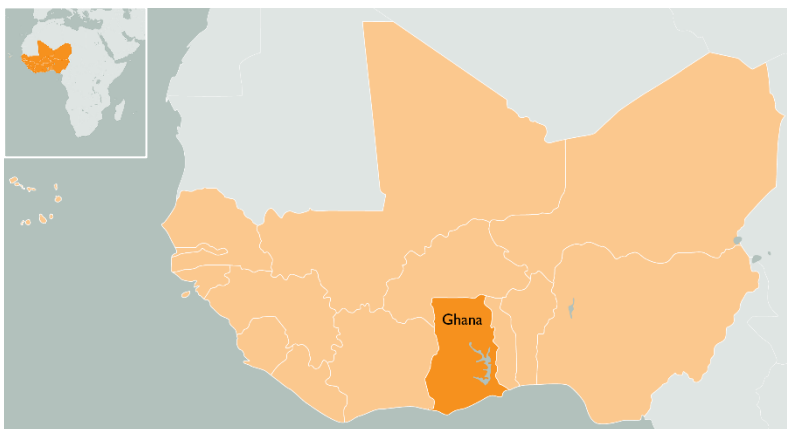


# La politique de nutrition au Ghana



## Que vous dit la présente note ?

La présente note résume les politiques pertinentes mises en œuvre au Ghana en matière de nutrition.

Nous examinons i) le contexte nutritionnel, les objectifs des politiques, les indicateurs, le budget et les activités planifiées ; ii) les bénéficiaires clés, les acteurs et la coordination ; iii) les mécanismes de suivi-évaluation et de responsabilisation des politiques et iv) si les politiques actuelles sont en adéquation avec les objectifs mondiaux de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS).

## MESSAGES CLES

### Pour quelle raison la présente note a-t-elle été élaborée ?

- Pour améliorer la compréhension de l'orientation actuelle de la politique de nutrition du Ghana et ses implications. Elle vise à répondre à une demande des partenaires et aux priorités.

### Quelles sont les principales conclusions ?

- La nutrition occupe une place prépondérante dans les politiques nutritionnelles, sanitaires, économiques, sociales et éducatives.
- Les jeunes enfants, les femmes en âge de procréer et les adolescents sont les groupes et les bénéficiaires ciblés les plus souvent mentionnés.
- Le contenu des politiques sur les six objectifs de l'AMS et de leurs indicateurs, met surtout l'accent sur le retard de croissance des < cinq ans et l'allaitement maternel exclusif, suivi par le faible poids à la naissance, et un peu moins sur l'anémie chez les femmes en âge de procréer et l'émaciation chez les enfants < cinq ans. La Politique nationale de nutrition adopte les six valeurs cibles de l'AMS.
- Toutes les politiques soulignent l'importance de la coordination multisectorielle.

### Quelles sont les recommandations pour les politiques futures ?

- Combler les déficits et les incohérences des politiques de nutrition, en mettant clairement en harmonie les cibles, les objectifs, les activités et les indicateurs en matière de nutrition.
- Donner la priorité à la nutrition dans tous les domaines stratégiques, y compris le secteur WASH, le genre, l'environnement, la protection sociale, l'éducation et la politique économique.
- Intégrer la nutrition dans les politiques et stratégies en cours d'élaboration afin de corriger les insuffisances identifiées dans les documents de politique actuels.
- Créer et maintenir de solides mécanismes de coordination verticaux et horizontaux pour s'attaquer aux questions qui se renforcent mutuellement et exigent un engagement multipartite.

## Le statut de la nutrition au Ghana

Le Ghana est sur la bonne voie pour atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) pour 2025 concernant les enfants de moins de cinq ans en surpoids (1 % en 2018<sup>i</sup>) et le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans (18% en 2018<sup>i</sup>). En dépit des améliorations notées par rapport aux cas de faible poids à la naissance (passés de 16,1% en 2000<sup>ii</sup> à 14,2% en 2014<sup>iii</sup>) et d'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) (de 59% en 2008<sup>iv</sup> à 42% en 2014<sup>v</sup>), le Ghana n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'un ou l'autre de ces objectifs. L'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie n'a pas progressé depuis 2014<sup>iii</sup> (52,3% en 2014<sup>iii</sup> et 43% en 2018<sup>i</sup>). De même, le Ghana n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de l'AMS concernant l'émaciation chez les moins de cinq ans (4,7% en 2014<sup>iii</sup> et 7% en 2018<sup>i</sup>). Au-delà des objectifs de l'AMS, l'anémie (66% en 2014<sup>iii</sup>) et le déficit pondéral chez les enfants de moins de cinq ans (13% en 2018<sup>i</sup>) demeurent à des niveaux élevés. La population adulte est confrontée au double problème du déficit pondéral, d'une part, et du surpoids ou de l'obésité, de l'autre : tandis que 6 % des FAP sont maigres (2014<sup>iii</sup>), 16,6% des femmes et 4,5% des hommes sont obèses (2016)<sup>vi</sup>.

## État des lieux de la politique nutritionnelle au Ghana

Le Ghana est doté d'un système politique multipartite, avec 16 régions, 260 districts locaux et une capitale nationale<sup>vii</sup>. Les politiques nationales sont ratifiées par le Parlement du Ghana. Ainsi, elles sont appliquées sur l'ensemble du territoire national. Dix-sept politiques de nutrition présentement appliquées sont traitées dans la présente note (Voir **Tableau 1**). Elles concernent les domaines de la santé (n=13), de la nutrition (n=2) et de la politique économique/sociale/éducative (n=2).

