

# Histoires de Changement en Nutrition

FICHE PAYS 2020

Comprendre les différences entre la réduction du retard de croissance et de l'anémie et identifier les défis à relever



## Ghana

### INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, le Ghana a enregistré une importante baisse des cas de retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans. Pendant ce temps, le recul de l'anémie durant la même période n'a été que marginal, il en résulte que les taux d'anémie infantile demeurent une grave urgence de santé publique [1]. Ces changements se sont produits dans un contexte socio-économique considéré comme favorable aux résultats de la nutrition, marqués par l'expansion et la diversification de l'économie et des investissements dans les infrastructures clés, les soins de santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement. L'étude des Histoires de changement en nutrition au Ghana a pour but de permettre une meilleure compréhension des

changements observés, entre 2009 et 2018, par rapport au retard de croissance et à l'anémie, ainsi que des éventuels moteurs de ces changements. Ces constatations peuvent être utilisées pour l'élaboration des programmes, la mise en œuvre des politiques existantes et les prochains exercices de planification aux niveaux national et infranational au Ghana. Les conclusions de l'étude sont importantes parce que le retard de croissance et l'anémie ont tous d'importants impacts négatifs sur la santé et le bien-être, en particulier ceux des milieux à faibles revenus [1], et sont classés parmi les cibles mondiales de la nutrition pour 2025, approuvées par les ministères nationaux de la santé (y compris celui du Ghana) lors de l'Assemblée mondiale de la santé[2].



INTERNATIONAL  
FOOD POLICY  
RESEARCH  
INSTITUTE



UNIVERSITY  
OF GHANA

## MÉTHODES

De multiples méthodes ont été utilisées dans cette étude, notamment l'analyse des tendances du retard de croissance (z-score de la taille pour l'âge < -2) et de l'anémie (hémoglobine < 11.0g/dl) au Ghana, entre 2003 et 2017, et celle des moteurs potentiels de ces deux résultats. Les indicateurs d'une gamme de moteurs (y compris l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants, l'eau et l'assainissement, l'accès à la santé et aux services sociaux), évalués dans le cadre d'enquêtes représentatives au plan national, ont été sélectionnés afin d'être intégrés dans l'analyse, sur la base des preuves attestant de leur lien avec le retard de croissance et l'anémie. En outre, l'analyse de décomposition de toutes les données disponibles sur les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de la période 2003-2014 a été menée dans le but d'identifier les principaux moteurs des changements survenus concernant le retard de croissance et l'anémie de l'enfant. L'analyse de décomposition est un exercice statistique qui peut être utilisé pour identifier les facteurs associés aux changements relevés dans une variable clé au fil du temps et déterminer le pourcentage de ce changement attribuable à chacun de ces facteurs. Ces analyses ont été complétées par un exercice de cartographie des parties prenantes qui a utilisé la technique Net-Map [3] pour étudier les relations, les interactions entre parties prenantes et le flux de ressources et l'influence des parties prenantes. Une étude documentaire des politiques et programmes a été effectuée, elle couvre la décennie précédant l'année 2018 [4]. Les entretiens approfondis avec 25 institutions partenaires clés aux niveaux national et infranational ont permis de collecter des informations supplémentaires sur la mise en œuvre des politiques et des programmes ainsi que sur ce qui explique les résultats et tendances constatés en ce qui concerne le retard de croissance et l'anémie des enfants. L'étude a été guidée par un cadre présenté dans Gillespie et al. (2013) sur la dynamique politique de l'accélération de la réduction de la malnutrition.

L'histoire du changement dans la nutrition dont il est ici question fait la synthèse des conclusions.

## PRINCIPALES CONCLUSIONS

La compréhension des raisons pour lesquelles la prévalence des retards de croissance chez les enfants de moins de cinq ans a baissé plus rapidement entre 2009 et 2018 que celle de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans a nécessité un examen des changements dans les déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux et de l'environnement favorable plus large dans lequel ces changements se sont produits. Le tableau 1 montre les changements relatifs aux tendances et à la portée des déterminants identifiés.

