifs pour promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement du milieu : la promotion de la mise en place de dispositif de lavage des mains, l'assainissement de l'eau de consommation etc.

En ce qui concerne, l'investissement dans les infrastructures d'eau et d'assainissement de bases, l'Etat devrait davantage développer et rendre accessible les infrastructures

d'approvisionnement en eau potable, déployer un dispositif d'assainissement du milieu surtout en zone rurale puis de la disponibilité des latrines hygiéniques dans les ménages pauvres et ceux des zones rurales.

Effet 1 : Les connaissances et pratiques des mères sur l'alimentation des nourrissons et du jeune enfant et l'utilisation des services de santé mère et enfant pour assurer un bon état nutritionnel sont améliorées

Certaines pratiques alimentaires pour les nourrissons bien que socialement acceptées sont néfastes. Afin d'induire des changements de ces pratiques par les mères, il y a lieu de façon prépondérante d'améliorer les capacités de décisions des mères par l'alphabetisation, de déployer l'éducation nutritionnelle et de renforcer la législation en lien avec l'alimentation complémentaire.

Extrant 1 : les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et nouveau - né sont promues

- Mettre à jour et renforcer la stratégie ANJE adaptée au contexte du Togo
- Développer un plan budgétisé d'élimination de la consommation de l'eau et d'autres liquides chez les enfants de moins de six mois
- Développer un plan budgétisé de la diversification alimentaire chez l'enfant de 6 mois à 2 ans
- Renforcer les capacités des prestataires de soins (sages - femmes, accoucheuses permanentes...) sur le soutien des mères pour renforcer l'initiation précoce de l'allaitement et l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois.
- Mettre en place des réseaux de femmes formées pour la promotion et le soutien à l'allaitement maternel au niveau communautaire
- Renforcer les capacités des femmes et groupes de femmes organisées dans la préparation d'aliments complémentaires en utilisant des aliments locaux
- Plaidoyer pour la mise à disposition d'espaces aménagés pour l'allaitement maternel dans les lieux de travail

- Promouvoir l'alphabétisation des femmes
- Organiser les campagnes AME sans eau
- Dynamiser l'initiative « hôpitaux amis des bébés dans au moins 60 % des hôpitaux

Extrait 2 : les pratiques familiales essentielles et utilisation des services de santé/nutrition sont promues

- Renforcer la sensibilisation des mères sur les méthodes de planification familiale dans les zones rurales ;
- Accroître le taux d'utilisation de SRO + Zinc dans le traitement de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Accroître le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action chez les mères et femmes enceintes ;
- Accroître la couverture en consultation pré et post natale, en contrôle et promotion de la croissance ;
- Renforcer les services de conseil sur l'ANJE avec un programme de stimulation de la petite enfance.

Indicateurs

- Disponibilité de la stratégie ANJE ;
- Disponibilité d'un plan budgétisé pour l'élimination de la consommation de l'eau et d'autres liquides chez les enfants de moins de 6 mois ;
- Disponibilité d'un plan budgétisé de la diversification alimentaire chez l'enfant de 6 à 24 mois
- % d'enfants recevant le colostrum moins d'une heure après l'accouchement
- % d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités
- % enfants âgés de 6 à 23 mois ayant accès à des services de conseil sur l'ANJE comprenant une stimulation de la petite enfance (données administratives)
- % d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent au moins trois repas par jour d'aliments de complément

- % d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments de complément
- % d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant une diversité alimentaire
- % de femmes âgées de 15 à 49 ans souffrant d'une carence en fer (ferritine sérique <15 µg / L)
- % de femmes en âge de procréer souffrant d'anémie (Hb <12g / dL)
- % d'enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'anémie (Hb<11g/dL)
- % de mères offrant une alimentation complémentaire constituée d'au moins 4 groupes d'aliments à partir de 6 mois d'âge de l'enfant.
- % de mères d'enfants âgés de 6 mois à 2 ans déclarant avoir allaités leurs enfants à la veille de l'enquête
- % de mères déclarant dormir avec leurs enfants de moins de 5 ans sous moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) la veille de l'enquête
- % des mères offrant de SRO + Zinc à leurs enfants de moins de 5 ans atteints de la diarrhée
- % de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de traitement permanent intermittent pendant la grossesse
- % des mères pratiquant les méthodes de planning familial
- % de services public ou privés disposant de salles aménagées pour l'allaitement maternel.

Effet 2 : la population adulte adopte un mode de vie sain

Il est question de conduire progressivement la population adulte à adopter des changements sur le mode de l'alimentation et la pratique régulière de l'activité physique. Dans cette perspective, les actions prioritaires prévues consisteront à susciter l'acquisition des connaissances la prévention sur les maladies non transmissibles par des sensibilisation, le renforcement des structures de gouvernance et les formations sanitaires sur la prise en charge nutritionnelle des maladies non transmissibles, de créer un environnement adapté pour la pratique de l'activité physique.

Extrant 1 : offre de services de prévention des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle est améliorée

- Elaborer et diffuser une stratégie globale et des lignes directrices pour la prévention, la gestion et le contrôle des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle.
- Former les prestataires de services sur la prévention, la gestion et le contrôle des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle et l'éducation des patients sur la relation entre maladie et nutrition ainsi que Sur l'hygiène et l'assainissement de base
- Effectuer un dépistage régulier et à large échelle des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle
- Effectuer le dépistage communautaire à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille chez les personnes adultes
- Développer les outils d'IEC/CCC sur le mode de vie sain dont un guide alimentaire national

Extrant 2 : environnement urbain est amélioré et adapté pour l'adoption du mode de vie sain

- Plaidoyer pour le développement d'un environnement favorable et adapté à l'activité physique dans les zones en urbanisation croissante
- Diffuser à travers les media les messages sur l'alimentation saine et la promotion de l'activité physique

Indicateurs

- Prévalence des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle (diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle, Dyslipidémie)
- % de personnes adultes pratiquant l'activité physique modérée à intense
- % des personnes adultes consommant au moins 5 portions de fruits et légumes par jour

- % de personnes adultes faisant usage du tabac et d'alcool
- Nombre et types d'outils sur la communication en nutrition développés et disséminés à tous les niveaux
- Disponibilité d'un guide alimentaire validé et utilisé dans les structures de soins pour l'éducation nutritionnelle des personnes adultes
- % d'organes de presse diffusant, au moins une fois par semaine, des messages sur la nutrition.

Effet 3 : les populations adoptent les bonnes pratiques d'hygiène et disposent d'infrastructures d'assainissement de base de qualité.

Afin d'atteindre cet effet, il est fondamental de mobiliser les communautés et de susciter la prise de conscience sur l'importance de mettre en place un environnement sain pour un état de santé et nutritionnel adéquat. Ainsi, les actions à mener seront de rendre disponible une eau de qualité, de renforcer les capacités des communautés pour la rupture de la chaîne de contamination par les fèces ou les mains sales (péril fécal).

Extrait 1 : Les populations adoptent les bonnes pratiques d'hygiène de base

- Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains avec le savon/cendre) dans les communautés, et les lieux publics (écoles, marchés, centres et lieux de prière, centres de formation et de santé etc.)
- Mobiliser les communautés pour la construction de latrines aménagées et leur utilisation adéquate par la mise en place de l'ATPC (Assainissement total piloté par la communauté) et l'ATPE (Assainissement total piloté par l'école).
- Sensibiliser les ménages sur la gestion des eaux usées et des ordures ménagères et la préservation de l'environnement

Extrait 2 : Les infrastructures d'hydraulique sont construites et étendues sur le territoire

- Étendre la couverture en ouvrage d'approvisionnement en eau potable dans les zones non desservies

- Maintenir la continuité de service d'eau potable (réhabilitation des installations d'hydraulique humaine)
- Promouvoir le traitement de l'eau à domicile.
- Approvisionner les établissements scolaires en milieu rural en eau potable.
- Renforcer les dispositifs communautaires de gestion des ouvrages d'hydraulique rurale.
- Améliorer les systèmes d'approvisionnement en eau utilisés dans les établissements de santé.
- Améliorer les systèmes d'approvisionnement en eau dans les écoles

Indicateurs

- % de ménages disposant d'un dispositif de lavage de mains
- Nombre de villages ayant un statut de « fin de la défécation à l'air libre »
- % de ménages disposant d'une source d'eau potable
- % de ménages dotés de latrines hygiéniques construites dans les normes
- % de ménages disposant d'un dispositif de ramassage d'ordures ménagères.
- % de ménages disposant d'un dispositif de collecte des eaux usées
- % d'écoles disposant de latrines adéquates et utilisées

Axe stratégiques 3 : Accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité d'aliments nutritifs, sains et diversifiés

La présente stratégie est d'assurer aux populations surtout celles vulnérables la disponibilité et l'accessibilité aux aliments sains, culturellement acceptables, nutritifs et variés. Elle vise à permettre aux femmes et aux enfants d'avoir accès à des aliments d'origine animale et végétale, riches en micronutriments. On s'attend à ce que toute la population ait une consommation alimentaire adéquate en termes de qualité, de quantité,

de fréquence et de sécurité. Les actions à mener consisteront à i) faciliter l'accessibilité des terres surtout aux femmes, ii) assurer la maîtrise de l'eau iii) fournir des intrants (engrais, semences améliorées, outils de mécanisation, appuis techniques....) pour la production surtout aux petits producteurs des zones défavorisées, iv) améliorer les techniques de stockage et de conservation des produits, v) maîtriser les circuits de distribution des aliments vi) assurer la sécurité sanitaires des aliments, vii) accompagner les éleveurs. La mise en œuvre de cette stratégie devrait s'inscrire dans le cadre du programme national d'investissement agricole, de sécurité alimentaire et nutritionnelle mis en œuvre par le ministère de l'agriculture de l'élevage et de la pêche. Les organisations paysannes, les groupements de femmes et les petits producteurs des zones rurales seront les chevilles ouvrières sûres vers lesquelles ces actions devaient être menées.

Effet 1 : Les populations disposent d'une production alimentaire suffisante et diversifiée pour la consommation

Les interventions prioritaires contribuant à assurer la disponibilité alimentaire adéquate tant espérée au Togo consistent essentiellement au renforcement des capacités des producteurs, à l'amélioration des techniques de production animales et végétales puis à la sensibilisation au recours aux aliments locaux à fortes valeurs nutritives.

Extrait 1 : les capacités de production alimentaire sont améliorées sur tout le territoire

- Amélioration des compétences techniques des petits agriculteurs pour améliorer la production ;
- Mettre à disposition les intrants agricoles ;
- Faciliter l'accès aux semences des cultures bio fortifiées ;
- Promouvoir le Jardin potager au niveau des ménagers (culture des légumes) ;
- Renforcer les capacités de gestion et de l'utilisation de stockage des produits agricoles ;
- Renforcer la capacité de gestion financière des agriculteurs dans la vente des produits agricoles.

Extrant 2 : l'accessibilité des aliments est assurée

- Réhabiliter/Aménager les pistes rurales débouchant sur des zones à forte production agricole.
- Renforcer le contrôle des prix des denrées alimentaires de base
- Promouvoir le développement des filières laitières, fruits et légumes et produits de pêche

Extrant 3 : la consommation des aliments à forte valeur nutritionnelle est assurée

- Sensibiliser les producteurs agricoles des zones rurales sur la qualité de l'alimentation
- Sensibiliser les populations sur les aliments locaux à fortes valeurs nutritives
- Sensibiliser les ménages sur la diversification alimentaire et sur la fortification/biofortification des aliments
-

Indicateurs

- Proportion de ménages ayant un score de diversité alimentaire moyen
- Proportion de femme ayant un score de diversité minimale moyen (MDD-W)
- % de ménages ayant atteint un score de diversité alimentaire minimale
- % de la population consommant des aliments fortifiés et bio fortifiés

Effet 2 : La sécurité sanitaire des aliments est assurée sur toute l'étendue du territoire national

L'assurance de la sécurité sanitaire des aliments pourra être réalisée par la mise en place des structures habilitées, l'élaboration et l'application effectives des directives et des dispositions législatives guidant le contrôle des denrées et la formation des unités de productions et de transformation des aliments sur les bonnes pratiques d'hygiène.

Extrant 1 : le dispositif de contrôle des denrées alimentaires est renforcé et fonctionnel

- Renforcer les capacités des services chargés du contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments (amélioration du plateau technique, des ressources humaines et matérielles)
- Renforcer le contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments
- Sensibiliser et encadrer les acteurs de l'alimentation collective (vendeurs d'aliments des voies publiques, centre de santé et écoles, cantines scolaires restaurants) sur les bonnes pratiques d'hygiène et de qualité
- Elaborer et mettre à niveau les lois, les règlements et directives alimentaires
- Accélérer la mise en place d'une agence nationale de sécurité sanitaire des aliments
- Mettre en place un système de surveillance intégrée des toxi-infections alimentaires.

