

République de Guinée



Ministère du Plan

gtz

Coopération Technique Allemande

Evaluation des aspects nutritionnels de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) en Guinée

RAPPORT FINAL

Réalisée par:

Mme Dramé Aïssatou Touré

Tél.: (224) 29 13 58

E-mail: aistoure@yahoo.fr

Conakry, le 7 février 2006

Sommaire

Liste des annexes	3
Liste des abréviations.....	4
Résumé.....	5
1 Introduction	6
2 Problématique	6
2.1 La malnutrition protéino-énergétique.....	7
2.1.1 La malnutrition aiguë	7
2.1.2 La malnutrition chronique	7
2.1.3 L'insuffisance pondérale.....	8
2.2 L'allaitement maternel et l'alimentation de compléments	8
2.3 Les carences en micronutriments	8
2.4 Maladies nutritionnelles émergentes.....	9
3 Objectifs de l'étude.....	10
4 Méthodologie.....	10
5 Les aspects transversaux.....	11
5.1 Sur le plan juridique	11
5.2 Dans le cadre de la protection sociale.....	11
5.3 A propos du VIH / SIDA	11
5.4 Aspects genre.....	11
5.5 Aspects environnementaux.....	12
6 Bilan des réalisations	12
6.1 Appui à la sécurité alimentaire au niveau des ménages.....	12
6.2 Dans le cadre des Interventions nutritionnelles à base communautaire	12
6.3 Dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel et de l'éducation nutritionnelle.....	13
6.4 Du suivi de la croissance des enfants de 0 à 59 mois	14
6.5 De la récupération nutritionnelle des enfants malnutris	14
6.6 Dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments.....	14
6.7 La nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA	15
6.8 Les urgences nutritionnelles	15
6.9 Du système de coordination et de gestion	16
7 Revue des forces et faiblesses.....	16
8 Conclusions.....	17
9 Recommandations	18
9.1 Pour la réduction du taux de malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer	18
9.2 Pour réduire la carence en fer chez les enfants et chez les femmes.....	18
9.3 Pour éliminer la carence en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes en âge de procréer	19
9.4 Pour l'élimination virtuelle des troubles dus à la carence en iode.....	19

Liste des annexes

Annexe 1	Termes de références (TdR)	20
Annexe 2	Liste indicative des paramètres de nutrition à traiter	22
Annexe 3	Guide d'entretien destiné aux projets, programmes et ONG	23
Annexe 4	Les fiches d'évaluation	26
Annexe 5	Cadre logique indicatif du secteur nutrition (SRP, Phase 2).....	35
Annexe 6	Bibliographie.....	37

Liste des abréviations

CNLS	Comité National de Lutte Contre le SIDA
CNN	Comité National de Nutrition
CNT	Centre de Nutrition Thérapeutique
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelles
CS	Centre de Santé
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENAGUI	Enquête Nationale sur l'Anémie en Guinée
ENCCOFAC	Enquête National de Connaissance et de Couverture en Fer Acide Folique et Chloroquine
ET	Ecart Type
FAF	Fer et Acide Folique
FARN	Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FARN-G	Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle de la femme gestante
HKI	Helen Keller International
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSE	Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant
LPDA	Lettre de Politique du Développement Agricole
MAE	Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage
MCIPME	Ministère du Commerce, de l'Industrie et des Petites et Moyennes Entreprises
MPA	Ministère de Pêche et de l'Aquaculture
MSP	Ministère de la Santé Publique
NCHS	National Centre for Health Statistics (à Hyattsville, USA)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P/A	Indice Poids pour Age
P/T	Indice Poids pour Taille
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNAN	Politique Nationale d'Alimentation – Nutrition
PS	Poste de Santé
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
QUIBB	Questionnaire sur les Indicateurs de Base du Bien-être
SAM	Sécurité Alimentaire des Ménages
SAN	Section Alimentation – Nutrition
SAP	Système d'Alerte Précoce
SENAH	Service National d'Assistance Humaine
SIAC	Système d'Information à Assise Communautaire
SNDA	Stratégie Nationale de Développement Agricole
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP	Soins de Santé Primaires
T/A	Indice Taille pour Age
TDCI	Troubles Dus à la Carence en Iode
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfant

Résumé

Le présent rapport est une analyse des rôles et potentiel de la nutrition et de la politique d'appui à celle-ci dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Cette analyse s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de la formulation et de la mise en œuvre de la SRP en Guinée. Elle est réalisée sur la base d'une recherche et une exploitation documentaire assortie de contacts avec des personnes ressources.

Ce travail a permis d'identifier les principaux problèmes nutritionnels en Guinée et leurs rapports à l'incidence et à la profondeur de la pauvreté, ainsi que les forces et faiblesses de la conception et du processus de la SRP et d'autres politiques nationales relatives au contrôle et/ou à l'éradication desdits problèmes. Capitalisant les résultats des récentes enquêtes (Enquête Démographique et de Santé, Enquête Nationale sur l'Anémie, Enquête sur les TDCI,...) et les rapports des programmes en cours, il révèle que, conformément aux engagements nationaux et internationaux, des efforts sont en train d'être déployés pour l'amélioration de la situation nutritionnelle des populations.

Il s'agit, entre, autres de l'élaboration et l'adoption de documents de politique et de la promulgation de lois et textes d'application. Aussi, maints programmes et projets sont en train de se mettre en place et d'évoluer sur le terrain. Plusieurs partenaires au développement sont impliqués dans ce processus et apportent une assistance multidimensionnelle importante.

Toutefois, les indicateurs nutritionnels, qui doivent refléter ces divers efforts, ne sont pas encore tous au rendez-vous. Si la lutte contre les Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI) a connu une avancée significative, celle du contrôle des autres carences nutritionnelles semble timidement évoluer. En raison des difficultés économiques des années 2002-2005, la malnutrition par la carence en protéines et en énergie a connu une hausse importante.

Par ailleurs, l'étude s'emploie à faire des propositions concrètes sur les mesures prioritaires d'appui à la nutrition, qu'il serait opportun d'inclure dans le DSRP 2.

Cette étude a été organisée et financée dans le cadre du projet allemand « Appui à la Stratégie de Réduction de la Pauvreté » (ASRP), projet GTZ attaché au Ministère du Plan.

1 Introduction

En 1985, la nécessité d'améliorer le cadre global du développement socio-économique du pays a conduit le Gouvernement guinéen à mettre en œuvre un vaste d'intervention dans certains secteurs prioritaires tels: l'éducation, la santé, le développement rural et le secteur social. La mise en œuvre de ces programmes a fait passer le taux de bruts de scolarisation de 29% en 1989 à 56,7% à l'an 2000, le taux de mortalité infantile de 136,3 pour mille en 1992 à 98 pour mille en 1999. L'accès à l'eau potable est passé de moins de 30% en 1989 à 49% en 1999. Les taux de malnutrition par la carence en énergie et en protéines avaient amorcé une régression de l'ordre de 2 à 4 points, respectivement, entre 1992 et 1999.

Par ailleurs, le profil de la pauvreté élaboré en 1994/95 avait révélé que 40,3% de la population vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation ne semblait pas s'améliorer les années suivantes, en raison d'une instabilité de l'économie nationale. Une telle réalité constituait un réel handicap pour la croissance économique et sociale du pays. Pour ces raisons, il a été initié et commencé d'être mis en œuvre depuis 2002, une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP).

Les problèmes de nutrition, souvent mal perçus et considérés comme problème de santé simple ou d'insuffisance d'alimentation surtout pour les plus pauvres, sont le reflet et la manifestation d'un ensemble de déterminants multisectoriels. Sous toutes ses formes, les problèmes nutritionnels constituent à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté. Dans les formes les plus graves, ils se présentent comme des pathologies graves qui exacerbent la mortalité chez les groupes vulnérables. La lutte contre la malnutrition s'insère dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté. Face à ces différents constats, il était impérieux de concevoir et de mettre en œuvre une approche intégrée des problèmes de lutte contre la pauvreté. C'est dans un tel contexte que le premier Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) a été adopté en janvier 2002.

Quatre ans après le lancement de sa mise en œuvre de cette SRP, il s'impose de faire en une évaluation, l'état des lieux, non seulement sur le processus de cette mise en œuvre, mais aussi, et surtout, sur l'atteinte des principaux objectifs et résultats et les recommandations pertinentes pour la formulation d'une SRP améliorée.

La présente étude est donc une participation à cet effort. Elle n'a nullement la prétention d'être exhaustive. Elle s'est employée à réunir des informations estimées essentielles. Celles-ci peuvent complétées à volonté, suivant des besoins spécifiques.

2 Problématique

Une nutrition adéquate est un droit pour tous. Elle est aussi une condition essentielle pour que les enfants développent au maximum leurs potentialités. Investir dans la nutrition, c'est assurer au pays des ressources humaines en bonne santé, garant d'un développement durable.

En Guinée, la disponibilité en denrées alimentaires couvre à 80%, les besoins énergétiques de la population. Ces denrées sont essentiellement des céréales qui proviennent de la production nationale et de l'importation (commerce et dons).

La consommation cumulée de riz per capita passait de 50 kg en 1985 à 90 kg en 1995 et tend à se stabiliser actuellement autour de 88 kg (SNDA-horizon 2010). La consommation annuelle per capita en production nationale de viande est de 6 kg. Il faut rappeler que cette consommation de viande est complétée par la consommation relativement faible de poissons (13 kg par habitant et an) et par celle de viande de chasse et de produits animaux de

cueillette qui sont réputées très importantes dans les zones forestières en particulier (voir MAE, LPDA II).

Cependant, en dépit de son potentiel important et de ses performances, la Guinée continue de dépendre dans une certaine mesure, des importations pour son alimentation. Sa population, estimée à 7.173.000 habitants, reste encore confrontée à l'insécurité alimentaire, même si les disponibilités alimentaires nationales couvrent les besoins énergétiques globaux. Cette insécurité alimentaire est principalement due à la pauvreté, qui est plus marquée en milieu rural, où vivent 80% de la population et, où, plus de la moitié (52,5%) vit dans la pauvreté absolue, contre 25% dans les centres urbains de l'intérieur et 7,8% à Conakry (SP-SRP 2002).

Le problème de disponibilité des aliments reste une question cruciale qui, par son importance, doit être une réalité incontournable au cœur des débats de politiques alimentaires. Une alimentation saine, de bonne qualité et en quantité suffisante est indispensable à la santé et au bien être des populations.

Les carences nutritionnelles demeurent un problème majeur à la fois de santé publique et socio-économique pour le pays. Elles concernent notamment la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments (vitamine A, fer et iode). Ces déficits nutritionnels se manifestent plus sévèrement pendant les périodes de vulnérabilité nutritionnelle que sont entre autre, la grossesse, l'allaitement, la petite enfance, l'adolescence, le 3^{ème} âge et la maladie.

2.1 La malnutrition protéino-énergétique

Les différentes enquêtes réalisées dans le pays ces dernières années montrent une situation alarmante en ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans.

