

## EVALUATION D'OPERATION

Intervention Prolongée de Secours et de  
Redressement 200526

Assistance nutritionnelle et aux Moyens d'Existence  
des populations vulnérables en Guinée Bissau

Mars 2013 – Janvier 2015

### **Rapport D'Evaluation à mi-parcours**

Septembre 2014

Equipe d'Evaluation: Pierre Leguéné (Chef d'Equipe), Lourdes Vazquez, Matilde Gomes Mendes,  
Covadonga Canteli

Gestionnaire de l'Evaluation: Belén Diaz

Mandaté par le:

**Bureau d'Evaluation du PAM**

Numéro du rapport: OEV/2014/16

## **Remerciements**

L'équipe d'évaluation remercie toutes les personnes qui ont contribué à l'organisation et à la réalisation de cette évaluation, en particulier le personnel du Bureau Pays du PAM en Guinée Bissau, les partenaires, bénéficiaires et personnes ressources qui ont accepté de rencontrer l'équipe et de répondre à nos questions dans toutes les régions visitées.

## **Avertissement**

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'équipe d'évaluation et ne reflètent pas nécessairement celles du Programme Alimentaire Mondial. La responsabilité pour les opinions exprimées dans ce rapport repose exclusivement sur ses auteurs. La publication de ce document n'implique pas le partage des opinions exprimées par le PAM.

Les descriptions et présentations faites sur la base de cartes n'implique l'expression d'aucune opinion de la part du PAM concernant le statut légal ou constitutionnel d'aucun pays, territoire ou mer, ou concernant la délimitation de frontières.

## **Mandataire de l'évaluation**

Gestionnaire de l'Evaluation: Belén Diaz, DARA

Point focal du bureau de l'évaluation: Julie Thoulouzan, PAM

Responsable du projet « Evaluations d'Opérations »: Claire Conan, PAM

## TABLE DES MATIERES

Fiche résumée de l'opération .....	i
Carte .....	viii
Résumé exécutif .....	ix
<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1 Caractéristiques de l'Evaluation.....	1
<u>1.2</u> Contexte .....	2
1.3 Descriptif de l'Opération .....	5
<b>2. Résultats .....</b>	<b>7</b>
2.1 Pertinence de l'Opération.....	7
<u>2.2</u> Résultats de l'Opération .....	17
2.3 Facteurs influençant les résultats.....	34
<b>3. Conclusions and Recommendations .....</b>	<b>42</b>
3.1 Evaluation générale .....	42
3.2 Recommendations .....	44
Annexe 1 : Mandat de l'évaluation .....	49
Annexe 2: Matrice d'évaluation .....	64
Annexe 3: Bibliographie.....	73
Annexe 4: Liste des personnes rencontrées.....	77
Annexe 5: Calendrier de la Mission d'Evaluation.....	80
Annexe 6: Carte de Guinée Bissau .....	82
Annexe 7 : Données complémentaires, Alimentation scolaire .....	83
Annexe 8 : Données complémentaires, programmes nutritionnels .....	85
Annexe 9 : Evolution de la mobilisation des ressources depuis le démarrage de l'opération.....	89
Liste d'acronymes.....	90
<b>Liste des tableaux</b>	
Tableau 1: <u>Bénéficiaires prévus par activité (en moyenne par an)</u> .....	6
Tableau 2: <u>Bénéficiaires atteints et nourriture distribuée</u> .....	17
Tableau 3: <u>Ecoles et bénéficiaires atteints</u> .....	17
Tableau 4: <u>Répartition des effectifs par classe, par région</u> .....	20
Tableau 5: <u>Traitement de la MAM : bénéficiaires atteints</u> .....	23
Tableau 6: <u>Produits alimentaires prévus et distribués pour le traitement de la MAM</u> .....	24
Tableau 7: <u>Mesure des indicateurs d'effets de la supplémentation alimentaire</u> .....	25
Tableau 8: <u>Bénéficiaires atteints par les activités de ASO</u> .....	30
Tableau 9: <u>Nourriture distribuée dans les activités de ASO</u> .....	30
Tableau 10: <u>Indicateurs de performances des activités ASO</u> .....	31

## **Liste des graphes**

Grappe 1: Evolution de la fréquentation.....	21
Grappe 2: Evolution des abandons .....	21
Grappe 3: Evolution des taux de passage .....	21
Grappe 4: Evolution du ratio filles/garçons .....	21
Grappe 5: Proportion de bénéficiaires de la PMC ayant reçu les trois distributions prévues.....	28

## Fiche résumée de l'opération

Information Opérationnelle			
<b>Pays:</b> Guinée Bissau			
<b>Titre/ type/ numéro de l'opération:</b> Assistance aux populations vulnérables de Guinée Bissau en nutrition et moyens d'existence. Intervention Prolongée de Secours et de Réhabilitation.			
<b>Numéro:</b> IPSR – 200526			
<b>Date d'approbation :</b> 31 mai 2013			
<b>Calendrier:</b> Mars 2013 à Janvier 2015 (23 mois)			
<b>Révisions Budgétaires:</b> Nombre de révisions budgétaires : 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision budgétaire 1 : Révision technique (migration vers le nouveau cadre financier) ;</li> <li>- Révision budgétaire 2, approuvée le 3 janvier 2014 : augmentation du budget à hauteur de 16.768.858 USD, extension de la couverture géographique des activités nutritionnelles aux régions de Bafata, Biombo et Bolama-Bijagos, augmentation de la nourriture à transférer de 254 tonnes, augmentation des frais de transport terrestre et de manutention de la nourriture (LTSH en anglais) de 133,34 USD à 148,24 USD par tonne de nourriture.</li> </ul>			
<b>Autres Opérations en cours:</b> N/A			
Objectifs <sup>1</sup>			
	Objectifs	OS <sup>2</sup>	Activités
Objectifs du Millénaire pour le Développement 1, 2 et 3	1. Les effectifs des filles et des garçons sont stabilisés dans les écoles assistées	<b>Objectifs Stratégiques (OS) :</b>  <b>OS 3 : Restaurer et reconstruire les vies et les moyens d'existence dans les situations de post-conflit, post-catastrophe et de transition</b>	- Repas scolaire - Ration à emporter pour les filles
	2. La malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois est réduite dans les régions affectées ciblées		- Traitement de la malnutrition aigüe modérée (supplémentation alimentaire ciblée)
	3. Le retard de croissance chez les enfants de 6 à 23 mois est réduit dans les régions de Cacheu, Gabu et Oio		- Prévention de la malnutrition chronique (alimentation complémentaire)
	4. La récupération nutritionnelle des patients sous traitement ART et TB est améliorée		- Vivres par prescription pour les patients de ART et TB
	5. La sécurité alimentaire des ménages ayant des patients ART/TB est améliorée		- Assistance alimentaire pour les ménages ayant des patients ART/TB
	6. L'accès aux actifs est amélioré dans les communautés en situation de transition ciblées		- Vivres contre Actifs - Vivres contre Formation

<sup>1</sup> Sources: Document de projet et Termes de Référence de l'évaluation.

<sup>2</sup> Le programme est aligné avec le Plan Stratégique du PAM 2008-2013. Bien que le cadre logique ait été révisé pour tenir compte du nouveau Cadre de Résultats Stratégiques pour 2014-2017, il est fait référence aux objectifs tels que définis dans le document de conception de l'opération initial.

## Principaux Partenaires

### Gouvernement:

Ministère de l'Éducation, Ministère de l'Agriculture, Ministère de la Planification Economique et de l'Intégration Régionale, Ministère de la Santé, Secrétariat National de Lutte contre le SIDA

### ONG :

Internationales : Caritas, International Partnership for Human Development, Plan International

Nationales : Wulute, JOCUM, Bandin, Igreja Presbiteriana, Eglise Evangélique, Ceu&Terras, Mission Catholique, ALTERNAG, APALCOF, GUIARROZ, ADIC NAFAIA, APRODEL, AJAM, ATAP, ADS

### Nations Unies:

FAO, UNICEF

## (Ressources) Inputs

### Valeur de l'Opération en dollars<sup>3</sup>

**Besoins:** 16.768.858 USD

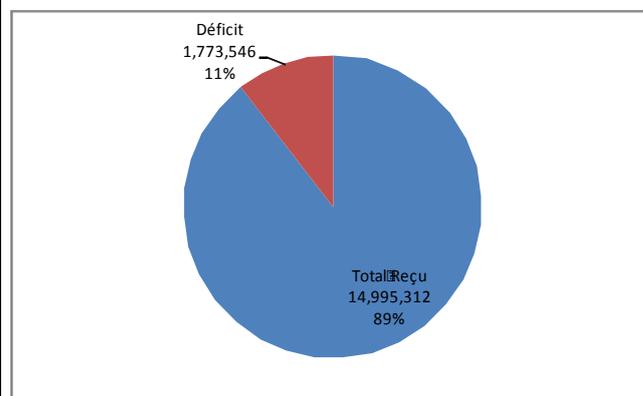
**Reçu:** 14.995.312 USD

**% de l'appel:** 89,4%

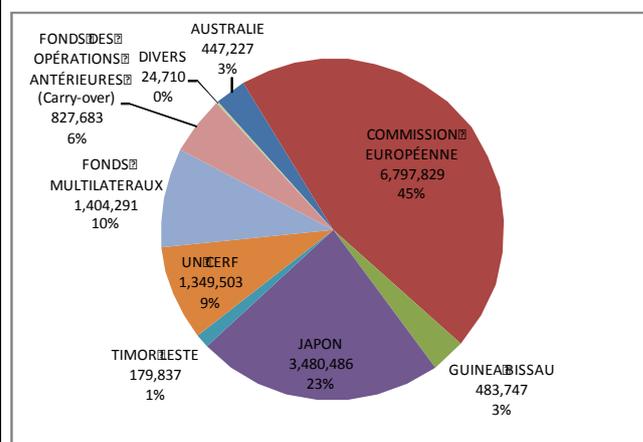
### Principaux donateurs<sup>4</sup>:

DONATEUR	Contribution	
	US\$	%
Commission Européenne	6.797.829	40,21
Japon	3.480.486	20,59
Multilatéral	1.404.291	8,31
UN CERF	1.349.503	7,98
Guinée Bissau	483.747	2,86
Australie	447.227	2,65
Timor Leste	179.837	1,06
Reports d'opérations	827.683	4,90
Divers	24.710	0,2

### Fonds reçus/besoins



### Contribution par donateur



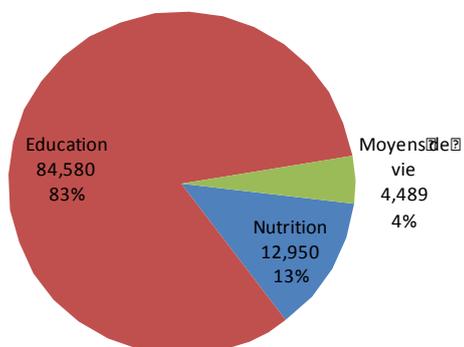
<sup>3</sup> D'après la situation des ressources du 2 juillet 2014

<sup>4</sup> Les fonds des opérations antérieures (carry over), de 827.683 USD, représentent 5,5% du total des ressources reçues

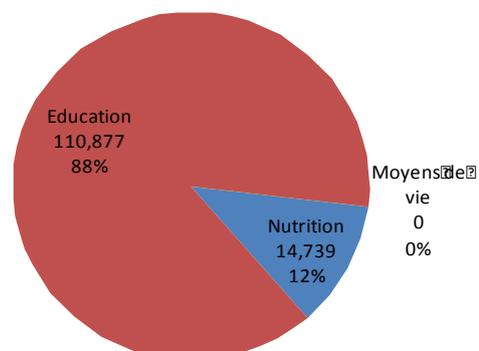
## Résultats<sup>5</sup>

### Nombre et pourcentage de bénéficiaires par composante du programme

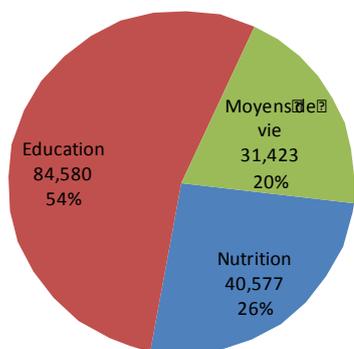
**Planifiés (2013): 102.019<sup>6</sup>**



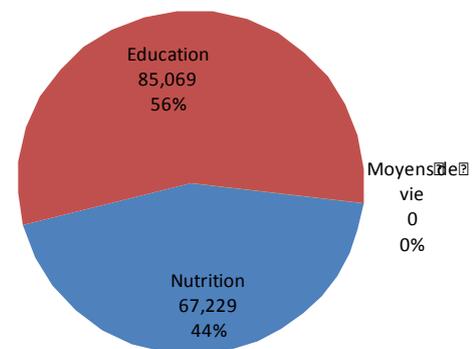
**Atteints (2013): 125.616<sup>7</sup>**



**Planifiés (2014, 1<sup>er</sup> trimestre): 156.580**



**Atteints (2014, 1<sup>er</sup> trimestre): 152.298**



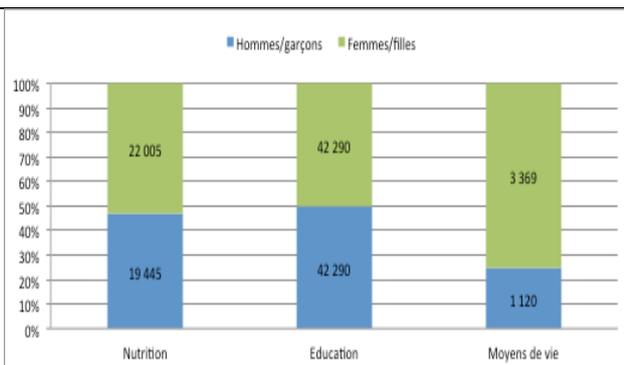
<sup>5</sup> Source principale: Rapport Standard de Projet 2013.

<sup>6</sup> Pour éviter le double comptage des bénéficiaires en 2013, les filles qui reçoivent les rations « take home » ne sont pas ajoutées puisqu'elles sont incluses parmi les filles qui reçoivent les rations « in school ». Cette méthode de comptage est celle qui est appliquée Country Operation Document.

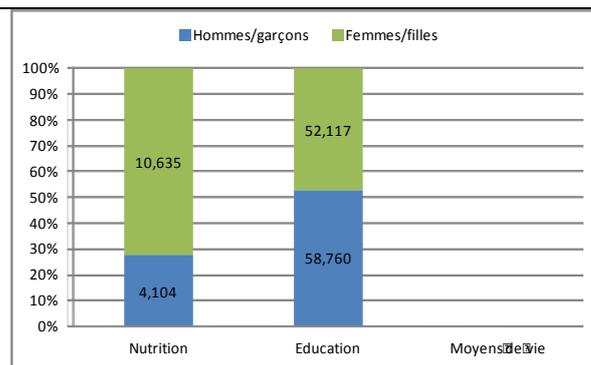
<sup>7</sup> Idem

## Nombre et pourcentage de bénéficiaires par composante du programme et sexe

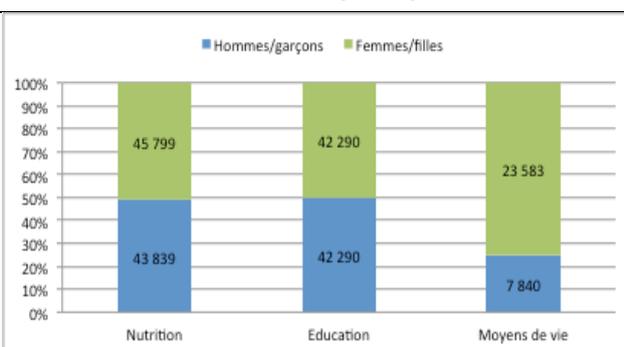
### Planifiés (2013)<sup>8</sup>



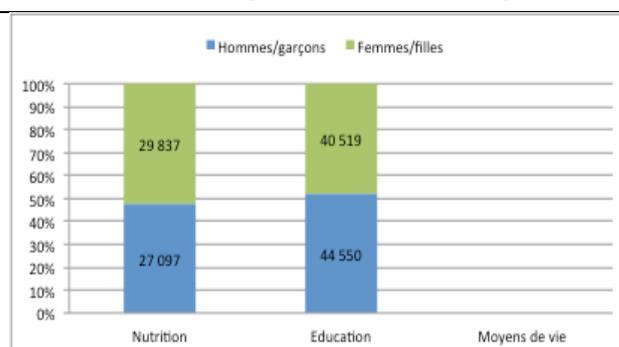
### Atteints (2013)<sup>9</sup>



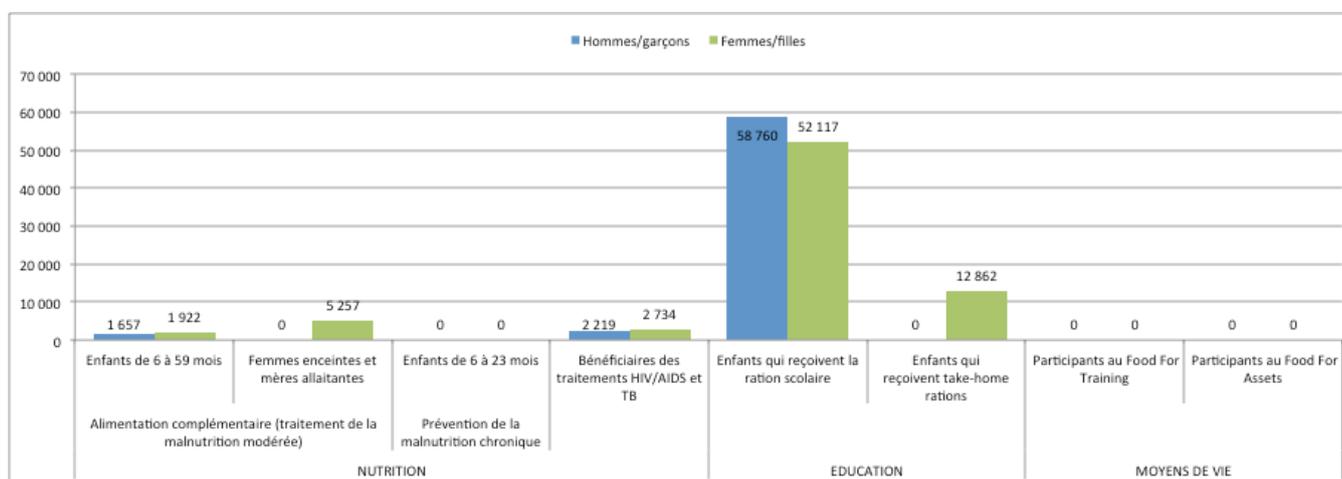
### Planifiés (2014)



### Atteints (2014, 1<sup>er</sup> trimestre)



## Nombre de bénéficiaires atteints par sexe et activité (2013)<sup>10</sup>

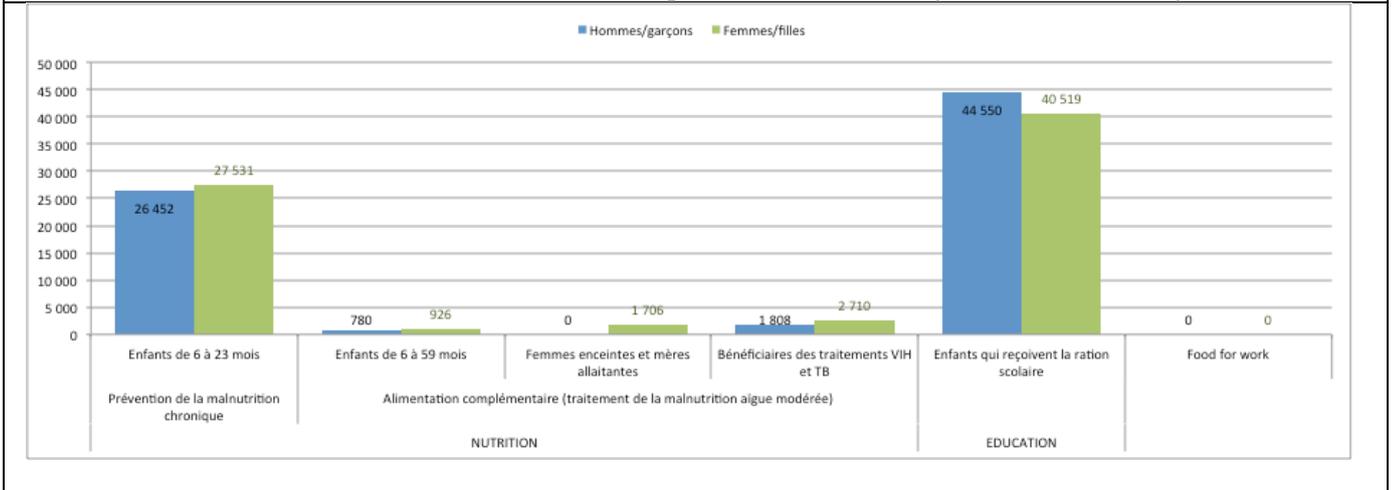


<sup>8</sup> Idem

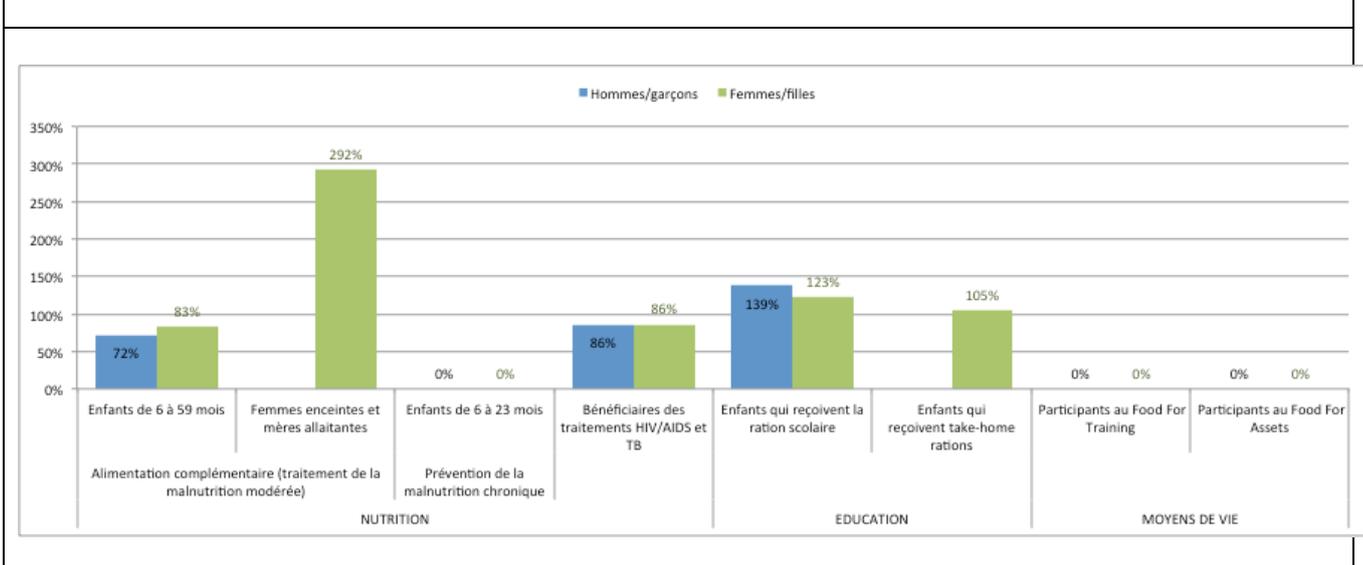
<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Source : SPR 2013, mini SPR 2014 et base de donnée du PAM

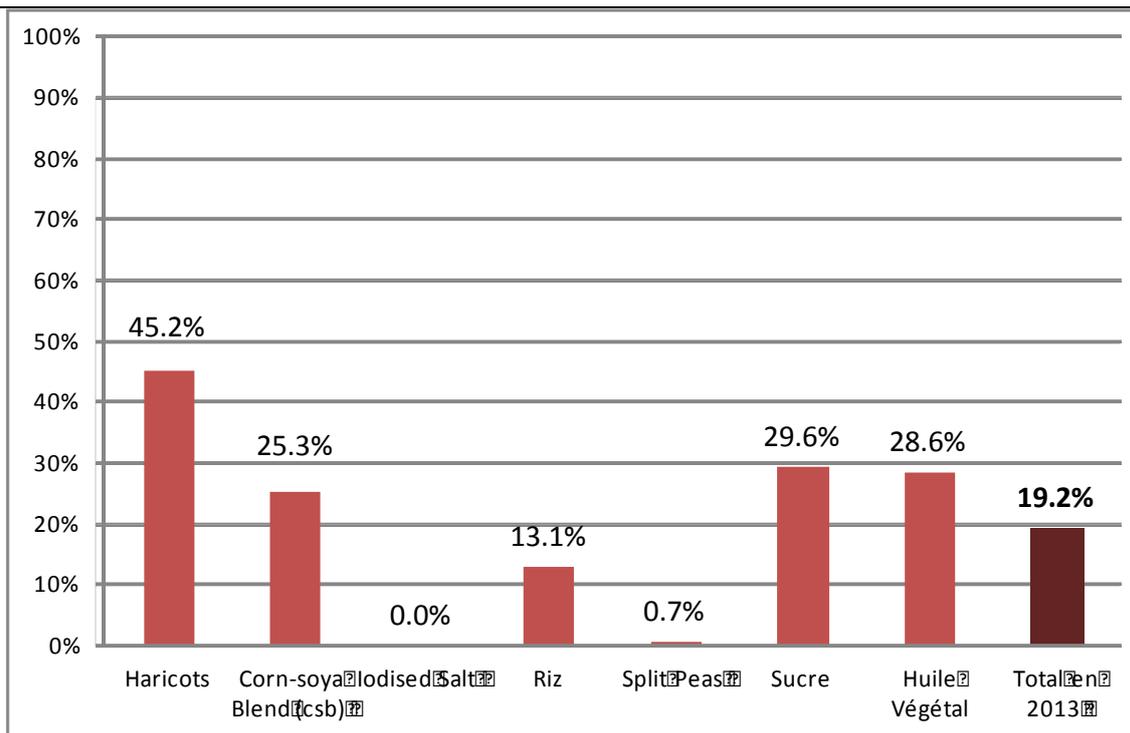
### Nombre des bénéficiaires atteints par sexe et activité (2014, 1<sup>er</sup> trimestre)



### Pourcentage des bénéficiaires atteints par rapport au total planifié par sexe et activité (2013)



### Pourcentage de vivres distribués par rapport au total planifié par type (2013)<sup>11</sup>



Le Mini-SPR Jan-March 2014 ne contient pas de données de distribution de vivres.

<sup>11</sup> D'après le « Country operation project document », la Prévention de la malnutrition chronique prévoit l'appui à 29.000 enfants âgés de 6 et 23 mois dans des régions sélectionnées. Les SPR de 2013 et de 2014 ne présentent pas de données sur cette activité. Le SPR ne présente pas non plus d'information sur la quantité de Plumpy'doz<sup>TM</sup> distribué.

<b>Effets</b>			
Effets <sup>12</sup>	Baseline <sup>13</sup>	Première mesure <sup>14</sup>	Dernière mesure <sup>15</sup>
<b>OS3 : Restaurer et reconstruire les vies et les moyens d'existence dans les situations de post-conflit, post-catastrophe et de transition</b>			
<b>Education</b>			
Taux de fréquentation garçons dans les écoles primaires assistées (%) <sup>16</sup>	94.59	92.38	93.79
Taux de fréquentation filles dans les écoles primaires assistées (%) <sup>17</sup>	93.59	92.44	93.52
Ratio filles/garçons dans les écoles primaires assistées (cible : 1,0)	0.97	0.89	0.91
Taux d'abandon des garçons dans les écoles primaires assistées (cible : <5%)	9.2	8.5	N/R
Taux d'abandon des filles dans les écoles primaires assistées (cible : <5%)	8.4	9.2	N/R
Taux de passage des garçons dans les niveaux supérieurs, dans les écoles assistées (cible : 80%)	74.9	70.1	N/R
Taux de passage des filles dans les niveaux supérieurs, dans les écoles assistées (cible : 80%)	73,7	67,5	N/R
<b>Nutrition</b>			
Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans (cible : 5%)	N/R	6.5	N/R
Taux de récupération nutritionnelle (%) (cible : >90%)	91.2	83.25	83,94
Taux d'abandon (%) (cible : <10%)	6.97	11.97	13,72
Mortalité (%) (cible : <1%)	N/R	0.71	0,49
Taux de non réponse (%) (cible : <1%)	N/R	1.28	3.58
Prévalence du retard de croissance chez les 6-23 mois (cible : <40%)	23.4 <sup>18</sup> Oio 35.4% Bafata 32.3% Gabu 30.3%	N/R	N/R
Taux d'abandon chez les 6-23 mois (cible : <15%)	N/R	N/R	N/R
Taux de récupération nutritionnelle chez les patients ART (cible : >75%)	90.08	56.45	85,29
Taux d'abandon chez les patients ART (cible : <15%)	6.97	26.46	2,45
Taux de récupération nutritionnelle chez les patients TB (cible : >75%)	55.88	72.86	76,94

<sup>12</sup> Aucun effets attendu n'a été atteint pour les activités de FFA/FFT étant donné qu'elles n'ont pas encore démarré

<sup>13</sup> 2013 , Standard Project Report 2013; data 2014:

<sup>14</sup> 2013 , Standard Project Report 2013; data 2014:

<sup>15</sup> Draft mini-SPR Jan-Mars 2014 IPSR 200526

<sup>16</sup> Indicateur non présent dans le cadre logique du programme, et par conséquent n'ayant pas de cible défini, mais renseigné dans les rapport SPR

<sup>17</sup> Idem

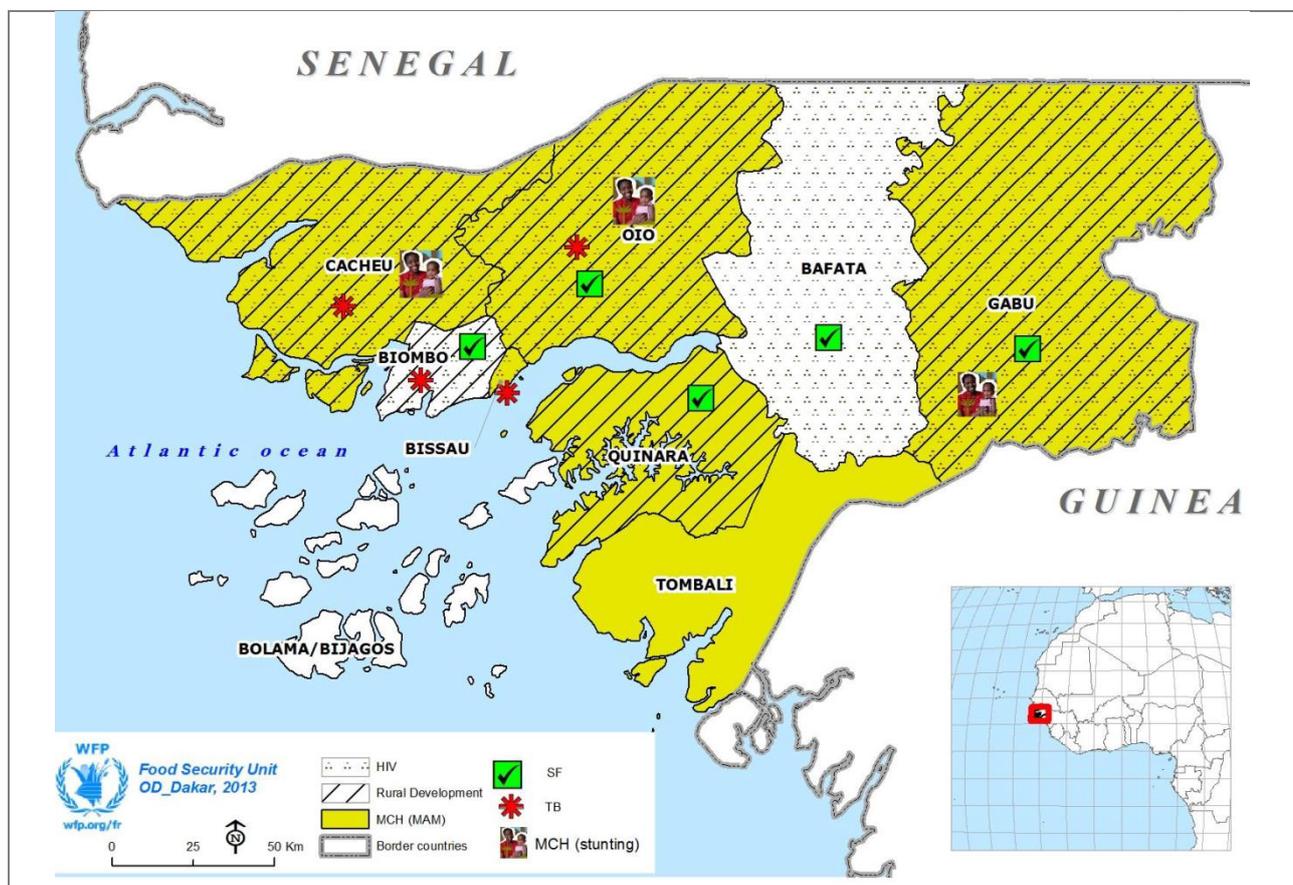
<sup>18</sup> Enquête Nationale SMART 2012; UNICEF. Il s'agit de la prévalence au niveau national pour les enfants de 0-23 mois. Les données régionales sont également disponibles.

Taux d'abandon chez les patients TB (cible : <15%)		N/R	12.0	11,93
Atteint	Non atteint	N/R	Non renseigné	

**Observations**

La dernière enquête SMART date de 2012 (utilisée comme base line).  
 Les indicateurs de performances sont présentés de manière confondue pour les enfants de moins de 5 ans et les PLW dans le SPR 2013, alors qu'ils devraient être présentés et analysés séparément.  
 Les activités de prévention du retard de croissance chez les enfants de 6-23 mois n'a pas démarré en juin 2013 comme prévu faute de ressources. L'équipe d'évaluation n'a pas eu accès aux mesures des indicateurs réalisées depuis le démarrage de cette activité.

**Carte**



## Résumé exécutif

### Introduction

1. Le Bureau d'évaluation (OEV) du Programme Alimentaire Mondial (PAM) a confié à DARA la réalisation d'une évaluation intermédiaire indépendante de l'Intervention Prolongée de Secours et de Redressement (IPSR) 200526 « Assistance nutritionnelle et aux moyens d'existence des populations vulnérables en Guinée Bissau ». Cette opération a démarré en mars 2013 pour une durée de 23 mois, et avait pour but de supporter les ménages affectés par des chocs cumulés, notamment liés aux conséquences institutionnelles et socio-économiques du coup d'état d'avril 2012. L'opération intègre 5 composantes : 1. Alimentation scolaire (repas scolaires et rations à emporter pour les filles) ; 2. Traitement de la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) ; 3. Prévention de la Malnutrition Chronique (PMC) ; 4. Récupération nutritionnelle des patients sous Thérapie Antirétrovirale (ART) et sous traitement DOTS pour la tuberculose (TB), et assistance alimentaire aux ménages vulnérables ayant des patients sous ART et DOTS ; 5. Vivres Contre Actifs (VCA) et Vivres Contre Formation (VCF). Elle ciblait initialement 157.133 bénéficiaires pour un budget revu lors d'une révision budgétaire de 16.768.858 USD.
2. L'évaluation avait pour objectifs de rendre compte des activités mises en œuvre et des résultats obtenus, de tirer des enseignements et de formuler des recommandations pour favoriser l'atteinte des objectifs de l'opération dans sa deuxième partie de mise en œuvre et pour les opérations similaires du PAM. Elle couvre la période de mi 2012 à juin 2014 et a pour utilisateurs principaux le Bureau Pays, le Bureau Régional et l'OEV du PAM. La période de mise en œuvre de l'évaluation a été choisie pour permettre la formulation de recommandations pour la conception du futur programme de pays prévu pour démarrer en janvier 2016<sup>19</sup>.

### Contexte

3. Le contexte de la Guinée Bissau est marqué par la récurrence des crises politiques depuis 1980. Le coup d'état du 12 avril 2012 a entraîné l'interruption des institutions, des conséquences économiques et sociales importantes, et le retrait d'une partie importante de la coopération internationale. Il a également eu pour conséquence le report d'un nouveau Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) dans le cadre duquel le PAM devait démarrer un Programme de Pays. Le PAM a formulé l'IPSR 200526 pour maintenir une assistance aux populations vulnérables affectées par les crises pendant la période de transition politique qui a suivi le coup d'état. L'ordre constitutionnel a été rétabli en juin 2014 à la suite d'élections présidentielles démocratiques.
4. Cette crise s'est déroulée sur fonds d'une insécurité alimentaire persistante, malgré un potentiel économique national important, notamment sur le plan agricole. L'insécurité alimentaire est due à une combinaison de causes structurelles et conjoncturelles, liées à l'instabilité politique récurrente, à l'investissement et aux infrastructures insuffisants, mais aussi à une forte dépendance des ménages ruraux vis-à-vis de l'anacardier. La prévalence de la malnutrition aigüe est relativement limitée à l'échelle du pays, mais certaines régions présentent des taux de Malnutrition Aigüe Globale (MAG) proches de 10%. La malnutrition chronique, le VIH et la tuberculose présentent des prévalences élevées au niveau national. Le

---

<sup>19</sup> La période d'évaluation a été définie sur la base de la date initiale de finalisation de l'IPSR (janvier 2015). Cependant, une révision budgétaire qui prévoit de repousser la fin de l'opération jusque décembre 2015 est en cours d'élaboration.

système éducatif enregistre des bonnes performances quantitatives en termes de progression du taux de scolarisation mais de nombreux enfants en âge scolaire n'accèdent toujours pas à l'école, et la majorité des enfants scolarisés, en particulier des filles, ne termine pas le cycle d'éducation de base.

### **QE1: L'IPSR est-elle pertinente?**

#### **Pertinence au regard des besoins**

5. Le PAM a réalisé une enquête rapide de sécurité alimentaire en 2012, qui a révélé l'existence de facteurs d'aggravation de la situation alimentaire, liés aux conséquences de la situation politique et institutionnelle, aux mauvais résultats de la campagne agricole et à l'augmentation des prix des céréales sur les marchés. Aux vues de cette situation, la décision du PAM de poursuivre les activités mises en œuvre dans le cadre de projets antérieurs était justifiée. Ces activités avaient un fort potentiel d'atténuation des chocs cumulés vécus en 2012.
6. L'évaluation confirme la pertinence des cinq composantes de l'intervention au regard de la situation préexistante fragile dans les domaines concernés, et de l'existence des facteurs d'aggravation. La persistance d'une large part d'enfants en âge scolaire n'ayant pas accès à l'école, le fait que de nombreux enfants scolarisés ne terminent toujours pas le cycle d'éducation de base, en particulier les filles, justifient la poursuite de l'alimentation scolaire. Les composantes de PMC et d'Aliments Sur Ordonnance (ASO) sont également pertinentes au regard des prévalences élevées de malnutrition chronique, du VIH et de la tuberculose. L'augmentation de l'insécurité alimentaire et le retrait de l'assistance internationale représentent des facteurs d'aggravation d'une situation fragile en termes de malnutrition aiguë. La composante de traitement de la MAM était par conséquent justifiée. Cependant, l'amélioration attendue de la situation politique et des facteurs d'aggravation de la situation alimentaire, et le fait que le manque d'accès à l'alimentation n'est probablement pas l'une des causes principales de la malnutrition, pourraient remettre en question dans un futur proche la pertinence de l'approche basée sur l'assistance alimentaire. Enfin, les actions proposées de VCA et VCF correspondent à des besoins réels, tant pour l'objectif de transfert de rations alimentaires à des ménages vulnérables en période de pénurie, que les réalisations proposées pour l'intensification et la commercialisation agricole, la diversification des moyens d'existence et la génération de revenus, en particulier pour les femmes.