Extrait 2 : les pratiques de conservation des denrées alimentaires sont améliorées

- Former les agriculteurs et les producteurs sur les techniques de conservation et de la transformation primaire des produits agricoles
- Promouvoir et appuyer la création/réhabilitation des infrastructures de conservation, de transformation et de commercialisation
- Promouvoir l'assurance qualité dans les industries agroalimentaires et unités de transformation des aliments

Indicateurs

- Nombre des laboratoires de contrôle de qualité des aliments disponibles et opérationnels sur toute l'étendue du territoire.
- % de produits importés répondant aux normes de qualité
- % d'unités de transformation des aliments répondants aux normes de qualité
- Nombre d'unités de productions artisanales formées sur l'HACCP

- Nombre de restaurateurs formés sur la qualité de l'alimentation et l'hygiène
- Prévalence des toxi - infections alimentaires collectives (TIAC)
- Quantité des produits alimentaires avariés recensés sur le territoire national
- Nombre de lois, règlements et directives élaborés mis en application

Axe stratégique 4 : Amélioration de l'état nutritionnel, de la protection sociale et de la résilience des populations vulnérables et surtout celles en situation d'urgences et de catastrophes

Les chocs politiques, climatiques et économiques affectent souvent la population togolaise. Ces chocs contribuent à augmenter le nombre de la population vulnérable dans les zones affectées. Ils réduisent les capacités de celles-ci à se nourrir adéquatement avec des conséquences nutritionnelles. La capacité des populations à rétablir l'équilibre alimentaire suite à des chocs est cruciale pour assurer un état nutritionnel de qualité. Cet axe stratégique vise à renforcer la résilience des populations vulnérables à travers les services de protection sociale et les actions de prévention et de réponse aux situations de crise. Cet axe repose sur trois piliers : i) la prévention, la préparation et la réponse aux crises, ii) la protection sociale des ménages vulnérables, iii) la restauration et le renforcement des moyens d'existence des ménages.

Les principales cibles sont les populations vulnérables (les personnes déplacées, les orphelins et enfants vulnérables dus au VIH/tuberculose, les personnes âgées, les foyers pauvres monoparentaux, les populations vulnérables des zones affectées.....)

Effet 1 : les capacités de résilience et le statut nutritionnel des populations vulnérables y compris des enfants du niveau primaire des zones défavorisées sont renforcés

Dans les zones défavorisées, les interventions prioritaires se focaliseront sur les actions d'assistance alimentaire accompagnées des programmes d'éducation nutritionnelle sur le maintien des bonnes pratiques alimentaires.

Extrant 1 : l'assistance aux populations vulnérables est mise en place

- Renforcer les programmes de filets sociaux de sécurité (transferts monétaires, THIMO, AGR, etc) visant les ménages les plus pauvres
- Appuyer les ménages vulnérables, surtout ceux dirigés par les femmes, à s'autonomiser à travers l'initiation des activités génératrices de revenus
- Renforcer les programmes d'éducation des populations vulnérables sur les bonnes pratiques nutritionnelles

Indicateurs

- % des ménages vulnérables bénéficiant de filets sociaux de sécurité (transferts monétaires, THIMO, AGR)
- % de ménages vulnérables bénéficiant d'appui pour l'initiation des activités génératrices de revenus.
- % de ménages vulnérables dirigés par les femmes bénéficiant d'appui des activités génératrices de revenus
- % d'enfants du niveau primaire ayant un bon statut nutritionnel dans les zones défavorisées

Extrant 2 : ration alimentaire des enfants vulnérables du niveau primaire est assurée

- Fournir une ration supplémentaire aux enfants des ménages en insécurité alimentaire à travers les cantines scolaires ;
- Etendre les cantines scolaires aux zones d'insécurité alimentaire

Indicateurs

- % d'enfants en milieu scolaire des zones défavorisées bénéficiant de programmes de cantines scolaires
- % des écoles des zones vulnérables bénéficiant des cantines scolaires

Effet 2 : les interventions promptes et coordonnées sont déployées pour réduire les conséquences alimentaires et nutritionnelles dans les situations d'urgences et catastrophes.

Les réponses appropriées à apporter sont mieux organisées et coordonnées lorsque les préparations aux situations d'urgence sont faites en amont. Dès lors, il sera attendu de mettre en place un dispositif multisectoriel et décentralisé de réponse aux urgences, de définir un plan de réponse et procéder à l'appui et le suivi de la mise en œuvre de la réduction des risques de catastrophe.

Extrant 1 : le dispositif de coordination des interventions est renforcé

- Actualiser /renforcer les dispositifs de préparation et de contingence aux crises à tous les niveaux en prenant en compte la dimension nutritionnelle
- Développer/actualiser les lignes directrices et plans de gestions de situation d'urgences et de catastrophes au niveau des régions
- Actualiser le dispositif d'alerte précoce en prenant en compte la dimension nutritionnelle

Extrant 2 : L'appui aux populations dans les situations d'urgence est assuré

- Renforcer les capacités des structures décentralisées pour la prise en charge des populations dans les situations d'urgence
- Mettre en œuvre une intervention d'assistance alimentaire et nutritionnelle, sanitaire et d'assainissement aux populations victimes dans les situations d'urgences

Indicateurs

- Existence d'un plan de contingence intégrant les objectifs de nutrition ;
- % des régions disposant d'un stock de contingence ;

- Proportion de crises humanitaires ayant fait l'objet d'interventions pour améliorer les capacités alimentaires et nutritionnelles des populations ;
- % des régions disposant des lignes directrices pour la prévention, la préparation, et la réponse aux situations de crises alimentaires et nutritionnelles ;
- % des populations vulnérables ayant bénéficié de distributions alimentaires lors des crises humanitaires ;
- % des populations vulnérables ayant accès à l'eau en quantité et en qualité lors des crises humanitaires.

Axe stratégique 5 : Amélioration du système d'information en nutrition et de la prise de décision fondée sur les données probantes

Le système de suivi et de surveillance revêt une importance capitale pour apprécier les performances et l'impact des interventions. Le système fournit les informations pour le suivi systématique de l'état nutritionnel et d'alerte pour l'atténuation d'éventuels chocs. L'échange d'informations entre les acteurs est fondamental pour tirer les leçons apprises et pour orienter les décisions. Le système de surveillance et la recherche aideront aussi à consolider et à gérer les connaissances sur les bonnes pratiques et les évidences sur l'efficacité des approches et des interventions. La mise en place d'un système d'information efficace requiert l'amélioration des outils de collecte de données et leur gestion, le renforcement des mécanismes de rétroaction de l'information nutritionnelle entre les intervenants de la nutrition. Au titre de cet axe stratégique, il est impérieux de mettre en place : i) un système de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce, ii) un système d'information nutritionnel, iii) les enquêtes régulières, iv) les études qualitatives pour dégager les pratiques et les déterminants sociaux de la malnutrition.

Effet 1 : Le système d'information multisectoriel sur la nutrition est opérationnel pour la prise de décision efficace.

Pour la redevabilité et les enseignements à tirer, il y a lieu de favoriser la consolidation des

informations techniques et financières et les revues des dépenses. A cet effet il est nécessaire de renforcer au cours de la mise en œuvre de ce plan stratégique le système d'informations utilisé sur le plan, pour une meilleure efficacité, rapidité, complétude et fiabilité. La disposition des informations fiables permettra de faire de la planification à long terme, de fournir les éléments pour la gestion et l'évaluation des programmes. Pour ce faire, la stratégie a adopté dans la mise en œuvre de cet axe sera de renforcer le système d'information existant, d'harmoniser les outils de collecte de données.

Extrant 1 : Un dispositif de suivi/évaluation est mis en place et fonctionnel

- Concevoir et mettre en place un système de suivi et de surveillance nutritionnelle
- Mettre en place une base de données nationale et centralisée au niveau de la plateforme multisectorielle de nutrition.
- Réaliser des enquêtes d'envergures nationales sur la nutrition (EDST, SMART, MICS, enquêtes agricoles, enquêtes de sécurité alimentaire et de vulnérabilité,...);

Extrant 2 : les capacités des acteurs sectoriels pour le suivi/évaluation des activités nutritionnelles sont renforcées

- Renforcer la capacité de collecte, d'analyse et de communication des données sur la sécurité alimentaire et la nutrition à tous les niveaux, en veillant à ce qu'elles soient utilisées pour l'élaboration des politiques/stratégies
- Organiser les missions conjointes multisectorielles de suivi/supervision des interventions sur l'étendue du territoire
- Réaliser une évaluation à mi –parcours, finale et ex post du présent plan

Indicateurs

- Nombre de structures de coordination multisectorielle régionale exploitant les données nutritionnelles dans les décisions et la planification régionale ;

- % de structures remontant les informations nutritionnelles de qualité ;
- Nombre de revues semestrielles et annuelles des cellules multisectorielles au niveau régional et national ;
- Fréquence et couverture des enquêtes nutritionnelles sur le territoire togolais ;
- Nombre de parties prenantes dont les capacités en suivi et évaluation sont renforcées ;
- Nombre d'évaluations du Plan National Multisectoriel de Nutrition réalisé.

Axe stratégique 6 : Renforcement/promotion de la formation et de la recherche en nutrition

L'élaboration des documents de politique, de planification des activités devrait se nourrir des données issues des recherches. En effet, il faut produire des preuves des meilleures pratiques pour trouver des solutions appropriées aux problèmes de nutrition. Le volet recherche vise à orienter les actions qui devront permettre de définir les priorités de recherche en nutrition et mettre à disposition les résultats pour leur dissémination et utilisation à tous les niveaux. Cependant au Togo, l'une des lacunes est que les résultats de la recherche ne sont pas suffisamment utilisés pour éclairer la conception et la mise en œuvre des programmes de nutrition.

Effet 1 : La recherche en nutrition est améliorée pour éclairer la prise de décision

Le renforcement des structures de recherches par l'amélioration du plateau techniques et un personnel qualifié, la mobilisation des ressources financières et la mise en place d'un mécanisme de centralisation des résultats seront des grandes actions nécessaires pour promouvoir la recherche.

Extrant 1 : le dispositif de formation et de recherche en nutrition est mis en place

- Renforcer le plateau technique des structures de formation en nutrition pour la recherche
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de recherche opérationnelle en nutrition
- Mobiliser les ressources financières pour la recherche-action en nutrition
- Intégrer/réviser des modules de nutrition dans les curricula de formation initiale du personnel de santé, des enseignants, des assistants sociaux, des agronomes, des spécialistes de l'agroalimentaire et encadreurs agricoles
- Renforcer la formation continue du personnel de santé, des enseignants, des assistants sociaux, des agronomes, des spécialistes de l'agroalimentaire et encadreurs agricoles

Extrant 2 : Les résultats des recherches sont disponibles et utilisés pour la prise de décision

- Mettre en place une plateforme de centralisation des résultats de recherche
- Dissémination régulière de l'information sur la nutrition

Indicateurs

- Nombre de projets de recherches élaborés en lien avec la nutrition au Togo ;
- % de projet de recherche en nutrition ayant reçu un financement ou autres appuis ;
- Nombre de programmes dans lesquels le thème de la nutrition est intégré dans les filières de l'éducation formelle (générale), des instituts de formation des enseignants et de l'éducation non formelle ;
- Nombre d'établissements d'enseignement proposant des programmes dans lesquels la nutrition a été intégrée. (Écoles cibles) ;
- Nombre de structures de formation initiale ayant intégré les modules de nutrition dans leur curriculum ;
- Nombre d'articles de recherches en nutrition publiées dans les journaux et archivés ;
- Nombre de laboratoires de recherche dont les plateaux techniques sont renforcés.

Axe stratégique 7 : Renforcement de la gouvernance et de la coordination multisectorielle entre les acteurs de la nutrition

La qualité de la gouvernance doit être centrale dans la mise en œuvre de ce plan. Ce plan revêt un caractère intersectoriel et implique une diversité d'acteurs concernés. De par l'importance des interactions que la mise en œuvre des actions déclinées requiert, le présent plan appelle à une exigence d'un pilotage à la fois souple et structuré. La souplesse est indispensable, à des fins de responsabilisation de chaque acteur dans son champ de compétence, et d'adaptation à la diversité des situations locales. La structuration ne l'est pas moins, à des fins de cohérence et d'efficacité. Si ces exigences sont nécessaires, l'appropriation du plan à tous les niveaux, la culture de redevabilité et une vision orientée sur les résultats le sont tout aussi. L'accompagnement par l'allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières, et un environnement réglementaire adéquat contribueront substantiellement à l'atteinte des résultats.

Cet axe stratégique vise à placer la nutrition à cœur de l'action gouvernementale pour le développement. Il revient dès lors à plus de mobilisation de ressources financières, à créer un cadre de concertation multisectoriel national et local sur la nutrition.

Effet 1 : la coordination multisectorielle des actions en nutrition est structurée et renforcée

Il s'agira de mettre en place les instances de coordination du niveau national au niveau décentralisé définissant les rôles et les responsabilités puis de renforcer les capacités des acteurs pour la mise en œuvre des actions.

Extrant 1 : les organes de coordination multisectorielle sont opérationnels

- Créer par décret les organes de coordination multisectorielle à tous les niveaux
- Mettre en application ce décret par des arrêtés ministériels

- Renforcer les capacités des organes de coordination multisectorielle (niveau centrale et niveau régional)
- Renforcer les capacités de tous les acteurs concernés pour une mise en œuvre effective des actions de la nutrition à tous les niveaux
- Elaborer, valider et mettre en œuvre des plans de travail multisectoriel

Indicateurs

- Existence du décret de création d'organes
- Nombre d'organes créés par arrêté
- Nombre d'organes dont les capacités sont renforcées
- Nombre d'entités décentralisées dont les capacités sont renforcées
- Nombre de plan de travail multisectoriel mis en œuvre

Effet 2 : les ressources matérielles, financières et humaines pour les interventions nutritionnelles sont accrues

La mobilisation des ressources sans lesquelles la mise en œuvre de ce plan sera vaine sera au cœur des actions prioritaires. Pour ce faire, un plaidoyer pour la mobilisation des ressources, l'amélioration des mécanismes de gestions et le renforcement en ressources humaines qualifiés seront fondamentaux.