2.1.1 La malnutrition aiguë

*La malnutrition aiguë (ou maigreur ou émaciation) est indiquée si le rapport poids pour taille (P/T) est inférieur à -2 écarts type (< -2ET) de la médiane pour la population de référence. L'incidence de la malnutrition aiguë représente le rapport (en pourcentage) entre le nombre de cas de malnutrition aiguë et la population de référence totale.*¹

Les résultats de l'EDS 1999 ont montré que 9% des enfants âgés de moins de cinq ans sont atteints de malnutrition aiguë. Selon les résultats de l'enquête basée sur le Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) réalisée en 2003 et ceux de l'EDS 2005, ces prévalences se sont aggravées pour se hisser respectivement à 11,2% et 9,4%.

2.1.2 La malnutrition chronique

La malnutrition chronique (ou retard de croissance) est indiquée si le rapport taille pour âge (T/A) est inférieur à -2 écarts type (< -2ET) de la médiane pour la population de référence du NCHS. L'incidence de la malnutrition chronique représente le rapport (en pourcentage) entre le nombre de cas de malnutrition chronique et la population totale en question.

S'agissant de la malnutrition chronique, le constat est similaire au cas de figure précédent: L'EDS II de 1999 a montré une prévalence de 26% chez les enfants âgés de moins de cinq ans, alors que l'enquête QUIBB révèle un taux de 32,7%, et l'EDS 2005 des taux de 35% et 26% respectivement pour les enfants des zones rurales et ceux des zones urbaines.

¹ L'écart type (ou déviation standard) est la mesure de dispersion ou étalement, la plus couramment utilisée en statistique lorsqu'on emploie la moyenne pour calculer une tendance centrale. Il mesure donc la dispersion autour de la moyenne. Généralement, plus les valeurs sont largement distribuées, plus l'écart type est élevé.

2.1.3 L'insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale est indiquée si le rapport poids pour âge (P/A) est inférieur à -2 écarts type ($< -2ET$) de la médiane pour la population de référence. L'incidence d'insuffisance pondérale représente le rapport (en pourcentage) entre le nombre de cas d'insuffisance pondérale et la population de référence totale.

Selon les résultats de l'EDS 1999, 23% des enfants de moins de cinq ans avaient un poids inférieur au poids médian pour leur âge. Les résultats des enquêtes QUIBB et EDS 2005 n'affichent guère une situation meilleure (respectivement 20,8% et 25%). Selon cette enquête, seulement 24% des moins de cinq ans ont participé à un programme de nutrition (suivi de la croissance, programme de diversification alimentaire).

D'une manière générale, la malnutrition infantile survient très tôt et touche des enfants avant leur naissance. Environ 11% des enfants ont un faible poids (inférieur à 2 500g) à la naissance. De ce fait, ces enfants sont susceptibles de mourir au cours de leur premier mois de vie, avec une probabilité 2 fois supérieures à celle des enfants de poids normal.

Environ 12% des mères en Guinée ont un Indice de Masse Corporelle (IMC)² inférieur à 18,5; donc elles sont malnutries.

2.2 L'allaitement maternel et l'alimentation de compléments

Dès la naissance, l'allaitement maternel assure le bon état nutritionnel du nourrisson et le protège contre les infections. Il assure également la stimulation et les nutriments irremplaçables pour le développement optimum du cerveau. C'est pourquoi, l'OMS, l'UNICEF et le Ministère de la Santé Publique (MSP), à travers la politique nationale d'allaitement maternel, recommandent que les enfants soient nourris exclusivement au lait maternel jusqu'à l'âge de six mois et, qu'à partir de cet âge (auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance des enfants), que soient introduits progressivement des aliments de compléments.

L'enquête démographique et de santé (EDS II 1999) a montré que 92% des enfants sont allaités. Parmi eux, seulement, 11% étaient allaités exclusivement pendant les six premiers mois; 26% sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et 56% dans les 24 heures qui suivent la naissance. La même source indique que chez les moins de 2 mois, 58% reçoivent en plus du sein, de l'eau (45%), d'autres laits (5%) et des suppléments (6%). Aussi, chez les enfants de 6 à 9 mois, 45% ne reçoivent pas les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate et, selon EDS 2005, cette dernière proportion n'est que faiblement réduite en 2005 (41%).

2.3 Les carences en micronutriments

Les carences en micronutriments constituent un problème de santé publique selon les critères établis par l'OMS.

La carence en vitamine A (CVA) est la première cause de cécité évitable dans le monde. Les enquêtes menées dans deux régions (Haute et Moyenne Guinée) en 1995-1997, ainsi que les estimations de l'UNICEF indiquent que la CVA affecte au moins 25% des enfants de moins de cinq ans.

L'enquête nationale sur l'anémie (ENAGUI 2000), révèle que 63% des femmes enceintes et 50% des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie. Il est bien connu que le risque de

² Cet indice se calcule en fonction de la taille (en mètres) et du poids (en kilogrammes). Il n'est correctement interprétable que pour un adulte de 18 à 65 ans.

décès suite à une grossesse est beaucoup plus élevé chez les femmes anémiées. Cette enquête a montré également un taux de 23% d'anémie chez les hommes et 79% chez les enfants d'âge préscolaire. Chaque diminution de 1% du taux d'hémoglobine entraîne une réduction de la productivité de 1%.

Tout comme pour les autres carences nutritionnelles, EDS 2005 montre une augmentation de l'anémie: 53%, donc chez les femmes en âge de procréer, 30% chez les hommes et 76% parmi les enfants âgés de 6- 59 mois. L'enquête révèle également que plus 70% des enfants âgés de 6 à 35 mois ainsi que les enfants d'âge scolaire 6-14 ans sont affectés. L'anémie chez les moins de 2 ans cause des retards psychomoteurs irréversibles, tandis qu'elle provoque des pertes d'attention et de concentration considérables chez les écoliers.

Les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI), jusqu'en 1992, mettaient à risque 63,6% des guinéens, soit dix fois au-dessus du seuil de 6% admis par l'OMS. Selon l'évaluation du programme de lutte contre les TDCI en 2003, cette carence a connu un recul significatif, mais demeure un problème, avec une prévalence de 28%. La carence en iode durant la grossesse peut causer des retards mentaux irréversibles chez le nouveau-né. Dans les populations où la carence en iode est forte, on constate une réduction moyenne de 13.5 point du Quotient Intellectuel (QI).

2.4 Maladies nutritionnelles émergentes

Il s'agit essentiellement de la malnutrition par excès (obésité), du VIH/SIDA et des maladies chroniques de surcharge ou métaboliques (hypertension, diabète et goutte). Quoiqu'il n'y ait encore que des présomptions et ou des études parcellaires ou encore des constats issus de statistiques hospitalières, ces dernières commencent de focaliser plus d'attentions. Elles ne sont encore pris en charge qu'au cas par cas et font l'objet de peu de dispositions préventives. Plus spécifiquement, l'obésité touche une proportion de la population de plus en plus grande et par le fait même risque d'entraîner une prévalence accrue des maladies chroniques. Le vieillissement de la population accentuera probablement le problème dans l'avenir.

A ces différents égards, un volet nutrition occupe à juste titre, une place de choix dans le cadre de l'évaluation de la formulation et de la mise en œuvre de la SRP en Guinée; voilà qui explique entre autre, le fondement de la présente étude.

Il est à préciser que pour des raisons que la nutrition ne figure dans le DRSP que sous une forme très abrégée, la présente étude utilisera les indications formulées dans le document de politique nationale en la matière, laquelle politique est un produit de la SRP. A cet égard, le document met en exergue les objectifs et stratégies qui déterminent le processus de sa mise en œuvre et de son évaluation. Il s'agit de:

Objectif général de 2005 à 2015

Améliorer l'état nutritionnel des populations en général et celui des groupes vulnérables en particulier;

Objectifs spécifiques de 2005 à 2015

- Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 3 ans de 25% à 12%;
- Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance de poids à la naissance;
- Réduire de moitié la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire.

D'ici l'an 2010:

- Éliminer virtuellement l'avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans;

- Réduire de moitié l'anémie chez les enfants d'âge préscolaire de 79% à 39%, chez les enfants d'âge scolaire de 52% à 26%, chez les femmes enceintes de 63% à 31% et chez les femmes en âge de procréation de 50% à 25%.
- Éliminer virtuellement les troubles dus à la carence en iode chez toute la population;

Stratégies d'interventions

Pour atteindre les objectifs susmentionnés, les axes stratégiques suivants sont envisagés et mis en œuvre:

- Les Interventions nutritionnelles à base communautaire,
- La lutte contre les carences en micronutriments,
- La prise en charge des cas de malnutrition,
- Le renforcement des capacités institutionnelles,
- La préparation à l'urgence et les réponses nutritionnelles aux situations d'urgence,
- L'élaboration et l'application des normes et législations relatives à la nutrition et l'alimentation,
- L'intervention nutritionnelle en milieu scolaire.

Entre autres préoccupations, il apparaît:

- La sécurité alimentaire au niveau des ménages,
- Le système national d'information alimentaire et nutritionnelle,
- La convergence avec les autres politiques de développement.

3 Objectifs de l'étude

Objectif général de la présente étude est d'évaluer la formulation et la mise en œuvre de la SRP, telle qu'articulée dans le DSRP (janvier 2002) et de dégager des conclusions et des recommandations relatives au domaine de la nutrition pour la formulation d'un DSRP actualisé.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivantes (voir aussi TdR en Annexe 1):

- Identifier les principaux problèmes nutritionnels de la Guinée et les axes stratégiques retenus pour leur contrôle et/ ou leur éradication, articulés dans le DSRP,
- Collecter et analyser les informations pertinentes sur la mise en œuvre des politiques nationales et des programmes de coopération de la Guinée, dans le cadre du contrôle et/ou l'éradication des problèmes nutritionnels,
- Identifier les forces et faiblesses de la formulation et du processus de mise en œuvre de la SRP dans le domaine de la nutrition,
- Etablir un cadre logique indicatif et des mesures d'appui, pour une meilleure prise en compte de la nutrition dans la DSRP 2.

4 Méthodologie

La présente consultation est réalisée à travers deux principales approches méthodologiques: la recherche et l'exploitation documentaire; la rencontre et l'entretien de personnes-ressources.

La première approche a consisté à réunir et exploiter tous les documents disponibles et qui soient en rapport avec la formulation, la mise en œuvre et le suivi de la SRP, dans les aspects qui visent l'amélioration de la situation nutritionnelle des populations en général, et celles des couches vulnérables en particulier. Dans cet ordre d'idées, une attention particulière est portée sur les documents de base, de mise en œuvre et de suivi des politiques et programmes de nutrition des structures gouvernementales, non gouvernementales, commu-

nautaires et institutions d'appui. L'approche s'est employée à réunir toutes les informations contextuelles qui ont justifié les différents programmes et/ou soutenu les différentes politiques et dispositions articulées dans le DSRP 2002. Elle a capitalisé les résultats des dernières enquêtes et les données de divers rapports de suivi des interventions nutritionnelles en cours dans le pays.

La deuxième approche quant à elle, a consisté à collecter par interview, les perceptions, des personnes-ressources par rapport à la mise en œuvre de la première phase de la SRP et leurs propositions quant à la formulation du DSRP 2. Pour les besoins des interviews, un guide spécifique au thème à traiter a été développé et appliqué (voir Annexe 2). La liste des principaux interlocuteurs se trouve dans l'Annexe 3 (fiche 9).

