

REPUBLIQUE DE GUINEE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Travail – Justice – Solidarité

SECTION ALIMENTATION - NUTRITION

POLITIQUE NATIONALE D'ALIMENTATION – NUTRITION
(Document révisé)

décembre 2005

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ET SIGLES	Page
CONTEXTE GENERAL	1
I. INTRODUCTION	4
II. SITUATION ALIMENTATION ET NUTRITION	5
1. Situation Alimentation	
2. Situation Nutrition	6
3. Interventions mises en œuvre	9
4. VIH/Sida et la Nutrition	10
III. POLITIQUE ET STRATEGIES NATIONALES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION	17
1. "Politique	17
But de la politique	18
Objectifs de la politique	18
2. <u>Stratégies</u>	
<u>Stratégie N°1 Prise en charge Intégrée</u>	22
1.1. Prise en charge de la malnutrition	
1.2. Maladies émergentes et Réémergentes liées à l'alimentation	
1.3. Intervention Nutritionnelle en Milieu Scolaire	
1.4. intervention nutritionnelle à base communautaire	
<u>Stratégie N° 2 Lutte contre les carences en micronutriments</u>	24
2.1. Iodation du sel	
2.2. Lutte contre la carence en vitamine A	
2.3. Lutte contre la carence en fer	
<u>Stratégie N° 3. Conservation des récoltes/aliments</u>	24
3.1. L'amélioration de la sécurité alimentaire dans les Ménages	
3.2. Elaboration et application des normes et législation relatif à la nutrition et à l'alimentation	
<u>Stratégie N° 4. Le partenariat</u>	26
4.1. Communication	
4.2. Préparation à l'urgence et réponse nutritionnelle aux situations d'urgences	
4.3. Convergence des politiques de développement	
4.4. Système National d'Information Alimentaire et Nutritionnelle	
4.5. Développement de la capacité Nationale	

IV. MONTAGE INSTITUTIONNEL DU SYSTEME DE COORDINATION ET DE SUIVI (CCN)

30 et 31

1. Fonction du CCN
2. Composition du CCN
3. Fonctionnement du CCN
4. Mise en œuvre de la Politique

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

BM	Banque Mondiale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNN	Comité National de Nutrition
CCN	Comité de Coordination de la Nutrition
CCSPNAN	Comité de Coordination et de Suivi de Politique Nationale d’Alimentation et de Nutrition
CPN	Consultations Pré-Natales
CREN	Centre de Récupération Nutritionnelle
CNT	Cellule de Nutrition Thérapeutique
CS	Centre de Santé
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et des informations
DNSP. :	Direction Nationale de la Santé Publique
ENAGUI :	Enquête Nationale sur l’Anémie en Guinée
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ET	Écart Type
FAF. :	Fer/Acide Folique
F.A.R.N. :	Foyer d’Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FAO	<i>Food and Agricultural Organisation</i> des Nations Unies
GAIN:	Groupe d’Actions Intersectorielles en Nutrition
INSE. :	Institut de Nutrition et de Santé de l’Enfant
IEC	Information, Éducation et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
LPDA. :	Lettre Politique de Développement Agricole
MAE	Ministère de l’Agriculture et de l’Élevage
MASPF. :	Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l’Enfance
MCI.PME. :	Ministère du Commerce, de l’Industrie, de Petites et Moyennes Entreprises
MP	Ministère du Plan MPA. : Ministère de la Pêche et de l’Aquaculture
MSP :	Ministère de la Santé Publique
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement en Afrique
	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
	PEV/SSP/ME. :Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé
	Primaires/Médicaments Essentiels
PNAN:	Politique Nationale d’alimentation et de Nutrition
PPD	Plan Préfectoral de Développement
PRSA:	Projets régionaux de sécurité alimentaire
PSSA:	Programme Spécial de Sécurité Alimentaire
PTME:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH/SIDA)
PTPE	Prévention de la Transmission Parents-Enfant (du VIH/SIDA)
PVVS	Personnes vivant avec le virus du SIDA
ROR	Réseau d’observatoires ruraux
SAM	Sécurité Alimentaire des Ménages
SAP	Système d’Alerte Précoce
SENAH	Service National d’Assistance Humanitaire

SCT	Structure de la Coordination Technique
SAN. :	Section Alimentation Nutrition
SIAC. :	Système d'information à Assise Communautaire
SICIAV	Système d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et la Vulnérabilité
	SIDA: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI:	Santé Maternelle et Infantile
SNIAN:	Système National d'Information Alimentaire et Nutritionnelle
SRP:	Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
SSP:	Soins de Santé Primaires
TDCI	Troubles dus à la Carence en Iode
UCSAN	Unité Centrale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agence des États-unis pour le Développement International)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT PROPOS

Bien que l'accès à la nourriture ait été reconnu comme un droit fondamental pour tous, la faim et la malnutrition demeurent de graves problèmes pour bien des populations de par le monde. Chaque année, des millions d'enfants, dans les pays en développement, meurent ou n'arrivent pas à développer pleinement leur potentiel physique ou intellectuel du fait de la malnutrition et de la carence en Micronutriments qui apparaissent dans les situations d'insécurité alimentaire.

La nature des problèmes et les actions de lutte contre la faim, la malnutrition et les carences en Micronutriments ne sont pas les mêmes selon que l'on se place au niveau national ou au plan des ménages.

En Guinée, seulement 11% des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein, 35% des décès d'enfants Guinéens de moins d'1 ans sont attribuables à des pratiques inadéquates d'allaitement maternel et 45% des enfants de 6-9 mois ne reçoivent pas encore les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate. Pour ce qui est de la carence en Iode 28% des enfants de 6-18 ans sont carencés ;or rappelons- le retard mental qu'elle provoque est irréversible. 78% des enfants de 0-5 ans et 63% des femmes enceintes sont touchés par l'anémie.

Pour faire face à cette situation avec efficacité, le Gouvernement guinéen a entrepris avec l'appui de ses partenaires, d'élaborer sa politique de Nutrition- Alimentation.

Il est le résultat de l'engagement pris à Rome. Elle devra servir de cadre de référence aux actions qui seront entreprises au cours des 5 prochaines années.

Le présent document indique l'étendue et l'importance des problèmes de Nutrition –Alimentation ainsi que les stratégies et actions à développer dans le cadre de leur solution.

Elle constitue, désormais, le cadre de concertation de tous les intervenants en Nutrition- Alimentation et vise à répondre aux engagements pris par le Gouvernement de la République de Guinée vis-à-vis de nos partenaires.

Cette politique a été bâtie sur les forces, les faiblesses et les opportunités actuelles. Les axes stratégiques ont tenu largement compte des préoccupations et défis en matière de Nutrition Alimentation et de lutte contre la pauvreté.

1. Le souhait que cette politique soit efficacement mise en œuvre,
2. Appel à tous les partenaires au développement et autres Ministères à œuvrer dans ce sens,
3. Remerciement à tous ceux qui, de près ou de loin, qui ont contribué à l'élaboration de cet important document.

Prof. Amara CISSE
Ministre de la Santé Publique

CONTEXTE GENERAL

La République de Guinée, dont les différentes régions offrent d'immenses superficies de terres arables et de cours d'eau alimentés par une pluviométrie parfois excessive, a toujours eu le développement des activités de nutrition et d'alimentation freiné par l'absence de programmes concrets et coordonnés entre les différents secteurs réclamant à tour de rôle la paternité de l'exécution de ces activités.

En conséquence une malnutrition chronique importante et une malnutrition aiguë à des degrés divers frappent une grande partie de la population dont les moyens de défense sont faibles; d'où un taux de morbidité assez élevé pour toute la population, une forte mortalité dans la population des enfants et des femmes en âge de procréation, une faible rentabilité socio-économique, une espérance de vie relativement faible et un état de bien-être d'un bas niveau.

La malnutrition chronique entrave le développement humain et pose un sérieux handicap au développement socio-économique du pays. Malgré ses importantes potentialités agricoles et minières, et ses performances économiques récentes, la Guinée demeure un pays pauvre. Avec un revenu par tête d'habitant estimé à 570 dollars US en 1997, près de 50% de la population se trouvent dans une situation de pauvreté absolue (environ 300 dollars par tête et par an) et plus de 18% dans l'extrême pauvreté. Cette pauvreté est particulièrement marquée si l'on compare la Guinée à des pays à revenu moyen semblable sur la base des indicateurs du développement humain.

De plus, la malnutrition étant à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté, la lutte contre la malnutrition s'insère aussi dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté.

La malnutrition ayant des conséquences graves - qui pourraient être irréversibles - sur le développement physique et intellectuel des enfants, le pays a le devoir de protéger la prochaine génération de la malnutrition et de ses séquelles désastreuses. La Constitution guinéenne ainsi que les diverses conventions internationales ratifiées par la Guinée garantissent le droit des enfants à une nutrition adéquate, en vue de leur offrir la possibilité de réaliser tout leur potentiel en matière de développement physique et intellectuel. La lutte contre la malnutrition est donc un défi majeur que le pays doit relever durant la prochaine décennie.

La malnutrition est souvent mal perçue: on la considère souvent comme un problème de santé sinon d'insécurité alimentaire. En fait, elle est la manifestation d'un ensemble de déterminants multisectoriels et pluridisciplinaires intervenant à différents niveaux de la société, même si dans ses formes les plus graves, elle pose un sérieux problème de santé et des risques de mortalité accrus. Le statut nutritionnel d'un enfant est le résultat des facteurs immédiats que sont un régime alimentaire approprié et une bonne santé, qui dépendent des facteurs sous-jacents – liés les uns aux autres - que sont les soins destinés aux femmes et aux enfants au sein de la famille, la sécurité alimentaire et économique au niveau des ménages, et l'accès aux services de santé, à l'eau potable et à un environnement salubre. Ces facteurs sous-jacents reposent à leur tour sur des facteurs profonds que sont la disponibilité et le contrôle des ressources potentielles humaines, économiques et organisationnelles, les structures politique, culturelle, sociale et économique).