Extrant 1 : Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du plan sont conséquentes

- Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la nutrition (stratégies de mobilisation des ressources)
- Créer une ligne budgétaire pour la nutrition
- Suivre la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers et de l'Etat
- Renforcer le mécanisme de gestion des ressources mobilisées et de l'obligation de rendre compte à tous les niveaux

- Renforcer les secteurs de la nutrition en ressources humaines qualifiées

Indicateurs

- Ligne budgétaire allouée à la nutrition
- Taux de décaissements des fonds affectés par l'état pour la nutrition
- Pourcentage de ressources allouées à la nutrition par l'Etat et les partenaires par rapport au budget prévu.
- Évolution de la part d'appui budgétaire apporté par les partenaires techniques et financiers
- Taux d'exécution du budget du plan stratégique multisectoriel
 - Nombre de spécialistes disponibles à tous les niveaux

Effet 3 : le cadre législatif et réglementaire est renforcé et opérationnel sur toute l'étendue du territoire

L'encadrement législatif consistera à rendre effectif les dispositions existantes, à actualiser les mesures existantes si nécessaires puis à mettre en place ou renforcer le rôle des instances chargées de veiller à l'application des mesures législatives mise en place.

Extrait 1 : Les dispositions légales favorables à la qualité des produits alimentaires sont mises en place et appliquées

- Mettre en application les mesures législatives sur la fortification des aliments
- Mettre en place des dispositions législatives pour le contrôle des publicités des produits alimentaires ultra-transformés
- Actualiser/Faire appliquer les dispositions réglementaires en matière de sécurité sanitaire des aliments;
- Mettre en place un cadre réglementaire de développement des cultures bio-fortifiées ;

- Renforcer les services de contrôles des denrées alimentaires aux frontières
- Harmoniser les normes nationales sur les produits alimentaires selon les recommandations du CODEX Alimentarius
- Mettre en place un système d'accréditation des laboratoires de contrôle-qualité

Indicateurs

- Nombre de dispositions législatives en lien direct ou indirect avec la nutrition établies et effectivement appliquées.
- Nombre de laboratoires de contrôle qualité accrédité

Extrant 2 : Les dispositions légales et réglementaires favorables à de bonnes pratiques alimentaires sont mises en place et appliquées

- Faire adopter et mettre en application le projet de loi sur la commercialisation des produits d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Faire le plaidoyer auprès des décideurs pour arrimer la durée légale du congé de maternité à la durée de l'allaitement maternelle exclusif.
- Actualiser la stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Indicateurs

- Existence d'une loi sur la commercialisation des produits d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Existence d'un document de stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant actualisée et validée.

Axe stratégique 8 : Mise en œuvre des interventions transversales : partenariat, participation communautaire, genre et droits humains en faveur de la nutrition

L'efficacité espérée des projets et des programmes est tributaire de la pertinence des solutions proposées et mise en œuvre par les différents acteurs pour les besoins des communautés. Ainsi, la promotion du partenariat et la participation communautaire constituent une condition nécessaire pour assurer la durabilité des actions. La diffusion des nouveaux concepts et des messages passe par les canaux tels que les leaders d'opinion, les institutions de santé, les écoles, les associations de femmes, les groupes religieux, les groupements paysans, pêcheurs ou éleveurs et d'autres associations communautaires qui peuvent servir de relais. En outre les contributions des communautés participent à assurer l'appropriation des actions dont elles sont bénéficiaires.

Les principaux groupes affectés par la malnutrition et ceux à risque seront au cœur des actions à mettre en œuvre dans le cadre de ce plan. A ce titre et à la lumière de l'analyse de la situation, les femmes sont les principales victimes mais aussi les personnes-ressources par qui toutes interventions nutritionnelles ont des résultats forts éloquentes. Pour espérer donc des résultats durables, un accent particulier sera mis sur cette frange de la population. En plus, il sera promu les dispositions législatives en faveur de la nutrition.

Effet1 : Les communautés participent activement aux actions en faveur de la nutrition

Les actions seront focalisées sur le renforcement de l'engagement et la participation communautaire dans les différentes interventions de ce plan puis de l'amélioration des interactions entre les services de santé et les communautés desservies pour une meilleure redevabilité.

Extrait 1 : Les acteurs communautaires sont mobilisés pour la lutte contre la malnutrition

- Renforcer les compétences des acteurs communautaires en matière de nutrition ;
- Renforcer les capacités des communautés à l'analyse des goulots d'étranglement de la nutrition ;
- Impliquer les réseaux associatifs ou groupes d'intérêts organisés au niveau communautaire dans les interventions de nutrition.

Indicateurs

- Nombre d'acteurs communautaires dont les capacités sont renforcées
- Nombre de réseaux communautaires et groupes d'intérêts organisés impliqués dans la mise en œuvre des interventions en nutrition
- Part totale estimée en valeur monétaire des contributions des communautés pour le déploiement des interventions nutritionnelles (en natures ou en espèces).

Effet 2 : le partenariat et les droits humains dont ceux de la femme sont promus à tous les niveaux

Les acteurs devront s'assurer que les interventions sont fondées sur les valeurs de droits humains mais aussi s'assure que toutes ces interventions sont genre transformateur.

Extrant 1 : Le partenariat est promu en faveur de la nutrition

- Promouvoir le partenariat entre les entités nationales et internationales
- Renforcer les échanges d'expérience et la collaboration entre les acteurs

Indicateurs

- Nombre d'accords de partenariat signés
- Nombre de personnes qui ont renforcé leurs capacités à travers les visites d'échange d'expériences

Extrant 2 : Les droits humains et de la femme sont intégrés dans les actions de renforcement de la nutrition

- Promouvoir les mesures sexo-spécifiques pour le renforcement de la sécurité alimentaire et de la nutrition

Indicateurs

- Nombre de programmes ayant pris en compte la promotion des mesures sexospécifiques

2.6. Groupes cibles et zones prioritaires

Les adolescentes, les femmes enceintes, allaitantes ainsi que les enfants de moins de cinq ans sont celles en direction de qui, les principales actions prévues dans le présent plan, sont orientées. Le ciblage de cette population repose sur le concept des mille premiers jours (période allant de la conception aux deux premières années de la vie) au cours desquels l'organisme est davantage sous influence des facteurs environnementaux (dont la nutrition) et dans une moindre mesure des facteurs génétiques. Cette période constitue une fenêtre d'opportunité pour le rattrapage des déficits éventuels accumulés. Certaines actions ciblent les personnes adultes (populations vulnérables, les personnes atteintes de VIH/tuberculose, les populations déplacées...) dans le but d'offrir un environnement adéquat au développement de l'enfant mais aussi pour éviter certaines pathologies d'origine nutritionnelle qui affectent le capital humain et les capacités économiques.

L'ampleur des problèmes nutritionnels sur l'étendue du territoire reste diversifiée en fonction du type de malnutrition traité. Ainsi l'émaciation dans les Savanes est plus élevée que celles des autres régions soit 8,1% (selon MICS 2017). Toutefois, les régions des Savanes, de la Kara et Maritime sans Golfe Urbain ont la plus forte prévalence d'émaciation sévère (1,5%). La région des Savanes, comme en 2010, a les niveaux les plus élevés du pays (22,8% avec 4,8% de forme sévère); elle est suivie par les régions Kara (19,3% et 3,5%) et de la Maritime sans Golfe Urbain (18,4% et 4,5%). Le retard de croissance, par contre, affecte approximativement dans les mêmes proportions toutes les régions du Togo excepté la grande agglomération de Lomé: soit 28,5% dans la région maritime, 29,6% dans la région des Savanes, 28,2% dans la région de la Kara, 26,7 % dans la région centrale et 25,4% dans la région des plateaux. Dans la lutte contre la carence en vitamine A, la région des savanes, de la Kara et de la Centrale sont les mieux couvertes soit respectivement pour des taux de couverture de 93 %, 92% et 92 %. Les régions des plateaux et maritimes sont celles qui nécessitent une amélioration de la couverture. Dans la lutte contre l'anémie, toutes les régions sont prioritaires et nécessitent des dispositions énergiques à la lumière des chiffres alarmant qu'affiche le Togo. S'agissant de la lutte contre la carence en iode, toutes les

régions écologiques du Togo affichent moins de 5 % de prévalence de goitre exceptée la région des savanes où elle est de 6,7%.

Le tableau des pathologies chroniques d'origine nutritionnelle montre que le diabète de type 2 dans la répartition par région, celle de la Kara vient en première position avec une prévalence de 4,9%, suivie de la centrale et de Lomé-commune qui affichent la même prévalence (32%). Les fortes prévalences de l'hypertension artérielle sont observées dans la région des plateaux (24%), dans la région de la Kara (21%) et dans la commune de Lomé (20%).

3. Principes directeurs

Concertation et Coordination

Pour renforcer l'efficacité des actions de plusieurs secteurs et divers partenaires, des espaces de coordination, de consultation et de partages d'informations aux niveaux communautaire, régional et central seront créés.

Décentralisation

La mise en œuvre efficace des activités de nutrition grâce à un système de gouvernance décentralisé donnera des résultats bénéfiques pour la population. Elle vise à s'assurer que les besoins locaux sont pris en compte dans les interventions mais aussi à promouvoir une forme de capacité de décision suivant le principe de subsidiarité. La décentralisation est une des principales voies pour s'assurer que toutes les personnes ont un accès équitable aux services appropriés de nutrition. A cet effet, les autorités administratives de niveau central, régional et sectoriel doivent être impliquées et responsabilisées dans la coordination de la mise en œuvre des plans sectoriels pour la mise à l'échelle des interventions de nutrition au niveau national.

Intégration

Cette approche permet d'assurer que l'ensemble des interventions programmatiques mises en œuvre par les acteurs de la santé au niveau communautaire soient complémentaires, synergiques, centrées sur les cibles prioritaires locales et qu'elles s'articulent aux priorités nationales sectorielles de développement et de santé. La communauté elle-même veille à ce que toutes les interventions d'autres secteurs contribuent au développement sanitaire et au bien-être de sa population.

Collaboration multisectorielle

La lutte contre la malnutrition est multisectorielle et requiert la participation active de tous. Les mesures à prendre pour résoudre les problèmes nutritionnels sont la responsabilité de tous, chacun dans son domaine de compétence. Dans le cadre de cette politique, les différents acteurs et secteurs sensibles à la nutrition seront pris en considération et impliqués (agriculture et sécurité alimentaire, pêche, santé, éducation, environnement, culture, communication sociale).

Partenariat

Au niveau national, il s'agira du partenariat avec le secteur public, le secteur privé, les organisations de la société civile et les communautés à la base. Au niveau international, il s'agira de la coopération avec les partenaires techniques et financiers, les organisations sous régionale, régionale et internationale sans oublier la coopération sud-sud et triangulaire ainsi que la coopération avec les organisations philanthropiques. L'action s'inscrira dans la recherche des solutions innovantes.

Participation communautaire

La participation communautaire est la base de toutes interventions. Des approches à base communautaire doivent être développées et pérennisées. L'existence des agents de santé communautaires et des leaders communautaires tels que les comités de développement

dans certains cantons et villages devrait être étendue à l'ensemble du pays et capitalisée pour promouvoir des actions de base en vue d'améliorer l'état nutritionnel de la population. Les membres de la communauté, auxquels les ASC sont redevables, prennent leur part de contribution de façon active. Cela garantira le bon déroulement des interventions en nutrition et leur pérennisation, le but étant d'assurer le bien-être de tous les membres de la communauté, à travers leur implication sur les plans économique, agricole, socio-sanitaire et financier.

Gestion axée sur les résultats et durabilité:

Le Plan National de Développement (PND)2018-2022 recommande à toutes les composantes de la nation de pratiquer la GAR dans la mise en œuvre des différentes actions de développement dans une dynamique de culture de performance notamment valorisée par l'utilisation de l'outil statistique.

Dans ce cadre, il s'agit d'atteindre les cibles définies, par une identification claire des impacts, des effets et des extrants, des moyens à mobiliser ainsi que des indicateurs de performance, avec la précision des différentes responsabilités selon les séquences et suivant les acteurs/actrices engagé-e-s. Chaque acteur sera donc solidairement tenu responsable pour l'atteinte des résultats découlant des activités ou du processus.

4. Cadre de mise en œuvre

4.1. Cadre légale

La constitution Togolaise du 14 octobre 1992, révisé par la loi N° : 2002-029 du 31 Décembre 2002 reconnaît en son article 34, aux citoyens togolais le droit à la santé et enjoint à l'État togolais d'œuvrer à le promouvoir. L'alimentation est un déterminant de la santé. La mise en œuvre de ce plan stratégique rentre dans la droite ligne de la promotion de ce droit aux citoyens consacrée par la constitution Togolaise.

4.2. Cadre Institutionnel de pilotage et de coordination

Le caractère multisectoriel de ce plan stratégique appelle à l'implication d'acteurs diversifiés et avec des interactions assez fortes entre les divers secteurs. En conséquence, sa mise en œuvre requiert un pilotage à la fois souple et structuré. La souplesse est indispensable, à des fins de responsabilisation de chaque acteur dans son champ de compétence, et d'adaptation à la diversité des situations sectorielles, mais aussi locales. La structuration ne l'est pas moins, à des fins de cohérence et d'efficacité.