Le remplissage des fiches d'évaluation conformément aux réalités du terrain, aux perceptions des personnes ressources et, bien sûr, à nos propres perceptions, a servi d'orientation pour l'organisation des informations recueillies. Cette dernière partie se joint au cadre logique élaboré pour concourir à entrevoir les dispositions utiles pour une meilleure prise en compte du secteur de la nutrition dans le prochain DSRP. Les liste des sources bibliographiques es présentée en Annexe 6.

5 Les aspects transversaux

Dans sa formulation et sa mise en œuvre, le document de la Politique Nationale d'Alimentation - Nutrition, ou PNAN (MSP 2004), en tant que produit du DSRP, est en interconnexion avec d'autres politiques et domaines de développement.

5.1 Sur le plan juridique

Pour la sécurisation et l'assurance qualité des aliments, il existe des lois et textes qui régissent les processus de production, transport, stockage, commercialisation et de consommation. Toutefois, le niveau d'application de ces textes reste faible.

5.2 Dans le cadre de la protection sociale

Les enfants abandonnés, les populations réfugiées, déplacées et ou en situation d'urgence, constituent des groupes vulnérables sur le plan nutritionnel. Au cours de la mise en œuvre du DSRP 1, plusieurs enfants de ces catégories ont bénéficié d'une protection, d'une assistance alimentaire et d'une surveillance nutritionnelle.

5.3 A propos du VIH / SIDA

Au niveau du pays, la couche féminine est la plus touchée par le VIH/SIDA. Il est à reconnaître que l'une des causes profondes de cette réalité est la recherche du quotidien en terme de nourriture. A cet égard, plusieurs professionnelles du sexe, qui exercent leurs activités par nécessité, sont des victimes potentielles de la pandémie du SIDA. Par ailleurs, les sujets affectés sont tout autant exposés à la malnutrition. Retenir alors une approche nutritionnelle pour la prévention et la prise en charge des cas d'infection au VIH est une nécessité.

5.4 Aspects genre

L'effet des carences nutritionnelles se manifeste en plus grande partie chez les femmes et les enfants. Pour cette raison, ces couches constituent la cible privilégiée des interventions nutritionnelles (programmes de supplémentation, surveillance de la grossesse et de la croissance, éducation nutritionnelle...). Cet aspect est particulièrement important parce que les habitudes culturelles continuent de favoriser l'alimentation des garçons et des hommes en leur attribuant les aliments les plus nutritifs du plat familial.

5.5 Aspects environnementaux

La production des aliments qui est le garant de l'état nutritionnel des populations doit se préoccuper de la conservation et la protection de l'environnement. Les méthodes traditionnelles des feux de brousse, battus, cultures sur brûlis, pêche à la dynamite, etc. dégradent l'environnement et compromettent à la longue la disponibilité alimentaire et partant, la situation nutritionnelle. Pour cette raison, les dispositions de protection de l'environnement doivent être prises en compte dans la future SRP et les politiques et stratégies y liées. Définitivement, le compostage des végétaux, le jardinage et la plantation d'arbres fruitiers sont des exemples d'interventions combinant l'amélioration de l'état nutritionnel des populations tout en étant soucieux de l'environnement.

6 Bilan des réalisations

La notion de bilan des réalisations de la SRP en Guinée dans le domaine de la Nutrition se résume essentiellement dans la vue d'ensemble de la PNAN. A cet égard, il sera fourni dans les lignes qui suivent, essentiellement des résultats obtenus à partir de la mise en œuvre des plans d'action issus de ce document de politique.

6.1 Appui à la sécurité alimentaire au niveau des ménages

Plusieurs actions et programmes ont été entrepris pour assurer la sécurité alimentaire des ménages: L'élaboration et la mise en œuvre de la Lettre de Politique de Développement Agricole (LPDA), l'élaboration et la mise en œuvre du document de la PNAN et la mise en place de dispositions pour le suivi des engagements pris lors de sommets mondiaux.

Toutefois, les résultats obtenus dans ce domaine sont encore en deçà de ceux escomptés. Dans le sillage du Sommet Mondial de l'Alimentation en 1996, des politiques et programmes ont été élaborés et mis en œuvre en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages tout en améliorant le cadre de vie rurale et le niveau de pauvreté. Le bilan des activités, dix ans après, fait constater que le progrès accomplis est faible; le manque de coordination et/ou de complémentarité et de cohérence demeurent les principales causes de cet état de fait.

L'agriculture guinéenne reste fortement traditionnelle et orientée vers l'autosubsistance. Cependant, d'importants aménagements hydro-agricoles se développent, ouvrant des opportunités d'investissement pour l'agro-industrie. Les innovations technologiques (semences améliorées, intrants phytosanitaires et techniques agricoles) ont amorcé une vulgarisation importante.

A la faveur de ce qui précède, les importations alimentaires diminuent de façon progressive en raison d'une compétitivité des produits locaux sur les marchés de consommation (riz et pomme de terre). La politique actuelle du Gouvernement guinéen vise à réduire les importations du riz au profit de la production nationale.

L'aide internationale est utilisée pour appuyer les programmes prioritaires du gouvernement tels le développement rural à buts multiples: par exemple l'assistance des programmes éducatifs et sociaux. A cela s'ajoute l'aide d'urgence à l'occasion des catastrophes naturelles et aux personnes réfugiées et déplacées.

6.2 Dans le cadre des Interventions nutritionnelles à base communautaire

Depuis 1990 la Guinée accumule de l'expérience avec les interventions nutritionnelles à base communautaire. Ces interventions ont été mises en œuvre à grande échelle dans le cadre du Projet Santé-Nutrition (PSN) et de ceux des ONGs partenaires sous la tutelle du MSP, et autres projets de vulgarisation des techniques agricoles, d'élevage et de pêche.

Toutes ces interventions menées avec la participation active de la communauté, poursuivent une stratégie plus ou moins commune avec la mise en place ou la dynamisation des structures communautaires que sont:

- Le Système d'Information à Assise Communautaire (SIAC),
- Les Services à Base Communautaire (SBC),
- Les Comités Villageois de Développement (CVD),
- Les Comités Villageois de Santé (CVDS).

Ces structures sont animées et entretenues par les communautés elles-mêmes, à travers des éléments sous l'appellation d'Agents Communautaires, Animateurs, Accoucheuses Villageoises, pairs éducateurs etc. Elles sont généralement conçues sur l'approche de responsabilisation communautaire dites des 3 A (Analyse – Appréciation – Action) ou de la Méthode Accélérée de Recherche participative (MARP). Dans cet ordre d'idées, 50 communautés villageoises dans un premier temps, puis près de 400 autres, dans les milieux ruraux et urbains ont été de sites SIAC.

L'approche stratégique du SIAC a été envisagée pour:

- Développer dans chaque village des prestations de surveillance nutritionnelle des enfants de 0 à 3 ans, par des pesées mensuelles, suivies d'analyse et de résolution des problèmes;
- Développer des attitudes conséquentes pour la prise en charge des cas de malnutrition, notamment les cas modérés;
- Promouvoir, l'allaitement maternel, la thérapie de la réhydratation orale, la vaccination des enfants et des femmes enceintes, la planification familiale, l'hygiène individuelle et collective, la lutte contre le paludisme et les TDCI;
- Assurer un monitoring trimestriel, pour vérifier l'atteinte des objectifs fixés lors de l'assemblée communautaire précédente;
- Organiser au niveau communautaire, sous-préfectoral et préfectoral, un système d'appui, pour acquérir des ressources complémentaires nécessaires, pour la résolution des problèmes communautaires;
- Promouvoir la collaboration intra et intersectorielle, la complémentarité et la concertation entre les différents intervenants, dans la résolution des problèmes de la communauté, par des rencontres régulières;
- Développer au niveau de la communauté, des compétences pour la mise en œuvre, l'encadrement, le suivi et l'évaluation des activités communautaires.

Il est avantageux que cette stratégie a, tant soit peu, induit dans les communautés qui l'ont connue, des pratiques favorables à la préservation du bon état nutritionnel et de santé chez les enfants de moins de 3 ans, les femmes enceintes et celles qui allaitent.

L'approche a déjà connu deux évaluations antérieures. Elle est présentement à sa troisième évaluation pour préparer les conditions objectives de son extension à l'échelle nationale.

6.3 Dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel et de l'éducation nutritionnelle

Le Ministère de la Santé Publique (MSP), dans le cadre de la politique nationale de promotion de l'allaitement maternel, a renforcé la promotion de l'allaitement maternel dans les formations sanitaires et dans les communautés. Une dizaine «d'Hôpitaux Amis des Bébé», plus de 70 clubs de soutien à l'allaitement maternel et plus de 20 «Communautés Amis des Bébé» ont été mis en place avec l'appui de l'UNICEF, l'OMS, les ONGs nationales et internationales.

La promotion de l'allaitement maternel fait aussi partie intégrante de toutes les activités au niveau communautaire du projet de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Le MSP, en collaboration avec ses partenaires, utilisent une approche multimédia pour faire l'éducation nutritionnelle de la population, qui comprend des messages sur la surveillance et la promotion de la croissance de l'enfant, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, et la prévention des carences en micronutriments (fer, iode, vitamine A). Plusieurs types de documents et supports d'éducation nutritionnelle ont été produits (cartes conseils, affiches, boîtes à images, carnet de santé etc.). Ces supports sont disponibles dans certains sites communautaires et dans les formations sanitaires.

A l'instar de ses pairs de la communauté internationale, la Guinée célèbre chaque année avec un nouveau thème, du 1^{er} au 7 août, la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM). En Guinée, elle a été lancée et réalisée par le MSP, l'UNICEF, HKI et d'autres ONG y compris l'ONG nationale AFPAMNIG-IBFAN Guinée, qui pilote des activités d'allaitement maternel. L'objectif de cette activité est de faire la promotion, l'encouragement et la protection de l'allaitement maternel.

En résultats de ces efforts, le taux de l'allaitement a connu une augmentation non négligeable ces dernières années. Selon l'EDS 2005, le taux d'allaitement maternel des enfants de moins de six mois est de 98%; le taux d'allaitement exclusif étant de 27% contre 11% en 1999.

6.4 Du suivi de la croissance des enfants de 0 à 59 mois

Dans les formations sanitaires de base (centres et postes de santé), le suivi de la croissance des enfants de 0 à 59 mois devrait se faire à travers des pesées mensuelles. Cette pratique de suivi n'est pas encore bien établie dans le cadre des activités des structures sanitaires. Conséquemment, elle n'est que faiblement réalisée. Selon EDS 2005, seulement 24% des enfants de la tranche d'âge ciblée en bénéficient.

6.5 De la récupération nutritionnelle des enfants malnutris

Par rapport à la récupération nutritionnelle, le MSP et ses partenaires, ont mis en place des Centres de Nutrition Thérapeutique (CNT) au niveau de 10 hôpitaux régionaux et préfectoraux pour la récupération des enfants malnutris sévères. Il faut rappeler que ces centres sont cependant en nombre insuffisant et la plupart d'entre eux sont confrontés à un problème de personnel et de matériel de récupération. Les liens entre les formations sanitaires et les sites communautaires restent également faibles pour des raisons multiples. Cet état de fait se répercute sur le système de référence et de contre référence qui n'est que peu fonctionnel.

L'initiative de la récupération nutritionnelle au niveau communautaire à travers le Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (sites FARN) pour les enfants et ceux pour les femmes en grossesse (FARN-G) permettent d'améliorer l'état nutritionnel des populations cibles dans les communautés qui les abritent.