Les réformes économiques adoptées durant les dernières décennies n'ont pas permis jusqu'ici d'améliorer les conditions économiques et sociales de la population. Elles ont conduit à une aggravation de la pauvreté qui touche près de la moitié de la population, dont une grande partie se trouve en milieu rural, et à la dégradation de la gestion des infrastructures sociales de base (santé, éducation, eau et assainissement) et des prestations de services. Ce contexte est fortement compliqué par :

- le taux faible d’alphabétisation de la population, et variable selon les zones, est caractérisé par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 63% et 85,02% ;
- les flux migratoires vers les zones urbaines, qui s’effectuent à un rythme relativement élevé par rapport à l’évolution des capacités des équipements socio-économiques et administratifs dans les grandes et petites villes ;
- les conditions d’habitation globalement précaires, caractérisées par une vie dans des abris ne répondant pas aux normes d’hygiène ;
- La situation économique des agriculteurs, éleveurs et pêcheurs, caractérisée par des revenus faibles résultant d’une productivité peu élevée, ayant pour origine la dégradation des sols et des pâturages, les pratiques incontrôlées de la pêche, l’exploitation irrationnelle des ressources naturelles, les maladies végétales et animales, l’enclavement des zones de production et des marchés ruraux, le manque de technologies adaptées dans la production, la transformation et la conservation des produits agricoles, d’élevage et halieutiques ;

Cela a donc entraîné la dégradation de la situation nutritionnelle notamment des groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes) et des groupes marginalisés (handicapés, personnes âgées, enfants des rues, orphelins, malades infectieux, personnes portant le virus du SIDA, ...).

A l’instar d’autres pays pauvres, la malnutrition constitue aussi une des causes de la forte mortalité infanto-juvenile et maternelle en Guinée. Elle seule occupe plus 39% des causes de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans. La malnutrition contribue à la complication de certaines maladies infectieuses notamment les diarrhées, la rougeole, le paludisme, l’helminthiase ainsi que le SIDA. Elle occasionne ainsi des dépenses de soins supplémentaires, et cela à tous les niveaux : des ménages à l’Etat en passant par les communautés. Une malnutrition précoce influe négativement sur la compétence cognitive et la capacité d’apprentissage à des stades ultérieurs des enfants. Elle compromet le développement intellectuel et abaisse les résultats scolaires, réduisant ainsi les bénéfices des investissements lourds dans le secteur de l’éducation. La malnutrition constitue également un facteur important de morbidité au niveau de la population active et, de ce fait, entraîne une baisse de rendement et de productivité au travail. Le coût économique de la malnutrition est énorme (22 millions de dollars d’ici 2010, selon l’analyse profiles).

I. INTRODUCTION

Parmi tant d’engagements pris par le Gouvernement en vue de lutter contre la malnutrition : la déclaration du Ministre de la Santé à la Conférence Internationale sur la Nutrition à Rome en 1992 et la ratification de la déclaration de cette Conférence ont engagé la Guinée à l’élaboration de la Politique et du Plan National d’Action pour l’alimentation et la Nutrition. Cette politique et plan d’action doivent servir de base de référence pour le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers dans les interventions en matière d’alimentation et de nutrition, sous la coordination d’un comité multisectoriel pour une meilleure synergie et cohérence des actions.

De nombreuses interventions disparates soutenues ou non par des bailleurs de fonds ont été engagées par le gouvernement et d’autres opérateurs, pour s’attaquer unilatéralement et intrasectoriellement à la malnutrition sans aucune structure de coordination pour une meilleure synergie et cohérence des actions et sans autre cadre de référence réglementaire. Bien que la Guinée se soit engagé dans la mise en œuvre du plan d’action de la Conférence Internationale sur la

Nutrition (1992) et du Sommet Mondial de l'Alimentation (1996), la concrétisation des résolutions n'a pas été effective. De plus, le secteur nutrition ne figure pas parmi les domaines prioritaires dans les stratégies de développement ou de réduction de la pauvreté du pays. La problématique nutritionnelle n'est trop souvent perçue que comme étant uniquement du ressort du secteur de la santé, et la coordination de toutes les interventions, le système d'évaluation, d'analyse et de surveillance de la situation nutritionnelle ont fait défaut.

Face à cette prise de conscience sur ces différentes lacunes d'information et de coordination, l'adoption d'un document de politique nationale d'alimentation et de nutrition s'avère opportune et primordial pour la Guinée afin de :

- Montrer la reconnaissance par tout un chacun de l'ampleur de la malnutrition dans le pays et ses conséquences sur le développement humain et socio-économique;
- Marquer l'engagement politique ferme et définitif à combattre ce fléau à dimension multisectorielle ;
- Fixer les objectifs à atteindre et créer un cadre référentiel à toutes les actions à entreprendre en matière d'alimentation et de nutrition ;
- Dynamiser le cadre institutionnel pour la coordination et la mise en œuvre des interventions nutritionnelles; et
- Accélérer la mise en œuvre des interventions préventives à travers des programmes sectoriels quinquennaux financés.

Elle doit, pour réussir, permettre une concertation et une coordination entre tous les intervenants des secteurs publics et privés dans un cadre institutionnel, et intégrer dans les politiques et programmes de développement des objectifs, des considérations et des éléments d'ordre nutritionnel.

II - SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE

1- situation alimentaire

Les denrées disponibles proviennent de la production nationale et de l'importation (commerce et dons). Elles couvrent surtout les besoins énergétiques (80%) et sont essentiellement constituées par les céréales. La consommation cumulée de riz per capita passait de 50 Kg en 1985 à 70 kg en 1989, 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/habitant/an et par celle de viande de chasse et de produits animaux de cueillette, pour lesquels les estimations récentes ne sont pas disponibles, mais qui sont réputées très importantes dans les zones forestières en particulier.

Cependant, en dépit de son potentiel important et de ces performances, la Guinée continue de dépendre dans une certaine mesure des importations pour son alimentation. Sa population est estimée à 7.173.000 habitants et 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, surtout plus marquée en milieu rural où vivent 80 % de la population et où plus de la moitié de la population (52,5 %) vit dans la pauvreté absolue (niveau de dépenses par personne de 293.714 GNF par an) contre 24,3 % dans les centres urbains de l'intérieur et 6,7 % à Conakry.

1.1 - Disponibilités alimentaires:

En Guinée, le problème de la disponibilité des aliments reste une question cruciale qui, de part 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.

1.1.1. - Production alimentaire

La population rurale de la Guinée est essentiellement constituée d'agriculteurs, d'éleveurs et de pêcheurs dont les activités sont souvent effectuées par les mêmes producteurs.

En dépit d'un important potentiel foncier, et du fait que les agriculteurs représentent près de 80 % de la population totale (enquête 1997 SNSA), la production vivrière reste insuffisante pour couvrir les besoins de la population.

Les rendements agricoles restent faibles malgré les actions entreprises en matière d'encadrement et de vulgarisation. Le bas niveau de la production agricole provient: des méthodes culturales inappropriées, des exploitations de petites tailles, des problèmes d'accès à la terre, du faible niveau d'épargne et non accès au crédit, de la détérioration des infrastructures rurales. La faible technicité des producteurs limite également les actions d'intensification des producteurs.

La dégradation des sols est très préoccupante. La déforestation des sols est le fait des pratiques culturales itinérantes sur brûlis, les coupes et les feux de brousse.

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 (SIGUICOPA, SOBERGUI, SOGUIPA, SALGUIDIA, SOBRAGUI...). Les innovations (semences améliorées, vulgarisation agricole) couvrent désormais tout le territoire national.

1.1.2- Importations alimentaires

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 vise à réduire les importations du riz au profit de la production nationale. Outre les dons, d'autres denrées dont la production est limitée (sucre, huile végétale, tomate concentrée, farine, lait et sous produits) sont importées.

L'aide internationale est utilisée pour appuyer les programmes prioritaires du gouvernement tels le développement rural à buts multiples: réhabilitation et entretien du réseau routier national, restauration et mise en place des ressources financières, 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.

1.2 - Transformation et conservation

1.2.1- Transformation alimentaire

Les industries de transformation des produits agricoles sont rares, en raison entre autres de l'inexpérience des opérateurs privés et de l'insuffisance des infrastructures de base et de technologie de transformation.

Toutefois, une gestion stratégique de développement industriel, à travers la mise en place du schéma directeur d'industrialisation (SDI), doit favoriser l'émergence et la création d'un tissu industriel rentable et compétitif. Des actions d'appui sont entreprises. Il s'agit entre autres:

- La promotion des PME de transformation (décortiqueur à riz, à fonio, moulin pour maïs et manioc, les systèmes semi- industriels de séchage, des plates-formes multifonctionnelles etc...)
- La mise au point et la diffusion d'innovation technique et technologique et la vulgarisation en milieu rural.

1.2.2- Conservation

La conservation des récoltes en milieu rural est encore essentiellement traditionnelle et basée sur des méthodes de séchage, fumage et autres. Les pratiques modernes sont peu développées. Ainsi, une bonne partie des récoltes est détruite par les prédateurs.

Il existe un grand potentiel le développement des PME spécialisées dans la dans la transformation et la conservation des produits agro-alimentaires et l'amélioration des micro-entreprises alimentaires en milieu urbain.

1.3- Protection des consommateurs

1.3.1- Législation et Normalisation

Bien qu'il existe des textes de lois dans différents départements ministériels relatifs l'innocuité des aliments, un effort d'harmonisation et de coordination entre les différents acteurs est indispensable. L'insuffisance des textes d'application et la non application des textes en vigueur constituent d'autres facteurs à considérer dans le processus de protection des consommateurs.

A ce jour, la définition de normes nationales ou l'homologation des normes du Codex Alimentarius se poursuit au niveau de l'Institut de Normalisation et de Métrologie du Ministère du Commerce, Industrie et PME. A cet effet, une commission nationale de Codex Alimentarius est mise en place.

1.3.2- Contrôle de qualité des denrées alimentaires

La sécurité sanitaire des aliments est une préoccupation pour les producteurs et les consommateurs. L'appui du Gouvernement se traduit par la promotion de la qualité et la création des structures de contrôle de qualité dans les départements concernés. La contamination chimique est presque inexistante du fait de l'utilisation faible et contrôlée des pesticides et des engrais chimiques. Les produits agricoles et alimentaires sont insuffisamment contrôlés à l'importation, à l'exportation et à la consommation. La multiplicité, l'incoordination des structures intervenant dans le contrôle (Ministère du Commerce, de l'Industrie, des Petites et Moyennes Entreprises, Ministère de la Santé, Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage...) et le sous équipement des laboratoires de contrôle sanitaire et de salubrité des aliments constituent une contrainte à la promotion et à la qualité des produits agricoles et alimentaires.

