

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Deuxième session ordinaire
du Conseil d'administration**

Rome, 8–11 novembre 2010

PROJETS SOUMIS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR APPROBATION

**Point 9 de l'ordre du
jour**

Pour approbation



Distribution: GÉNÉRALE
WFP/EB.2/2010/9-A/2
21 octobre 2010
ORIGINAL: ANGLAIS

PROJETS DE DÉVELOPPEMENT – LESOTHO 200169

Appui nutritionnel aux enfants souffrant de malnutrition et à d'autres groupes vulnérables

Nombre de bénéficiaires	214 180
Durée du projet	24 mois (1 ^{er} janvier 2011–31 décembre 2012)
Quantité de produits alimentaires fournie par le PAM	12 515 tonnes
Coût (dollars É.-U.)	
Coût total des produits alimentaires pour le PAM	5 445 408
Coût total pour le PAM	9 796 239

Le tirage du présent document a été restreint. Les documents présentés au Conseil d'administration sont disponibles sur Internet. Consultez le site Web du PAM (<http://www.wfp.org/eb>).

NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le présent document est présenté au Conseil d'administration pour approbation.

Le Secrétariat invite les membres du Conseil qui auraient des questions d'ordre technique à poser sur le présent document à contacter les fonctionnaires du PAM mentionnés ci-dessous, de préférence aussi longtemps que possible avant la réunion du Conseil.

Directeur régional, ODJ*: M. M. Darboe tél.: 066513-2201

Attaché de liaison principal, ODJ: M. T. Lecato tél.: 066513-2370

Pour toute question relative à la distribution de la documentation destinée au Conseil d'administration, prière de contacter Mme I. Carpitella, Assistante administrative de l'Unité des services de conférence (tél.: 066513-2645).

* Bureau régional de Johannesburg (Afrique australe, orientale et centrale)

RÉSUMÉ

Le Lesotho a fait des progrès considérables s'agissant de lutter contre la mortalité infantile et d'allonger l'espérance de vie de sa population, mais des problèmes subsistent. La malnutrition est à l'origine de 22 pour cent des décès d'enfants, tandis que 56 pour cent des décès chez les enfants de moins de 5 ans sont dus à des maladies liées au VIH. Environ 24 pour cent de la population du Lesotho vit avec le VIH; un lien physiologique existe entre la malnutrition et les maladies associées au VIH¹. Cet état de fait a entraîné une modification des structures sociales, d'où une réduction de la capacité d'assurer une nutrition adéquate au profit des nourrissons et des enfants et de leur prodiguer les soins appropriés.

À l'heure actuelle, 42 pour cent de tous les enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance, et 40 à 60 pour cent d'entre eux courent le risque de subir une altération du développement de leurs capacités cognitives à cause de carences en micronutriments². Le retard de croissance est en partie dû à l'insécurité alimentaire à laquelle sont exposés les ménages, qui s'aggrave pendant la saison de soudure, entre janvier et mars, période pendant laquelle un tiers des ménages ont du mal à subvenir à leurs besoins alimentaires et à assurer à leurs enfants une alimentation appropriée. La situation est particulièrement préoccupante dans la région montagneuse et dans le district de Berea, à l'ouest du pays.

Le présent projet de développement viendra en aide à plus de 200 000 bénéficiaires. Il s'agit du premier projet de développement du PAM au Lesotho à être axé exclusivement sur la lutte contre la malnutrition chronique. Il s'inscrit dans le cadre du premier programme conjoint d'appui à la nutrition des Nations Unies, qui appuiera les résultats 1, 2 et 3 du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement pour 2008–2012. Il concorde avec les politiques et programmes mis en œuvre par le Gouvernement pour lutter contre la vulnérabilité, qui sont présentés dans le Plan de développement national 2008–2012, et s'inspire des enseignements tirés des missions conjointes des Nations Unies menées en mars et avril 2010.

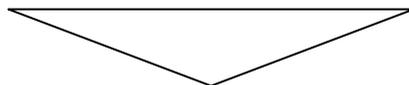
L'objectif de ce projet est de prévenir et de réduire la malnutrition chez les groupes vulnérables dans les quatre districts le plus durement touchés par la malnutrition chronique, en s'employant: i) à améliorer la prise en charge de la malnutrition aiguë; ii) à favoriser la croissance et le développement des enfants, en s'attachant en particulier à réduire le retard de croissance et les carences en micronutriments; iii) à améliorer les pratiques nutritionnelles et sanitaires; et iv) à renforcer les capacités des personnes chargées d'élaborer et de gérer les programmes nationaux visant à améliorer la nutrition.

¹ Examen annuel conjoint mené en 2009 par le Ministère de la santé et des affaires sociales.

² Enquête nationale sur la nutrition, 2007/08.

Le projet répond aux Objectifs stratégiques 4 et 5 du PAM³, et aidera le Lesotho à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement 1, 4, 5 et 6⁴.

PROJET DE DÉCISION*



Le Conseil approuve le projet de développement Lesotho 200169 "Appui nutritionnel aux enfants souffrant de malnutrition et aux autres groupes vulnérables", (WFP/EB.2/2010/9-A/2) proposé, sous réserve que les ressources nécessaires soient disponibles.

³ Objectif stratégique 4 – Réduire la faim chronique et la dénutrition; et Objectif stratégique 5 – Renforcer la capacité des pays de lutter contre la faim, notamment grâce à une stratégie de transfert des responsabilités et aux achats locaux.

⁴ Objectifs du Millénaire pour le développement: 1 – Réduire l'extrême pauvreté et la faim; 4 – Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans; 5 – Améliorer la santé maternelle; et 6 – Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

* Ceci est un projet de décision. Pour la décision finale adoptée par le Conseil, voir le document intitulé "Décisions et recommandations" publié à la fin de la session du Conseil.