#### **Cohérence avec les politiques du PAM et avec les politiques nationales**

7. L'IPSR s'insère dans l'objectif 3 du Plan Stratégique 2008-2013 du PAM. Le contexte présente une situation de transition pendant une période de rupture institutionnelle et d'exposition à plusieurs facteurs conjoncturels d'insécurité alimentaire
8. D'une manière générale, l'IPSR est cohérente avec la stratégie régionale du PAM et avec les politiques d'alimentation scolaire, de nutrition et de genre. Cependant, certains aspects importants de ces stratégies et politiques ne sont pas pris en compte dans la formulation de l'opération, en particulier la mise en œuvre d'une approche communautaire favorisant la convergence des activités.
9. L'IPSR est parfaitement alignée avec les politiques sectorielles en vigueur de Guinée Bissau. L'opération est également cohérente avec les interventions d'autres acteurs. On note toutefois que de nombreux acteurs ont interrompu leurs interventions du fait de la situation institutionnelle. Cela a limité les opportunités de création de synergies entre l'IPSR et d'autres interventions.

**QE2: Quels sont les résultats de l'IPSR?****QE3: Quels facteurs ont affecté l'obtention des résultats?**

10. Globalement, pour l'ensemble des composantes, à l'exception des actions VCA/VCF qui n'ont pas démarré faute de financement, les données disponibles montrent de bonnes performances en termes de bénéficiaires assistés. En revanche, les rations et quantités de nourriture distribuées sont sensiblement inférieures aux prévisions. Cela est essentiellement dû aux difficultés de mobilisation des ressources en 2013, qui ont également affecté les capacités du Bureau Pays du PAM pour réaliser un suivi suffisant des actions sur le terrain.

**Alimentation scolaire**

11. Le programme d'alimentation scolaire a fait preuve de bonnes performances en termes de nombre d'écoles et de bénéficiaires atteints, et de fonctionnement des cantines. Le PAM a restreint le ciblage géographique sur les régions les plus touchées par l'insécurité alimentaire et là où les taux de scolarisation sont les plus faibles. Cette décision est pertinente, même si elle a entraîné une baisse des effectifs assistés. Des activités extrascolaires, non prévues au départ, ont été mises en œuvre dans des écoles publiques ayant été fortement affectées par les grèves des enseignants. Cela a permis aux élèves de terminer le programme scolaire en 2012 et 2013, de développer des actions complémentaires qui offrent un potentiel de synergie avec les autres composantes, et de maintenir la consommation de 2 repas par jour en période de soudure. De nombreux élèves ne terminent toujours pas le cycle de base, en particulier des filles, malgré la distribution de rations à emporter, qui restent exposées à des contraintes particulières. La fréquentation, les abandons et les taux de passage sont relativement stables par rapport aux années antérieures, ce qui indique que l'opération a joué son rôle de stabilisation face à des circonstances défavorables.

**Traitement de la MAM**

12. Les données disponibles montrent des bonnes performances globales en termes de bénéficiaires touchés et d'effets des actions, avec toutefois des disparités importantes entre catégories de bénéficiaires et régions. L'évaluation a identifié plusieurs facteurs qui affectent la qualité de l'intervention. Malgré une intention initiale de ciblage des activités dans les régions à plus forte prévalence de la MAG, la contrainte de la présence des partenaires dans ces régions a réduit la couverture du programme. L'évaluation a observé des problèmes importants de respect des protocoles d'admission et de modalités de distribution, et de qualité du suivi et du reporting qui affectent la fiabilité des résultats. Ceci est dû aux capacités limitées des partenaires, à la méconnaissance des protocoles, et au manque d'appui proposé par le PAM, tant en termes d'outils et de guides que de suivi et d'appui sur le terrain.

**Prévention de la malnutrition chronique**

13. Cette composante, initialement prévue pour démarrer en juillet 2013 dans 3 régions, et qui devaient apporter une assistance aux bénéficiaires jusqu'à l'âge de 23 mois, a été sujette à des modifications importantes en termes d'objectifs et de conception. Elle a été fusionnée avec une opération d'urgence de 3 mois, en réponse aux conséquences de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou de 2013, dont l'objectif était de prévenir la détérioration de la malnutrition aigüe et de mitiger les effets sur la malnutrition chronique. Le ciblage a été étendu à l'ensemble du pays et l'opération a eu lieu entre mars et juin 2014. Elle a obtenu des bons résultats en termes de bénéficiaires atteints. Il est trop tôt pour mesurer ses

effets. L'extension du ciblage a posé le problème de suivi pour une composante pilote. Cependant, certaines leçons quant à l'existence de facteurs favorables et défavorables ont pu être apprises. Le retour prévu à une échelle plus limitée (2 régions), devrait permettre de valoriser ces enseignements.

### **Aliments sur Ordonnance**

14. Cette composante ciblait initialement 6 et 4 régions respectivement pour l'appui aux patients sous traitements ART et DOTS, et a ensuite été étendue à tout le pays.. Le fort dépassement du nombre de bénéficiaires ART prévus est certainement dû plus à une sous-estimation des besoins dans les régions initiales qu'à l'ouverture de nouveaux centres dans les régions ajoutées. Les performances en termes de taux de récupération nutritionnelle et d'abandon sont satisfaisantes, à l'exception de la région de Biombo pour les patients ART, mais les données de ce centre manquent de fiabilité. Au-delà des performances nutritionnelles, les entretiens avec les bénéficiaires et le personnel des centres ont montré que cette intervention avait contribué à augmenter l'adhésion des patients à leur traitement. Le personnel des centres a mis en œuvre des stratégies variées pour prévenir les risques de stigmatisation des PVVIH.

### **Recommandations**

**1. Renforcer les partenariats et les synergies avec les autres interventions (BP du PAM ; court moyen terme).** Le retour à l'ordre constitutionnel doit permettre de reprendre une approche basée sur les partenariats et le développement de synergies, dans le but de renforcer les effets et la pérennité des interventions.

**2. Mettre en œuvre une approche participative communautaire qui renforce les synergies internes de l'opération,** et une meilleure appropriation des actions par les bénéficiaires (BP du PAM, moyen terme). Les écoles constituent une plateforme offrant un fort potentiel de synergies sur les questions nutritionnelles, de santé, de genre ou de production agricole.

**3. Elaborer une stratégie de transition vers un programme national d'alimentation scolaire (BP du PAM, MEN ; moyen terme).** Bien qu'un transfert de la programmation de l'alimentation scolaire ne puisse être envisagé qu'à long terme, il n'en est pas moins nécessaire d'élaborer une stratégie précise qui définisse des étapes et des résultats concrets. Le programme d'achats locaux fait partie de cet objectif.

**4. Revoir l'approche d'assistance alimentaire pour le traitement de la MAM (BP du PAM, moyen terme).** Si la perspective d'amélioration de la situation politique et de certains facteurs d'aggravation de la situation de sécurité alimentaire se confirme, et compte tenu de la prévalence relativement faible de la MAG, le BP du PAM devrait revoir son approche basée sur l'assistance alimentaire dirigée sur le traitement de la MAM pour adopter une approche de prévention de la malnutrition chronique : participation à une étude des causes de la malnutrition, promotion et intégration de la stratégie de PMC dans des interventions intégrées qui abordent les différentes causes de la malnutrition

**5. Poursuivre les efforts initiés pour améliorer la qualité de la mise en œuvre et du suivi des composantes nutritionnelles (BP du PAM, court terme,** y compris pour le traitement de la MAM, le changement d'approche n'étant recommandé qu'à moyen terme, si l'amélioration du contexte se confirme) : produire et diffuser des outils d'enregistrement et de reporting adaptés, des manuels et guides à

destination des partenaires; former les partenaires ; renforcer les capacités du Bureau Pays pour le suivi.

**6. Revoir l'approche de la composante pilote de PMC conjointement avec les parties prenantes (BP, BR et siège du PAM, partenaires ; court terme):** améliorer la concertation avec les parties prenantes ; renforcer les synergies avec les interventions de santé communautaire et d'YCF, élaborer des protocoles, outils et manuels adaptés, renforcer les capacités du Ministère de la Santé ; restreindre le ciblage dans un premier temps et cibler les régions qui offrent le meilleur potentiel ; définir des indicateurs de performances supplémentaires qui permettent d'approfondir l'analyse, intégrer une composante de recherche qui permette de capitaliser les meilleures pratiques et d'analyser l'impact des actions. L'intervention devrait avoir une durée minimale de 2 ans.

**7. Améliorer le suivi de la composante d'alimentation scolaire (BP du PAM, court terme) :** Le PAM devrait compléter le système de suivi de cette composante pour permettre une meilleure analyse de ses résultats et effets.

**8. Poursuivre les activités extra scolaires en période de soudure (BP du PAM; moyen terme),** afin de renforcer le rôle de filet social de l'alimentation scolaire.

## 1. Introduction

### 1.1 Caractéristiques de l'Évaluation

1. Le Bureau d'évaluation (OEV) du Programme Alimentaire Mondial (PAM) a confié à DARA la réalisation d'une évaluation indépendante de l'Intervention Prolongée de Secours et de Redressement (IPSR) 200526 "Assistance nutritionnelle et aux moyens d'existence des populations vulnérables en Guinée Bissau ». Cette évaluation fait partie d'une série d'évaluations opérationnelles (OpEv) à entreprendre dans la période 2013-2015.
2. Cette évaluation externe a **deux objectifs principaux et complémentaires** :
  - **Redevabilité** – L'évaluation doit rendre compte des activités mises en œuvre et des résultats obtenus, donné lieu à la formulation de recommandations destinées à améliorer la mise en œuvre du programme de manière à atteindre les objectifs à la fin de l'opération.
  - **Apprentissage** - L'équipe d'évaluation devait analyser les facteurs internes et externes favorables et défavorables à la mise en œuvre des activités et à l'obtention des résultats. Cette analyse devait permettre de tirer des leçons, d'identifier les pratiques positives qui pourraient être étendues dans le programme ou reproduites dans d'autres programmes.
3. L'évaluation a **couvert** l'ensemble des activités et des processus de l'IPSR 200526, liés à sa formulation, mise en œuvre, ressources, et dispositif de suivi-évaluation-reporting. La période couverte est de mi-2012 à juin 2014.
4. Les principaux utilisateurs de l'évaluation sont le Bureau Pays du PAM (BP), ses partenaires impliqués dans l'opération, le Bureau Régional (BR) et le l'OEV.
5. L'évaluation a cherché à répondre aux **questions d'évaluation** définies dans les Termes de Référence (TdR – voir annexe 1). Elle a utilisé les **critères** de la pertinence, de la cohérence (interne et externe), de la couverture, de l'efficacité, de l'efficience, de l'impact et de la pérennité des actions mises en œuvre.
6. Les trois questions d'évaluation principales sont :
  - Quelle est la pertinence de l'opération ?
  - Quels sont les résultats de l'opération ?
  - Pourquoi et comment l'opération produit-elle les résultats observés ?
7. Les TdR de l'évaluation intègrent des sous-questions détaillées pour chacune des questions principales. L'équipe d'évaluation a développé une matrice d'évaluation (voir annexe 2) qui identifie l'information qui doit être collectée et analysée pour répondre aux sous-questions, de même que les techniques de collecte et sources d'information.
8. L'équipe d'évaluation a basé son travail sur une série d'approches destinées à garantir la collecte d'informations fiables et à permettre une profondeur d'analyse la plus grande possible : approche historique et analyse des processus, approche pluridisciplinaire, approche participative, triangulation des méthodes et sources d'information. L'équipe a également développé une approche du genre pour permettre l'analyse différentielle des effets produits par l'opération sur les différents groupes de population en présence : hommes, femmes, filles, garçons, personnes sous traitement pour le Virus de l'Immunodéficience Acquis (VIH) et la tuberculose (TB). Cette approche a intégré l'utilisation d'informations

désagrégées par sexe et la réalisation d'entretiens de focus groupes séparés d'hommes, de femmes, de filles, de garçons et de porteurs du VIH et de la TB. La méthodologie intégrait la visite de sites choisis sur la base de critères destinés à avoir la meilleure représentation possible des différentes situations couvertes par l'IPSR (voir liste des sites visités dans l'annexe 5 : Calendrier de la mission d'évaluation). Le BP du PAM a assisté l'équipe d'évaluation pour l'identification des sites représentatifs de chaque critère.

9. Les principaux outils et techniques de collecte et d'analyse d'information utilisés sont la revue des données secondaires (voir annexe 3 : Bibliographie), les entretiens semi-structurés de focus groupes et individuels avec les parties prenantes (voir annexe 4 : Liste des personnes rencontrées), l'observation et les restitutions interne (avec le personnel du PAM) et externe des résultats préliminaires, qui ont permis de croiser, compléter et corriger ces résultats.
10. L'évaluation s'est déroulée en trois phases : préparatoire (du 12 mai au 7 juin), mission en Guinée Bissau (du 8 au 27 juin – voir annexe 5), et rédaction du rapport d'évaluation (du 28 juin au 29 août, y compris un processus de contrôle de qualité réalisé par DARA et de révision/commentaires par le BP, le BR, et l'OEV du PAM). Au total, pendant la mission de terrain, l'équipe d'évaluation a visité 39 sites et mené des entretiens avec toutes les parties prenantes concernées par l'opération : structures gouvernementales au niveau national et régional, personnel des sites, ONG partenaires et non partenaires, bailleurs de fonds, agences des Nations Unies, et bien sûr, bénéficiaires de toutes catégories.
11. La mission d'évaluation s'est déroulée sans contraintes majeures et les sites prévus ont pu être visités. Des entretiens de focus groupes ont néanmoins dû être annulés dans deux sites du fait de l'indisponibilité de la population concernée. Cela n'a pas affecté les résultats de l'évaluation. Aussi, le manque de fiabilité des données disponibles sur les indicateurs de nutrition représente une contrainte pour l'évaluation des performances de ces composantes. Une recommandation a été formulée pour l'amélioration du suivi de cette composante. Enfin, la composante de Vivres Contre Actifs et Vivres Contre Formation (VCA et VCT) n'a pas encore été mise en œuvre. Pour cela, seul le critère de la pertinence a pu être analysé.

## **1.2 Contexte**

12. La Guinée Bissau est située en Afrique de l'Ouest, elle fait frontière avec le Sénégal au nord, la République de Guinée au sud et à l'est, et l'océan Atlantique à l'ouest. Elle couvre une superficie de 36.125 km<sup>2</sup> et a une population estimée en 2009 à 1.520.830 personnes, dont 51,5% de femmes et 48,5% d'hommes<sup>20</sup>. Le pays est divisé en 8 régions administratives<sup>21</sup>, auxquelles s'ajoute le Secteur Autonome de Bissau (SAB), la capitale du pays (voir annexe 6 : Carte).

### **Contexte politique**

13. Le contexte Politique de la Guinée Bissau est marqué par la récurrence des crises depuis 1980. Le pays a vécu une période d'amélioration de la situation politique et économique entre 2009 et 2012, mais le coup d'état d'avril 2012 a de nouveau entraîné d'importants troubles politiques et l'interruption des institutions, et des conséquences économiques et sociales importantes.

---

<sup>20</sup> Recensement Général de la Population et du Logement, 2009.

<sup>21</sup> Biombo, Cacheur, Oio, Bafatá, les îles Bolama/Bijagós, Quinara et Tombali.

14. L'élection présidentielle, dont le premier et le second tour se sont tenus respectivement le 13 avril et le 18 mai 2014, a débouché sur le retour à la légalité constitutionnelle.
15. Cette crise constitue un élément essentiel du contexte de formulation et de mise en œuvre de l'IPSR 2005<sup>26</sup>. Elle a entraîné l'interruption d'une partie importante de la coopération internationale, de laquelle la Guinée Bissau est très dépendante. Elle a également amené l'Equipe Pays des Nations Unies (UNCT en anglais) à différer de 2013 à 2015 le démarrage du nouveau Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF en anglais). De ce fait, le démarrage du programme de pays (PP) du PAM, aussi prévu en 2013, a également été différé jusqu'en 2015.

### **Situation économique et sociale**

16. La Guinée Bissau fait partie des pays à faibles revenus, déficitaires au niveau alimentaire, et très endettés. Le pays occupait en 2012 la 176<sup>ème</sup> position sur 187 de l'Indice de Développement Humain (IDH) établi par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Malgré l'instabilité politique récurrente, le pays a connu une période récente de croissance économique soutenue (2008-2012). Néanmoins, le coup d'état d'avril 2012 a eu des conséquences sur l'économie, et le pays a enregistré en 2012 une chute de 6,7% du Produit Intérieur Brut (PIB)<sup>22</sup> et une croissance négative de 1,5%, suivie d'un retour fragile à la croissance en 2013 (0,3%)<sup>23</sup>.
17. L'économie bissau-guinéenne dépend largement de l'agriculture, qui représentait en 2010 62% du PIB, employait 95% de la population, apportait des revenus à 85% de la population, et représentait 98% des exportations et 10% des revenus fiscaux du pays<sup>24</sup>. Le secteur agricole est largement dominé par la production de noix de cajou, pour laquelle la Guinée Bissau fait partie des premiers producteurs mondiaux. La monoculture de noix de cajou, très répandue, place néanmoins les ménages dans une situation de forte vulnérabilité vis-à-vis des aléas du marché. En 2013, la baisse du prix d'achat au producteur et la détérioration des termes de l'échange entre la noix de cajou et le riz ont eu des conséquences importantes sur les revenus et l'accès à l'alimentation pour les ménages<sup>25</sup>.
18. La **pauvreté** est largement répandue en Guinée Bissau. D'après le Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration Régionale (MEPIR)<sup>26</sup>, en 2011 69,3% de la population vivaient sous le seuil de pauvreté (moins de 2 dollars des Etats Unis par jours), et 33% étaient extrêmement pauvres (moins de 1 dollar par jour). La population vivant dans ces deux conditions a augmenté respectivement de 5% et de 13% entre 2002 et 2011.
19. **Les femmes** ont participé de manière significative aux activités socio-politiques depuis la période coloniale. Des femmes bissau-guinéennes ont occupé des positions de leadership à tous les niveaux. Malgré cela, de manière plus générale, les femmes n'accèdent pas au pouvoir et ne participent à la vie socio-politique de la même manière que les hommes. Elles sont globalement moins éduquées, en particulier au-delà du premier cycle d'éducation primaire. D'après l'enquête

<sup>22</sup> Banque Mondiale, 2014.

<sup>23</sup> African Economy Outlook. <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/guinea-bissau/>

<sup>24</sup> Banque Mondiale, 2010

<sup>25</sup> « Com caju tutu bem\* ? » : Impact de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou sur la sécurité alimentaire des ménages ; FAO, PAM, Plan ; décembre 2013.

<sup>26</sup> Document de Stratégie Nationale de la Réduction de la Pauvreté – DEMAEP II, 2011.

ILAP2, 38% des femmes de plus de 15 ans savent lire et écrire, alors que les hommes sont 66.5%. Enfin, selon l'Enquête Approfondie sur la Sécurité Alimentaire et la Vulnérabilité des Ménages Ruraux (CFSVA en anglais)<sup>27</sup>, réalisée par le PAM en 2011, les ménages dirigés par des femmes sont plus vulnérables à l'insécurité alimentaire que ceux dirigés par des hommes.

## Santé et nutrition

20. D'après les dernières données disponibles, provenant de l'enquête « Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions » (SMART) de 2012<sup>28</sup>, la prévalence de la malnutrition aigüe chez les 6-59 mois reste pauvre (6,5% des enfants de moins de 5 ans émaciés). On remarque cependant des différences entre les régions, de 3,1% à Cacheu à 9,8% à Bafata. Le retard de croissance affecte 27,4% des enfants de moins de 5 ans, avec les plus fortes prévalences dans les régions de Oio (35,4%), Bafata (32,3%) et Gabu (30,3%). Dans ces régions, la situation est considérée "sérieuse" selon les standards de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
21. Le VIH/SIDA est considéré comme étant répandu en Guinée Bissau, avec une prévalence nationale de 3,9%<sup>29</sup>, une estimation de 5,3% de la prévalence chez les adultes (de 15 à 49 ans), les femmes étant particulièrement affectées (6,9% contre 2,4% chez les hommes)<sup>30</sup>. L'incidence de la tuberculose est également élevée (312 cas pour 100.000 personnes) et la co-infection avec le VIH est de 39,1%<sup>31</sup>. Le respect des traitements reste faible avec un fort taux d'échec pendant les premières semaines du traitement du fait d'un accès insuffisant à l'alimentation. Plus de 25% des ménages qui comptent des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et souffrant de tuberculose sont en insécurité alimentaire, et 19% des patients sous Thérapie Antirétrovirale ou recevant un traitement pour la TB sont sous-alimentés<sup>32</sup>.
22. Le gouvernement dispose d'une Politique Nationale de Nutrition qui fixe l'objectif pour 2025 de réduire de 40% la malnutrition chronique, et en dessous de 5% la malnutrition aigüe chez les moins de 5 ans.

## Education

23. D'après le rapport RESEN 2013, le système éducatif bissau-guinéen enregistre des bonnes performances quantitatives caractérisées par une nette augmentation de la couverture scolaires à tous les niveaux entre 1999/2000 et 2009/2010<sup>33</sup>. Malgré cela, une proportion importante de la population en âge scolaire n'est toujours pas scolarisée en primaire et/ou ne termine pas le cycle d'éducation de base<sup>34</sup>. Le ratio filles/garçons dans les effectifs d'enfants scolarisés est proche de

---

<sup>27</sup> Résultats de l'enquête approfondie sur la sécurité alimentaire et la vulnérabilité des ménages ruraux ; Rapport final ; République de Guinée Bissau, PAM ; Mars 2011.

<sup>28</sup> Deuxième enquête Nationale SMART : L'état nutritionnel des enfants et des femmes, République de Guinée Bissau et UNICEF, Décembre 2012

<sup>29</sup> <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/guinea-bissau/>

<sup>30</sup> Rapport d'activité sur la riposte Guinée Bissau 2012. Secrétariat national de Lutte contre le SIDA

<sup>31</sup> Profil de Tuberculose de la Guinée Bissau, 2012 ; OMS.

<sup>32</sup> Enquête de vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH sous TARV et des tuberculeux sous DOTS. 2011 ; WFP

<sup>33</sup> La couverture scolaire est passée respectivement de 3% à 5% dans le préscolaire, de 70 à 117% dans le primaire, et de 19 à 43% dans le secondaire.

<sup>34</sup> Selon le Plan triennal de Développement de l'Education 2011-2013, un quart des enfants bissau-guinéens n'accèdent pas à l'école et seulement 40% des enfants scolarisés complètent leur éducation de base.

1 pour le premier cycle de l'éducation scolaire, mais les filles sont moins nombreuses à achever l'école primaire que les garçons<sup>35</sup>.

24. Le gouvernement s'est fixé des objectifs à l'horizon 2020 pour l'éducation, dans la Lettre de Politique Sectorielle. Pour l'éducation primaire, l'objectif est d'assurer l'achèvement universel du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle, et d'augmenter de manière significative l'achèvement du 3<sup>ème</sup> cycle.

### **Sécurité alimentaire**

25. Selon l'enquête CFSVA de 2011, 20% des ménages ruraux étaient en insécurité alimentaire, dont 8% sévère et 12% modérée. Les régions les plus touchées par l'insécurité alimentaire étaient Quinara, Bolama, Oio et Cacheu.
26. L'insécurité alimentaire est due à une combinaison de causes structurelles et conjoncturelles. Au niveau structurel, l'instabilité politique récurrente limite l'investissement dans l'économie du pays et les efforts pour réduire la pauvreté. Les infrastructures de communication, insuffisantes et en mauvais état, limitent la commercialisation des produits ruraux. Le développement des cultures de rentes, en particulier de l'anacardier, au détriment des cultures vivrières a des conséquences aussi bien sur le plan macro-économique (déficit de production alimentaire au niveau national et importations alimentaires) que pour les ménages.
27. Le déficit de production alimentaire (estimé entre 50.000 et 72.000 tonnes de céréales<sup>36</sup>) est dû, en plus de la concurrence de l'anacardier, à une baisse de la pluviométrie, à la dégradation des ressources naturelles, notamment dans les zones de culture de riz de mangrove, au manque d'organisation des producteurs, au manque d'accès à des mécanismes de financement, aux pratiques culturelles inadaptées, et au manque d'accès aux intrants agricoles.
28. Outre les chocs liés à la commercialisation de la noix de cajou, la crise alimentaire mondiale de 2008 a également été ressentie en Guinée Bissau, avec une augmentation de 68% du prix du riz importé entre septembre 2007 et septembre 2008<sup>37</sup>. La crise économique et financière de 2009 a eu un impact direct sur de nombreux ménages bissau-guinéens, la Guinée Bissau étant un des pays d'Afrique qui reçoit le plus d'argent des migrants<sup>38</sup>.

### **1.3 Descriptif de l'Opération**

29. L'IPSR 200526 a été approuvée le 31 mai 2013 et couvre la période de mars 2013 à janvier 2015 (23 mois). Cette opération a été formulée pour couvrir la période de transition politique qui s'est ouverte à la suite du coup d'état d'avril 2012. Elle doit contribuer à l'objectif stratégique 3 du Plan Stratégique 2008-2013 du PAM<sup>39</sup>, et cherche à :
- a. Stabiliser les effectifs d'enfants scolarisés dans l'éducation de base ;
  - b. Réduire la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes ;

---

<sup>35</sup> Selon le Plan triennal de développement de l'éducation 2011-2013, les filles ne représentent que 40% des effectifs au-delà du premier cycle du primaire

<sup>36</sup> Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) 2008-2013, Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural, FAO; octobre 2008.

<sup>37</sup> <http://www.fao.org/isfp/country-information/guinea-bissau/en/>

<sup>38</sup> CFSVA 2011

<sup>39</sup> Restaurer et reconstruire les vies et les moyens d'existence dans les situations de post-conflit, post-catastrophe et de transition

- c. Réduire la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à 23 mois ;
- d. Améliorer la récupération nutritionnelle des patients sous Thérapie Antirétrovirale (ART en anglais) et sous traitement contre la tuberculose ;
- e. Améliorer la sécurité alimentaire des ménages ayant des membres sous traitement ART/TB ;
- f. Favoriser l'accès à des actifs dans les communautés en situation de transition.

30. Dans sa formulation initiale, l'opération ciblait 157.133 bénéficiaires (69.964 hommes et garçons, et 87.169 femmes et filles) en moyenne par an, prévoyait la distribution de 11.419 tonnes de nourriture et avait un budget total de 15.294.464 dollars des Etats-Unis (USD). Les bénéficiaires prévus par activité étaient les suivants :

**Tableau 1** Bénéficiaires prévus par activité (en moyenne par an)

Activités		Formulation initiale			Révision budgétaire 2
		Hommes/ garçons	Femmes / filles	Total	
Education	Repas scolaire	43.366	42.290	85.656	85.656
	Ration à emporter		12.240	12.240	12.240
Nutrition	Traitement MAM 6-59 mois	2.621	2.621	5.242	6.116
	Traitement MAM femmes enceintes et allaitantes		1.960	1.960	2.450
	Prévention malnutrition chronique 6-23 mois	14.250	14.250	28.500	81.562
	Nourriture par prescription ART/TB	310	910	1.220	1.220
	Appui ménages ART/TB	1.566	1.558	3.115	3.115
VCA/VCF	VCA	6.360	19.080	25.440	25.440
	VCF	1.500	4.500	6.000	6.000
<b>Total</b>		<b>69.964</b>	<b>87.169*</b>	<b>157.133</b>	<b>211.559</b>

\*Les bénéficiaires des rations à emporter sont également bénéficiaires des repas scolaire. Elles ne sont comptées qu'une fois dans le nombre total de bénéficiaires.

Source : Document de formulation de l'opération.

31. L'opération a fait l'objet de plusieurs modifications postérieures à sa formulation :

- Révision budgétaire 1 : Révision technique (migration vers le nouveau cadre financier).
- Révision budgétaire 2, approuvée le 3 janvier 2014 : augmentation du budget à hauteur de 16.768.858 USD, extension de la couverture géographique des activités nutritionnelles aux régions de Bafata, Biombo et Bolama-Bijagos<sup>40</sup>, augmentation de la nourriture à transférer de 254 tonnes, augmentation des frais de transport terrestre et de manutention de la nourriture (LTSH en anglais) de 133,34 USD à 148,24 USD par tonne de nourriture.
- Révision budgétaire 3, en cours de préparation (non approuvée au moment de l'évaluation), qui prévoit un allongement de la durée du projet jusque fin 2015, la modification de la ration journalière transférée dans les repas scolaires pour intégrer une donation en nature du Japon de poisson en conserve,

<sup>40</sup> Due à l'augmentation de l'insécurité alimentaire comme conséquence de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou (narratif de la RB). D'après le BP, l'extension géographique a également eu lieu avec l'objectif d'adapter le ciblage géographique aux prévalences de MAM actualisées dans l'enquête SMART de décembre 2012. Cette augmentation en fonction des résultats de l'enquête SMART avait été recommandé par le Programme Review Committee.

l'augmentation des actions de renforcement des capacités et des études base dans le cadre d'un système de suivi de la sécurité alimentaire.

32. D'après le PAM<sup>41</sup>, au 2 juillet 2014, 14.995.312 USD ont été mobilisés, soit 88,7% du budget révisé de l'opération. Ce montant prend en compte un financement de l'Union Européenne approuvé en mars 2014, et qui couvre l'IPSR 200526 et le prochain Programme de Pays (durée du financement de 3 ans). D'après un état des lieux détaillé de la situation de mobilisation des ressources fourni par le CO, le financement de l'UE a été divisé en trois tranches correspondant aux 3 années de durée du financement. Si l'on prend en considération uniquement la première tranche de financement (2.463.570 USD), le total des ressources mobilisées au 2 juillet est de 10.661.053 USD, soit 63,6% du budget révisé. Les donateurs sont, par ordre décroissant d'importance de leur contribution, l'Union Européenne, le Japon, le CERF, la Guinée Bissau (donation de riz en nature donné par la Chine et Fonds Mondial), l'Australie, le Timor Leste, auxquels s'ajoutent des financements multilatéraux et des reliquats de financement des programmes précédents (voir fiche résumée de l'opération).
33. Du fait du positionnement des Nations Unies vis-à-vis du gouvernement issu du coup d'état d'avril 2012, le PAM n'a pas pu, dans un premier temps, travailler avec ses partenaires institutionnels traditionnels dans le pays, en particulier les Ministères de l'Education et de la Santé. Le PAM a initié une approche directe de mise en œuvre avec les communautés bénéficiaires et les structures décentralisées du gouvernement. Des partenariats ont également été établis avec des Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui ont assumé des fonctions habituellement prises en charge par les ministères partenaires. Cette position a évolué courant 2013, et le PAM a de nouveau pu établir des liens avec les structures régionales des ministères (Ministère de l'Education Nationale - MEN, Ministère de la Santé - MdS). Les ONG qui participent à la mise en œuvre de l'opération sont CARITAS, Wulute, JOCUM, Bandin, Igreja Presbiteriana, Eglise Evangélique, Ceu&Terras, Mission Catholique, ALTERNAG, APALCOF, GUILARROZ, ADIC NAFAIA, APRODEL, AJAM, ATAP, ADS.

## **2. Résultats**

### **2.1 Pertinence de l'Opération**

#### **2.1.1 Pertinence au regard des besoins**

##### Pertinence globale de l'opération

34. La formulation de l'IPSR 200526 repose sur la constatation d'une situation persistante d'insécurité alimentaire, et de l'existence de facteurs d'aggravation, liés en particulier aux conséquences du coup d'état d'avril 2012, mais aussi à des facteurs climatiques qui ont affecté les résultats des activités agricoles en 2012.
35. Le PAM a réalisé une enquête rapide de sécurité alimentaire en juin 2012<sup>42</sup>. Celle-ci a révélé que la campagne de commercialisation de la noix de cajou a été affectée de manière significative par le coup d'état, ce qui a entraîné un manque à gagner proportionnel pour les revenus des ménages. La production de noix de cajou et la production céréalière ont été inférieures respectivement de 40% et de 14,5% par rapport à l'année précédente du fait d'aléas climatiques et du manque d'intrants

---

<sup>41</sup> [http://one.wfp.org/operations/current\\_operations/ResUpdates/200526.pdf](http://one.wfp.org/operations/current_operations/ResUpdates/200526.pdf)

<sup>42</sup> Rapid Food Security Assessment, régions de Biombo, Oio et Quinara, PAM, juin 2012

agricoles dû aux conséquences du coup d'état. Dans le même temps, les prix des céréales sur le marché ont fortement augmenté (dans la plupart des régions enquêtées, pouvant aller jusqu'à 60% d'augmentation du prix du riz importé à Fulacunda par rapport à la même période en 2011). D'après cette enquête, ces facteurs ont eu comme conséquence la réduction des stocks alimentaires des ménages et des difficultés accrues pour les ménages pour passer la période de soudure 2012.

36. Aux vues de cette situation, la décision du PAM de poursuivre les activités mises en œuvre dans le cadre des projets de développement 200322 et 200274 (respectivement programmes nutritionnels et alimentation scolaire), qui devaient prendre fin en janvier 2013, était justifiée. Ces activités avaient un fort potentiel d'atténuation des chocs cumulés vécus en 2012.

### Alimentation scolaire

37. L'objectif de l'alimentation scolaire, tel que défini dans le document de formulation de l'IPSR 200526, était de maintenir les taux de scolarisation dans l'éducation de base.

**38. Cet objectif est jugé pertinent**, compte tenu des éléments suivants :

- L'alimentation scolaire a fait ses preuves en Guinée Bissau comme mesure efficace d'incitation à la scolarisation des enfants. Les effectifs et les taux de scolarisation ont fortement progressé au cours des 10 à 15 dernières années. D'après le Rapport d'Etat du Système Educatif de 2013<sup>43</sup>, le taux brut de scolarisation en primaire est passé de 70% lors de l'année scolaire 1999/2000 à 117% en 2009/2010, soit un accroissement moyen annuel de 5 points de pourcentage. Dans tous les secteurs visités, les inspecteurs du Ministère de l'Education ont fait état d'une forte croissance des effectifs. Les entretiens menés avec les fonctionnaires du MEN à tous les niveaux, avec les autres organisations impliquées dans l'éducation et avec les communautés ont permis de dégager un consensus sur le rôle essentiel que l'alimentation scolaire a joué et continue de jouer dans cette évolution positive de la scolarisation dans l'éducation de base. Aussi, les visites d'écoles dans lesquelles l'alimentation scolaire a été interrompue après un certain nombre d'années de fonctionnement ont montré que les effectifs de ces écoles ont diminué lorsque l'alimentation scolaire s'est arrêtée. L'interruption des cantines scolaires dans un contexte d'accumulation de chocs au niveau des ménages aurait pu avoir des conséquences significatives sur la scolarisation des enfants, ceux-ci pouvant être mobilisés par les ménages pour contribuer au développement de stratégies d'adaptation.
- Malgré ces progrès, la scolarisation en éducation de base est toujours partielle. Le Ministère de l'Education a estimé en 2013, sur la base du recensement général de la population de 2009, le taux net de scolarisation dans l'éducation de base à 67%. Le rapport Elementos do Diagnóstico do Sistema Educativo de 2009, établissait qu'en 2005/2006, 48% seulement des enfants terminaient le cycle d'éducation de base. Ces données montrent que les efforts d'incitation à la scolarisation, et parmi eux l'alimentation scolaire, doivent être poursuivis.

---

<sup>43</sup> Pôle de Dakar, Analyse Sectorielle en Education ; Rapport d'Etat du Système Educatif, Marges de manœuvre pour le développement du système éducatif dans une perspective d'universalisation de l'enseignement de base et de réduction de la pauvreté ; Ministère de l'Education nationale, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports, Banque Mondiale ; Avril 2013.

39. Pour ce qui est des **rations à emporter** pour les filles en 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> classes du cycle d'éducation de base, cette mesure est pleinement justifiée du fait que les filles terminent moins l'éducation de base que les garçons. Elles sont en effet exposées à des contraintes spécifiques qui les amènent à arrêter l'école avant de compléter le cycle dans une mesure plus importante (voir chapitre 2.3.1 facteurs externes).
40. Les années scolaires 2011-2012 et 2012-2013 ont été particulièrement perturbées par la situation institutionnelle dans le pays, qui s'est notamment traduite par une augmentation des grèves des enseignants. Cela a eu comme conséquence l'impossibilité de terminer le programme pédagogique dans les écoles publiques. La décision du PAM d'appuyer des **activités extra-scolaires** pendant les vacances en 2012 et 2013 (et programmées en 2014) pour permettre à ces élèves de terminer le programme est jugée très pertinente. En plus de la finalisation du programme, ces activités ont été complétées par des sensibilisations sur les thèmes de l'hygiène, de la santé, de la nutrition, de l'environnement, de l'agriculture, de la paix et de la citoyenneté. Les pratiques nutritionnelles inadaptées sont l'une des causes principales de la malnutrition en Guinée Bissau (voir paragraphe 45). L'éducation nutritionnelle à l'école est donc très pertinente au regard des besoins, et elle renforce les synergies internes du programme.
41. Un programme **d'achats locaux** pour l'approvisionnement d'une centaine de cantines scolaires a été initié en mars 2013 avec l'appui de l'Union Européenne. Ce programme est également jugé pertinent dans la perspective de la transmission aux institutions de Guinée Bissau de l'alimentation scolaire à moyen-long termes. Le PAM a choisi une approche de développement progressif des achats locaux<sup>44</sup>, adaptée à la situation en termes de production alimentaire nationale (pas d'achats immédiats de riz, dont la production nationale est déficitaire).

#### Traitement de la malnutrition aigüe modérée par la supplémentation alimentaire ciblée

42. D'après les standards internationaux, le traitement de la MAM par la supplémentation alimentaire ciblée (TSFP en anglais) est considéré pertinent lorsque les taux de MAG chez les enfants de 6 à 59 mois sont supérieurs à 10%, ou lorsqu'ils sont compris entre 5 et 9% avec présence de facteur d'aggravation<sup>45</sup>. A l'échelle du pays, la prévalence de la MAG chez les enfants de 6 à 59 mois est de 6,5%, avec des taux plus élevés dans le groupe des 6 à 23 mois<sup>46</sup>. On observe des différences importantes entre les régions, de 3,1% à Cacheu à 9,8% à Bafata.
43. Le contexte politique fragile après le coup d'état d'avril 2012 qui a entraîné la suspension d'une partie importante de l'assistance internationale et la détérioration du contexte socio-économique – accès aux services de santé, insécurité alimentaire accrue chez les plus vulnérables – représente une circonstance d'aggravation dans une situation nutritionnelle préexistante fragile. Après analyse des avantages et des inconvénients de la poursuite du programme de TSFP, le BP du PAM décidé de poursuivre cette activité comme mesure de prévention d'une potentielle détérioration rapide de la situation nutritionnelle, et

<sup>44</sup> Au cours de ce programme de 3 ans, la proportion d'achats locaux dans 100 écoles ciblées passera successivement de 25% à 50%, puis à 75%.