2 - Situation nutritionnelle

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 donc assurer au pays des ressources humaines en bonne santé, garant d'un développement durable.

En Guinée, la malnutrition demeure un problème majeur à la fois de santé publique et socio-économique. Elle concerne notamment la malnutrition protéino-énergétique et les carences dans

les principaux micronutriments, à savoir la vitamine A, le fer et l'iode. Ces déficits nutritionnels ont des conséquences négatives énormes sur les trois secteurs clés de développement que sont: la santé, l'éducation et l'économie.

2.1- La malnutrition protéino-énergétique

Les résultats de l'enquête sur le Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien Etre (QUIBB) réalisée en 2003 en Guinée montrent que 11,2% des enfants âgés de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë en comparaison avec le résultat de l'EDS 1999 qui montre une légère augmentation de la prévalence de l'émaciation qui se chiffrait à 9%. S'agissant de la malnutrition chronique l'enquête QUIBB montre 31,3 contre 26% de l'EDS II de 1999. Il s'agit d'une situation préoccupante compte tenu de l'augmentation de risque de morbidité et de mortalité à court terme que cet état peut entraîner.

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 la politique d'allaitement maternel recommandent que les enfants soient nourris exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois. Les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS II) ont montré qu'en Guinée, 92 % des enfants sont allaités. Parmi eux, seulement, 11 % sont allaités exclusivement pendant les six premiers mois, 26 % sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, 56 % dans les 24 heures qui suivent la naissance.

Malheureusement, selon EDS II, 45 % des enfants de six à neuf mois ne reçoivent pas les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate.

La mauvaise pratique de l'allaitement maternel et l'inadéquation de l'alimentation de complément expliquent entre autres l'augmentation progressive des taux de malnutrition chez les enfants guinéens.

D'une manière générale, la malnutrition infantile survient très tôt et parfois touche les enfants avant leur naissance. Environ 11% des enfants ont un poids insuffisant à la naissance (inférieur à 2,5kg) et de ce fait sont susceptibles de mourir durant le premier mois de vie avec une probabilité 2 fois supérieures à celle des enfants de poids normal.

Environ 12 % des mères ont un indice de masse corporelle inférieur à 18,5, donc malnutries. La malnutrition maternelle coexiste avec des prévalences relativement élevées du surpoids (12%) et de l'obésité (17%) chez les femmes adultes.

2.2- Les carences en micronutriments

La carence en vitamine A peut entraîner la cécité et est associée à une hausse de mortalité infantile-juvénile. Elle constitue un problème de santé publique en Guinée, selon les critères établis par l'OMS. Les enquêtes menées dans deux régions de la Guinée (Haute et Moyenne Guinée) en 1995 - 1997, ainsi que les estimations de l'UNICEF indiquent que la carence en vitamine A affecte au moins 25 % des enfants de moins de cinq ans.

Les anémies nutritionnelles diminuent la performance cognitive des enfants, augmentent le risque de petit poids à la naissance et réduisent la productivité des adultes.

L'enquête nationale sur les anémies en 2000 avec l'appui technique et financier de HKI et Unicef, révèle que 63 % des femmes enceintes souffrent d'anémie. Il est bien connu que le risque de décès suite à une grossesse est beaucoup plus élevé chez les femmes anémiées. 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. De même, 50% des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie par carence en fer.

L'iode est essentiel au développement du cerveau du fœtus. Cette carence en iode limite le développement cognitif des enfants de façon irréversible.

Il est établi qu'une carence en iode peut entraîner un retard du développement mental chez l'enfant et une apparition du goitre chez les adultes. 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 5% admis par l'OMS.

3- Interventions mises en œuvre

Un ensemble de programmes et actions ont été mis en œuvre durant la dernière décennie en vue de lutter contre la malnutrition.

Même s'il y a eu une approche plutôt préventive dans la majorité des interventions mises en œuvre par plusieurs secteurs avec une certaine coordination, le manque d'efficacité et de synergie et la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis une réduction tangible de la malnutrition au niveau national.

Ce chapitre analyse les principaux programmes et actions existants pour dégager les bonnes pratiques sur lesquelles peut se construire la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition en vue d'accélérer la réduction de la malnutrition durant la prochaine décennie.

3.1- Interventions nutritionnelles à base communautaire

Les interventions nutritionnelles à base communautaire ont une vocation prioritairement préventive. La Guinée possède maintenant une bonne expérience des interventions nutritionnelles à base communautaire démarrées dans les années 1990. L'efficacité de ces interventions à réduire le taux de la malnutrition chez les enfants en l'espace de quelques années a été démontrée. Ces interventions ont été mises en œuvre à grande échelle dans le cadre du projet PSN et de ceux des ONGs partenaires mis en œuvre 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 dynamisation des structures communautaires et leur encadrement par des facilitateurs (agents communautaires, animateurs, Accoucheuses Villageoises, Pairs éducateurs) pour la conduite des activités de surveillance et promotion de la croissance des enfants et de communication pour le changement de comportement en matière de santé, d'alimentation et de nutrition, visant particulièrement les groupes les plus vulnérables que sont les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes.

Ces interventions encouragent aussi une meilleure utilisation des services de santé de base et des services de vulgarisation agricoles (dans tout le pays).

Tous ces projets montrent l'intérêt d'investir dans la nutrition à base communautaire.

3.2- Promotion de l'allaitement maternel et éducation nutritionnelle

Dans le cadre de la politique nationale de promotion de l'allaitement maternel, le Ministère de la Santé a renforcé les structures de promotion de l'allaitement maternel au niveau des formations sanitaires à différents niveaux. Une dizaine des « 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 et OMS en vue de promouvoir et protéger les bonnes pratiques de l'allaitement maternel. La promotion de l'allaitement maternel fait aussi partie intégrante de toutes les activités au niveau communautaire du projet PCIME et des ONGs nationales et internationales.

Le Ministère de la Santé et autres intervenants 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 promotion de la croissance des enfants, 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). Une harmonisation des messages utilisés par les différents intervenants a été réalisée par la Section Alimentation et Nutrition du Ministère de la Santé. Plusieurs types de document et support d'éducation nutritionnelle ont été produits (cartes conseils, affiches, recueil de recettes, carnet de santé). Ces supports sont disponibles dans certains sites communautaires et formations sanitaires.

3.3- Accès aux soins de santé primaires

L'accès universel aux soins de santé primaires est primordial dans la lutte contre la malnutrition – surtout la santé maternelle et infantile comprenant la vaccination, la prise en charge précoce des maladies courantes des enfants, les consultations pré et postnatales, et le planning familial. Néanmoins la fréquentation des centres de soins de santé reste encore limitée même si la stratégie avancée et celle de porte à porte ont aidé à améliorer la couverture de certaines interventions. La gratuité de certaines prestations contribuant à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des mères comme la surveillance et promotion de la croissance, la supplémentation en vitamine A et fer/acide folique, la supplémentation alimentaire. L'adoption de l'approche PCIME au niveau des SBC dans certains districts a permis une meilleure prise en charge des enfants malades.

Par manque d'information et d'accès à un service adéquat de planning familial, l'utilisation actuelle de la contraception reste encore faible. En générale, les liens entre les SBC et les sites communautaires de nutrition sont faibles et méritent d'être renforcés en vue d'améliorer l'utilisation des soins de santé primaires par les mères et enfants – condition nécessaire pour la réduction durable de la malnutrition.

3.4- Suivi nutritionnel et Récupération nutritionnelle

Au niveau des centres de santé les enfants sont pesés et toisés pendant la première année une fois par mois et la deuxième année chaque deux mois, suivi de conseil nutritionnel, les courbes sont tracés dans le carnet de santé des enfants des explications sont donner aux mères, des séances d'éducation nutritionnel sont organisées pour les mamans .

Le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires, a mis en place des centres de nutrition thérapeutique (CNT) au niveau des hôpitaux régionaux et préfectoraux à travers le pays pour la récupération des malnutritions sévères. Néanmoins il y a une insuffisance de ces infrastructures, et le lien avec les sites communautaires mérite d'être amélioré ainsi que le système de référence et de contre référence.

3.5- Lutte contre les carences en micronutriments

Les carences en micronutriments qui présentent des problèmes de santé publique sont les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI), l'anémie et l'avitaminose A. La Guinée a connu des réussites remarquables dans la lutte contre les carences en iode et vitamine A.

La mise en œuvre du programme national de lutte contre les TDCI par le Ministère de la Santé en collaboration avec les Ministères du Commerce, des Finances et l'Agriculture a rapidement ramené ce problème sous contrôle en 2003. La stratégie de ce programme repose sur l'iodation universelle du sel appuyé par une législation sur le sel iodé. Le Programme d'Iodation Universelle du Sel est mis en œuvre avec la participation des sauniers des préfectures côtières. À l'heure actuelle ce problème est ramené sous contrôle, car la prévalence du goitre, signe clinique de la carence en iode, a connu une spectaculaire réduction en passant de 63,6% en 1994 à 28% en 2003, du fait de la consommation de sel iodé des ménages.. Soixante huit pour cent (68%) des ménages consomment le sel iodé, mais ce taux varie d'une façon importante entre les régions et districts, et le taux d'iodation n'est pas toujours conformes aux normes établies – ces facteurs diminuent l'efficacité de l'intervention. L'application de la législation est assurée par les Ministères du Commerce, des Finances et de l'Agriculture en collaboration avec le Ministère de la Santé. Ces derniers assurent le suivi annuel du Programme au niveau des frontaliers (postes de douanes), des zones de production du sel iodé et des grands marchés du pays. Le MSP exerce aussi un contrôle du taux d'iodation du sel dans ses laboratoires dans les zones de production et en utilisant la méthode qualitative des tests rapides au niveau des districts et villages. Des services au niveau communautaire font aussi des tests qualitatifs dans leurs sites d'intervention.