Les analyses descriptives de l'évolution des moteurs rendent compte d'une tendance à la stagnation des pratiques d'allaitement des enfants au sein et à la baisse du taux d'alimentation optimal [1,6]. S'agissant des services des systèmes de santé, la supplémentation en vitamine A a baissé chez les enfants, tout en augmentant chez les femmes en post-partum. Les cas de diarrhée et de fièvre sont faibles et continuent de décliner. Le taux de fréquentation des cliniques prénatales est élevé et en augmentation. La hausse du nombre de moustiquaires imprégnées aux insecticides fournies aux familles n'a pas donné lieu à une augmentation des taux d'utilisation. Les taux d'utilisation des soins prénatals et de la vaccination sont élevés et en hausse. La plupart des indicateurs des moteurs fondamentaux rendent compte d'une tendance à la hausse mais aussi d'un faible taux d'utilisation.

Les analyses de décomposition révèlent que les moustiquaires domestiques, qui appartiennent à la famille, et le fait d'avoir quatre consultations prénatales, au moins, au cours de la grossesse liée à l'enfant de référence sont les principales explications

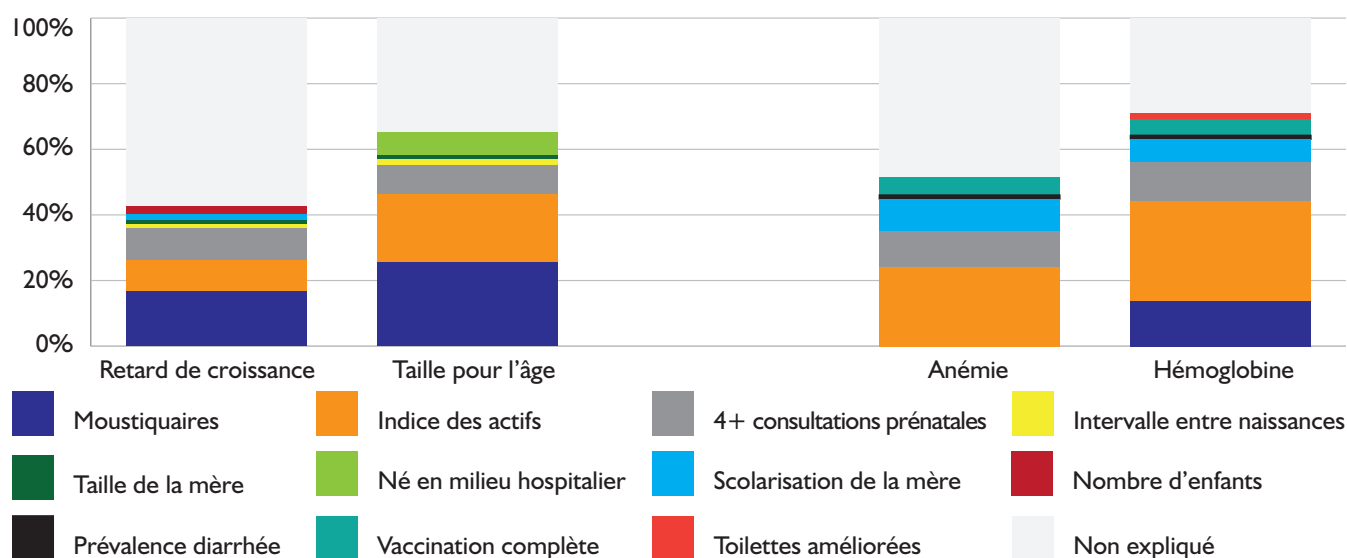


Figure 1. Analyse de la décomposition de la malnutrition chronique chez les jeunes enfants au Ghana



de la baisse des cas de retard de croissance. Si les changements notés en ce qui concerne ces facteurs sont responsables de moins de la moitié des changements relatifs au retard de croissance au cours de la période de dix ans, la même analyse utilisant le z-score de la taille pour l'âge comme résultat a permis de faire passer à 65 % la proportion du résultat expliquée. La baisse de la prévalence de l'anémie a été, pour l'essentiel, attribuée aux changements dans le patrimoine de la famille, à un minimum de quatre consultations prénatales, au niveau d'études de la mère et au respect strict du programme de vaccination de l'enfant de référence. L'évolution de ces facteurs explique à peu près la moitié des changements notés entre 2003 et 2014 en ce qui concerne l'anémie, une analyse utilisant l'hémoglobine comme résultat a augmenté à 71 % (Figure 1) la proportion expliquée du résultat.