4.2.1. L'ancrage institutionnel

La primature ou un ministère délégué est l'organe censé donner des orientations sur la politique nutritionnelle et assure en même temps le pilotage de la mise en œuvre du Plan stratégique. Pour mieux donner de portée autant pour la mobilisation des ressources que pour une meilleure redevabilité, cette institution est le niveau pertinent à même de mieux articuler les actions en faveur de la nutrition au Togo. Il assure la présidence du Conseil national pour le renforcement de la nutrition.

4.2.2. La plateforme multisectorielle de la nutrition

La plateforme multisectorielle de la nutrition sera l'organe chargé de coordonner les actions des ministères dans la mise en œuvre respective des interventions en lien avec la nutrition qui leur incombent et de contribuer au plaidoyer auprès des bailleurs pour le financement de la nutrition au Togo. Un décret précisera ces différents organes et leurs attributions.

4.2.3. Les ministères sectoriels

Dans la mise en œuvre de ce plan stratégique, les ministères sectoriels ont chacun des rôles majeurs à jouer.

✓ **Ministère chargé de la Santé**

Ce ministère sectoriel orientera son action vers l'intégration de la composante nutrition dans les programmes de santé. Le renforcement des compétences des professionnels de

santé en matière de nutrition relèvera de son ressort. Il participe à l'élaboration du système de suivi, évaluation et de la surveillance nutritionnelle. Il s'efforcera à opérer le renforcement des infrastructures du système de santé pour la prévention, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition dans toutes ses formes en cohérence avec la politique nationale de développement sanitaire (PNDS). Enfin la mise en place des dispositions nécessaires et effectuera la promotion de l'IEC dans le domaine de nutrition.

✓ **Ministère chargé de l'action sociale**

Ce ministère contribuera à la mise en œuvre de ce plan à travers les actions prévues sous l'axe stratégique 4 dont l'objectif est de faciliter la résilience des populations dans les situations et les chocs de toutes natures, mais aussi de participer à la protection des populations vulnérables. Ce ministère à travers ses différents programmes contribuera à la mobilisation des acteurs sociaux pour la promotion de la nutrition et particulièrement la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation du jeune enfant et des enfants dans des situations difficiles. Il participera à réduire des inégalités et la pauvreté par des mesures de solidarité nationale aux populations identifiées comme vulnérables.

✓ **Ministère chargé de l'Agriculture, de l'élevage et de la pêche**

L'axe stratégique 3 relève de la responsabilité de ce ministère. À cette fin, il est tenu de contribuer à améliorer l'accessibilité des ménages, et particulièrement ceux qui vivent dans des conditions difficiles, aux produits alimentaires de qualité et en quantité suffisante. Pour se faire, il devrait assurer la promotion de la nutrition dans le milieu rural par la formation des agriculteurs sur la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la conservation des aliments. Il doit renforcer les compétences des agriculteurs sur les bonnes techniques de culture et de production. La valorisation des produits alimentaires locaux à forte valeur nutritive et ceux bio fortifiés devrait s'inscrire dans la feuille de route de ce ministère. En outre, il devrait sensibiliser sur la qualité hygiénique des aliments sur toute la chaîne de valeurs en développant les activités IEC sur la sensibilisation à l'hygiène et à la qualité des

aliments.

✓ **Ministère chargé des Enseignements préscolaires et primaires et de la Formation professionnelle ainsi que celui de l'enseignement supérieur et de la recherche**

La contribution de ces ministères est double : celui de mettre en place la prévention primordiale, mais aussi de fournir le personnel et des connaissances adéquates pour la mise en place des programmes et intervention de nutrition. À ce titre, ils devraient veiller à l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles au niveau des cantines scolaires et universitaires de renforcer l'enseignement de la nutrition dans le primaire, le secondaire et le supérieur, de développer l'expertise nationale et la formation en matière de nutrition puis de rendre disponibles les données probantes pour la prise de décision en nutrition.

✓ **Ministère chargé de la Communication**

Le ministère chargé de la Communication participera à la mise en œuvre de ce plan en veillant au contrôle dans les media de la publicité abusive sur les aliments ultra transformés (boissons gazeuses, alcool, les produits salés) et le tabac, mais aussi en promouvant les messages sur les bonnes pratiques d'alimentation et les aliments de fortes valeurs nutritives et fortifiées. Enfin, il mettra en œuvre des dispositifs adéquats pour la promotion de l'activité physique chez les jeunes et dans la population adulte

✓ **Ministères chargés du Commerce et de l'Industrie**

Le rôle dévolu à ce ministère dans la mise en œuvre de ce plan est de procéder au renforcement des mesures d'application de la réglementation industrielle et commerciale des produits alimentaires selon les priorités nutritionnelles du pays, de participer à la promotion de la normalisation et de la certification des produits alimentaires de qualité. De procéder au contrôle des prix et veiller à l'approvisionnement du marché national en produits alimentaires de qualité en étroite collaboration avec le ministère de l'agriculture et de la santé et de la sécurité.

Le secteur de l'Industrie intervient dans l'amélioration du statut nutritionnel des populations à travers la transformation des produits agricoles, halieutiques et d'origine animale qui garantit leur conservation sur une longue période tout en maintenant leur valeur nutritive, la transformation agroalimentaire à l'enrichissement des aliments en micronutriments à l'échelle industrielle.

✓ **Ministère chargé des finances et de l'Economie**

Ce ministère est central pour la mobilisation des ressources et faire des prévisions budgétaires sensibles à la nutrition. Les mesures fiscales en faveur de la nutrition relèvent de la responsabilité de ce département. Dans le cas d'espèces, le plaidoyer pour la détaxation des prémix pour la fortification des aliments comme, la Vitamine, le fer-acide folique et zinc.

✓ **Secteur privé**

Le rôle du secteur privé consistera à travailler à l'accroissement des investissements dans la production, la transformation et la commercialisation de produits alimentaires de haute qualité, sûrs et bénéfiques pour la consommation locale et l'exportation. Le secteur privé est attendu également pour apporter son soutien et participation aux stratégies de communication sur la prévention de la malnutrition particulièrement sur les facilités d'entreprises qui motivent et encouragent les services et les pratiques visant à prévenir le retard de croissance chez les enfants.

✓ **Organisations non gouvernementales**

Les associations et les organisations de défense des consommateurs ont un rôle important dans la communication des informations aux consommateurs. Elles serviront d'organes d'alerte et de veille sur la qualité des aliments entre autres. Les organisations non gouvernementales sont des partenaires qui appuient en mobilisant les ressources pour délivrer les interventions à fort impact nutritionnel. Elles devront œuvrer à promouvoir et à veiller que les interventions prennent en compte les principes d'inclusion, de genre et

d'équité.

4.3. Coordination des partenaires au développement

La mise en place d'une plateforme regroupant les agences des Nations Unies ainsi que d'autres partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de l'alimentation et la nutrition tel que recommandé par le mouvement SUN permettrait une meilleure coordination des actions, des ressources et le partage des meilleures pratiques dans la mise en œuvre de ce plan.

5. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation constituent un des exercices qui permet de boucler la démarche de conduite de ce plan d'action multisectoriel et d'adapter ses orientations et son contenu en fonction des retours enregistrés au cours de sa mise en œuvre. Leurs objectifs seront d'éclairer la prise de décision, de responsabiliser les secteurs et acteurs, de donner une visibilité sur la mise en œuvre des activités prévues dans ce plan et de suivre l'allocation des ressources au niveau national et local.

Afin d'atteindre ces objectifs, les diverses parties prenantes seront engagées à :

- Assurer la disponibilité des données en temps opportun
- Assurer le stockage approprié, un accès et une récupération facile des données par les différents utilisateurs
- Analyser les données, diffuser et promouvoir l'utilisation des résultats pour la prise de décision.

La diffusion plus large de ses résultats devrait se faire tant auprès des responsables des politiques et des programmes sectoriels concernés qu'auprès des professionnels et de la population.

5.1. Cadre institutionnel de suivi et évaluation

Le dispositif institutionnel s’aligne sur le dispositif multisectoriel de coordination du présent plan. Au niveau décentralisé, les structures sectorielles sont celles qui serviront de levier pour la gestion du suivi et l’évaluation de ce plan. Ainsi donc, dans chaque préfecture/district, les structures des services sectoriels auront à charge de documenter et de suivre toutes les interventions et les résultats vers les structures régionales sectorielles qui à leur tour rendront compte au niveau central qui impliqué dans le fonctionnement de la plateforme multisectorielle.

5.2. Les stratégies de suivi et évaluation

Le développement du suivi et évaluation nécessite d’abord une préparation en amont par la mise en place d’indicateurs harmonisés et le système d’information. Dans la mise en œuvre du plan, le renforcement des capacités de tous les acteurs et à tous les niveaux, des systèmes de surveillances s’impose. Il est aussi impérieux de mettre en œuvre les activités de surveillance nutritionnelle et décliner un plan de dissémination des résultats dans les annuaires nationaux. Cette dissémination doit se faire sur une base régulière.

5.3. Les mécanismes de suivi et évaluation

L’organisation du suivi et évaluation du présent plan s’inscrit dans la démarche de la gestion axée sur les résultats. Cette approche vise à mettre l’accent sur la réalisation, les résultats escomptés, l’amélioration des performances puis à intégrer les enseignements tirés pour mieux éclairer les décisions sur les actions futures. A cet effet, plusieurs composantes de l’évaluation doivent être enclenchés telles que :

- Les évaluations formatives en cours de mise en œuvre (revue à mi-parcours), permettant de réorienter les actions.
- L’évaluation finale du plan pour la mesure de l’atteinte des cibles retenues au niveau national ou régional. Elle permettra aussi de tirer les enseignements de succès ou non - atteinte des résultats.

Un accent particulier devra être mis sur la recherche et la valorisation des résultats qui en seront issus.

Le suivi et évaluation des performances se fera de façon régulière sous forme de revue annuelle du plan d'action. Les indicateurs retenus serviront de base pour le suivi. Ces indicateurs sont déclinés dans le cadre commun de résultats annexé au présent document. Il s'agira de procéder à la collecte systématique des données relatives aux indicateurs.

6. Mécanismes de financement

La mise en œuvre des actions prévues dans le présent plan multisectoriel pour la nutrition nécessitera la mobilisation des financements conséquents. À cet effet, les principaux mécanismes de financement commun pourraient être mis à contribution : cofinancement des interventions; fonds fiduciaires multi-bailleur cogéré par les services sectoriels et une agence des Nations Unies ou la Banque Mondiale et l'appui budgétaire sectoriel. Les mécanismes innovants de mobilisation des ressources internes telles que l'implication du secteur privé dans la production des intrants au niveau local et la participation communautaire pourront être activés. Les sanctions financières des produits ne respectant pas la réglementation en matière de la fortification et autres produits alimentaires non nutritifs peuvent être réallouées pour la mise en œuvre des interventions. Les mesures fiscales favorables à la production et à la distribution à larges échelles des aliments à fort impact nutritionnels doivent être promues. Le canal de la responsabilité sociétale des entreprises peut être aussi celui de la mobilisation des ressources domestiques pour le financement des actions de nutrition au Togo.

7. Risques et mesures d'atténuation

La mise en œuvre effective de ce plan peut être entravée par des risques liés aux conditions ou facteurs externes de natures diverses contre lesquels il convient de prendre des dispositions anticipées. Le **tableau 1** ci-dessous définit ces risques et propose des mesures

pour les atténuer. La chance de succès de ce plan stratégique reste tributaire du niveau de ces risques.