Le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires (Unicef et HKI) assure une supplémentation préventive en vitamine A des enfants de 6-59 mois , à travers deux campagnes de masse, annuellement au niveau national, ainsi qu'une distribution de routine à travers les formations sanitaires - avec un taux de couverture de plus de 80%. Les projets communautaires participent aussi dans la distribution de vitamine A. Les femmes accouchées reçoivent également une dose de vitamine A dans les premières 8 semaines, mais la couverture reste faible.

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 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 femmes enceintes et les enfants scolarisés reçoivent leur supplémentation en fer/acide folique (FAF) au niveau des formations sanitaires ou des écoles. La supplémentation en FAF des femmes enceintes fait partie intégrante des consultations prénatales dont la couverture est au moins de 60%. Concernant les enfants scolarisés, plus de 2,7 millions au niveau de 6.800 écoles reçoivent une supplémentation hebdomadaire en FAF dans le cadre du Projet PASE2. La portée de toutes ces actions reste encore limitée à cause de la complexité de la prise en charge de l'anémie, nécessitant une approche de lutte intégrée ciblant dans le même temps ses principales causes. C'est pourquoi la Section Alimentation-Nutrition en collaboration avec l'Unicef a entrepris le déparasitage systématique des enfants 1-5 ans et les femmes enceintes sous forme de projet pilote pour l'étendre à toutes les femmes enceintes en 2007, cela permet une lutte intégrée contre l'anémie.

3.6 Sécurité alimentaire au niveau des ménages

Plusieurs programmes et actions ont été entrepris pour assurer la sécurité alimentaire des ménages, mais les résultats obtenus sont en deçà des résultats 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 cinq ans après constate que le progrès accomplis a été trop lent par le manque de coordination et souvent de complémentarité et de cohérence. Ces politiques et programmes sont :

▪ **La Lettre de Politique de Développement Agricole (LPDA)**

La Lettre de Politique de Développement (LPDA) a été actualisée et adoptée en 1998 sous l'appellation (LPDA2) ; celle –ci comporte les objectifs majeurs de la LPDA1 notamment la sécurité alimentaire des populations guinéennes.

Elle met en outre l'accent sur les défis du secteur à savoir :

- Faire du développement du secteur le moteur de la croissance économique et social du pays ;
- Passer progressivement d'une agriculture de subsistance à une agriculture de marché ;
- Lutter contre la pauvreté ;
- Protéger l'environnement et la gestion rationnelle et durable des ressources naturelles.
- **La Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (SNSA).**
- Son objectif principal est de réduire, de façon durable, le nombre de gens qui souffrent de l'insécurité alimentaire et de malnutrition, particulièrement dans les zones les plus vulnérables. Elle a Trois axes stratégiques fondamentaux à savoir : (i) augmenter et stabiliser l'offre en denrées alimentaires ; (ii) améliorer l'accès aux denrées alimentaires ; et (iii) améliorer la consommation alimentaire.
- Le Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA)

Ce Programme vise à opérationnaliser la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (SNSA) qui contient les grandes orientations en matière de sécurité alimentaire. L'objectif de ce projet est, d'une part, d'accroître rapidement et durablement la production vivrière de base grâce à une large diffusion de technologies et modes de gestions améliorées dans les zones à haut potentiel et, d'autre part, de créer un environnement économique et social propice à la production alimentaire. Le programme est mis en œuvre en deux temps:

a.- première phase, travailler avec des groupes d' agriculteurs dans le cadre d'une formule expérimentale, sur quelques sites sélectionnés;

b.- Deuxième phase, étendre progressivement l'expérience pilote à toutes les grandes régions agro économiques.

La phase II qui se base sur les résultats acquis pendant la phase I inclut trois composantes:

- Réforme de la politique agricole;
- Elaboration d'un programme d'investissement agricole;
- Des études de faisabilité de projets bancables.

La Guinée n'a pas encore atteint cette phase II dans laquelle elle est cependant retenue.

Si le PSSA bénéficie d'une grande visibilité politique et d'une réussite reconnue au niveau local, il reste limité à une expérience pilote, fonctionnant sur des sites assez peu nombreux, avec des coûts

relativement élevés pour l'agriculteur. Sa portée est encore très restreinte, comparativement aux problèmes globaux d'insécurité alimentaire que connaît **le pays**.

Le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP).

Compte tenu de la complexité et du caractère multidimensionnel de la lutte contre la pauvreté et pour permettre la réussite, sur une base durable, des actions y afférentes qu'il faut entreprendre, les Autorités guinéennes ont décidé de formuler une stratégie de lutte contre la pauvreté qui tienne compte de la nécessité d'articuler judicieusement les actions conçues pour le court, le moyen et le long termes, et de prendre en compte toutes les dimensions (sociale, politique, économique, culturelle et technologique) de la pauvreté dans la manipulation des instruments de gestion macro-économique et de planification aussi bien au niveau global que sectoriel.

3.7- Urgences Nutritionnelles

En vue de faire face aux différents risques et catastrophes naturels (inondations, sécheresses, invasion acridienne, agression...) auxquels est fréquemment confronté le pays, 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 la malnutrition et de la pénurie alimentaire, suite à ces catastrophes, les interventions d'urgences nutritionnelle constituent un aspect important de cette stratégie. Ces interventions comprennent les enquêtes nutritionnelles, le dépistage des zones et groupes vulnérables, la prévision des besoins, l'organisation et la distribution d'aide alimentaire et des micronutriments, la récupération nutritionnelle des enfants sévèrement malnutris et l'évaluation de la situation nutritionnelle. La SNGRC préconise aussi l'intégration de la réduction des risques et de vulnérabilité aux catastrophes dans la planification macro-économique. La reprise des activités de développement de la population sinistrée reste un souci majeur.

Le Service National d'Assistance Humanitaire (SENAH) du Ministère de l'Intérieur est une structure institutionnelle intersectorielle et décentralisée efficace pour la gestion des risques et catastrophes en coordonnant les efforts de tous intervenants et des agences de coopération bilatéraux et multilatéraux.

3.8- Les instruments de collecte et d'analyse d'informations alimentaires et nutritionnelles

Il existe plusieurs instruments de collecte et d'analyse d'information alimentaires et nutritionnelles ayant pour but de fournir des informations sur la situation alimentaire et nutritionnelle. L'utilisation de ces informations - souvent disparates et isolées - est faite d'une façon non optimale dans les prises de décision et dans les actions. Il manque un système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle pouvant agir comme banque de données et faire une analyse et synthèse de toutes les données disponibles en vue de fournir des informations utiles aux responsables pour la formulation des politiques, la planification et gestion des programmes, et faire l'analyse de tendance dans le temps et l'espace.

Les différents instruments en place sont :

- La Direction Nationale de la Statistique et des Informations (DNSI) du Ministère du Plan fournit la plus grande base de données sur la situation nutritionnelle et alimentaire au niveau national à partir des enquêtes périodiques et ponctuelles qu'elle mène en collaboration avec divers ministères et partenaires. Parmi, les plus importantes sont l'Enquête Démographique et de Santé

(EDS), l'Enquête Permanente auprès des Ménages (EPM), l'Enquête à Indicateurs Multiples (EIM) et l'Enquête Anthropométrique.

- Le Système d'Alerte Précoce (SAP). Ce dispositif conçu pour prévoir les risques en matière de pénurie alimentaire suite aux calamités naturelles. L'extension de ce dispositif à l'ensemble du territoire s'inscrit dans les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la LPDA2 avec appui de la FAO.

Complémentairement à la mise en place du Système d'Alerte Précoce, le Réseau d'Observatoires Ruraux (ROR) a été lancé au cours de l'année 1998 en vue d'assurer le suivi de la situation des ménages sur plusieurs plans : revenus, conditions de vie, accès au crédit, situation alimentaire, etc. L'exploitation des résultats du ROR avec ceux des diverses enquêtes permet d'obtenir des renseignements pertinents sur les pertes de récoltes ainsi, que de manière générale, sur la Sécurité Alimentaire dans les zones rurales. Le ROR est une extension des observatoires ruraux qui a été mis en place dans quatre régions du pays. Les renseignements recueillis servent particulièrement comme éléments de décision aux responsables des différents Ministères et/ou Organismes impliqués dans la sécurisation alimentaire.

- Le Système d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et la Vulnérabilité (SICIAV) a été mise en place avec l'appui du PAM en vue de fournir des informations sur les personnes victimes ou exposées au risque de l'insécurité alimentaire. La mise en place d'actions pilotes dans le cadre du Programme SICIAV est en cours d'exécution.

3.9- Nutrition en milieu Scolaire

Le Programme de Nutrition Scolaire du Projet PASE2 est axé sur la promotion de la nutrition, de l'hygiène, de la santé et de l'environnement du milieu scolaire, dans les écoles primaires publiques et privées. Ce Programme est exécuté par le Ministère de l'Enseignement Pré-universitaire. Les enfants scolarisés de 6-14 ans reçoivent une supplémentation hebdomadaire en FAF, et les enfants scolarisés (6-14 ans) ou non scolarisés (3-14 ans) sont déparasités. A part l'éducation sanitaire et nutritionnelle, on fait aussi la promotion de distribution des capsules d' iode. Ces activités vise donc à améliorer l'alimentation des enfants et de prévenir les carences en fer et iode qui peuvent entraver la performance scolaire..

3.10- Coordination et gestion

Vu la nature multisectorielle des interventions de lutte contre la malnutrition, une coordination efficace s'avère importante en vue d'assurer une complémentarité, cohérence et synergie des programmes. Des structures de coordination des interventions en matière de nutrition ont été mises en place, mais le système de coordination est faible à tous les niveaux, et constitue à cet effet un facteur de blocage. Cette situation entraîne une faible synergie des interventions et une dispersion des efforts. En outre le peu ou l'inexistence de considérations accordées à des éléments d'ordre nutritionnel dans les politiques et programmes de développement économique et social ne fait qu'envenimer la situation, et donc augmenter les populations vulnérables. Ainsi la volonté et engagement politiques exprimés au plus haut niveau pour accorder la priorité à la lutte contre la malnutrition ne sont pas toujours traduits en action.

D'autres faiblesses relevées sont : une conscientisation insuffisante de certains gestionnaires, responsables et techniciens de programmes sur la problématique de la malnutrition; une insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles ; une insuffisance de la traduction

des stratégies en actions spécifiques ; des interventions souvent trop ponctuelles ; la non application des textes législatifs ; la faible implication des décideurs et les problèmes de nutrition vus prioritairement sous l'angle santé avec faible implication multisectorielle..