À l'appui des changements susmentionnés dans les résultats et moteurs de la nutrition, les données collectées à l'issue de l'étude des politiques et programmes, la cartographie du réseau des parties prenantes et les entretiens semi-structurés font apparaître plusieurs autres raisons des changements, tout comme les problèmes qui restent à régler pour réduire les cas de retard de croissance et d'anémie, présentés conformément au cadre défini dans Gillespie et al. (2013).

## I. Formulation, génération et communication des connaissances et faits

### Exemples de réussite

- **Plaidoyer et sensibilisation** : Les institutions et les militants ont toujours été impliqués dans les activités de plaidoyer et de sensibilisation concernant les questions de nutrition, en particulier le retard de croissance. Les efforts de plaidoyer ont été soutenus par des éléments factuels se rapportant aux liens entre la malnutrition et la mortalité infantile, d'une part, et l'organisation de conférences et d'événements internationaux, de l'autre (ex. : séminaire organisé en 2012, à Accra, par l'UNICEF, sur la réduction des cas de retard de croissance ; Deuxième Conférence internationale sur la nutrition organisée à Rome en 2016 et Déclaration des Nations Unies sur la Décennie de la nutrition - 2016). Ces événements ont permis de tourner l'attention vers le traitement du retard de croissance en tant que problème multisectoriel. La Coalition des organisations de la société civile ghanéenne pour le renforcement de la nutrition (GHACCSSUN) a joué un rôle majeur dans la sensibilisation au niveau national. Les initiatives de sensibilisation des populations au retard de croissance et à l'anémie ont aussi été un facteur important, comme la communication pour le changement de comportement (CCC), qui cible les gardiens d'enfants par le biais de la campagne Goodlife de l'USAID (2009-2019).

- **Le retard de croissance comme priorité :** Suite à la reconnaissance du caractère prioritaire du retard de croissance, cette question retient dorénavant l'attention aux niveaux de décision les plus élevés. Le séminaire sous-régional de l'UNICEF (2012) sur la réduction du retard de croissance a été considéré comme un facteur important ayant contribué à redéfinir le retard de croissance comme une question intersectorielle. Le retard de croissance a été intégré dans le *Plan de travail stratégique national du secteur de la santé* (2018) et, dans le Service ghanéen de la santé (GHS), les évaluations régulières des programmes de santé sont jugées cruciales pour le classement du retard de croissance comme question prioritaire, ainsi que les études de zone plus récentes et un appui pour rattraper les retards dans la mise en œuvre du programme. Les données relatives au coût économique du retard de croissance confirment le bien-fondé de la priorité donnée à ce problème.
- **Types et portée des interventions axées sur la nutrition :** La mise en œuvre d'une série d'interventions axées sur la nutrition est considérée comme importante pour l'atténuation des effets du retard de croissance et de l'anémie, en particulier des interventions dans le domaine de l'alimentation de l'enfant, comme le projet relatif aux « Hôpitaux amis des enfants », l'ANJE communautaire, les Actions essentielles en nutrition et la fortification alimentaire pour les enfants et les femmes en âge de procréer. Plusieurs nouvelles interventions ont permis d'obtenir une participation active des communautés aux activités de prévention et de contrôle de la malnutrition chez les enfants, comme la prise en charge communautaire de la malnutrition sévère aiguë et le Suivi et la promotion de la croissance (SPC) de l'enfant au niveau communautaire. Un programme de distribution de micronutriments en poudre mis en œuvre dans le Nord du Ghana s'est révélé efficace dans la lutte pour la réduction de l'anémie, en sus d'un programme national plus récent (2017) de supplémentation en fer et en folate destiné aux filles d'âge scolaire.