<sup>45</sup> Y compris des hauts niveaux d'insécurité alimentaire, des taux de mortalité infantile supérieurs à 1/10.000/jour, la présence d'épidémies et la forte prévalence de maladies respiratoires et diarrhéiques.

<sup>46</sup> 8,6% chez les enfants de 8 à 23 mois, et 5,1% chez les enfants de 24 à 59 mois.

afin de conserver une capacité de réponse effective et à temps dans une telle éventualité. Cette décision est jugée pertinente au regard de la complexité de l'environnement et de l'existence de ces facteurs d'aggravation.

44. Certains aspects devront néanmoins être pris en compte dans un futur proche et qui posent la question de la pertinence de cette composante dans sa conception actuelle:
- Le contexte politique a évolué, en particulier depuis les élections d'avril 2014, à la suite desquelles on peut s'attendre au retour de la coopération internationale dans plusieurs secteurs, comme la santé et l'agriculture.
  - Bien qu'aucune étude des causes de la malnutrition n'ait été réalisée<sup>47</sup>, les informations collectées pendant la mission d'évaluation<sup>48</sup> laissent penser que, plus qu'au manque d'accès à l'alimentation, la malnutrition serait due à des connaissances et pratiques d'alimentation, et pratiques de soins inadéquates, de même qu'à des facteurs traditionnels et culturels.
  - Malgré l'augmentation de l'insécurité alimentaire à la suite de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou en 2013, le personnel des centres de TSFP n'a pas observé d'augmentation significative du nombre d'admissions de cas de MAM en comparaison avec les années antérieures, au-delà de l'augmentation saisonnière qui a lieu tous les ans en période de soudure.

#### Prévention de la malnutrition chronique

45. Le retard de croissance est une conséquence directe du déficit d'accès aux nutriments chez les enfants pendant la période critique de la conception à l'âge de 2 ans. Le manque de nutriments, l'allaitement maternel inadéquat, de même que l'alimentation complémentaire insuffisante et les pratiques de soins inadaptées affectent la croissance des enfants. Les enfants qui souffrent d'infections et de maladies répétées, particulièrement les diarrhées, ont peu de chance de grandir et de se développer correctement. La prévalence du retard de croissance est le reflet de facteurs sociaux et économiques plus larges, y compris l'insécurité alimentaire, la pauvreté, l'accès à l'eau et à l'assainissement, et l'éducation des femmes.
46. En Guinée Bissau le retard de croissance affecte 27,4% des enfants de moins de 5 ans, avec une prévalence supérieure à Oio (35,4%), Bafata (32,3%) et Gabu (30,3%). Bien qu'il n'y ait pas d'étude disponible, en Guinée Bissau l'alimentation complémentaire pour les enfants de 6 à 23 mois est le plus souvent basée sur le riz, ce qui montre un écart clair entre les besoins et la consommation de nutriments, et a un effet sur la croissance et le développement des enfants.
47. Traditionnellement, les programmes de prévention de la malnutrition chronique ont concentré leurs interventions sur la promotion des changements de comportements, y compris les actions multisectorielles ayant pour objectif l'adoption de pratiques pour améliorer la qualité des régimes locaux, l'amélioration des pratiques d'alimentation des enfants, et la réduction de l'exposition aux maladies. Cependant, les recherches les plus récentes confirment que la fourniture d'aliments complémentaires, avec ou sans sensibilisation nutritionnelle, produit une amélioration significative de la réduction du retard de

---

<sup>47</sup> L'UNICEF prévoit la réalisation au dernier trimestre 2014 d'une étude KAP qui inclura une analyse des causes de la malnutrition

<sup>48</sup> Cette question a été traitée dans tous les entretiens, aux niveaux central, régional et local.

croissance, particulièrement chez les populations en insécurité alimentaire<sup>49</sup>. Toutefois, les meilleurs résultats sont obtenus avec des approches qui combinent la fourniture d'aliments complémentaires et la promotion des changements de comportements<sup>50</sup><sup>51</sup>. La conception de cette composante prévoyait la fourniture d'un aliment nutritif spécial (le PlumpyDoz) sous la forme de supplémentation alimentaire ciblée pour tous les enfants âgés de 6 à 23 mois<sup>52</sup> (indépendamment de leur état nutritionnel) dans les régions où la prévalence du retard de croissance est la plus élevée (>30%), de manière complémentaire aux interventions de changement de comportement. Cette approche est jugée très pertinente.

### Aliments sur Ordonnance

48. Comme présenté dans le chapitre 1.2 Contexte, le VIH/SIDA et la tuberculose sont considérés comme étant répandus en Guinée Bissau. Plus de 25% des PVVIH et des personnes affectées par la tuberculose sont en insécurité alimentaire. 19% des personnes sous traitement ART et 42% des personnes traitées pour la tuberculose sont sous-alimentés<sup>53</sup> du fait d'un manque d'accès à l'alimentation et d'une utilisation inadéquate (besoins en nutriments accrus pour les PVVIH).
49. Il a été démontré que les personnes vivant avec le VIH qui sont malnutries lorsqu'elles commencent le traitement ART ont entre 2 et 6 fois plus de probabilités de décéder pendant les premiers 6 mois de traitement que ceux qui ont un indice de masse corporelle normal<sup>54</sup>. L'insécurité alimentaire est aussi une cause de réduction de l'adhésion au traitement, qui entraîne des conséquences en termes de résultats sur la santé des bénéficiaires au niveau individuel, de résultats des programmes et de coûts. L'assistance alimentaire peut permettre aux patients sous ART et TB d'avoir les apports nutritionnels suffisants (par ailleurs, le traitement ART est extrêmement déroutant s'il est pris à jeun) et d'améliorer la rigueur du suivi du traitement par les patients. Elle peut également permettre aux membres des ménages vulnérables d'accéder à une alimentation suffisante.
50. L'appui du PAM au travers de la composante d'Alimentation sur Ordonnance (ASO) représente une mesure pertinente d'assistance et de protection des personnes et ménages les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire. Il peut potentiellement supporter la récupération nutritionnelle des PVVIH et des personnes affectées par la TB malnutris, appuyer l'adhésion aux traitements, et faciliter le développement de moyens d'existence.

### **Vivres Contre Actifs, Vivres Contre Formation**

51. La pertinence des activités de VCA/VCF prévues dans l'IPSR 2005<sup>26</sup> est analysée sous deux angles : la transmission de rations alimentaires aux ménages et la pertinence des réalisations prévues.
52. Toutes les enquêtes de sécurité alimentaire disponibles (CFSVA 2011, Enquêtes rapides 2012 et 2013, Etude de l'impact de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou 2013) montrent que les ménages en

---

<sup>49</sup> Imdad et al. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth developing countries. BMC Public Health 2011

<sup>50</sup> Ruel et al. 2008. "Age-based preventive targeting of food assistance and behavior change and communication for reduction of undernutrition in Haiti: A cluster randomised trial." *The Lancet* 371 (9612): 588-595

<sup>51</sup> FANTA-2. Title II technical reference materials. TRM-01: Preventing malnutrition in children under 2 approach (PM2A): a food-assisted approach. Revised November 2010

<sup>52</sup> Plumpy Doz provided from time of enrolment to the programme until the child reach 23 months.

<sup>53</sup> Enquête de vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH sous TARV et tuberculeux sous DOTS. 2011 ; PAM

<sup>54</sup> Technical guidance note for Global Funds HIV proposals. UNAIDS. WHO 2011.

situation d'insécurité alimentaire doivent mettre en œuvre certaines stratégies de survie négatives en période de soudure qui peuvent avoir des conséquences à court terme sur la santé des membres du ménage, et à moyen terme sur la capacité productive et la résilience des ménages. La transmission de rations alimentaires aux ménages les plus vulnérables peut améliorer leur accès à l'alimentation et prévenir la mise en œuvre de stratégies négatives pendant les périodes de pénurie, essentiellement entre août et septembre.

53. Les activités envisagées dans le document de formulation du projet sont jugées pertinentes. L'augmentation de la production céréalière au travers des aménagements hydro-agricoles est clairement en lien avec les besoins d'augmentation de la production vivrière et de diversification des moyens d'existence des ménages. Le désenclavement des villages au travers de la réhabilitation des pistes peut contribuer à améliorer l'un des facteurs importants de l'insécurité alimentaire. Enfin, les activités de création de capacités des femmes pour la transformation des produits alimentaires et la génération de revenus peuvent également contribuer à diversifier et renforcer les moyens d'existence des ménages.
54. Cependant, l'aménagement des bas-fonds dans les milieux mandingues, peulhs et biafadas représente une modification importante des systèmes de production (modification des itinéraires techniques, besoin de main d'œuvre importante pour l'entretien des aménagements) qui ne peut être envisagée que dans le cadre d'une approche d'appui des productrices (dans ces milieux la culture dans les bas-fonds est réalisée traditionnellement par les femmes, alors que les hommes se concentrent sur les plateaux) soutenue dans le temps, à la différence des interventions passées qui ont été ponctuelles pendant les quelques mois que durent les aménagements.

### **2.1.2 Cohérence avec les politiques et stratégies du PAM**

55. Le PAM avait prévu le démarrage d'un Programme de Pays, qui devait faire suite aux projets de développement 200322 et 200274, et devait s'inscrire dans l'UNDAF qui devait démarrer début 2013. Le choix d'une IPSR pour couvrir la période de transition répond essentiellement à l'impossibilité pour le PAM d'établir des partenariats avec les structures gouvernementales issues du coût d'état d'avril 2012, et ainsi au besoin d'avoir une approche de mise en œuvre plus directe des activités. Ce choix est jugé pertinent.
56. L'IPSR 200526 s'inscrivait, au moment de sa formulation, dans le **Plan Stratégique du PAM pour la période 2008-2013**. L'ensemble des activités proposées devaient contribuer à l'objectif 3 du plan stratégique : « Réhabiliter et reconstruire les vies et les moyens d'existence dans les situations de post-conflit, post-catastrophe et de transition ». Le contexte présente effectivement une situation de transition pendant une période de rupture institutionnelle et d'exposition à plusieurs facteurs conjoncturels d'insécurité alimentaire.
57. L'opération est cohérente avec les objectifs de la « **Feuille de route pour une approche régionale en Afrique de l'Ouest** » élaborée par le PAM en octobre 2013, qui fixe 2 principaux piliers d'intervention : le développement du capital humain et le renforcement des actifs et de l'accès à l'alimentation. Toutes les composantes de l'IPSR 200526 contribuent à ces deux objectifs. En termes d'approches et d'activités, l'IPSR est cohérente avec plusieurs éléments de la feuille de route régionale, notamment le démarrage d'achats locaux pour

l'approvisionnement des cantines scolaires, et le rôle de leadership joué par le PAM pour l'analyse de la sécurité alimentaire en Guinée Bissau.

58. En revanche, certains aspects sur lesquels la feuille de route met l'accent n'ont été que peu développés dans la formulation et la mise en œuvre de l'ISPR. Il s'agit par exemple du développement de synergies autour des écoles, au-delà du fonctionnement des cantines scolaires, autour des thèmes de l'éducation nutritionnelle, de la santé, de l'environnement, etc. qui n'ont été abordés que dans les activités extrascolaires non prévues dans la formulation de l'opération, et mises en œuvre uniquement pendant les vacances scolaires dans une minorité d'écoles. Ou encore, la feuille de route prévoit le développement d'approches communautaires pour la prévention de la malnutrition aigüe et sévère, qui ne sont pas envisagées dans l'ISPR. La convergence géographique des activités au niveau régional ne se traduit pas nécessairement au niveau communautaire. La feuille de route a été élaborée après la conception de l'opération, et le BP a intégré certaines de ces dispositions dans la conception des activités financées par l'UE, pour lesquelles des synergies plus importantes vont être développées entre les composantes nutritionnelles et d'alimentation scolaire.
59. Le PAM s'est doté d'une **politique d'alimentation scolaire** en 2009, révisée en 2013. La version révisée prévoit 5 objectifs pour les interventions d'alimentation scolaire, relatifs à la création de filets sociaux de sécurité, à la promotion de la scolarisation des enfants, à l'amélioration de la nutrition des enfants, au renforcement des capacités nationales, et à l'approvisionnement local des cantines scolaires. La formulation de l'ISPR 200526 est cohérente avec ces objectifs:
- La formulation de l'opération n'explicite pas clairement l'objectif de transfert de revenus aux ménages vulnérables à l'insécurité alimentaire. Néanmoins, cette intention était présente et s'est matérialisée dans le ciblage des régions ayant les prévalences d'insécurité alimentaire les plus élevées du pays.
  - La formulation de l'opération explicite clairement l'objectif de stabiliser l'accès des enfants au système d'enseignement.
  - La formulation prévoit que les activités du PAM participent avec d'autres interventions à la fourniture du Paquet Minimum d'Éducation.
  - L'opération prévoit le démarrage d'une composante d'achats locaux, qui entre dans un objectif plus global de transfert des responsabilités aux partenaires institutionnels nationaux. Un certain nombre d'activités ont été menées avant cette opération par le PAM, dans le cadre de l'approche « System of Assessment and Benchmarking for Education Results » (SABER), pour engager ce processus d'institutionnalisation de l'alimentation scolaire et de construction de capacités nationales (voir chapitres 2.3.2).
  - Le document de formulation de l'opération n'explicite pas l'objectif d'améliorer la santé et la nutrition des enfants. Néanmoins, un Cadre d'entente a été élaboré avec UNICEF en mai 2014 et prévoit la mise en œuvre commune d'un « Programme de santé en environnement scolaire », avec notamment le suivi de la croissance des enfants, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage.
60. La **politique de nutrition** approuvée par le Conseil d'Administration du PAM en 2012<sup>55</sup> met l'accent sur l'importance du traitement et de la prévention de la malnutrition dans les contextes d'urgence et en dehors des urgences, afin de

---

<sup>55</sup> Politique de Nutrition du PAM, Janvier 2012.

réduire la mortalité, protéger et appuyer les moyens d'existence. La nouvelle stratégie priorise les interventions préventives pendant 1.000 jours entre la conception et l'âge de 2 ans. Les efforts du PAM pour intégrer le TSFP avec l'approche de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) sont pris en compte dans les activités de l'IPSR, tout comme le renforcement des capacités du gouvernement pour le développement et la révision des protocoles nationaux. Deux aspects ne sont néanmoins pas cohérents avec la politique : 1. La TSFP est principalement mise en œuvre dans des centres gérés par des ONG (en particulier Caritas) et l'intégration des activités dans le réseau de centres de santé publiques n'est pas prise en compte ; 2. Le programme est largement piloté par le PAM avec une très faible implication de la Direction Nationale de la Nutrition du Ministère de la Santé (Mds) <sup>56</sup>, ce qui affecte les efforts du PAM visant à renforcer les capacités nationales et l'intégration du traitement de la MAM dans la PCIMA. On note cependant que le projet financé par l'UE prévoit d'étendre le traitement de la MAM au travers des centres de santé publiques<sup>57</sup> afin d'améliorer la couverture du programme, et de renforcer les capacités nationales et l'intégration de la MAM et de la MAS.

**61. La composante pilote de prévention du retard de croissance** est totalement alignée avec l'orientation sur la prévention de la stratégie du PAM. L'opération suit les directives de la politique de nutrition : ciblage des régions à plus haut risques avec des taux de retard de croissance de 30% et plus ; fourniture d'un supplément alimentaire permettant d'atteindre les besoins en nutriments des enfants de 6 à 23 mois pour une croissance et un développement optimal ; travail en collaboration avec le gouvernement pour tester, définir et mettre en œuvre les approches et modalités de distribution les plus adaptées. Cependant, la fourniture d'aliments complémentaires devrait être accompagnée d'interventions ayant pour but la promotion des meilleures Pratiques d'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants (IYCF en anglais) et de l'utilisation de produits nutritifs<sup>58</sup>.

**62. La composante d'Aliments sur Ordonnance** est alignée avec la politique du PAM de VIH<sup>59</sup> : 1. Permettre l'accès au traitement et les effets positifs du traitement au travers d'appuis alimentaires et nutritionnels, en collaborant avec les principaux acteurs, les mécanismes de coordination nationaux et les programmes nationaux afin d'assurer que ces appuis soient intégrés dans les stratégies nationales de VIH et de tuberculose; 2. renforcer les capacités du gouvernement au travers du développement de protocoles nationaux et de la construction des capacités ; 3. et travailler avec le gouvernement pour mettre en œuvre les programmes d'assistance alimentaire et nutritionnelle aux personnes vivant avec le VIH. L'IPSR prévoit également la mise en œuvre d'activités de mitigation des effets du SIDA sur les personnes et les ménages au travers de la coordination avec le réseau national d'associations de PVVIH pour développer

---

<sup>56</sup> Etant données les capacités institutionnelles limitées, le PAM a arrêté de travailler au travers des centres de santé du Mds en 2012, et n'assiste que 2 centres de santé du Mds proches du sous bureau de Bafata et par conséquent faciles à suivre.

<sup>57</sup> Les capacités de la Direction Nationale de Nutrition en matière de gestion communautaire de la malnutrition ont récemment été renforcées avec l'appui de l'UNICEF (principalement pour le traitement de la MAS et la mobilisation communautaire).

<sup>58</sup> D'après le BP, le PAM met actuellement en œuvre un processus de sélection d'ONG pour réaliser des activités de sensibilisation et de promotion de bonnes pratiques et de dépistage actif des cas de malnutrition dans les communautés.

<sup>59</sup> Politique de VIH/SIDA du PAM, 2010.

des liens avec les filets sociaux et les activités génératrices de revenus. Cependant, l'opération ne prévoit aucun lien avec ses activités de VCA.

63. L'IPSR 200526 est cohérente avec le deuxième effet attendu de la **politique de genre** du PAM élaborée en 2009 : « amélioration et poursuite de l'intégration du genre dans les opérations du PAM ». Cela se traduit par un alignement avec les actions immédiates prévues dans la politique, en particulier l'assistance alimentaire aux FEA, aux enfants de moins de 5 ans et aux adolescentes, la représentation égale des femmes et des hommes dans les structures liées à l'alimentation et la nutrition (comités de gestion des cantines scolaires), et l'accès à l'éducation et la réduction de l'inégalité des genres dans l'éducation primaire. Cependant, l'IPSR ne prévoyait aucune des actions de la politique allant au-delà de la poursuite de ces actions immédiates, malgré certaines opportunités relatives à l'intégration de la perspective de genre dans la composante de VIH/SIDA, ou à l'intégration des garçons et des filles dans des activités d'éducation nutritionnelle et de santé.

### **2.1.3 Cohérence avec les politiques nationales**

64. Le gouvernement de Guinée Bissau a approuvé en 2009 la **Lettre de Politique Sectorielle de l'Éducation 2009-2020**, qui fixe 11 objectifs stratégiques destinés à améliorer l'accès à l'éducation et la qualité du système éducatif. L'IPSR 200536 contribue à 2 de ces objectifs : Améliorer l'accès et la finalisation de l'éducation de base, et promouvoir l'égalité entre genres, zones géographiques et catégories sociales. L'objectif d'amélioration de l'accès à l'éducation de base prévoit en particulier la mise en œuvre de cantines scolaires avec l'appui des communautés, dans les zones de faible scolarisation et de taux d'abandons élevés. Pour la mise en œuvre de cette Lettre de Politique, Le Ministère de l'Éducation Nationale (MEN) a formulé un **Plan Triennal pour le Développement de l'Éducation**, qui couvre la période de 2010 à 2013. Ce Plan place l'éducation de base au centre des priorités, avec 60% des ressources prévues. La première des deux sous-composantes relatives à l'éducation de base a pour objectif l'amélioration de l'accès et de la rétention.
65. L'IPSR 200526 contribue aux objectifs de la **Politique Nationale de Nutrition** (2014) qui a pour but de réduire de 40% la prévalence du retard de croissance, et en dessous de 5% la prévalence de la MAG chez les enfants de 6 à 59 mois, en 2025. Le **Plan Stratégique National de Nutrition** (2014) prévoit dans ses axes stratégiques la promotion de la gestion adaptée de la malnutrition aigüe, la mise en œuvre de programmes de prévention de la sous-nutrition chez les groupes vulnérables, et l'appui nutritionnel aux enfants et adultes vivant avec le VIH et/ou la TB.
66. Le **Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2012-2016** a pour but d'assurer aux guinéens l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'assistance, et de réduire l'impact du VIH/SIDA. Les axes stratégiques 2 et 4 relatifs à l'assistance et à la mitigation montrent la volonté et la reconnaissance de l'importance de l'assistance nutritionnelle aux PPVVIH et/ou porteurs de la TB.
67. La Guinée Bissau s'est dotée en 2008 d'un **Programme National de Sécurité Alimentaire** pour la période 2008-2013. Ce programme intègre parmi ses priorités plusieurs activités de l'IPSR 200526 : aménagements hydro-agricoles de mangrove et de bas-fonds; construction et réhabilitation des pistes rurales;

intensification des cultures vivrières, notamment le riz ; traitement de la malnutrition et prévention des carences en micro-nutrition, alimentation scolaire, et mise en place d'un dispositif d'information sur les risques de la sécurité alimentaire.

#### **2.1.4 Cohérence avec les interventions d'autres acteurs**

68. La conception de l'IPSR prévoit que l'opération contribue au paquet minimum d'éducation, ce qui implique la convergence au niveau des écoles des interventions d'alimentation scolaire, de mise à niveau des infrastructures, d'équipement et de fourniture de matériel pédagogique. Lors des programmes précédents, le PAM a entretenu une collaboration étroite avec certains acteurs, notamment l'UNICEF, pour mettre en œuvre cette approche. Cependant, pour l'IPSR 200526, la collaboration entre le PAM et l'UNICEF s'est limitée aux activités extra scolaires en période de soudure, pour lesquelles l'UNICEF a fourni du matériel didactique. Cela est notamment dû au gel des activités de l'UNICEF à la suite du coup d'état d'avril 2012. Le PAM maintient une coordination étroite avec l'ONG International Partnership for Human Development (IPHD) qui est l'autre acteur principal de l'alimentation scolaire dans le pays. Ces deux institutions ont notamment élaboré un document commun d'information sur l'alimentation scolaire afin de mobiliser les donateurs.

69. Dans le domaine de la nutrition, le Programme Conjoint coordonné par l'Equipe Pays de Nations Unies (EPNU)<sup>60</sup> a appuyé le renforcement des capacités pour la mise en place d'une approche intégrée de réduction de la malnutrition. Le PAM a participé à ce programme. L'UNICEF met en œuvre un programme d'appui aux Agents Communautaires de Santé (ACS) qui inclut des screening nutritionnels et l'éducation nutritionnelle. La PCIMA a récemment été introduite en Guinée Bissau et est étendue progressivement, sous le leadership de l'UNICEF pour la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS). L'UNICEF travaille également en partenariat avec le Réseau National d'Associations de PVVIH (RENAP) pour renforcer les capacités des agents communautaires qui appuient les PVVIH. Le PAM et l'UNICEF n'ont pas de collaboration active depuis le démarrage de l'opération, mais un nouveau cadre de collaboration était sur le point d'être signé au moment de l'évaluation.

L'IPSR est globalement pertinente au regard des besoins, constitués par une situation préexistante fragile et l'existence de facteurs conjoncturels d'aggravation.

Elle est également globalement cohérente avec les stratégies et politiques du PAM, les orientations sectorielles du gouvernement et les interventions des autres acteurs.

Deux éléments importants doivent néanmoins être signalés :

1. La prévalence de la MAG est réduite, et le traitement de la MAM est justifié par l'existence des facteurs d'aggravation. L'amélioration attendue à court-moyen termes du contexte, et les indices existants qui indiquent que le manque d'accès à la nourriture n'est pas la cause principale de la malnutrition, pourraient remettre en question la pertinence de cette composante dans un futur proche.

2. La stratégie régionale du PAM prévoit la mise en œuvre d'une approche communautaire, participative, qui favorise la convergence des actions et les synergies entre elles. Cette approche n'était pas prévue et n'a pas été mise en œuvre.

<sup>60</sup> Promotion d'une approche multi niveau de la malnutrition infantile

## 2.2 Résultats de l'Opération

70. Les données globales des résultats obtenus en termes de bénéficiaires et de quantité de nourriture distribuée sont présentées dans le tableau suivant (des détails sont fournis dans les chapitres sur les modalités d'assistance).

**Tableau 2 Bénéficiaires atteints et nourriture distribuée**

	2013			2014		
	Cible <sup>61</sup>	Atteint		Cible <sup>62</sup>	Atteint <sup>63</sup>	
		Nombre	%		Nombre	%
<b>Bénéficiaires</b>						
Hommes	69.964	63.121	90,2%	56.760	74.867	131,9%
Femmes	87.169	62.495	71,6%	60.374	77.432	128,2%
Total	157.133	125.616	79,9%	117.134	152.298	130,0%
Nourriture	4.522 tonnes	1039 tonnes	22,9%	950 tonnes	939 tonnes	98,8%

Sources : SPR 2013 et mini SPR 2014

### 2.2.1 Alimentation scolaire

#### Ecoles et Bénéficiaires atteints

71. Les écoles et bénéficiaires effectivement prévus et atteints sont présentés dans le tableau suivant.

**Tableau 3 Ecoles et bénéficiaires atteints**

	Bénéficiaires prévus (moyenne annuelle)	Atteints					
		2012-2013 <sup>64</sup>			2013-2014 <sup>65</sup>		
		Garçons	Filles	% de la cible	Garçons	Filles	% de la cible
<b>Ecoles</b>	510	507		99%	421		83%
<b>Bénéficiaires repas scolaires</b>	85.656	58.760	52.117	129%	44.550	40.519	99%
<b>Bénéficiaires rations à emporter</b>	12.240	0	12.862	105%			

Source : SPR 2013 et mini SRP 2014

72. Globalement, le programme est très performant en termes d'écoles et de bénéficiaires atteints. On note que le nombre d'écoles et de bénéficiaires des repas scolaires touchés a diminué de manière significative en 2013-2014. Cela est dû au fait que les 507 écoles touchées en 2012-2013 accueilleraient un nombre d'élèves supérieur aux bénéficiaires prévus. Les difficultés de financement du programme en 2013 ont amené le PAM à s'en tenir aux bénéficiaires prévus, et ainsi à limiter le nombre d'écoles assistées. Aussi, en 2013-2014 le PAM a souhaité limiter le ciblage géographique aux régions les plus touchées par l'insécurité alimentaire. De ce fait, le nombre de régions assistées est passé de 7 à 5 (Biombo, Oio, Bafata, Gabu, Quinara). La couverture des régions de Tombali et Cacheu a été interrompue. Cela est cohérent avec l'enquête utilisée pour réaliser ce ciblage, l'enquête CFSVA 2011, pour Tombali, mais pas pour Cacheu qui

<sup>61</sup> Chiffres de la conception initiale de l'opération

<sup>62</sup> Chiffres de la révision budgétaire du 31 décembre 2013. Le nombre de bénéficiaires atteints ne prenant en compte que le premier trimestre 2014, la cible correspond au nombre de bénéficiaires par an divisé par 4 trimestres, à l'exception des bénéficiaires de l'alimentation scolaire, qui sont les mêmes tout au long de l'année scolaire.

<sup>63</sup> Données de janvier à mars 2014

<sup>64</sup> Les 4 derniers mois de l'année scolaire 2012-2013 ont été couverts par l'ISPR 200526.

<sup>65</sup> Le nombre final de bénéficiaires des rations à emporter est calculé à la fin de l'année scolaire. Il n'est pas encore disponible pour 2013-2014.

présentait des niveaux d'insécurité alimentaire supérieurs aux régions de Bafata, Gabu et Biombo. Cependant, on note que la couverture géographique prend également en compte la répartition des régions et des écoles entre le PAM et l'ONG IPHD. Depuis le démarrage de leurs programmes d'alimentation scolaire respectifs, le PAM a son encrage principal dans les régions de Gabu et Bafata, et l'IPHD dans la région de Cacheu. On note également que l'IPHD a intégré dans son programme une partie des écoles que le PAM n'assiste plus à Cacheu et Tombali.

73. Tant les données du rapport SPR 2013<sup>66</sup> que les visites d'écoles ont montré que les cantines scolaires fonctionnent pratiquement tous les jours d'ouverture des écoles (**85% de jours de fonctionnement**), hormis au démarrage de l'année scolaire. En effet, le mois d'octobre est toujours sous l'influence de la saison des pluies en termes d'impraticabilité des voies de communication et d'accès aux écoles. De ce fait, le PAM n'est en mesure de réaliser les premiers approvisionnements qu'à partir de la fin du mois d'octobre ou début novembre dans de nombreuses écoles, ce qui affecte le fonctionnement des cantines (selon le BP, le pré positionnement des vivres avant la période des pluies n'est pas envisagé du fait des capacités de stockage limitées des écoles).
74. Les activités extrascolaires, non prévues dans la formulation de l'ISPR 2005<sup>26</sup>, mais jugées pertinentes, ont touché **22.000 élèves dans 102 écoles**. Elles ont permis à ces élèves de terminer le programme scolaire, mais aussi de réhabiliter des jardins potagers scolaires dans chacune des écoles bénéficiaires, et d'acquérir des connaissances dans des thèmes de formation proposés en plus du programme scolaire<sup>67</sup>. Vingt communautés ont également bénéficié d'un appui en matériel et intrants agricoles pour la plantation de tubercules et d'autres cultures alimentaires. Enfin, 1.600 arbres fruitiers ont été plantés.<sup>68</sup>

#### Nourriture et rations distribuées

75. La valeur énergétique des rations prévues pour les repas scolaires et les rations à emporter était respectivement de 790 et 749 Kcal par jour et par personne. Un calcul précis des rations effectivement distribuées n'a pu être réalisé que pour 2014 (voir graphes en annexe 7), car l'équipe d'évaluation n'a pas pu accéder aux données nécessaires complètes pour 2013. Les entretiens réalisés avec les parties prenantes, de même que l'inspection des documents de réception des vivres lors des visites dans les écoles, ont néanmoins révélé que les approvisionnements des écoles ont été affectés par des ruptures de stocks de certains produits aussi bien en 2013 que 2014.
76. Les constatations faites dans les écoles ont notamment montré que lors du dernier trimestre de l'année scolaire 2013-2014, les ruptures de stock ont affecté de manière significative les rations prévues pour les repas scolaires dans certaines écoles. Ainsi, dans la région de Bafata et une partie de Oio au moins, le CSB a été remplacé par du riz, l'huile n'a été distribuée que dans la région de Biombo, et le sucre n'a pas été distribué dans les écoles de la région de Quinara.
77. Les visites d'écoles ont également permis de constater que les contributions des parents d'élèves, sensées permettre une meilleure diversité alimentaire avec

---

<sup>66</sup> Le nombre de jour de fonctionnement des cantines scolaires est calculée à la fin de l'année scolaire. Il n'a pas encore été calculée pour 2013-2014.

<sup>67</sup> Hygiène, santé, nutrition, environnement, agriculture, paix et citoyenneté, culture et sport.

<sup>68</sup> Les informations sur les activités extrascolaires proviennent d'un rapport d'activité fourni par le PAM.

l'apport de produits frais (légumes, viande, poisson), étaient la plupart du temps inexistantes, et très faibles lorsqu'elles existent. La combinaison de ces deux facteurs (ruptures de stocks et faibles contributions locales) entraîne la préparation de repas très peu diversifiés, la plupart du temps composé de riz blanc seul, ou de riz blanc avec un complément très limité de poisson séché. On note que le BP du PAM ne réalise pas un suivi de la valeur énergétique et de la composition des rations effectivement distribuées.

#### Effets des activités d'alimentation scolaire

78. Les activités d'alimentation scolaire de l'IPSR 200526 font suite à plus d'une dizaine d'année de mise en œuvre d'activités similaires par le PAM en Guinée Bissau. De ce fait, l'analyse des effets de ces activités doit, dans la mesure du possible, intégrer cette perspective historique de plus long terme. L'équipe d'évaluation a eu accès aux SPR de 2009 à 2014.
79. Globalement, les effectifs des écoles assistées par le PAM ont eu tendance à baisser depuis 2009 (voir graphe en annexe 7). Cela est principalement dû à la diminution progressive du nombre d'écoles appuyées par le PAM<sup>69</sup>.
80. S'il n'est pas possible d'établir une comparaison entre les effectifs des écoles bénéficiaires avant et après la mise en œuvre de l'opération du fait de cette variation des écoles touchées d'une année à l'autre, on note cependant que, tant à l'échelle du pays comme dans les écoles visitées bénéficiaires du programme, les effectifs ont fortement progressé au cours des dernières années<sup>70</sup>. L'ensemble des parties prenantes interrogées s'accordent sur le fait que l'alimentation scolaire est un des facteurs principaux qui a permis cette augmentation (les autres facteurs sont présentés dans le chapitre 2.3.2 Facteurs externes). Les repas scolaires en particulier représentent un facteur d'attraction important pour des ménages en situation socio-économique fragile. Dans la plupart des écoles visitées, des élèves anciennement scolarisés dans d'autres écoles qui n'ont pas de cantine scolaire ont changé d'école pour bénéficier de l'alimentation scolaire. Aussi, les entretiens menés dans 2 écoles qui avaient une cantine scolaire par le passé ont montré que les effectifs de ces écoles ont diminué de manière importante depuis l'interruption de la cantine. Cela tend à confirmer l'effet positif de l'alimentation scolaire sur la scolarisation des enfants.
81. Le tableau 4 présente la répartition des effectifs, garçons et filles, par classe et par région, dans les écoles assistées par le PAM pendant l'année scolaire 2013-2014.

---

<sup>69</sup> En 2009, 2010, 2011, 2013 et 2014, le PAM a appuyé respectivement 890, 789, 778, 507 et 421 écoles

<sup>70</sup> Dans toutes les écoles assistées visitées pendant l'évaluation, les directeurs d'écoles et superviseurs de secteurs ont fait part d'une forte augmentation des effectifs au cours des dix dernières années.

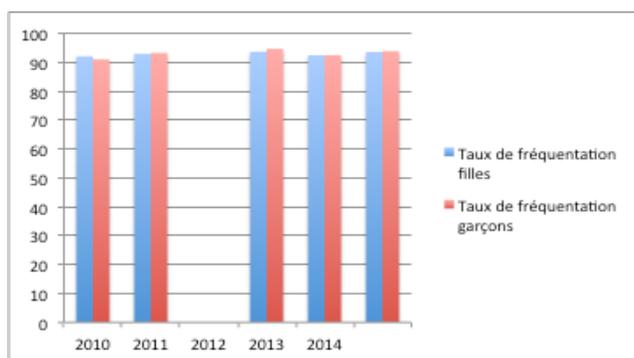
**Tableau 4 Répartition des effectifs par classe, par région**

	Effectifs par classe							
	Préscolaire	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Total
Bafata, garçons	60	5 545	3 482	2 815	2 425	1 496	1 238	17 061
%	0%	33%	20%	16%	14%	9%	7%	100%
Bafata, filles	57	5 494	3 465	2 718	2 457	1 186	926	16 303
%	0%	34%	21%	17%	15%	7%	6%	100%
Gabu, garçons	214	3 677	2 472	1 979	1 925	1 067	970	12 304
%	2%	30%	20%	16%	16%	9%	8%	100%
Gabu, filles	194	3 649	2 660	1 964	2 148	866	752	12 233
%	2%	30%	22%	16%	18%	7%	6%	100%
Biombo, garçons	147	499	357	326	285	321	302	2 237
%	7%	22%	16%	15%	13%	14%	14%	100%
Biombo, filles	141	477	304	296	308	223	213	1 962
%	7%	24%	15%	15%	16%	11%	11%	100%
Oio, garçons	619	2 529	2 004	1 633	1 362	1 186	865	10 198
%	6%	25%	20%	16%	13%	12%	8%	100%
Oio, filles	489	2 323	1 591	1 193	1 066	630	441	7 733
%	6%	30%	21%	15%	14%	8%	6%	100%
Quinara, garçons	0	857	464	403	352	399	275	2 750
%	0%	31%	17%	15%	13%	15%	10%	100%
Quinara, filles	0	868	364	293	245	250	268	2 288
%	0%	38%	16%	13%	11%	11%	12%	100%
<b>Total effectifs garçons</b>	<b>1 040</b>	<b>13 107</b>	<b>8 779</b>	<b>7 156</b>	<b>6 349</b>	<b>4 469</b>	<b>3 650</b>	<b>44 550</b>
%	2%	29%	20%	16%	14%	10%	8%	100%
<b>Total effectifs filles</b>	<b>881</b>	<b>12 811</b>	<b>8 384</b>	<b>6 464</b>	<b>6 224</b>	<b>3 155</b>	<b>2 600</b>	<b>40 519</b>
%	2%	32%	21%	16%	15%	8%	6%	100%
<b>Total effectifs</b>	<b>1 921</b>	<b>25 918</b>	<b>17 163</b>	<b>13 620</b>	<b>12 573</b>	<b>7 624</b>	<b>6 250</b>	<b>85 069</b>
%	2%	30%	20%	16%	15%	9%	7%	100%
<b>Ratio filles/garçons par classe</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,91</b>

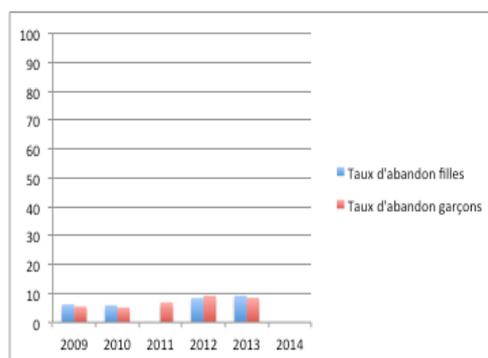
Source : Extraction de la base de données du PAM des bénéficiaires

82. Ce tableau montre que les effectifs diminuent progressivement de manière significative dans les classes supérieures, ce qui indique qu'une proportion importante des élèves des écoles assistées ne termine toujours pas le cycle d'éducation de base. Plusieurs facteurs contribuent à cela, notamment le fait que de nombreuses écoles rurales ne proposent pas le cycle complet de base, ce qui implique que les élèves doivent se déplacer, quotidiennement ou de manière permanente, pour pouvoir poursuivre leur éducation (voir chapitre 2.3.2 Facteurs externes).
83. Cela touche les garçons et les filles, mais la **baisse du ratio filles/garçons en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année** montre que les filles sont particulièrement affectées dans ces classes. Le tableau complémentaire inséré en annexe 7 (effectifs et % de filles par classe et par région) confirme cette tendance. On peut y constater qu'entre 48 et 50% des élèves sont des filles en 1<sup>ère</sup> année, puis cette proportion baisse progressivement jusqu'en 6<sup>ème</sup> année. Aussi, on peut observer certaines disparités régionales, cette tendance est notamment plus forte dans la région d'Oio. D'après les entretiens menés avec les parties prenantes, cela est dû à la majorité mandingue de la population de cette région, qui est plus réfractaire que les autres ethnies à l'éducation des enfants, et en particulier des filles. Les entretiens avec les parents d'élèves ont montré une forte préoccupation quant au risque de grossesse précoce des filles non mariées. Ce risque est vécu comme un danger pour les ménages, aux conséquences sociales et économiques. Les rations à emporter ne constituent pas toujours, à elles seules, une mesure de motivation pour l'éducation des filles suffisante face à ce risque.
84. L'évolution **des taux de fréquentation, de passage, d'abandon et du ratio filles/garçons** est présentée dans les graphes 1, 2, 3 et 4 (sources : SPR 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 et mini SPR 2014).