Généralement le Ministère de la Santé assume le rôle de leadership en matière de lutte contre la malnutrition et des carences en micronutriments (iode, vitamine A, fer) et collabore étroitement avec d'autres ministères selon la nécessité des interventions – par exemple, avec les Ministères du Commerce et des Finances sur l'application de la législation sur le sel iodé et la commercialisation des substitut au lait maternel, et le Ministère de l'Agriculture dans les sites de production du sel de cuisine et la cuisine alimentaire. Le Ministère de la Santé Publique collabore aussi avec d'autres partenaires. Dans la mise en œuvre des activités de nutrition ou PCIME au niveau communautaire. Il élabore aussi des protocoles techniques en matière de nutrition (ex. supplémentation en vitamine A, prise en charge des enfants sévèrement malnutris, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant).

Des structures de coordination comme la SAN, le programme TDCI se sont avérés très efficace dans la coordination de la mise en œuvre des politiques nationales en matière de la lutte contre les TDCI et la promotion de l'allaitement maternel. Ces structures, présidées par le Ministère de la Santé, regroupent tous les autres ministères concernés ainsi que les représentants du secteur privé, des ONGs et des agences internationales.

Le Comité National de Nutrition a été mis en place en vue de coordonner les actions en matière de lutte contre la malnutrition. Il est une structure formelle présidée par le MSP et regroupant des représentants des départements ministériels concernés par la résolution des problèmes nutritionnels. Ce Comité doit regrouper périodiquement et de façon informelle tous les intervenants en nutrition (tous les ministères, projets nationaux, agences bilatérales et multilatérales, ONGs, opérateurs,...). Parmi les réalisations de cette structure figurent un meilleur échange d'information entre intervenants, une bonne harmonisation des messages d'éducation nutritionnelle utilisés dans les différents programmes et projets, et une tentative d'éviter le chevauchement des interventions communautaires. Il existe un comité de nutrition au niveau national et des comités aux niveaux régional et préfectoral et communal à Conakry.

Cette structure est conçue pour assurer une coordination politique et stratégique des objectifs nutritionnels intégrés dans les politiques de développement socio-économique (DSRP) et sectoriel (santé, population, agriculture, finances, coopération, plan, etc...)

La lutte contre la malnutrition exige un large partenariat avec la société civile, le secteur privé, les ONGs, les institutions nationales (groupes professionnels, universités) et la communauté internationale.

4- Le VIH/SIDA et la nutrition :

Le VIH/SIDA constitue une menace sérieuse pour la sécurité alimentaire, la production agricole et aggrave la pauvreté. C'est pourquoi le Gouvernement a défini un ensemble de stratégies et mis en œuvre un programme national de lutte (PNLS). Une stratégie de cet ensemble devra être désormais la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le virus du sida (PVVS) et celles malades de sida .

III- Politique et Stratégies Nationales d’Alimentation et de nutrition

1- Politique

1.1- Préambule

Pour combattre la malnutrition et compte tenu des Objectifs de Développement du Millénaire auxquels a souscrit le gouvernement guinéen et, afin d’assurer un développement rapide et durable, La Guinée, dans le cadre de la SRP, s’est fixé comme objectifs de :

- Réduire de moitié le taux de pauvreté d’ici 10 ans.
- Réduire de moitié le taux de malnutrition
- Réduire de moitié le nombre des personnes sous-alimentées à l’horizon 2015.

L’élaboration de la Politique Nationale d’alimentation et de Nutrition a été réalisée d’une façon multisectorielle et pluridisciplinaire démontrant ainsi la complexité des problèmes liés à l’alimentation et à la nutrition ainsi que celle des facteurs qui les déterminent. Ce document de politique nationale :

- Identifie les mesures susceptibles de juguler ces problèmes à court, moyen et à long terme.
- Attire l’attention des hauts responsables du pays, des planificateurs, des partenaires au développement sur l’ampleur de l’insécurité alimentaire et de la malnutrition en Guinée et ses conséquences sur le développement humain et socio-économique.
- Oriente le gouvernement et ses partenaires sur les interventions intersectorielles prioritaires à promouvoir dans la lutte contre l’insécurité alimentaire et la malnutrition en Guinée.
- Propose un cadre institutionnel pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles en Guinée.

1.3- But de la Politique

Assurer le droit de la population guinéenne toute entière à une alimentation et à une nutrition adéquates, en vue d’améliorer la survie des enfants, et de leur permettre un développement maximal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des enfants et de leurs parents.

1.4- Objectifs Généraux de 2005 à 2015: L’objectif général est d’améliorer l’état nutritionnel des populations en général et celui des groupes vulnérables en particulier ;

1.5- Objectifs spécifiques de 2005 à 2015:

- a. - Réduire de moitié la prévalence de l’insuffisance pondérale (poids/âge<-2ET) chez les enfants de moins de 3 ans – de 25% à 12%;
- b.- Réduire de moitié la prévalence de l’insuffisance de poids à la naissance ;
- c.- Réduire de moitié la proportion de la population victime de l’insécurité alimentaire; c’est à dire n’atteignant pas le niveau moyen d’apport calorique de 2.300 kilocalories par personne par jour.

D’ici l’an 2010:

- a.- Éliminer virtuellement l’avitaminose A chez les enfants de moins de 5 ans ;

b.- Réduire de moitié l'anémie chez les enfants d'âge pré-scolaire (*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 procréer (*de 50% à 25%*).

D'ici l'an 2007 :

Éliminer virtuellement les troubles dus à la carence en iode chez toute la population ;

2- Stratégies

Les stratégies adoptées dans le cadre de cette Politique reposent sur l'expérience positive des stratégies mises en œuvres jusqu'ici en Guinée, dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition, ainsi que les bonnes pratiques alimentaires au niveau global. Ces stratégies visent à assurer le droit de tous citoyens guinéens à une alimentation et à une nutrition adéquates et prévenir la malnutrition à tous les stades critiques du cycle de vie (enfants d'âge préscolaire et scolaire, femmes enceintes et allaitantes, adolescentes) tout en éliminant les discriminations à l'encontre des filles et des femmes en matière de nutrition et luttant contre l'exclusion des groupes marginalisés.

Les actions multisectorielles menées au cours de la dernière décennie - telles la promotion de l'allaitement maternelle, l'éducation nutritionnelle, les interventions nutritionnelles à base communautaire et scolaire, la lutte contre les carences en micronutriments du sécurité alimentaire- ont donné des résultats positifs. Le renforcement de ces actions et l'extension de leurs couvertures géographiques aideront à augmenter leur impact au niveau national. Mais ces actions au niveau des causes sous-jacentes ne suffisent, pas car il faut aussi s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition. Ainsi une convergence et synergie avec les politiques et programmes socio-économiques (réduction de la pauvreté, sécurité alimentaire, stratégies sectorielles) est essentiel pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition.

Il faut s'attaquer à la malnutrition à partir de la base et là où le coût/efficacité des interventions est le meilleur en vue d'assurer à l'enfant une alimentation adéquate et une bonne santé. L'intervention nutritionnelle au niveau communautaire est donc le noyau central de cette action en vue de faire adopter des bonnes pratiques en matière de nutrition, d'hygiène et de santé par les familles et communautés. L'intégration aux services de la santé est un élément essentiel de cette stratégie en vue de prévenir les maladies infectieuses qui sont une des principales causes de la malnutrition et de mortalité chez les enfants. Une convergence effective des services agricoles et des interventions pour la réduction de la pauvreté (DSRP) est aussi essentielle en vue d'assurer la sécurité alimentaire des ménages, autre facteur sous-jacent de la malnutrition (voir annexe 2). Le succès de ces interventions demande une stratégie de communication et de plaidoyer pour mobiliser la participation active de la population et des responsables dans la mise en oeuvre de cette Politique. Un système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle, incluant les maladies chroniques liées à l'alimentation, fournira les informations utiles aux responsables et aux communautés pour la coordination et le suivi de la mise en oeuvre de la Politique.

Une structure de coordination et suivi au niveau national et régional sera mise en place en vue d'assurer la collaboration et synergie multisectorielle, et que l'engagement de l'État soit traduit dans l'action. La préfecture sera la structure à la base qui assurera la coordination multisectorielle et le suivi des interventions au niveau communautaire.

La stratégie globale vise donc à :

1. Promouvoir l'habilitation des populations cibles à améliorer leur situation nutritionnelle et de santé ;

2. Renforcer les systèmes de coordination à tous les niveaux ;
3. Promouvoir l'engagement des autorités nationales, régionales, locales et traditionnelles ;
4. Accorder la priorité aux stratégies préventives dans la lutte contre la malnutrition, notamment du nourrisson et du jeune enfant;
5. Renforcer l'accès aux services de base (surtout santé, agriculture et social) ;
6. Faciliter la convergence des programmes socio-économiques (surtout DSRP et PSSA, PNDS)
7. accélérer la mise en œuvre en assurant le financement des programmes sectoriels qui vont découler de la politique nationale

Cette stratégie globale se décompose en plusieurs sous-stratégies opérationnelles suivantes.

Stratégie N°1 : Prise en charge intégrée

1.1. Prise en charge de la malnutrition

L'approche consistera à :

- Promouvoir l'extension des CREN pour prévention et la prise en charge des cas de malnutrition modérés vers tout le territoire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire.
- Promouvoir l'extension des CNT vers tout le territoire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire.
- Prise en charge et suivi au niveau des sites communautaire des enfants sortis des CREN/CNT.
- Mettre en place un système de référence et de contre référence.

Améliorer et faciliter l'utilisation des soins de santé primaires au niveau des CS et organiser des stratégies avancées (si nécessaire) au niveau des sites de nutrition communautaire.