**TABLEAU I : Liste des politiques nationales relatives à la nutrition**

NR	Domaine	Nom de la Politique	Sigle	Début	Fin
1	Nutrition	Politique nationale de nutrition 2016	NNP	2016	2021
2		Stratégie intégrée de lutte contre l'anémie au Ghana	IACS	2003	NP
3	Santé	Politique nationale d'allaitement	NBP	1995	NP
4		Stratégie nationale de plaidoyer et de communication du Ghana pour la santé du nouveau-né et de l'enfant et Plan de travail de la première année	NNCHACS	2015	2019
5		Stratégie nationale pour la qualité des soins de santé au Ghana	GNHQS	2016	2021
6		Politique de genre du secteur de la santé	HS GP	2009	2014
7		Politique nationale des services communautaires de planification de la santé	CHPS	2016	2021
8		Politique nationale révisée de promotion de la santé	NHPP	2016	2020
9		Politique nationale de sécurité alimentaire	NFSP	2019	2024
10		Politique nationale de Santé pour une vie saine pour tous	NHP	2020	NP
11		Stratégie et plan d'action nationaux du Ghana pour la santé des nouveau-nés	GNNHSAP	2019	2023
12		Plan stratégique national du secteur de la santé du Ghana pour la lutte contre la tuberculose	NTHSSP	2015	2020
13		Plan d'accélération national pour les services pédiatriques anti-VIH au Ghana	NAPPHVS	2016	2020
14		Plan stratégique de la santé de la reproduction	RHSP	2007	2011
15		Plan stratégique d'assurance de la qualité des services de santé du Ghana	QASP	2007	2011
16	Economi- que/social éducatif	Politique nationale d'alimentation scolaire	NSFP	2015	2020
17		Cadre de politique nationale de développement à moyen-terme : Un agenda pour l'Emploi. Instaurer la prospérité et l'égalité des chances pour tous 2018-2021	MTNDPF	2018	2021

NS (Non Spécifié)

## METHODES

Les politiques, stratégies et plans d'action nationaux pertinents en matière de nutrition présentement en vigueur ou qui étaient à une étape avancée de leur élaboration en septembre 2020 ont été inclus dans la présente note. Les critères d'inclusion sont la présence d'un objectif nutritionnel, d'un budget pour la nutrition et/ou d'un indicateur relatif à la nutrition. Si nous n'avons pas pris certaines politiques en considération dans notre analyse c'est parce que soit i) nous n'avons pas eu accès aux documents de politique, soit ii) ces derniers ont été publiés ou mis à jour après consultation d'experts (septembre 2020).

Nous avons obtenu des documents potentiellement pertinents suite à une recherche systématique intégrant, notamment, des sites web pré-identifiés (ex. : ministères nationaux, organismes des Nations Unies et organisations non gouvernementales concernés), une recherche sur Google, une recherche de référence et une consultation avec des experts nationaux. Les consultations ciblées avec des experts régionaux et nationaux ont été utilisées pour accéder à des documents qui n'étaient pas disponibles en ligne et pour validation. Nous avons trié les documents identifiés (voir Annexe I) sur la base de nos critères d'éligibilité. Dix-sept documents ont été jugés conformes à nos critères d'admissibilité. Le codage, l'extraction des données et l'analyse du contenu de ces documents ont été effectués sur Excel.



## PROBLEM

### Sur quoi porte le contexte nutritionnel des politiques et quels sont les problèmes mis en évidence ?

Seize des dix-sept politiques traitées présentent un certain contexte nutritionnel. Ce contexte est plus complet pour ce qui concerne les politiques sanitaires, nutritionnelles et économiques/sociales/éducatives. Dans tous les domaines de politique, le contexte de la nutrition est essentiellement axé sur le niveau national. Cependant, ces seize politiques présentent également le contexte mondial, six d'entre elles fournissant des informations sur les tendances et conventions régionales/internationales, les Objectifs du millénaire et de développement durable, la Conférence internationale sur la nutrition (CIN) de 1992 et l'adhésion du Ghana au Mouvement SUN. Les politiques mises en œuvre dans les domaines nutritionnel (n=1), sanitaire (n=7) et économique/social/éducatif (n=1) reconnaissent l'existence d'importantes disparités rurales/urbaines, étatiques et/ou économiques dans le contexte nutritionnel du Ghana. Aucune des politiques ne fournit des données nutritionnelles désagrégées par sexe.

Dans tous les domaines de politique l'accent est mis sur la sous-nutrition et la malnutrition par excès. Neuf politiques relatives aux domaines nutritionnel, sanitaire et économique/social/éducatif rendent compte du contexte des carences en micronutriments, à savoir les carences en vitamine A, en iode et en fer. Neuf politiques, relevant de ces mêmes domaines, présentent des informations sur les

maladies non transmissibles (MNT), notamment les MNT liées à l'alimentation, comme le diabète, l'hypertension artérielle et leurs facteurs de risque. Le surpoids et l'obésité sont classés parmi les MNT dans trois politiques des domaines de la nutrition et de la santé. Le rôle de la nutrition dans l'apparition de certains types de MNT est souligné dans plusieurs de ces politiques. Les politiques nutritionnelles, sanitaires et économiques/sociales/éducatives donnent une image plus exhaustive des problèmes de nutrition. La majeure partie des politiques, essentiellement celles concernant les domaines nutritionnel, sanitaire et économique/social/éducatif décrivent les causes (n=5) et/ou les conséquences (n=15) des problèmes de nutrition. Ces causes intègrent les régimes alimentaires et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de mauvaise qualité, les normes sociales/culturelles, les services de santé/nutrition inadéquats et l'accès physique et financier limité aux soins de santé. Elles ont pour conséquences l'aggravation de la malnutrition, la hausse de la mortalité et de la morbidité, la baisse du développement économique, social et cognitif et des faibles niveaux d'éducation.

Le **Tableau 2** met en évidence des politiques qui touchent, en particulier, aux informations sur les indicateurs des cibles de l'AMS dans le contexte de la nutrition. Le faible poids à la naissance, l'allaitement maternel exclusif, le retard de croissance des moins de cinq ans et l'anémie chez les FAP sont les indicateurs les plus fréquemment cités. Le surpoids chez les enfants de moins de cinq ans n'est mentionné que dans un contexte de politique nutritionnelle (NNP), tandis que seules trois politiques font référence à l'émaciation des enfants de moins de cinq ans (NNP, HSGP et MTNDPF-Cadre stratégique

national de développement à moyen terme). Outre le retard de croissance et l'émaciation chez les moins de cinq ans, les indicateurs de l'AMS cités concernent presque exclusivement les politiques de nutrition et de santé. La NNP (Politique nationale de nutrition), la plus récente politique nationale en matière de nutrition couvre tous les indicateurs de l'AMS dans son contexte nutritionnel, à la différence des politiques de santé et de nutrition précédentes

#### Le contexte de la nutrition est-il basé sur des données probantes ?

Dans les politiques nutritionnelles, sanitaires et économiques/sociales, le contexte de la nutrition est essentiellement basé sur des données probantes (c.-à-d. sur des références scientifiques). Dans tous les domaines stratégiques, les références sont faites plus sous forme de statistiques que d'informations textuelles. Les sources des données probantes dans le contexte des politiques de nutrition comprennent l'Enquête démographie et de santé du Ghana (EDS), l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), l'Étude de la Commission de l'Union Africaine sur le coût de la faim au Ghana et les données de l'UNICEF et du ministère de l'Alimentation et de l'agriculture. Les données probantes citées se rapportent principalement à la prévalence des problèmes de nutrition, aux disparités nutritionnelles, aux causes et conséquences des problèmes de nutrition, plutôt qu'aux solutions.