6.6 Dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments

La Guinée a accumulé assez d'expériences dans la lutte contre les carences en iode et en vitamine A ces dernières années; malgré cela, les prévalences des carences restent élevées.

La mise en place du programme national de lutte contre les TDCI, l'intégration de stratégies de distribution des capsules d'iode, l'iodation universelle du sel de consommation et

l'éducation nutritionnelle en faveur de la consommation des aliments riches en iode) ont engendré des résultats assez satisfaisants en matière de lutte contre cette carence. Toutefois de gros efforts restent à fournir pour ioder totalement la production nationale de sel et garantir le contrôle à l'importation.

La supplémentation préventive en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, est assurée deux fois par an, en campagne de masse au niveau national. La distribution de routine à travers les formations sanitaires et la supplémentation en post-partum immédiat est aussi en voie de se mettre en route. Le taux de couverture de la distribution préventive à travers les campagnes de masse est entre 80% et 100%. Les projets communautaires participent aussi dans la distribution de la vitamine A avec 80% de couverture dans certaines zones d'interventions prioritaires des partenaires (Kankan, Dabola, Faranah, Dinguiraye et Mandiana).

Les différentes stratégies en matière de lutte contre l'anémie rentrent dans le cadre à la fois de la stratégie du PEV/SSP/ME, de la nutrition en milieu scolaire et de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Chez les enfants de moins de 5 ans, il n'y a pas encore de mesures prophylactiques. La supplémentation en fer se fait en cas d'anémie déclarée selon le protocole défini dans les algorithmes.

Les enfants scolarisés reçoivent leur supplémentation en fer et acide folique (FAF) au niveau des formations sanitaires ou des écoles. Parmi eux, plus de 2,7 millions au niveau de 6.800 écoles reçoivent une supplémentation hebdomadaire en FAF dans le cadre du Projet PASE2.

La supplémentation en FAF des femmes enceintes fait partie intégrante des consultations prénatales dont la couverture est environ 60% (voir ENCCOFAC, MSP 2003)

Un programme de fortification de la farine de blé en fer, Vitamine B1, B2 et PP a été lancé par le MSP et le Ministère du Commerce, de l'Industrie et des Petites et Moyennes Entreprises (MCIPME) avec les partenaires internationaux HKI, UNICEF et OMS. Actuellement, l'opérationnalisation de cette fortification de la farine de blé par les Grands Moulins de Guinée requiert la promulgation d'un acte législatif qui attend d'être mis à jour. D'autres contraintes sont liées au manque d'équipement d'analyse de la farine pour le laboratoire national de contrôle de qualité, une insuffisance d'engagement à certain niveau de la sphère administrative, le lobby des importateurs de farine non fortifiée, et le manque de financement de la campagne de communication sociale.

A ces égards, le contrôle de l'anémie demeure encore un grand défi pour le pays.

6.7 La nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) constituent une couche particulièrement vulnérable sur le plan nutritionnel. Leur prise en charge sur plan médical et psychosocial doit prendre appui sur une amélioration de leur état nutritionnel. A ce titre, les ONGs et institutions qui s'occupent de cette prise en charge (AIME, FELICA, AFA, CRS) collaborent avec le PNLIS et le PAM et apportent une assistance alimentaire aux personnes affectées par le VIH.

6.8 Les urgences nutritionnelles

En vue de faire face aux différents risques et catastrophes naturels (inondations, sécheresses, invasion acridienne, agression...) auxquels le pays est ou peut être confronté, le Gouvernement guinéen, à travers le Service National d'Assistance Humanitaire (SENAH) du Ministère de l'Intérieur, a élaboré une Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des

Catastrophes (SNGRC). Le but est d'offrir un cadre pour les interventions des différents intervenants et l'appui des partenaires nationaux et internationaux. Vu les risques de malnutrition et de pénurie alimentaire, suite à ces catastrophes, les interventions d'urgences nutritionnelles constituent un aspect important.

6.9 Du système de coordination et de gestion

Une structure de coordination multi-sectorielle de la Nutrition est mise en place depuis la tenue de la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) en 1992. Cette structure formelle, le Comité National de Nutrition (CNN), est domiciliée au MSP et regroupe des représentants des départements ministériels concernés par la résolution des problèmes nutritionnels. Elle est décentralisée à l'image de l'administration centrale. Elle est représentée aux niveaux national, régional, préfectoral et sous-préfectoral.

Malheureusement, le CNN, surtout à ses niveaux de base, est très peu fonctionnel. Les arguments avancés à cet effet sont de l'ordre d'un manque de moyen, et surtout, de celui d'une véritable mobilisation et d'un engagement des acteurs et décideurs.

Au sein du MSP une structure d'élaboration et de suivi des politiques: la Section Alimentation – Nutrition (SAN) et une structure technique d'appui: l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE), sont en place et fonctionnent conformément au plan d'action de la politique nationale et en collaboration avec des partenaires.

Des structures de coordination comme la SAN, le CNN, le programme TDCI, etc. en collaboration avec les partenaires au développement (ONGs et agences internationales), s'investissent pour l'élaboration, l'adaptation et la mise en œuvre des politiques nationales en matière de nutrition.

7 Revue des forces et faiblesses

Les forces

- Le secteur est présent, quoique à un niveau limité, dans les structures organisationnelles et techniques de l'administration centrale (Section Alimentation – Nutrition, Institut de Nutrition et Santé de l'Enfant) et bénéficie de l'appui plusieurs partenaires au développement (ONG internationales et Institution).
- En raison de l'acuité et des conséquences multidimensionnelles des problèmes qu'il recèle, des engagements de la communauté internationale par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), il constitue un point d'intérêt majeur des partenaires au développement.
- La Guinée a réussi, depuis 2000, à s'aligner sur ses pairs de la sous-région ouest-africaine en organisant 2 tours de distribution nationale de la Vitamine A par an, aux enfants de 6 à 59 mois.
- Enfin, la récente approbation du document de politique est apparemment un déclive qui augure de grandes perspectives au développement du secteur, pour l'atteinte de l'objectif global d'améliorer la situation nutritionnelle des populations en général et celle des couches vulnérables en particulier.

Les faiblesses

- La volonté et l'engagement politiques exprimés au plus haut niveau pour accorder la priorité à la lutte contre la malnutrition ne sont pas suffisamment traduits en action.

- Bas niveau de la structure politique (SAN) dans la hiérarchie administrative du pays (niveau de section au sein du MSP).
- L'insuffisance de l'enseignement de la nutrition dans les écoles et institution d'enseignement supérieur et professionnel.
- Les structures de coordination des interventions sont peu efficaces. Cette situation entraîne une faible synergie des interventions et une dispersion des efforts.
- Les objectifs d'ordre nutritionnel dans les politiques et programmes de développement économique et social ne constituent pas une priorité.
- La dépréciation de la situation économique du pays ces dernières années, imprime un lourd tribut à la situation nutritionnelle des populations en général et celle des plus pauvres en particulier.
- Une insuffisance de conscience professionnelle chez certains gestionnaires, responsables et techniciens de programmes dans le processus de mise en œuvre et de suivi des projet et programmes de nutrition.
- Une insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles.
- Des interventions souvent trop ponctuelles et sans initiative de pérennisation.
- La rareté et la non application des textes législatifs en matière d'alimentation et de nutrition.
- La faible implication des autres secteurs de développement par ce qu'on ne perçoit pas le caractère multidisciplinaire et multisectoriel de la nutrition.

8 Conclusions

La présente étude a campé ses appréciations sur les principaux aspects du processus de mise en œuvre et les résultats obtenus en terme d'amélioration de la situation nutritionnelle des populations, au regard des recommandations et objectifs articulés dans le DSRP.

A cet égard, elle a essentiellement établi que:

- Le secteur de la nutrition jouit d'une volonté politique certaine de la part du Gouvernement guinéen et de ses partenaires au développement, toutefois, cette volonté n'est pas toujours exprimée en actions et appuis concrets qui visent son développement et conduisent à l'amélioration de la situation nutritionnelle des populations en général, celle des plus pauvres en particulier.
- L'absence prolongée d'un document de politique qui n'aura été approuvé que récemment (2004), a pesé sur la limitation de certains résultats.
- Objectivement, la réduction des carences nutritionnelles qui était un des principaux objectifs de la SRP, n'a connu de réalisation substantielle qu'à propos de la carence en iode où le taux de prévalence nationale est passé de 63,4 à 28%, avec un taux de disponibilité du sel iodé dans les ménages qui est passé de presque 0% à 60%.

- La prévention des problèmes nutritionnels par l'éducation nutritionnelle est en voie de « démedicalisation », à travers l'implication et la participation des communautés à la base.
- La prise en charge des cas de malnutrition, surtout dans sa forme sévère, requière un appui affirmé en terme de personnel qualifié et de matériel de récupération.

9 Recommandations

Les recommandations suivantes sont axées sur les principaux problèmes et dont les résolutions sont encore de véritables défis à relever aux fins de garantir l'atteinte des objectifs et résultats des documents de politique et de SRP:

9.1 *Pour la réduction du taux de malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer*

- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif de la naissance à six mois;
- Promouvoir une alimentation de complément adéquate à l'allaitement maternel à partir du sixième mois, tout en continuant l'allaitement jusqu'à l'âge de 24 mois et plus;
- Promouvoir les meilleures pratiques d'alimentation du jeune enfant lors de la maladie et la convalescence.

Ces axes d'activités peuvent être mis en œuvre à deux niveaux:

Au niveau communautaire

- Étendre, l'approche Foyer d'Apprentissage et de Renforcement Nutritionnelle des femmes Gestantes (FARN-G) sur l'ensemble du pays;
- Renforcer et étendre le Système d'Information à Assise Communautaire (SIAC) à l'ensemble du pays;
- Créer des unités de production de farines de sevrage enrichies;
- Renforcer la mise en place de projets d'activités génératrices de revenus pour les femmes (jardinage par exemple).

Au niveau des services de santé

- Mettre en place des Centres de Nutrition Thérapeutiques (CNT) équipés et fonctionnels au niveau de tous les hôpitaux du pays;
- Renforcer les activités préventives et curatives de nutrition dans les centres de santé et hôpitaux, notamment les démonstrations culinaires;
- Assurer la formation continue en nutrition des agents évoluant dans les centres de santé ainsi que ceux des hôpitaux nationaux et préfectoraux du pays;
- Introduire les cours de nutrition dans les curriculum de formation des agents de santé et sages femmes, ainsi que des étudiants de la médecine.

9.2 *Pour réduire la carence en fer chez les enfants et chez les femmes*

- Promouvoir la production et la consommation d'aliments locaux riches en fer;
- Prévenir et réduire l'anémie chez les enfants de moins de 2 ans;
- Administrer des suppléments de fer et acide folique (FAF) à toutes les femmes enceintes pendant au moins 4 mois et aux femmes accouchées pendant les 3 premiers mois à travers des stratégies à assise communautaire, des campagnes de masse et des structures de santé lors des consultations pré et postnatales;
- Administrer des suppléments de FAF aux enfants d'âge scolaire à travers les programmes de santé scolaire en utilisant l'école et la maternelle comme porte d'entrée;
- Intégrer la supplémentation en FAF des mères dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME);

- Promouvoir le déparasitage des enfants et des femmes enceintes comme moyen de réduction de l'anémie;
- Soutenir la stratégie de fortification alimentaire par l'adoption et l'application du décret portant sur la fortification de la farine de blé en fer et suppléments vitaminiques.