## Histoires de défis à relever

- **Déficit de compréhension des moteurs du retard de croissance et de l'anémie :** Les individus interrogés ont fait valoir que les décideurs et les populations sont généralement mal informés des causes du retard de croissance. Certains estiment que le retard de croissance n'est pas vraiment considéré par certaines parties prenantes clés comme un important problème de santé publique et de développement humain, cela explique pourquoi cette question ne fait pas partie des éléments retenus comme base pour la prise de décisions relatives aux questions de développement en général. Les répondants ont également relevé

que la situation de l'anémie au Ghana est peu connue, même si certaines incertitudes subsistent quant aux raisons pour lesquelles les taux d'anémie demeurent élevés malgré la mise en œuvre des interventions recommandées.

- **Non-définition de l'anémie de l'enfant comme priorité :** Dans le même ordre d'idées, au cours de la dernière décennie, l'anémie n'a pas été classée au même niveau de priorité que le retard de croissance, une situation due, en partie, à une focalisation sur l'anémie maternelle, une cible intermédiaire des objectifs du millénaire pour le développement. Cette constatation a aussi été faite dans l'analyse de cartographie des réseaux sociaux (Net-Map), qui révèle que les parties prenantes collaborent beaucoup plus pour prendre en charge le retard de croissance que pour lutter contre l'anémie.
- **Mauvaise qualité de l'alimentation et du régime des jeunes enfants :** Les répondants à l'entretien ont expliqué que les régimes des jeunes enfants ne sont pas satisfaisants tant en termes de qualité des aliments que de pratiques d'alimentation, une situation attribuable, en partie, aux méthodes traditionnelles de préparation de la nourriture, à une réticence à changer les comportements et à l'implication de plus en plus fréquente des femmes à l'extérieur de la maison.
- **Type et portée des interventions sensibles à la nutrition :** L'importance des interventions sensibles à la nutrition dans la réduction du retard de croissance et de l'anémie au Ghana a très peu retenu l'attention des répondants de l'entretien, même si l'accès plus facile à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH) et l'intégration de la nutrition dans les programmes de protection sociale ont été mis en lumière (Tableau 1). Les projets d'amélioration de la sécurité alimentaire (ex. : *Feed the Future*, rations à emporter lyophilisées du Programme alimentaire mondial), le transfert des technologies de transformation de l'alimentation et les programmes d'irrigation communautaires pilotés par le ministère de l'Alimentation et de l'Agriculture ont été jugés efficaces pour la réduction de l'insécurité alimentaire.

## 2. Économie politique des parties prenantes, idées et intérêts

### Exemples de réussite

- **Implication des parties prenantes contre le retard de croissance :** Un nombre important et varié d'acteurs institutionnels de plusieurs secteurs ont été impliqués dans les politiques et programmes de lutte contre le retard de



croissance et l'anémie chez l'enfant. Un quart de ces institutions était constitué par des unités du Système ghanéen de la santé (GHS), en plus de 15 individus identifiés comme des militants. Le GHS est considéré comme l'un des acteurs les plus influents, à côté de *Global Affairs Canada* et de l'UNICEF. L'exercice de cartographie des partenaires dans la lutte contre le retard de croissance a permis d'identifier beaucoup plus d'acteurs et de liens que pour l'anémie, ce qui signifie que le retard de croissance revêt un degré de priorité plus important que l'anémie.

- **Orientation des politiques et programmes :**

Les politiques et programmes tendent de plus en plus à traiter la nutrition comme une question multisectorielle. En particulier, la *Politique nationale de nutrition* (PNN), dont le document de projet a d'abord été présenté en 2013, est l'un des premiers documents stratégiques à définir la malnutrition comme une question articulée en deux volets, la santé et le développement, se démarquant ainsi des politiques sanitaires précédentes (7). La PNN est devenue un important moteur de l'action de nutrition au niveau infranational et un catalyseur qui permet aux autres secteurs de déterminer à quel niveau et comment ils peuvent contribuer à la nutrition. D'autres politiques et programmes complémentaires de lutte contre

le retard de croissance et l'anémie de l'enfant ont été identifiés, notamment dans les domaines de la santé, mais également de WASH et de la protection sociale.