- Mettre en œuvre l'approche PCIME, y compris la surveillance de la croissance de tous les enfants fréquentant les centres de santé.
- Focaliser la surveillance de la croissance sur les enfants de 0-3 ans, aussi bien dans les centres de santé qu'au niveau communautaire, tout en ciblant tous les enfants de 0-5 ans pour toutes les autres activités.
- Renforcer l'intégration des interventions nutritionnelles aux autres programmes de santé maternelle et infantile (déparasitage, PTPE, supplémentation en FAF, traitement présomptif intensif du paludisme des femmes enceintes, vitamine A, PEV, PF, ...) en adoptant l'approche « Actions Essentielles en Nutrition ».
- Assurer la qualité de la prise en charge des enfants sévèrement malnutris (INSE, CREN des hôpitaux, CHU Donka et Ignace Deen) et les enfants nés de mère séropositif
- Assurer la complémentarité PCIME-clinique et PCIME-communautaire
- Inclure la supplémentation en zinc dans le schéma de prise en charge de la diarrhée chez les enfants d'âge préscolaire

1.2. : Maladies émergentes et réémergentes liées à l'alimentation

Trois problèmes émergents – les maladies non transmissibles (MNT) et le VIH/SIDA et la sécurité sanitaire des aliments - risquent de devenir des sérieux problèmes de santé publique durant la prochaine décennie. Dans les trois cas la prévention se trouve essentiellement au niveau du changement de comportements. La prévention des MNT (diabète, maladies cardiovasculaires, cancer...) demande une amélioration du régime alimentaire, plus d'exercice physique (sport), moins d'alcool et arrêt de fumer, ainsi que la prévention de l'obésité. Pour le VIH/SIDA il y a le risque de transmission mère-enfant durant la grossesse, pendant l'accouchement et par l'allaitement maternel ; aussi les enfants des parents affectés courent un plus grand risque de se retrouver dans des situations difficiles et de malnutrition ; et les personnes vivant avec le virus du

1.3 : Interventions nutritionnelles en milieu scolaire

SIDA eux-mêmes risque la dénutrition. C'est pourquoi un programme de prise en charge nutritionnelle doit être élaboré dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments des contrôles doivent être faits.

L'approche consistera à :

- Etudier l'ampleur des maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation (diabète, maladies cardiovasculaires (MCV), Surpoids/obésité et cancer)
- Développer des interventions pilotes ciblées. Ces interventions seront orientées vers la prévention et la promotion des styles de vie sains à travers l'information et la sensibilisation des populations.
- Intégrer la nutrition dans la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA – concernant l'allaitement maternel et substituts au lait maternel, l'alimentation de complément du jeune enfant, l'alimentation des personnes vivant avec le virus de sida (PVVS).
- Intégrer la sensibilisation sur le VIH/SIDA dans les activités des sites de nutrition communautaire.

Pour cela des interventions pilotes vont être développées avant le passage à une plus grande échelle.

Développer le réseau info sam dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments.

1. 3. Intervention nutritionnelle en base communautaire

L'approche consistera à :

- Consolider et étendre les interventions au niveau communautaire à tous les districts au niveau national, aussi bien en zones rurales qu'urbaines, les préfectures plus vulnérables devant être couvertes prioritairement.
- Mettre en œuvre les stratégies spécifiques de lutte contre la MPE et les carences en micronutriments en intégrant l'approche « Actions Essentielles en Nutrition ».
- Adopter l'approche de la participation communautaire à toutes les étapes de planification, mise en œuvre et suivi/évaluation des activités.
- Focaliser sur les enfants de moins de 3 ans la surveillance et la promotion de la croissance tout en ciblant tous les enfants de 0-5 ans pour toutes les autres activités.
- Assurer la convergence des programmes agricoles/élevages en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages surtout pendant la période de soudure.
 - Améliorer la qualité et l'efficacité des prestations au niveau communautaire en adoptant l'approche PCIME-communautaire dans tous les sites. D'autres approches innovatrices (ex. FARN-G << Positive Déviance>>) pourront aussi être pilotées et adoptées. Les activités de développement psychosocial ont un effet positif sur l'amélioration du statut nutritionnel des jeunes enfants et vice-versa.
- Mettre l'accent sur la prévention de la malnutrition saisonnière (soudure) - due à l'insécurité alimentaire et aux maladies infectieuses (maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës et paludisme).
- Limiter la distribution des suppléments alimentaires aux personnes des groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes et allaitantes) afin de renforcer la vocation préventive des interventions communautaire et d'assurer la pérennité de ces interventions.
- Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour le changement de comportement.
- Renforcer le lien entre les sites de nutrition communautaire et les CS, ainsi que l'utilisation des soins de santé primaires par la communauté (PEV, PCIME, CPN, etc.). Référer les enfants sévèrement malnutris à l'INSE, CHU, CNT..., et faire le suivi au retour dans la communauté. Les

sites peuvent mobiliser la communauté pour les activités de santé et la supplémentation en micronutriments, participer à « l'approche district » du MSP : vente des produits sanitaires au niveau communautaire.

- Faciliter la convergence des actions entreprises dans le cadre du DSRP ou autres programmes socio-économiques. (Voir Stratégie 8).

Les sites communautaires pourront être encadrés par des agents communautaires formés et/ou des volontaires pour mener les activités. Des agents ou des organisations de proximité vont promouvoir l'interface entre les communautés et les services techniques (santé, agriculture, sociale) ou des programmes en vue d'améliorer l'accès aux prestations de service ou bénéfices (dons alimentaires, intrants agricoles, petits crédits, ...). Les préfectures seront responsables de la coordination avec le service agricole et les services sociaux de proximité, et assureront leur convergence dans les sites de nutrition communautaire. La préfecture facilitera aussi la convergence des actions entreprises dans le cadre du DSRP. La préfecture utilisera le taux de malnutrition parmi les indicateurs pour le suivi de l'impact des programmes de développement au niveau de la préfecture.

Stratégie No.2 : Lutte contre les carences en micronutriments

2.1. Iodation du sel

L'approche consistera à :

Mettre en œuvre les stratégies spécifiques de lutte contre les carences en micronutriments

- Assurer la pérennisation des structures d'iodation du sel – éventuellement la double fortification du sel en iode et Fer en vue de la prévention des TDCI et caries dentaires respectivement.
- Assurer que les 32% de la population non couverte par le sel iodé le soit avant 2010.
- Renforcer l'application de la législation sur le sel iodé et assurer que tous les sels soient correctement iodés.

2.2. Lutte contre la carence en vitamine A

Promouvoir la diversification de la production et de la consommation alimentaire à travers le développement du jardinage et du petit élevage familial au niveau des sites de nutrition communautaire en vue d'améliorer l'apport et la bio disponibilité en fer et vitamine A.

- Augmenter la couverture adéquate de supplémentation en vitamine A des enfants et des accouchées en organisant aussi la distribution au niveau des formations sanitaires et des sites communautaires.

2.3. Lutte contre la carence en fer

Développer des approches intégrées de lutte contre l'anémie (supplémentation en FAF, déparasitage et contrôle du paludisme) chez les femmes enceintes et les enfants d'âge préscolaire (1-5ans) dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

- Assurer des programmes intégrés de santé et nutrition scolaires
- Promouvoir la fortification alimentaire en fer, vitamines du groupe B et vitamine A avec HKI.

2. 4. Promotion de l'allaitement Maternel

Dès la naissance, l'allaitement maternel assure le bon état nutritionnel du nourrisson et le protège contre les infections. C'est pourquoi l'OMS, l'UNICEF et la Politique Nationale de Nutrition recommandent que les enfants soient nourris exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois. Cependant, en Guinée, seulement 11% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein.

L'allaitement maternel doit se poursuivre jusqu'à 24 mois au moins. Cependant, à partir du sixième mois, le nourrisson doit commencer à recevoir une alimentation de complément adéquate. Des aliments locaux riches en énergie, protéines, fer et vitamine A sont à la base de cette alimentation de complément.

Malheureusement en Guinée, 45% des enfants de 6-9 mois ne reçoivent pas encore les aliments de compléments indispensables à leur croissance adéquate.

L'approche consistera à :

La formation des agents des hôpitaux et centre de santé en conseil en allaitement maternel et farine.

La prévalence et l'évaluation des hôpitaux et centre de santé dans le cadre de la remise du Label " Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB)" et communauté amis des bébés pour les hôpitaux et communautés ayant remplis les dix conditions.

Stratégie No. 3 : La conservation des récoltes des aliments

3.1. L'amélioration de la sécurité alimentaire dans les ménages

L'approche consistera à :

- Assurer que l'appui des services de vulgarisation agricole/élevage/pêche soit accessible à tous les sites de nutrition communautaire (surtout en zones rurales et zones d'insécurité alimentaire). Renforcer l'encadrement des agents communautaire par les agents de vulgarisation agricole/élevage/pêche. Vulgariser les « Guides Référentielles » en matière de petite production, transformation et stockage surtout pour assurer la soudure.
- Faciliter l'accès des populations des sites de nutrition communautaire **aux programmes PSSA et SRP**. Ces programmes s'adressent à l'amélioration de l'insécurité alimentaire ainsi qu'à la réduction de la pauvreté.
- Augmenter la production et la productivité vivrière dans les sites de nutrition communautaire, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire (vivres, jardins potager et fruitier, pisciculture, petit élevage)
- Promouvoir la diversification de la petite production familiale (jardin potager/fruitier, pisciculture, petit élevage avec utilisation des Guides Référentielles.
- Diversifier et améliorer l'utilisation des aliments au niveau des ménages.
- Promouvoir les activités génératrices de revenu.
- Promouvoir les petits investissements en zones rurales et le partenariat entre groupements de producteurs et le secteur privé.
- Faciliter l'accès des producteurs aux facteurs de production (terre, intrants agricoles, crédits...)
- Promouvoir les mutuelles d'épargne et de crédit

3.2. Elaboration et application des normes et législation relatif à la nutrition et à l'alimentation

L'approche consistera à :

La mise en œuvre de la PNAN dépend, dans une grande mesure, du partenariat avec le secteur privé. Les opérateurs économiques mettent sur le marché un grand éventail des produits alimentaires et nutritionnels, ainsi que des services relatives à la nutrition ou ayant un potentiel pour promouvoir cette Politique. La promulgation des normes et législations est nécessaire afin d'assurer la qualité de ces produit et de protéger la santé de la population. Des législations concernant la production et la vente du sel iodé sont déjà appliquées d'une façon plutôt satisfaisante. Il y a des lacunes au niveau de la réglementation sur les normes, la qualité et l'innocuité des aliments cuits mis en vente – surtout les aliments vendus sur les voies publiques. Les carences en certains micronutriments étant des

problèmes de santé publique dans le pays et l'industrie alimentaire pouvant jouer un rôle important dans ce domaine, il faut établir des normes de fortification alimentaire en micronutriments, y compris en fer, vitamine A et fluor. Avec le nombre important des femmes qui joignent le marché du travail, c'est important d'assurer que les lois du travail protègent la santé et la nutrition des travailleuses et leurs jeunes enfants. La formulation et l'application d'une législation alimentaire réaliste et applicable sont essentielles en vue de mieux encadrer ce secteur et protéger les consommateurs.