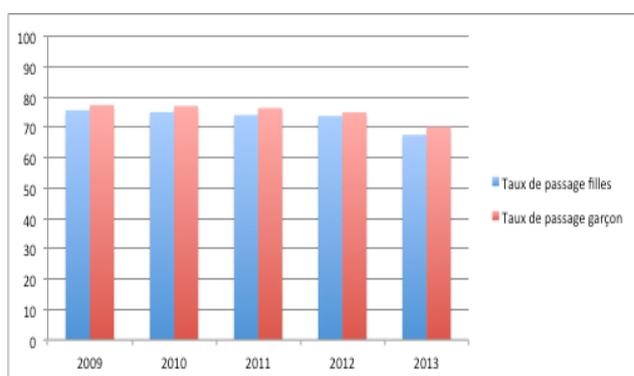
**Graphe 1: Evolution de la fréquentation**



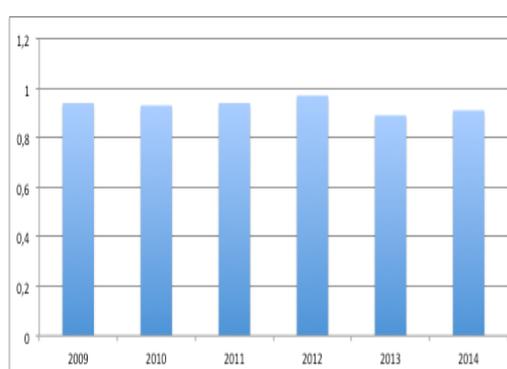
**Graphe 2: Evolution des abandons**



**Graphe 3: Evolution des taux de passage**



**Graphe 4: Evolution du ratio filles/garçons**



85. Ces quatre indicateurs montrent des valeurs relativement stables entre 2009 et 2013, avec une fréquentation légèrement supérieure à 90%, des abandons compris entre 5 et 10%, des écarts de taux de passage inférieurs à 10% entre années, et un ratio filles/garçons compris entre 0,90 et 0.94.

86. On constate néanmoins une augmentation sensible des abandons et une légère baisse des taux de passage en 2012 et 2013, tant pour les garçons que les filles. Cela est dû à l'aggravation depuis 2012 de certains facteurs qui affectent la scolarisation des enfants, notamment les grèves des enseignants et la situation socio-économique des ménages qui oblige les enfants à contribuer de manière plus importante aux revenus familiaux et qui empêche certains ménages de pouvoir verser les cotisations pour le paiement des enseignants dans les écoles communautaires et privées (voir chapitre 2.3.2 Facteurs externes). On note que les taux de fréquentation n'ont pas été affectés par l'augmentation des abandons en cours d'année. Cela est dû au fait que les élèves qui ont abandonné l'école ne sont pas pris en compte dans le calcul du taux de fréquentation. Les abandons étant un des facteurs principaux qui peut affecter la fréquentation, ils devraient être pris en compte dans le calcul du taux de fréquentation lors des prochains rapports SPR.

87. Comme pour les effectifs dans les écoles bénéficiaires, la comparaison entre les mesures des indicateurs d'effets avant et pendant/après la mise en œuvre de l'opération ne permet pas de tirer des conclusions sur l'effet de l'opération sur ces indicateurs, puisque toutes les écoles bénéficiaires l'étaient déjà dans les programmes précédents. Les entretiens avec les enseignants, directeurs d'écoles et parents d'élèves ont néanmoins permis de confirmer un effet positif des repas

scolaires sur la fréquentation, la réduction des abandons et les taux de passage. D'une manière générale, les données disponibles ne permettent pas de réaliser des comparaisons entre les écoles qui bénéficient des programmes d'alimentation scolaire (du PAM et de l'IPHD) et celles qui n'en bénéficient pas. Cela limite l'analyse des effets des programmes. Un échantillon d'écoles non assistées devrait être intégré dans le suivi afin de pouvoir comparer l'évolution des indicateurs dans les écoles assistées et non assistées.

88. La baisse de la fréquentation et les abandons se produisent essentiellement pendant la période clé de la vie socio-économique des ménages que représente la campagne de récolte et de commercialisation de la noix de cajou, d'avril à juin. Tous les membres des ménages qui ont plus de 10 ans participent à cette activité, qui peut impliquer des migrations saisonnières des ménages, et en conséquence entrainer des abandons, et une baisse de la fréquentation pour les élèves qui ne migrent pas. Les entretiens réalisés ont montré que les ménages s'organisent de plus en plus pour permettre à leurs enfants de poursuivre l'école pendant cette période, du fait de l'importance des repas scolaires, mais aussi plus généralement de l'éducation pour eux. Dans la plupart des écoles visitées, les parents d'élèves ont déclaré ne plus faire migrer leurs enfants ou envoyer les enfants à la collecte de la noix de cajou l'après-midi lorsque leurs enfants vont à l'école pendant le tour du matin, et vice versa si ils vont à l'école l'après-midi.
89. Les taux de passage sont positivement affectés par la réduction des abandons et l'augmentation de la fréquentation. Ils le sont également par l'augmentation de la capacité des enfants de suivre l'enseignement dans des conditions favorables. En Guinée Bissau, les ménages ruraux préparent habituellement le premier repas de la journée entre 12 heure et 15 heure. Cela signifie que les enfants qui suivent l'école pendant le tour du matin se rendent à l'école le ventre vide. D'après les enseignants interrogés, le repas servi à l'école pendant la matinée permet d'améliorer le comportement, l'attention et la concentration des enfants, ce qui a un effet positif sur leurs performances scolaires et le passage au niveau supérieur. Cet effet est moins évident pour les repas servis lors du tour de l'après-midi, puisque une partie des élèves concernés mangent à la maison avant de se rendre à l'école (mais une partie se rend également à l'école le ventre vide l'après-midi lorsque les repas à la maison sont préparés après l'heure de rentrée en classe).
90. Bien que cela ne soit pas clairement explicité dans les objectifs de l'opération, l'alimentation scolaire cherche à améliorer la **sécurité alimentaire** des ménages. Les entretiens réalisés avec les parents d'élèves et les élèves ont montré que les repas servis lors des activités extrascolaires, qui ont lieu pendant la période de soudure qui correspond aux vacances scolaires, ont permis aux enfants bénéficiaires de continuer à consommer deux repas par jour pendant la période de soudure, alors que la plupart des ménages réduisent le nombre de repas à un repas par jour entre juillet et septembre.
91. Cet effet est moins évident pour les repas scolaires et les rations à emporter distribués en dehors de la période de soudure. Certains ménages ont déclaré préparer des quantités de nourriture inférieures lors des jours de fonctionnement des cantines scolaires, ce qui leur permettrait de mieux gérer leurs stocks de nourriture. Mais d'autres ont déclaré ne pas réduire les quantités préparées de la sorte. Aucune tendance claire n'a pu être établie pendant l'évaluation. Le fait que la période de soudure corresponde aux vacances scolaires, pendant laquelle l'alimentation scolaire n'a théoriquement pas lieu (les activités extra-scolaires

n'étaient pas prévues lors de la conception de l'opération) limite l'effet positif potentiel de filet de sécurité social.

92. Le programme **d'achats locaux** pour l'approvisionnement de 100 cantines scolaires a démarré en mai 2013 avec le lancement du processus de sélection des partenaires. Il n'a par conséquent pas encore produit de résultats. Les premiers pas réalisés manquent de cohérence. Des activités d'appui à la production de produits alimentaires dans des champs communautaires ont été engagées alors qu'une stratégie d'achats locaux, qui doit inclure des modalités d'appui à la production locale, devait être préalablement élaborée. L'appui à la production dans des champs communautaires ne semble pas être l'approche la plus judicieuse, étant donné que ces champs, dont l'objectif est l'approvisionnement de caisses communautaires à but social et qu'ils n'apportent pas de bénéfices aux ménages, n'obtiennent traditionnellement que des rendements et des productions faibles (les producteurs priorisent leurs parcelles individuelles, qui leur fournissent alimentation et revenus). La promotion de l'augmentation de la production alimentaire pour approvisionner les écoles devrait s'appuyer sur les stratégies des ménages et sur des producteurs qui comprennent les bénéfices individuels qu'ils pourront tirer de cette filière et s'investiront pleinement dans l'activité.

## **2.2.2 Traitement de la malnutrition modérée**

### **Bénéficiaires atteints**

93. Le document de formulation de l'ISPR 200526 prévoyait d'assister 5.242 enfants de 6 à 59 mois et 1.960 Femmes Enceintes et Allaitantes (FEA) dans 5 régions sélectionnées (Cacheu, Gabu, Oio, Quinara et Tombali). Ces objectifs ont été augmentés lors de la RB de décembre 2013, à hauteur de 6.116 enfants de 6 à 59 mois et 2.450 FEA, et trois régions supplémentaires ont été intégrées (Bafata, Biombo et Bolama) du fait de l'impact négatif de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou sur la sécurité alimentaire des ménages. Le nombre de bénéficiaires atteints au 31 mai 2014 est présenté dans le tableau 5.

**Tableau 5 Traitement de la MAM : bénéficiaires atteints**

Groupes bénéficiaires	2013 (janvier-décembre)			2014 (janvier-mai)		
	Prévus	Atteints <sup>71</sup>	% atteints	Prévus	Atteints	% atteints
<b>Enfants de 6 à 59 mois</b>						
Garçons		1.657			780	
Filles		1.922			926	
<b>Total</b>	<b>5.242</b>	<b>3.579</b>	<b>68%</b>	<b>6.116</b>	<b>1.706</b>	<b>27,9%</b>
<b>Femmes enceintes et allaitantes</b>	1.960	5 257	268%	2.450	1.731	70,7
<b>TOTAL</b>	<b>7.202</b>	<b>8 836</b>	<b>123%</b>	<b>8.566</b>	<b>3.437</b>	<b>40,1</b>

Source : BR et extraction de la base de donnée du PAM

94. En 2013, le nombre de FEA atteintes était très largement supérieur aux prévisions, alors qu'il était inférieur pour les enfants de 6-59 mois. La couverture régionale des bénéficiaires (enfants 6-59 mois) en 2013 montre des variations importantes, de 15,7 % à Oio, à 260 % à Tombali (voir Répartition régionale des bénéficiaires en annexe 8). Cela montre une couverture limitée dans les régions les plus affectées, alors que des ressources plus importantes ont été investies dans

<sup>71</sup> Ces chiffres sont différents de ceux présentés dans le rapport SPR 2013, qui étaient de 4.055. La méthode de calcul pour obtenir le nombre total de bénéficiaires est la somme du nombre d'enfants présents début janvier 2013 et de tous les types d'admission (nouvelles admissions + réadmissions+ suivi + autres) au cours de l'année.

des régions moins prioritaires<sup>72</sup>. Le BP envisage d'étendre les activités de traitement de la MAM au travers des centres de santé publiques pour améliorer la couverture.

95. Pour les FEA, les entretiens avec les responsables de sites et la revue des registres d'admission disponibles ont révélé que de nombreux bénéficiaires touchés par le programme n'étaient pas malnutris. Dans certains centres, toutes les femmes enceintes et allaitantes, malnutries ou non, sont intégrées au programme<sup>73</sup>, ce qui explique le dépassement des objectifs<sup>74</sup>.

96. Le nombre limité d'enfants de 6 à 59 mois s'explique aussi du fait du dépistage passif des enfants malnutris (réalisé lorsque les mères amènent leurs enfants au centre de santé, par exemple du fait de maladies, pour la vaccination ou pendant les sessions de suivi de la croissance). Parmi les 10 centres visités, dans un seul centre le personnel travaille en collaboration avec des Agents Communautaires de Santé (ACS). Le PAM a planifié la mise en œuvre du dépistage actif dans les communautés dans le cadre du financement de l'UE. Ces activités démarreront lorsque des ONG partenaires auront été sélectionnées.

#### Nourriture distribuée

97. Le tableau 6 présente la quantité de nourriture distribuée pour le traitement de la MAM.

**Tableau 6: Produits alimentaires prévus et distribués pour le traitement de la MAM**

Produits	2013			2014 (janvier-mai)		
	Prévus (t)	Réalisé (t)	% réalisé	Prévus (t)	Réalisé (t)	% réalisé
CSB++	63	30,6	49 %	78,7	23,7	30 %
CSB+	143	81,2	57 %	154,9	35,6	23 %
Huile	13	7,8	60 %	14,1	4,3	30 %
Sucre	-	-	-	-	1,45	-
Haricots	-	3,9	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>123,5</b>	<b>56 %</b>	<b>247,7</b>	<b>65,05</b>	<b>26 %</b>

Source : Base de donnée du PAM

98. On constate qu'en 2013 la quantité d'aliments distribués était très inférieure aux prévisions. Cela était essentiellement dû aux difficultés de financement de l'IPSR tout au long de 2013. Pour pallier à ce déficit de produits alimentaires, les partenaires de mise en œuvre ont utilisé des méthodes variées, comme la réduction des rations, l'apport de produits complémentaires avec d'autres sources de financement (notamment Caritas), l'annulation de certaines distributions, ou

<sup>72</sup> La région de Cacheu est celle qui a la prévalence de MAG la plus faible (3,1%) mais elle a le plus grand nombre de centres assistés, alors que Oio n'a qu'un site alors que la MAG y est de 8%..

<sup>73</sup> L'équipe d'évaluation a visité les 2 sites qui ont le plus grand nombre de bénéficiaires FEA: (1) Le centre de Ingoré avait 589 FEA fin mai ; le personnel a expliqué que toutes les femmes qui viennent consulter les services postnataux sont admises indépendamment de leur statut nutritionnel. (2) A Cumura, 226 FEA étaient admises pour le traitement de la MAM. Le personnel du centre ne savait pas que le programme de supplémentation alimentaire ciblait spécifiquement les FEA malnutries. En fait, les FEA enregistrées dans le rapport mensuel de supplémentation alimentaire étaient séropositives et malnutries, et traitées par le programme ASO (Aliment Sur Ordonnance), et étaient donc enregistrées deux fois. Information qui a été vérifiée sur les rapports mensuels et registres d'admission. Ces deux centres représentaient à eux seuls 56,1 % de toutes les admissions en 2013 (2.952 cas).

<sup>74</sup> D'après le BP, des activités de sensibilisation sur le respect des critères d'admission réalisées au cours de programmes passés ont permis de réduire le nombre d'admissions erronées.

encore l'arrêt temporaire des activités de traitement de la MAM<sup>75</sup>. Les visites de sites ont montré qu'en 2014, alors que les ruptures de stocks sont beaucoup moins fréquentes, certains centres distribuent encore des rations inférieures pour diverses raisons: crainte que des ruptures de stock aient lieu de nouveau, méconnaissance des quantités que chaque bénéficiaire doit recevoir, distribution des aliments nutritionnels spécialisés à d'autres personnes vulnérables ciblés par les partenaires<sup>76</sup>.

### Effets des activités de traitement de la MAM

99. Les indicateurs d'effets de la supplémentation alimentaire prévus dans le cadre logique de l'opération, et leur mesure respective, sont présentés dans le tableau 7.

**Tableau 7: Mesure des indicateurs d'effets de la supplémentation alimentaire**

Indicateur	Enfants de 6 à 59 mois		FEA	
	2013	2014	2013	2014
<b>Prévalence de la MAG (cible &lt;5%)</b>	-	-	-	-
<b>Taux de récupération (cible &gt;75 %)</b>	81,8 %	76,6 %	84,4 %	80,4 %
<b>Taux d'abandon (cible &lt;15 %)</b>	11,0 %	14,0 %	12,7 %	15,7 %
<b>Taux de mortalité (cible &lt;3 %)</b>	1,5 %	0,6 %	0,1 %	0,1 %
<b>Taux de transfert</b>	3,8 %	3,9 %	1,9 %	1,5 %
<b>Taux de non-réponse (&lt;5 %)</b>	1,8 %	1,9 %	0,9 %	2,3 %

Source : Base de donnée du PAM

100. La MAG n'a pas été mesurée en 2013 et 2014. Une enquête SMART est prévue fin 2014 sous le leadership de l'UNICEF. Elle inclura des indicateurs sur les IYCF.

101. De manière générale, l'évolution des indicateurs de performance de la supplémentation alimentaire est satisfaisante au regard des cibles (standards SPHERE). Toutefois, l'évaluation de la performance des activités des CRENAM doit prendre en compte certains facteurs décrits dans les paragraphes suivants.

102. Les mesures globales des indicateurs (qui regroupent tous les centres, dans toutes les régions), peuvent cacher des différences et des performances moindres dans certaines régions ou sites. L'annexe 8 inclut des graphes qui présentent les indicateurs de performance des CRENAM par région en 2013 et 2014, pour les enfants de moins de 6 à 59 mois et les FEA<sup>77</sup>. On peut observer sur ces graphes que :

- les taux de récupération des enfants de 6 à 59 mois sont inférieurs au standard SPHERE à Quinara (33,3% en 2013 et 37,5% en 2014), dans le SAB en 2013 (70%), et ils ont diminué entre 2013 et 2014 à Cacheu (respectivement 83,9% et 59,4%) ;
- les taux d'abandons chez les enfants de 6 à 59 mois sont supérieurs à la cible en 2013 et 2014 dans le SAB (respectivement 25,8% et 20,2%), ils ont augmenté à Cacheu (de 7,9% en 2013 à 29% en 2014). En revanche, ils ont diminué à Gabu (16,8% en 2013 et 5,6% en 2014).
- les taux de non-réponse et de transferts sont élevés à Quinara en 2013 et 2014.

<sup>75</sup> C'était le cas pour le centre de santé de Contuboe -dépendant du ministère de la santé, ainsi qu'à Bajob.

<sup>76</sup> Les autres bénéficiaires ciblés par Caritas comprennent les jumeaux, les orphelins et autres enfants vulnérables. Ils viennent consulter la Mission de Caritas pour un contrôle mensuel de croissance et reçoivent une ration mensuelle (certains centres fournissent du CSB++ et/ou du riz, des haricots, de l'huile, de la purée, du lait,..., selon les disponibilités).

<sup>77</sup> Source : base de donnée du PAM.

- pour les FEA, les standards SPHERE n'ont pas été atteints en 2013 et 2014 à Quinara et Tombali, avec des taux de récupération en 2013 respectifs de 44,8% et 26,6%, et n'ont pas été atteints à Biombo et Cacheu en 2013.

103. Comme mentionné au paragraphe 102, les protocoles et les critères d'admission ne sont pas toujours respectés. Dans certains centres, des enfants et FEA non malnutris sont admis dans le programme, de même que des enfants malnutris sévères qui devraient pris en charge dans un Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Sévère (CRENAG en portugais)<sup>78</sup>.

### **2.2.3 Prévention de la malnutrition chronique**

104. La composante pilote de Prévention de la Malnutrition Chronique (PMC) consistait en la fourniture d'un aliment nutritionnel spécialisé (le PlumpyDoz) sous la forme d'alimentation complémentaire pour tous les enfants âgés de 6 à 23 mois, indépendamment de leur état nutritionnel, au travers du réseau de centres de santé du Mds.

105. La formulation initiale de la composante prévoyait le ciblage de 28.500 enfants dans les trois régions ayant les taux de retard de croissance les plus importants du pays, Cacheu, Gabu et Oio, en complément d'un programme de prévention de la malnutrition chronique d'UNICEF basé sur le changement des comportements, qui n'a pas encore démarré.

106. La conception et la mise en œuvre de cette composante ont connu des contraintes et des modifications importantes :

- Le lancement de cette activité était initialement prévu en juillet 2013, mais l'absence de financement pour cette composante n'a pas permis de démarrer les activités à cette date.
- Suite à l'évaluation de l'impact de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou en 2013, le PAM a obtenu en août 2013 un financement du CERF pour la mise en œuvre d'une opération d'urgence, qui incluait des distributions de PlumpyDoz aux enfants de 6 à 23 mois pour 3 mois dans les régions de Bafata, Gabu, SAB, Oio et Cacheu, pour prévenir l'augmentation de la malnutrition aigüe et mitiger les effets sur la malnutrition chronique<sup>79</sup>. Cette activité a été fusionnée avec la composante de PMC, ce qui pose un problème de pertinence, étant donné que les objectifs de PMC ne peuvent être atteints avec une distribution ponctuelle de 3 mois. L'opération d'urgence et la composante de PMC ont des objectifs et des modalités différentes, même si l'opération d'urgence pouvait contribuer à

<sup>78</sup> En plus des erreurs déjà signalées au paragraphe 97, à Incore l'équipe d'évaluation a constaté que sur 188 enfants admis au moment de la visite, seuls 38 étaient classés malnutris, les autres étant admis car ils sont des jumeaux ou des orphelins. La prise en compte de ces critères a été observée dans plusieurs sites gérés par CARITAS. Ce centre n'a rapporté qu'un seul cas d'abandon depuis le démarrage de l'opération, mais sur les 38 cas de MAM pris en charge, au moins 9 cas ne participaient plus au programme depuis plus de 4 mois. Aucune des 589 FEA admises n'étaient malnutries. L'équipe d'évaluation a calculé sur un échantillon d'enfants bénéficiaires pris au hasard dans les registres de 5 centres, que seulement 44,4% étaient malnutris modérés, 5,4% étaient malnutris sévères, 23,8% n'étaient pas malnutris, et 24,6% étaient des enfants référés des CRENAG pour la consolidation du traitement, et par conséquent n'étaient pas malnutris. Les critères de guérison en CRENAG sont le z score  $-1,5$  et/ou MUAC  $>125$  et sans œdème. Les sites de CRENAM qui admettent des patients rétablis en CRENAG les incluent dans leurs statistiques avec les patients admis directement pour la MAM. Si on considère que ces patients « de consolidation » atteignent déjà le poids-taille cible quand ils sont admis, il n'est pas correct de considérer qu'ils sont « rétablis » en fin de période de consolidation. SPHERE recommande de ne pas inclure ces enfants dans les statistiques.

<sup>79</sup> Document de projet CERF, Août 2013. 13-WFP-038.

prévenir une dégradation de la malnutrition chronique due à la détérioration conjoncturelle de la situation de sécurité alimentaire.

- Le ciblage initial a été étendu à deux régions supplémentaires, puis ensuite à toutes les régions du pays en ciblant 40 à 50% des enfants de 6 à 23 mois. La supplémentation alimentaire ciblée était pertinente comme action de réponse d'urgence pour prévenir l'augmentation de la MAG. Néanmoins, le choix du PlumpyDoz pour une telle réponse n'est pas le plus pertinent en termes de rapidité de mise en œuvre<sup>80</sup>. Finalement, du fait du délai de livraison, le programme a été mis en œuvre de mars à mai 2004, après la période d'urgence.
- La poursuite du programme sera réalisée sur fonds de l'UE, et ne cible que trois régions et le nombre de bénéficiaires initialement prévus<sup>81</sup>. Les bénéficiaires supplémentaires dans les deux régions ajoutées ne pourront donc pas continuer à recevoir des rations complémentaires pour la durée totale de l'assistance de 12 mois.

### Bénéficiaires atteints

107. Le document de formulation de l'IPSR ciblait 28.500 enfants de 6 à 23 mois par an. Du fait de l'intégration de l'opération de supplémentation alimentaire ciblée d'urgence, ce chiffre a été augmenté à hauteur de 81.552 bénéficiaires par an en moyenne dans la RB de décembre 2013.

108. Pendant les trois mois de mise en œuvre de la composante nutritionnelle de l'opération d'urgence (sous financement CERF, dont la durée globale était de 9 mois), 53.983 bénéficiaires ont été touchés (dont 27.531 filles, soit 51%)<sup>82</sup>, soit 98%<sup>83</sup> de la cible, et 66% du nombre révisé de bénéficiaires de la PMC pour 2014. 104 centres de santé, sur 114 centres du système publique, ont mis en œuvre les activités. Chaque centre avait un objectif d'enfants à admettre dans le programme. Au moment de l'évaluation, les chiffres de bénéficiaires par région ne sont pas disponibles, mais selon le BP du PAM, la plupart des centres de santé qui participent au programme ont atteint le nombre de bénéficiaires qui leur avait été fixé. Les visites réalisées dans 7 centres confirment cette tendance (dans 5 centres le nombre de bénéficiaires fixé a été atteint ou presque. Voir annexe 8).

### Nourriture distribuée

109. La formulation initiale de l'opération prévoyait 723 tonnes de PlumpyDoz, augmentées à 948,72 tonnes lors de la RB de décembre 2013. Le PAM a livré aux centres de santé 228,11 tonnes entre mars et mai 2014, ce qui correspond au nombre de bénéficiaires prévus dans la formulation de l'opération d'urgence de 3 mois financée par le CERF. Les quantités réellement distribuées aux bénéficiaires ne sont pas disponibles. Néanmoins, la mission d'évaluation a constaté dans la moitié des centres visités des stocks importants, ce qui montre que les quantités distribuées aux bénéficiaires sont inférieures aux quantités livrées par le PAM aux centres de santé, et ceci bien que 98% des bénéficiaires prévus pour l'opération d'urgence aient été atteints.

---

<sup>80</sup> Il est connu que la fourniture du PumpyDoz prend beaucoup de temps car il doit être produit une fois la commande réalisée.

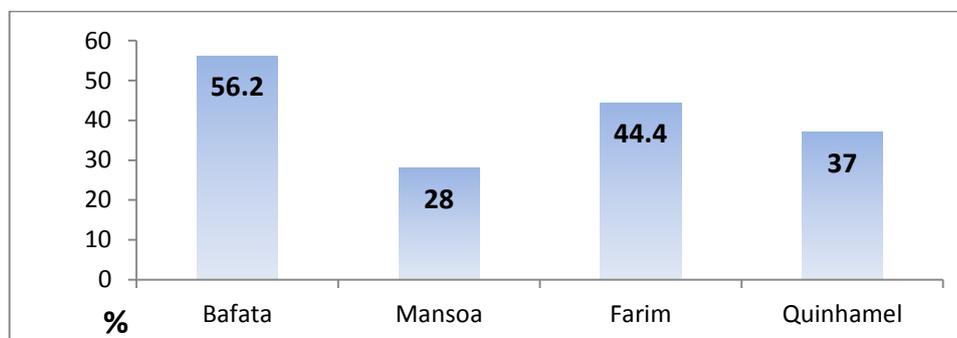
<sup>81</sup> Document de projet de l'UE

<sup>82</sup> Mini SPR 2014

<sup>83</sup> Finalement, l'opération de 3 mois financée sur le CERF ciblait 40 à 50% (selon les régions) des enfants de 6 à 23 mois dans les 5 régions prises en compte. Le PAM a fait un plan de distribution sur cette base, qui totalisait 54.860 bénéficiaires prévus.

110. Cela est dû principalement à la faible adhésion des bénéficiaires au programme au-delà de la première distribution (voir détail au chapitre 2.3.2 Facteurs externes). Le graphe 5 montre le pourcentage de bénéficiaires qui ont reçu les trois distributions mensuelles dans 4 centres visités pendant l'évaluation.

**Graphe 5: Proportion de bénéficiaires de la PMC ayant reçu les trois distributions prévues**



Source : documents de suivi des centres de santé. Données recueillies par l'équipe d'évaluation fin juin 2014

### Effets de la composante de PMC

111. Globalement, les participants interrogés dans les discussions de focus groupes et individuellement ont fait part de la bonne acceptation du supplément alimentaire par les enfants. Ils ont expliqué que le PlumpyDoz a amélioré la santé de leurs enfants, leur a permis de prendre du poids, d'être plus actifs et d'avoir un meilleur appétit pour ceux qui étaient malades. La majorité des participants a fait part de l'absence d'effets négatifs. La moitié des participants ont admis avoir partagé les rations avec d'autres membres de la famille, et pour eux les rations n'ont pas duré plus de 3 semaines.

112. Le document de formulation de l'IPSR prévoyait comme effet la réduction du retard de croissance chez les enfants de 6 à 23 mois dans les trois régions initialement ciblées, avec comme indicateurs de mesure la prévalence du retard de croissance et le taux d'abandon. Ces indicateurs n'ont pas encore été mesurés car le programme a démarré récemment. Quoiqu'il en soit, comme indiqué plus haut, une intervention de 3 mois ne peut avoir d'impact sur la prévalence du retard de croissance. L'évaluation des effets de cette phase pilote de la composante de PMC ne repose donc que sur les constatations faites dans les centres de santé visités, notamment les chiffres disponibles d'admissions et d'adhésion.

113. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les centres où des méthodes mixtes de mobilisation communautaire et de distribution ont été utilisées<sup>84</sup>. Le choix des méthodes a été laissé à la décision des gestionnaires des centres de santé sans discussion et/ou formation préalable sur la stratégie à suivre (meilleures méthodes pour avoir à la fois un grand nombre d'admission et une forte adhésion au programme) et sans considération des moyens disponibles et contraintes propres à chaque zone sanitaire.

<sup>84</sup> Les méthodes utilisées sont : information des bénéficiaires directement par les centres de santé, lors des campagnes de vaccination, et/ou au cours des visites communautaires réalisées dans le cadre de la Stratégie Avancée de Santé (SAS), participation des ACS dans la sensibilisation des mères lors de visites à domicile et sur les lieux de rassemblement communautaire, message radiodiffusés (Bafata), implication des leaders communautaires et religieux et des pères.

114. Cette première expérience pilote de PMC a permis d'identifier des facteurs externes favorables (mobilisation communautaire), et défavorables (distance des centres de santé, manque de moyens de transport pour amener les produits alimentaires dans les communautés, charge du personnel des centres de santé) qui devront être pris en considération dans la conception de la prochaine phase<sup>85</sup>.
115. Bien qu'il n'y ait pas de série d'indicateurs reconnue au niveau international pour mesurer la qualité des performances des actions de supplémentation alimentaire ciblée (et encore moins pour la PMC), le PAM devrait définir des indicateurs complémentaires au taux d'abandon<sup>86</sup>, certains bénéficiaires pouvant sortir du programme pour différentes raisons qui doivent être mesurées pour pouvoir améliorer la qualité du programme. Par exemple, les transferts d'autres modalités de traitement nutritionnel pourraient apporter des informations sur la qualité de l'intégration et la convergence avec l'approche de PCIMA, de même que sur les performances du programme (screening MUAC et référence). Par ailleurs, les bénéficiaires qui ne sont pas rapportés parmi les abandons ne terminent pas nécessairement le traitement. La série d'indicateurs devrait être donc développée sur la base des différentes catégories de sortie du programme des bénéficiaires.
116. Le PAM pourrait également considérer la réalisation d'une étude de base au niveau communautaire et comparer les communautés intégrées dans le programme de PMC et celles qui ne le sont pas et qui présentent des caractéristiques similaires. Une alternative pourrait être de suivre l'évolution des enfants bénéficiaires du programme, mais cette approche nécessite une orientation claire et la formation des partenaires sur la réalisation des mesures anthropométriques<sup>87</sup>.

#### **2.2.4 Aliments sur ordonnance**

117. La composante ASO est mise en œuvre en partenariat avec le gouvernement au travers des services de santé, et avec quelques ONG avec lesquelles le PAM travaillait préalablement<sup>88</sup>. Le programme appuie les patients ART et TB-DOTS malnutris pour faciliter leur récupération nutritionnelle et renforcer leur adhésion au traitement. Les bénéficiaires sont assistés jusqu'à leur récupération nutritionnelle complète, pour une période qui peut aller jusqu'à 8 mois. Un appui alimentaire est également fourni aux familles en insécurité alimentaire des patients ART et TB-DOTS. L'IPSR prévoyait également la coordination avec le réseau d'associations qui appuient les PPVIH pour les inclure dans des filets sociaux de sécurité, mais cela n'a pas pu être mis en œuvre du fait des contraintes de financement.

#### **Bénéficiaires atteints**

---

<sup>85</sup> D'après le BP, les distances des centres et le manque de moyens de transport seront pris en compte dans la conception de l'approche communautaire qui sera mise en œuvre avec la participation de ACS dans le cadre du financement de l'UE.

<sup>86</sup> Les indicateurs intégrés dans le nouveau Cadre de Résultats Stratégiques (SFR en anglais) du PAM (2014-2017) font référence à la couverture des programmes (proportion de population éligible touchée par les programmes) et aux résultats sur le changement des comportements (proportion d'enfants qui ont une diversité alimentaire acceptable), mais ils ne comprennent pas d'indicateurs pour mesurer les performances des actions de supplémentation alimentaire ciblée.

<sup>87</sup> Dans trois sites visités, la taille des enfants n'était pas systématiquement mesurée, et les mesures, lorsqu'elles étaient réalisées, étaient arrondies.

<sup>88</sup> ALTERNAG, Ceus e Terras, Missiõn Católica in Cumura

118. La formulation initiale de l'opération ciblait 1.220 patients et 3.115 membres de ménages par an en moyenne, dans 6 régions pour le VIH<sup>89</sup> et 4 régions pour la TB<sup>90</sup>. Cette couverture géographique a été étendue à toutes les régions du pays. Au moment de l'évaluation, les activités couvraient 22 centres pour le VIH et 2 centres pour la TB<sup>91</sup>.

119. D'après les SPR 2013 et 2014, les bénéficiaires suivants ont été atteints.

**Tableau 8: Bénéficiaires atteints par les activités de ASO**

	2013			2014		
	Prévus	Atteints	%	Prévus	Atteints	%
Bénéficiaires VIH	2.200	3.757	171%	2.200	3.706	168%
Bénéficiaires TB	2.135	1.196	56%	2.695	812	30%
<b>Total</b>						
- Garçons		2.219			1.808	
- Filles		2.734			2.710	
- <b>Total</b>	<b>4.335</b>	<b>4.953</b>	<b>114%</b>	<b>4.895</b>	<b>4.518</b>	<b>92%</b>

Source : SPR 2013 et mini SPR 2014. Ces chiffres incluent les bénéficiaires membres des ménages

120. D'après le SPR 2013, le dépassement significatif du nombre de bénéficiaires VIH était dû à l'ouverture de nouveaux centres ART. En réalité seulement 79 nouveaux patients ont été admis dans l'unique centre nouvellement ouvert pendant le dernier trimestre 2013 (à Bafata, selon la base de données du PAM), alors que les centres de la SAB, prévus dans le programme depuis la conception, comptabilisent le plus grand nombre d'admissions au cours de l'année (993 au lieu de 400 prévus). Cela indique que le nombre de bénéficiaires dans les régions initialement ciblées a été fortement sous-estimé lors de la conception de l'opération.

#### Nourriture distribuée

121. Le tableau 9 présente les quantités de nourriture prévues et distribuées en 2013 et 2014.

**Tableau 9: Nourriture distribuée dans les activités de ASO**

Type	2013 (t)			2014 (janvier-mai) (t)		
	Prévu	Distribué	%	Prévu	Distribué	%
<b>Patients ART/TB</b>						
CSB	102,5	57,4	56%	102,5	68,5	67%
Huile	8,5	5,98	70%	8,5	6,6	78%
Haricots	-	2,3			-	
Riz	-	3,25			-	
Sucre	-	0,9			0,09	
<b>Total</b>	111	69,8	63%	111	75,2	68%
<b>Appui ménages</b>						
Riz	133	33,45	25%	133	33,45	25%
Légumineuse	39,5	8,45	21%	39,5	8,45	21%
CSB	0	4,72		0	0,73	
Sel	3,5	0,03	0	3,5	1,31	37%
Huile	17	1,88	11%	17	8,05	25%

<sup>89</sup> Bafata, Biombo, Cacheu, Gabu, Oio and SAB

<sup>90</sup> Biombo, Cacheu, Oio and SAB

<sup>91</sup> VIH : 3 centres depuis le démarrage de l'IPSR, 5 centres depuis le dernier trimestre 2013, 14 centres depuis février 2014. TB : 2 centres depuis le démarrage de l'IPSR. Les difficultés de financement n'ont pas permis d'étendre la couverture de l'appui pour la TB. L'appui alimentaire aux ménages vulnérables a démarré en octobre 2013.

<b>Total</b>	189,5	48,53	26%	189,5	52,0	27%
<b>Total Général</b>	300,5	118,36	39%	300,5	127,2	42%

Source : Base de donnée du PAM

122. On remarque qu'en 2013 seulement 39% des vivres prévues ont été distribuées, alors que globalement 114% des bénéficiaires ont été atteints, ce qui indique que des rations inférieures que celles prévues ont été distribuées.

#### Effets de la composante de ASO

123. Le document de formulation de l'opération identifie comme effet des activités ASO « l'amélioration de la récupération nutritionnelle des patients sous traitement ART et TB ». Les indicateurs de mesures sont présentés dans le tableau 10.

**Tableau 10: Indicateurs de performances des activités ASO**

Indicateur	Cible	2013 (SPR)	2014		
			Mini-SPR	Base de donnée du PAM	
				Jan-mars	Jan-mai
<b>Taux de récupération patients VIH</b>	75%	56%	85%	84%	68%
<b>Taux d'abandon patients VIH</b>	15%	26%	2%	2%	22%
<b>Taux de récupération patients TB</b>	75%	73%	77%	74%	74%
<b>Taux d'abandon patients TB</b>	15%	12%	12%	11%	11%

124. On observe que les cibles ont été atteintes ou presque pour le traitement de la TB en 2013 et 2014, mais pas pour les patients VIH en 2013, pour lesquels les taux de récupération et d'abandon n'ont pas été atteints. Les données désagrégées par région présentées en annexe 8 montrent qu'en 2013, les performances de la AOS pour les patients du VIH ont atteint les cibles dans la région SAB, mais qu'en revanche, elles ont été très en-dessous des attentes à Biombo (21% de récupération, 49% d'abandons et un taux de mortalité alarmant de 29%). La visite réalisée dans le seul centre de cette région a montré de nombreuses irrégularités dans l'enregistrement et le rapportage. Les performances dans cette région sont sans aucun doute affectées par le manque de fiabilité des informations.

125. Les entretiens menés avec le personnel et les bénéficiaires dans les centres visités portent à croire que le suivi des traitements par les patients s'est amélioré avec les activités ASO. Certains patients qui ont abandonné leur traitement depuis longtemps sont revenus après le démarrage des activités ASO. L'équipe d'évaluation a pu constater que les abandons sont rares, à l'exception de Cumura. Le personnel considère que la mortalité des patients a baissé<sup>92</sup>.

126. Les porteurs du VIH sont souvent stigmatisés, voir victimes de discriminations. Les programmes qui les appuient comportent un risque d'augmenter ces stigmatisations. Les visites dans les centres ont permis de constater que le personnel des centres a développé des stratégies variées pour éviter cela et conserver la confidentialité des bénéficiaires. Par exemple, certains centres réalisent les distributions tard le soir, lorsqu'il n'y a plus d'activité sur les voies publiques. Un centre a mis en place un passage alternatif pour permettre aux bénéficiaires d'être pris en charge sans être vus. Ou encore, dans un autre centre les distributions sont réalisées chez un membre du personnel. Les entretiens avec

<sup>92</sup> Le taux de mortalité n'est pas un indicateur du cadre logique de l'opération, Cependant, d'après le BP, cet indicateur est mesuré (le nombre de décès est rapporté mensuellement par les centres) et rapporté dans les rapports trimestriels au SNLS. Pour connaître l'effet des activités sur la mortalité, il est nécessaire de connaître la mesure de cet indicateur au démarrage du programme.

les bénéficiaires ont montré qu'ils n'avaient pas subi une stigmatisation supérieure depuis le démarrage du programme.