- **Suivi et évaluation des avancées :** Les politiques et programmes existants prévoient des dispositions pour un suivi et une supervision constants des avancées des interventions. Le Système de gestion de l'information sanitaire de district (DHIMS) du GHS rassemble et agrège les informations relatives au programme afin de guider la planification et la conception des interventions et de compléter les enquêtes représentatives à l'échelle nationale (ex : EDS et MICS). Les entretiens ont démontré que le mécanisme des enquêtes de santé existant a été appliqué avec rigueur, au cours de la dernière décennie, aux différents niveaux administratifs des programmes de nutrition. En plus des visites de supervision de soutien, les districts ont été associés par deux afin de leur permettre de se superviser et de se motiver mutuellement.
- **Responsabilité :** Depuis 2011, la GHACCSUN plaide pour que la nutrition soit désignée comme une priorité dans le programme de développement du Ghana et pour sensibiliser les peuples aux questions de nutrition qui interpellent les populations vulnérables.

## Histoires de défis à relever

- **Cohérence horizontale et verticale :**

Les conclusions des entretiens et de l'étude documentaire révèlent l'existence de problèmes de coordination non résolus en ce qui concerne la planification de la politique de nutrition et la mise en œuvre des programmes au Ghana. Même si le Département de la nutrition du GHS agit comme le leader de fait de la politique de nutrition et de sa mise en œuvre, il coopère souvent avec d'autres organismes gouvernementaux et non-gouvernementaux par des voies informelles. Avant 2011, le GHS a coordonné l'élaboration de programmes nationaux de nutrition par le biais d'un Comité national de coordination des partenaires en matière de nutrition (NANUPACC), composé de plusieurs organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui se réunissent en tant que de besoin. En 2011, le Groupe de planification intersectorielle (CSPG) sur la nutrition a été créé, ses membres sont des institutions gouvernementales et non gouvernementales. Il mène ses activités sous la coordination de la Commission de planification du développement national et il est piloté par le Point focal national sur la nutrition [5]. Bien qu'ayant joué un rôle majeur dans la finalisation du PNN, ni le NANUPACC ni le CSPG n'ont mené des activités au cours des quelques dernières années et ils sont tous pénalisés par le déficit de capacités de coordination au sein de leurs organisations respectives. Le PNN a proposé la mise en place d'unités de coordination multisectorielles régionales et de district et la désignation de personnes focales régionales et de district [6], unités qui n'existent pas encore.

- **Suivi :** Si la nécessité d'un suivi a été reconnue et que les différents secteurs disposent de plans de suivi et d'évaluation de programmes spécifiques (ex. : DHIMS du secteur de la santé), il n'existe aucun système intégré de surveillance de la nutrition chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre et de la couverture des interventions au sein des différents secteurs.

- **Responsabilité :** Si des informations sont communiquées dans des rapports techniques et sur des sites web, celles concernant le retard de croissance et l'anémie ne sont pas d'accès facile pour les populations - et les populations ne disposent que de peu de moyens pour exiger des comptes sur les avancées des interventions faites dans le domaine de la nutrition afin de lutter contre le retard de croissance et l'anémie.

## 3. Capacités et ressources financières

### Exemples de réussite

- **Capacité individuelle et institutionnelle :**

Les répondants à l'entrevue ont mis en lumière des améliorations significatives en termes de compétence technique pour la fourniture de services qui ont contribué à améliorer la nutrition de l'enfant. En outre, les multiples activités de formation et la formation des autres personnels de santé qui exercent, en matière de nutrition, des fonctions de transfert de tâches dans le système de santé ont été jugées utiles. Le programme de nutrition a été révisé dans toutes les écoles et tous les collèges de formation du ministère de la santé [7]. D'autres interventions concernaient, notamment, les voyages d'étude à l'étranger, la participation à des réunions et conférences internationales et l'appui technique présentement fourni par des organismes spécifiques, comme l'UNICEF, l'OMS et la JICA.