Mettre en place un système dans le cadre de la sécurité sanitaire des aliments pour mieux protéger le consommateur.

L'approche consistera à :

- Mettre en place et faire appliquer une législation sur la qualité et l'innocuité des produits alimentaires – produits localement ou importés – pour la protection des consommateurs (Sécurité alimentaire des aliments).
- Etablir les normes sur les produits alimentaires en se basant sur le *Codex Alimentarius* de la FAO et OMS.
- Renforcer l'application des législations existantes – décret sur le sel iodé, code sur les substituts au lait maternel,...
- Assurer l'accès de la population aux denrées alimentaires fortifiés en micronutriments (y compris fer et vitamine A).
- Réglementer et Encadrer le commerce informel des aliments vendus sur les voies publiques pour améliorer leur qualité hygiénique et nutritionnelle.
- Renforcer le réseau des laboratoires de contrôle alimentaire – hygiène alimentaire, altération alimentaire, sel iodé/fluoré, fortification alimentaire, ...
- Faire une large information/formation des consommateurs sur les législations alimentaires et leur rôle à les respecter et à les faire respecter.
- Intégrer dans les lois du travail des textes, en vue de protéger la santé et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que la nutrition et la santé des mères et des travailleurs en général, et demander aux gros employeurs de mettre en place des crèches « amis des bébés » à la disposition des travailleuses ayant des jeunes enfants.

Stratégie No.4 : Le partenariat

4.1. Communication

L'approche consistera à

- Intensifier le plaidoyer à tous les niveaux afin de:
 1. assurer le droit à une alimentation et à une nutrition adéquate (quantité et qualité)
 2. sensibiliser les décideurs sur la notion de nutrition et de sécurité alimentaire des ménages ; les causes de la malnutrition ainsi que ses conséquences sur le développement humain et socio-économique
 3. intégrer la lutte contre la malnutrition dans tous les programmes de développement
 4. utiliser le taux de la malnutrition parmi les indicateurs de développement et de pauvreté.
- Faire l'information des responsables sur les politiques et programmes sur leurs rôles dans la lutte contre la malnutrition.
- Promouvoir le changement de comportement de la population en matière de nutrition et santé (IEC, éducation nutritionnelle, ...) à tous les niveaux.
- Adopter une approche améliorée et uniforme en matière de communication.

- Adopter une approche multimédia avec l'implication des médias à tous les niveaux (national, radio rurale et communautaire) en formant en nutrition les communicateurs et les agents en charge de la défense des consommateurs
- Rechercher la collaboration des services de communications des ministères sectoriels et de la radio/TV nationale, radio rurale et communautaire dans l'élaboration et diffusion des messages.
- Élaborer la stratégie de communication à tous les niveaux – national, régional, préfectoral et communautaire, et tous les secteurs – public, privé, ONG et société civile.
- Intensifier le programme de communication interpersonnelle et de mass media au niveau des sites de nutrition communautaire pour l'amélioration des pratiques nutritionnelles des ménages, à travers le radio rural et communautaire.
- Valoriser le statut des femmes et promouvoir l'approche genre pour favoriser les comportements favorables à la SAM et à une meilleure nutrition.

Préparation à l'urgence nutritionnelle et aux situations d'urgences

4.2. Préparation à l'urgence et réponses nutritionnelles aux situations d'urgences

L'approche consistera à :

- Travailler avec le Service National d'Assistance Humanitaire (SENAH) dans le cadre de la *Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC)* pour les actions de préparation et réponse aux urgences relatives aux risques nutritionnelles.
- Planifier et réaliser des enquêtes nutritionnelles rapides pour le dépistage des zones et groupes vulnérables, et la planification des secours nutritionnels en complémentarité avec les secours dans les autres domaines (santé, eau et assainissement, etc.). Les enquêtes de suivi évalueront régulièrement l'évolution de la situation nutritionnelle et détermineront l'arrêt progressif des opérations.
- Assurer l'allaitement maternel exclusif des enfants jusqu'à 6 mois et continuer jusqu'à 2 ans en vue de prévenir la malnutrition et la mortalité chez les jeunes enfants.
- Assurer une aide alimentaire (surtout dans les zones affectées par des pénuries alimentaires) et la distribution des micronutriments en priorisant les enfants, les femmes enceintes et allaitantes.
- Assurer la mise en place des structures de prise en charge des cas de malnutrition pour la prise en charge des enfants malnutris.
- Intensifier et étendre les activités de nutrition communautaire dans les zones exposées aux catastrophes naturelles avant une catastrophe pour assurer une bonne préparation à l'urgence et aussi après la catastrophe pour assurer une réhabilitation plus rapide des communautés affectées.
- Intégrer une dimension nutritionnelle dans les activités de réhabilitation, (ex. vivre contre travail (VCT), activités agricoles, etc).

4.3. Convergence des politiques de développement

Cette stratégie consiste à intégrer l'état nutritionnel des enfants comme indicateur de mesure de l'efficacité de la stratégie de réduction de la pauvreté.

L'approche consistera à :

- Assurer la convergence des stratégies multisectorielles de la SRP dans les sites de nutrition communautaire, en vue de renforcer la synergie entre la PNAN et la SRP. Initier cette approche en assurant la convergence des stratégies de la SRP dans les domaines de la santé, agriculture et eau/assainissement suivis des autres stratégies.

- La stratégie « santé » qui vise l'amélioration de l'accès, plus particulièrement des pauvres, aux services de santé et comprend l'application de la PCIME et la lutte contre le paludisme et la malnutrition.
- La stratégie « développement rural » qui vise à « assurer la sécurité alimentaire et optimiser l'utilisation des ressources ».
- La stratégie « eau et assainissement » surtout l'initiative WASH qui vise à sensibiliser la population sur le changement de comportement concernant l'hygiène.
- Promouvoir la convergence de la Politique de Population au niveau des sites de nutrition communautaire, particulièrement :
 - L'accès au service de planning familial ;
 - La réinsertion sociale des groupes marginalisés.
- Contribuer à la scolarisation universelle des enfants, en mettant l'accent sur celle des filles. Le niveau d'instruction des mères est associé à un meilleur statut nutritionnel et de santé des mères et des enfants. Aussi un faible niveau d'instruction n'est pas favorable à l'abandon de certains mœurs et coutumes contraignants. Les sites de nutrition communautaire peuvent encourager la scolarisation de tous les enfants d'âge scolaire.
- Utiliser le taux de la malnutrition globale (insuffisance pondérale) comme indicateur clé pour le suivi et évaluation de l'impact de la mise en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté – ces données peuvent être disponibles au niveau des sites de nutrition communautaire.
- Intégrer la lutte contre la malnutrition comme un élément clé de tous les politiques et programmes de développement et utiliser l'indicateur de la malnutrition pour évaluer l'impact sur le développement humain. Intégrer la nutrition aussi dans les Plans Préfectoraux de Développement.

4.4. : Système national d'information alimentaire et nutritionnelle

L'approche consistera à :

- Mettre en place une unité pour centraliser la gestion, la synthèse et l'analyse des données alimentaires et nutritionnelles [Unité Centrale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (UCSAN)] provenant des différentes sources (voir ci-dessus). L'UCSAN travaillera avec les différents services afin d'améliorer la qualité et d'harmoniser l'output de leurs données alimentaires et nutritionnelles.
- Informatiser toutes les statistiques alimentaires et nutritionnelles et les diffuser sur Internet et par des bulletins périodiques.
- Organiser les différents instruments de collecte et analyse de données alimentaires et nutritionnelles dans un Système National d'Information Alimentaire et Nutritionnelle.
- Harmoniser la méthodologie des enquêtes et la définition des indicateurs afin de rendre les données, de sources différentes, comparables et faciliter leurs l'interprétation.
- Promouvoir l'utilisation du Cadre Conceptuel de la Malnutrition dans l'analyse des causes de la malnutrition en vue d'assurer des bases de données multisectorielles.
- Mettre en place un système de surveillance multisectoriel dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments (Info Sam) préconisé par l'OMS
- Promouvoir l'utilisation des indicateurs de la malnutrition parmi d'autres indicateurs socio-économiques dans tous programmes de développement.
- Préparer (par l'UCSAN) une synthèse annuelle des statistiques alimentaires et nutritionnelles qui servira de base pour la préparation du rapport annuel du Comité de Coordination et de Suivi » de la PNAN .

Cette unité qui sera rattaché à la cellule « Suivi/évaluation » « du Comité de Coordination et de Suivi » de la PNAN devra avoir les compétences d'informatiser toutes les bases de données

alimentaires et nutritionnelles, faire une analyse pluridisciplinaire et rendre les informations disponibles sur Internet et par des bulletins périodiques.

L'UCSAN travaillera en étroite collaboration avec le système d'information sur la sécurité alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments et le commerce, doté de centres spécialisés de collecte d'une part (sources d'informations des différents ministères sectoriels, projets et programmes), et d'une centrale d'analyse et de diffusion des informations d'autre part. Cette centrale sera logée au plus haut niveau possible de l'administration publique, dans l'institution la moins sectorielle possible; elle disposera de ressources humaines, matériels et financières adéquates.