## Quels éléments inclus dans les politiques pertinentes permettent de résoudre les problèmes identifiés ?

Comme démontré au **Tableau 2**, la plupart des politiques mises en œuvre dans les domaines nutritionnel, sanitaire et économique/social/éducatif incluent la nutrition dans leurs **objectifs** généraux et/ou spécifiques. Ces objectifs présentent un contenu spécifique à la nutrition (p. ex., améliorer la couverture des interventions spécifiques à fort impact dans le domaine de la nutrition afin d'assurer une nutrition optimale pour les Ghanéens tout au long de leurs cycles de vie, en insistant tout particulièrement sur la santé maternelle et la survie de l'enfant) et, dans une moindre mesure, un contenu sensible à la nutrition (p. ex., pour assurer une large couverture des interventions prenant la nutrition en considération afin de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition). Presque tous les **indicateurs nutritionnels** cités sont des indicateurs de résultats (par exemple, le retard de croissance des < 5 ans), même si les politiques dans les domaines sanitaire (n=3) et économique/social (n=1) intègrent également des indicateurs de produits (par exemple, le nombre de bébés exclusivement nourris au sein à leur sortie de l'établissement de santé). En termes de problèmes nutritionnels, les indicateurs se concentrent sur le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, le faible poids à la naissance, l'allaitement maternel exclusif et, dans une moindre mesure, sur les carences en micronutriments, avec peu d'indicateurs sur les

MNT liées à l'alimentation, y compris le surpoids et l'obésité. Aucune politique n'inclue des indicateurs de nutrition désagrégés. Les indicateurs de l'AMS les moins importants dans les politiques sont l'anémie chez les FAP, le faible poids à la naissance, l'émaciation et le surpoids chez les moins de cinq ans. La Politique nationale d'allaitement (NBP) se caractérise en ce qu'elle indique de manière précise comment l'indicateur de l'allaitement maternel exclusif sera mesuré. Les **activités de nutrition planifiées** sont détaillées dans quatorze des politiques de tous les domaines stratégiques. La NNP (Politique nationale de nutrition), l'IACS (nutrition), la NBP, le NNCHACS (santé) et le MTNDPF (économique, social et éducatif) comportent la gamme la plus complète d'activités de nutrition. Seules sept politiques détaillent de manière suffisante les informations budgétaires et seules trois d'entre elles disposent d'un **budget pour la nutrition**. Le contenu relatif à la **mise à l'échelle** porte sur les mécanismes de pilotage et de mise en œuvre de la politique (p. ex. : principes directeurs, plaidoyer, instruments comme les cadres et protocoles de mise en œuvre, mise à l'échelle des interventions à impact élevé, mobilisation des ressources, renforcement des capacités et recherche). La nutrition est particulièrement présente dans les informations sur la mise à l'échelle de dix politiques de santé, deux politiques de nutrition et une politique économique/sociale/éducative. Quelques politiques mentionnent les risques ou défis de la mise à l'échelle, à savoir les ressources financières incertaines ou limitées et les incertitudes politiques.

### Comment les objectifs des politiques s'alignent-ils sur les objectifs mondiaux de l'AMS pour 2025 ?

Le **tableau 2** présente neuf politiques dont les indicateurs nutritionnels correspondent à ceux de l'AMS. Six de ces politiques relatives aux domaines sanitaire (n=3) et économique/social/éducatif (n=1) prévoient des dates cibles pour un de ces indicateurs au moins. Toutes ces politiques ont des dates cibles différentes (QASP : 2011 ; NNCHAS : 2019 ; NTHSSP : 2020 ; MTNDPF : 2021 et GNNHS : 2023). Bien que les dates butoirs des cibles de l'AMS pour le Ghana varient en fonction des politiques, si elles sont respectées elles devraient, en règle générale, permettre au Ghana d'être sur la bonne voie pour réaliser, voire dépasser, quatre de ces cibles—faible poids à la naissance, retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, surpoids des moins de cinq ans et anémie chez les FAP— d'ici 2025. Toutefois, il existe huit politiques dotées de cibles qui, même si elles étaient atteintes, ne mettraient pas nécessairement le Ghana sur la bonne voie pour atteindre les cibles de l'AMS d'ici 2025 : NBP, IACS, GNNHSAP, RHSP, MTNDPF, HSGP, GNNHS, NNCHACS.











### Les politiques sont-elles cohérentes ?

Les politiques incluant des objectifs nutritionnels devraient prévoir à la fois des indicateurs et des activités nutritionnelles planifiés, mais il est peu probable que cela soit le cas pour les politiques n'ayant pas d'objectifs nutritionnels. Cependant, nous avons constaté plusieurs cas (voir **Tableau 2**) qui dérogent à cette logique. En général, cette situation n'est pas due à une absence de cohérence au sein des politiques, mais au fait que : a) les objectifs stratégiques sont larges et ne précisent pas de manière explicite le lien avec la nutrition (tandis que leurs indicateurs ou activités prévues sont assez précis pour rendre ce lien explicite) ou b) les indicateurs

et/ou les activités prévues seront traitées dans un document distinct (auquel il est fait référence dans le principal document de politique). Il existe, néanmoins, quelques cas d'incohérence dans différentes parties de la même politique. Les problèmes évoqués dans le contexte de la nutrition ne sont pas toujours pris en compte par les indicateurs nutritionnels des politiques, exemple : le NHPP met en évidence l'anémie chez les FAP, le retard de croissance et l'allaitement maternel exclusif dans son contexte nutritionnel mais ne fait pas référence à ces cibles de l'AMS dans ses indicateurs de nutrition. Dans d'autres exemples, les cibles nutritionnelles sont classées parmi les indicateurs de la nutrition, mais pas dans la partie traitant du contexte, c'est ainsi que l'IACS traite de l'anémie chez les FAP, du faible poids à la naissance et de l'allaitement maternel exclusif dans ses indicateurs de nutrition, mais seuls l'anémie chez les FAP et le faible poids à la naissance sont mis en évidence dans son contexte de la nutrition. De même, le HSGP couvrant toute la population, et pertinent pour la santé, intègre des objectifs et des indicateurs nutritionnels, mais ne fixe aucune cible pour les indicateurs. Enfin, plusieurs politiques ne définissent pas clairement les concepts (par ex., la malnutrition chronique et/ou aiguë) ou les tranches d'âge relatives aux indicateurs de prévalence.