ANALYSE DE LA SITUATION

1. Le Lesotho compte moins de 2 millions d'habitants⁵. La partie occidentale du pays, où se situent la capitale et les zones urbaines, se compose de plaines et de zones de basse altitude, tandis que la partie orientale est montagneuse et se caractérise par des infrastructures et des moyens de communication insuffisants et des terres arables rares et souvent endommagées par l'érosion. Dans l'est, l'accès aux marchés est difficile, les activités génératrices de revenus sont rares et la marginalisation est plus marquée qu'à l'ouest du pays du point de vue du capital humain, physique et politique.
2. Bien que le Lesotho produise moins de la moitié des aliments de base dont il a besoin, l'accès aux produits alimentaires est généralement garanti grâce à des liens efficaces avec les marchés et à une bonne implantation du secteur privé. Pendant de nombreuses années, les importations de produits alimentaires ont été largement financées par les envois de fonds de mineurs travaillant en Afrique du Sud, mais le montant de ces envois ne représente plus désormais qu'une part minime de ce qu'il était dix ans auparavant. En outre, le Gouvernement doit faire face à une crise économique due à une baisse importante des recettes de l'Union douanière d'Afrique australe⁶, des exportations et du revenu intérieur.
3. Le produit intérieur brut par habitant est passé de 3 200 dollars en parité du pouvoir d'achat en 2005 à 1 400 dollars en 2009. Avec un coefficient de Gini de 0,63, le revenu national du Lesotho se classe au deuxième rang des revenus le plus inégalement répartis au monde. La pauvreté et l'insécurité alimentaire des ménages demeurent élevées, près du quart de tous les ménages du pays étant exposés à l'insécurité alimentaire. En 2009, à l'issue d'une récolte particulièrement mauvaise, la proportion de personnes nécessitant une aide extérieure pour subvenir à leurs besoins fondamentaux a été estimée à 23 pour cent⁷.
4. Le Lesotho occupe le 156^{ème} rang sur 182 pays répertoriés au classement de l'indice de développement humain 2009 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). En 2008, l'espérance de vie à la naissance était de 45 ans⁸, et en 2009, la mortalité maternelle est passée à 972 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les taux de retard de croissance sont extrêmement élevés, avec une moyenne nationale d'environ 42 pour cent⁹, et 49 pour cent des enfants sont anémiés. La prévalence de l'insuffisance pondérale sur le plan national est de 14 pour cent, et 13 pour cent de tous les enfants présentent un poids insuffisant à la naissance.
5. La forte prévalence du VIH a une profonde incidence sur le potentiel de développement du Lesotho. Bien que son taux ait diminué, passant à environ 24 pour cent¹⁰ après avoir

⁵ Le recensement de 2006 a dénombré 1 876 633 habitants.

⁶ L'Union partage les recettes entre ses membres, parmi lesquels figurent le Swaziland, le Lesotho et la Namibie, principalement dans le but de promouvoir le développement économique en coordonnant les échanges commerciaux à l'échelle régionale.

⁷ Comité d'évaluation de la vulnérabilité du Lesotho et Autorité chargée de la gestion des catastrophes. Lesotho Food Security and Vulnerability Monitoring Report (Rapport de suivi de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité au Lesotho 2009). Maseru.

⁸ Programme des Nations Unies pour le développement. *Rapport mondial sur le développement humain, 2009*. New York.

⁹ Les chiffres les plus récents proviennent de l'Enquête sur la nutrition au Lesotho, menée entre novembre et décembre 2007.

¹⁰ Ministère de la santé et des affaires sociales. Lesotho 2010. Maseru.

atteint un pic de 31 pour cent en 2001, il s'agit toujours du troisième le plus élevé au monde. Pour l'année 2007, les estimations du taux brut de mortalité dans les 10 districts du pays ont montré que celui-ci dépassait les seuils d'urgence dans deux districts et atteignait des niveaux inacceptables dans cinq autres; le rapport de dépendance augmente, ce qui grève les ressources des ménages¹¹.

6. D'après une enquête démographique et sanitaire menée en 2004, la malnutrition chronique et l'anémie ferriprive ont des causes multiples, telles que les mauvaises pratiques s'agissant de l'alimentation des enfants en bas âge, la maladie et les problèmes de santé, et enfin l'insécurité alimentaire des ménages.
7. En 2009, seuls 68 pour cent des enfants de moins de 2 ans avaient reçu tous les vaccins nécessaires, contre 80 pour cent en 2008. Quinze pour cent des mères seulement pratiquent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, et l'introduction d'aliments complémentaires adéquats est retardée pour 30 pour cent des enfants. Les apports en protéines sont insuffisants: seuls 25 pour cent des enfants âgés de 23 mois consomment des légumes secs, et un tiers seulement des protéines animales¹². Les maladies associées au VIH ont entraîné le décès de nombreux parents, et les enfants se retrouvent à la charge de grands-parents qui ont rarement les moyens de leur assurer une nutrition adéquate et de leur prodiguer les soins voulus.
8. Chez les enfants, le retard de croissance est le résultat irréversible de troubles de la croissance, lent et long processus cumulatif déclenché par l'association d'une nutrition inadaptée à une maladie récurrente ou chronique. En plus de nuire à la santé et au bien-être de l'enfant, le retard de croissance limite son potentiel intellectuel et sape le développement économique en général. Au niveau national, le taux de prévalence du retard de croissance est de 42 pour cent, mais il varie nettement d'un district à l'autre. Il atteint son maximum dans les districts de Mokhotlong, Qacha's Nek et Thaba-Tseka de la région montagneuse, et dans le district de Berea dans les zones de basse altitude et les plaines, où il oscille entre 46 et 55 pour cent. Il est en outre multiplié par deux entre le moment où les enfants sont âgés de 6 à 11 mois (21 pour cent) et celui où ils ont entre 18 et 23 mois (50 pour cent environ). Cette tendance se maintient jusqu'à l'âge de 5 ans, ce qui signifie qu'un enfant sur deux au Lesotho risque de souffrir d'un retard de croissance et de décéder prématurément. Le retard de croissance est aggravé par l'anémie ferriprive, dont le taux le plus élevé - 63 pour cent - est enregistré dans les quatre mêmes districts¹³.
9. Bien que le taux de malnutrition aiguë modérée n'atteigne généralement pas des niveaux alarmants, celui de malnutrition aiguë globale oscille actuellement entre 2 et 3 pour cent⁹, et des rapports faisant état de taux de mortalité élevés chez les enfants souffrant de malnutrition grave ont poussé le Ministère de la santé et des affaires sociales à mettre en place un programme d'alimentation pour lutter contre la malnutrition aiguë grave et modérée. Toutefois, les centres sanitaires ne conservant aucune trace de la couverture ni des effets directs des activités menées, il est impossible de se faire une idée des progrès accomplis ou des résultats obtenus.