9.3 *Pour éliminer la carence en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes en âge de procréer*

- Promouvoir l'allaitement maternel, la production et consommation d'aliments locaux riches en vitamine A;
- Renforcer l'administration des suppléments de vitamine A aux enfants de 6 mois à 5 ans deux fois chaque année, par exemple lors des Journées Nationales de Vaccination ou des Journées Nationales de Vitamine A;
- Intégrer la supplémentation en vitamine A au Programme Elargi de Vaccination (PEV);
- Assurer la mise en œuvre de la PCIME;
- Administrer des suppléments de vitamine A à toutes les femmes le plus tôt possible dans les six semaines après l'accouchement, à travers les structures de santé et les stratégies à assise communautaire;
- Poursuivre la réflexion sur les possibilités d'enrichissement en vitamine A d'aliments consommés localement en identifiant dans un premier temps des aliments susceptibles de pouvoir être enrichis en vitamine A.

9.4 *Pour l'élimination virtuelle des troubles dus à la carence en iode*

- Renforcer l'iodation du sel produit localement et le contrôle de celui importé;
- Administrer des suppléments d'iode à l'ensemble des enfants d'âge scolaire du pays dans le cadre des programmes de santé scolaire.

En fin, il est à remarquer qu'un investissement délibéré pour l'amélioration de l'état nutritionnel de la population guinéenne éviterait des milliers de décès de jeunes enfants et de mères, un affaiblissement dramatique du potentiel intellectuel et d'énormes pertes économiques.

Pour cela, trois conditions sont nécessaires:

- Un engagement renouvelé du Gouvernement et des partenaires au développement en faveur de la nutrition;
- Un investissement pour la nutrition qui accorde la priorité aux groupes les plus vulnérables et aux interventions de meilleur rapport coût efficacité dans le cadre de la lutte contre la pauvreté;
- Une vision multi-sectorielle de la nutrition qui exige la coordination des efforts de plusieurs secteurs, assure des bénéfices synergiques pour tous les secteurs impliqués et place la nutrition au cœur du développement humain.

Ceci produirait des bénéfices pour la santé des enfants, des femmes et surtout des plus pauvres, pour l'éducation des nouvelles générations, et pour l'économie du pays, conditions clés pour la réduction de la pauvreté et pour le développement durable en Guinée.

Annexe 1 Termes de références (TdR)

Contexte

De nombreux problèmes nutritionnels contribuent de manière directe et indirecte à l'incidence de la pauvreté en Guinée. Cependant, ces problèmes n'ont pas été suffisamment bien pris en compte dans la formulation du Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), qui date du mois de janvier 2002. Dans le cadre de l'évaluation de la formulation et de la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) en Guinée, il y a lieu d'entamer une réflexion approfondie du rôle réel et potentiel de la nutrition et de la politique d'appui à celle-ci dans la lutte contre la pauvreté.

Objectifs

Les objectifs de l'évaluation des aspects nutritionnels de la SRP sont les suivants:

- (i) Les principaux problèmes nutritionnels en Guinée et leurs rapports à l'incidence et à la profondeur de la pauvreté sont identifiés;
- (ii) Les principales forces et faiblesses de la conception et du processus de la SRP et d'autres politiques nationales relatives aux problèmes nutritionnels sont identifiées;
- (iii) Des leçons significatives pour la définition d'une politique nutritionnelle bien ciblées vers les besoins des couches les plus défavorisées sont tirées;
- (iv) Une liste indicative de mesures prioritaires d'appui à la nutrition à inclure dans le DSRP 2 est établie.

Aspects nutritionnels à traiter

La situation nutritionnelle en Guinée constitue une préoccupation majeure de la politique sanitaire, mais elle a été largement négligée dans la formulation et la mise en œuvre de la SRP. Vu les taux de malnutrition chez les enfants et les prévalences élevées des carences en micro-nutriments surtout au sein des populations les plus démunies, il est recommandé de tenir compte de tous les aspects nutritionnels qui peuvent influencer sur la pauvreté (voir liste indicative en *annexe*) et puis d'établir une hiérarchie des problèmes existants en fonction de leur pertinence du point de vue des couches les plus défavorisées.

Mission

La **mission de l'expert en matière de nutrition** est de participer activement à la réalisation de l'évaluation de la SRP dans le domaine de la nutrition. Plus précisément, il / elle sera chargé/e:

- De prendre part, en tant qu'expert national attaché à l'équipe d'évaluateurs chargés du volet Santé, à la préparation et à l'organisation de l'évaluation de la SRP,
- De collecter et d'analyser des informations pertinentes,
- D'évaluer la conception et la mise en œuvre de la SRP, telle qu'articulée dans le DSRP (01/2002) et de dégager des conclusions et des recommandations relatives au domaine de la nutrition pour la formulation d'un deuxième DSRP (2006-2008),
- De remplir une fiche d'évaluation portant sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la viabilité des politiques nationales d'appui à la nutrition (avec accent sur la situation des populations les plus pauvres) et soumettre celle-ci, sous forme de fichier MS-WORD, au Chef d'équipe (la fiche vierge sera fournie par le Chef d'équipe),
- D'établir un cadre logique (CL) indicatif pour la prise en compte de la nutrition dans le cadre du DSRP 2 (la maquette du CL sera fournie par le Chef d'équipe),
- D'élaborer et de présenter un rapport intérimaire et un rapport final portant sur les résultats des investigations et des analyses faites, les conclusions établies et les recommandations afférant à la prise en compte d'aspects nutritionnels dans la SRP 2.

Tâches spécifiques

- Consulter les principaux documents concernés: DSRP (y compris les annexes), rapports d'avancement no. 1 et 2, d'autres rapports et publications du Secrétariat Permanent de la SRP (voir site web), rapports des partenaires internationaux etc.,
- Tenir compte des questions clés soumises par les Groupes Thématiques (GT) et d'autres acteurs concernés relatives aux aspects nutritionnels,
- Tenir compte des thèmes transversaux (genre, environnement, VIH/SIDA, suivi-évaluation, protection sociale),
- Collecter et analyser toutes des informations pertinentes,
- Faire le point sur les politiques nationales et les programmes de coopération internationaux dans le domaine de la nutrition (forces et faiblesses, impacts à ce jour etc.),
- Apprécier le leadership (existant ou non) que le gouvernement guinéen assure (ou devrait assurer) dans l'amélioration de l'état nutritionnel de la population et la place qu'occupe la nutrition au sein des multiples ministères concernés (santé, éducation, agriculture, affaires sociales, etc.)
- Elaborer une synthèse préliminaire des informations collectées (rapport intérimaire),
- Participer aux réunions de l'équipe d'évaluateurs chargés du volet Santé,
- Remplir une fiche d'évaluation pour le champ d'intervention concerné, se basant sur objectifs des politiques nationales d'appui à la nutrition et les moyens mis à leur disposition,
- Etablir un cadre logique d'intervention dans le domaine de la nutrition, comme cadre de référence pour l'élaboration de recommandations relatives à la formulation de la prochaine SRP,
- Elaborer et présenter un rapport intérimaire,
- Assurer la prise en compte des toutes les questions clés et des thèmes transversaux dans le rapport final.

L'expert s'engage à tout moment de respecter les Principes Directeurs de l'Evaluation Africaine 2002, adoptés et publiés par l'Association Africaine de l'Evaluation (voir rapport sur les résultats des séminaires en matière d'évaluation: www.srp-guinee.org).

Résultats attendus (documentation)

- Un rapport intérimaire d'environ 15 pages sous forme de fichier de texte écrit en MS-WORD (format: Ariel 11, lignes simples) faisant le point sur les résultats préliminaires de la collecte et de l'analyse des informations disponibles,
- Un rapport final d'environ 25 pages (format comme ci-dessus) plus annexes (y compris fiche d'évaluation et cadre logique) avec une hiérarchie indicative des problèmes nutritionnels auxquels le DSRP 2 devait s'adresser et une liste indicative de mesures prioritaires à entamer dans le cadre de la SRP 2.

Dans les conclusions du rapport, il sera important de discuter l'impact socio-économique de la malnutrition sur le développement en Guinée (voir p.e. l'analyse « Profiles »), l'état nutritionnel des adolescentes (avec un impact direct sur les capacités reproductives des futures mères) ainsi que le niveau quantitatif et qualitatif des services de nutrition à offrir aux populations, les compétences requises au niveau des agents de santé et les moyens nécessaires pour les assurer (curriculum de formation des agents de santé, cours de nutrition obligatoire dans la formation des médecins etc.).

Calendrier

- Présentation du rapport intérimaire au plus tard 2 semaines après la date de signature du contrat,
- Présentation du rapport final au plus tard 4 semaines après la date de signature du contrat.

Annexe 2 Liste indicative des paramètres de nutrition à traiter

a) Malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de cinq ans

- ✓ Taux de malnutrition aiguë
- ✓ Taux de malnutrition chronique
- ✓ Retard de croissance (malnutrition chronique)
- ✓ Insuffisance pondérale
- ✓ Petit poids à la naissance
- ✓ Nombre d'hôpitaux disposant d'un centre de récupération nutritionnelle
- ✓ Efficacité des centres existant

b) Anémie de la femme enceinte et des enfants de moins de cinq ans

- ✓ Taux d'anémie chez la femme enceinte
- ✓ Taux d'anémie chez les enfants de 6-59 mois
- ✓ Couverture en supplémentation en Fer/acide folique, pendant au moins 4 mois, durant la grossesse
- ✓ Niveau d'avancement d'enrichissement des aliments en fer

Puisque la Guinée dispose d'excellentes données sur la prévalence de l'anémie pour toutes les couches de la population, je pense qu'il serait important de les mentionner. Par exemple – pour la productivité, pour chaque baisse de 1% du taux d'hémoglobine, il y a une baisse de 1% de la productivité chez le travailleur. Ceci a une incidence particulièrement importante chez les femmes en âge de procréer dont 80% s'occupent des travaux agricoles. De plus, chez les enfants d'âge scolaire, l'anémie et les parasitoses sont des causes de réduction de la capacité d'apprentissage etc.

c) Carence en vitamine A

- ✓ Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois
- ✓ Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des femmes en post partum

d) Consommation du sel iodé

- ✓ Taux de ménages consommant le sel suffisamment iodé
- ✓ Nombre de groupement produisant le sel iodé vs. quantité de sel iodé importé

f) Allaitement Maternel exclusif de 0- 6 mois

- ✓ Taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à 6 mois
- ✓ Nombre de structures « Amis de Bébé »
- ✓ Taux d'allaitement maternel jusqu'à 24 mois

g) Alimentation de complément du jeune enfant

- ✓ Pourcentage d'enfants prenant des aliments de complément à partir du 6^{ème} mois
- ✓ Disponibilité des aliments de compléments (il serait important de faire une nuance entre aliments de compléments disponibles et farine infantile à coût abordable et facilement accessible)
- ✓ Disponibilité d'aliments de compléments fortifiés
- ✓ Programmes permettant de prévenir ou de traiter les carences en micronutriments dans ce groupe d'âge (6-24 mois) – p.e. disponibilité de suppléments de micronutriments ou de « sprinkles ».

h) Autres informations qualitatives

Annexe 3 Guide d'entretien destiné aux projets, programmes et ONG

1-) Identification:

No	Noms et Prénoms	Profession	Fonction	Adresses

2-) Processus du DSRP:

2-1) Qui a initié l'élaboration du DSRP ?