### Histoires de défis à relever

- Si des améliorations des capacités de fourniture de services de nutrition dans le secteur de la santé (ex. : augmentation du nombre et meilleure répartition des agents techniques, formation technique à la nutrition en cours d'emploi, formation pré-service, voyages d'étude, etc.) sont reconnues par certains répondants, d'autres se disent déçus du niveau des capacités de prise en charge de la malnutrition chez les jeunes enfants au Ghana et identifient les lacunes en termes de capacités et d'aptitudes techniques en matière de counselling, de mobilisation de la communauté, d'analyse de données et de pilotage d'équipes multidisciplinaires. Les preuves documentaires démontrent également l'existence d'un déficit de capacités institutionnelles non comblé, notamment de faibles capacités de coordination intersectorielle, d'identification et de mise en évidence de la malnutrition, de génération d'un intérêt partagé pour la lutte contre la malnutrition dans les différents secteurs et d'utilisation des financements pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition.
- **Couverture géographique sous-optimale des interventions efficaces :** Les parties prenantes ont relevé l'existence de besoins non satisfaits s'agissant de la généralisation des interventions en termes de couverture géographique, d'intensité et de qualité, un déficit dû à l'insuffisance des financements. Malgré l'intervention, au niveau des districts, de nombreux autres agents de nutrition, ces derniers ne disposent pas des ressources requises pour mettre en œuvre les programmes, les interventions en cours ne concernant pas les



Curt Carnemark - World Bank

sous-districts. Par conséquent, les communautés n'ont pas facilement accès à des services de nutrition. Par ailleurs, lorsqu'un donateur met à disposition un financement, celui-ci est souvent destiné à des projets limités dans l'espace et basés dans des districts choisis, si bien qu'il est difficile d'élargir ces interventions à d'autres cadres.

- **Insuffisance et baisse des financements :**

L'insuffisance des financements publics prévus pour les activités de nutrition demeure une réalité, il en résulte que les programmes de nutrition restent fortement dépendants des financements des donateurs. Les fonds publics prévus pour financer la nutrition sont enfouis dans d'importants budgets ministériels, il est donc difficile de faire la distinction entre les crédits publics et les dépenses encourues au titre de la nutrition. Du fait de la dépendance vis-à-vis des financements mobilisés par les donateurs pour la mise en œuvre des programmes, ces donateurs ont aussi tendance à définir les priorités concernant la manière dont ces programmes sont orientés et le lieu de leur implantation. Le Ghana étant aujourd'hui un pays à revenus intermédiaires, il lui est devenu plus difficile d'accéder aux crédits des donateurs pour financer ses programmes de nutrition.

## RECOMMANDATIONS

### 1. Amélioration de la coordination et du leadership

- Développer la coordination autour d'un système de gouvernance de la nutrition permettant d'utiliser et de mobiliser les ressources des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Les activités de nutrition sont

pilotées par le service de santé du Ghana, une réalité qui réduit la possibilité d'une participation des autres secteurs aux interventions. La création d'une commission nationale sur la nutrition autonome est nécessaire pour permettre la coopération avec tous les ministères concernés à l'effet de combattre la malnutrition chez l'enfant en tant que problème de développement humain.

- Mettre en œuvre la coordination et les accords de suivi au niveau infranational, comme prévu par la politique nationale de nutrition.
- Élaborer un plan global de mise en œuvre du programme de nutrition pour le retard de croissance et l'anémie et actualiser les politiques obsolètes.