¹¹ Owusu-Ampomah, Naysmith, S. et Rubincam, C. 2009. Reviewing Emergencies in HIV and AIDS-Affected Countries in Southern Africa: Shifting the Paradigm in Lesotho. (Étude des situations d'urgence dans les pays d'Afrique australe touchés par le VIH et le sida: évolution des mentalités au Lesotho). Commission nationale de lutte contre le sida. Maseru.

¹² Tous les chiffres sont issus de l'enquête démographique et sanitaire de 2004, source des informations les plus récentes disponibles.

¹³ Selon les résultats du recensement de 2006, ces quatre districts comptent au total 550 000 habitants.

10. D'après le Ministère de la santé et des affaires sociales, 22 pour cent des décès d'enfants sont imputables à la malnutrition¹ et 56 pour cent des décès d'enfants de moins de 5 ans sont attribués à des maladies associées au VIH¹¹. On observe également fréquemment des cas de malnutrition aiguë modérée chez des adultes se trouvant à un stade avancé du sida¹⁴, ce qui compromet leur récupération. La coinfection tuberculose/VIH est répandue, et environ 80 pour cent des patients atteints de tuberculose sont également contaminés par le VIH; le Lesotho se classe au deuxième rang mondial pour ce qui est de l'incidence de la tuberculose (640 cas pour 100 000 personnes)¹. Soixante-deux mille patients bénéficient d'une thérapie antirétrovirale, soit environ 51 pour cent des personnes qui en ont besoin¹⁵.
11. Le Gouvernement est déterminé à combattre la tuberculose et le VIH. En 2004, il a adopté une approche intégrée qui prévoyait une programmation commune à tous les niveaux et la fourniture de services intégrés dans les établissements de santé. D'importants progrès ont été faits pour ce qui est de dispenser un traitement antirétroviral et d'offrir une assistance alimentaire aux personnes vivant avec le VIH, mais ces efforts ont pâti des défaillances des systèmes de suivi.
12. Au Lesotho, la prise en charge de la malnutrition est morcelée entre de nombreuses structures gouvernementales et leurs partenaires; les acteurs principaux sont le Ministère de la santé et des affaires sociales, le Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire, et le Bureau de coordination de l'alimentation et de la nutrition, qui dépend des services du Premier Ministre. Du point de vue de la collecte et de l'analyse de données, le suivi de la nutrition est particulièrement déficient. Aucune intervention appropriée n'est prévue pour traiter la malnutrition chronique, notamment les carences en micronutriments.

COOPÉRATION PASSÉE ET ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

13. Depuis 2002, les programmes du PAM au Lesotho comprennent des interventions de secours et de redressement de grande ampleur destinées à faire face à la triple menace que représentent l'insécurité alimentaire, la fragilité du dispositif de gouvernance et la prévalence du VIH. L'intervention prolongée de secours et de redressement la plus récente (IPSR 105990) applique une approche axée sur la protection sociale, notamment pour ce qui est de répondre aux besoins des ménages et des communautés touchés par le VIH.
14. Un soutien à l'enseignement primaire axé sur le développement est en place au Lesotho depuis 1966. Le PAM a renouvelé son partenariat avec le Gouvernement pour promouvoir une plus grande prise en main des programmes par le pays sur les plans financier et administratif. En 2009, une évaluation décentralisée du programme d'alimentation scolaire a établi que le PAM avait œuvré de manière constructive avec le Gouvernement tant au niveau central qu'à celui des districts. Les stratégies de retrait et de transfert des responsabilités ont été considérées comme constituant une évolution positive.
15. Le Gouvernement accorde la priorité à la protection sociale. Il administre un régime de retraite universelle et met en œuvre un programme national intégré de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant, qui prévoit aussi des soins pour les enfants en centres préscolaires. Le Ministère de l'éducation et de la formation est chargé de

¹⁴ On ne dispose pas de données pour le Lesotho, mais les informations provenant d'autres pays d'Afrique australe donnent à penser que le taux de malnutrition chez les patients adultes qui entament une thérapie antirétrovirale varie entre 15 et 30 pour cent.

¹⁵ Rapport annuel de 2009 de la Commission nationale de lutte contre le sida sur les mesures prises à l'échelle nationale pour lutter contre le VIH et le sida.

financer et de mettre en œuvre dans tout le pays des programmes d'alimentation scolaire dans les établissements du primaire. Il étudie la possibilité de lancer des interventions d'appui à la nutrition dans les centres de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant dont il a la charge. Le Gouvernement s'est expressément engagé à continuer de soutenir le secteur de la nutrition.