Risque	Mesures d'atténuation
Faible implication des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des structures/acteurs dans l'élaboration du plan et dans les réunions périodiques de suivi des actions - Initier des réunions régulières du niveau central jusqu'au niveau local impliquant tous les acteurs
Faible engagement au niveau politique	<ul style="list-style-type: none"> - Initier des plaidoyers auprès des décideurs (parlementaires et ministres)
Faible niveau d'engagement des partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le plaidoyer actif pour le financement en faveur de la nutrition - Mettre en place un cadre de discussion sur le financement avec la plateforme des partenaires techniques et financiers - Mettre en place des outils de contrôle de gestion et de promotion de la bonne gouvernance
Arrêt de financement par les partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la culture de bonne gouvernance et de redevabilité - Promouvoir/développer des financements innovants
Instabilité socio-politique	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la bonne gouvernance, culture de la paix et de la tolérance
Situation d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources pour la mise à l'échelle des mesures prévues dans les situations d'urgences

Absence de données de l'impact à l'échelle nationale	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources pour la réalisation des enquêtes d'envergures nationales
Non-disponibilité/mauvaise qualité des données de routines	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des acteurs du suivi/évaluation à tous les niveaux - Harmoniser et simplifier les outils de suivi

8. Bibliographie

1. Programme Alimentaire Mondiale – Togo, étude avantage/coût de l’opération de distribution des repas scolaires au Togo, Nov 2015, 36 pp.
2. Programme Alimentaire Mondiale – Togo : guide de ciblage, de mise en place et de gestion, novembre 2015, 54 pp
3. République Togolaise - Banque mondiale, Plan stratégique intégré de la santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent/sante de la reproduction, Draft 75 pp
4. République Togolaise - Banque mondiale, Rapport d’achèvement du projet de développement communautaire (pdc), Septembre 2013, 136 pp
5. Programme Alimentaire Mondiale – Togo : Revue stratégique faim zéro au Togo, Juillet 2018.
6. Carles S., Renk A., Briaux J., Abura L, Kameli Y, Rollet P., Fortin S., Martin - Prével Y., Savy M. Évaluation d’impact et analyse de coûts du programme de transferts monétaires, Mars 2017, 177 pp.
7. République Togolaise, Arrêté interministérielle 133/MS/ MCPSP/MIZFIT définissant les conditions d’application du décret n : 2012-010/PR relatifs à l’enrichissement des huiles raffinées et des farines de blé en micronutriments. Août 2013.
8. République Togolaise, décret n : 2012-010/PR relatifs à l’enrichissement des huiles raffinées et des farines de blé en micronutriments. Mars 2012.
9. République Togolaise, Programme national d’investissement agricole et de sécurité alimentaire et nutritionnelle -PINIASAN- 2016-2025. Novembre 2017. 89pp.
10. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N., Horton S., Webb P. , Lartey A. Black RE Evidence- based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?*Lancet* 2013 Aug 3;382 (9890):452-477

11. Black RE, Alderman H, Bhutta ZA, Gillespie S, Haddad L, Horton S, Lartey A, Mannar V, Ruel M., Victoria C., Walker S., Webb P., Van Ameringen M., Arabi M., Baker S., Bloem M., Branca F., Elder L., Mc Lean E., Monteiro C., Mwadime R., Piwoz E., Schultink W., Taylor A., Yach D. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition ? Lancet 2013 Aug 10;382 (9891):536-531
12. République Togolaise, Plan Stratégique national pour l'alimentation et la nutrition 2012-2015, Juin 2012, 67 pp.
13. République togolaise – UNAIDS –PAM, Étude de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité des patients atteint de VIH/SIDA et/ou de la tuberculose sous traitement au Togo, Janvier 2014, 54 pp
14. Sodjinou R, Fanou N, Deart L, Tchibindat F, Baker S, Bosu W, Pepping F, Delisle H; Regional Region- wide assessment of the capacity for human nutrition training in West Africa : current situation, challenges and way forward
15. Unicef Togo, Audit des pratiques socio-culturelles matière de la santé maternelle et néonatale au Togo. Décembre 2014, 36 pp
16. Unicef Togo, étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux pratiques familiales essentielles dans les régions de Kara et Savanes, Mais 2015.
17. République togolaise, Rapport d'évaluation du plan national du développement sanitaire 2012-2015. Mai 2016, 63 pp.
18. République togolaise, Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo, Aout 2016, 71 pp.
19. République togolaise, Plan d'Action National pour le Secteur de l'Eau de l'assainissement au Togo 2018- 2030, Octobre 2017. 123 pp
20. République togolaise, Profil de pauvreté au Togo 2006-2011-2015. Avril 2016, 63pp.

21. République togolaise, Atelier national intermédiaire de consolidation programme national de sécurité alimentaire, 18 pp. Mars 2008.
22. République togolaise, rapport annuel d'activités du secrétariat techniques et des agences d'appui aux initiatives de base des cinq régions du Togo mars 2015, 127 pp.
19. République togolaise, Priorités Résilience Pays (PRP-AGIR) du Togo, Février 2015, 87 pp
23. République togolaise, Politique nationale d'alimentation scolaire au Togo (pnas) 2014-2022, Juillet 2013, 36pp
24. République togolaise, Rapport enquête QUIBB 2011 Togo, MPDAT-DGSCN, mai 2012.
25. Programme Alimentaire Mondiale – Togo, Enquête rapide sur la sécurité alimentaire des ménages dans les régions de la Kara et des savanes, janvier 2010. 64 pp.
26. Rapport général de l'atelier d'information et de réflexion sur le renforcement de la nutrition au Togo, 19 mai 2017

Annexe 1: Cadre des résultats

CADRE DES RESULTATS

Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations togolaises.

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Sources de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Impact	Amélioration de l'état nutritionnel des populations togolaises	Taux de mortalité infanto-juvénile (MIJ) pour 1000 naissances vivantes	88	EDST III, 2014	59 PNDS	MSHP	DSME, DRS, DPS	La volonté politique, Stabilité socio-politique, Faible implication des parties prenantes Faible engagement au niveau politique Faible niveau d'engagement des partenaires techniques et financiers Arrêt de financement par les bailleurs de fonds Absence de données de l'impact à l'échelle nationale	Annuaire statistique MSHP, EDS, rapport annuel des programmes nationaux, enquête de couverture, Enquête nationale survie de l'enfant, Enquête nationale mortalité maternelle
		Ratio de mortalité maternelle (MM) pour 100 000 naissances vivantes	401	EDST III, 2014	250 PNDS				
		Taux de natalité chez les adolescentes pour 1000 adolescentes (15 à 19 ans) du même groupe d'âge	85	EDSR III, 2014	28 PNDS				
		Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (par 100 000 habitants)	679	OMS, 2015	500 PNDS				
	Réduction de la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans de 23,8% à 20%	Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5ans	23,8	MICS Togo 2017	20 DN (20) (PNDS)	MSHP			Rapport d'enquêtes MICS, EDST, SMART
Réduction de la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins	Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5ans	5,7	MICS Togo 2017	<5 DN	MSHP				

	de 5 ans de 5,7% à moins de 5% ;							Non-disponibilité/mauvaise qualité des données de routines Urgences et catastrophes naturelles, Interventions non adaptées	
	Réduction de la malnutrition aiguë chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) de 7% à moins de 5%	Pourcentage des femmes en âge de procréer présentant la maigreur (IMC<18,5)	7	EDST III, 2014	<5	MSHP			
	Réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de 15,2% à 10%	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans	15,2	MICS Togo 2017	10 DN	MSHP			
	Réduction de l'insuffisance pondérale à la naissance de 11% à 8% ;	Prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance	10	EDST,2014	8	DN/M MSHP			Registre des maternités, rapport d'enquête EDST
	Maintien de la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans à moins de 1,5 %	Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5ans	1,5	MICS Togo 2017	<1,5	DN/ MSHP			Rapport d'enquête EDST, MICS, SMART, STEPS
Effets	Augmentation du taux d'allaitement maternel exclusif des enfants avant l'âge de 6 mois de 65,4% à 73% ;	Proportion de nourrissons de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel	65,4	MICS 6, 2017	73	DN/ MSHP	DN	Disponibilité des ressources	Rapport d'enquête EDST, MICS, SMART,
	Réduction de la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois de 74 % à 60%	Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 11g/dl	74	EIPT, 2017	60	PNLP	DN	Disponibilité des ressources	Rapport d'enquête EDST, MICS
		Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois dont le résultat du test de paludisme était positif selon l'examen microscopique	28	EIPT, 2017	10	PNLP	DN	Disponibilité des intrants et des ressources financières	Annuaire statistique, Rapport PNL
		% d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu des vermifuges au cours des 6 derniers mois précédent l'enquête	47,9	EDST III	90	DN	PNLP	Disponibilité des intrants et des ressources financières	Rapport d'enquête EDST, MICS
		Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé un aliment riche en fer ou enrichi	57	MICS 6,2017	80	DN	DSME	Disponibilité des ressources	Rapport d'enquête EDST, MICS, SMART

		en fer spécialement conçu pour les nourrissons et les jeunes enfants, ou enrichi à domicile							
Réduction de la prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans de 52 % à 39%		Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 12 g/dl chez les femmes non enceintes et inférieur à 11g/dl chez les femmes enceintes	52	EIPT, 2017	39	MSHP	MSPS	Disponibilité des ressources	Rapport d'enquête EDST, MICS, EIPT, Rapport PNLP
Réduction de la proportion des ménages en insécurité alimentaire grave en dessous de 20%		Prévalence de l'insécurité alimentaire globale dans les ménages	48	(PNIASAN 2017-2026) Faim zéro	20	MAPAH	DN	Disponibilité des ressources	Annuaire statistique, Rapport MAEH
		Phase de classification de l'IPC (Cadre harmonisé)	94% Préfectures analysées classées en Phase 1- Minimale	Cadre Harmonisé, octobre 2018	94% Préfectures analysées classées en Phase 1	MAPAH	DN	Disponibilité des ressources	Annuaire statistique, Rapport MAEH
Assurance d'une couverture de 50% des services sociaux aux populations hautement vulnérables.		% des services sociaux opérationnels à travers l'étendue du pays	ND		50	MASPF, Protection civile	MSHP,	Disponibilité des ressources	Annuaire et Rapports annuels des ministères en charge de la protection et action sociale
Elimination des troubles dus aux carences en iode		Proportion des ménages utilisant du sel adéquatement iodé	27	MICS Togo 2017	40	DN	DHAB, DRS, DPS	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapport d'enquête, rapports d'activité DN
Réduction des carences en vitamine A		% des enfants de 6 – 59 mois ayant reçu des suppléments en vitamine A au cours de 6 mois avant l'enquête	82	EDST III, 2014	90	DN	DI, DRS, DPS	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapport d'enquête, Annuaire, rapports d'activité DN

		% d'enfants de 6- 23 mois ayant consommé des aliments riches ou enrichis en vitamine A au cours des dernières 24 heures.	69		75	DN/ MSPH	DI, DRS, DPS	Disponibilité des aliments et adhésion de la population,	Rapports d'enquête, Annuaire, rapports d'activité DN
Réduction de la prévalence des maladies non transmissibles (HTA de 31,5% à 21%) et (diabète de 8,3% à 5,6%)		Prévalence de l'hypertension artérielle dans la population de 15 à 64 ans	31,5	STEPS, 2010	21	PNMNT	DN	Renforcement de la sensibilisation de la population sur la lutte contre les maladies non transmissibles	Rapport d'enquête, Annuaire, rapports d'activité PNMNT
		Prévalence du diabète dans la population de 15à 64 ans	8,3	STEPS, 2010	5,6	PNMNT	DN	Renforcement de la sensibilisation de la population sur la lutte contre les maladies non transmissibles A completer	Rapport d'enquête, Annuaire, rapports d'activité PNMNT
Axes stratégiques	Axe 1: Renforcement de l'accès aux soins de santé/nutrition de qualité y compris la prise en charge nutritionnelle adéquate								
	Axe 2. Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la nutrition optimale et de l'hygiène et l'assainissement de qualité.								
	Axe3. Accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité d'aliments nutritifs, sains et diversifiés								
	Axe 4. Amélioration de l'état nutritionnel, de la protection sociale et de la résilience des populations vulnérables et surtout celles en situations d'urgences et de catastrophes								
	Axe 5. Amélioration du système d'information en nutrition et de la prise de décision fondée sur les données probantes								
	Axe 6. Renforcement/promotion de la formation et de la recherche en nutrition								
	Axe 7. Renforcement de la gouvernance et de la coordination multisectorielle entre les acteurs de la nutrition								
	Axe 8. Mise en œuvre des interventions transversales: partenariat, participation communautaire, genre et droits humains en faveur de la nutrition								

Axe 1: Renforcement de l'accès aux soins de santé/nutrition de qualité y compris la prise en charge nutritionnelle adéquate

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Sources de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet 1.1	Une offre de services et de soins de santé/nutrition facile d'accès et de qualité ainsi que des interventions nutritionnelles curatives adéquates et continues sur l'ensemble du territoire sont assurées	Satisfaction des utilisateurs des services de santé	91,6%	QUIBB, 2015	95,5%	MSPS	Ministère en charge de l'action sociale	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	QUIBB
Extrant 1.1.1	L'offre de service de qualité est disponible et étendue	Taux d'accessibilité géographique	70,9%	CS, 2015 (PNDS)	90%	MSPS	Ministère en charge de la santé publique	Engagement de l'Etat	Rapport de Performance MSPS
		Taux d'utilisation des services de soins curatifs de qualité et de PEC nutritionnelle	30%	MSPS, 2018	50%	MSPS	Ministère en charge de la santé publique	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapport de performance MSPS
		Densité de personnel de santé (ratio pour 10 000 habitants)	6,9	Rapport provisoire CS, 2015	10	MSHP	Ministère en charge de la santé publique	Disponibilité des ressources,	Rapport de performance MPSP

		Taux de couverture des besoins en personnels de santé / nutrition au niveau primaire des soins	62,4%	Rapport provisoire CS, 2015 (PNDS)	90%	MSHP	Ministère en charge de la santé publique	Disponibilité des ressources,	Rapport de performance MSPS
Extrant 1.1.2 :	L'approvisionnement en intrants des structures est assuré de façon continue	Taux de disponibilité des intrants essentiels au niveau communautaire et des Fosa	ND		80%	MSHP	Ministère en charge de la santé publique	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapport DN
Effet 1.2		Nombre de ménages avec enfants de moins de 2ans ayant reçu les ASC pour soutenir les pratiques de l'ANJE	60473	Rapport DN, 2018	100 000	DN	DSCPA	Adhésion de la communauté	Rapports DN
	Renforcement de la prévention, de la détection précoce et de la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire	Nombre d'agents de santé communautaire formés et opérant effectivement sur la prise en charge nutritionnelle dans les	530	Rapport DRS Savanes et Kara	2000	DN	DSME	Disponibilité des ressources financières	Rapport DN

		communautés							
		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'agents de santé communautaires formés et des conseils sur l'ANJE, y compris la stimulation de la petite enfance 	2500	2019 (Rapport DN)	5000	DN	DSCPA	Disponibilité des ressources financières	Rapport DN
<i>Extrant 1.2.1 :</i>	<i>Les interventions de prévention de qualité sont offertes aux cibles au niveau communautaire</i>	<i>Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites de CPN</i>	57,2%	EDST III, 2014	80%	DSME	PNLP	Adhésion des bénéficiaires	Registres de la maternité Rapport d'activités Rapports d'enquêtes
		<i>Pourcentage des femmes enceintes et allaitantes recevant la supplémentation en fer et acide folique</i>	63%	Rapport DSME, 2017	75%	DSME	DN	Adhésion des bénéficiaires	Rapport DN,
		<i>% d'enfants âgés de 6-59 mois supplémentés en Vitamine A</i>	91%	Rapport d'activités DN, 2018	95%	DN	DI	Disponibilité des ressources financières et Adhésion des bénéficiaires	Rapport DN

		% d'enfants de 12- 59 mois déparasités	92%	Rapport d'activités DN, 2018	95%	DN	DI	Disponibilité des ressources financières et Adhésion des bénéficiaires	Rapport DN
		Pourcentage de villages et des quartiers qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire actif formé sur les soins intégrés (diarrhée, nutrition, pneumonie, paludisme) de qualité et la prise en charge nutritionnelle dans les communautés	44	Rapport performance MSPS,2015	80	DSCPA	DRS, DPS	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapport de performance MSPS
<i>Extrant 1.2.2 :</i>	<i>Les activités de prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire sont promues</i>	<i>Pourcentage des enfants avec malnutrition aiguë sévère ayant bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle</i>	21%	Rapport activités, 2018	45%	DN	DRS	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Registres Rapports d'activités des CRENI et des CRENAS

Axe 2. Amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la nutrition optimale et de l'hygiène et l'assainissement de qualité.