**Tableau 2 : Inclusion de la nutrition et des indicateurs de l'AMS dans le contexte, les objectifs, les indicateurs, les activités et le budget des politiques ; principaux mécanismes de mise à l'échelle.**

N°	Domaine	Acronym	Contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS <sup>1</sup>	Objectifs en matière de nutrition	Indicateurs de la nutrition	Indicateurs nutritionnels relatifs aux indicateurs de l'AMS <sup>2</sup>	Activités de nutrition prévues	Budget pour la nutrition <sup>3</sup>	Mécanismes clés de mise à l'échelle
1	Nutrition	NNP		✓	✓		✓	SO	Stratégies de plaidoyer ; mise à l'échelle des interventions spécifiques à la nutrition et tenant compte de la dimension nutrition avec des données probantes solides, coordination, soutien des donateurs et des Nations Unies - UNICEF, protocole de l'OMS et mécanisme de mise en œuvre réalisable ; renforcement des capacités ; mobilisation des ressources ; outils (p. ex., protocoles).
2		IACS		✓	✓		✓	SO	Mobilisation des ressources, IEC, CCC, plaidoyer, recherche, renforcement des capacités
3	Santé	NBP		✓	✓		✓	SO	Renforcement des capacités du personnel de santé, programmes et formation du personnel en pré-service ; éducation des mères à la santé ; plaidoyer et communication, recherche et suivi-évaluation ; promotion de l'allaitement maternel exclusif.
4		NNCHACS		✗	✓		✓	✓	Partenariat, leadership et coordination ; plaidoyer, communication, CCC et campagnes médiatiques ; collaboration institutionnelle et sectorielle ; engagement communautaire ; renforcement des partenariats
5		GNHQ5		✗	✓		✗	SO	Adaptation et renforcement des interventions efficaces basées sur des données probantes ; renforcement de la politique d'exécution ; outils et ressources ; renforcement des capacités ; recherche ; leadership et gouvernance ; mobilisation des ressources.
6		HSGP		✗	✓		✗	SO	Plaidoyer ; information, éducation et communication (IEC)/ Communication pour le changement de comportement (CCC) ; recherche
7		CHPS	✗	✗	✗	✗	✓	SO	Renforcement de l'infrastructure des CHPS dans les zones moins démunies ; mobilisation des ressources ; communication
8		NHPP		✓	✓	✗	✗	SO	CCC (communication sanitaire, création et diffusion de messages de santé et matériels éducatifs ; promotion de la santé), renforcement des capacités (amélioration des aptitudes)
9		NFSP	✗	✓	✓	✗	✓	SO	Recherche ; communication ; stratégie de diffusion des politiques et de plaidoyer ; mobilisation des ressources
10		NHP	✗	✓	✓	✗	✓	SO	Coordination, collaboration et harmonisation ; identification des cibles des politiques ; préparation de plans et budgets multisectoriels/sectoriels de mise en œuvre des politiques ; mobilisation des ressources ; recherche ; appropriation du et participation au renforcement des capacités communautaires ; promotion de la santé et de la nutrition ; CCC ; suivi et évaluation.
11		GNNHSAP		✓	✓		✓	SO	Renforcement des interventions, notamment des volets nutrition ; instruments, y compris aide-mémoire, manuel ; promotion de et soutien à l'allaitement maternel exclusif et à l'allaitement continu ; adhésion au Code international de commercialisation des substituts au lait maternel de l'OMS ; exploration des processus d'accréditation ; priorité à la conservation des données maternelles et néonatales.
12		NTHSSP	✗	✗	✓	✗	✓	✓	Mobilisation des ressources ; renforcement des capacités ; coordination multisectorielle ; dépistage et algorithme et outils de diagnostic supérieurs ; protocole de l'OMS basé sur des données probantes pour la définition de l'ordre de priorité et la planification

N°	Domaine	Acronym	Contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS <sup>1</sup>	Objectifs en matière de nutrition	Indicateurs de la nutrition	Indicateurs nutritionnels relatifs aux indicateurs de l'AMS <sup>2</sup>	Activités de nutrition prévues	Budget pour la nutrition <sup>3</sup>	Mécanismes clés de mise à l'échelle
13		NAPPHIVS	X	X	✓	X	✓	SO	Renforcement des capacités ; coordination ; mobilisation des ressources ; planification basée sur des données probantes ; fourniture de services et promotion de modèles novateurs ; plaidoyer ; élargissement du groupe de travail et des services techniques
14		RHSP	  	✓	✓	  	✓	✓	Intégration et coordination des systèmes de gestion informatisée ; recherche ; suivi et évaluation ; renforcement des capacités ; mise à l'échelle des structures néonatales en prêtant une attention toute particulière aux districts
15		QASP	X	✓	✓	X	✓	SO	Renforcement des capacités ; suivi et supervision ; mobilisation des ressources ; coordination et collaboration ; enregistrement des données/documentation
16	Économique /social/éducatif	NSFP	X	✓	✓	X	✓	SO	Mise à l'échelle du Programme scolaire d'alimentation ; responsabilisation sociale, communication et diffusion des informations verticalement et horizontalement pendant tout le programme ; mobilisation des ressources ; transparence et responsabilisation
17		MTNDPF	 	✓	✓	 	✓	SO	Mobilisation des ressources, recherche et développement ; mise à l'échelle des interventions spécifiques à la nutrition et des interventions sensibles à la nutrition ; diffusion et communication du S&E

 RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES < 5 ANS 
  ANÉMIE CHEZ LES FAP 
  FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE 
  SURPOIDS DES < 5 ANS 
  ALLAITEMENT  
 ÉMACIATION CHEZ LES < 5 ANS 
  MATERNEL EXCLUSIF



## Quelles sont les populations et les organisations clés ciblées par ces politiques et les acteurs responsables de leur mise en œuvre ?