STRATÉGIE DU PROJET

16. Le présent projet de développement vise 200 000 bénéficiaires. Il s'agit du premier projet de développement du PAM au Lesotho exclusivement axé sur la lutte contre la malnutrition chronique. Il contribue au premier programme conjoint d'appui à la nutrition des Nations Unies par le biais des résultats 1, 2 et 3 du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) pour 2008–2012. Le projet a été établi compte tenu des recommandations formulées à l'issue des missions menées par des organismes des Nations Unies entre mars et mai 2010 et des résultats de l'examen de documents clés¹⁶. Il concorde avec les politiques et programmes gouvernementaux de lutte contre la vulnérabilité énoncés dans le Plan de développement national pour 2008–2012.
17. Le PNUAD en cours prendra fin en décembre 2012, et tous les organismes des Nations Unies harmoniseront leurs projets respectifs avec le nouveau Plan-cadre, qui débutera en janvier 2013. Le présent projet s'achèvera donc en décembre 2012. En fonction des ressources disponibles et des résultats de l'évaluation qui sera menée, une deuxième phase pourra être proposée, pour démarrer en 2013.
18. L'objectif global du projet de développement est de prévenir et de réduire la malnutrition dans les groupes vulnérables de quatre districts.
19. Les effets directs visés sont les suivants:
 - i) améliorer le bien-être nutritionnel de la population ciblée;
 - ii) hausser le taux de survie des adultes et des enfants infectés par le VIH après 6 et 12 mois de traitement antirétroviral;
 - iii) accroître le succès du traitement contre la tuberculose chez les patients ciblés; et
 - iv) progresser vers la mise en œuvre de solutions nationales au problème de la faim.
20. Le projet contribuera à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 1, 4, 5 et 6, et il est conforme à la politique gouvernementale relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Le Gouvernement a également approuvé la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant énoncée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa Résolution 55.25 de mai 2002, qui vise à améliorer l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge.
21. Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida (2006–2011) met l'accent sur l'importance du rôle joué par la nutrition pour enrayer la progression du VIH et du sida, et de l'intégration d'un appui nutritionnel au traitement proposé, comprenant un apport en micronutriments, pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH en réduisant la mortalité et la morbidité.

¹⁶ Enquête nationale sur la nutrition de 2007, Enquête sur la santé de l'enfant de 2010, Enquête démographique et sanitaire de 2004, Politique nationale en matière de nutrition (2009), Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida (2006–2011).

22. Le projet combattra la malnutrition, notamment les carences en micronutriments, dans les districts où le taux de retard de croissance est élevé chez les enfants de moins de 5 ans, et visera à remédier aux problèmes nutritionnels de groupes parmi lesquels figurent les femmes enceintes et les mères allaitantes. Il ciblera trois districts des zones montagneuses – Mokhotlong, Qacha's Nek et Thaba-Tseka – où la prévalence du retard de croissance est de 50 pour cent en moyenne, et le district de Berea dans les plaines.
23. Le projet adoptera une approche globale axée sur l'alimentation, avec des interventions curatives et préventives pour traiter les problèmes nutritionnels qui touchent les enfants et les adultes, tout en incitant les ménages et les communautés à adopter des pratiques nutritionnelles saines. Compte tenu de la profonde incidence du VIH et de la tuberculose sur le bien-être nutritionnel des mères, des enfants et des adultes, les activités sont associées quand cela est possible à une sensibilisation générale aux maladies, à des tests de dépistage et à une formation pour apprendre à mieux vivre avec le VIH.
24. Les activités menées dans le cadre du projet viseront à:
 - i) améliorer la prise en charge de la malnutrition aiguë;
 - ii) favoriser la croissance et le développement des enfants, en s'attachant en particulier à réduire le retard de croissance et les carences en micronutriments;
 - iii) améliorer les pratiques nutritionnelles et sanitaires; et
 - iv) renforcer les capacités des personnes chargées d'élaborer et de gérer les programmes nationaux visant à améliorer la nutrition.

Activité I: Améliorer la prise en charge de la malnutrition aiguë

25. Le PAM travaillera en partenariat avec le Ministère de la santé et des affaires sociales et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour favoriser la récupération nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des mères allaitantes souffrant de malnutrition, ainsi que des personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose en début de traitement antirétroviral ou de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), respectivement. Le PAM fournira des rations alimentaires complémentaires qui seront distribuées par des cliniques et des dispensaires afin de répondre aux besoins nutritionnels des groupes ciblés atteints de malnutrition aiguë modérée; l'UNICEF pourvoira au traitement des enfants souffrant de malnutrition grave.
26. Les activités de récupération nutritionnelle seront liées à des services de santé tels que la prise en charge intégrée des maladies infantiles, y compris grâce à des traitements antirétroviraux pédiatriques, et l'offre d'un traitement antirétroviral ou DOTS aux adultes, assortis d'une supplémentation en micronutriments. La supplémentation alimentaire fera partie des services minimums offerts. Le personnel sanitaire ayant déjà beaucoup de travail, les produits alimentaires seront gérés par les partenaires coopérants et distribués chaque mois dans les centres sanitaires.
27. Les liens seront renforcés avec les programmes d'information à l'échelle des communautés et des foyers, afin d'améliorer la détection précoce des pertes de poids et de la malnutrition aiguë modérée et la détermination de ses causes et des moyens d'y remédier, et de promouvoir l'appui à la récupération à l'échelle des foyers. Les capacités du personnel des dispensaires et des agents sanitaires des villages seront renforcées grâce à des stages de formation et à la fourniture d'outils et de matériel, en partenariat avec le Ministère de la santé et des affaires sociales, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

28. Pendant les deux années que durera le projet, 4 200 femmes et enfants recevront des rations à emporter composées d'un mélange maïs-soja, de sucre et d'huile, jusqu'à ce qu'ils aient suffisamment récupéré – ce qui est généralement le cas au bout de trois mois. Les critères d'admission et de sortie s'appuient sur les directives du Lesotho pour la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, et prennent pour référence le périmètre brachial et le rapport poids-taille. Pendant quatre à six mois en moyenne, 3 200 adultes souffrant de malnutrition et sous traitement antirétroviral ou DOTS recevront chaque mois un mélange maïs-soja, conformément aux principes de base des programmes "Alimentation sur ordonnance" obéissant à des critères relatifs à l'indice de masse corporelle.