4.5. Développement de la capacité nationale

L'approche consistera à :

- Elever la Section Alimentation/Nutrition au rang de Division et prévoir un poste de nutrition dans l'organigramme des directions régionales de la santé
- Renforcer la capacité institutionnelle et organisationnelle de tous les acteurs dans l'élaboration des politiques et plans d'action multisectoriels en matière de nutrition et leurs réalisations (programmation, budgétisation, gestion administrative et financière, communication, suivi et évaluation), y compris :
 - la capacité technique, de programmation et de gestion du Service de Nutrition du Ministère de la Santé ;
 - la capacité du Service de Sécurité Alimentaire du MAE à jouer un rôle plus appuyé dans la lutte contre la malnutrition, que ce soit au niveau de l'orientation des politiques agricole/pêche/élevage ou au niveau des interventions nutritionnelles communautaires.
 - les compétences au sein du Ministère du plan (MP) dans l'analyse de l'impact des politiques socio-économiques sur la réduction de la malnutrition, et le renforcement de la coordination multisectorielle en vue d'une meilleure synergie dans la lutte contre la malnutrition.
 - Développer la capacité de l'Université et d'autres institutions à faire de la formation en nutrition à tous niveaux – formations initiales, spécialisations, perfectionnement, remise à nouveau, etc. L'Institut National de Santé Publique peut mener les formations en nutrition communautaire et gestion de programme de nutrition. Une association doit être recherchée avec des institutions/universités étrangères en matière de collaboration académique.
 - Mettre en place un Centre de Documentation sur la nutrition au niveau national ainsi qu'au niveau régional. Tous les rapports pertinents et documents multimédia produits dans le pays seront mis à la disposition du public dans ces centres. Les agences de coopérations seront invitées à contribuer à la documentation.
 - Informatiser tous les « services de nutrition » tout en améliorant l'accès à l'Internet et l'utilisation des logiciels appropriés en vue de renforcer leurs capacités d'analyse, de planification et de gestion (ex. le logiciel PROFILES pour le plaidoyer, la programmation et la formation en matière de nutrition).
 - Habilitier les structures décentralisées, particulièrement les préfectures, à coordonner les actions multisectorielles dans la lutte contre la malnutrition, et se servir de la malnutrition parmi les indicateurs de résultats.
 - Renforcer la capacité des services techniques et des institutions en matière de recherche et développement sur la malnutrition, y compris les recherches formatives et opérationnelles en vue d'améliorer l'efficience et le coût/efficacité des interventions.
 - Mobiliser les media (radio, TV, presse écrite) ainsi que les media traditionnels pour la diffusion des messages au niveau national et régional.
 - Mettre en place une Unité Centrale de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (UCSAN) pour faire la synthèse et l'analyse des données nutritionnelles en vue d'informer la prise des

décisions des responsables et faciliter l'échange d'information entre les différents intervenants au niveau national et régional. L'UCSAN organisera aussi un système de rétro-information jusqu'au niveau communautaire tout en assurant que les données soient utilisées avant tout au niveau des villages ou quartiers et des préfectures.

IV. Montage Institutionnel du Système de Coordination et de Suivi

L'approche consistera à :

- Mettre en place une Structure de Coordination et de Suivi de la PNAN dénommée "Comité de Coordination de la Nutrition" (CCN) placé sous la tutelle du cabinet du MSP.
- Rendre effective la coordination de toutes les interventions relatives à l'alimentation et à la nutrition en vue d'assurer une meilleure synergie entre elles, et optimiser leur impact sur l'état nutritionnel de la population en général et des enfants en particulier.
- Inclure l'état nutritionnel des enfants parmi les indicateurs clés pour le suivi et l'évaluation de toutes stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté.
- Mettre à la disposition de tous les acteurs des différents secteurs toutes les informations utiles fournies par l'UCSAN.
- Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale et des programmes sectoriels d'alimentation et de nutrition

1- Fonctions du CCN

Le CCN s'occupe de la coordination de la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition, du suivi et de l'évaluation des activités multisectoriel de la nutrition et de l'alimentation, Ses fonctions sont les suivantes :

- Coordonner et harmoniser les interventions en matière de nutrition ;
- Donner des orientations stratégiques ;
- Suivre et évaluer l'exécution des programmes et projets sectoriels ;
- Assurer l'harmonisation des approches et le non chevauchement des interventions ;
- Rechercher les voies et actions, et donner des orientations des actions pour de meilleurs résultats en collaboration avec le Ministère du tutelle ;
- Développer une étroite collaboration avec les comités de gestion du programme spécial de sécurité alimentaire, à différents niveaux.

Une des priorités du CCN sera d'assurer une collaboration étroite entre les secteurs clés comme la santé, l'éducation et le développement rural à tous les niveaux, ainsi qu'avec les agences de mise en œuvre de la politique nationale d'alimentation et de nutrition.

2- Fonctionnement du CCN:

Le CCN organisera régulièrement des réunions pour la coordination ou suivi des programmes avec les acteurs ou groupes des acteurs de Mise en Œuvre - AMIO).

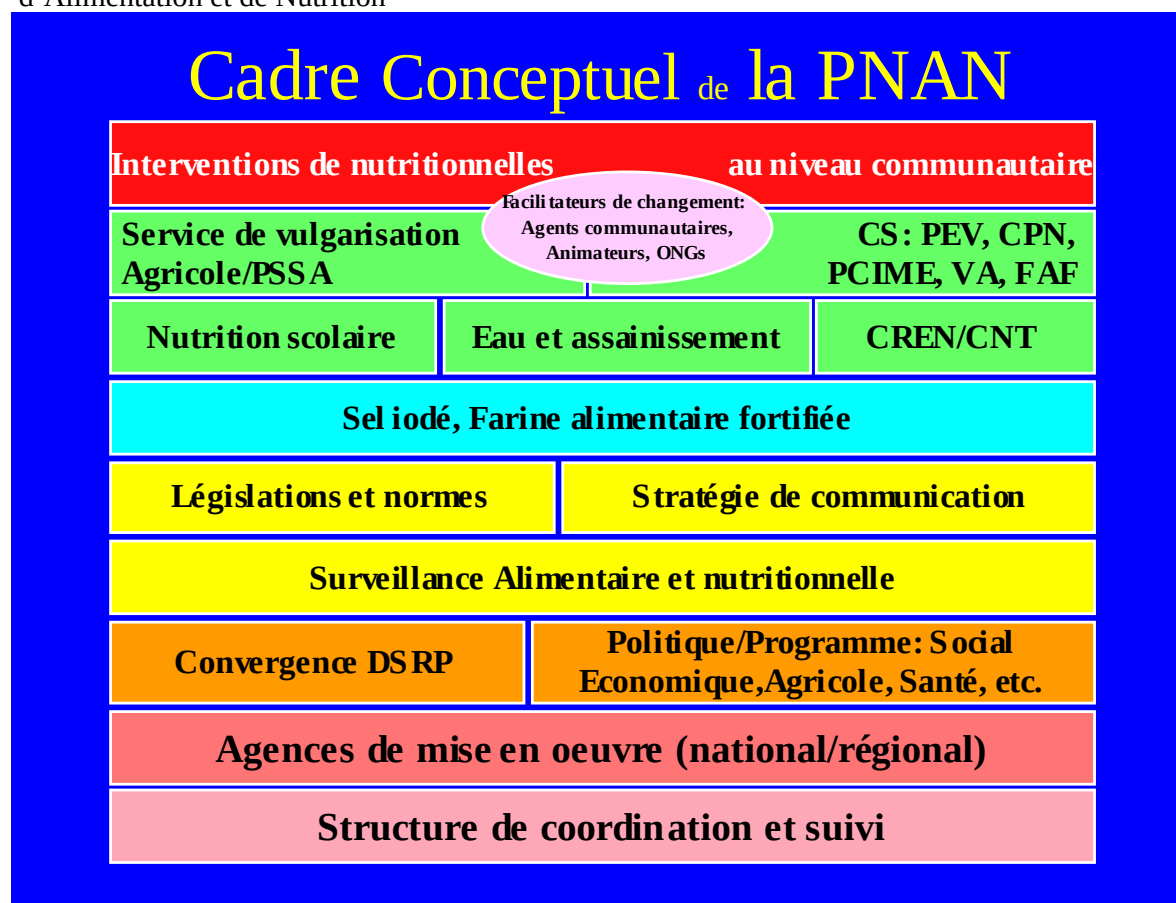
Les AMIO comprennent les représentants des ministères sectoriels et leurs services compétents, des programmes et projets nationaux, des institutions nationales, de la société civile, du secteur privé et des ONGs nationales et internationales. Les agences de coopération multilatérales et bilatérales qui apportent un appui financier et technique à ces programmes seront aussi représentées.

3- Mise en œuvre de la Politique Nationale

Les outils suivants seront élaborés par le CCN et utilisés pour la mise en œuvre de la Politique Nationale d'alimentation et de Nutrition :

- Un Plan National d'action résultant de la consolidation des programmes/projets sectoriels d'alimentation et de nutrition.
- Des plans d'action détaillés de chaque programme ou projet sectoriel.
- Des procédures et protocoles en matière de nutrition et alimentation.

Le CCN déposera à sa tutelle un rapport annuel analytique sur la situation nutritionnelle et alimentaire en Guinée, ainsi que sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Politique Nationale et des programmes sectoriels.



Structure de Coordination et Suivi de la mise en œuvre de la
Politique Nationale d’Alimentation et de Nutrition



Composition du CCN

Le CCN sera composé des Représentants des différents départements : (6)

- Le Ministère de la Santé Publique,
- Le Ministère de l’Agriculture, Elevage et Eau et Forêt
- Le Ministère du commerce Industrie et PME
- Le Ministère de l’Economie et des Finances
- Le Ministère de l’Information
- Le Ministère des Affaires Sociale Promotion Féminine et Enfance

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des statistiques sanitaires Ministère de la santé SSIS - 1999

Politique Nationale d’Alimentation – Nutrition Ministère de la Santé Publique - 2003

Enquête Démographique et de Santé (EDS II) Ministère du Plan et de la Coopération - 1999

Lettre de Politique de Développement Agricole (LPDA II) Ministère de l’Agriculture et de l’Elevage - 1998

Enquête Nationale sur les Troubles us à la Carence en Iode - 1994

Enquête Régionale sur la Carence en Vitamine A -1995

Analyse Profiles sur l’état nutritionnel des enfants et des femmes à l’aube du 3ème millénaire Ministère de la Santé Publique – 2001.

Stratégies Nationales sur le Développement Rural- Horizon 2010

Revue de la situation de la Guinée pour la préparation des projets régionaux du PRSA dans le cadre du PDDAA/NEPAD – 2003.