### Quels sont les groupes ciblés dans le contexte nutritionnel ?

Les groupes les plus souvent cités dans le contexte nutritionnel des politiques sont les enfants et les femmes en âge de procréer. La plupart des politiques, dans tous les domaines stratégiques, ciblent également les adolescents et les adultes. Les adultes sont mentionnés dans plusieurs politiques nutritionnelles, sanitaires et économiques/sociales, le PNN, le GNHQS et le NHP s'intéressant tout particulièrement aux personnes âgées. Cinq politiques ciblent spécifiquement les hommes (NNP, GNHQS, HSGP, CHPS et NAPPHIVS) tandis que six mentionnent les adolescents (NNP, IACS, NHP, NAPPHIVS, RSHP et MTNDPF).

### Qui sont les bénéficiaires ?

Comme le montre le **Tableau 3**, les premiers bénéficiaires des politiques varient selon le domaine. Dans l'ensemble, les premiers bénéficiaires sont le plus souvent les enfants (y compris les nouveau-nés et les < cinq ans), les femmes (en particulier les mères et les FAP) et la population ghanéenne en général. Les autres premiers bénéficiaires sont les adolescents, les hommes, les populations défavorisées/rurales, les chefs traditionnels, les agriculteurs, les travailleurs de

la santé et les groupes médicaux à risque. Même s'ils ne font pas généralement partie des bénéficiaires primaires, six politiques concernant les domaines des politiques nutritionnelle et sanitaire classent les jeunes/adolescents parmi les bénéficiaires. Les personnes âgées sont citées comme bénéficiaires par deux politiques, tandis que les hommes/pères le sont dans quatre.

### Qui sont les acteurs ?

En ce qui concerne les politiques qui mentionnent explicitement un acteur, au moins, impliqué dans leur élaboration (n=17), l'acteur le plus récurrent est le gouvernement national (n=17), suivi par l'administration locale (n=16), les communautés (n=16), le secteur privé (n=14) et la société civile, les ONG et les partenaires financiers et techniques (n=15). Comme indiqué au **Tableau 3**, les politiques sanitaires et nutritionnelles tendent à avoir divers types d'acteurs impliqués dans de nombreux rôles, tandis que le gouvernement national a le rôle le plus large, au-delà de l'élaboration des politiques, notamment la gestion/coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi-évaluation. Le ministère de la Santé est l'acteur étatique principal pour les politiques de santé et de nutrition. Toutefois, de nombreux autres départements sont impliqués, notamment le Service de la santé du Ghana, le ministère chargé des Affaires féminines et des enfants, la Commission nationale de planification du développement, le Service statistique du Ghana, le ministère chargé de la Promotion des ressources humaines et du bien-être social, le Bureau du Chef de la fonction publique (OHCS), le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Alimentation et de l'agriculture, le ministère de la Justice, le ministère de l'Intérieur et le ministère de l'Administration locale.

Par exemple, la NNP reconnaît le rôle, en matière de nutrition, des ministères chargés de divers secteurs et identifie les objectifs, les indicateurs et les activités nutritionnels que ces acteurs pourraient mener ou auxquels ils pourraient contribuer. Les communautés sont présentées comme des actrices, surtout dans les politiques de santé, chacune d'elles étant mentionnée une fois dans les politiques nutritionnelles et économiques/sociales/éducatives. Les gouvernements nationaux et locaux sont considérés comme les principaux maîtres d'œuvre et acteurs du suivi et de l'évaluation. La société civile, les ONG et les partenaires techniques et financiers sont présentés comme des agents de financement.

### La coordination multisectorielle est-elle mentionnée dans la politique ?

L'importance de la coordination multisectorielle est mise en évidence dans toutes les politiques et tous les domaines de politique. Les mécanismes de coordination comprennent un système de santé harmonisé et coordonné, intégré dans différents secteurs (ex. : groupes de travail multisectoriels, comités techniques ou de planification conjoints des assemblées municipales ou de district concernées) pour la planification de la qualité, le contrôle de qualité et l'amélioration de la qualité. Toutes les politiques de santé désignent le ministère de la Santé comme l'institution clé chargée d'assurer la coordination entre les acteurs. Cinq politiques mettent en évidence les problèmes associés à la coordination multisectorielle. Il s'agit, en particulier, de la nécessité de faire de la nutrition un enjeu déclencheur dans tous les secteurs, de l'absence d'un budget pour la nutrition, de multiples cadres et priorités politiques, du nombre élevé d'acteurs

impliqués, de l'absence de synergie et de la faible implication de certains acteurs. Néanmoins, la plupart des politiques mises en œuvre dans les domaines sanitaire, nutritionnel et économique/social/éducatif mettent en évidence quelques succès dans la prise en charge de ces défis pour une meilleure coordination multisectorielle.

**Tableau 3: Présentation succincte des bénéficiaires, des acteurs et des mécanismes de coordination multisectoriels**

N°	Domaine	Acronyme	Bénéficiaires primaires	Autres bénéficiaires clés	Actors' roles*					Acteurs primaires	Mécanismes multisectoriels de coordination
					Gouvernement national	Administration locale	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
1	Nutrition	NNP	< 5 ans ; enfants > 5 ans ; adolescents ; FAP ; personnes âgées ; hommes et femmes adultes	✗	1,2,3,4	1,2,3	✗	✗	✗	Gouvernement national ; administration locale	✓
2		IACS	< 5 ans ; enfants > 5 ans ; enfants d'âge scolaire ; adolescents ; FAP	✗	1,2,3	1,2,3	1,3	1,3	1,3,4	Gouvernement national ; administration locale	✓
3	Santé	NBP	< 5 ans ; enfants de plus de 5 ans ; FAP	✗	1,2,3	1,2,3	1	✗	✗	Gouvernement national ; administration locale	✓
4		NNCHACS	Nouveau-nés ; enfants ; FAP ; parents de nouveau-nés ; mères d'enfants de moins de 5 ans	Chefs, traditionnels et religieux locaux ; groupes organisés ; familles de femmes enceintes ; fournisseurs de soins de santé de première ligne	1,2,3,4	1,2,3	1	2,4	4	Gouvernement national ; administration locale	✓
5		GNHQS	< 5 ans ; FAP, personnes âgées ; hommes et femmes adultes	Travailleurs de la santé	1,2,3,4	1,2,3	1,2	1	1,4	Gouvernement national ; administration locale	✓
6		HSGP	Hommes, femmes ; enfants ; adolescents et adolescentes	✗	1,2,3	1,2,3	1	1	1	Gouvernement national ; administration locale	✓
7		CHPS	< 5 ans ; FAP ; adultes	Adolescents ; hommes	4	1,2,3,4	1,2,3	4	4	Administration locale	✓
8		NHPP	Tous les Ghanéens : femmes, hommes, adolescents, enfants, nourrissons	Personnel chargé de la promotion de la santé à tous les niveaux et dans différents secteurs	1,2,3,4	1	1	1,4	1,4	Gouvernement national ; administration locale	✓
9		NFSP	Enfants ; adultes ; femmes ; population en général		1,2,3,4	1	1	2,4	2,4	Gouvernement national	✓
10		NHP	Enfants (5-14 ans) ; adolescents (15-19) ; FAP ; < 5 ans ; personnes âgées ; nouveau-nés ; adultes	Travailleurs de la santé	1,2,3	1,2,3	1	1	1,4	Gouvernement national ; administration locale	✓