### 2. Améliorer les capacités et les ressources financières

- Augmenter les fonds publics destinés à la nutrition, notamment pour s'attaquer aux secteurs peu performants, comme les interventions dans le domaine de l'alimentation de l'enfant. En outre, la désignation de mécanismes du ministère des Finances chargés de suivre l'évolution des financements alloués à la nutrition est justifiée.
- Renforcer les capacités de fourniture de services de nutrition au sein du système de santé et de secteurs non liés à la santé qui fournissent des services de nutrition par une amélioration continue de la formation initiale et continue. Utiliser des approches durables pour le renforcement des capacités, notamment dans les domaines du e-learning et du mentorat direct et créer des capacités institutionnelles pour la coordination intersectorielle.

## REMERCIEMENTS

La présente étude a été rédigée par Richmond Aryeetey (Université du Ghana) et Afua Atuobi-Yeboah (Université du Ghana), avec l'assistance de Mara van den Bold (IFPRI) et Nick Nisbett (IDS). Les auteurs souhaitent remercier Lucy Billings (IFPRI) et Beverly Abreu (IFPRI), pour leur soutien au plan administratif. Nous sommes également reconnaissants de la contribution de divers partenaires au sein du Gouvernement du Ghana, des agences des Nations Unies, des organisations de la société civile et des organismes donateurs du Ghana, qui ont donné de leur temps et fourni des idées. Notre reconnaissance va également aux personnes citées ci-après, pour leur participation à la collecte et à l'analyse des données : Noora-Lisa Aberman (IFPRI), Mariama Touré (IFPRI) et Derek Headey (IFPRI).

## RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé et Centres de contrôle et de prévention des maladies, *Prévalence mondiale de l'anémie 1993-2005 : Base de données mondiale de l'OMS sur l'anémie*. 2008, Organisation mondiale de la santé. Genève.
2. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Cibles mondiales de nutrition 2025*. 2014, OMS : Genève.
3. Schiffer, E. et D. Waale, *Tracing power and influence in networks: Net-map as a tool for research and strategic network planning*. 2008, Institut international de recherches sur les politiques alimentaires : Washington DC.
4. S. Gillespie et al., *The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress*. Lancet, 2013. 382 (9891) : p. 552-69.
5. UN 'Renewed Efforts against Child Hunger and Undernutrition' (REACH), *Nutrition Governance for Multi-sector Approaches in Ghana: Capacity Assessment & Development Response*. 2014, REACH: Accra, Ghana.
6. Gouvernement du Ghana, *Politique nationale de nutrition*. 2016, Gouvernement du Ghana : Accra.
7. Aryeetey, R.N., A. Laar et F. Zotor, *Capacity for scaling up nutrition: a focus on pre-service training in West Africa and a Ghanaian case study*. Proc Nutr Soc, 2015: p. 1-5.

Copyright © 2020 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires Tous droits réservés. Pour obtenir l'autorisation de republier, veuillez envoyer une demande à l'adresse [ifpri-copyright@cgiar.org](mailto:ifpri-copyright@cgiar.org).

Transform Nutrition West Africa est une plateforme régionale permettant une action politique et programmatique efficace dans le domaine la nutrition. Elle est financée par la Bill & Melinda Gates Foundation de 2017 à 2021 et dirigée par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.

✉ Email : [IFPRI-tnwa@cgiar.org](mailto:IFPRI-tnwa@cgiar.org)

🌐 Site internet : [transformnutrition.org/westafrica](http://transformnutrition.org/westafrica)

🐦 Twitter : [@TN\\_NutritionRPC](https://twitter.com/TN_NutritionRPC)



INTERNATIONAL  
FOOD POLICY  
RESEARCH  
INSTITUTE

IFPRI

INSTITUT INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES ALIMENTAIRES

Membre du Consortium CGIAR | Un monde sans faim ni malnutrition

West and Central Africa Office | Lot #2 Titre 3396 -BP 24063, Dakar-Almadies, Senegal

Tel: +221 33 869 98 00 | Fax: +221 33 869 98 41

Email: [ifpri-dakar@cgiar.org](mailto:ifpri-dakar@cgiar.org) | [wca.ifpri.info](http://wca.ifpri.info)