Activité II: Favoriser la croissance et le développement des enfants, en s'attachant en particulier à réduire le retard de croissance et les carences en micronutriments

29. Afin de veiller à ce que la croissance des enfants ne soit pas compromise durant la période de soudure allant de janvier à mars, le PAM fournira une supplémentation alimentaire à 58 500 enfants âgés de 6 à 23 mois; 45 000 femmes enceintes et mères allaitantes recevront également un supplément pendant cette période, pour favoriser la croissance des fœtus et des nourrissons. Des rations composées d'un mélange maïs-soja, d'huile et de sucre seront distribuées tous les mois sur les sites de distribution des conseils communautaires, où les partenaires coopérants dresseront des listes de bénéficiaires et gèreront les distributions. La qualité des régimes alimentaires fera l'objet d'un suivi pendant toute l'année afin de garantir un apport suffisant en macronutriments et micronutriments.
30. Cette activité cible également les enfants de 2 à 5 ans inscrits dans des centres de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant gérés par des bénévoles de la communauté sous les auspices du Ministère de l'éducation et de la formation. Des repas enrichis en micronutriments confectionnés avec du maïs enrichi, des légumes secs, de l'huile, du mélange maïs-soja et du sucre seront fournis à 30 600 enfants deux fois par jour, 180 jours par an, répondant ainsi à 80 pour cent de leurs besoins en micronutriments. L'UNICEF appuie le Ministère de l'éducation et de la formation en installant des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement et en fournissant du matériel pédagogique au profit des écoliers, dont ceux allant dans les centres de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant. L'assistance alimentaire du PAM se composera d'aliments secs, et l'on étudiera comment travailler avec les jardins communautaires devant être créés dans le cadre de l'activité III en vue d'introduire des produits frais dans les repas quotidiens des enfants et contribuer ainsi à améliorer l'équilibre alimentaire et à familiariser les enfants avec toute une gamme de fruits et de légumes.
31. Le fait de réunir les enfants, les femmes enceintes et les mères allaitantes dans des lieux centraux permet de leur enseigner de meilleures pratiques sanitaires et nutritionnelles et de mieux gérer, au sein de ces groupes cibles, les plus graves problèmes nutritionnels, comme le retard de croissance et les troubles liés aux carences en micronutriments. Les bénéficiaires pourront également accéder à des services de santé comme la vaccination et la distribution de gélules de vitamine A, de pilules vermifuges et de suppléments en fer et en folate.

Activité III: Améliorer les pratiques nutritionnelles et sanitaires

32. Cette activité vise à améliorer les pratiques des communautés en matière d'alimentation et de soins, à définir les besoins nutritionnels spéciaux et à y répondre, et à appuyer la récupération nutritionnelle le cas échéant.

33. Dans les quatre districts, le programme d'éducation nutritionnelle suivra la méthode dite de la "déviance positive"¹⁷. Il ciblera tous les soignants de la communauté – mères, pères, professeurs, etc. – et la formation sera axée sur les pratiques alimentaires touchant les nourrissons et les jeunes enfants, et sur l'alimentation adéquate à fournir aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux personnes ayant des besoins nutritionnels spéciaux, comme celles vivant avec le VIH ou atteintes de la tuberculose.
34. Cette activité sera menée par des agents sanitaires des villages ayant suivi une formation, qui mobiliseront et autonomiseront les ménages et les communautés afin de leur inculquer les connaissances nutritionnelles nécessaires à une vie saine et de leur faire adopter les pratiques correspondantes. Les agents sanitaires des villages recevront un modeste assortiment alimentaire à base de maïs en rétribution du temps et des efforts qu'ils auront consacrés au travail communautaire. Leur engagement accru dans les communautés devrait contribuer à améliorer l'identification précoce des cas de malnutrition aiguë et la prise en charge des personnes concernées.
35. Étant donné que les maladies chroniques des adultes ont une profonde influence sur les soins et les moyens de subsistance des ménages, et que les ménages sur lesquels pèsent une trop lourde charge n'offrent pas un environnement propice au rétablissement des personnes vivant avec le VIH ou atteintes de la tuberculose en début de traitement, les ménages recevront une aide alimentaire, sous forme de rations composées de maïs, de légumes secs et d'huile pour cinq personnes, dont le patient, pendant la durée de la récupération, en complément des suppléments nutritionnels fournis dans le cadre de l'activité I. Cette enveloppe couvre la moitié des besoins fondamentaux quotidiens des ménages et contribuera à améliorer la consommation alimentaire de ceux-ci et à faciliter le traitement et la récupération nutritionnelle des personnes atteintes de maladies chroniques.
36. Le PAM travaillera avec le Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire et le Ministère des forêts et de la mise en valeur des terres ainsi qu'avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) pour créer des jardins communautaires. Ceux-ci favoriseront les bonnes pratiques nutritionnelles et la diversité alimentaire en offrant la possibilité de mettre en pratique les connaissances sur la nutrition acquises dans le cadre des séances éducatives. Les jardins seront créés et entretenus par des membres de la communauté appartenant à des ménages ayant à charge des personnes bénéficiant des activités I et II, et à d'autres ménages vulnérables sélectionnés par les conseils communautaires. Les ménages seront sélectionnés au regard de leur situation socio-économique, de leur accès à la terre, de leur intérêt vis-à-vis de cette activité et de leur degré d'exposition à l'insécurité alimentaire.
37. Les personnes participant directement à l'entretien des jardins recevront un assortiment alimentaire destiné au ménage et couvrant la moitié des besoins alimentaires quotidiens de base – maïs, légumes secs et huile végétale – de cinq personnes; les personnes ayant besoin d'un régime plus diversifié recevront aussi des produits des potagers. Les jardins serviront à illustrer les meilleures pratiques agricoles et horticoles, que les ménages pourront ensuite reproduire sur leur propre terre, au moyen de leurs avoirs productifs. L'assistance alimentaire durera de trois à six mois.