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet attendu 2.1:	Amélioration des connaissances et pratiques des mères pour assurer un bon état nutritionnel aux nouveaux nés et aux nourrissons,								
		Nombre de ménages avec enfants de moins de 2ans ayant reçu les ASC pour soutenir les pratique de l'ANJE	60473	Rapport DN, 2018	100 000	DN	DSCPA	Adhésion de la communauté	Rapports DN
Extrant 2.1.1 :	Les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et nouveau - né sont promues,	% de nouveaux nés mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	48,3%	MICS Togo 2017	65%	MSHP/DN	DSME	pesanteur socio-culturel	Rapports d'enquêtes
		Nombre des agents de santé communautair e formés pour la promotion des AEN	2500	2017, rapport DN	7000	DN	DSCPA	Disponibilité des ressources	Rapport DN
		Nombre des agents de santé formés pour la	344	Rapport DN, 2017	1200	DN	DSCPA	Disponibilité des ressources	Rapport DN

		<i>promotion des AEN</i>							
<i>Extrant 2.1.2 :</i>	<i>Les pratiques familiales essentielles sont promues</i>	<i>% des mères offrant de SRO + Zinc à leurs enfants de moins de 5 ans atteints de la diarrhée</i>	5,1%	<i>MICS Togo 2017</i>	47,8%	<i>MSHP/DN</i>	<i>INSEED</i>	<i>Disponibilité des intrants</i>	<i>Rapports d'enquêtes</i>
		<i>% de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de TPI pendant la grossesse</i>	37,1%	<i>MICS Togo 2017</i>	90,2%	<i>MSHP/PNLP</i>	<i>INSEED</i>	<i>Disponibilité des intrants</i>	<i>Rapports d'enquêtes</i>
		<i>% de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la veille de l'enquête</i>	56,9%	<i>MICS Togo 2017</i>	90,2%	<i>MSHP/PNLP</i>	<i>INSEED</i>	<i>Disponibilité des intrants</i>	<i>Rapports d'enquêtes, rapport d'activité PNLP</i>
<i>Effet attend u: 2.2.:</i>	<i>Adoption un mode de vie sain</i>	<i>Prévalence du diabète</i>	8,3%	<i>OMS 2015 (PNDS 2017 2022)</i>	5,6%	<i>MSHP/PNLMNT</i>	<i>MSHP/PNL MNT</i>	<i>Disponibilité des ressources</i>	<i>Rapports d'enquêtes STEPS, EDS</i>
		<i>Prévalence de l'obésité</i>	11,2%	<i>OMS 2015 (PNDS 2017 2022)</i>	9%	<i>MSHP/PNLMNT</i>	<i>MSHP/PNL MNT</i>	<i>Environnement favorable</i>	
		<i>Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus</i>	31,5%	<i>OMS 2015 (PNDS 2017 2022)</i>	25%	<i>MSHP/PNLMNT</i>	<i>MSHP/PNL MNT</i>		
<i>Extrant 2.2.1 :</i>	<i>L'offre de services de prévention des maladies non transmissibles d'origine nutritionnelle est améliorée</i>	<i>Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'intervention</i>	5%	<i>PNLMNT, 2015</i>	100	<i>PNLMNT</i>	<i>DN</i>	<i>Disponibilité des ressources</i>	<i>Registre de prise en charge Rapport mensuel et annuel d'activités</i>

		s pour la prise en charge intégrée des MNT							
		Nombre et types d'outils sur la communication en nutrition développés et disséminés à tous les niveaux	ND		2	PNLMNT	DN	Disponibilité des ressources	Rapport de validation des outils et matériel de communication
		Disponibilité d'un guide alimentaire validé et utilisé dans les structures de soins pour l'éducation nutritionnelle des personnes adultes.	0		1	MSHP/DN	MAPAH	Disponibilité des ressources	Rapport de validation du Guide
		% d'organes de presse diffusant, au moins une fois par semaine, des messages sur la nutrition	ND		20%	MCCSFC	MSHP	Adhésion de la population aux sensibilisations	Rapports d'enquêtes
<i>Extrant 2.2.2 :</i>	<i>L'environnement urbain est amélioré et adapté pour l'adoption du mode de vie sain</i>	% de personnes adultes pratiquant l'activité physique modérée à intense	80%	OMS 2015 (PNDS 2017 2022)	88%	MSHP/PNLMNT	DN	Adhésion de la population aux sensibilisations	Rapports d'enquêtes

		% des personnes adultes consommant au moins 5 portions de fruits et légumes par jours	5,1%	Enquête STEPS Togo 2010	15%	MSHP/DN	DN	Adhésion de la population aux sensibilisation	Rapports d'enquêtes
Effet attendu 2.3.	Adoption de bonnes pratiques d'hygiène et utiliser d'infrastructures d'eau d'hygiène et d'assainissement adéquates	% de la population disposant d'une installation de base de lavage des mains avec de l'eau et du savon à domicile	20,3%	MICS Togo 2017	40%	MSHP /DHAB	DHAB	Adhésion de la population aux sensibilisation	Rapports d'enquêtes
		%de la population pratiquant la défécation à l'air libre	45,3%	MICS Togo 2017	20%	MSHP	DHAB	Adhésion de la population aux sensibilisations	Rapports d'activités et d'enquêtes
		Pourcentage utilisant de l'eau de boisson de qualité	10%	MICS Togo 2017	50%	MSHP /DHAB	DHAB	Disponibilité des sources d'eau améliorées	Rapports d'enquêtes
		Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées	44,6%	PNDS	77,8%	MSHP /DHAB	DHAB	Adhésion de la population aux sensibilisations	Rapports d'enquêtes
		% de ménages disposant d'un dispositif de ramassage d'ordures ménagères.	ND		50%	MSHP/DHAB	DHAB	Disponibilité des dispositifs	Rapports d'enquêtes

		Nombre d'enfants d'âge scolaire traitée par le Mebendazole contre les géo helminthiases	(1958823)/(1971743 = 99%	2018 (rapport de mise en œuvre TDM)	100	MTN/ MSHP	DSCPA	Disponibilité des ressources	(rapport de mise en œuvre TDM
Extrant 2.3.1	Les populations adoptent les bonnes pratiques en d'hygiène de base	Nombre de villages ayant atteint le statut de fin de la défécation à l'air libre (FDAL)	1543	Rapport d'activité GSF/PNDS	2200	MSHP /DHAB	DHAB	Disponibilité des ressources et adhésion de la communauté	Rapport d'activité UGP/FMA Rapport de suivi du PNDS
		Pourcentage de la population utilisant une installation sanitaire améliorée non partagée	19,1%	MICS Togo 2017	70%	MSHP /DHAB	DHAB	Disponibilité des ressources et adhésion de la communauté	Rapports d'enquêtes
Extrant 2.3.2	Les ouvrages d'approvisionnement en eau potable, d'hygiène d'assainissement de base sont aménagés, construits, accessibles à tous et étendus sur le territoire national	Pourcentage de la population ayant accès à un service de base d'eau, d'assainissement et de lavage des mains,	4,4%	MICS Togo 2017	10%	MSHP /DHAB	DHAB	Disponibilité des ressources et adhésion de la communauté	Rapports d'enquêtes
		Pourcentage d'écoles primaires et secondaires disposant d'installations sanitaires de base séparées pour les garçons et les	43%	Normes et Standards en matière d'Eau et Hygiène et Assainissement en milieu scolaire (Août, 2015)	50%	MEPS	MSHP	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapports d'enquêtes/ Rapport d'activités

		filles dans leurs locaux ou à proximité (au moins une toilette pour 25 filles, au moins une toilette pour le personnel scolaire féminin, au moins une toilette et un urinoir pour 50 garçons et au moins une toilette pour le personnel scolaire masculin).							
		Pourcentage d'écoles primaires et secondaires disposant d'une source améliorée dans leurs locaux ou à proximité et de points d'eau potable auxquels tous les utilisateurs peuvent accéder pendant les heures de classe	23%	Normes et Standards en matière d'Eau et Hygiène et Assainissement en milieu scolaire (Août, 2015)	40%	MEPS	MSHP	Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs	Rapports d'enquêtes/ Rapport d'activités

Axe3. Accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité d'aliments nutritifs, sains et diversifiés

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet attendu 3.1	Diversification et auto-suffisance de la production alimentaire								
Extrant 3.1.1	<i>les capacités de production alimentaire sont améliorées sur tout le territoire</i>	Proportion de ménages ayant un score de diversité alimentaire moyen	ND		10%	MAPAH	DN	Disponibilité des ressources pour les enquêtes	Rapports d'enquêtes
		Proportion de femme ayant un score de diversité minimale (MDD-W)	ND		20%	MAPAH	DN	Disponibilité des ressources pour les enquêtes	Rapports d'enquêtes
		% de ménages ayant atteint un score de diversité alimentaire minimale	ND		20%	MSHP/DN	DN	Disponibilité des ressources pour les enquêtes	Rapports d'enquêtes
Extrant 3.1.2	<i>l'accessibilité des aliments est assurée</i>					INSEED	MAEH	Disponibilité des ressources pour les enquêtes	Enquête QUIBB
Extrant 3.1.3	<i>la consommation des aliments à</i>	% de la population consommant	ND		20%	MAPAH	DN	Disponibilité des ressources pour les enquêtes	Rapports d'enquêtes

	<i>forte valeur nutritionnelle est assurée</i>	des aliments bio-fortifiés							
Effet attendu 3.2	la sécurité sanitaire des aliments sur toute l'étendue du territoire national est assurée	Prévalence des toxi - infections alimentaires collectives (TIAC)	ND		Moins de 5%	MSHP/DHAM	MAPAH	Disponibilité des ressources pour les enquêtes, existence de système de collecte de données de routine de qualité	Rapports d'enquêtes
Extrant 3.2.1	<i>le dispositif de contrôle des denrées alimentaires est renforcé et fonctionnel</i>	<i>Nombre des laboratoires de contrôle de qualité des aliments disponibles et opérationnels sur toute l'étendue du territoire.</i>	4	<i>Rapport d'évaluation</i>	5	MSHP/DN	MAPAH	Disponibilité des ressources et engagement des acteurs	<i>Rapports d'activités</i>
		<i>% de produits importés répondant aux normes de qualité</i>	ND		50%	MSHP/DHAB	MAPAH	Disponibilité des ressources et engagement des acteurs	<i>Rapports d'activités</i>
		<i>% d'unités de transformation des aliments répondants aux normes de qualité</i>	ND		20%	MSHP/DHAD/DN	MAPAH	Appui aux P ressources et engagement des acteurs	<i>Rapports d'activités</i>
		<i>Nombre de postes de contrôle de sel iodé effectif sur l'étendue du territoire</i>	10	<i>rapport DHAB</i>	15	MEC	DHAB, DRS, DPS	<i>Disponibilité des ressources, engagement et adhésion des acteurs</i>	<i>rapport d'enquête, rapports d'activité</i>
Extrant 3.2.2	<i>les pratiques de conservatio</i>	<i>Nombre d'unités de productions artisanales</i>	ND	<i>rapport DHAB</i>	50	MSHP/DHAB	MAPAH	<i>Engagement des acteurs et leur accompagnement</i>	<i>Rapports d'activités</i>