127. Au-delà des indicateurs de performance qui, comme on l'a vu, ne sont pas fiables dans l'actualité, l'équipe d'évaluation considère que cette composante apporte une forte valeur ajoutée pour le développement de stratégies intégrées de réponse au VIH. Elle cible une catégorie de population extrêmement vulnérable, appui l'utilisation des traitements par les patients, renforce les partenariats et synergies autour des services proposés. Le PAM apporte également une contribution importante à la réponse nationale au VIH en renforçant les capacités du gouvernement, notamment au travers du développement d'outils comme le Protocole National de ASO<sup>93</sup> en coordination avec l'UNICEF, ONUSIDA et le Programme National de VIH/SIDA, et au travers du renforcement des capacités du personnel de santé et des ONG.

### **2.2.6 Aspects transversaux**

#### Genre

128. La formulation de l'IPSR 200526, prévoit de promouvoir l'égalité entre les genres et l'autonomie des femmes au travers des actions suivantes :

- promotion de l'égalité entre filles et garçons pour l'accès et la finalisation de l'éducation de base, avec la mesure spécifique des rations à emporter dans les classes 4, 5 et 6 (voir les résultats obtenus au chapitre 2.2.1 Alimentation scolaire);
- participation des femmes dans le leadership des comités de gestion de la nourriture ;
- activités de VCF spécifiquement dirigées vers des groupements de femmes.

129. En plus de cela, l'IPSR devait assurer que les points de distribution permettent aux femmes de recevoir l'assistance alimentaire sans être exposées à des problèmes de sécurité et de transport.

130. Trois indicateurs de mesure d'effets ont été insérés dans le cadre logique de l'opération lors de la révision budgétaire de décembre 2013, relatifs à la participation des femmes dans les décisions sur l'utilisation de la nourriture au sein des ménages, à la participation des femmes dans les positions de leadership des comités de gestion, et à la proportion de femmes membres des comités ayant reçu des formations sur les modalités de distribution. Un indicateur sur les problèmes de sécurité a également été inséré dans le cadre logique révisé. Ces indicateurs n'ont pas été mesurés et, d'après le BP du PAM, ils feront l'objet d'une enquête spécifique en 2014.

131. Les visites d'écoles et les entretiens avec les **comités de gestion des cantines scolaires** et le personnel des écoles ont permis de constater que les femmes représentent souvent la moitié ou plus des membres des comités. Néanmoins, elles occupent la plupart du temps les positions de femmes de ménage et de cuisinières, et par conséquent n'occupent pas, dans la plupart des cas, les positions de leadership. Par ailleurs, les visites ont permis de constater que la majorité des comités ne fonctionnent pas. L'ensemble des tâches de gestion des cantines sont assurées le plus souvent par une personne, le directeur d'école

---

<sup>93</sup> Guia nacional Alimentação nutricional e alimentar às pessoas infetadas e afetadas pelo VIH/ou Tuberculose. Direção-Geral da Prevenção e Promoção da Saúde. Ministério de Saúde. República da Guiné-Bissau. Junho 2013. PAM.

ou un professeur lorsque l'école ne compte pas avec un directeur. Cette personne reçoit les vivres lors des approvisionnements, fait sortir les vivres pour la préparation des repas, détient les clés du magasin de stockage et gère le stock, remplit les documents de gestion et les rapports mensuels. Dans toutes les écoles visitées à l'exception d'une école autogérée à Buba, cette position est occupée par un homme.

132. Aucun problème de **sécurité** n'a été rapporté dans la documentation analysée, et au cours des entretiens avec les parties prenantes et les bénéficiaires. En revanche, la question de la **distance des points de distribution** des communautés est un problème récurrent des composantes nutritionnelles de l'opération qui affecte les performances des activités (voir chapitres 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 et 2.3.2). De fait, les distributions sont réalisées dans les centres de santé ou les sites gérés par les partenaires, et aucune disposition n'est prise pour réduire les distances ou faciliter le transport pour les bénéficiaires. Cela affecte surtout les femmes, qui sont concernées en premier lieu par ces activités (bénéficiaires directes ou mères des enfants responsables du suivi des traitements et de la réception de l'assistance alimentaire).
133. En dehors du genre, la conception de l'IPSR ne prévoyait pas d'activités ou d'effets sur d'autres aspects transversaux. Le PAM a fait la promotion, dans des opérations antérieures, de la réduction de la consommation du bois de chauffe dans les cantines scolaires au travers de la construction de foyers améliorés et de la formation des cuisinières. Ces activités n'ont pas été reconduites jusqu'à maintenant dans l'IPSR 200526. Les visites d'écoles ont tout de même permis de constater que la plupart des cuisines comptent avec 1 ou 2 foyers améliorés. Cependant, ces foyers ne sont pratiquement pas utilisés.

Globalement, la tendance commune aux différentes composantes (à l'exception des actions VCA/VCF qui n'ont pas démarré) indique des bonnes performances en termes de sites et de bénéficiaires atteints, mais des rations et quantités de nourritures très inférieures aux prévisions.

Les cantines scolaires fonctionnent bien et ont permis de prévenir une dégradation potentielle des indicateurs de performances scolaires due aux facteurs conjoncturels de détérioration du contexte. L'effet en termes d'appui à la sécurité alimentaire semble limité aux activités extra scolaires en période de soudure.

Plusieurs facteurs affectent la qualité de la mise en œuvre de la composante de traitement de la MAM et la fiabilité des données sur les performances.

L'intégration de la composante de PMC et d'une réponse d'urgence de supplémentation alimentaire ciblée a modifié l'approche et le ciblage de cette composante, et en ce sens modifié les objectifs initiaux. Néanmoins, des leçons ont pu être apprises de cette première expérience, et elles devront être valorisées dans la suite du programme, qui reprendra l'approche initiale.

La composante ASO Montre des bonnes performances en termes de résultats nutritionnels et a contribué à augmenter l'adhésion des patients à leur traitement ART et DOTS. L'appui aux ménages vulnérables a posé des difficultés de ciblage aux partenaires.

## **2.3 Facteurs influençant les résultats**

### **2.3.1 Facteurs de mise en œuvre**

#### Ciblage des actions

134. D'une manière générale, le ciblage géographique des différentes composantes de l'opération a cherché à toucher les régions les plus affectées par les problèmes sur lesquels l'opération cherche à produire des effets positifs.
135. La couverture s'est concentrée sur les régions où l'insécurité alimentaire est la plus répandue et où la scolarisation dans l'éducation de base est la plus faible. En particulier, l'IPSR s'est appuyée sur les résultats de l'enquête CFSVA de 2011 et sur la coordination avec l'IPHD pour le choix des régions d'intervention.
136. Le ciblage de la composante de traitement de la MAM s'est basé sur les résultats de l'enquête MICS de 2010 et sur la présence de partenaires et de sites de TSFP déjà fonctionnels. Toutefois, les résultats de l'enquête SMART de 2012<sup>94</sup>, n'ont pas été pris en compte, alors qu'ils montraient que la situation avait évolué, et certaines régions prioritaires ont une couverture réduite<sup>95</sup>. Aussi, dans les faits, la disponibilité des centres a constitué un facteur limitant important qui a affecté la couverture dans certaines régions prioritaires<sup>96</sup>.
137. La composante de PMC ciblait initialement les trois régions les plus affectées par la malnutrition chronique (Cacheu, Gabu et Oio). L'intégration de l'opération d'urgence de supplémentation alimentaire à cette composante a conduit à l'élargissement de la couverture à deux régions supplémentaires, puis à tout le pays.
138. L'approche de ciblage de la composante AOS est pertinente. Elle se base sur les prévalences les plus fortes de VIH et de TB et sur l'existence de centres qui assurent les traitements ART et DOTS. Le ciblage de l'assistance aux ménages ayant des patients sous traitement est basé sur des critères de vulnérabilité à l'insécurité alimentaire élaborés conjointement par le PAM, l'UNICEF, l'équipe conjointe des Nations Unies pour le VIH et des ONG partenaires. Les visites de centres ont montré que ces critères n'ont toutefois pas toujours été respectés<sup>97</sup>.

#### Coordination et recherche de synergies

139. La coordination et la recherche de synergies est un aspect essentiel qui affecte la performance et les effets des actions pour l'ensemble des composantes de l'opération.
140. Le PAM participe activement dans les mécanismes de coordination nationaux, notamment le Groupe Local d'Education et le Groupe de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, pour lequel il est un des contributeurs les plus importants, notamment dans l'analyse de la situation de sécurité alimentaire. La coordination bilatérale avec certains acteurs clés, notamment l'IPHD pour l'alimentation

---

<sup>94</sup> Deuxième enquête nationale SMART : L'état nutritionnel des enfants et des femmes, République de Guinée-Bissau et UNICEF, décembre 2012

<sup>95</sup> La région de Oio, qui a un taux de MAG de 8%, ne compte qu'avec de site de traitement de la MAM, alors que la région de Cacheu, qui a le taux de GAM le plus faible, 3,1%, comptabilise le plus grand nombre de sites assistés.

<sup>96</sup> Par exemple, Oio présentait le taux de MAG le plus élevé, ce qui a amené le ciblage d'un nombre de bénéficiaire le plus élevé, mais le partenaire Caritas ne dispose que d'un centre dans cette région.

<sup>97</sup> Un centre visité ayant 300 bénéficiaires ne fournit des rations familiales qu'à trois ménages, car le personnel ne dispose pas du temps nécessaire pour analyser la situation individuelle de chaque ménage.

scolaire, est efficace et permet une couverture pertinente des différentes interventions.

141. D'une manière générale, depuis le démarrage de l'IPSR et jusqu'à maintenant, les actions ont été mises en œuvre en dehors de partenariats stratégiques et d'une manière assez isolée. Ceci est largement dû au gel des activités de nombreuses institutions pendant la période de transition politique. Le retour à l'ordre constitutionnel ouvre de nouvelles perspectives de collaborations pour la mise en œuvre d'actions complémentaires. Cela s'est concrétisé récemment avec la préparation de Memorandum of Understanding (MoU) avec l'UNICEF, le FNUAP, la FAO et le FIDA.
142. La conception de l'opération prévoyait que la composante d'alimentation scolaire contribue au Paquet Minimum d'Education. Cela s'est réalisé de fait, la majorité des écoles dans lesquels le PAM intervient ayant été construites et équipées par le passé par divers acteurs (notamment l'UNICEF et Plan International), et recevant des appuis en matériel pédagogique. Néanmoins, aucune collaboration active n'a été mise en œuvre depuis le démarrage de l'IPSR. Le MoU récemment signé avec l'UNICEF prévoit le renforcement du paquet minimum d'éducation, la mise en œuvre d'un programme de Santé et d'Environnement Scolaire, la promotion des bonnes pratiques d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les écoles, l'introduction d'un programme de conseil au personnel des écoles pour la réduction de la violence scolaire. La plupart de ces activités ont un fort potentiel de contribution aux objectifs d'amélioration de la scolarisation en éducation primaire, mais constituent aussi des éléments qui peuvent renforcer la cohérence et les synergies internes de l'IPSR, notamment avec les composantes nutritionnelles. Le PAM et la FAO ont également collaboré jusqu'en juin 2013 pour la création de jardin potagers scolaires, dans le cadre du projet conjoint de lutte contre la malnutrition. Ce programme est maintenant interrompu, et là encore, il peut renforcer les objectifs de la composante, notamment le démarrage des approvisionnements locaux des cantines scolaires, mais aussi les composantes nutritionnelles. Le PAM et la FAO préparent actuellement un nouveau cadre d'entente pour relancer cette collaboration.
143. Le réseau d'Agents Communautaires de Santé, développé notamment dans le cadre du projet coordonné par l'EPNU mis en œuvre de 2009 à 2013, du programme PIMI de l'UNICEF<sup>98</sup>, est peu valorisé dans la mise en œuvre des composantes nutritionnelles de l'IPSR 200526. Les ACS pourraient jouer un rôle important dans la mobilisation communautaire et des bénéficiaires pour les composantes de traitement de la MAM et de PMC, et pour l'harmonisation des approches sur des thèmes complémentaires liés à la santé et à la malnutrition. Il en est de même pour la SAS. Aussi, des arrangements effectifs et opérationnels doivent être établis pour la mise en œuvre de certaines activités proposées dans la conception de l'IPSR, comme l'intégration de la MAM et de la MAS, qui permettent le renforcement des bénéfices potentiels d'une programmation collective. Malgré l'engagement du PAM dans le développement et l'actualisation des protocoles nationaux de nutrition<sup>99</sup>, les visites de terrain et les entretiens menés à différents niveaux avec des acteurs gouvernementaux indiquent qu'il n'y a pas eu de progrès réalisés depuis le démarrage de l'IPSR sur l'intégration du traitement de la MAM dans l'approche PCIMA. Le MdS et le Réseau National de

---

<sup>98</sup> Programme Intégré de santé Maternelle et Infantile.

<sup>99</sup> Protocolo Nacional de Gestao Integrada de Desnutricao Aguda. Guinée-Bissau 2013.

Diffusion ne sont pas impliqués dans la programmation et la mise en œuvre des activités de traitement de la MAM. Enfin, malgré l'intérêt suscité par le programme pilote de PMC, peu de coordination et de discussions ont eu lieu avec les parties prenantes et les institutions impliquées dans la nutrition pour analyser collectivement les potentiels et menaces et définir la meilleure approche possible.

### Système de suivi

144. Le BR du PAM a réalisé en septembre 2013 une analyse des gaps et capacités de Suivi et Evaluation (S&E) dans 18 des 19 pays de sa zone. La Guinée Bissau a été classée parmi les pays ayant des systèmes de qualité moyenne et des capacités de S&E faibles. Le BR a élaboré une stratégie régionale de S&E dont le but est d'appuyer les BP et leurs partenaires pour améliorer leurs systèmes de S&E. Le BP de Guinée Bissau fait partie des pays ciblés par cette stratégie.
145. Le BP de Guinée Bissau a élaboré en parallèle une stratégie de S&E et des Procédures Standards d'Opération (SOP en anglais), qui incluent la mise en place de nouveaux outils de collecte d'information pour le personnel du BP, des procédures claires de suivi des magasins jusqu'à la saisie des données de suivi, et la mise en place début 2014 d'une « Task force SPR » chargée d'analyser les données du suivi et d'élaborer les SPR trimestriels.
146. Malgré ces nouvelles initiatives, d'importantes déficiences ont été observées lors des visites de terrain dans le système d'enregistrement des admissions et de collecte des informations pour toutes les composantes nutritionnelles de l'opération. Cela est dû parfois à l'absence ou au manque d'adaptation des registres disponibles aux différentes composantes, et aux capacités inadéquates du personnel des centres. Ces déficiences affectent clairement la fiabilité des informations collectées, et par conséquent le jugement que l'on peut faire des performances et des effets des activités mises en œuvre.
147. Pour ce qui est de la composante d'alimentation scolaire, le système fonctionne mieux, les parties prenantes impliquées (directeurs d'écoles ou professeurs, et inspecteurs de secteur) ont une maîtrise partielle des outils de collecte et de rapportage. Les agents du BP du PAM qui contrôlent les rapports établis par ces parties prenantes rencontrent malgré tout des erreurs fréquentes, et le processus de correction entraîne un retard dans la disponibilité des rapports corrigés et l'établissement des synthèses. Aussi, les field monitors du BP ont indiqué qu'ils rencontrent fréquemment des erreurs de comptabilisation des bénéficiaires des cantines scolaires lors des visites de terrain, notamment la prise en compte d'un nombre supérieur d'élèves à ceux réellement présents, ce qui pourrait être une stratégie de détournement de vivres des directeurs ou professeurs qui gèrent les stocks. Les visites de supervision, tant des superviseurs de secteur que du personnel du PAM, permettent d'identifier et de prévenir cela.
148. Le suivi de terrain réalisé par le PAM a été affecté par le manque de ressources humaines disponibles, notamment à Bafata, où seuls deux field monitors sont en place jusqu'à présent, dont le chef de sous-bureau. Cela a entraîné un suivi insuffisant, notamment des activités nutritionnelles. L'envergure de la composante de PMC, élargie par la supplémentation alimentaire de la réponse d'urgence entre mars et mai 2014, combinée avec le caractère pilote de cette composante, nécessitait en particulier une capacité de suivi supérieure à celle que le BP a pu mobiliser. Un audit des ressources humaines du BP a été réalisé avec l'appui du Bureau Régional et a permis d'établir un nouvel organigramme qui

prévoit un renforcement très significatif du sous-bureau de Bafata. La mise en œuvre prochaine des dispositions prévues devrait permettre d'améliorer considérablement la capacité de suivi par le PAM.

### Respect des protocoles

149. Les visites réalisées pendant l'évaluation ont permis d'identifier des problèmes importants de respect des protocoles établis pour les composantes nutritionnelles. Ces problèmes peuvent affecter de manière significative les résultats réels des activités mises en œuvre:

- Les critères d'admission des différentes catégories de bénéficiaires ne sont pas suffisamment respectés. Certains partenaires intègrent toutes les FEA dans le programme de traitement de la MAM, indépendamment de leur statut nutritionnel et/ou intègrent des enfants selon d'autres critères que la malnutrition; pour la composante ASO, certains centres se basent uniquement sur la condition physique au lieu d'utiliser l'Indice de Masse Corporelle (IMC), par manque d'équipement, ou le MUAC, et un centre admet tous les patients ART; les critères de sélection des ménages ayant un membre traité pour le VIH ou la TB posent souvent des problèmes au personnel des centres, qui affectent la qualité de la sélection des bénéficiaires, et certains centres distribuent des rations aux familles de tous les patients.
- Certains centres n'utilisent toujours pas le Z-score comme critère d'admission.
- De la même manière, les critères de sortie ne sont pas toujours respectés. Dans les centres de traitement de la MAM, on trouve souvent que les catégories « abandon » et « non-réponse » ne sont pas utilisées.
- Dans plusieurs centres visités, les rations distribuées ne respectent pas les prescriptions du fait de leur méconnaissance par le personnel des partenaires<sup>100</sup>.

### Capacités des partenaires

150. D'une manière générale, les capacités des partenaires institutionnels et de mise en œuvre de l'opération sont faibles. Cela affecte la qualité des actions.

151. Le principal partenaire de la composante d'alimentation scolaire est le MEN, qui compte avec une Direction des Affaires Sociales et des Cantines Scolaires. Cette direction, créée avec l'appui du PAM au cours du programme précédent, est pratiquement dépourvue de toute capacité et sa participation dans la programmation, la mise en œuvre et le suivi du programme d'alimentation scolaire se limite à la signature d'un plan de travail annuel. Les délégations régionales, avec qui le PAM a continué de travailler dans le cadre d'une approche plus directe de mise en œuvre compte tenu du contexte politique et institutionnel, comptent avec du personnel expérimenté dans le suivi des cantines scolaires, notamment les superviseurs de secteur qui jouent un rôle important dans la supervision des cantines et l'élaboration de synthèses mensuelles des rapports de suivi établis dans chaque école. Cependant, ce personnel manque parfois de motivation, et de moyens pour travailler<sup>101</sup>. En conséquence, plusieurs écoles

---

<sup>100</sup> En particulier pour la composante ASO, pour laquelle les rations ont clairement été diminuées pour atteindre les objectifs en termes de bénéficiaires malgré la disponibilité de vivres très inférieurs aux besoins pour couvrir ces bénéficiaires. Les visites de terrain ont également permis de constater des disparités importantes dans les rations familiales distribuées dans cette composante (des rations composées de 6 kg de riz et 750 gr d'huile sont distribuées dans un centre, alors que dans un autre elles sont de 42 kg de riz et 5,2 kg d'huile).

<sup>101</sup> Le principal moyen matériel dont ils ont besoin est un moyen de transport. L'UNICEF a fourni des motos aux superviseurs et le PAM fournit des dotations en carburant pour les visites des écoles incluses dans le programme

visitées pendant l'évaluation n'avaient pas reçu de visite de superviseur depuis plus de 2 ans.

152. Aussi bien les partenaires gouvernementaux que les ONG qui interviennent dans les composantes nutritionnelles ont des capacités limitées en termes de maîtrise et de connaissance des programmes et de capacité de gestion, qui conduisent aux déficiences décrites plus haut concernant le respect des protocoles et la qualité du suivi réalisé. En plus de cela, l'équipe d'évaluation a constaté une surcharge de travail pour le personnel des centres de santé, qui ont vu leurs tâches se multiplier avec le démarrage de nouveaux programmes, et parmi eux la composante de PMC de l'IPSR, sans que les capacités en termes de ressources humaines soient renforcées<sup>102</sup>.
153. Dans le cadre du programme d'achats locaux pour l'approvisionnement des cantines scolaires, le BP du PAM a organisé un processus de sélection de partenaires de mise en œuvre pour l'appui à la production locale. Certaines ONG qui ont une large expérience de l'appui à la production et à la commercialisation de productions alimentaires, qui disposent d'un réseau important d'associations de producteurs dont certaines éprouvent des difficultés à écouler leurs produits, n'ont pas participé au processus de sélection. Ces ONG sont des acteurs très importants de ces domaines en Guinée Bissau, et leur réseau représente un potentiel de capacité de production et de commercialisation que le programme d'achat locaux devrait valoriser.
154. Le système de motivation du personnel des centres de santé pour la composante de PMC, basés sur les résultats obtenus, est jugé pertinent par l'ensemble des parties prenantes interrogées.

#### Autres aspects

155. Le « lead time » (délai entre la commande et la livraison des produits) en Guinée Bissau est de 3 à 4 mois. Le BP réalise les commandes dès que les fonds sont disponibles et la gestion des approvisionnements par le BP est jugée adéquate. Le BP n'identifie pas de contraintes majeures hormis la faible concurrence dans le secteur des transporteurs. Le BP parvient malgré cela à réaliser les distributions dans les centres dans des délais et avec des coûts maîtrisés.
156. Les achats locaux n'ont pas été envisagés jusqu'à une date récente et la programmation du programme graduel d'achats locaux dans le cadre du financement UE approuvé en mars 2014 (alimentation scolaire). Cela est principalement dû au déficit de production alimentaire dans le pays. De ce fait, le BP ne réalise pas de suivi régulier de la parité des prix à l'importation. Une analyse ponctuelle a été réalisée au moment de l'élaboration du projet UE. Elle a conclu que les achats locaux étaient moins efficaces en termes de coûts, mais plus efficaces en termes de délais.
157. Le BP a connu une situation financière délicate en 2013 du fait des difficultés de mobilisation des ressources (voir chapitre 2.3.2). Cela a conduit le BP à réaliser

---

d'alimentation scolaire. Cependant, ils ne reçoivent pas de combustible pour réaliser leurs autres activités de supervision, y compris dans les écoles non couvertes par l'opération. Par conséquent, le combustible fourni par le PAM est partagé avec d'autres activités. Aussi, du fait d'un problème de fournisseur de carburant, le PAM n'a pas été en mesure de distribuer les dotations aux superviseurs pendant plusieurs mois.

<sup>102</sup> D'après le BP, un processus de sélection d'ONG est en cours pour développer des activités de PMC au niveau communautaire, ce qui aura un effet positif sur la limitation de la surcharge de travail dans les centres de santé.

un contrôle des coûts de distribution, associés (partenariats, y compris pour le suivi et évaluation) et de fonctionnement très stricte. Le BP a dû réduire les coûts de personnel (les contrats de 4 employés ont momentanément été interrompu) et de fonctionnement du bureau, ce qui a eu un effet sur la capacité de suivi des activités. L'obtention du financement de l'UE a permis de renforcer ces capacités à partir de mars 2014.

### **2.3.2 Facteurs externes**

#### **Situation politique et institutionnelle**

158. La situation politique et institutionnelle du pays depuis le coup d'état d'avril 2012 représente une contrainte importante qui affecte certaines performances de l'IPSR.
159. Comme on l'a vu, le **gel ou le ralentissement des activités de nombreux acteurs** a limité les opportunités de collaboration et de synergies avec des interventions complémentaires qui renforcent les effets mis en œuvre par l'IPSR.
160. La situation institutionnelle a empêché le PAM de maintenir des **partenariats stratégiques avec le gouvernement** en 2012 et 2013, et a interrompu certains processus institutionnels essentiels pour la stratégie du PAM à moyen-long terme. C'est le cas en particulier de la mise en œuvre de l'approche SABER et du processus d'institutionnalisation et de création de capacités pour l'alimentation scolaire, auquel le PAM a participé activement depuis 2008 en collaboration avec la coopération brésilienne, et qui a obtenu des résultats significatifs<sup>103</sup>. Ce processus a été interrompu avant l'étape suivante que devait être la création d'une ligne budgétaire d'alimentation scolaire dans le budget du MEN. Il est un élément essentiel de ce que devrait être la stratégie de transfert du programme d'alimentation scolaire du PAM au gouvernement, stratégie qui n'est pas encore formellement élaborée.
161. Le non paiement des salaires du personnel des écoles, constante dans l'histoire récente du pays, mais aggravé par la situation institutionnelle depuis le coup d'état, a entraîné **l'aggravation des grèves des enseignants**. Les années scolaires 2012-2013 et 2013-2014<sup>104</sup> ont été particulièrement touchées. Les conséquences dans les écoles publiques sont multiples : non finalisation du programme scolaire, augmentation des abandons, réduction des taux de passage, transferts d'élèves vers des écoles communautaires et privées, qui affectent les résultats scolaires et les performances du programme.

#### **Financement de l'opération**

162. Le niveau actuel de financement présenté au chapitre 1.3 Description de l'opération, de 88,7% peut porter à croire que la disponibilité des ressources a constitué un facteur favorable aux performances du programme. Cependant, l'analyse de l'évolution temporelle du niveau de financement du budget (voir annexe 9) montre que la mobilisation des ressources s'est faite graduellement, et qu'elle a été relativement limitée jusqu'à la fin de la première année de mise en

---

<sup>103</sup> Entre 2008 et 2012, élaboration d'une loi d'alimentation scolaire votée par le parlement mais non promulguée par le président ; création de la Direction des Affaires Sociales et de l'Alimentation scolaire au MEN; élaboration d'une stratégie nationale d'achats locaux et d'un projet pilote d'achats locaux (non mis en œuvre)

<sup>104</sup> L'année 2013-2014 n'a démarré que fin novembre au lieu de début octobre, puis une seconde grève a eu lieu pendant plus d'un mois en mars-avril 2014, soit au total plus d'un tiers de l'année scolaire perdue.

œuvre. Aussi, certaines activités n'attirent toujours pas l'intérêt des donateurs. Cela a eu les conséquences suivantes :

- Certaines activités n'ont pas pu démarrer jusqu'à maintenant (VCA/VCF), et d'autres ont connu un retard de démarrage important (PMC).
- Les rations distribuées dans plusieurs composantes (cantines scolaires, ASO) ne sont pas conformes aux prévisions.
- La capacité du BP a été limitée: les ressources humaines ont été affectées (certains contrats ont été interrompus de manière temporaire), les moyens matériels et financiers pour réaliser le suivi de terrain ont été limités.

163. La cause principale des difficultés de mobilisation des ressources provient de la situation institutionnelle du pays et du retrait de la majorité des donateurs en 2012 et 2013. La mobilisation par le PAM de ressources multilatérales non affectées (fonds SRAC) et les initiatives prises par le BP pour obtenir des financements de donateur non traditionnels<sup>105</sup> et pour profiter des certaines opportunités (CERF) a permis de mitiger en partie cette contrainte. On note que le mécanisme de financement de la composante AOS, le Fonds Mondial de Lutte Contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, qui passe au travers du gouvernement de Guinée Bissau, a mis en place un système de précaution très contraignant en termes de gestion pour le PAM. Aussi, le déblocage de la nouvelle subvention de ce mécanisme au gouvernement est bloqué depuis décembre 2013. De ce fait, la poursuite de la mise en œuvre de cette composante n'est pas assurée à partir de juillet 2014.

#### Facteurs particuliers à l'alimentation scolaire

164. En plus de l'alimentation scolaire, les progrès enregistrés au cours des dernières années pour la scolarisation des enfants sont dus à deux autres facteurs importants :

- La volonté des parents d'élèves d'éduquer leurs enfants est manifeste. De nombreux témoignages recueillis au cours de l'évaluation montrent que les parents d'élèves associent clairement l'éducation à un meilleur avenir pour leurs enfants. Un des motifs aussi souvent cité que l'alimentation scolaire pour transférer des enfants d'une école à l'autre est la scolarisation dans des écoles communautaires, autogérées ou privées du fait des grèves répétées dans les écoles publiques. Une autre preuve de cette volonté est la création de nombreuses écoles communautaires, payantes, pour suppléer la capacité limitée du système éducatif publique. L'équipe d'évaluation a pu toutefois constater que le paiement de l'éducation est un motif de non scolarisation et d'abandon<sup>106</sup>.
- Au cours des dernières années, de nombreuses écoles ont été construites par plusieurs organisations, notamment l'UNICEF et Plan International. La construction d'écoles augmente la capacité d'accueil et a un effet direct sur les effectifs scolaires.

---

<sup>105</sup> Timor Leste, Australie, donation de riz par la Chine au travers du Gouvernement de Guinée Bissau

<sup>106</sup> Parmi les écoles communautaires ou autogérées visitées, deux écoles pratiquaient des niveaux de cotisation très supérieurs aux autres. Dans les deux villages où ces écoles sont installées, les personnes interrogées ont fait part que beaucoup d'enfants ne sont pas scolarisés, ce qui n'est pas le cas dans les autres écoles. Les cotisations pour le paiement des professeurs sont souvent payées lorsque les parents d'élèves ont des revenus, après la campagne agricole et pendant la campagne de commercialisation de la noix de cajou. Dans plusieurs écoles visitées les personnes interrogées ont expliqué que certains parents ont dû retirer leurs enfants de l'école avant la fin de l'année en 2013 du fait de la mauvaise campagne de commercialisation.

165. Les filles sont soumises à des contraintes supérieures aux garçons pour suivre leur scolarité avec succès. En plus des grossesses et mariages précoces cités précédemment, la participation des filles dans les travaux domestiques réduit le temps disponible pour étudier, ce qui affecte leurs performances scolaires, en comparaison avec les garçons qui disposent de plus de temps.
166. De nombreuses écoles rurales n'offrent pas la possibilité de suivre l'intégralité du cycle d'éducation de base. Elles s'arrêtent souvent en 4<sup>ème</sup> année, voir dans certains cas en deuxième année, et les élèves sont contraints de changer d'école pour poursuivre leur éducation, ce qui implique des distances à parcourir, voir la migration dans un autre site de résidence. Ce facteur conduit de nombreux élèves à arrêter leur éducation avant de finaliser le cycle de base.

#### Facteurs particuliers aux composantes nutritionnelles

167. Les distances à parcourir par les bénéficiaires des différentes composantes, mais en particulier du traitement de la MAM et de la PMC, représentent une contrainte importante qui favorise les abandons. Dans le même sens, les moyens de transport limités des centres de santé les empêchent de se rapprocher des communautés et d'y transporter l'aliment<sup>107</sup>.
168. Dans certains sites de traitement de la MAM, les partenaires distribuent des produits alimentaires en plus du CSB++ fourni par le PAM. Ces distributions complémentaires jouent un rôle favorable pour intéresser les bénéficiaires et promouvoir leur adhésion au programme. De nombreux bénéficiaires considèrent que les rations de CSB++ seules sont insuffisantes pour que le déplacement jusqu'au site de distribution et de suivi soit rentable.
169. Le travail saisonnier pour la campagne de commercialisation de la noix de cajou est également un facteur qui favorise les abandons. Certaines familles migrent pendant cette période, ou la charge de travail ne laisse pas la possibilité de parcourir la distance pour aller au site de distribution.

Le principal facteur qui a conditionné la mise en œuvre de l'IPSR est la situation institutionnelle. Elle a affecté en premier lieu la mobilisation des ressources, ce qui a eu des conséquences sur les rations distribuées, la mise en œuvre de deux composantes, et les capacités du BP du PAM pour réaliser un suivi approprié, en particulier pour les composantes nutritionnelles. Elle a affecté en second lieu les opportunités pour établir des partenariats et rechercher des synergies avec d'autres interventions, ce qui réduit l'efficacité et la pérennité des actions. La situation institutionnelle a également affecté directement les performances d'éducation dans les écoles publiques.

La capacité limitée des partenaires a également affecté la qualité de la mise en œuvre et du suivi des composantes nutritionnelles. Aussi, la présence limitée des partenaires dans les régions prioritaires pour le traitement de la MAM a réduit la couverture de cette composante.

---

<sup>107</sup> D'après le BP, la prochaine phase de PMC prendra en compte le problème de moyens de transport dans l'approche communautaire. Aussi, l'appui à la SAS pourrait réduire de manière importante les difficultés liées aux distances des centres de santé et à l'adhésion des bénéficiaires.

### 3. Conclusions and Recommendations

#### 3.1 Evaluation générale

170. L'évaluation a pu confirmer la **pertinence** des objectifs et des activités mises en œuvre par l'IPSR 200526 dans le contexte particulier issu du coup d'état d'avril 2012. De manière générale, la Guinée Bissau souffre d'une insécurité alimentaire persistante, malgré un potentiel notamment agricole important, et la situation politique et institutionnelle a créé des facteurs d'aggravation qui justifiaient la mise en œuvre de cette opération.
171. L'alimentation scolaire, avec d'autres facteurs, a contribué de manière importante, à l'augmentation de l'accès à l'école au cours des dernières années. Toutefois, une proportion significative des enfants en âge scolaire n'avait toujours pas accès à l'école, et à peine la moitié des enfants scolarisés terminaient le cycle d'éducation de base. La situation institutionnelle, de même que des facteurs qui ont affecté les moyens d'existence des ménages justifiaient la mise en œuvre d'actions destinées à stabiliser les niveaux de scolarisation, et qui pouvaient soulager les moyens d'existence. La distribution de ration à emporter pour les filles dans les 4 derniers niveaux de l'éducation de base est également pertinente étant données les contraintes spécifiques des filles pour compléter leur éducation de base.
172. Les taux de malnutrition aigüe en Guinée Bissau ne justifient pas en théorie la mise en place d'un programme de traitement de la MAM, mais là encore, l'existence de facteurs d'aggravation pouvant provoquer une augmentation de la malnutrition justifie la mise en œuvre de cette composante. Le retour à l'ordre constitutionnel acté en juin 2014 devrait être suivi de la reprise de la coopération internationale et ouvrir de nouvelles perspectives d'amélioration de la situation socio-économique, même si des facteurs structurels de l'insécurité alimentaire persistent. De ce fait, la pertinence de cette composante telle qu'elle est conçue et mise en œuvre dans l'IPSR 200526 pourrait être remise en question.
173. Le programme pilote de prévention du retard de croissance et la composante d'aliments sur ordonnance sont pleinement justifiés par la forte prévalence de la malnutrition chronique, du VIH et de la tuberculose.
174. La composante de VCA/VCF est également pertinente, tant pour son objectif de transfert de rations alimentaires comme pour les activités envisagées, qui correspondent toutes à des besoins réels.
175. D'une manière générale, l'opération est cohérente tant avec les politiques internes du PAM, au niveau général (Plan Stratégique) et sectoriel, et avec les politiques sectorielles du gouvernement de Guinée Bissau. La situation institutionnelle a cependant contraint le PAM à mettre en œuvre l'opération de manière relativement isolée, alors que le Plan Stratégique stipule la création de partenariats renforcés avec les institutions nationales. Aussi, la recherche de synergies internes autour d'une approche communautaire proposée dans la stratégie régionale du PAM a été limitée.
176. Toutes les composantes de l'IPSR 200526 présentent les mêmes tendances **d'efficacité** en termes données disponibles quant aux bénéficiaires et aux vivres distribuées, à l'exception des actions VCA/VCF qui n'ont pas été mises en œuvre. Globalement, et pour chaque composante, les bénéficiaires ciblés ont été atteints

voir dépassés, mais les quantités de nourriture ont été inférieures, voir très inférieures aux prévisions.

177. Les cantines scolaires fonctionnent presque tous les jours d'ouverture des écoles, en dehors de la période de démarrage de l'année scolaire. Néanmoins, les repas servis sont faiblement diversifiés, du fait des ruptures de stocks et de l'absence presque totale de contribution des parents d'élèves. Les effectifs ciblés ont été atteints, mais une forte proportion d'élèves des écoles assistées ne termine toujours pas le cycle d'éducation de base. Les filles, confrontées à des contraintes supérieures, sont plus touchées que les garçons, malgré la distribution des rations à emporter. Les données disponibles en terme de fréquentation, de taux de passage, d'abandons et du ratio filles/garçons montrent une relative stabilité, voir une dégradation sensible par rapport aux années antérieures à l'ISPR. Si l'on prend en compte l'existence de certains facteurs externes très défavorables, on peut considérer que ces performances ont été satisfaisantes. Le principal **impact** de la composante d'alimentation scolaire a donc été de contribuer à prévenir une dégradation beaucoup plus importante de la scolarisation. Pour ce qui est du rôle de l'alimentation scolaire en terme de filet social de sécurité, l'évaluation n'a permis de confirmer un effet positif sur la consommation alimentaire que pour les élèves bénéficiaires des activités extrascolaires, mises en œuvre en période de soudure.
178. Les données quantitatives de la composante de traitement de la MAM montrent des résultats globalement satisfaisants, en termes de bénéficiaires et d'indicateurs de performance. Ces résultats contiennent néanmoins de fortes disparités entre catégories de bénéficiaires (enfants de 6 à 59 mois et FEA) et entre régions. Aussi et surtout, l'équipe d'évaluation a constaté de nombreux problèmes de qualité de mise en œuvre en termes de respect des protocoles, notamment pour les critères d'admission des bénéficiaires, et de suivi et reporting des activités et des résultats qui affectent de manière significative la fiabilité des données disponibles. Cela est dû principalement aux capacités limitées des partenaires de mise en œuvre de cette composante, à leur connaissance insuffisante des protocoles, et au suivi trop limité des activités par le PAM sur le terrain.
179. Les indicateurs d'effets de la composante de PMC n'ont pas encore été mesurés, et il est trop tôt pour juger des effets et de l'impact de cette mesure. La mise en œuvre de cette composante a été marquée par des changements importants par rapport à sa conception initiale, notamment en termes de ciblage géographique et de durée de l'assistance (3 mois au lieu de 12). L'intégration dans cette composante de la réponse d'urgence de supplémentation alimentaire ciblée suite à la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou en 2013 a modifié les objectifs initiaux (prévention d'une aggravation de la malnutrition aigüe au lieu d'effets durables en termes de prévention de la malnutrition chronique). La mise en œuvre de cette réponse a néanmoins permis de tirer des enseignements utiles pour la suite du programme, qui devrait se recentrer sur les régions ciblées initialement de manière pertinente au regard des objectifs fixés.
180. La composante d'aliments sur ordonnance présente des indicateurs de performance satisfaisants (taux de récupération et taux d'abandon) et conformes aux objectifs pour les malades de la tuberculose, mais pas pour les porteurs du VIH en 2013. Comme pour la composante de traitement de la MAM, le manque de fiabilité des données disponibles, dû à des déficiences importantes dans le système de suivi, ne permet pas de tirer des conclusions définitives. Les

entretiens menés avec le personnel des centres et les bénéficiaires montrent toutefois qu'au-delà de la récupération nutritionnelle, cette action a contribué à une meilleure adhésion des patients à leur traitement ART et DOTS.