¹⁷ Il s'agit d'une approche fondée sur les avoirs et la résolution des problèmes, prise en main par la communauté, qui permet à cette dernière de trouver des comportements et des stratégies efficaces et d'élaborer un plan d'action pour inciter toutes les personnes concernées à les adopter.

38. L'activité relative aux jardins communautaires s'appuiera sur les enseignements tirés de la création de pépinières d'arbres fruitiers, de vergers et de potagers par des groupes de personnes vivant avec le VIH et leur famille, dans le cadre de l'IPSR 10599.

Activité IV: Renforcer les capacités des personnes chargées d'élaborer et de gérer les programmes nationaux visant à améliorer la nutrition

39. Les activités I, II et III contribueront à l'Objectif stratégique 5 du PAM en appuyant le renforcement des capacités s'agissant de la prestation de services de santé et en fournissant des modèles qui permettront de transposer dans d'autres districts les mesures prises. Le projet mettra également en œuvre, dans le cadre de l'activité IV, deux initiatives visant à promouvoir les solutions nationales au problème de la faim: le renforcement des systèmes d'information nutritionnelle et l'appui à l'enrichissement des aliments.
40. Le système national de surveillance nutritionnelle sera renforcé en partenariat avec le Ministère de la santé et des affaires sociales, le Bureau de coordination de l'alimentation et de la nutrition et l'UNICEF, dans le but d'améliorer la gestion des données liées à la nutrition. L'appui apporté consistera notamment à assurer une surveillance grâce à la collecte, l'analyse et l'interprétation de données concernant les taux de malnutrition et d'autres indicateurs nutritionnels, tâche qui incombe pour l'heure au Bureau de coordination de l'alimentation et de la nutrition, et à collecter des données et à administrer les informations issues des interventions nutritionnelles, ce dont s'occupe actuellement le Ministère de la santé et des affaires sociales.
41. Les programmes médicaux disposent de systèmes informatiques pour enregistrer les patients et assurer le suivi de leur état, ce qui permet de bien gérer les dossiers et d'évaluer les résultats. On va étudier la possibilité d'intégrer à ces systèmes des informations sur la nutrition, afin de mieux gérer la maladie et l'état nutritionnel des patients, mais aussi d'exploiter ces renseignements lors de la conception et de la mise en œuvre de nouveaux programmes.
42. La campagne nationale d'enrichissement des aliments contribuera à améliorer l'apport en micronutriments dans tout le pays. Elle sera axée sur l'élaboration de politiques et de normes adaptées aux situations locales, aux modes de consommation, aux considérations de coût, aux capacités industrielles et à celles des détaillants, et aux mécanismes de contrôle et de suivi. Le PAM appuiera les études et favorisera les consultations d'experts menées par les parties prenantes à l'enrichissement des aliments, en collaboration avec l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) et l'UNICEF.
43. La stratégie de mise en œuvre vise à viabiliser au maximum toutes les interventions en créant des liens entre les différentes activités et avec d'autres interventions. Le positionnement du projet de développement du PAM au sein d'un programme conjoint des Nations Unies d'appui à la nutrition élargi renforcera son efficacité, grâce au soutien technique complémentaire apporté par d'autres organismes des Nations Unies, en particulier l'UNICEF et l'OMS.
44. Le PAM et d'autres organismes des Nations Unies travailleront avec le Ministère de la santé et des affaires sociales au renforcement des capacités techniques et administratives, y compris des effectifs, au profit des programmes d'alimentation et de l'intégration d'un appui nutritionnel au traitement contre le VIH et la tuberculose.
45. Le Ministère de l'éducation et de la formation est déterminé à prendre progressivement en main la fourniture de repas aux enfants inscrits dans les centres de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant. Le Ministère des finances et de la

planification du développement entend quant à lui se charger de distribuer une supplémentation alimentaire généralisée aux enfants de moins de 2 ans, dans le cadre des filets de protection sociale du Lesotho. L'éducation nutritionnelle et le soutien aux jardins communautaires et particuliers visent à modifier durablement les comportements des ménages, y compris après la fin des activités relevant du projet. Parmi les propositions de financement présentées au Fonds mondial figurera un projet concernant l'intégration d'un appui alimentaire et nutritionnel pour les personnes vivant avec le VIH ou atteintes de la tuberculose dans un dispositif thérapeutique global.