2-2) A quelle période le DSRP a été élaboré ?

2-3) A quelle période le DSRP a été validé ?

2-4) Votre projet a-t-il été impliqué dans l'élaboration et la validation du DSRP

Si Oui ?

Votre implication à consister à quoi ?

-
-

Si Non ?

Pourquoi ?

-

-2-5) Quels sont les acteurs qui ont participé à l'élaboration du DSRP ?

2-6) Quelles sont les étapes qui ont conduit à l'élaboration et la validation du DSRP ?

2-7) Quel est le degré d'implication de chaque acteur dans la formulation et la validation du DSRP ?

2-8) Quel est le niveau de dissémination du DSRP 1 ?

2-9) Quelles recommandations formulez-vous dans le cadre de la dissémination du DSRP 2 ?

3 Contenu de la SRP

3-1) Quels sont les Objectifs visés dans le DSRP ?

3-2) Quels sont les axes contenus dans le DSRP ?

- axe 1:
- axe 2:
- axe 3:

3-4) Quels sont les indicateurs essentiels déclinés dans le DSRP au niveau du secteur de la Nutrition?

3-5) En quoi les indicateurs déclinés étaient-ils pertinents pour les pauvres ?

3-6) Quelles sont les objectifs poursuivis par votre projet/ONG en matière de lutte contre la pauvreté ?

3-7) Quelles sont les axes d'intervention visés par votre projet/ONG dans le domaine de la Nutrition en matière de lutte contre la pauvreté ?

3-8) Quelles sont les stratégies /activités envisagées par votre projet/ONG dans le domaine de la Nutrition?

3-9) Existe-t-il des dimensions qui n'ont pas été prise en compte dans l'élaboration du DSRP 1 ?

Si oui les quelles

3-10) Quelles recommandations proposez-vous pour l'élaboration du DSRP 2 ?

4 Mise en œuvre du DSRP

4-1) Quelles sont les principales activités réalisées par votre projet/ONG de 2002 à 2005 dans le secteur de la Nutrition ?

Années de réalisations	Activités	Lieux	Coûts	Bénéficiaires	Sources de Financement
2002					
2003					
2004					
2005					

4-2) Les ressources prévues dans le cadre de la réalisation de vos initiatives étaient elles suffisantes ?

Si oui

Si non pourquoi ?

4-3) Les ressources prévues ont-elles été toutes mobilisées à temps ?

Si oui

Si non pourquoi ?

4-4) Les ressources ont été gérées correctement ?

4-5) Les résultats quantitatifs prévus dans le cadre de la mise en œuvre de vos activités ont-ils été atteints ?

4-6) Les indicateurs proposés étaient-ils réalistes ?

4-7) Les résultats sont-ils accessibles par tous les bénéficiaires ?

4-8) Les bénéficiaires tirent-ils profits des résultats ?

4-9) Quel est le mécanisme de suivi évaluation mise en œuvre dans le cadre de vos interventions ?

4-10) Quelles sont les contributions du Secrétariat Permanent de la SRP dans la mise en œuvre de la SRP au niveau du secteur de la Nutrition?

4-11) Quelles sont les forces et faibles de la mise en œuvre de la SRP ?

4-12) Quelles recommandations formulez-vous dans le cadre de la mise en œuvre de la SRP 2 ?

4-13) Quelles activités envisagez-vous dans le secteur de la Nutrition de 2006 à 2010 ?

Années de réalisations	Activités	Lieux	Coûts	Bénéficiaires	Sources de Financement
2006					
2007					
2008					
2009					
2010					

Annexe 4 Les fiches d'évaluation

Fiche 1 Identification de l'intervention SRP

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Intitulé de l'intervention SRP	Politique Nationale d'Alimentation Nutrition (PNAN)
Objectifs globaux de l'intervention SRP	Améliorer l'état nutritionnel des populations en général, et celui des groupes vulnérables en particulier
Objectif spécifique de l'intervention SRP	Réduire de moitié, la proportion de population victime de l'insécurité alimentaire; réduire de 25 à 12% le taux de l'insuffisance pondérale (P/A < -2ET) chez les enfants de moins de 3 ans; éliminer virtuellement les troubles dus à la carence en iode
Principaux résultats attendus de l'intervention SRP	La sécurité alimentaire est assurée pour une grande proportion de la population, que cela n'était au lancement de la SRP et l'état nutrition des populations en général et des couches vulnérables en particulier, s'est améliorée.
Période d'intervention prévue (mm/aa)	Début: janvier 2002 Fin: 2005 / 2010
Période d'intervention probable (mm/aa)	Début: janvier 2002 Fin: 2010 / 2015
Référence DSRP (chapitre, page)	Renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies prioritaires, chapitre 5.2.2, page 81
Référence OMD (objectif, cible)	OMD1B: Lutter contre la faim et la malnutrition
Groupe(s) cible de l'intervention SRP	Enfants, femmes en âge de procréer
Secteur d'intervention (voir code)	12240 - Nutrition de base
Région d'intervention (voir code)	Tout de pays
Responsables de l'administration publique (structure concernée)	Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique
Organisations de la société civile guinéenne impliquées	ONG, Administration déconcentrée, communauté
Partenaires internationaux impliqués	Ministères en charge des secteurs du développement rural, de la décentralisation, des finances publiques, de la coopération internationale et les partenaires au développement
Coûts totaux de l'intervention en FG	Nd
Dont % décaissés à ce jour (environ)	Nd
Sources de financement (parts en %)	Nd

Nd = non disponible

Nom, prénoms : Mme Dramé Aissatou Touré
Lieu, date : Conakry, le 26 janvier 2006

Fiche 2 Appréciation de la pertinence de l'intervention

Définition de la pertinence: « Le caractère approprié de la logique d'intervention par rapport aux problèmes réels, aux besoins et priorités des groupes cible et bénéficiaires envisagés auxquels l'intervention est supposée répondre, ainsi que par rapport aux contextes internationaux et nationaux, physiques et institutionnels. »

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Qui a participé à la définition originale de la logique d'intervention?	Divers départements ministériels, ONG (nationales et internationales), institutions de financements et autres partenaires.
Quel a été le degré de termes quantitatifs et qualitatifs participation en?	La participation était variée
Les besoins et objectifs spécifiques et globaux de l'intervention ont-ils été correctement définis?	Si le DSRP en fait abstraction, le document de la PNAN donne bien plus de précision sur les objectifs, stratégies activités et acteurs (responsables).
Les moyens et activités prévus ont-ils été appropriés pour atteindre les résultats et les objectifs spécifiques et globaux?	Non. Ils auraient donné plus de résultats s'ils étaient plus importants et mieux répartis dans le temps et dans l'espace.
Les risques et les hypothèses ont-ils été correctement définis?	Non, ils ont à peine été évoqués au point qu'il n'a été proposé de dispositions particulières que par rapport aux urgences.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux besoins différents ou changeants?	Faible: Les adaptations sont généralement initiées par les partenaires d'appui qui détiennent l'essentiel de la commande budgétaire et les réorientent selon leurs perceptions.
Quel a été le degré d'adaptation de l'intervention durant sa mise en œuvre par rapport aux changements externes?	Faible: Par rapport aux changements extérieurs, la mise en œuvre de la SRP ne peut s'adapter aux changements extérieurs, qu'en position d'acceptation. Elle adopte alors la stratégie de faire une hiérarchie des priorités.
Actuellement, quel est le degré de pertinence de la logique d'intervention (à tous les niveaux)?	Il est apparemment bon, toutefois, il doit tenir en compte le coût de la conjoncture économique des dernières années, non seulement sur le plan national, mais aussi, sur le plan international.
Les conditionnalités ont-elles été appropriées?	Si les conditionnalités peuvent essentiellement se résumer dans le respect des échéances de justification des avances aux partenaires, celles-là étaient effectivement appropriées.
Les conditionnalités ont-elles été respectées?	Des efforts ont été déployés pour que celle-là soient respectées. Toutefois, quelques difficultés de décaissement et de mise en œuvre aidant, ces échéanciers n'étaient pas toujours respectés.
Conclusions	La pertinence des interventions était hors de doute. La mise en œuvre a dû prendre en compte les changements internes et / ou externes qui sont survenus et qui ont influé sur l'ordre des priorités ou des bénéficiaires, ou des institutions d'appui.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant <input checked="" type="checkbox"/> , peu satisfaisant <input type="checkbox"/> , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui?)	Les acteurs, partenaires et institutions d'appui: Ils doivent renforcer les interventions nutritionnelles à base communautaire et les initiatives de son appropriation par les bénéficiaires.

Fiche 3 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité: "La mesure dans laquelle les moyens et activités ont été convertis en résultats, et la qualité des résultats atteints."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Les <u>moyens</u> pour la mise en œuvre de l'intervention sont-ils dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérés au quotidien?	Ils le sont, mais leur gestion au quotidien pose des difficultés voire une crise de transparence.
Les <u>activités</u> pour la réalisation des résultats attendus sont-elles dans les temps prévus, dans la limite des coûts prévus, et bien gérées au quotidien?	La gestion des activités connaît des entorses par la faiblesse dans la détermination des acteurs, les chevauchements de compétences et la mauvaise coordination.
Les <u>résultats</u> prévus à ce jour ont-ils été réalisés au niveau quantitatif?	Partiellement. Parmi ceux obtenus, on retiendra la réduction substantielle de la prévalence des TDCI et la disponibilité du sel iodé dans plus de 60% des ménages, l'augmentation progressive du taux de l'allaitement exclusif de 11% à 27%, et la décentralisation des activités nutritionnelles jusqu'au niveau communautaire.
Quelle est la qualité des <u>résultats</u> à ce jour?	Quoique quantitativement ces résultats soient en deçà de ceux prévus, les résultats obtenus ont des impacts certains sur la perception des populations sur leurs problèmes de santé et la prestation du secteur a induit une meilleure utilisation des services de santé.
Quel est le degré de <u>participation</u> des groupes cible dans la réalisation des résultats, en termes quantitatifs et qualitatifs?	La stratégie de décentralisation et celle des interventions nutritionnelles au niveau communautaire induisent une participation appréciable des groupes cibles.
Si les <u>hypothèses</u> ne sont pas vérifiées, comment l'intervention s'est-elle adaptée?	Elles n'ont pas été clairement définies; à cet effet il n'est pas possible de s'y prononcer.
Existe-t-il un système de gestion, de suivi et d'évaluation interne de la mise en œuvre de l'intervention? Si oui, quels sont les éléments et leur degré d'utilité?	Théoriquement oui mais, car il est attendu que ce suivi soit partie intégrante de celui des soins de santé primaires. Toutefois, ses indicateurs de suivi ne sont pas introduits dans les outils de gestion de ces derniers.
Conclusions	La mesure de l'efficacité requière des amendements en terme de l'introduction effective des indicateurs de nutrition dans les outils de gestion des SSP.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant X, déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui?)	MSP, partenaires internationaux: Renforcer la transparence et les mécanismes de suivi.