181. La contribution de l'IPSR 200526 à l'égalité entre les genres et à l'autonomie des femmes se résume essentiellement à la promotion d'un accès égal entre filles et garçons à l'école. Néanmoins, malgré la distribution des rations à emporter, les filles restent moins nombreuses que les garçons à terminer leur éducation de base. Les autres mesures envisagées dans la conception du programme n'ont pas produit d'effet. Les femmes participent bien dans les comités de gestion des cantines scolaires, mais pas à des postes de leadership, et ces comités ne fonctionnent pratiquement pas. Les activités CVF spécifiquement dirigées vers les femmes n'ont pas encore démarré.
182. L'**efficience** de la mise en œuvre de l'IPSR 200526 a été affectée par les difficultés de mobilisation des ressources en 2013, qui a eu pour conséquences la distribution de quantités de nourritures globalement inférieures aux prévisions, le retard du lancement de la composante de PMC et la mise en œuvre d'aucune activité pour la composante VCA/VCF à ce jour. Par ailleurs, la capacité de suivi des actions sur le terrain par le PAM a été insuffisante, notamment pour les composantes nutritionnelles, et en particulier pour la composante pilote de PMC pour laquelle un suivi plus rapproché aurait été souhaitable.
183. Le contexte dans lequel s'inscrit l'IPSR 200526, et qui justifiait ses objectifs et sa mise en œuvre, ne permettait pas d'envisager la **pérennité** des actions développées, qui ne peut être envisagée que dans le cadre d'une approche de renforcement des capacités d'institutions partenaires appelées à assumer progressivement la responsabilité de la mise en œuvre et du suivi des actions.

### 3.2 Recommandations

1. **Renforcer les partenariats et les synergies avec les autres interventions (BP du PAM, court terme).** Le retour à l'ordre constitutionnel doit permettre de reprendre une approche basée sur les partenariats et le développement de synergies, dans le but de renforcer les effets et la pérennité des interventions.
  - 1.1 Alimentation scolaire : Le PAM devrait reprendre les partenariats pour la mise en œuvre du paquet minimum d'éducation et le développement d'une dynamique dans les écoles de sensibilisation et d'éducation sur des thèmes comme la santé, la nutrition, l'eau et l'assainissement (comme déjà prévu dans le MoU récemment passé entre le PAM et l'UNICEF), mais aussi avec d'autres institutions sur le thème de l'égalité entre genres (notamment pour promouvoir l'équité de l'accès à l'école pour les garçons et les filles en accompagnement des distributions de rations à emporter), comme stipulé dans la politique de genre du PAM.
  - 1.2 Alimentation scolaire et activités VCA : Le PAM devrait reprendre le partenariat avec la FAO ou avec des ONG pour relancer l'appui à la création de jardins potagers dans les écoles, qui présentent un fort potentiel de contribution aux objectifs de prévention de la malnutrition et de pérennité des cantines scolaires (stratégie d'achats locaux). Plus généralement, les activités VCA pourraient appuyer une participation accrue des communautés dans l'alimentation scolaire, et l'augmentation de la production locale pour

l'approvisionnement des cantines scolaires. Les aménagements de bas-fonds réalisés sous la modalité VCA devraient être réalisés dans le cadre d'une approche qui associe le PAM à des acteurs qui peuvent assurer un accompagnement plus approfondi et soutenu dans le temps, de manière à augmenter la pérennité de ces aménagements.

1.3 Prévention de la malnutrition chronique : Renforcer les synergies avec les approches de santé communautaire et les interventions de soins aux IYCF, la convergence et l'intégration avec la PCIMA pour permettre l'établissement d'un lien plus fort entre prévention et traitement (ex : screening MUAC et référence).

1.4 Aliments sur ordonnance : Le PAM devrait développer des partenariats avec d'autres agences des Nations Unies, des ONG et le réseau d'associations de PVVIH pour permettre aux personnes ayant amélioré leur statut nutritionnel de développer leurs moyens d'existence et/ou d'être intégrés dans des filets sociaux de sécurité pour prévenir une nouvelle dégradation de leur situation.

**2. Mettre en œuvre une approche participative communautaire qui renforce les synergies internes de l'opération (BP du PAM, moyen terme).** Le PAM devrait définir et mettre en œuvre une approche communautaire et participative, comme stipulée dans la stratégie régionale, qui renforce les synergies et l'intégration entre composantes et une meilleure appropriation des actions par les bénéficiaires. En particulier, les écoles constituent une plateforme offrant un fort potentiel de synergies, autour de laquelle, comme on l'a dit, une dynamique peut être engagée sur les questions nutritionnelles, de santé, ou de production agricole. Cette approche devrait également veiller à réactiver les comités de gestion des cantines scolaires au travers de sensibilisations, formations et d'un suivi accru, afin que ces comités jouent pleinement leur rôle de suivi du fonctionnement des cantines.

**3. Elaborer une stratégie de transition vers un programme national d'alimentation scolaire, et réactiver la mise en œuvre de l'approche SABER initiée avant le coût d'état (BP du PAM, MEN, moyen terme).** Bien qu'un transfert de la programmation de l'alimentation scolaire ne puisse être envisagé qu'à long terme, il n'en est pas moins nécessaire d'élaborer une stratégie précise qui définisse des étapes et des résultats concrets. Le programme d'achats locaux fait partie de cet objectif. L'approche initiée en dehors d'une stratégie d'achats locaux claire et basée sur l'appui à la production sur des champs collectifs doit être revue et des partenariats devraient être établis avec des organisations qui travaillent depuis longtemps sur l'appui à la production, transformation et commercialisation des productions alimentaires.

**4. Revoir l'approche d'assistance alimentaire pour le traitement de la MAM (BP du MAM, moyen terme).** Si la perspective d'amélioration de la situation politique et de certains facteurs d'aggravation de la situation de sécurité alimentaire se confirme, et compte tenu de la prévalence relativement faible de la MAG, le BP du PAM devrait revoir son approche basée sur l'assistance alimentaire dirigée sur le traitement de la MAM pour adopter une approche de prévention de la malnutrition chronique, comme stipulé dans la politique de nutrition. La mise en œuvre de la composante de PMC dans les régions de plus forte prévalence de MAG est un premier pas dans ce sens. De plus, la stratégie de PMC aurait également un effet positif sur la prévention de la malnutrition aiguë.

- Court terme : en lien avec la promotion d'une approche plus intégrée, le PAM devrait participer et promouvoir l'étude KAP (qui intégrera une analyse des causes profondes de la malnutrition) que l'UNICEF prévoit de réaliser à la fin de l'année dans les régions les plus touchées par la malnutrition. Le BP devrait promouvoir et/ou organiser, en collaboration avec l'UNICEF, le MdS et les autres parties prenantes, un atelier de réflexion sur les résultats de l'étude et les différents domaines d'intervention prioritaires liés aux causes sous-jacentes de la malnutrition, avec pour objectif de promouvoir les interventions intégrées qui abordent les différentes causes. Un effort collectif qui associe les parties prenantes impliquées dans ces domaines est nécessaire dans toutes les phases du cycle des interventions : formulation, mise en œuvre, suivi et évaluation.
- Moyen terme : en fonction des résultats de l'atelier, le BP devrait adapter sa stratégie de PMC afin qu'elle s'intègre dans les orientations proposées par les parties prenantes.
- Court terme : Le BP du PAM devrait renforcer l'approche sur la sensibilisation et l'éducation dans toutes les composantes de l'opération
- Moyen terme : Si l'on prend en compte que le manque de disponibilité et/ou d'accès à l'alimentation ne semble pas être l'un des facteurs principaux qui affectent le statut nutritionnel, d'autres interventions, comme l'appui à la production et la promotion des aliments riches en nutriments produits localement, devraient être envisagées.

**5. Poursuivre les efforts initiés pour améliorer la qualité de la mise en œuvre et du suivi des composantes nutritionnelles (BP du PAM, court terme).** Le PAM devrait prendre des mesures à très court terme pour améliorer la mise en œuvre, le suivi et le contrôle de qualité des activités réalisées (cette recommandation est valable pour toutes les composantes nutritionnelles de l'opération, y compris le traitement de la MAM, étant donné que le changement d'approche proposé dans la recommandation 4 n'est envisagé qu'à moyen terme, si l'évolution favorable du contexte se confirme):

- Définir des outils d'enregistrement et de reporting adaptés aux spécificités de chaque composante (composantes traitement de la MAM et PMC);
- Produire et diffuser auprès des partenaires des manuels et des guides (y compris un questionnaire facile à l'usage pour l'identification des familles vulnérables ayant un patient sous traitement ART/DOts) qui facilitent le respect des protocoles et le reporting ;
- Renforcer les capacités des partenaires au travers de formations;
- Renforcer les capacités du BP, techniques et en termes de suivi sur le terrain;
- Rechercher des sources de financement alternatives au Fonds Mondial, qui absorbe un volume de travail trop important du personnel du BP.

**6. Redéfinir l'approche de la composante pilote de PMC conjointement avec les parties prenantes (BP, BR, Siège du PAM, partenaires de la composante, court terme).** Le PAM devrait définir une approche réaliste qui permette la prise en compte et la valorisation des leçons apprises (en particulier les facteurs favorables et défavorables identifiés) :

- Organiser une concertation avec l'ensemble des parties prenantes (DNN, PFRN, UNICEF, ONG qui travaillent avec les ACS) pour discuter des leçons apprises de la première phase de mise en œuvre, promouvoir la participation des

institutions partenaires et concevoir l'intervention et la programmation des activités conjointement depuis le démarrage (BP du PAM, partenaires)

- La conception de la composante devrait (1) créer des synergies autant que possible avec les interventions de santé communautaire et d'IYCF, (2) assurer la convergence et l'intégration avec la PCIMA (ex : assurer que le dépistage avec MUAC et la référence dans les centres de traitement fassent partie des activités), (3) prendre en compte les coûts d'opportunité des accompagnants et les autres facteurs locaux (ex : envisager les possibilités de transfert entre centres, notamment pendant la saison de pic), et (4) adopter une approche de renforcement des capacités du MdS au niveau central et régional (transport, ressources humaines, formation, suivi) (BP du PAM, partenaires, organisations impliquées dans les interventions de santé communautaires et d'IYCF).
- Avant le démarrage des activités, le PAM devrait élaborer les protocoles, les outils d'enregistrement et de reporting, des manuels de mise en œuvre faciles à utiliser, et des procédures d'appui flexibles adaptées aux capacités variables du personnel. Le PAM devrait coordonner avec l'UNICEF pour la fourniture de matériels d'Information-Education-Communication sur l'IYCF et les pratiques de soins jusqu'à ce qu'une stratégie plus intégrée de promotion des changements des comportements soit adoptée (BP du PAM, UNICEF)
- Cibler un nombre de zones sanitaires réduites dans chaque région, puis étendre graduellement à toute la région, pour permettre un suivi rapproché au démarrage. Sélectionner des zones sanitaires qui ont démontré un fort niveau d'engagement et des bonnes performances au cours de la première phase, et dans lesquelles des ONG qui viennent en appui aux ACS interviennent. Les ressources disponibles et les difficultés spécifiques à chaque zone sanitaire (en termes de personnel de santé, de charge de travail, de réseau d'ASC, de fonctionnement et de calendrier de la Stratégie Avancée de Santé, de moyens de transport et de capacités de stockage, de participation communautaire) devraient être analysées par le PAM et ses partenaires locaux pour définir l'approche de mise en œuvre la mieux adaptée à chaque zone (BP du PAM, partenaires).
- Une intervention ponctuelle de 3 mois ne peut pas générer d'impact en terme de prévalence du retard de croissance. Dans l'idéal, le complément alimentaire devrait être fourni aux enfants de 6 à 23 mois mensuellement et jusqu'à l'âge de 2 ans<sup>108</sup>. Par conséquent l'intervention devrait avoir une durée minimale de 2 ans (temps estimé pour obtenir une couverture acceptable et terminer le cycle de tous les bénéficiaires obtenus pendant les premiers 6 mois) pour pouvoir générer un impact au niveau de la population (BP du PAM).
- Le siège et le BR du PAM devraient définir une série d'indicateurs plus complète dans le SFR, qui permette une meilleure analyse des performances et la convergence avec la PCIMA (BR et siège du PAM). En lien avec le besoin de capitaliser sur les meilleures pratiques et de mesurer l'impact de cette composante, l'intervention pilote devrait inclure des travaux de recherche : le PAM devrait envisager de réaliser des études de base au niveau communautaire qui comparent les communautés bénéficiaires et non bénéficiaires (BP du PAM, partenaires).

---

<sup>108</sup> Les guides techniques du PAM recommandent un minimum de 6 mois de supplémentation sur une période d'un an..

**7. Améliorer le suivi de la composante d'alimentation scolaire (BP du PAM, court terme):** Le PAM devrait compléter le système de suivi de cette composante pour permettre une meilleure analyse de ses résultats et effets :

- Suivre et analyser la composition et la valeur nutritionnelle des rations distribuées dans les écoles ;
- Suivre un échantillon d'écoles non bénéficiaires de l'alimentation scolaire (du PAM et de IPHD) pour mieux mesurer les effets de l'alimentation scolaire ;
- Modifier le mode de calcul du taux de fréquentation en intégrant les élèves ayant abandonné l'école.

**8. Poursuivre les activités extra scolaires en période de soudure (BP du PAM; moyen terme):** La correspondance de la période de soudure avec les vacances scolaires limite le rôle de filet social de l'alimentation scolaire. Les activités extra scolaires non prévues dans la conception de l'opération permettent d'améliorer la consommation alimentaire des bénéficiaires pendant cette période. Elles devraient être mises en œuvre chaque année dans les zones les plus vulnérables.



## Annexe 1 : Mandat de l'évaluation

# EVALUATION QUALITY ASSURANCE SYSTEM

Office Of Evaluation

*Measuring Results, Sharing Lessons*

[FINAL, MAY 08<sup>TH</sup> 2014]

### TERMS OF REFERENCE

## MID-TERM OPERATION EVALUATION: GUINEA BISSAU - PRRO 200526 NUTRITION AND LIVELIHOODS SUPPORT TO THE VULNERABLE POPULATION IN GUINEA BISSAU

### TABLE OF CONTENTS

<b>4. Introduction.....</b>	<b>50</b>
<b>5. Reasons for the Evaluation.....</b>	<b>50</b>
1.1 2.1. Rationale .....	50
1.2 2.2. Objectives .....	50
1.3 2.3. Stakeholders and Users .....	51
<b>6. Subject of the Evaluation .....</b>	<b>52</b>
<b>7. Evaluation Approach.....</b>	<b>56</b>
1.4 4.1. Scope .....	56
1.5 4.2. Evaluation Questions .....	56
1.6 4.3 Evaluability Assessment.....	57
1.7 4.4. Methodology.....	57
1.8 4.5. Quality Assurance .....	58
<b>8. Phases and deliverables .....</b>	<b>58</b>
<b>9. Organization of the Evaluation .....</b>	<b>60</b>
6.1 Outsourced approach.....	60
6.2 Evaluation Management.....	60
6.3 Evaluation Conduct.....	60
<b>10. Roles and Responsibilities of WFP Stakeholders .....</b>	<b>61</b>
<b>11. Communication and budget.....</b>	<b>62</b>
8.1. Communication .....	62
8.2. Budget.....	63

## 1. Introduction

1. These Terms of Reference (TOR) are for the evaluation of the Protracted Relief and Recovery Operation (PRRO) 200526 “Nutrition and livelihoods support to the vulnerable population in Guinea Bissau”. This evaluation is commissioned by the WFP Office of Evaluation (OEV) and will take place from June to September 2014. In line with WFP’s outsourced approach for operations evaluations (OpEvs), the evaluation will be managed and conducted by an external evaluation company amongst those having a long-term agreement with WFP for operations evaluations.
2. These TOR were prepared by the OEV focal point based on an initial document review and consultation with stakeholders and following a standard template. The purpose of the TOR is twofold: 1) to provide key information to the company selected for the evaluation and to guide the company’s evaluation manager and team throughout the evaluation process; and 2) to provide key information to stakeholders about the proposed evaluation.
3. The TOR will be finalised based on comments received on the draft version and on the agreement reached with the selected company. The evaluation shall be conducted in conformity with the TOR.

## 2. Reasons for the Evaluation

### 1.1 2.1. Rationale

4. In the context of renewed corporate emphasis on providing evidence and accountability for results, WFP has committed to increase evaluation coverage of operations and mandated OEV to commission a series of Operations Evaluations (OpEvs) in 2013 -2015.
5. Operations to be evaluated are selected based on utility and risk criteria.<sup>109</sup> From a shortlist of operations meeting these criteria prepared by OEV, the Regional Bureau (RB) has selected, in consultation with the Country Office (CO) PRRO 200526 “Nutrition and livelihoods support to the vulnerable population in Guinea Bissau” for an independent evaluation. In particular, the evaluation has been timed to ensure that findings can feed into future decisions on programme design of a new Country Programme planned to start in January 2016.

### 1.2 2.2. Objectives

6. This evaluation serves the dual and mutually reinforcing objectives of accountability and learning:
  - **Accountability** – The evaluation will assess and report on the performance and results of the operation. A management response to the evaluation recommendations will be prepared.
  - **Learning** – The evaluation will determine the reasons why certain results occurred or not to draw lessons, derive good practices and pointers for learning. It will provide evidence-based findings to inform operational and strategic decision-making. Findings will be actively disseminated and lessons will be incorporated into relevant lesson sharing systems.

---

<sup>109</sup> The utility criteria looked both at the timeliness of the evaluation given the operation’s cycle and the coverage of recent/planned evaluations. The risk criteria was based on a classification and risk ranking of WFP COs taking into consideration a wide range of risk factors, including operational and external factors as well as COs’ internal control self-assessments.

### 1.3 2.3. Stakeholders and Users

7. **Stakeholders.** A number of stakeholders both inside and outside of WFP have interests in the results of the evaluation and many of these will be asked to play a role in the evaluation process. Table one below provides a preliminary stakeholders' analysis, which will be deepened by the evaluation team in the inception package.

**Table 1: Preliminary stakeholders' analysis**

<b>Stakeholders</b>	<b>Interest in the evaluation</b>
<b>INTERNAL STAKEHOLDERS</b>	
<b>Country Office (CO)</b>	Responsible for the country level planning and operations implementation, the CO is the primary stakeholder of this evaluation. It has a direct stake in the evaluation and an interest in learning from experience to inform decision-making. It is also called upon to account internally as well as to its beneficiaries, partners for the performance and results of its operation.
<b>Regional Bureau (RB) [Dakar]</b>	Responsible for both oversight of COs and technical guidance and support, the RB management has an interest in an independent account of the operational performance as well as in learning from the evaluation findings to apply this learning to other country offices.
<b>Office of Evaluation (OEV)</b>	OEV is responsible for commissioning OpEvs over 2013-2015. As these evaluations follow a new outsourced approach, OEV has a stake in ensuring that this approach is effective in delivering quality, useful and credible evaluations.
<b>WFP Executive Board (EB)</b>	The WFP governing body has an interest in being informed about the effectiveness of WFP operations. This evaluation will not be presented to the EB but its findings will feed into an annual synthesis of all OpEvs, which will be presented to the EB at its November session.
<b>EXTERNAL STAKEHOLDERS</b> (See Table 2 for list of external stakeholders)	
<b>Beneficiaries</b>	As the ultimate recipients of food assistance, beneficiaries have a stake in WFP determining whether its assistance is appropriate and effective. As such, the level of participation in the evaluation of women, men, boys and girls from different groups will be determined and their respective perspectives will be sought.
<b>Government</b>	A coup d'état in 2012 and political instability has led to severe disruption and suspension of United Nations development programmes with the exception of humanitarian interventions. There is an embargo by both the AU and the international community. The Transitional Government appointed by the military command is not yet recognized by the majority of the international community. The elections are planned to take place in April 2014, the results of the evaluation can interest the new elected government
<b>UN Country team</b>	The UNCT's harmonized action should contribute to the realisation of the government developmental objectives. It has therefore an interest in ensuring that WFP operation is effective in contributing to the UN concerted efforts. Various agencies are also direct partners of WFP at policy and activity level. However, in the context of Guinea Bissau this is not possible at the moment due to the above mentioned reasons. Despite this situation, UNCT has some joint programs on HIV, Nutrition and Health
<b>NGOs</b>	NGOs are WFP's partners for the implementation of some activities while at the same time having their own interventions. The results of the evaluation might affect future implementation modalities, strategic orientations and partnerships.

<b>Donors</b>	WFP operations are voluntarily funded by a number of donors. They have an interest in knowing whether their funds have been spent efficiently and if WFP's work has been effective and contributed to their own strategies and programmes.
---------------	--

8. **Users.** The primary users of this evaluation will be:

- The CO and its partners in decision-making related notably to feed into a budget revision to extend the programme with one more year.
- Given RB's core functions the RB is expected to use the evaluation findings to provide strategic guidance, programme support and oversight,
- OEV will use the evaluation findings to feed into an annual synthesis of all OpEvs and will reflect upon the evaluation process to refine its OpEv approach, as required.

### **3. Subject of the Evaluation**

9. Guinea-Bissau is one of the poorest countries in the world, and the prevalence of malnutrition and food insecurity is persistently high. Guinea-Bissau is classified as a low-income food-deficit country, a least developed country and a heavily indebted country. It ranks 176 out of 187 countries on the most recent Human Development Index. Out of a total population of 1.6 million, 69 percent live below the poverty line (US\$2 per day) and 33 percent are ranked below the extreme poverty line (US\$1 per day). The economic growth rate in 2012 was at -1 percent, in 2013 0.3 and is projected to be 3.5 in 2014. The prevalence of global acute malnutrition among children under five in 2011/10 was 6%, and it rose to 6.5% in 2012, with large disparities between regions: Bafata region (9.8%), Oio / Farim (8%) and 6.7% in SAB (Sector Autonome of Bissau) according to Nutrition survey SMART 2012. Although these rates are lower than the nutritional emergency threshold, the population is exposed to aggravating factors which could exacerbate the situation very quickly. The chronic malnutrition rate is 27.4%, and is close to the 30% threshold considered 'serious' in Oio Bafata and Gabu regions.
10. A coup d'état in 2012 and political instability has led to severe disruption and suspension of United Nations development programmes with the exception of humanitarian interventions. The Transitional government which came into power as a result of the 2012 coup d'état is not recognized by the majority of the international community and the United Nations have suspended all but humanitarian assistance to the country. Consequently, the United Nations country team has postponed the start of the new United Nations Development Framework (UNDAF) cycle from 2013 to 2016, with the expectation that constitutional order will be restored in the meantime. Hence, the start of the WFP Country Programme planned for January 2013 was also postponed until 2016.
11. To bridge this period, this PRRO was designed to maintain essential food security and nutrition activities. A rapid food security assessment in mid-2012 revealed worsening food security with households increasingly resorting to negative coping strategies, such as the reduction of the

number of meals, and sale of household assets. In line with WFP Strategic Objective 2 (Support or restore food security and nutrition and establish or rebuild livelihoods in fragile settings and following emergencies) the operation supports vulnerable groups and communities affected by the post-election crisis, with the aim to address malnutrition, strengthen human capital through education, and rebuild livelihoods. Nutrition activities aim at addressing the high prevalence of acute malnutrition among children 6-59 months and pregnant and lactating women, as well as tuberculosis and anti-retroviral therapy clients. WFP has also initiated a pilot project aimed at preventing chronic malnutrition among children 6-23 months. The operation enhances food access through food-for-assets activities and increase school enrolment through school feeding. In September 2013, a national food security assessment was conducted in Guinea-Bissau by WFP, FAO, Plan International and their government partners to evaluate the effects of a poor cashew nut marketing campaign and low market prices on household food security. The assessment confirmed concerns over the effects of decreased cashew nut prices on food security. The final report highlighted that the drop in cashew nut prices was one of the main shocks during the last six months for 74 percent of households; an increasing number of households spends over 75 percent of their budget on food, and only 7 percent of the population is food-secure.

12. The project document including the project logframe, related amendments (Budget revisions) and the latest resource situation are available by clicking [here](#).<sup>111</sup> The key characteristics of the operation are outlined in table two below:

**Table 2: Key characteristics of the operation**

<b>OPERATION</b>		
<b>Approval</b>	The operation was approved by the Executive Director May 31 <sup>st</sup> 2013.	
<b>Amendments</b>	There has been 1 budget revision to the initial project document to expand the geographical coverage of the nutrition components for treatment of moderate acute malnutrition and prevention of chronic malnutrition to cover needs of additional regions affected by food insecurity. Capacity augmentation was also included taking into account the contribution of SNLS/Global Fund /Government of Guinea Bissau. The LTSH was also increased due to difficulty of access to some of the regions. The project started in March 2013 and will end in January 2015.	
<b>Duration</b>	Initial: 13 months (March 2013 – January 2015)	Revised: N/A
<b>Planned beneficiaries</b>	<u>Initial:</u> 157,000	<u>Revised:</u> 211,559
<b>Planned food requirements</b>	<u>Initial:</u> In-kind food: 11,419 mt of food commodities Cash and vouchers: N/A	<u>Revised:</u> In-kind food: 11,673 mt of food commodities Cash and vouchers: N/A
<b>US\$ requirements</b>	<u>Initial:</u> US\$15.3 mill	<u>Revised:</u> US\$16.8 mill
<b>OBJECTIVES AND ACTIVITIES</b>		

<sup>111</sup> From WFP.org – Countries – Guinea Bissau – Operations.

	SO	Operation specific objectives	Activities
MDGs 1, 2, and 3	Strategic Objective 3 (Restore and rebuild lives and livelihoods in post-conflict, post-disaster or transition situations)	1. Enrolment of girls and boys in assisted schools stabilized at pre-crisis levels	- School Meals - Take home rations for girls
		2. Reduced acute malnutrition in children aged 6-59 months in targeted affected regions	- Treatment of moderate acute malnutrition (supplementary feeding)
		3. Reduced stunting in children 6-23 months in the regions of Cacheu, Gabu and Oio	- Prevention of chronic malnutrition
		4. Improved nutrition recovery of ART and TB treatment client	- Food by prescription for ART and TB clients
		5. Improved food security for TB/ART households	- Food assistance for TB/ART households
		6. Increased access to assets in fragile, transition situations for target communities	- Food For Assets - Food for Training

**PARTNERS**

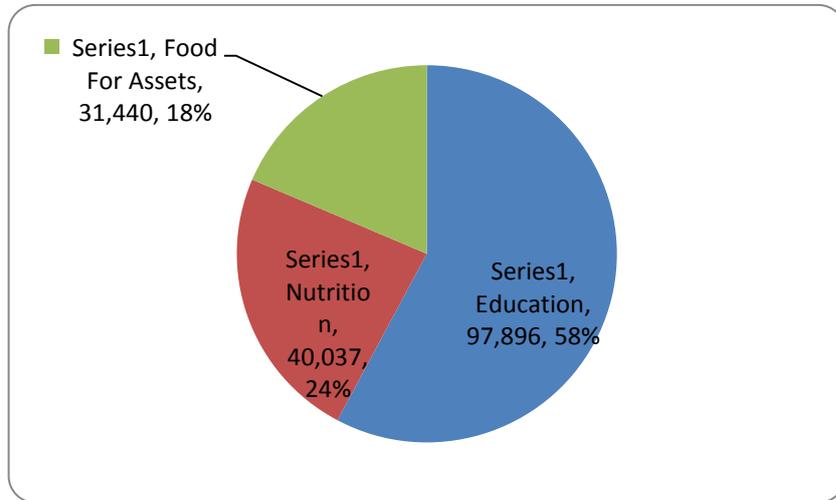
<b>Government</b>	Originally, the main line ministries for collaboration were Ministry of Education, Ministry of Agriculture, Ministry of Economy planning and Regional Integration and the Ministry of Health.
<b>United Nations</b>	FAO, UNICEF, WHO
<b>NGOs</b>	Caritas, Plan International, International Partnership for Human Development, Local NGO- Wluty, APALCOF, GUIARROZ, ADIC NAFAIA, APRODEL, AJAM, ATAP, ADS, Jovens com uma missão, Igreja Presbiteriana, Ceu & Terras; Missão Católica de Cumura, etc.

**RESOURCES (INPUTS)**

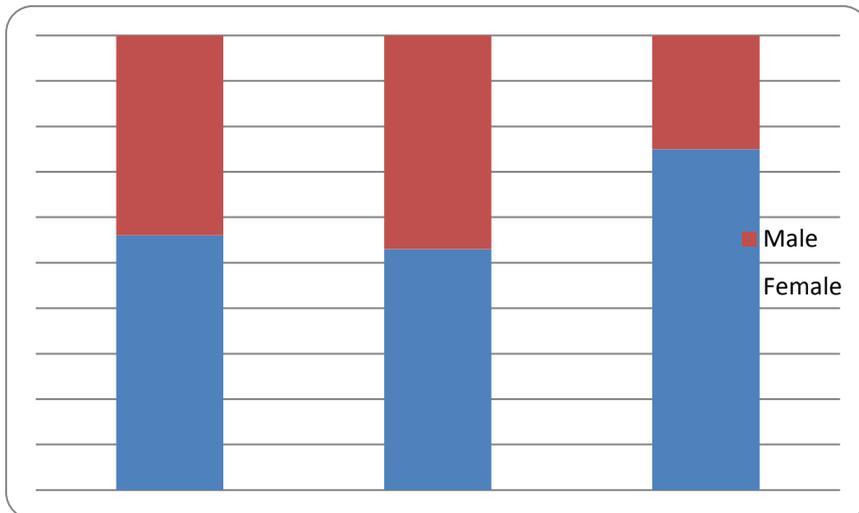
<b>Contribution received</b> <b>18.03.2014:</b> US\$14.8 mill 88.4% <b>against appeal</b>  <b>Top 5 donors:</b> Japan, WFP multilateral funds, UN CERF, Guinea Bissau, Australia	<p>Series1, Shortfall, 1953383, 12%</p> <p>Series1 Received, 1481546, 88%</p>	<p>Series1, UN CERF, 1,349,503, 10%</p> <p>Series1, AUSTRALIA, 447,227, 3%</p> <p>Series1, JAPAN, 3,480,486, 25%</p> <p>WFP MULTILAT FUNDS, 10%</p> <p>MISC. INCOME GUINEA BISSAU, 483,747, 3%</p> <p>EUR COMM., 49%</p>
	<b>% funded of total requirements</b>	<b>Top five donors</b>

**PLANNED OUTPUTS (at design)**

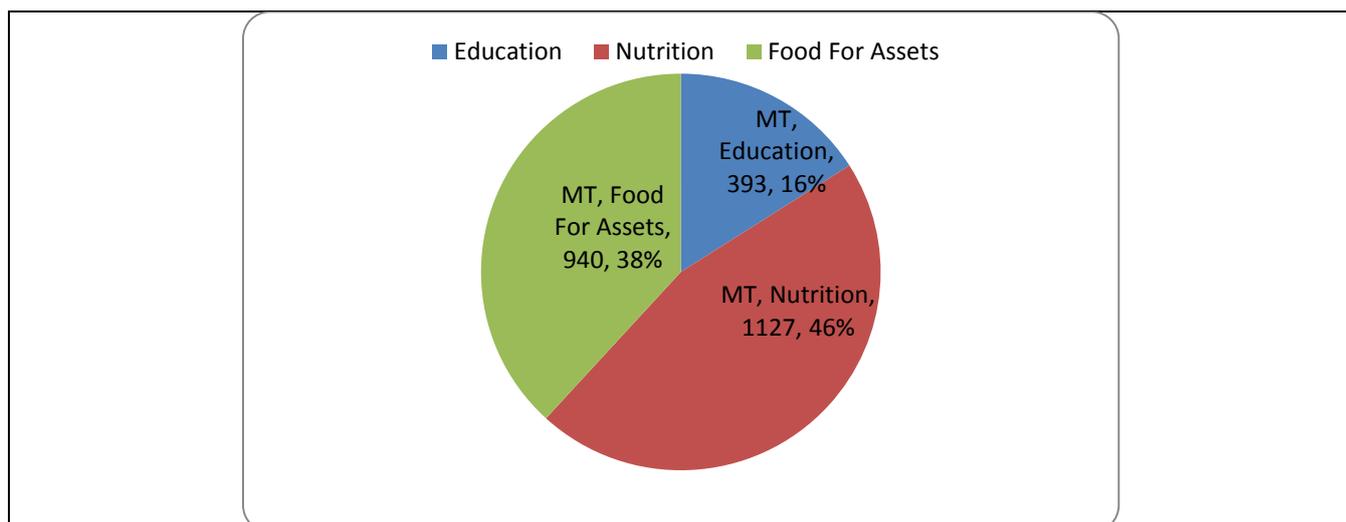
**Planned % of beneficiaries by activity/component**



**Planned % of women/girls versus men/boys by activity/component**



**Planned % of food requirements by activity/component**



## 4. Evaluation Approach

### 1.4 4.1. Scope

13. **Scope.** The evaluation will cover PRRO 200526 including all activities and processes related to its formulation, implementation, resourcing, monitoring, evaluation and reporting relevant to answer the evaluation questions. The period covered by this evaluation is Mid-2012-June 2014, which captures the time from the development of the operation until the start of the evaluation mission.

### 1.5 4.2. Evaluation Questions

14. The evaluation will address the following three questions:

**Question 1: How appropriate is the operation?** Areas for analysis will include the extent to which the objectives, targeting, choice of activities and of transfer modalities:

- Were appropriate at project design stage to the needs of the food insecure population including the distinct needs of women, men, boys and girls from different groups, as applicable, and remained so over time.
- Are coherent with civil society's interest, and seek complementarity with the interventions of relevant humanitarian and development partners as well as with other CO interventions in the country.
- Are coherent with the government priorities, strategy, programme and policies (nutrition, education food security) and other UN agencies' programmes.
- Were coherent at project design stage with WFP strategies, policies and normative guidance and remained so over time.

**Question 2: What are the results of the operation?** While ensuring that differences in benefits between women, men, boys and girls from different groups are considered, the evaluation will analyse:

- The level of attainment of the planned outputs (including the number of beneficiaries served disaggregated by women, girls, men and boys);
- The extent to which the outputs led to the realisation of the operation objectives as well as to unintended effects highlighting, as applicable, differences for different groups, including women, girls, men and boys;

- How different activities of the operation dovetail and are synergetic with other WFP operations and with what other actors are doing to contribute to the overriding WFP objective in the country; and
- The efficiency of the operation and the likelihood that the benefits will continue after the end of the operation.

**Question 3: Why and how has the operation produced the observed results?** The evaluation should generate insights into the main internal and external factors that caused the observed changes and affected how results were achieved. The inquiry is likely to focus, amongst others, on:

- Internally (factors within WFP's control): the processes, systems and tools in place to support the operation design, implementation, monitoring/evaluation and reporting; the governance structure and institutional arrangements (including issues related to staffing, capacity and technical backstopping from RB/HQ); the partnership and coordination arrangements; etc.
- Externally (factors outside WFP's control): the external operating environment; the funding climate; external incentives and pressures; etc.

### **1.6 4.3 Evaluability Assessment**

15. Evaluability is the extent to which an activity or a programme can be evaluated in a reliable and credible fashion. The below provides a preliminary evaluability assessment, which will be deepened by the evaluation team in the inception package. The team will notably critically assess data availability and take evaluability limitations into consideration in its choice of evaluation methods. In doing so, the team will also critically review the evaluability of the gender aspects of the operation, identify related challenges and mitigation measures.
16. In answering question one, the team will be able to rely on assessment reports, minutes from the project review committee, the project document and logframe, as well as documents related to interventions from other actors. In addition, the team will review relevant WFP strategies, policies and normative guidance.
17. For question two the operation has been designed in line with the corporate strategic results framework (SRF) and selected outputs, outcomes and targets are recorded in the logframe. Monitoring reports as well as annual standard project reports (SPRs) detail achievement of outputs and outcomes thus making them evaluable against the stated objectives.
18. However, answering question two is likely to pose some challenges owing in part to: i) the absence of baseline data for the activities, which will need to be reconstructed using findings from various assessment reports and ii) data gaps in relation to efficiency.
19. For question three, the team members will have access to some institutional planning documents and is likely to elicit further information from key informant interviews.

### **1.7 4.4. Methodology**

20. The methodology will be designed by the evaluation team during the inception phase. It should:
  - Employ relevant internationally agreed evaluation criteria including those of relevance, coherence (internal and external), coverage, efficiency, effectiveness, impact, sustainability (or connectedness for emergency operations);
  - Use applicable standards (e.g. SPHERE standards);
  - Demonstrate impartiality and lack of biases by relying on a cross-section of information sources (e.g. stakeholder groups, including beneficiaries, etc.) and using mixed methods (e.g. quantitative, qualitative, participatory) to ensure triangulation of information

through a variety of means. Participatory methods will be emphasised with the main stakeholders, including the CO. The selection of field visit sites will also need to demonstrate impartiality.

- Be geared towards addressing the key evaluation questions taking into account the evaluability challenges, the budget and timing constraints;
- Be based on an analysis of the logic model of the operation and on a thorough stakeholders analysis;
- Ensure through the use of mixed methods that women, girls, men and boys from different stakeholders groups participate and that their different voices are heard and used;
- Be synthesised in an evaluation matrix, which should be used as the key organizing tool for the evaluation.

### **1.8 4.5. Quality Assurance**

21. OEV's Evaluation Quality Assurance System (EQAS) defines the quality standards expected from this evaluation and sets out processes with in-built steps for quality assurance, templates for evaluation products and checklists for the review thereof. It is based on the UNEG norms and standards and good practice of the international evaluation community (DAC and ALNAP) and aims to ensure that the evaluation process and products conform to best practice and meet OEV's quality standards. EQAS does not interfere with the views and independence of the evaluation team.
22. At the start of the evaluation, OEV will orient the evaluation manager on EQAS and share related documents. EQAS should be systematically applied to this evaluation and the evaluation manager will be responsible to ensure that the evaluation progresses in line with its process steps and to conduct a rigorous quality control of the evaluation products ahead of their submission to WFP. OEV will also share an Orientation Guide on WFP and its operations, which provides an overview of the organization.

## **5. Phases and deliverables**

23. The evaluation will proceed through five phases. Annex two provides details of the activities and the related timeline of activities and deliverables.
24. **Preparation phase** (February-April): The OEV focal point will conduct background research and consultation to frame the evaluation; prepare the TOR; select the evaluation team and contract the company for the management and conduct of the evaluation.
25. **Inception phase** (April-May): This phase aims to prepare the evaluation team for the evaluation phase by ensuring that it has a good grasp of the expectations for the evaluation and a clear plan for conducting it. The inception phase will include a desk review of secondary data and initial interaction with the main stakeholders.

- **Deliverable: Inception Package.** The Inception Package details how the team intends to conduct the evaluation with an emphasis on methodological and planning aspects. The package will be approved by OEV and shared with the CO/RB for information. It will present an analysis of the context and of the operation, the evaluation methodology articulated around a deepened evaluability and stakeholders' analysis; an evaluation matrix; and the sampling technique and data collection tools. It will also present the division of tasks amongst team members as well as a detailed schedule for stakeholders' consultation.