<i>n des denrées alimentaires sont améliorées</i>	<i>formées sur l'hygiène et la manipulation des aliments</i>							
	<i>Nombre de restaurateurs formés sur la qualité de l'alimentation et l'hygiène</i>	ND	<i>rapport DHAB</i>	30	<i>MSHP/DHAM</i>	<i>MAPAH</i>	<i>Engagement des acteurs et leur accompagnement</i>	<i>Rapports d'activités</i>
	<i>Quantité des produits alimentaires avariés recensés sur le territoire national</i>	ND	<i>rapport DHAB</i>		<i>MAPAH</i>	<i>MSHP/DHAM</i>	<i>Engagement de l'Etat</i>	<i>Rapports d'activités</i>
	<i>Nombre de lois, règlements et directives sur l'alimentation humaines élaborés et mise en application</i>	2	<i>rapport DHAB</i>	4	<i>MAPAH</i>	<i>MSHP/DHAM</i>	<i>Engagement de l'Etat</i>	<i>Rapports d'activités</i>

Axe 4. Amélioration de l'état nutritionnel, de la protection sociale et de la résilience des populations vulnérables et surtout celles en situations d'urgences et de catastrophes

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structure s impliquées	Hypothèses /risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet 4.1.	Les filets sociaux de sécurité sont mis en place	Nombre de filets sociaux de sécurité mis en place	3	2018	5	MDBAEJ	MASPFA MEPSA MSPS	<i>Disponibilité financière</i>	Rapport d'activités MDBAEJ
		% de ménages assistés en situation de catastrophes	ND	2018	Tous les ménages	APC	MASPF	<i>Disponibilité financière</i>	Rapport d'activités de APC
Extrant 4.1.1.	<i>l'assistance aux populations vulnérables est mise en place</i>	Nombre de femmes vulnérables bénéficiant de transferts monétaires	30000	rapport MDBAEJ 2017	120000	ANADEB	MASPF	disponibilité financière	rapports d'activités
		% de ménages vulnérables dirigés par les femmes bénéficiant d'appui des activités génératrices de revenus (HIMO)	ND		10%	FNFI	MASPF	disponibilité des fonds	rapports d'activités FNFI

		% de ménages vulnérables bénéficiant d'appui pour l'initiation des activités génératrices de revenus.	ND		20%	FNFI (MDBAJ)	MASPF	disponibilité des fonds	rapports d'activités FNFI
Extrant 4.1.2 .	La ration alimentaire des enfants vulnérables du niveau primaire est assurée	nombre d'enfants en milieu scolaire des zones défavorisées bénéficiant de programmes de cantines scolaires	93000	rapport MDBAJEJ 2017	123000	ANADEB(MDBAJ)	MASPF	disponibilité des fonds	rapports d'activités ou enquêtes
		% des écoles des zones vulnérables bénéficiant des cantines scolaires	6%	rapport MDBAJEJ 2017	20%	ANADEB(MDBAJ)	MASPF	disponibilité des fonds	rapports d'activités ou enquêtes
Effet attendu 4.2.	L'existence d'un plan de contingence intégrant des objectifs et interventions nutritionnelles	Proportion de crises humanitaires ayant fait l'objet d'interventions pour améliorer les capacités alimentaires et nutritionnelles des populations	ND		100%	Agence Nationale de la Protection Civile	MASPF	Disponibilité financière et accessibilité des bénéficiaires	rapports d'activités
Extrant 4.2.1	le dispositif de coordination des interventions est renforcé	% des régions disposant des lignes directrices pour la prévention, la préparation et la réponse aux situations de crises alimentaires et nutritionnelles	ND		100%	Agence Nationale de la Protection Civile	MASPF	disponibilité des acteurs	consultation du document cadre

		% de régions disposant des cellules multisectorielles opérationnelles de gestion et de coordination des urgences	ND		100%	Agence de la protection sociale	MASPF	stabilité politique	rapports d'activités et PV de Réunion
Extrant 4.2.2	<i>L'appui aux populations dans les situations d'urgence est assuré</i>	% des populations vulnérables ayant bénéficié de distributions alimentaires lors des crises humanitaires	ND		100%	Agence de la protection sociale	MASPF	Disponibilité financière et accessibilité des bénéficiaires	rapport d'activités et de gestion de crise
		% des populations vulnérables ayant accès à l'eau en quantité et en qualité lors des crises humanitaires	ND		100%	Agence de la protection sociale	MASPF		rapport d'activités et de gestion de crise

Axe 5. Amélioration du système d'information en nutrition et de la prise de décision fondée sur les données probantes

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet attendu 5.1.	Le système d'information multisectoriel sur la nutrition est mis en place (opérationnel).	Existence d'un plan national multisectoriel de suivi et évaluation	ND	ND	1	Plateforme nationale multisectorielle	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	Disponibilité et accès aux données	Rapport d'activité de la plateforme
		Intégration du système d'information multisectoriel du niveau périphérique (communautaire) au niveau central via le niveau intermédiaire	ND	ND	oui	Plateforme nationale multisectorielle	DN, DSNIS et SI des autres secteurs		
Extrant 5.1.1	<i>Un dispositif de suivi/évaluation est mis en place et fonctionnel</i>	Nombre de structures de coordination multisectorielle régionale exploitant les données nutritionnelles dans les décisions et la planification régionale	ND		5	Plateforme multisectorielle nationale	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	Disponibilité et accès aux données	rapport d'activités
		% de structures remontant les informations nutritionnelles de qualité	ND		100	Plateforme multisectorielle nationale	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	vision partagée	rapport d'activités
		Nombre de revues semestrielles et annuelles des cellules multisectorielles au niveau régional et national	ND		8	Plateforme multisectorielle nationale	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	disponibilité des fonds	rapport d'activités

Extrant 5.1.2		Fréquence et couverture des enquêtes nutritionnelles sur le territoire togolais	1	Dernière enquête SMART 2014	1 par an	MSPS	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	disponibilité des fonds	rapport d'activités et d'enquêtes SMART
		Nombre d'évaluation du plan National Multisectoriel de Nutrition	ND		3	Plateforme multisectorielle nationale	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	disponibilité des fonds	rapports d'évaluation
	<i>les capacités des acteurs sectoriels pour le suivi/évaluation des activités nutritionnelles sont renforcées</i>	Nombre de parties prenantes dont les capacités en suivi et évaluation sont renforcées	ND				Plateforme multisectorielle nationale	DN, DSNIS et SI des autres secteurs	disponibilité des fonds

Axe 6. Renforcement/promotion de la formation et de la recherche en nutrition

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet attendu 6.1.	La recherche en nutrition est améliorée pour éclairer la prise de décision	Nombre de projets de recherches en lien avec la nutrition élaborés sur le Togo	ND		15	Plateforme des résultats de recherche	Universités, centres de recherche	vision partagée	rapports des résultats de recherche
		% de projet de recherche en nutrition ayant reçu un financement ou autres appuis.	ND		80%	Plateforme des résultats de recherche	Universités, centres de recherche	disponibilité des fonds	conventions de financement
Extrant 6.1.1.	<i>le dispositif de formation et de recherche en nutrition est mis en place</i>	<i>Nombre de laboratoires de recherche dont les plateaux techniques en nutrition sont renforcées</i>	1	2018	3	<i>Plateforme multisectorielle nationale</i>	ITRA, laboratoires des universités	<i>Disponibilité des fonds et du personnel</i>	<i>bordereaux de livraison, attestation de formation, convention de partenariat</i>

		<i>Nombre de structures de formation initiale ayant intégré/actualisé les modules de nutrition dans leur curriculum</i>	5		8	<i>Plateforme des résultats de recherche</i>	<i>Division de la nutrition/M SHP</i>	<i>vision partagée</i>	<i>curriculum de formation</i>
<i>Extrant 6.1.2.</i>	<i>Les résultats des recherches sont disponibles et utilisés pour la prise de décision</i>	<i>Nombre d'articles de recherches en nutrition publiées</i>	ND		4	<i>Plateforme des résultats de recherche</i>	<i>Universités, centres de recherche</i>	<i>disponibilité des fonds</i>	<i>publications dans les journaux</i>

Axe 7. Renforcement de la gouvernance et de la coordination multisectorielle entre les acteurs de la nutrition

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses/risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet attendu 7.1 :	la coordination multisectorielle des actions en nutrition est structurée et renforcée	Existence du décret de création des organes	0	JORT/2017	1	Task-Force	Secrétariat général du gouvernement (SGG)	Stabilité institutionnelle	JORT
		Existence d'un plan de travail multisectoriel mis en œuvre	0	Rapports d'activités /2018	5	Task-Force	Ministères impliqués	Organes fonctionnels et ressources disponibles	Rapports d'activités
<i>Extrant 7.1.1.</i>	<i>les organes de coordination multisectorielle sont opérationnels</i>	<i>Nombre d'organes créés par arrêté</i>	<i>0</i>	<i>Arrêtés ministériels</i>	<i>A définir par le décret</i>	<i>CNRN</i>	<i>Secrétariat général du gouvernement (SGG)</i>	<i>Décret signé</i>	<i>Arrêtés ministériels</i>
		<i>Nombre d'organes dont les capacités sont renforcés</i>	<i>0</i>	<i>Rapports d'activités des organes</i>	<i>A définir par le décret</i>	<i>CNRN</i>	<i>Ministères impliqués</i>	<i>Disponibilité des ressources</i>	<i>Les rapports, inventaire du matériel</i>
		<i>Nombre d'entités décentralisées dont les capacités sont renforcées</i>	<i>0</i>	<i>Rapport d'activité de CNRN/2018</i>	<i>A définir par le décret</i>	<i>CNRN</i>	<i>Ministères impliqués</i>	<i>Ressources disponibles</i>	<i>Rapport d'activité de CNRN</i>
Effet attendu 7.2.	les ressources matérielles, financières et	Ligne budgétaire allouée à la nutrition	0	Loi des finances 2019	1	Ministère tutelle	Ministère de l'Economie et des Finances	Organe fonctionnel	Loi des finances

	humaines pour les interventions nutritionnelles sont accrues	Taux de décaissements des fonds affectés par l'état pour la nutrition	0%	NA	100 %	Organe central	Ministère de tutelle et MEF	Existence de la ligne budgétaire	Rapports financiers des organes
		Existence d'au moins un document de procédures de gestion des ressources mobilisées au niveau de chaque secteur	0		1	Conseil National pour le Renforcement de la nutrition (CNRN)	MEF	Existence des procédures de gestion	Manuels de procédures de gestion
Extrant 7.2.1.	Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du plan sont conséquentes	Pourcentage de ressources allouées à la nutrition par l'Etat et les partenaires par rapport au budget général.	0.64%	Rapport analyse budgétaire de la nutrition 2018	0.80 %	CNRN	MEF, MSHP	Existence de la ligne budgétaire claire	Budget national
		Évolution de la part d'appui budgétaire apporté par les partenaires techniques et financiers	ND		Augmenter d'au moins 5%	CNRN	MEF, MSPS	Existence des procédures de gestion	Budget national
		Nombre de spécialistes en nutrition actifs et disponibles à tous les niveaux	ND		25	CNRN	Ministères sectoriels	Existence de ressources financières	Répertoire du personnel spécialisé des secteurs impliqués
Effet attendu 7.3	le cadre législatif et réglementaire est renforcé et opérationnel sur toute l'étendue du territoire	Nombre de note de service en lien avec les textes règlementaires sur la fortification appliqués.	ND		5	MSHP, Douane, MCPSP, Ministère de l'Industrie, MAPAH		Engagement des acteurs des ministères impliqués	Notes de service des ministères impliqués
Extrant 7.3.1	Les dispositions légales favorables à la qualité des produits alimentaires sont mises en place et appliquées	Nombre de dispositions règlementaires actualisées.	ND		5	MAPAH (DNR)	Ministères sectoriels		Dispositions réglementaires
		Cadre règlementaire	0	Rapport d'activité de l'ITRA/2018	1	ITRA	Universités du Togo, Centres de recherche	Collaboration des acteurs impliqués	Rapports d'activité de l'ITRA
		Nombre de postes de contrôle renforcés	0	Rapports de formation		MAPAH	MAEP/DPV, Service de nutrition, Douane	Disponibilité des ressources	Rapports de formation

		<i>Document de normes nationales élaborées</i>	0		1	<i>Service de normalisation (SAZOF)</i>	<i>MAEP, MSPS, MIT</i>	<i>Disponibilité des ressources</i>	<i>Rapport d'activité du service de normalisation (SAZOF)</i>
		<i>Existence de codes de travail et de la fonction publique révisés</i>	ND		2	<i>MFPTRA</i>	<i>MSPS</i>	<i>Plaidoyer réalisé</i>	<i>Document des codes</i>
<i>Extrait 7.3.2</i>	<i>Les dispositions légales et réglementaires favorables à de bonnes pratiques alimentaires sont mises en place et appliquées</i>	<i>Nombre de laboratoires de contrôle qualité accrédités</i>	1	<i>Rapports d'audit des laboratoires</i>	3	<i>ITRA</i>	<i>INH, Unniversités</i>	<i>Disponibilité des ressources</i>	<i>Certificats d'accréditation</i>
		<i>Existence d'une loi sur la commercialisation des produits d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</i>	0	2018	1	<i>MSHP</i>	<i>SGG, AN, MCPSP, Ministère de la communication</i>	<i>Implication de l'Assemblée Nationale</i>	<i>JORT</i>
		<i>Existence d'un document de stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant actualisé et validé.</i>	0	<i>Document de stratégie</i>	1	<i>MSHP</i>	<i>MAPAH, MASPFA, MIT, MCPSP</i>	<i>Disponibilité des ressources</i>	<i>Document de stratégie</i>