\* Rôles : 1 = Mise en œuvre ; 2 = Suivi et évaluation ; 3 = Gestion/coordination ; 4 = Financement

N°	Domaine	Acronyme	Bénéficiaires primaires	Autres bénéficiaires clés	Actors' roles*					Acteurs primaires	Mécanismes multisectoriels de coordination
					Gouvernement national	Administration locale	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
11		GNNHSAP	Nouveau-nés	X	1,2,3,4	1,2,3	X	X	X	Gouvernement national ; administration locale	✓
12		NTHSP	Sous-populations communautaires avec des facteurs de risque de tuberculose (ex. contacts familiaux et communautaires) ; groupes à risque médical (ex. diabétiques, femmes enceintes, PVVIH) ; enfants ; prisonniers ; mineurs	Population en général ; toutes les personnes en structure hospitalière ou de soins de santé ; toutes les personnes en institution de résidence (ex. prisons) ; travailleurs dans certains lieux de travail (ex. mines et autres sites dans lesquels les travailleurs sont exposés à la silice)	1,2,3,4	1,2,3	1,2,3	1,2,3,	1,2,3,4	Gouvernement national ; administration locale ; communauté ; secteur privé ; société civile	✓
13		NAPPHIVS	Enfants (0-9 ans) ; adolescents ; FAP	Parents (pères/hommes)	1,2,3,4	1,2,3	1	4	3	Gouvernement national ; administration locale	✓
14		RHSP	Nouveau-nés ; nourrissons ; < 5 ans ; FAP (plus les adolescents pour la politique générale de santé de la reproduction, pas de nutrition)	X	1,2,3,4	1,2,3,4	3	1	2	Gouvernement national ; administration locale	✓
15		QASP	Personnel de santé ; < 5 ans ; FAP	Clients/patients du service de santé ; fournisseurs de soins de santé-publics (à but non lucratif) et privés (à but lucratif)	1,2,3	1,2,3	1,3	1,3	X	Gouvernement national ; administration locale	✓
16	Economi-que/social/éducatif	NSFP	Enfants d'âge scolaire	Adolescents	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2	1	1,2	Gouvernement national ; administration locale	✓
17		MTNDPF	U5; WRA< 5 ans ; FAP	Adolescents ; adultes	1,2,3,4	1,2,3	X	1	1	Gouvernement national ; administration locale	✓

#### Références :

Rôles : 1 = Mise en œuvre ; 2 = Suivi et évaluation ; 3 = Gestion/coordination ; 4 = Financement



## Quels sont les mécanismes de suivi-évaluation et de redevabilité?

Toutes les politiques mentionnent le **suivi-évaluation** (S&E), la plupart d'entre elles comprenant une section ou un cadre consacré au S&E. Certaines politiques (ex. : NNP, BNP et MTNDP) contiennent des informations très détaillées en matière de S&E. Les activités de S&E s'articulent autour des plans de mise en œuvre du S&E normalisés aux niveaux national, régional, de district et sectoriel, de la collecte de données sur les indicateurs et les cibles établis et de l'établissement de bases de données et systèmes d'information. Les autres activités comprennent la surveillance des principales initiatives phares ainsi que des méthodes de prestation axées sur les résultats, des rapports et examens réguliers et des évaluations formatives et finales pour assurer la mise en œuvre en temps opportun des priorités du gouvernement. Les **mécanismes de redevabilité** sont également mentionnés dans quinze politiques. Ils comprennent l'utilisation d'un cadre de S&E basé sur le système national de S&E, qui exige que tous les niveaux infranationaux élaborent des plans et rapports de S&E à des fins de transparence. D'autres mesures de redevabilité sociale intègrent l'évaluation des rapports de supervision et de rétroaction à tous les niveaux, ainsi que le renforcement des systèmes et structures de transparence et de redevabilité publique. Pour les autres mesures de transparence, on note le resserrement du régime de sanctions des mécanismes publics de redevabilité, la promotion de l'intérêt public dans les rapports de suivi des performances des institutions publiques, l'élargissement des possibilités et des structures d'appropriation

publique/communautaire de l'information, la budgétisation participative, le suivi des recettes et des dépenses à tous les niveaux et les mécanismes de rétroaction dans la fourniture des services publics. Les autres mécanismes de redevabilité cités comprennent l'accélération de l'adoption de la Loi sur l'audiovisuel, le renforcement des partenariats avec les médias en vue d'améliorer la cohésion sur les questions nationales et, enfin, la promotion de la participation des communautés et des organisations de la société civile afin d'amener le gouvernement à rendre compte de ses actes.

## Lacunes et recommandations

La présente note a pour finalité d'éclairer les décideurs nationaux et responsables des politiques et un public plus large, y compris les partenaires chargés de la mise en œuvre dans tous les secteurs sensibles à la nutrition. Son analyse peut favoriser une meilleure compréhension des lacunes et incohérences des politiques en cours. En outre, les recommandations émanant de cette analyse peuvent éclairer la révision des politiques actuelles ou l'élaboration de nouvelles politiques sensibles à la nutrition pour un meilleur impact sur la nutrition dans leur pays.