TABLEAU 1: NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES, PAR TYPE D'ACTIVITÉ			
	Bénéficiaires		
Activité	Hommes/garçons	Femmes/filles	Total
Activité 1: Améliorer la prise en charge de la malnutrition aiguë			
Supplémentation alimentaire: enfants de moins de 5 ans	1 360	1 440	2 800
Supplémentation alimentaire: femmes enceintes et mères allaitantes	-	1 400	1 400
Supplémentation alimentaire: patients sous traitements antirétroviral et DOTS	6 220	6 580	12 800
Activité 2: Favoriser la croissance et le développement des enfants, en s'attachant en particulier à réduire le retard de croissance et les carences en micronutriments			
Supplémentation alimentaire généralisée: enfants de moins de 2 ans	28 430	30 070	58 500
Supplémentation alimentaire généralisée: femmes enceintes et mères allaitantes	-	45 000	45 000
Nutrition et petite enfance: enfants de 2 à 5 ans	14 870	15 730	30 600
Activité 3: Améliorer les pratiques nutritionnelles et sanitaires			
Agents sanitaires des villages	-	2 800	2 800
Jardins communautaires	4 410	4 670	9 080
Appui à la famille des patients suivant un traitement antirétroviral ou DOTS	31 100	32 900	64 000
TOTAL	80 170	134 010	214 180¹⁸

Note: L'activité IV n'a pas de bénéficiaires directs.

¹⁸ Les patients qui suivent un traitement antirétroviral ou DOTS qui bénéficient de la supplémentation alimentaire recevront également la ration familiale correspondant à leur traitement, mais ils ne sont comptabilisés qu'une seule fois pour l'ensemble du projet.

TABLEAU 2: RATIONS ALIMENTAIRES, PAR ACTIVITÉ (g/personne/jour)

Produits alimentaires	Activité I		Activité II		Activité III		
	Supplémentation alimentaire: enfants de moins de 5 ans, et femmes enceintes et mères allaitantes	Supplémentation alimentaire: patients sous traitement antirétroviral ou DOTS	Supplémentation alimentaire généralisée: enfants de moins de 2 ans, et femmes enceintes et mères allaitantes	Nutrition et petite enfance: enfants de 2 à 5 ans	Agents sanitaires des villages	Appui aux ménages dont un membre est sous traitement antirétroviral ou DOTS	Jardins communautaires
Farine de maïs	-	-	-	120	400	200	200
Légumes secs	-	-	-	25	-	60	60
Huile	20	-	20	15	-	20	20
Mélange maïs-soja	200	250	200	60	-	-	-
Sucre	15	-	15	10	-	-	-
TOTAL	235	250	235	230	400	280	280
Nombre total de kcal/jour	1 037	1 000	893	936	1 464	1 110	1 110
% kcal d'origine protéique	13,9	18,0	13,9	11,1	9,3	10,5	10,5
% kcal d'origine lipidique	27,8	13,5	27,8	20,1	4,2	19,6	19,6

TABLEAU 3: TOTAL DES BESOINS EN PRODUITS ALIMENTAIRES, PAR ACTIVITÉ (en tonnes)

Produits alimentaires (g/personne/jour)	Activité I		Activité II		Activité III			TOTAL
	Supplémentation alimentaire: enfants de moins de 5 ans, et femmes enceintes et mères allaitantes	Supplémentation alimentaire: patients sous traitement antirétroviral ou DOTS	Supplémentation alimentaire généralisée: enfants de moins de 2 ans, et femmes enceintes et mères allaitantes	Nutrition et petite enfance: enfants de 2 à 5 ans	Agents sanitaires des villages	Appui aux ménages dont un membre est sous traitement antirétroviral ou DOTS	Jardins communautaires	Total (en tonnes)
Farine de maïs	-	-	-	734	806	2 304	2 304	6 148
Légumes secs	-	-	-	153	-	692	692	1 537
Huile	30	-	248	92	-	230	230	830
Mélange maïs-soja	302	576	2 484	367	-	-	-	3 729
Sucre	23	-	186	62	-	-	-	271
TOTAL	355	576	2 918	1 408	806	3 226	3 226	12 515

Note: L'activité IV ne comporte pas de distribution de vivres.

GESTION, SUIVI ET ÉVALUATION

46. Le projet sera géré par le PAM en collaboration avec le programme conjoint d'appui à la nutrition des Nations Unies et dans le cadre de l'initiative Unité d'action des Nations Unies. Le programme conjoint est supervisé par le Comité directeur des Nations Unies, que président ensemble le Ministre des finances et de la planification du développement et le Coordonateur résident et qui compte dans ses rangs des responsables d'organismes des Nations Unies et de ministères.
47. Le PAM engagera un spécialiste international du suivi et de l'évaluation, qui aura à concevoir et gérer des systèmes informatiques qui permettront d'assurer un suivi adéquat du projet et de disposer de renseignements plus fiables à l'appui des politiques, des stratégies et de la prise de décisions liées au programme; ce spécialiste fera bénéficier ses homologues gouvernementaux de ses méthodes et de ses connaissances. Des efforts seront faits pour établir des mécanismes de collecte d'informations et de consolidation à partir des systèmes existants et compte tenu des capacités, rôles et responsabilités des fonctionnaires gouvernementaux.
48. Les vivres seront livrés à l'Unité gouvernementale de gestion des produits alimentaires de Maseru, qui les livrera aux unités correspondantes dans les districts; le PAM allouera des subsides à cette fin. Les unités des districts achemineront ensuite les vivres jusqu'aux points de distribution, à la demande du PAM. Les partenaires coopérants gèreront et superviseront les distributions de vivres et appuieront les autres activités destinées à améliorer la nutrition, comme la création de jardins communautaires. Le PAM travaille actuellement avec quatre partenaires coopérants: World Vision International, la Société de la Croix-Rouge du Lesotho, Catholic Relief Services et Patriot Vision in Action.
49. Les responsables du suivi sur le terrain en poste dans les bureaux extérieurs situés dans les trois districts des zones montagneuses assureront le suivi post-distribution. Le bureau de Maseru couvrira le district de Berea.
50. Les renseignements concernant les effets directs seront tirés des systèmes d'information sur la santé et la nutrition utilisés d'ordinaire, d'activités de suivi menées régulièrement et d'enquêtes thématiques axées sur l'évolution des comportements.
51. Des données de référence seront collectées au deuxième semestre de 2010. Le processus sera examiné à la fin de la première année, afin que les administrateurs puissent prendre des décisions éclairées concernant la deuxième année et que l'on dispose d'informations de base sur l'impact du projet en vue de l'élaboration d'une éventuelle deuxième phase. Les évaluations prendront en considération le programme conjoint d'appui à la nutrition des Nations Unies dans son ensemble, étudiant en particulier l'intégration des divers organismes et composantes. Une équipe interorganisations effectuera cet examen, avec l'appui d'un chef d'équipe extérieur.
52. Pour mettre en œuvre le projet, le PAM fera fond sur les capacités logistiques existantes et sur son partenariat avec l'Unité gouvernementale de gestion des produits alimentaires. Les ressources techniques nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des activités liées à la nutrition seront fournies par le bureau de pays et le bureau régional du PAM, ainsi que par les autres organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales avec lesquels le PAM travaille en partenariat au Lesotho.