Fiche 4 Appréciation de l'efficacité de l'intervention

Définition de l'efficacité: "Mesure dans laquelle les résultats (bien et services produits dans le cadre de l'intervention) ont contribué à la réalisation de l'objectif spécifique de l'intervention. L'efficacité prend en compte, entre autres, la mesure dans laquelle les hypothèses (facteurs externes) ont affecté la réalisation de l'objectif spécifique."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Tous les bénéficiaires ont-ils <u>accès</u> aux résultats de l'intervention?	Non pour le moment. Au-delà des efforts, bon nombre de bénéficiaires éprouvent des difficultés en terme d'accès au service de nutrition.
Tous les bénéficiaires prévus <u>utilisent-ils</u> (tirent-ils profit) les résultats de l'intervention?	Certainement non. Cette utilisation de l'intervention est en partie liée à une information correcte qui est souvent absente.
Comment les bénéficiaires perçoivent-ils les bénéfices?	Très souvent, comme des actions de générosité.
La <u>communication</u> des responsables de l'intervention avec les bénéficiaires prévus est-elle bonne? Sinon, pourquoi?	Cette communication n'est pas de brillante qualité. Elle souffre, non seulement du manque de partage des informations et de l'insuffisance de transparence de la part des responsables, mais aussi de la lenteur dans l'appropriation, de la part des bénéficiaires.
Dans quelle mesure les <u>indicateurs</u> au niveau de l'objectif spécifique sont-ils réalisés?	Dans la mesure où le service de nutrition est davantage rapproché du bénéficiaire. Voir aussi la régression du taux de prévalence des TDCI et l'augmentation substantielle du taux de disponibilité du sel iodé au niveau des ménages.
Les <u>effets secondaires</u> (prévus ou non, positifs ou non) sont-ils cohérents avec l'objectif spécifique de l'intervention?	En effet oui. Les prestations des activités de SSP et celles de nutrition sont des rapports de synergie qui ont considérablement augmenté le niveau d'utilisation des structures de santé. Par exemple, même en l'absence de maladie, plusieurs mères ont pris l'habitude d'amener périodiquement au centre de santé pour suivi; en cas de maladie, le lieu de consultation de 1 ^{ère} intention est le service de santé.
Si les <u>hypothèses</u> au niveau des résultats se révèlent incorrectes, dans quelle mesure l'intervention s'adapte-t-elle pour garantir les bénéfices aux bénéficiaires?	Il est à dire les hypothèses n'ont pas été envisagées. En prenant le cas des difficultés économiques survenues ces dernières années et les attaques rebelles qu'a connues le pays, les interventions nutritionnelles s'y sont difficilement adaptées. C'est là une des raisons de la montée en flèche des indicateurs sur l'état nutritionnel. Des études locales ont montré que, si au début des attaques il y avait plus d'enfants réfugiés et déplacés malnutris dans les CNT, à partir d'un certain temps il y en avait plus d'enfants autochtones que d'enfants déplacés et réfugiés.
L'intervention s'adapte-t-elle aux facteurs externes inattendus pour que les bénéfices atteignent les bénéficiaires?	Par rapport aux facteurs externes inattendus, les difficultés d'adaptation sont similaires à celles liées aux facteurs internes. Au regard des difficultés et changements extérieurs, la mise en œuvre de la SRP fait recadrage de la cible.
Conclusions	En résumé, les résultats de la mise en œuvre sur le plan de l'efficacité sont satisfaisants. Toutefois il se constate des déperditions des coûts avant que les résultats n'arrivent aux bénéficiaires.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant X, déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui?)	Partenaires, bénéficiaires et institutions d'appui: Dans une compréhension mutuelle, ils doivent s'employer au renforcement des mesures de décentralisation dans la mise en œuvre et le suivi des interventions.

Fiche 5 Appréciation de l'impact de l'intervention

Définition de l'impact: "L'effet de l'intervention sur son environnement plus large, y compris sa contribution aux objectifs globaux de l'intervention, aux objectifs de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'intervention contribue-t-elle déjà à la réalisation de ses objectifs globaux?	Cela est de par la mise en place progressive d'un dispositif de mise en œuvre et d'un mécanisme de coordination et de suivi qui se dote progressivement de ressources humaines, matérielles et organisationnelle.
Comment l'intervention contribuera-t-elle dans l'avenir à la réalisation de ses objectifs globaux?	Par le renforcement de sa capacité d'action à la faveur d'un plaidoyer éclairé pour la nutrition, du genre « Profiles ».
Dans quelle mesure les indicateurs sont-ils déjà atteints au niveau des objectifs globaux de l'intervention?	Ils ne le sont pas encore, mais peut-être de meilleures dispositions de mise en œuvre seront adoptées pour les besoins du DSRP 2.
Dans quelle mesure ces indicateurs seront-ils atteints dans les délais prévus?	Dans la mesure où les moyens humains, matériels et financiers sont mobilisés et rendus disponibles à temps.
S'il y a des effets imprévus, sont-ils positifs ou négatifs, en terme général ou par rapport aux objectifs globaux de l'intervention?	Des résultats imprévus sont enregistrés: amélioration de l'utilisation des structures de santé, et en suivant d'autres indicateurs tels le taux de couverture vaccinal, le taux de consultations prénatales, et la velléité d'appropriation des services de base. Ils sont quasiment positifs et contribuent à l'atteinte des objectifs globaux et spécifiques de la SRP.
Quel est le degré d'adaptation de l'intervention face aux facteurs externes imprévus?	Cette intervention s'adapte aux changements extérieurs en précisant les actions et les cibles, et en appliquant un ordre de priorité.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réduction de la pauvreté (en terme monétaire)?	La réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux carences et autres problèmes nutritionnels épargne des coûts de prise en charge qui sont infiniment supérieurs à ceux investis dans la mise en œuvre des actions préventives consignées dans la SRP.
Comment l'intervention contribue-t-elle à la réalisation des OMD?	L'intervention contribue à la réalisation des OMD en ce sens qu'elle contribue à lutter contre la faim et la malnutrition, ce qui répond à l'OMD B1.
Quel est le degré de coordination de l'intervention avec d'autres interventions dans le même secteur / région?	Elle est en intime liaison avec des interventions telles que celle qui vise la lutte contre les maladies, celle qui défend les notions de droit.
Conclusions	Le contexte de la transversalité de l'intervention est une certitude. Dans la SRP, les interventions sont des facteurs limitant ou favorisant les unes pour les autres, suivant que ces relations sont mauvaises ou bonnes.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant X, peu satisfaisant <input type="checkbox"/> , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui?)	MSF : Les organes de coordinations doivent identifier et entretenir de manière soutenue un mécanisme de concertation pour renforcer la complémentarité des objectifs et des résultats.

Fiche 6 Appréciation de la viabilité de l'intervention

Définition de la viabilité: "Probabilité que les bénéfices produits par l'intervention continuent à être perçus une fois l'appui externe terminé."

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Quel soutien a été fourni de la part des institutions compétentes au niveau national, régional, sectoriel?	Le soutien des institutions compétentes aux niveaux national et international est encore au-deçà des attentes et surtout des besoins, pour le secteur.
Dans quelle mesure l'intervention peut-elle s'adapter aux changements des priorités politiques?	Un changement politique modifierait peu l'acuité des problèmes nutritionnels. En d'autres termes, ils doivent demeurer au cœur des préoccupations de développement.
Les institutions compétentes (nouvelles ou déjà existantes) sont-elles capables de pérenniser les impacts de l'intervention?	La pérennisation réelle de l'intervention s'obtiendra certes avec son appropriation par les bénéficiaires, mais avant, de par le renforcement des institutions mises en place.
Dans quelle mesure les technologies appliquées s'harmonisent-elles à la culture et aux savoirs locaux?	L'un des principes de l'intervention est le respect des cultures et savoirs locaux. Le cas de Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) fondé sur le principe d'une déviance positive, utilise le savoir ou les pratiques d'une maman dite «lumière» pour améliorer l'état nutritionnel chez des enfants vivant des conditions identiques, mais qui sont soumis à des pratiques d'alimentation inadaptées à leur croissance harmonieuse.
Dans quelle mesure l'intervention optimisent-elle l'utilisation faite des ressources locales?	Par la stratégie de transmission des connaissances et pratiques par cascade.
Les résultats sont-ils abordables aux bénéficiaires à la fin de l'intervention?	Oui, mais ils comportent des risques de déperdition avant qu'ils n'arrivent aux bénéficiaires.
Si l'intervention engendre des charges récurrentes, est-il probable que les fonds nécessaires seront disponibles?	Oui, si les institutions et intervenant consigne la résolution des problèmes parmi les priorités pays.
Les bénéfices peuvent-ils être maintenus en cas d'évolution économique (taux de change, prix des marchandises etc.)?	En effet les changements à la hausse du cours de la vie est un facteur de compromission de l'atteinte des résultats. En fait ces changements ne se font pas toujours avec une adaptation du pouvoir d'achat des populations en général et celui des plus pauvres en particulier.
Conclusions	L'intervention est viable. L'augmentation de l'appui au secteur et le renforcement de consciences et compétence de gestion des responsables, améliorerait ses résultats.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant <input type="checkbox"/> , peu satisfaisant X, déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations (quoi et par qui?)	MEF: Augmentation des subventions au secteur par les institutions. MSP: Renforcement de l'organisation et du dispositif de coordination par les acteurs et responsables.

Fiche 7 Appréciation du respect des thèmes transversaux de la SRP

Les thèmes transversaux de la SRP de la Guinée sont la promotion de l'égalité entre femmes et hommes, la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA et la protection de l'environnement et des ressources naturelles.

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans la logique de l'intervention et dans sa mise en œuvre?	Cet aspect est pris en compte en terme d'orientation des interventions en fonction des «besoins». En fait, sur le plan nutritionnel l'enfant de moins de 5 ans, les filles adolescentes et les femmes en âge de procréer sont les couches de plus grands besoins nutritionnels, à ce titre, ils constituent les principales cibles des interventions nutritionnelles.
Comment l'aspect genre est-il pris en compte dans les indicateurs et hypothèses liés à l'intervention?	Par exemple il demande la proportion de femmes enceintes supplémentées en Fer, et celle de femmes supplémentées en Vitamine A dans le post-partum immédiat.
L'intervention prend-elle en compte et accepte-t-elle les attentes et besoins des groupes cible liés aux spécificités de chaque sexe?	Pour des raisons d'équité et d'accommodation des interventions avec le niveau des problèmes suivant les sexes, les interventions semblent donner un avantage visible au sexe féminin.
L'intervention contribue-t-elle à la prévention du VIH/SIDA? Si oui, comment?	Oui. Conscient de la transmission du virus par le lait maternel, l'intervention a pris des dispositions concrètes et d'appui pour l'alimentation des enfants nés de mères seropositives.
Est-ce que les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont pris en compte?	Oui, quoique l'intervention ne parvient pas encore à couvrir tous les cas.
Quels sont les impacts environnementaux positifs ou négatifs, attendus ou non attendus de l'intervention?	La préservation de la santé des enfants nés de parents séropositifs; le maintien d'un bon état nutritionnel pour les personnes vivant avec le VIH et celles affectées par le VIH/SIDA :
Les parties concernées y compris les bénéficiaires ont-ils conscience de leurs responsabilités environnementales?	En résultat de l'ampleur des campagnes d'information et de sensibilisation, les parties concernées, y compris les bénéficiaires, perçoivent de plus en plus leurs responsabilités.
Dans quelle mesure l'intervention assure-t-elle les pratiques environnementales appropriées?	Elle assure ou renforce la prise en charge psychosociale et souvent médicale.
Conclusions	Intervention adaptée, elle est réellement à un début de mise en œuvre. Elle ne couvre pas encore toutes personnes concernées.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant □, satisfaisant X, peu satisfaisant □, déficitaire □
Recommandations (quoi et par qui?)	MSP: Amener les bénéficiaires à faire bon usage de l'intervention. Institutions d'appui: Accroître les moyens disponibles.