### **Recommandation N° 1 : Comblent les lacunes et corriger les incohérences dans les politiques pertinentes en matière de nutrition.**

L'analyse ci-dessus met en évidence un certain nombre de lacunes et d'incohérences des politiques sensibles à la nutrition en cours au Ghana. Les nouvelles politiques ou leur révision pourraient :

Faire de telle sorte que le contexte, les objectifs, les indicateurs et/ou les activités de nutrition prévue soient en adéquation, tant en termes de problèmes de

nutrition que de ciblage des populations (ex. : les objectifs de nutrition ciblent plusieurs groupes différents, alors que les indicateurs nutritionnels se contentent de mesurer les avancées de quelques-uns de ces groupes). Cela permettra de garantir une meilleure cohérence au sein des politiques, d'introduire des voies d'impact bien alignées et des objectifs généraux aux mesures d'indicateurs spécifiques, de permettre l'identification des lacunes et des défis, conduisant à un ciblage plus efficace.

Mieux définir les concepts et indicateurs pour permettre une compréhension commune entre les acteurs et les domaines politiques, ainsi qu'une cohérence dans la mesure des indicateurs. Dans l'idéal, les indicateurs sont également désagrégés selon le genre, la zone géographique et entre cadres urbains et ruraux pour saisir les disparités relevées dans l'analyse contextuelle d'une politique et assurer un suivi efficace des progrès. Seules quelques politiques mettent en évidence les disparités nutritionnelles en termes de régions, genre, statut urbain/rural et socioéconomique ; même si certaines politiques ciblant les populations vulnérables se concentrent sur des groupes de bénéficiaires spécifiques, les indicateurs et les cibles nutritionnels désagrégés ne sont pas clairement définis.

Investir davantage dans l'intégration des groupes de population marginalisés. Les politiques que nous avons évaluées n'ont fourni que quelques informations sur le contexte nutritionnel concernant les personnes âgées et les hommes. Ces groupes figurent parmi les bénéficiaires ciblés dans seulement trois et six politiques. Les adolescents sont pris en considération dans un seul contexte nutritionnel de politique et sont cités comme bénéficiaires cibles dans neuf politiques.

Les politiques peuvent obtenir des gains considérables en prenant ces groupes en considération, étant donné qu'ils jouent un rôle important dans la croissance et le développement des enfants et que leur intégration dans les politiques sensibles à la nutrition est essentielle pour les politiques qui traitent de la nutrition des enfants.

Investir dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes au Ghana en tirant parti des déterminants, de points d'entrée et plateformes communs de distribution. Pour corriger les tendances actuelles en matière de nutrition, à savoir la coexistence de multiples formes, il est essentiel d'adopter une approche holistique des cycles de vie pour traiter les causes et conséquences de la malnutrition et du fardeau de la maladie au Ghana.

Assurer, dans l'ensemble des politiques et secteurs nutritionnels pertinents, l'existence d'une disposition budgétaire claire relative à la nutrition. La plupart des politiques que nous avons évaluées ne disposaient pas de budget pour la nutrition défini de manière précise, même si les informations budgétaires peuvent être mises à disposition sous une forme ou une autre dans des documents supplémentaires. Il est crucial que cette limite soit surmontée pour la réalisation de l'objectif à long terme du Ghana : l'atteinte des cibles de l'AMS.

### **Recommandation N° 2 : Continuer d'investir dans une coordination multisectorielle solide.**

Le renforcement de la coordination et des actions multisectorielles à travers les secteurs, ministères et départements sera essentiel à la réalisation des cibles de l'AMS au Ghana. La coordination multisectorielle et multi-acteurs est le principe directeur de base de la gouvernance pour

toutes les politiques de nutrition incluses dans la présente note. En dépit de la présence et de l'importance de la coordination multisectorielle soulignée par les politiques examinées, d'importants défis à sa fonctionnalité ont été relevés. La NNP, qui est dédiée à la nutrition, mentionne toutes les cibles de l'AMS et reconnaît que la coordination multisectorielle pourrait être davantage renforcée grâce à des investissements suffisants et à la hiérarchisation des actions spécifiques. Il s'agit, notamment du renforcement des capacités institutionnelles et humaines pour la fourniture de services liés à la nutrition à tous les niveaux du système de santé, qu'il soit national, régional, de district ou de sous-district. Le leadership peut être renforcé par la claire définition des rôles de tous les acteurs situés à un niveau hiérarchique plus élevé et ayant autorité sur tous les secteurs contributifs. La mise en œuvre de solides mécanismes de coordination verticale et horizontale permettrait au pays d'atteindre les objectifs de l'AMS.

### **Recommandation N° 3 : Intégrer la nutrition dans les futurs documents de politiques à travers les divers domaines d'action des politiques.**