26. **Evaluation phase** (May-June): The fieldwork will span over three weeks and will include visits to project sites and primary and secondary data collection from local stakeholders. Two debriefing sessions will be held upon completion of the field work. The first one will

involve the country office (relevant RB and HQ colleagues will be invited to participate through a teleconference) and the second one will be held with external stakeholders.

- **Deliverable: Aide memoire.** An aide memoire of preliminary findings and conclusions (powerpoint presentation) will be prepared to support the de-briefings. The debriefing where the aide memoire will be presented will be interpreted into Portuguese.

27. **Reporting phase** (June-August): The evaluation team will analyse the data collected during the desk review and the field work, conduct additional consultations with stakeholders, as required, and draft the evaluation report. It will be submitted to the evaluation manager for quality assurance. Stakeholders will be invited to provide comments, which will be recorded in a matrix by the evaluation manager and provided to the evaluation team for their consideration before report finalisation.

- **Deliverable: Evaluation report.** The evaluation report will present the findings, conclusions and recommendations of the evaluation in a concise report of 40 pages maximum. Findings should be evidence-based and relevant to the evaluation questions. Data will be disaggregated by sex and the evaluation findings and conclusions will highlight differences in performance and results of the operation for different beneficiary groups as appropriate. There should be a logical flow from findings to conclusions and from conclusions to recommendations. Recommendations will be limited in number, actionable and targeted to the relevant users. These will form the basis of the WFP management response to the evaluation. OEV will arrange the translation of the executive summary into Portuguese. The CO may, at its own expense, translate the full Evaluation Report.

28. **Follow-up and dissemination phase:** OEV will also subject the evaluation report to an external post-hoc quality review to report independently on the quality, credibility and utility of the evaluation in line with evaluation norms and standards. A feedback online survey on the evaluation will also be completed by all stakeholders. The RB will coordinate WFP’s management response to the evaluation.

**Notes on the deliverables:**

The inception package and evaluation reports shall be written in French or English (depending on the available consultants) and follow the EQAS templates.

The evaluation team is expected to produce written work that is of very high standard, evidence-based, and free of errors. The evaluation company is ultimately responsible for the timeliness and quality of the evaluation products. If the expected standards are not met, the evaluation company will, at its own expense, make the necessary amendments to bring the evaluation products to the required quality level.

The evaluation TOR, report and management response will be public and posted on the WFP External Website ([wfp.org/evaluation](http://wfp.org/evaluation)). The other evaluation products will be kept internal.

**Table 3: Key dates for field mission and deliverables**

Entity responsible	Phase	Activities	Key dates
EM	Inception	Final Inception Package	May 28 <sup>th</sup>
CO/ET	Evaluation	Evaluation field mission	June 9 <sup>nd</sup> -27 <sup>th</sup>
ET	Evaluation	Aide memoire	June 26 <sup>th</sup>

EM	Reporting	Draft Evaluation Report	July 25 <sup>th</sup>
EM	Reporting	Final Evaluation Report	August 29 <sup>d</sup>
CO/RB	Follow-up	Management Response	September 26 <sup>th</sup>

## 6. Organization of the Evaluation

### 6.1 Outsourced approach

29. Under the outsourced approach to OpEvs, the evaluation is commissioned by OEV but will be managed and conducted by an external evaluation company having a long-term agreement (LTA) with WFP for operations evaluation services.
30. The company will provide an evaluation manager (EM) and an independent evaluation team (ET) in line with the LTA. To ensure a rigorous review of evaluation deliverables, the evaluation manager should in no circumstances be part of the evaluation team.
31. The company, the EM and the ET members will not have been involved in the design, implementation or M&E of the operation nor have other conflicts of interest or bias on the subject. They will act impartially and respect the [code of conduct of the profession](#).
32. Given the evaluation learning objective, the evaluation manager and team will promote stakeholders' participation throughout the evaluation process. Yet, to safeguard the independence of the evaluation, WFP staff will not be part of the evaluation team or participate in meetings with external stakeholders if the evaluation team deems that their presence could bias the responses.

### 6.2 Evaluation Management

33. The evaluation will be managed by the company's EM for OpEvs (as per LTA). The EM will be responsible to manage within the given budget the evaluation process in line with EQAS and the expectations spelt out in these TOR and to deliver timely evaluation products meeting the OEV standards. In particular, the EM will:
  - Mobilise and hire the evaluation team and provide administrative backstopping (contracts, visas, travel arrangements, consultants' payments, invoices to WFP, etc).
  - Act as the main interlocutor between WFP stakeholders and the ET throughout the evaluation and generally facilitate communication and promote stakeholders' participation throughout the evaluation process.
  - Support the evaluation team by orienting members on WFP, EQAS and the evaluation requirements; providing them with relevant documentation and generally advising on all aspects of the evaluation to ensure that the evaluation team is able to conduct its work.
  - Ensure that the evaluation proceeds in line with EQAS, the norms and standards and code of conduct of the profession and that quality standards and deadlines are met.
  - Ensure that a rigorous and objective quality check of all evaluation products is conducted ahead of submission to WFP. This quality check will be documented and an assessment of the extent to which quality standards are met will be provided to WFP.
  - Provide feedback on the evaluation process as part of an evaluation feedback e-survey.

### 6.3 Evaluation Conduct

34. The ET will conduct the evaluation under the direction of the EM. The team will be hired by the company following agreement with OEV on its composition.
35. **Team composition.** The evaluation team is expected to include 2-3 members, including the team leader and evaluator(s). It should include women and men of mixed cultural backgrounds and nationals of Guinea Bissau. Past WFP experience would be an asset.

36. The estimated number of days is expected to be in the range of 45-50 for the team leader; 25-30 for the evaluators.
37. **Team competencies.** The team will be multi-disciplinary and include members who together include an appropriate balance of expertise and practical knowledge in the following areas (listed in order of priority):
  - Nutrition – especially focusing on treatment of moderate acute malnutrition
  - School Feeding
  - Food Security and Livelihoods – knowledge of the Food for Assets modality would be an asset
  - Gender expertise / good knowledge of gender issues
38. All team members should have strong analytical and communication skills; evaluation experience and familiarity with the country or region.
39. Fluency in English and/or French is required. Knowledge of Portuguese will be an advantage.
40. **The Team leader** will have technical expertise in one of the technical areas listed above as well as expertise in designing methodology and data collection tools and demonstrated experience in leading similar evaluations. She/he will also have leadership and communication skills, including a track record of excellent English or French writing and presentation skills.
41. Her/his primary responsibilities will be: i) defining the evaluation approach and methodology; ii) guiding and managing the team; iii) leading the evaluation mission and representing the evaluation team; iv) drafting and revising, as required, the inception package, aide memoire and evaluation report in line with EQAS; and v) provide feedback to OEV on the evaluation process as part of an evaluation feedback e-survey.
42. **The team members** will bring together a complementary combination of the technical expertise required and have a track record of written work on similar assignments.
43. Team members will: i) contribute to the methodology in their area of expertise based on a document review; ii) conduct field work; iii) participate in team meetings and meetings with stakeholders; iv) contribute to the drafting and revision of the evaluation products in their technical area(s); and v) provide feedback on the evaluation process as part of an evaluation feedback e-survey.

## **7. Roles and Responsibilities of WFP Stakeholders**

44. **The Country Office.** The CO management will be responsible to:
  - Assign a focal point for the evaluation, Ussama Osman, Country Director, will be the CO focal point for this evaluation. The Deputy Country Director, Fatimata Sow-Sidibe, will be alternate focal point.
  - Provide the evaluation manager and team with documentation and information necessary to the evaluation; facilitate the team's contacts with local stakeholders; set up meetings, field visits; provide logistic support during the fieldwork; and arrange for interpretation, if required.
  - Participate in discussions with the evaluation team on the evaluation design and on the operation, its performance and results and in various teleconferences with the evaluation manager and team on the evaluation products.
  - Organise and participate in two separate debriefings, one internal and one with external stakeholders.
  - Comment on the TORs and the evaluation report and prepare a management response to the evaluation.

- Provide feedback to OEV on the evaluation process as part of an evaluation feedback e-survey.
45. **The Regional Bureau.** The RB management will be responsible to:
- Assign a focal point for the evaluation. Aboubacar Koisha, Regional M&E Advisor, will be the RB focal point for this evaluation.
  - Participate in discussions with the evaluation team on the evaluation design and on the operation, its performance and results. In particular, the RB should participate in the evaluation debriefing and in various teleconferences with the evaluation manager and team, as required.
  - Provide comments on the TORs and the evaluation report.
  - Coordinate the management response to the evaluation and track the implementation of the recommendations.
  - Provide feedback to OEV on the evaluation process as part of an evaluation feedback e-survey.
46. **Headquarters.** Some HQ divisions might, as relevant, be asked to discuss WFP strategies, policies or systems in their area of responsibility and to comment on the evaluation TOR and report.
47. **The Office of Evaluation.** OEV is responsible for commissioning the evaluation and Anette Wilhelmsen, Evaluation Officer, is the OEV focal point. OEV's responsibilities include to:
- Set up the evaluation including drafting the TOR in consultation with concerned stakeholders; select and contract the external evaluation company; and facilitate the initial communications between the WFP stakeholders and the external evaluation company.
  - Enable the company to deliver a quality process and report by providing them with the EQAS documents including process guidance, content guides and templates as well as orient the evaluation manager on WFP policies, strategies, processes and systems as required.
  - Comment on the evaluation report and submit the final evaluation report to an external post-hoc quality review process to independently report on the quality, credibility and utility of the evaluation and provide feedback to the evaluation company accordingly.
  - Publish the final evaluation report on the WFP public website and incorporate findings into an annual synthesis report, which will be presented to WFP's Executive Board for consideration.
  - Conduct an evaluation feedback e-survey to gather perceptions about the evaluation process and the quality of the report to be used to revise the approach, as required.

## **8. Communication and budget**

### **8.1. Communication**

48. Issues related to language of the evaluation are noted in sections 6.3 and 5, which also specifies which evaluation products will be made public and how and provides the schedule of debriefing with key stakeholders. Section 7, paragraph 47, describes how findings will be disseminated.
49. To enhance the learning from this evaluation, the evaluation manager and team will also emphasize transparent and open communication with WFP stakeholders. Regular teleconferences and one-on-one telephone conversations between the evaluation manager, team and country office focal point will assist in discussing any arising issues and ensuring a participatory process.

## **8.2. Budget**

50. **Funding source:** The evaluation will be funded in line with the WFP special funding mechanism for Operations Evaluations (Executive Director memo dated October 2012). The cost to be borne by the CO will be established by the WFP Budget & Programming Division (RMB).
51. **Budget:** The budget will be prepared by the company (using the rates established in the LTA and the corresponding template) and approved by OEV. For the purpose of this evaluation the company will:
- Use the management fee corresponding to a small operation.
  - Take into account the planned number of days per function noted in section 6.3.
  - Budget for domestic travel.

## Annexe 2: Matrice d'évaluation

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
<b>Question clé 1: Quelle est la pertinence de l'opération?</b>					
A. L'intervention est-elle pertinente au regard des besoins de la population en situation d'insécurité alimentaire, y compris des besoins spécifiques des femmes, hommes, filles et garçons	<p><b>A1 : Pertinence des objectifs du programme au regard du contexte et des besoins identifiés, et de l'évolution des besoins au cours de la mise en œuvre du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus et qualité de l'évaluation initiale des besoins nutritionnels, de sécurité alimentaire et d'éducation</li> <li>- Processus et qualité de la réévaluation continue des besoins pendant la mise en œuvre du programme</li> <li>- Situation alimentaire, nutritionnelle et d'éducation lors de l'identification du programme (consommation alimentaire, stratégies de survie, moyens d'existence, MAG, MAM, malnutrition chronique, effectifs et assiduité scolaire,...) ; situation et besoins spécifiques des femmes, hommes, filles et garçons</li> <li>- Mesure dans laquelle les objectifs du programme constituent une réponse appropriée aux besoins identifiés</li> </ul> <p><b>A2 : Pertinence des activités et modalités de transfert proposées et mises en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité et pertinence de la logique d'intervention, et des activités proposées pour atteindre les objectifs</li> <li>- Pertinence des approches proposées pour le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel du PAM ayant participé à l'identification du programme</li> <li>- Personnel des institutions gouvernementales concernées (au niveau national et régional), de la FAO, de l'UNICEF, des partenaires et autres personnes ressources</li> <li>- Personnel des centres de santé et des écoles</li> <li>- Bénéficiaires</li> <li>- Document de formulation du programme</li> <li>- Rapports d'étude sur la situation alimentaire, nutritionnelle et d'éducation<sup>112</sup></li> <li>- Notes de synthèse du système de suivi de la sécurité alimentaire</li> <li>- Autre documentation pertinente</li> <li>- Personnel des parties prenantes (PAM, institutions gouvernementales concernées au niveau national et régional, centres de santé, écoles, parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Restitution des résultats préliminaires</li> <li>- Etude bibliographique</li> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Restitution des résultats préliminaires</li> <li>- Etude</li> </ul>	<p>Triangulation des preuves à partir des sources d'information mentionnées</p> <p>Validation des résultats préliminaires lors des restitutions</p>	<p>Incertitude sur la disponibilité du personnel des structures gouvernementales</p> <p>Pas de documents techniques de conception des activités disponibles à ce stade</p> <p>Pas de document technique</p>

<sup>112</sup> CSFVA (PAM, mars 2011), Rapid Food Security Assessment (PAM, juin 2012, juin 2013), Enquête de vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH sous TARV et des tuberculeux sous DOTS (PAM, septembre 2011), Enquête Approfondie sur la Sécurité Alimentaire en Milieu Rural (PAM, mars 2011), Enquête à Indicateurs Multiples (MICS, 2010), Etude d'Impact de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou sur la sécurité alimentaire des ménages (FAO, PAM, Plan, décembre 2013), Deuxième enquête nationale SMART (UNICEF, décembre 2012), et autres documents pertinents.

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
	<p>de la MAM et de la malnutrition chez les patients ART et TB, la prévention de la malnutrition chronique, l'alimentation scolaire et l'appui aux moyens d'existence. Existence d'alternatives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adéquation des rations alimentaires proposées au regard des besoins, des habitudes alimentaires et des résultats attendus</li> <li>- Pertinences des activités communautaires et de formation proposées pour les modalités FFA et FFT</li> <li>- Niveau de participation des parties prenantes (y compris les bénéficiaires) dans la définitions des activités, des modalités et de la composition des rations</li> <li>- Niveau de satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis des actions mises en œuvre</li> </ul> <p><b>A3 : Pertinence du ciblage des bénéficiaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertinence du ciblage géographique au regard de la répartition géographique des besoins</li> <li>- Pertinence des critères de sélection des écoles, individus et ménages bénéficiaires</li> <li>- Qualité du processus de sélection des bénéficiaires</li> <li>- Niveau de participation des parties prenantes (y compris les bénéficiaires) dans la définition des critères et le processus de sélection des bénéficiaires</li> </ul>	<p>d'élèves, bénéficiaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres personnes ressources</li> <li>- Document de formulation du programme</li> <li>- Rapports d'étude sur la situation alimentaire, nutritionnelle et d'éducation</li> <li>- Documents techniques de conception, planification et mise en œuvre des activités</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel des parties prenantes (PAM, institutions gouvernementales concernées au niveau national et régional, partenaires, bénéficiaires – femmes, hommes, enfants)</li> <li>- Non bénéficiaires et leaders communautaires</li> <li>- Autres personnes ressources</li> <li>- Document de formulation du programme</li> <li>- Rapports d'étude sur la situation alimentaire, nutritionnelle et d'éducation</li> <li>- Documents de conception de l'approche de ciblage du programme</li> </ul>	bibliographique		e sur l'approche de ciblage à ce stade
B. L'intervention est elle cohérente avec les intérêts et les programmes de la société civile, et avec la trajectoire, la stratégie, et les programmes du PAM	<p><b>B1 : Cohérence avec les intérêts et programmes de la société civile</b></p> <p><b>B2 : Cohérence du programme comme action de transition du PAM correspondant à la période d'interruption de la légalité constitutionnelle dans le pays</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel des partenaires de mise en œuvre</li> <li>- Personnes ressources de la société civile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Etude bibliographique</li> </ul>	Triangulation des preuves à partir des sources d'information mentionnées	OK

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
en Guinée Bissau qui l'ont précédé et qui sont en préparation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohérence entre les objectifs, activités du programme et les objectifs, activités et modalités des programmes passés et en préparation pour l'avenir</li> <li>- Cohérence de l'intervention avec la stratégie du PAM en Guinée Bissau</li> <li>- Complémentarité et cohérence de l'intervention avec l'IR-EMOP mise en œuvre en 2013, en termes d'objectifs, d'activités, d'approche et de couverture géographique et des bénéficiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentant et chef de programme du PAM</li> <li>- Document de stratégie du PAM en Guinée Bissau</li> <li>- Documents de projets passés et futurs (formulation, rapports, rapports d'évaluation,...)</li> <li>- Documents de projet de l'IR-EMOP 2013</li> </ul>			
C. L'intervention est-elle cohérente avec les politiques, stratégies et programmes du gouvernement dans les secteurs d'intervention	<p><b>C1. Cohérence du programme avec les politiques, stratégies et programmes du gouvernement en matière de prévention et traitement de la malnutrition, prise en charge des porteurs du VIH/SIDA et de la tuberculose, d'éducation et de sécurité alimentaire et développement rural, en termes de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objectifs,</li> <li>- approches</li> <li>- priorités (y compris géographique et en termes de ciblage) du programme avec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnels des directions techniques de la santé/nutrition, de l'éducation, de la sécurité alimentaire et du développement rural</li> <li>- Documents de politiques, stratégies et programmes nationaux</li> <li>- Document de programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Etude bibliographique</li> </ul>	Comparaison entre les objectifs, activités, standards et approches du programme avec ceux inscrits dans les politiques, stratégies et programmes nationaux	Incertitude sur la disponibilité de la structure des données
D. L'intervention est-elle cohérente avec les stratégies, politiques et produits normatifs globaux du PAM	<p><b>D1 : Cohérence de l'intervention avec les plans stratégiques du PAM correspondant à la période conception et de mise en œuvre (2008-2013, 2014-2017), en termes de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- objectifs</li> <li>- activités</li> <li>- indicateurs</li> <li>- modalités...</li> </ul> <p><b>D2 : Cohérence de l'intervention avec la stratégie régionale du PAM</b></p> <p><b>D3 : Cohérence de l'intervention avec les orientations et directives incluses dans les</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentant du PAM</li> <li>- Plans stratégiques du PAM 2008-2013 et 2014-2015</li> <li>- Stratégie régionale du PAM en Afrique de l'Ouest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Etude bibliographique</li> </ul>	Comparaison entre les objectifs, activités, approches et modalités du programme avec les objectifs et directives techniques des documents de référence du PAM	OK

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
	<p><b>politiques du PAM en matière de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nutrition</li> <li>- sécurité alimentaire et moyens d'existence</li> <li>- alimentation scolaire</li> <li>- genre</li> <li>- VIH/SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel technique et responsable du programme</li> <li>- Documents de politiques sectorielles du PAM<sup>113</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Etude bibliographique</li> </ul>		
<b>Question clé 2: Quels sont les résultats de l'opération?</b>					
E. Quel est le niveau d'atteinte des résultats attendus (y compris vis-à-vis des prévisions annuelles et du ciblage géographique)	<p><b>E1 : Alimentation scolaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de garçons et de filles ayant reçu des repas scolaires par sexe et groupe d'âge</li> <li>- Tonnes de nourriture distribuée, par type</li> <li>- Quantité d'alimentation fortifiée, d'alimentation complémentaire et de produits nutritionnels spéciaux distribués, par type</li> <li>- Nombre d'écoles assistées</li> <li>- Nombre de filles ayant reçus des rations à emporter</li> <li>- Quantité de nourriture distribuée sous forme de rations à emporter</li> </ul> <p><b>E2 : Traitement de la MAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'hommes, de femmes, de garçons et de filles ayant reçu de la nourriture, par sexe et groupe d'âge</li> <li>- Quantité de nourriture distribuée, par type</li> <li>- Quantité de biens non alimentaires distribués, par type</li> <li>- Nombre de centres de santé assistés</li> </ul> <p><b>E3 : Prévention de la malnutrition chronique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de femmes, garçons et filles ayant reçu de la nourriture, par sexe et groupe d'âge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecoles</li> <li>- Centres de santé</li> <li>- Communautés bénéficiaires</li> <li>- Personnel des écoles</li> <li>- Elèves</li> <li>- Parents d'élèves</li> <li>- Personnel des centres de santé</li> <li>- Bénéficiaires des activités nutritionnelles</li> <li>- Communautés planifiées pour les activités de FFA et FFT</li> <li>- Partenaires</li> <li>- Rapports standards de projet</li> <li>- Rapports mensuels de distribution</li> <li>- Rapports d'activité des partenaires de mise en œuvre</li> <li>- Rapports M&amp;E du PAM</li> <li>- Enquêtes SMART</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens individuels (partenaires, personnel des écoles et centre de santé)</li> <li>- Entretiens semi-structurés de focus groupes (élèves, hommes, femmes)</li> <li>- Etude bibliographique</li> <li>- Observation directe</li> <li>- Restitution des résultats préliminaires</li> </ul>	<p>Comparaison entre les résultats planifiés et enregistrés sous formes de graphes et de tableaux</p> <p>Triangulation avec les observations sur le terrain</p> <p>Validation lors de la restitution</p>	<p>Pas d'information détaillées disponibles à ce stade sur les centres et bénéficiaires touchés par région et centre pour les activités nutritionnelles en 2013</p>

<sup>113</sup> Politique de Nutrition (2012), Politique d'Alimentation Scolaire (2012), Politique de Genre (2009) et Actualisation (Plan d'Action Corporatif – 2012), Politique de HIV/SIDA (2010)

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantité de nourriture distribuées, par type</li> <li>- Quantité de biens non alimentaires distribués, par type</li> <li>- Nombre de communautés assistées</li> </ul> <p><b>E4 : Récupération nutritionnelle chez les patients sous traitement ART et TB :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'hommes, de femmes, de garçons et de filles ayant reçu de la nourriture, par sexe et groupe d'âge</li> <li>- Quantité de nourriture distribuée, par type</li> <li>- Quantité de biens non alimentaires distribués, par type</li> <li>- Nombre de centres TB assistés</li> <li>- Nombre de centres ART assistés</li> </ul> <p><b>E5 : Sécurité alimentaire et moyens d'existence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'actifs construits, réhabilités ou entretenus par ménages et communautés ciblées, par type et unité de mesure</li> </ul>				
F. Dans quelle mesure les résultats obtenus ont contribué à l'atteinte des objectifs fixés et/ou ont entraîné des effets positifs, négatifs souhaités ou non souhaités	<p><b>F1 : Mesure des effets attendus : éducation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de rétention filles et garçons</li> <li>- Effectifs filles et garçons</li> <li>- Ratio filles/garçons</li> <li>- Taux de passage au niveau supérieur pour les garçons et les filles</li> <li>- Taux d'abandon scolaire</li> <li>- Nombre moyen de jour/mois pour lesquels des rations fortifiées ou contenant au moins 4 groupes alimentaires sont distribués</li> </ul> <p><b>F2 : Mesure des effets : traitement de la MAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois</li> <li>- Taux de récupération chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes prises en charge</li> <li>- Taux d'abandon chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes prises en charge</li> <li>- Taux de non réponse chez les enfants de 6 à 59 mois et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports standards de projet</li> <li>- Rapports des partenaires</li> <li>- Rapports post distribution monitoring</li> <li>- Bases de données du système M&amp;E</li> </ul> <p>- Idem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude bibliographique</li> </ul> <p>- Idem</p>	<p>Comparaison entre les cibles et les valeurs obtenues</p> <p>Idem</p>	<p>Pas d'information détaillées sur les effets des programmes nutritionnels par région et centre à ce stade</p>

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
	<ul style="list-style-type: none"> <li>chez les femmes prises en charge</li> <li>- Taux de mortalité chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes</li> <li>- Proportion de la population cible qui participe à un nombre adéquat de distributions</li> <li>- Proportion de la population éligible qui est couverte par le programme</li> <li>- Proportion d'enfants qui consomment un régime acceptable minimum</li> </ul> <p><b>F3 : Mesure des effets : prévention de la malnutrition chronique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence du retard de croissance chez les enfants de 6 à 23 mois</li> <li>- Taux d'abandon chez les enfants de 6 à 23 mois</li> </ul> <p><b>F4 : Mesure des effets : Traitement de la malnutrition chez les patients ART et TB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de récupération nutritionnelle chez les patients ART</li> <li>- Taux de récupération nutritionnelle chez les patients TB</li> <li>- Taux d'abandon chez les patients ART</li> <li>- Taux d'abandon les patients TB</li> </ul> <p><b>F5 : Mesure des effets : Sécurité alimentaire et moyens d'existence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Score de capital communautaire</li> <li>- Pourcentage de participants au FFT qui mettent en œuvre les enseignements appris</li> </ul> <p><b>F6 : Aspects transversaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion de femmes, hommes, garçons et filles qui prennent des décisions quant à l'utilisation de la nourriture à l'intérieur du ménage</li> <li>- Proportion de femmes bénéficiaires occupant des positions de leadership dans les comités de gestion du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Idem</li> <li>- Idem</li> <li>- Rapport des partenaires</li> <li>- Bénéficiaires</li> <li>- Comités de gestion</li> <li>- Rapports financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Idem</li> <li>- Idem</li> <li>- Etude bibliographique</li> <li>- Entretiens semi structurés de focus groupes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem</li> <li>Idem</li> <li>Idem</li> <li>Triangulation des informations obtenues des différentes sources</li> </ul>	

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des femmes membres des comités de gestion du projet formées sur les modalités de distribution de nourriture, cash et vouchers</li> <li>- Proportion de personnes assistées n'ayant pas connu de problèmes pour se rendre/revenir des sites d'intervention du projet</li> <li>- Proportion de personnes assistées informées sur le programme (y compris sur les critères de sélection et les mécanismes de plainte)</li> <li>- Proportion d'activités du projet mise en œuvre avec la participation de partenaires complémentaires</li> <li>- Montant de fonds complémentaires apportés par les partenaires (y compris ONG, société civile, secteur privé, institutions financières internationales et banques régionales de développement)</li> <li>- Nombre de partenaires apportant des ressources et services complémentaires</li> </ul> <p><b>F7 : Effets non souhaités, positifs ou négatifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relations entre les sexes</li> <li>- Capacités des partenaires</li> <li>- Capacités des structures d'éducation et de santé</li> <li>- Organisation communautaire</li> <li>- Sécurité alimentaire et situation et moyens d'existence des bénéficiaires du FFA et FFT</li> <li>- Stigmatisation des clients VIH</li> <li>- Autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel du programme</li> <li>- Personnel des partenaires</li> <li>- Personnels des écoles et centres de santé</li> <li>- Leaders communautaires</li> <li>- Bénéficiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés individuels et de focus groupes (hommes et femmes)</li> <li>- Restitution des résultats préliminaires</li> </ul>	<p>Validation lors de la restitution</p> <p>Idem</p>	
G. Dans quelle mesure les activités mises en œuvre dans le programme sont complémentaires entre elles, avec les autres opérations du PAM et avec les	<p><b>G1 : Complémentarité et synergies des actions en termes de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convergence/cohérence géographique</li> <li>- Cohérence des approches</li> <li>- Cohérence technique</li> <li>- Partenariats</li> <li>- Ciblage</li> <li>- Autres aspects</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acteurs gouvernementaux, Nations Unies et non-gouvernementaux intervenants dans les mêmes zones et secteurs que le programme</li> <li>- Représentant et directeur du programme du PAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens semi-structurés</li> <li>- Etude bibliographique</li> <li>- Restitution des résultats</li> </ul>	<p>Identification et analyse des points de convergence/synergies et des approches</p>	<p>Incertitude sur la disponibilité du personnel des structures</p>

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
actions des autres acteurs pour contribuer aux objectifs principaux du PAM dans le pays	<b>G2 : Relations avec les acteurs intervenants dans les mêmes zones et secteurs que le programme et perceptions sur le programme</b>	- Documents de projet des interventions passées et futures du PAM	préliminaires	contradictoire ou doublons  Validation lors de la restitution	gouverne mentales
H. Quelle sont les perspectives de pérennisation des actions	<b>H1 : Perspective de pérennisation des actions et des bénéficiés</b>  - Existence/pertinence de la stratégie de sortie et des mesures de pérennisation des actions - Prise en compte des leçons des programmes précédents - Actions de renforcement des capacités mises en œuvre - Niveau de pérennité des actions mises en œuvre en termes d'appropriation par les acteurs nationaux, social et organisationnel, technique, économique, institutionnel, environnemental.	- Personnel du programme - Personnel des partenaires - Personnel des structures de santé et d'éducation - Leaders communautaires - Bénéficiaires - Autres personnes ressource	Entretiens semi-structurés individuels et de focus groupes (hommes, femmes)  Etude bibliographique  Observation directe  Restitution des résultats préliminaires	Triangulation des informations obtenues des différentes sources  Validation lors de la restitution	OK
<b>Question clé 3: Pourquoi et comment l'opération produit-elle les résultats observés?</b>					
I. Quelles sont les facteurs internes (de mise en œuvre, sous contrôle du PAM), qui ont affectés positivement ou négativement la mise en œuvre des activités et l'obtention des résultats	<b>I1 : Qualité de la mise en œuvre du projet, en termes de :</b>  - Processus de planification des actions adéquation des périodes de mise en œuvre des activités - Arrangements institutionnels, processus de prise de décision et gestion des contraintes - Logistique et approvisionnement en nourriture (achats, transport, stockage, pertes, gestion des ruptures d'approvisionnement,...) - Qualité des partenariats de mises en œuvre, contenu des partenariats ; capacité des partenaires - Produits normatifs disponibles pour chaque composante et approche de renforcement des capacités - Gestion administrative et financière de l'opération (adéquation et respect des procédures)	- Représentant et chef du programme - Personnel du programme - Personnel des partenaires - Donateurs - Membres des mécanismes de coordination sectorielle - Documents de planification des activités - Outils de gestion logistique, administrative et financière - Rapports de distribution - Rapports des partenaires - Rapports de suivi et évaluation - Equipements du projet	Entretiens semi-structurés  Etude bibliographique  Observation directe  Restitution des résultats préliminaires	Triangulation des preuves à partir de sources d'information mentionnées  Validation lors de la restitution	OK

Sous-question	Mesure / Indicateur	Principales sources d'information	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse des données	Qualité de la preuve
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût de l'opération au regard des bénéfices produits et alternatives</li> <li>- Système de suivi et évaluation et reporting</li> <li>- Stratégie de mobilisation des ressources</li> <li>- Appui du bureau pays, du bureau régional et du siège</li> <li>- Adéquation et compétence du personnel du projet</li> <li>- Participation aux mécanismes de coordination sectorielle</li> <li>- Adéquation et qualité de la gestion des moyens matériels disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Budget du projet et rapports financiers</li> <li>- Conventions de partenariat</li> <li>- Centres de santé, écoles, communautés</li> <li>- Rapports financiers</li> <li>- Rapports d'approvisionnement</li> <li>- Rapport d'évaluation de la capacité logistique du bureau pays</li> </ul>			
J. Quels sont les facteurs externes qui ont influencé positivement ou négativement la mise en œuvre des actions et les résultats obtenus	<p><b>J1 : Effets positifs et négatifs des facteurs contextuels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situation politique, économique, institutionnelle et sécurité</li> <li>- Existence/qualité des politiques et stratégies nationales et soutien institutionnel au programme</li> <li>- Evolution de la situation de sécurité alimentaire</li> <li>- Autres contraintes vécues par les bénéficiaires</li> <li>- Fonctionnement, contraintes et opportunités liées au système de santé</li> <li>- Fonctionnement et contraintes et opportunités liées au système d'éducation</li> <li>- Caractéristiques socio-culturelles et connaissances et pratiques des bénéficiaires</li> <li>- Accès aux bénéficiaires</li> <li>- Environnement et climat</li> <li>- Infrastructures de communication</li> <li>- Niveau de mobilisation des donateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentant du PAM et chef du programme</li> <li>- Personnel du programme</li> <li>- Personnel des partenaires</li> <li>- Personnel des structures de santé et d'éducation (services techniques, centres de santé, écoles)</li> <li>- Leaders communautaires</li> <li>- Bénéficiaires</li> <li>- Donateurs</li> <li>- Autres personnes ressources</li> <li>- Documents de politiques et stratégies sectorielles</li> <li>- Sitreps</li> <li>- Rapports de suivi et évaluation</li> <li>- Rapports des partenaires</li> <li>- Bulletins du système de suivi de la sécurité alimentaire</li> </ul>	<p>Entretiens semi-structurés individuels et de focus groupes (hommes et femmes)</p> <p>Etude bibliographique</p> <p>Observation directe</p> <p>Restitution des résultats préliminaires</p>	<p>Triangulation des preuves à partir de différentes sources</p> <p>Validation lors de la restitution</p>	OK

### Annexe 3: Bibliographie

4. **Anema A. et al**; Food insecurity and HIV/AIDS: current knowledge, gaps, and research priorities; [Curr HIV/AIDS Rep.](#) 2009
- Ba Sourang M.**; Guia nacional Alimentação nutricional e alimentar às pessoas infetadas e afetadas pelo VIH/ou Tuberculose. Direção-Geral da Prevenção e Promoção da Saúde. Ministério de Saúde. República da Guiné-Bissau. Junho 2013. WFP
- Bergeron G, Castleman T**; Programme responses to acute and chronic malnutrition: divergences and convergences; American Society for Nutrition. *Adv. Nutrition*; 2012.
- Cebren JB**; Guinée Bissau Mission report: “Strategic Planning & Management Review”. WFP; 2010.
- Diasolua D. et al**; Enquete de vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH sous TARV et deux tuberculeux sous DOTS; WFP; 2011.
- FANTA and WFP**; *Food Assistance Programming in the Context of HIV*. Washington, D.C: Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) Project, Academy for Educational Development. 2007.
- FANTA-2**. Title II technical reference materials. Preventing malnutrition in children under 2 approach (PM2A): a food-assisted approach. FANTA; 2010.
- Fonseca, J**; Acta da quarta reunião ordinária do ano 2014 do Grupo Segurança Alimentar e Nutricional (GSAN); FAO; 2014.
- GSAN**; Rapport annuel du Groupe Sécurité Alimentaire et Nutrition (GSAN); WFP; 2013.
- Imdad A. et al**; Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth developing countries. *BMC Public Health* 2011
- JUNHAPS**; Joint United Nations HIV/aids Programme of Support for Guinea-Bissau (2011-2012); JUNHAPS, 2011.
- Kalichman SC et al**. Food insufficiency and medication adherence among people living with HIV/AIDS in urban and peri-urban settings. *Prevention Science*, 2011.
- Klug, I L F.**; Elaboração da Estratégia de Implementação do Programa de Compras Locais para Alimentação Escolar, Guiné Bissau; 2010.
- Lefebvre, V**; Promotion of a multi-level approach to child malnutrition in Guinea Bissau. Final Evaluation report. MDG-F; April 2013.
- MDG-F**; Program title: Promotion of a multi-level approach to child malnutrition. MDG Achievement Fund (2009-2013).
- MDG-F**; Promotion of a multi-level approach to child malnutrition in Guinea Bissau. Final MDG-F Joint Programme; Narrative Report. MDG Achievement Fund; September 2013.
- Mendes D. et al**; Guiné Bissau- Avaliação rápida de segurança alimentar. Ministério da Agricultura, Agência Nacional de Caju e Instituto Nacional de Estatística; WFP; Junho 2013
- Mendes D**; Acta da primeira reunião ordinária do ano 2014 do Grupo Segurança Alimentar e Nutricional (GSAN); WFP, 2014.
- Mendes D, Mendonça M**; Acta da segunda reunião ordinária do ano 2014 do Grupo Segurança Alimentar e Nutricional (GSAN); WFP, 2014.
- Mendes D, Mendonça M**; Acta da terceira reunião ordinária do ano 2014 do Grupo Segurança Alimentar e Nutricional (GSAN); WFP; 2014.
- MICS** ; Guinée Bissau 2010 -Multiple Indicators Cluster Survey 3. Ministério de Economia, do Plano e Integração Regional, Instituto Nacional de Estatística e UNICEF ; 2006.
- MICS** ; Guinée Bissau 2010 -Multiple Indicators Cluster Survey 4. Ministério de Economia, do Plano e Integração Regional, Instituto Nacional de Estatística e UNICEF ; 2010.
- Ministère de l’Agriculture et du Développement Rural**; Programme National de Sécurité Alimentaire 2008-2013; Ministère de l’Agriculture et du Développement Rural, FAO; 2008

**Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural** ; Programme National d'Investissement Agricole ; Plan D'Investissement ; 2010.

**Ministère de l'Economie, de la Planification et Intégration Régionale** ; Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARPII 2011-2015 ; 2011.

**Ministère de l'Education Nationale**; Elementos do Diagnóstico do Sistema Educativo (RENASSE); 2009.

**Ministère de l'Education Nationale de la Culturem de la Jeunesse et des Sports** ; Rapport d'Etat du système éducatif ; 2013.

**Ministère de l'Education Nationale de la Culturem de la Jeunesse et des Sports** ; Three year Plan for the Development of Education : 2011-2013 ; 2010.

**Ministère de Santé**; Protocolo Nacional de Gestao Integrada da Desnutricao Aguda; Ministere Santé, UNICEF, WHO & WFP; 2013.

**Ministère de la Santé**; Protocole de prise en charge nutritionnelle des PVVIH et des TB-Guinée Bissau. Ministère de la Santé; World Health Organization et World Food Programme; 2011

**Nations Unies** ; Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement, Guinée Bissau 2008-2012.

**Pinto, J**; Direito a alimentação e segurança alimentar nos países da CPLP. Diagnostico de base. FAO 2013

**Phuka JC et al**; Post-intervention growth of Malawian children who received 12-mo dietary complementation with a lipid-based nutrient supplement or maize-soy flour; Am J Clin Nutr; 2009.

**Ministère de Santé Publique**; Republique de Guinée- Bissau. Politique National de Nutrition; 2014.

**Ministère de Santé**; Republique de Guinée-Bissau-Plan Estrategique de Nutrition 2014 (draft version).

**Onis M. et al**; The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions; Maternal and Child Nutrition; 2013.

**Onis M. et al**; Promoting healthy growth and preventing childhood stunting: a global challenge. Maternal and Child Nutrition; 2013.

**Paton NI et al.** The impact of malnutrition on survival and CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy. *HIV Medicine*, 2006.

**Pee S. et al**; Current and potential role of specially formulated foods and food supplements for preventing malnutrition among 6- to 23-month-old children and for treating moderate malnutrition among 6- to 59-month-old children; Food and Nutrition Bulletin, Vol 30; 2009

**PNUAD**; Republique de Guinée Bissau. Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au developpement (2008-2012).

**Ruel MT. et al**; Age-based preventive targeting of food assistance and behaviour change and communication for reduction of childhood undernutrition in Haiti: a cluster randomised trial; Lancet; 2008.