Fiche 8 Concepts, méthodes et instruments adaptés aux besoins de l'évaluation

Le choix et l'application de concepts, de méthodes et d'instruments adaptés aux besoins de l'évaluation de la SRP sont assurés, durant toute la période de l'évaluation, par les évaluateurs compétents sous la supervision des chefs d'équipes et en étroite collaboration avec la Cellule d'Appui Technique (CAT).

Information requise	Réponse de l'évaluateur
Comment le Secrétariat Permanent de la SRP (y compris ses groupes et cellules) a-t-il contribué à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la coordination de l'intervention?	Par l'établissement ou la diligence d'un contact fructueux et constant entre les évaluateurs nationaux et la structure chargée de la coordination de l'évaluation.
Quelles sont les principales sources d'informations <u>secondaires</u> consultées par l'évaluateur? Est-ce qu'elles ont été disponibles dans les meilleurs délais?	Les personnes ressources impliquées dans la mise en œuvre et le suivi de la SRP.
Quelles sont les principales sources d'informations <u>primaires</u> établies par l'évaluateur?	Les départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre et le suivi de la SRP en général, ceux du secteur de la nutrition en particulier, ainsi que les institutions d'appui à la mise en œuvre de la SRP.
Quels ont été les instruments et méthodes de collecte et d'analyse d'informations appliqués par l'évaluateur? ³	Les instruments de collecte des informations sont les guides d'interview, les rapports d'enquête, les rapports d'activité. Les méthodes utilisées sont la recherche et l'exploitation bibliographiques, la rencontre et l'interview de personnes-ressources.
Les informations disponibles sont-elles suffisamment représentatives de l'ensemble des parties concernées?	Elles sont essentiellement qualitatives. Leur représentativité est plutôt prise en compte par la notion de saturation. Les informations quantitatives procèdent d'enquêtes nationales dont les rapports sont validés et tiennent lieu d'informations suffisamment représentatives.
Quel ont été les principaux problèmes rencontrés lors de l'exécution de l'évaluation?	Manque de précision dans les termes de référence du consultant chargé du secteur. Pris d'abord comme un appendice du secteur de la santé, la nécessité de collecter des informations au niveau des bénéficiaires n'a pas été établie. Aussi, l'évaluation s'est réalisée dans une période de nombreuses indisponibilités liées aux fêtes nationales et internationales.
Conclusions relatives à la qualité des résultats de l'évaluation obtenus	Les résultats traduisent les réalités du terrain. Ils se donneraient dans une plus grande clarté, si elle avait comporté une phase de terrain qui aurait permis de cerner des réalités isolées mais seraient intéressants de savoir.
Appréciation sommaire	Très satisfaisant <input type="checkbox"/> , satisfaisant X, peu satisfaisant <input type="checkbox"/> , déficitaire <input type="checkbox"/>
Recommandations relatives au futur système de coordination et suivi-évaluation de la SRP (quoi et par qui?)	Discuter à l'avenir avec les évaluateurs en vue de préciser les TDR avant la signature du contrat.

Observations du chef d'équipe concerné:

³ Voir aussi la liste des principaux interlocuteurs, ci-jointe

Fiche 9 Liste des principaux interlocuteurs

Nom	Prénoms	Institution	Fonction	Localisation	Téléphone / Fax / e-mail	Date de la rencontre	Lieu de la rencontre
Sakho	Sékou	MASPF	Chef Composante développement enfance	X	34 74 23	17 01 06	Ailleurs
Camara	Facély	Unicef	Chargé de Projet Nutrition	X	22 87 46 /47	13 01 06	Lieu de travail
Cissé	Zakaria	MCPME	Chef Division Normes et contrôle	X	55 59 49	20 01 06	Ailleurs
Kaba	Mohamed Lamine	Africare	Coordonnateur Santé	X	X	18 01 06	Ailleurs
Bollocq	Géraldine	ACF	Directrice Programme nutrition	X	X	19 01 06	Lieu de travail
Diallo	Saliou Dian	OMS	Chargée de Projet	X	37 68 67	16 01 06	Ailleurs
Daffé	Mamady	MSP	Chef SAN	X	22 34 34	17 01 06	Lieu de travail
Donzo	Moussa	INSE	Chef service Recherche / formation	X	22 03 60	12 01 06	Lieu de travail
Kaba	Mamady	TDH	Charge de Programme nutrition	X	35 32 81	19 01 06	Ailleurs
Konaté	Fodé	CRS	Chargé de Programmes	X	55 77 80	05 01 06	Lieu de travail
Touré	Lanfia	HKI	Coordonnateur Programmes Nutrition Haute Guinée	X	46 85 93	04 01 06	Lieu de travail
Koné	I. Kalil	MSP	Coordonnateur Programme TDCI	X	X	29 96 49	Ailleurs
Salami	Abdou Latif	Unicef	Coordonnateur des Programmes	X	22 87 46 /47	16 12 06	Ailleurs
Camara	Yéro Boye	MSP	Conseiller Politique Sanitaire	X	29 61 52	13 01 06	Bureau

Annexe 5 Cadre logique indicatif du secteur nutrition (SRP, Phase 2)

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Sources de vérification (SOV)	Hypothèses
Objectifs Globaux (2005-2015)			
Améliorer l'état nutritionnel des populations en général et des groupes vulnérables en particulier	Taux de prévalence de la malnutrition au sein de la population en général et des groupes vulnérables en particulier	Rapports d'enquêtes nationales sur la prévalence de la malnutrition (MSP, partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique - Engagement renouvelé des partenaires au développement en faveur de la nutrition - Priorité aux groupes les plus vulnérables avec des interventions de meilleur coût efficacité dans le cadre de la lutte contre la pauvreté - Une vision multi-sectorielle de la nutrition
Objectifs spécifiques (2005-2010)			
OS1. Réduire de moitié (de 25% à 12%) la prévalence de l'insuffisance pondérale (P/A < -2ET) chez les enfants de moins de 3ans.	<ul style="list-style-type: none"> - % d'enfants dont la croissance est suivie - nombre d'enfants réhabilités - % d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement 	Rapports d'activités des structures sanitaires et des intervenants (MSP, partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du personnel qualifié - Matériels de récupération nutritionnelle
OS2. Réduire de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance de 21% à 10%	<ul style="list-style-type: none"> - % de femmes enceintes ayant une couverture adéquate en CPN - nombre de femmes enceintes participants aux FARN/G - nombre de séances d'éducation réalisées 	Rapports d'Activités et des intervenants (MSP, partenaires)	
OS3. Réduire de moitié la proportion de la population victime de l'insécurité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de groupements appuyés techniquement et matériellement dans l'agriculture, l'élevage et la pêche 	Rapports d'activités réalisées (MSP, MCPME, MF, MAE, partenaires)	
OS4. Préparer les réponses nutritionnelles aux situations d'urgences		Rapports d'enquêtes nationales sur l'insécurité alimentaire (MSP, MCPME, MF, MAE, partenaires)	

Résultats			
R1. La communauté prend en charge les activités nutritionnelles en vue d'améliorer l'état de santé de la population en général et des groupes vulnérables en particulier	Niveau de participation et implication des communautés dans la mise en œuvre et suivi-évaluation des activités de nutrition	Rapports d'activités de monitoring des structures sanitaires(MSP, partenaires)	-
R2. Le taux de malnutrition des populations en général et celui des groupes vulnérables en particulier est réduit de moitié	Nombre d'enfants de moins de cinq ans suivis dans la communauté	Rapports d'activités des partenaires intervenants	-
R3. La proportion des ménages victimes de l'insécurité alimentaire est réduite de 50%	Nombre de ménages à l'abri de l'insécurité alimentaire	Rapports d'enquêtes	-
R4. Les effets des situations d'urgences sur l'état nutritionnel des populations éprouvées sont réduits	Prévalence de la malnutrition au sein des populations éprouvées	Rapports d'enquête (MSP, Partenaires, MDAT)	-
Activités	Moyens requis	Calendrier indicatif	
<ul style="list-style-type: none"> - Assurer le suivi et la croissance des enfants de moins de 5 ans - Assurer les séances IEC, de démonstration culinaire, et les visites a domicile - Organiser le système de références et de contre référence des enfants mal-nutris - Mettre en place des FARN-G - Renforcer le système de crédit de soutien aux activités génératrices de revenus - Assurer un appui matériel et technique aux groupements des petits exploitants - Redynamiser les structures Amies des Bébé (IHAB et ICAB) - Promouvoir l'allaitement maternel - Former les acteurs sur la gestion des situations d'urgences - Constituer des stocks de sécurité alimentaires - Appuyer les actions d'amélioration de l'état nutritionnel des victimes en situation d'urgences 			<ul style="list-style-type: none"> - Efficacités de la communication entre prestataires et bénéficiaires - Disponibilités des kits et moyens logistiques - Membres de l'ONG AFPAMNIG complétés, renouvelés et former

Auteur: Aissatou TOURE, Conakry, janvier 2006

Annexe 6 Bibliographie

FAO/OMS: Vivre au Mieux avec le VIH. 2004.

Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage: Lettre de Politique de Développement Agricole (LPDA). Conakry, 1991.

Ministère de la Santé Publique: Rapport Enquête Nationale sur l'Anémie en Guinée (ENAGUI). Conakry 2000.

Ministère de la Santé Publique: Rapport, Analyse profiles sur l'état nutritionnel des enfants et des femmes à l'aube du troisième millénaire. Conakry 2001.

Ministère de la Santé Publique: Rapport Enquête Nationale sur les Connaissances et la Couverture en Fer Acide Folique, Vitamine A et Chloroquine (ENCCOFAC). Conakry 2003.

Ministère de la Santé Publique: Rapport Evaluation du programme TDCI. Conakry 2003

Ministère de la Santé Publique: Politique Nationale Alimentation Nutrition(PNAN). Conakry 2004.

Ministère de l'Economie et des Finances (MEF): Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. Conakry, janvier 2002.

Ministère du Plan: Rapport Enquête Démographique et de Santé (EDS). Conakry 1992.

Ministère du Plan: Rapport Enquête Démographique et de Santé (EDS II). Conakry 1999.

Ministère du Plan: Rapport Préliminaire, Enquête Démographique et de Santé (EDS). Conakry 2005.

Ministère du Plan: Rapport Enquête sur le Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB). Conakry 2005.

Nations Unies: Bilan Commun Pays, Guinée. Novembre 2005

Ministère de L'Agriculture: Stratégies Nationales sur le Développement Rural - Horizon 2010 (SNDA) Conakry 2004