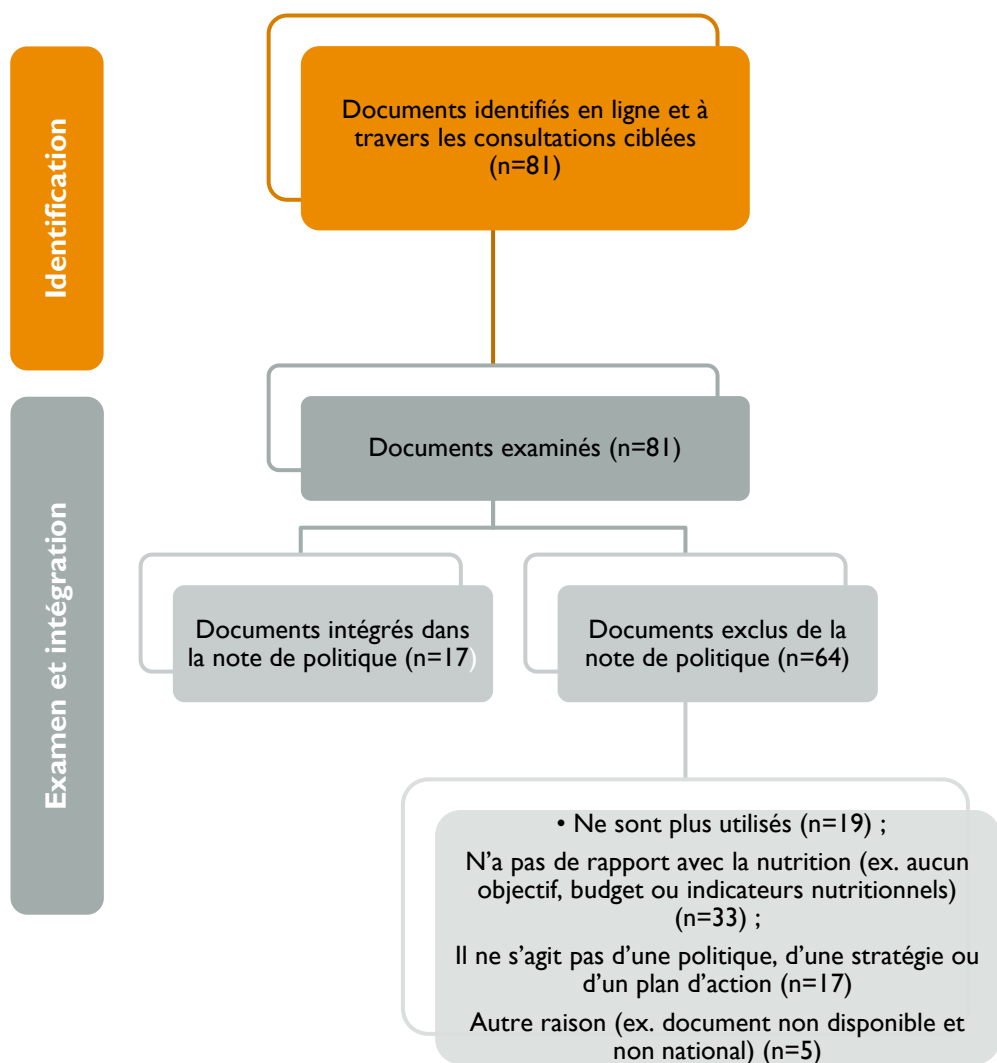
Seules quelques politiques couvrent de manière satisfaisante la nutrition en intégrant des objectifs touchant à la nutrition et les activités de nutrition prévues. Les autres politiques pourraient améliorer l'intégration de la nutrition dans leur contexte, leurs objectifs, leurs indicateurs et leurs budgets. Une grande avancée pourrait être réalisée si chacune des politiques prévoit des objectifs nutritionnels clés. Pour commencer à intégrer la nutrition dans les futures politiques et les documents opérationnels dans les différents domaines d'action des politiques, comme l'agriculture, l'économie, l'éducation, l'environnement,

le genre et la protection sociale, les décideurs pourraient se référer aux objectifs, aux indicateurs et aux activités nutritionnelles pertinentes énumérés dans la NNP. Des objectifs, activités, indicateurs et cibles clairement définies, avec une forte implication multipartite, seraient essentiels à l'amélioration du paysage de la politique de nutrition et l'intégration de la nutrition dans d'autres secteurs.

### **Recommandation N° 4 : Reconnaître la nutrition comme un secteur transversal dans les projets/révisions des politiques en cours.**

Plusieurs politiques sont en cours d'élaboration ou de révision, y compris les politiques sur la nutrition et la santé (Stratégie de lutte contre l'anémie, Normes et stratégie nationales sur la santé des enfants, Politique et stratégie sur les maladies non transmissibles et Plan de développement à moyen terme du secteur de la santé) et les politiques agricoles (FASDEP et politique pour l'égalité homme-femme dans l'agriculture). Il s'agit là d'une possibilité, pour ces politiques, de mieux intégrer la nutrition et de mettre les activités et indicateurs en conformité avec les objectifs et les groupes cibles dans les politiques. Si l'on intègre les recommandations ci-dessus, toute politique nouvelle ou révisée pourrait renforcer les politiques sensibles à la nutrition dans le pays et promouvoir la nutrition au niveau national.

## Annexe 1 : Organigramme des documents pour la note de politique



## Endnotes

- <sup>i</sup> Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2018.
- <sup>ii</sup> UNICEF global database on Infant and Young Child Feeding, UNICEF/WHO/World Bank Group: Joint child malnutrition estimates, UNICEF/WHO Low birthweight estimates, NCD Risk Factor Collaboration, WHO Global Health Observatory.
- <sup>iii</sup> Development Initiatives, 2019. Global Nutrition Report 2019: Nourishing the SDGs. Bristol, UK: Development Initiatives, [Ghana: Country] country profile.
- <sup>iv</sup> Ghana Demographic and Health Survey, 2008.
- <sup>v</sup> Ghana Demographic and Health Survey, 2014.
- <sup>vi</sup> World Data Atlas (2016) <https://knoema.com/atlas/Ghana/Female-obesity-prevalence>.
- <sup>vii</sup> Ghana Districts: A repository of all Local Assemblies in Ghana <http://www.ghanadistricts.com/Home/LinkData/8239>, consulté le 10/13/2020.

Afua Atuobi-Yeboah<sup>1</sup>, Laura Casu<sup>2</sup>, Ampa Dogui Diatta<sup>3</sup>, Judith Kaboré<sup>4</sup>, Fanta Touré<sup>4</sup> and Roos Verstraeten<sup>3</sup>

<sup>1</sup> School of Public Health, University of Ghana, Legon | <sup>2</sup> Consultant Indépendant | <sup>3</sup> Institut international de recherche sur les politiques alimentaires | <sup>4</sup> Action Contre la Faim

### Pour citer la présente publication :

Atuobi-Yeboah, A., L. Casu, A.D. Diatta, J. Kaboré, F. Touré and R. Verstraeten. 2021. La politique de nutrition au Ghana. Transform Nutrition West Africa, Note Factuelle No. 5 (Juillet). Dakar, Sénégal : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.

Cette publication n'a pas fait l'objet d'une évaluation par des pairs. Les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatives de ou approuvées par l'IFPRI.

© Copyright 2021 International Food Policy Research Institute (IFPRI). Cette publication est publiée sous une licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0). Pour afficher cette licence, consultez <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



Transform Nutrition West Africa est une plate-forme régionale destinée à faciliter une action politique et programmatique efficace dans le domaine de la nutrition. Elle est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates de 2017 à 2021, sous la direction de l'International Food Policy Research Institute.

E [IFPRI-tnwa@cgiar.org](mailto:IFPRI-tnwa@cgiar.org) W [transformnutrition.org/westafrika](https://transformnutrition.org/westafrika) T [twitter.com/TN\\_NutritionRPC](https://twitter.com/TN_NutritionRPC)