Axe 8. Mise en œuvre des interventions transversales: partenariat, participation communautaire, genre et droits humains en faveur de la nutrition

Niveau de résultats	Résultats escomptés	Indicateurs				Structure Responsable	Structures impliquées	Hypothèses /risque	Moyens de vérification
		Libellé	Valeur de référence	Source et Année de référence	Cible 2023				
Effet attendu 8.1.	Les communautés participent activement aux actions en faveur de la nutrition	Nombre de réseaux communautaires et groupes d'intérêts organisés impliqués dans la mise en œuvre des interventions en nutrition	0	Rapports d'activités	CNRN	MSHP	MATCL, MDBAJEJ	Existence de ressources	Rapports de formation
		Part totale estimée en valeur monétaire des contributions des communautés pour le déploiement des interventions nutritionnelles (en natures ou en espèces).	ND		20%	CNRN	MSHP, MPD, MAPAH	Existence de ressources	Rapports financiers
Extrant 8.1.1 :	<i>Les acteurs communautaires sont mobilisés pour la lutte contre la malnutrition</i>	<i>Nombre d'acteurs communautaires dont les capacités sont renforcées</i>	0		PM	MSHP	MATCL, MDBAJ	Existence de ressources	Rapports de formation
Effet attendu 8.2.	Le partenariat et les droits humains ainsi que ceux de la femme sont promus à tous les niveaux	Nombre d'accords de partenariat signés	ND		10	CNRN	MPD	Existence de ressources	Les accords de partenariat
Extrant 8.2.1.	<i>Le partenariat est promu en faveur de la nutrition</i>	<i>Nombre de personnes qui ont renforcé leur capacités à travers les visites d'échange d'expériences</i>	0		15	CNRN		Existence de ressources	Rapport de mission
Extrant 8.2.2.	<i>Les droits et de la femme sont intégrés dans les actions de renforcement de la nutrition</i>	<i>Nombre de programmes ayant pris en compte la promotion des mesures sexospécifiques</i>	0		3	Ministère en charge de l'action sociale	CNRN	Engagement de l'état	Rapport ministère en charge de la promotion féminine

Annexe 2 : Liste des acteurs rencontrés

No	Nom prénoms	Structure	Titre
1	BOUKA Kodjo Dosseh	Min des enseignements primaires et secondaires	Chef programmes
2	SEBADO Koffi	Min de la communication	Attaché de cabinet
3	BELO Mofou	Min de la santé	Chef Div. PNMNT
4	AGOSSOU Abram Amétépé	Min de la santé	Coordonnateur DSME
5	SOSSAH Wadagni	OOAS	Gestionnaire des services de santé
6	ADEDJE Ayité Kwami	Min. de l'enseignement primaire	Chargé de programmes
7	TCHAPTCHET Ngassam	Programme alimentaire mondiale	Chef bureau
8	MAKAWA Makawa-Sy	UNICEF	Spécialiste nutrition
9	GIULIDORI Fosca	UNICEF	Représentante adjointe
10	GUIGUI Marie thérèse	UNICEF	Chef section croissance et survie de l'enfant
11	TINAKA Wediabalo	Min de la communication	Secrétaire général
12	TCHAPO KONDOR Dapou	Catholic relief service	Nutritionniste
13	IMBOUA NIAVA Lucile	Organisation mondiale de la santé	Représentante
14	DJAMESSI Kofi Agbémébia	Min. de la planification	Chef section
15	JOHNSON Kwessi Fafadji	Min. de la planification	Chef section
16	ABE Talime	Min. du commerce	Directeur comm. Intérieur
17	DOVI Koamivi	Min de la santé	Ingénieur génie sanitaire
18	GANDA SOURMA Bakéglihaga	Min. développement a la base	Chef division
19	SANI Amidou	Min de la santé	Chef division
20	NOTOKPE Koffi Seto	Min. administration territoriale	Directeur de l'Administration de territoires
21	AGLOBO Djigbodi	Min. de la planification	Directrice Coop Multi.
22	TCHANDANA Makilioubè	Min de la santé DSF	Médecin de santé publique
23	DANDONOUGBO Kofi	NIOTO	Chef service contrôle de qualité
24	SODJI	Min de la santé- PNDS	Chef de la cellule PNDS
25	AOUSSI Sossinou	Min de la santé	Secrétaire Général
26	HELL Kerstin	Prosecal –GIZ	Chef de mission
27	BOABEKOA Guidan	Programme alimentaire mondiale	Chargé de programme
28	ABOTCHI		
29	EFFOE Stéphane	ESTBA - Université de Lomé	Ingénieur agroalimentaire
30	NAYO Akou		
31	TAGBA	Min. communication	Conseiller
32	APETSYANI	DRS Lomé commune	Directrice régionale de la santé
33	KEDJAGNI	DRS Lomé commune	Point focal nutrition

34	PAMASI Akisi	Association togolaise des consommateurs	Membre du bureau ATC
35	KADJASSOU Amoussou	Association togolaise des consommateurs	Chargé de programme
36	ZIGAN	Min. de la santé	Coordinateur RSS
37	ALPHA TOURE Togah	Min. de l'agriculture -ANSAT	Chargé de la séc. Alimentaire et nutritionnelles
38	ESSO Nicole	Min. de l'administration territoriale	Chef division
39	VIGAN Sharlen	Banque mondiale	Spécialiste Nutrition
40	EDOU Koffi	Projet GIZ	Coordonnateur dev. Rural GIZ
41	OSSEYI Yawovi	Assemblée Nationale	Député
42	TCHOHLO Akossiwa	Assemblée Nationale	Ancienne Députée
43	HOWANOU Edoh	Assemblée Nationale	Député
44	OSSEYI Elolo	ESTBA - Université de Lomé	Chef Dépt Industries agroalimentaire UL
45	BOURAIMA Mouawiyatou	Chef division nutrition	Chef Div. Nutrition
46	AWOKOU fantchè	Coordonnateur PASMINE	Coordonnateur PASMINE
48	ETSRI Homevor	SG Ministère de la planification	Secrétaire Général Min. de la Plan.
49	ADOVON Kafui	Min. du commerce	Chef Div Commerce Intérieur

liste des participants à l'atelier de validation

N°	NOM & Prénoms	Fonction	Adresse E-mail	Téléphone
1	SOSSINOUE Awoussi	SG/MSPS/ Lomé	-	90 01 39 05
2	AFETSE Yawo D. Jean Pierre	DDS 2/ Lomé	afetsejean@hotmail.com	90 04 09 83
3	YAKOUBOU Doukoïyétou	CE/MPD / Lomé	yakoubouroukeya@yahoo.com	91 36 30 18
4	TAGBA Simfèilé	MCCSFC/ Lomé	stsimtag783@gmail.com	90 27 67 06
5	VEWONYI-EZE Lucie	Experte Nutrition proSecAI/GIZ/ Lomé	Lucie.Vewonyi@gfa-group.de	98 13 53 74
6	BATEMA Diyama	Chargée d'étude MASPFA / Lomé	diyanenatacha@yahoo.fr	90 19 10 99
7	BADJALA T. Kossi	MDBAJEJ/ Lomé	Badjalat@gmail.com	91 91 66 26

8	GLIGBE S.K.Kudzo	DR/DRAEP-M/ Tsévié	keysgligbe@gmail.com	90 00 97 99
9	FIMBI Sandrine	Gestionnaire MQSUN+/ Washington, USA	sfimbi@path.org	90 69 67 14
10	Kone Mamadou	Consultant MQSUN/ Abidjan	makone76@gmail.com	70 33 22 50
11	Delphin DIASOLUA	Consultant international	ddiasolua@gmail.com	90 69 67 02
12	ALOUKI Koffi	Consultant national	aloukinsky@yahoo.fr	93 02 35 35
13	DOVI Kwoami	Chef Division/DCIS/DHAB/ Lomé	kwoami@yahoo.fr	90 28 37 88
14	AGBA Bawim	DPPSE/MAEP/ Lomé	bawimagba@yahoo.fr	90 18 32 72
15	NAYAO Komlan Koffi	D.E./UONGTO/ Lomé	asteradhd@gmail.com	90 14 24 53
16	AZIADEKEY Mawuli	Enseignant-Chercheur-UL/ Lomé	guido_aziadek@yahoo.com	90 20 48 59
17	AGLOBO ADJOH Djigbodi	Directeur Min Planification/ Lomé	djigboaglobo@yahoo.fr	90 87 49 77
18	TIOU Pawiah	Rep.PFRN DRSP/Plateaux/ Atakpamé	tiou96@yahoo.com	90 19 76 80
19	AMAKOUE K. Noèlie	PF Nutrition/ Kpalimé	amakouenoelie@gmail.com	90 39 29 79
20	Dr PEPEYI Magnissibotom	SPA-PNDS/ Lomé	magnissibotom@yahoo.fr	90 13 42 85
21	DOUGBLO K. Sedem	Ast.Médical/ DPS/Kloto	sedemdougblo@yahoo.fr	90 93 74 27
22	Dr ETOH Mawuli Gaga	DRS Maritime/ Tsévié	gagat60@hotmail.com	90 0475 61
23	Dr KALAO Assima E.	DPS -Golfe/ Lomé	askalao79@yahoo.fr	90 03 71 99
24	ADEDJE Kwami Ayité	PFAS/MEPSFP/ Lomé	kmadedje62@gmail.com	90 11 19 87
25	Dr BEWELI Essotoma	DGAS/MSPS/ Lomé	drbeweli@yahoo.fr	90 02 24 01
26	Dr AMIDOU Moussa	DRS/Plateaux/ Atakpamé	moussaamidou1960@gmail.com	90 09 72 62
27	SAYA Kouami	S&E/DRS/Savanes/ Dapaong	syakouami@yahoo.fr	90 09 50 57

28	AYO Liyè	Conseiller Technique en Nutrition/ Lomé	leon.ayo@plan-international.org	90 34 79 16
29	BONZI D. Jules Valéry	Medécin Vnu/ Kara	jules.bonzi@undp.org	90 34 79 16
30	DIANTOM Agrouna	Enseignant-Chercheur/ Lomé	josephagouradiantom@gmail.com	90 50 22 19
31	Dr APETSIANYI Yawa	Directrice/DRSLC/ Lomé	jyda2624@yahoo.fr	90 16 14 45
32	Dr BATCHASSI Agninoufètè	DRAEP/PL Directeur Régional/ Atakpamé	agninos1@yahhoo.fr	90 12 09 18
33	Dr BARRY Aïssata	DN/ Lomé	astoubarry3012@gmail.com	93 09 97 53
34	Dr FETEKE Lochina	FSS/ Lomé	feteke@yahoo.fr	90 16 29 99
35	BOURAIMA Mouawiyatou	Chef Division Nut./PF SUN/	bouraimamou@yahoo.fr	90 02 25 47
36	MAKAWA Makawa-Sy	Spécialiste Nutrition UNICEF Togo	mmakawa@unicef.org	90 21 29 31/ 98 34 31 31
37	DEVIA Komi	PF Nutrition Amou	komidevia@yahoo.fr	90 19 27 23
38	ADJANGBA K. Mensah	PF Nutrition	amensah@live.fr	90 24 90 15
39	ALOVOR Komla	DP/DPAEP-Kloto	alovor2000@yahoo.fr	90 10 32 66
40	ADOVON A. Kafui	Inspecteur de Commerce	christiniaadovon@yahoo.fr	90 72 47 07
41	LATTAH Appére	Dr.Vet/Chef-DCV/DRAEP-C	lattahap66@gmail.com	90 14 41 91
42	ANANTA Atsa	Comptable	mohamedatsa1@gmail.com	90 20 9398
43	AMOUZE Afoa Kouma	Secrétaire	ami.lemou@gmail.com	90 82 93 45
44	Dr ALFA Abdel Kadere	DPS/Kazah	jeune_2007@yahoo.fr	90 11 37 60
45	BEBOU Midassirou	Chargé de Fortification des Aliments	mbebou@yahoo.fr	90 16 90 16
46	DAGBO Kossi	Assistant Médical/SP	dagbokos2000@yahoo.fr	90 35 87 91
47	Dr N'DJAO Akawulu	DPS/Thaoudjo	j.ndjao@yahoo.com	90 91 81 42

48	BEBOU Salami	PFR/SMIR/Représentant le DRS/C	bebou31@yahoo.fr	90 06 59 48
49	AKAKPO Dopé	Responsable S.E./DSME	dopemilie@yahoo.fr	90 32 39 44
50	KENAO Tchasso	Nutritionniste	tkenao@yahoo.com	90 18 60 11
51	DOUTI Yempal	Ag.P. Sociale		90 08 70 07
52	LAMBONI Kossi	S&E/DRAEP	lambonikossi79@gmail.com	90 79 63 37
53	BOABEKOA Guidan	Assist. Prog.	guidan.boabekoa@wfp.org	90 94 81 71
54	BADOMBENA - WANTA Déborah	CTN Sécurité alimentaire et Nut/GIZ	di-sokline.badombena-wanta@giz.de	92 65 17 26
55	NYAKU Afua	Directrice des Labo ITRA	nyakuedith@yahoo.fr	91 77 26 27
56	FIAKLI Koffi Seyram	S&E DRAEP	pedrofks@yahoo.fr	90 75 01 82/ 98 16 02 72