**Santos A, Camara F**; Enquête Nationale SMART: L'état nutritionnel des enfants et des femmes, République de Guinée Bissau. UNICEF Guinée Bissau, Décembre 2012.

**SNLS**; Rapport d'activité sur la riposte Guinée Bissau 2012. Secretariat National de Lutte contre le SIDA; 2012.

**Sonko B., Muller F.**; Guinea-Bissau: Evaluation decentralisee del l'IPSR 106090 WFP. 2011.

**Tumilowicz A.**; Guide to Screening for Food and Nutrition Services Among Adolescents and Adults Living with HIV; FANTA; 2010

**UNAIDS**; UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic; 2010.

**UNAIDS and WHO**; Technical guidance note for Global Fund HIV proposals; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization; 2011

**UNICEF**; Guinea-Bissau. Maternal, Newborn and Child Survival; UNICEF –Statistics and Monitoring section-; 2012.

**UNICEF**; Guinea-Bissau. Nutrition Profile; UNICEF; 2010.

**UNICEF**; Guinée Bissau Raport Annual 2011

**UNICEF**; Guinée Bissau Raport Annual 2012

**Weiser SD et al.** Food insecurity is associated with morbidity and patterns of healthcare utilization among HIV-infected individuals in a resource-poor setting; AIDS, 2012.

5. **Weiser SD et al**; Longitudinal assessment of associations between food insecurity, antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes in rural Uganda. AIDS, 2014.

**WFP**; WFP Gender Policy ; 2009.

**WFP**; WFP HIV and AIDS policy. 2010

**WFP**; Révision de la politique en matière d'alimentation scolaire ; 2013

**WFP**; Update on WFP's response to HIV and AIDS; WFP; 2013.

**WFP**; Update on the implementation of the WFP Gender Policy : Corporate Action Plan (2010-2011) ; 2012

**WFP**; WFP Nutrition Policy. January 2012

**WFP**; Nutrition at the World Food Programme. Programming for Nutrition Specific Interventions; WFP; 2012.

**WFP**; Roadmap for a regional approach for West Africa; 2013.

**WFP**; WFP Strategic Plan 2008-2013; WFP

**WFP**; WFP Strategic Plan 2014-2017; WFP 2013.

**WFP Guinée Bissau** ; Etude de marchés pour la faisabilité du cash and voucher en Guinée Bissau ; 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Guinea Bissau Development Project 200322 –Food and nutrition assistance to malnourished children and HIV and TB affected people-; WFP; 2011

**WFP Guinée Bissau** ; Impact de la mauvaise campagne de commercialisation de la noix de cajou sur la sécurité alimentaire des ménages ; WFP, FAO, Plan ; 2013

**WFP Guinée Bissau**; Protected Relief and Recovery Operation 200526 –Nutrition and livelihood support to the vulnerable population in Guinea-Bissau-; WFP; 2012.

**WFP Guinée Bissau.** PRRO 200526 BR2 narrative; WFP; Dec. 2012

**WFP Guinée Bissau**; Monitoring nutrition and livelihoods support to vulnerable population in Guinea-Bissau; **UE proposal**; Annex 1, Description of the action. WFP 2013.

**WFP Guinée Bissau**; CERF, Original Proposal, 7 Aug 2013-Guinea Bissau.

**WFP Guinée Bissau**; Standard Project Report, PRRO 200526 –Nutrition and livelihood support to the vulnerable population in Guinea-Bissau-; WFP; 2013

**WFP Guinée Bissau**; Quarterly Monitoring and Evaluation Report (Jan-March 2014), PRRO 200526; WFP; 2014.

**WFP Guinée Bissau**; Standard Project Report, Post conflict relief and rehabilitation in Guinea Bissau 106090; WFP; 2009.

**WFP Guinée Bissau**; Standard Project Report, Post conflict relief and rehabilitation in Guinea Bissau 106090; WFP; 2010.

**WFP Guinée Bissau**; Standard Project Report, Post conflict relief and rehabilitation in Guinea Bissau 106090; WFP; 2011.

**WFP Guinée Bissau**; Monthly Executive Brief Guinea-Bissau; WFP; March 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Monthly Executive Brief Guinea-Bissau; WFP; January 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Monthly Executive Brief Guinea-Bissau; WFP; June 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Monthly Executive Brief Guinea-Bissau; WFP; July 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Monthly Executive Brief Guinea-Bissau; WFP; September 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Monthly Executive Brief Guinea-Bissau; WFP; October 2013.

**WFP Guinée Bissau** ; Rapid Food Security Assessment in Biombo, Oio and Quienara regions ; 2012

**WFP Guinée Bissau** ; Avaliação Rápida da segurança alimentar ; WFP, 2013.

**WFP Guinée Bissau** ; Résultats de l'enquête approfondie sur la sécurité alimentaire et la vulnérabilité des ménages ruraux ; 2011.

**WFP Guinée Bissau**; Situation Reports 1-11/2013; WFP; 2013.

**WFP Guinée Bissau**; Nutrition Programmes databases; 2013-2014.

**WHO**; Guinea Bissau Tuberculosis Country Profile. 2012 .

**WHO**; Cholera Country Profile-Guinea Bissau. Global Task Force on Cholera control, WHO; 2013.

**Zachariah R et al.** Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi. *AIDS*, 2006.

**Bhutta ZA. et al**; Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?; *The Lancet*; 2013.

#### Annexe 4: Liste des personnes rencontrées

Nom	Organisation	Fonction
Balan Adrian	IPHD	Directeur
Balde Ulematu	MoH Contuboe (Bafata)	Nurse responsible TSFP and SPP
Banjaqui Fatima	MoH Mansoa (Cacheu)	Responsible PMCT
Barbosa Antonio	WFP	National Program Manager
Barros Livramento	SNLS*	Programme Coordinator
Boiro Cham Samba	ECAS-D	
Bunha Agostinho	Caritas Farim (Oio)	Employee TSFP centre
Cabral Jose	WFP	Point Focal Alimentation scolaire
Cabral Paulina	MoH Mansoa (Cacheu)	Nurse responsible ART centre and SPP
Cabrane Natividade	Associação Boa Esperança, Massoa(Oio)	Volunteer RENAP–ART centre
Cande Carlos Aliou	ADS	Secrétaire exécutif
Cassama Ensa	Délégation régionale agriculture Quinara	Responsable des affaires agricoles
Cisse Ansouman Cham	Association Maren-Kafo	Président
Clusse Silva	WFP	Field Monitor
Ca Malu Beatriz	MoH Quinhamel (Biombo)	Regional Nutrition Focal Point Responsible ART service and SPP
Codjafor Mario	Caritas Ingore (Cacheu)	Employé TSFP centre
Coulibaly Amadi SNV	Représentant	
Dabo Simao Malom	Délégation régionale éducation Quinara	Directeur
Da Costa Carlos Mendes	INEC	Directeur Général
Da Costa Maria	Caritas Bajob (Cacheu)	Responsable TSFP site
Da Fonseca Rui Jorge Alves	FAO	Assistant du représentant
Dacunia Ricardo	MEN	Directeur du Service Cantines Scolaires
Dafe Malan	ASPAAB	
Da Luz Jose Baptista	WFP SO Bafata	Responsable SO
Daniel	LVIA	
Da Silva Joao Antonio	MoH Bambadinca (Bafata)	Nurse responsible of HC/SPP
Da Silva Luis	Délégation régionale éducation Quinara	Inspecteur secteur
Demis manuel Samuel	MEN	Directeur des Affaires Sociales et des Cantines Scolaires
Diallo Omar	APRAMODAC/ODEC	Secrétaire exécutif
Dias Séni	AIFAPALOP	Directeur Régional
Díez Helio Ernesto	Hospital Bafata	Responsible of ART centre
Dinis Carlos	UNCT	
Djata Marcos Antonio	Ceus e Terras (Bissau)	Nutrition Responsible- ART service
Domingos	Hospital Missao Católica (Biombo)	Responsable TSFP site
Djouf Benoir	Caritas Farim (Oio)	Nurse/Responsable TSFP centre
Dou Bachir Mohamadou	UNICEF	Chief of Child Survival & Development
Emballo Hana	SNV	Gestionnaire de projet

Fle Joaquin	MoH Bafata	Nurse HC/SPP
Francisco Irma Eudalia	Caritas Bula (Cacheu)	Responsible TSFP centre
Gilfillen Brenda	JOCUM - Gabu	Programme Responsable – TSFP centre
Gomes Cristovao Augusto	ATAP	Responsable administratif
Gomez Maria Formosa	MoH-NDN- Cacheu	Regional nutritional focal point
Gomez Sarita	Hospital Missao Católica (Biombo)	Midwife responsible of PMCT
Guerra Bedonga	ATAP	Responsable de Programme
Henriques B. Fanceni	UNICEF	Responsible for nutrition
Iala Julio Inem	Délégation régionale éducation Quinara	Inspecteur coordinateur
Incade Momra	Associação Boa Esperança, Massoa (Oio)	Volunteer RENAP–ART centre
Incopte Enmanuel	MoH Contuboel (Bafata)	Responsible of ART centre
Indequi Albino	Délégation régionale éducation Quinara	Inspecteur de secteur
Indequi Sabado	MoH Mansoa (Oio)	Responsible health centre/SPP
Irma Paula	CARITAS Bambadinca (Bafata)	Responsible of TSFP site
Irmao	Caritas Bafata	Employee TSFP
Jamanca Cham Aboubacar Queita	APRODEL	Coordinateur
Joao	Hospital Bafata	Volunteer RENAP/ART centre
Kuade Jose	Délégation régionale éducation Bafata	Inspecteur secteur
Lefam Alberto	Hospital Farim (Oio)	Responsible ART centre
Lima Amilcar	MoH Massoa (Oio)	Social worker – ART centre
Lima da C Nuelma	Hospital Missao Catolica (Biombo)	Responsible of ART service
Lopez Inacia	MoH –NDN- Bafata	Regional nutrition focal point
Lopes Joao	Délégation régionale éducation Bafata	Coordinateur Superviseur
Mandica Pedro	RENAP (Bissau)	President
Mané Quekouto	ODEC	Secrétaire exécutif
Mane Idrissa	Délégation régionale éducation Oio	Inspecteur de secteur
Massado Martinho	Délégation régionale agriculture Quinara	Responsable statistiques agricoles
Mauricio Helena	Hospital Missao Católica (Biombo)	Midwife PMTCT
M'Bunde Agustin	Délégation régionale agriculture Oio	Directeur régional de l'agriculture
Medinar D. Mila	Hospital Missao Católica (Biombo)	Responsible CRENI
Mendes Amancio	Délégation régionale éducation Quinara	Point focal cantines scolaires
Mendes Clemente	Caritas (Bissau)	National Programme Coordinator
Mendes Ernesto	Délégation régionale éducation Oio	Directeur Régional
Mendes Damietta	WFP	Monitoring and Evaluation
Mendes Marcelo	Délégation régionale éducation Bafata	Directeur
Mendoza Salvador	MoH Mansoa (Cacheu)	MCH consultation
Menezes Ivonne	MoH (National Directorate of Nutrition)	Director of NDN
Mendoza Salvador	MoH Mansoa (Cacheu)	MCH consultation
Monterio Cyril Diez	Délégation régionale éducation Oio	Point focal régional cantines scolaires
Monterio Virginia	UNICEF	Program Officer Education
Nambunde Bunha	Direction régionale de l'agriculture	Directeur

	Bafata	
Neves Aimé Antonio	ATAP	Secrétaire Exécutif
Onclin Madeleine	Délégation de la Commission Européenne	
Osman Ossama	WFP	Country Director
Papa Pathé Pierre	WFP	Responsable finances
Pereira Ricardo	Hospital MIssao Católica (Biombo)	Hospital Administrator
Pereiro Marina	MoH Massoa (Oio)	Dr Responsible ART centre
Pinto Caitano Francisco	Délégation régionale éducation Quinara	Inspecteur de secteur
Reis F Souza	MoH (National Directorate of Nutrition)	Nutrition Technician
Saccete Romana	Caritas Ingore (Cacheu)	Responsible TSFP centre
Samb Mor Khar	KAFO	Chargé de programme
Sanca M Gorge Sanca	Caritas Ingore (Cacheu)	Employé TSFP centre
Sanheyata	Associação Boa Esperança, Massoa(Oio)	Volunteer RENAP–ART centre
Seidi Adama	Délégation régionale éducation Bafata	Responsable cantines scolaires
Seidi Bacar	Délégation régionale éducation Oio	Inspecteur de secteur
Seidi Therno	WFP	Responsable Logistique
Sene Soul	Délégation régionale agriculture Oio	Responsable administratif
Sidjhano Antonio Pedro	MoH Bafata	Regional Health Director
Silva Jose Luis	Igreja Presbiteriana – Gabu	Programme Responsable – TSFP centre
Sonco Ibrahim	Caritas Farim (Oio)	Employee TSFP centre
Sone Yaya	Délégation régionale éducation Oio	Inspecteur de secteur
Sow-Sidibe Fatimata	WFP	Head of programme
Tchentchelan Nhare	MoH Bafata	Nurse responsible of HC/SPP
Tchuda Nam	Hospital Farim (Oio)	Responsible health centre/SPP
Valdé Mammadu	ALTERNAG (Bissau)	Ntal Programme Coordinator
Vaz Formoso	WFP	Nutrition Focal Point
Vaz Pedro	MoH Farim (Oio)	Regional nutrition focal point
Zylene Anaxinandro	SNLS	Executive Secretary

\* Secretariado Nacional de Lutta contra o SIDA

### Annexe 5: Calendrier de la Mission d'Evaluation

Date	Lieu	Activité
8-06-2014	Voyage Madrid - Bissau	
9-06-2014	Bissau	Briefing au PAM Réunion équipe
10/11-06-2014	Bissau	Entretiens parties prenantes
12-06-2014	Bambadinca (Bafata) Contuboel (Bafata) Ecole Galamaro Cosse Ecole Sanghe Calomba	Visit TSFP sites, ART centre and SPP FGDs/interviews with stakeholders ART centre Contuboel Visite Ecoles
13-06-2014	Bafata Ecole Bonco	Visit SPP and ART/Tb centres FGDs & interviews with stakeholders Interview with RNFP and Regional health Dtor Briefing SO Bafata/in-depth interviews Entretien direction régionale de l'agriculture Entretien direction régionale de l'éducation Entretiens ONG Visite Ecole
14-06-2014	Bafata Cosse (Bafata) Contuboel (Bafata) Fadjankita	Visit SPP FGDs & interviews with stakeholders In-dept interviews with TSFP responsables in Gabu: JOCUM and Ingreja Presbiteriana Visite école Entretien ALPACOF
15-06-2014	Travel Bafata-Oio Ecole Bonco	Visit TSFP Bafata Visite Ecole
16-06-2014	Farim (Oio) Ecole Cam N'dim	Visit TSFP and SPP sites FGDs and interviews with stakeholders Entretien Direction Régionale de l'Education Visite Ecole
17-06-2014	Farim (Oio) Ecole Binibaque	Visit ART centre Interviews with stakeholders Visite ecole Entretien ONG
18-06-2014	Mansoa (Oio) Ecole Mambomco	Visit SPP and ART centres FGDs and interviews with stakeholders Visite école
19-06-2014	Bissora (Oio) Travel Oio-Cacheu Ingore (Cacheu) Djalikounda Bissora	Interviews with stakeholders Visit TSFP site Entretien ONGs Entretien Direction de l'agriculture
20-06-2014	Cacheu Ingore (Cacheu) Buba	Interviews with stakeholders Visit SPP and ART centres Entretien direction de l'éducation Entretien direction de l'agriculture Entretiens ONG Visite école
21-06-2014	Bula (Cacheu) Bajob (Cacheu) Ecole Fulakunda Ecole Mbassa Ecole Cantora	Visit TSFP sites FGD and interviews with stakeholders Visite écoles
22-06-2014	Bissau	Information compilations and review, drafting

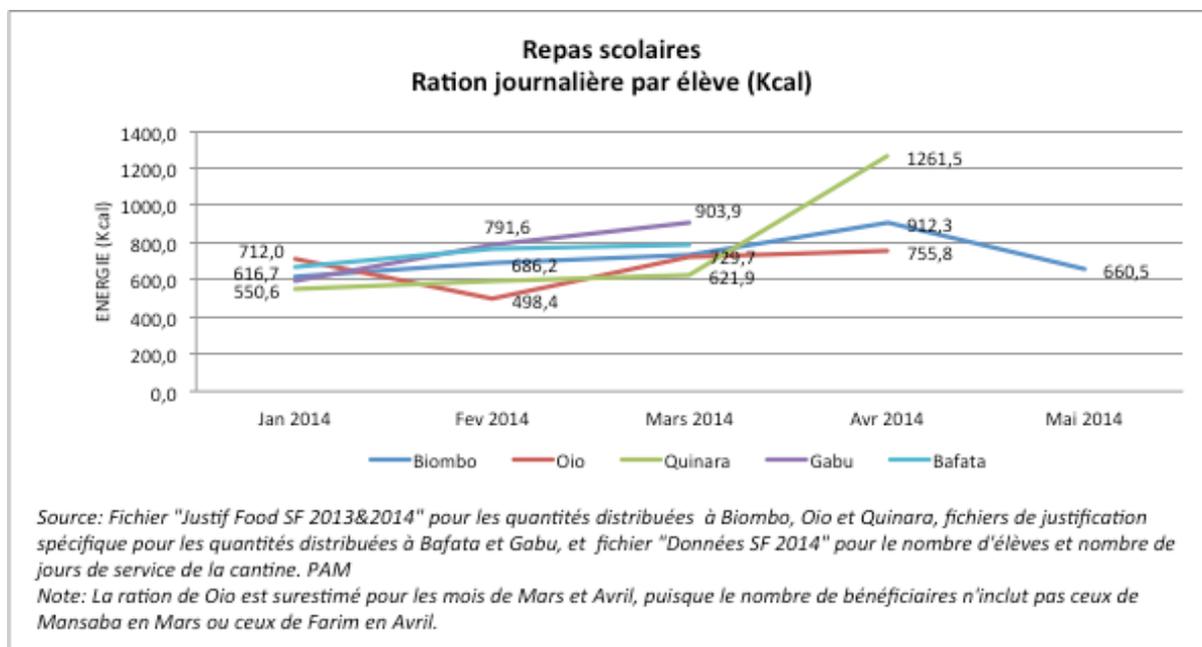
	Ecole Empada Ecole Caur Cima	and thinking day Visite écoles
23-06-2014	Cumura (Biombo) Ecole Bairro Alto	Visit TSFP and ART centres Interviews with stakeholders Visite école
24-06-2014	Bissau Quinhamel (Biombo)	Visit SPP and ART centres FGD and Interviews with stakeholders Entretien ONG, FAO Entretien WFP
25-06-2014	Bissau	Interviews with stakeholders Preparation of restitution session Entretien WFP
26-07-2014	Bissau	WFP restitution Réunion équipe WFP
27-06-2014	Bissau	Restitution to partners Visit ART site

## Annexe 6: Carte de Guinée Bissau

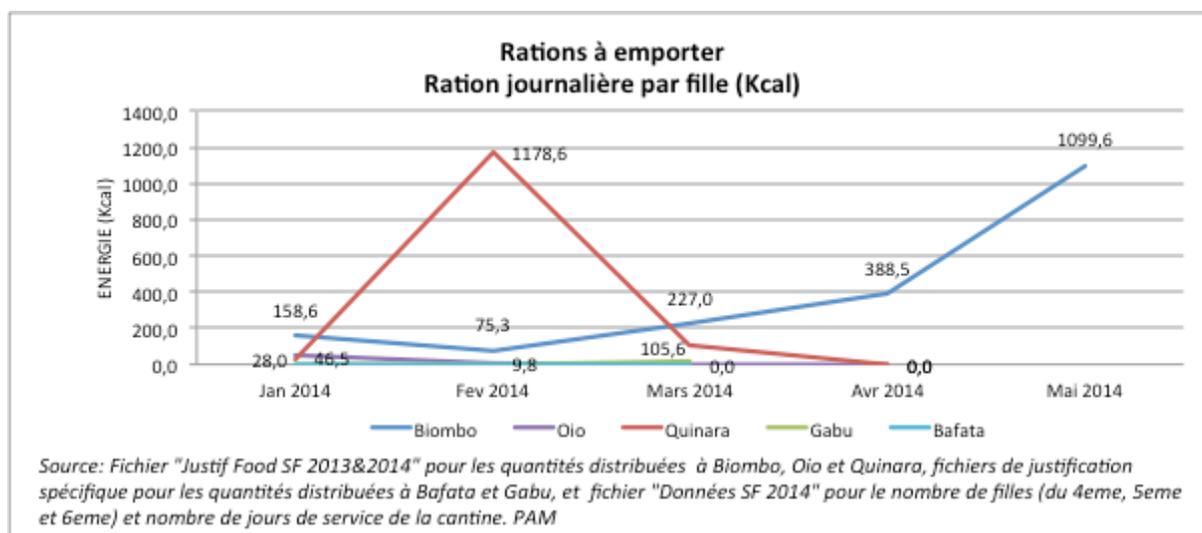


## Annexe 7 : Données complémentaires, Alimentation scolaire

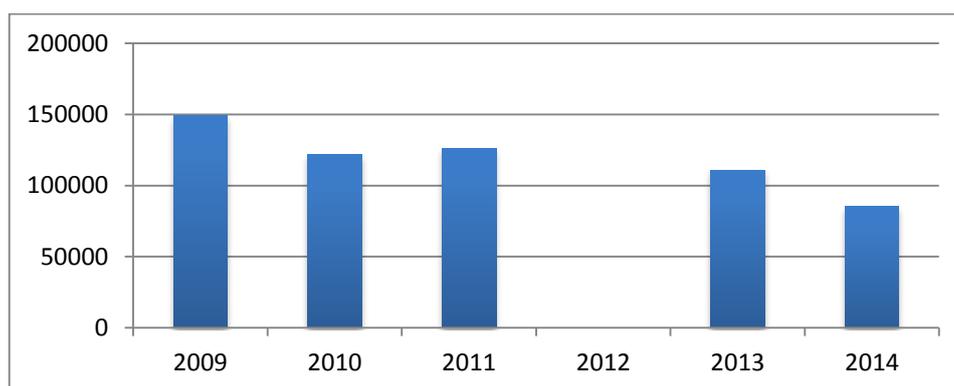
### Repas scolaires



### Rations à emporter



## Evolution des effectifs dans les écoles appuyées par le PAM



Source : réalisé à partir des données des SPR 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

## Effectif et % de fille par classe et par région

Région	Nombre total d'élèves par classe							Total
	% de filles							
	Preschool	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	
Bafata, total	117	11 039	6 947	5 533	4 882	2 682	2 164	33 364
<i>Bafata, % de filles</i>	49%	50%	50%	49%	50%	44%	43%	49%
Gabu, total	408	7 326	5 132	3 943	4 073	1 933	1 722	24 537
<i>Gabu, % de filles</i>	48%	50%	52%	50%	53%	45%	44%	50%
Biombo, total	288	976	661	622	593	544	515	4 199
<i>Biombo, % de filles</i>	49%	49%	46%	48%	52%	41%	41%	47%
Oio, total	1 108	4 852	3 595	2 826	2 428	1 816	1 306	17 931
<i>Oio, % de filles</i>	44%	48%	44%	42%	44%	35%	34%	43%
Quinara, total	0	1 725	828	696	597	649	543	5 038
<i>Quinara, % de filles</i>	-	50%	44%	42%	41%	39%	49%	45%

Source : Extraction de la base de données du PAM des bénéficiaires

## Annexe 8 : Données complémentaires, programmes nutritionnels

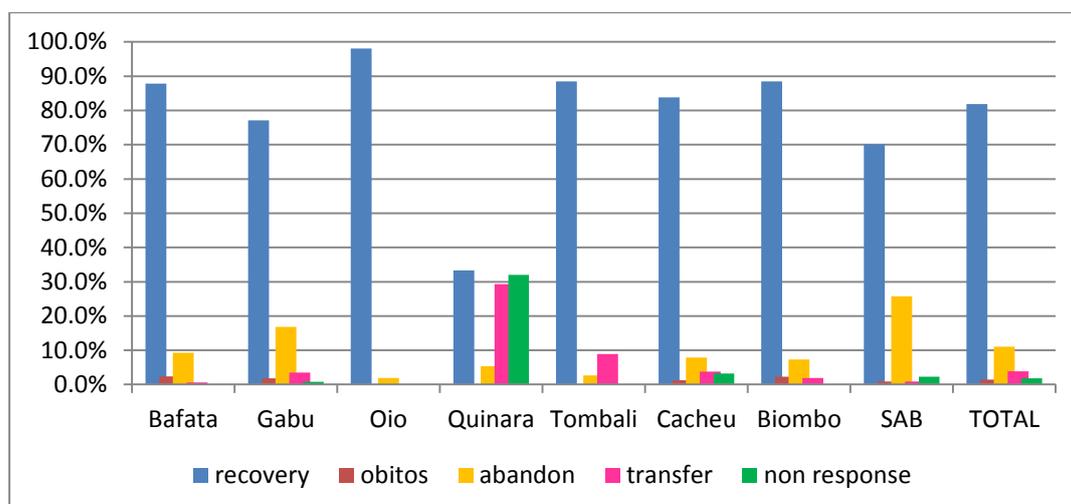
### Répartition régionale des bénéficiaires traitement de la MAM, enfants de 6 à 59 mois

Région	% GAM -ZS- (6-59 mois)		N° centres	PAM prévus vs réalisés 2013			PAM prévus vs réalisés 2014		
	2010	2012		Prévus	Réalisés	%	Prévus	Réalisés	%
Bafata	5,4	9,8	5	0	878	-	400	557	139,2 %
Oio	8,0	8,0	2	1621	254	15,7 %	1621	47	3,0 %
SAB	5,0	6,7	3	1239	306	24,7 %	1239	129	10,4 %
Gabu	6,0	5,8	4	1054	655	62,1 %	1054	188	17,8 %
Quinara	6,6	5,3	1	125	168	134,4 %	275	149	54,2 %
Bolama	3,9	5,2	0	-	-	-	0	-	-
Tombali	4,5	3,6	2	163	424	260,1 %	287	105	36,6 %
Biombo	3,9	3,5	3	0	256	-	200	171	85,5 %
Cacheu	6,4	3,1	6	1040	638	61,3 %	1040	358	34,4 %
<b>TOTAL</b>	<b>6,0</b>	<b>6,5</b>	<b>26</b>	<b>5 242</b>	<b>3 579</b>	<b>68,3 %</b>	<b>6 116</b>	<b>1 706</b>	<b>27,9 %</b>

### Répartition régionale des bénéficiaires traitement de la MAM, FEA

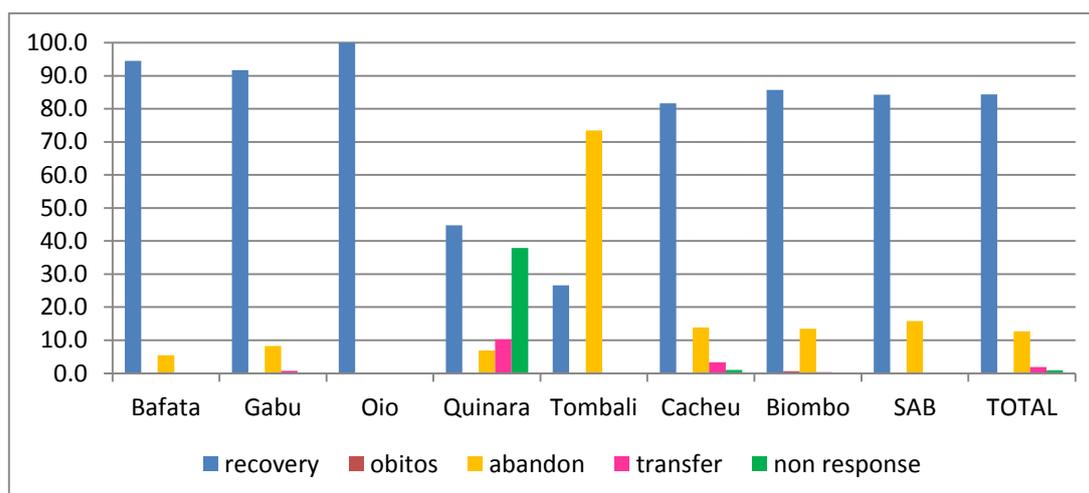
Région	PAM prévus vs réalisés en 2013			PAM prévus vs réalisés en 2014		
	Prévus	Réalisés	%	Prévus	Réalisés	%
<b>Bafata</b>	0	591	-	200	257	128,5
<b>Oio</b>	400	260	65,0	400	47	11,8
<b>SAB</b>	690	183	26,5	690	61	8,8
<b>Gabu</b>	360	443	123,1	360	130	36,1
<b>Quinara</b>	50	52	104,0	125	47	37,6
<b>Bolama</b>						
<b>Tombali</b>	110	75	68,2	175	21	12,0
<b>Biombo</b>	0	1247	-	150	752	501,3
<b>Cacheu</b>	350	2406	687,4	350	890	254,3
<b>Total</b>	<b>1 960</b>	<b>5 257</b>	<b>268,2 %</b>	<b>2 450</b>		

**Indicateurs de performance de la supplémentation alimentaire par région, enfants de moins de 5 ans, 2013**



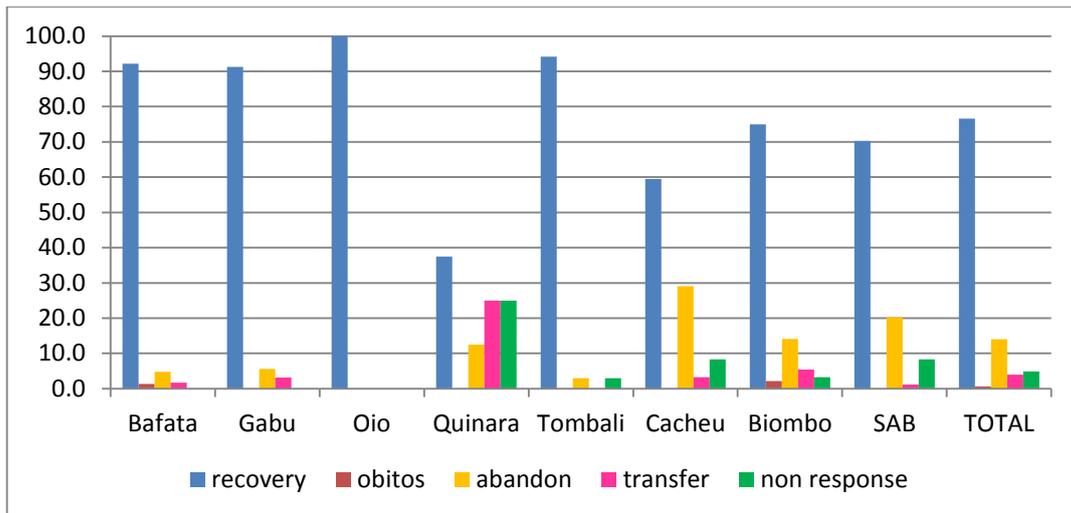
Source : base de donnée du PAM pour la Santé Maternelle et Infantile

**Indicateurs de performance de la supplémentation alimentaire par région, FEA, 2013**



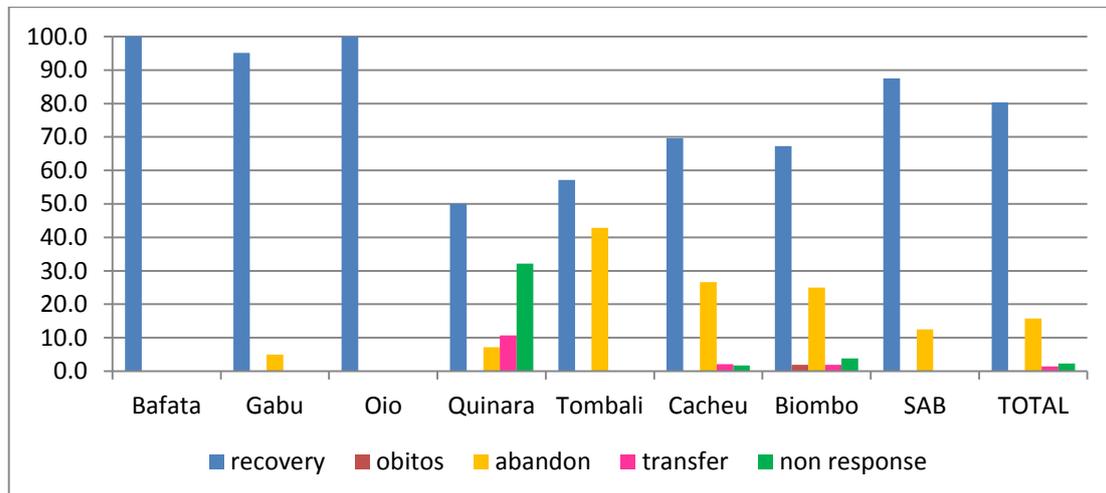
Source : base de donnée du PAM pour la Santé Maternelle et Infantile

**Indicateurs de performance de la supplémentation alimentaire par région, enfants de moins de 5 ans, janvier-mai 2014**



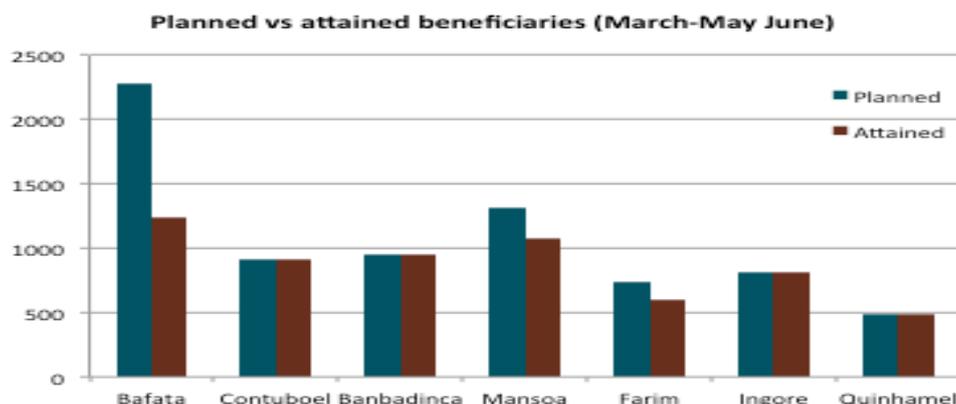
Source : base de donnée du PAM pour la Santé Maternelle et Infantile

### **Indicateurs de performance de la supplémentation alimentaire par région, FEA, janvier-mai 2014**



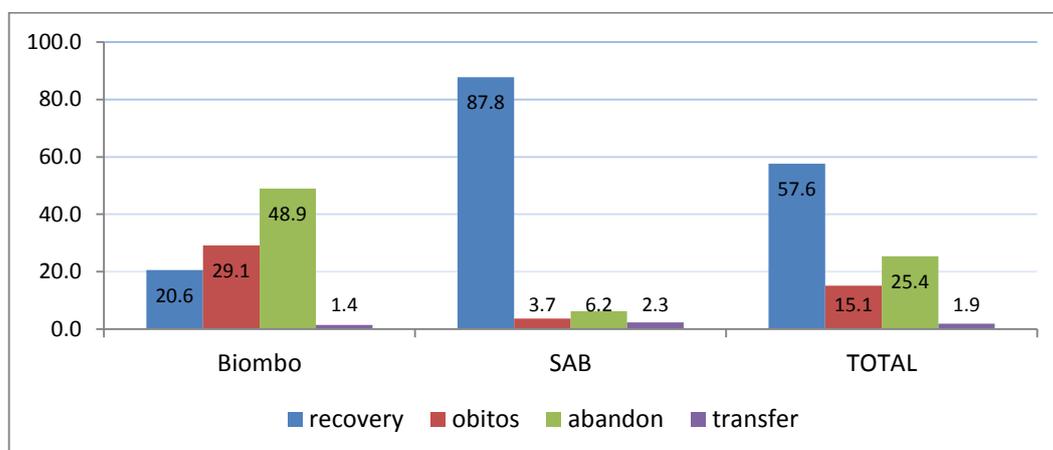
Source : base de donnée du PAM pour la Santé Maternelle et Infantile

### **Bénéficiaires atteints vs. Bénéficiaires prévus dans les 7 centres de prévention de la malnutrition chronique visités pendant l'évaluation**



Source : registres d'admission des 7 centres visités

**Indicateurs de performances des activités AOS pour les patients VIH, par région en 2013**



**Annexe 9 : Evolution de la mobilisation des ressources depuis le démarrage de l'opération**

<b>Mois</b>	<b>% du budget</b>	<b>% cumulé</b>
Mars 13	12%	12%
Avril 13	0%	12%
Mai 13	0%	12%
Juin 13	0%	12%
Juillet 13	0%	12%
Août 13	9%	21%
Septembre 13	6%	27%
Octobre 13	2%	29%
Novembre 13	13%	42%
Décembre 13	0%	42%
Janvier 14	0%	42%
Février 14	1%	43%
Mars 14	25%	68%
Avril 14	0%	68%
Mai 14	0%	68%
Juin 14	0%	68%

## Liste d'acronymes

ACS	Agents Communautaires de Santé
ART	Thérapie Antirétrovirale
ASO	Aliments Sur Ordonnance
BP	Bureau Pays (PAM)
BR	Bureau Régional (PAM)
CCC	Communication pour le Changement des Comportements
CEDEAO	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CFSVA	Enquête Approfondie sur la Sécurité Alimentaire et la Vulnérabilité des Ménages Ruraux
CRENAG	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Sévère
CRENAM	Centres de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour la MAM
DNN	Direction Nationale de la Nutrition
EPNU	Equipe Pays des Nations Unies
FEA	Femmes Enceintes et Allaitantes
IDH	Indice de Développement Humain
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPSR	Intervention Prolongée de Secours et de Redressement (PAM)
IYCF	Pratiques d'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants
MADR	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MdS	Ministère de la Santé
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MEPIR	Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration Régionale
MND	Déficiences en Micronutriments
MoU	Memorandum of Understanding
OEV	Bureau d'Evaluation (PAM)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OpEV	Evaluations Opérationnelles (PAM)
PAIGCV	Parti Africain pour l'Indépendance de la Guinée et du Cap Vert
PAM	Programme Alimentaire Mondial

PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe
PFRN	Point Focal Régional de Nutrition
PIB	Produit Intérieur Brut
PMC	Prévention de la Malnutrition Chronique
PNIA	Programme National d'Investissement Agricole
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PP	Programme de Pays (PAM)
RENAP	Réseau National des Associations de Personnes Vivant avec le VIH
SAB	Secteur Autonome de Bissau
SABER	System of Assessment and Benchmarking for Education Results
SAS	Stratégie Avancée de Santé
S&E	Suivi et Evaluation
SFR	Cadre de Résultats Stratégiques
SMART	Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions
SOP	Procédures Standards d'Opération
TB	Tuberculose
TdR	Termes de Référence de l'évaluation
TSFP	Supplémentation Alimentaire Ciblée
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
USD	Dollars des Etats-Unis
VCA	Vivres Contre Actifs
VCT	Vivres Contre Formation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquis

Rome, 03 Septembre 2014,  
OEV/2014/16

**Office of Evaluation**  
[www.wfp.org/evaluation](http://www.wfp.org/evaluation)



**World Food Programme**