ANNEXE I-A

VENTILATION DES COÛTS DU PROJET			
Produits alimentaires¹	Quantité (en tonnes)	Valeur (en dollars)	Valeur (en dollars)
Céréales	6 149	1 619 901	
Légumes secs	1 535	793 802	
Huile et matières grasses	831	914 364	
Aliments composés et mélanges	3 730	1 930 254	
Autres	270	187 086	
Total, produits alimentaires	12 515	5 445 408	5 445 408
Transport extérieur			434 810
Transport terrestre, entreposage et manutention			1 597 698
Autres coûts opérationnels directs			475 648
Coûts d'appui directs ² (voir annexe I-B)			1 201 800
Total, coûts directs pour le PAM			9 155 364
Coûts d'appui indirects (7,0 pour cent) ³			640 875
COÛT TOTAL POUR LE PAM			9 796 239

¹ Il s'agit d'un assortiment alimentaire indicatif utilisé à des fins d'établissement du budget et d'approbation, dont la composition peut varier.

² Chiffre indicatif donné à titre d'information. Le montant alloué au titre des coûts d'appui directs est réexaminé chaque année.

³ Le taux de recouvrement appliqué aux coûts d'appui indirects pourra être modifié par le Conseil pendant la durée du projet.

ANNEXE I-B

COÛTS D'APPUI DIRECTS (en dollars)	
Dépenses de personnel	
Administrateurs recrutés sur le plan international	349 680
Administrateurs recrutés sur le plan national	196 000
Agents des services généraux recrutés sur le plan national	344 000
Voyages officiels du personnel	33 920
Total partiel	923 600
Dépenses récurrentes	
Location des locaux	40 000
Charges (électricité, etc.)	2 600
Fournitures de bureau et autres consommables	15 000
Communications et services informatiques	17 000
Entretien et frais d'exploitation des véhicules	105 000
Prestation de services d'organismes des Nations Unies	17 000
Total partiel	196 600
Dépenses de matériel et d'équipement	
Location des véhicules	81 600
Total partiel	81 600
TOTAL, COÛTS D'APPUI DIRECTS	1 201 800

ANNEXE II: CADRE LOGIQUE			
Résultats	Indicateurs de performance	Risques et hypothèses	Ressources nécessaires
<p>EFFET(s) DIRECT(s) DU PLAN-CADRE DES NATIONS UNIES POUR L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT (PNUAD)</p> <p>Les personnes, les organisations de la société civile et les organismes nationaux/locaux publics et privés ont la capacité d'offrir et de pérenniser un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, et d'atténuer l'impact de ce fléau</p> <p>Les institutions de district sont en mesure de fournir durablement des services de santé, d'éducation et de protection sociale de qualité</p> <p>Les institutions nationales sont en mesure d'appliquer des politiques et stratégies touchant le développement économique, la gestion de l'environnement et la sécurité alimentaire des ménages qui sont viables et favorables aux plus défavorisés, une attention particulière étant accordée aux groupes vulnérables, notamment les femmes, les jeunes (des deux sexes) et les personnes handicapées</p>	<p>Indicateurs de résultats du PNUAD</p> <p>Aptitude des institutions nationales et de district à réduire et à traiter les carences en micronutriments et la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 2 ans</p> <p>Renforcement des capacités à l'échelle du pays et des districts s'agissant de réduire la mortalité infantile liée à la malnutrition aiguë</p> <p>Renforcement de la capacité des institutions nationales et de district de préserver la santé, la nutrition et le bien-être des personnes vivant avec le VIH et des patients sous thérapie antirétrovirale ou sous traitement contre la tuberculose en situation d'insécurité alimentaire</p> <p>Accroissement de la capacité des institutions nationales de renforcer les systèmes de surveillance aux fins d'une gestion efficace des données nutritionnelles</p>		
Objectif stratégique 4: réduire la faim chronique et la dénutrition			
Objectif du projet de développement: Prévenir et réduire la malnutrition dans les groupes vulnérables des quatre districts les plus touchés par la malnutrition chronique			
<p>Effet direct 1.1</p> <p>Amélioration du bien-être nutritionnel de la population ciblée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 2 ans ciblés: rapport taille/âge, en % ➤ Prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants de 2 à 5 ans pris en charge par des centres de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant 	<p>Le partage des suppléments alimentaires au sein des ménages est limité</p> <p>Les centres sanitaires sont accessibles</p>	<p>Enquête de référence et enquête de fin de projet sur la nutrition, y compris les carences en micronutriments</p>

ANNEXE II: CADRE LOGIQUE			
Résultats	Indicateurs de performance	Risques et hypothèses	Ressources nécessaires
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicateurs de performance de la supplémentation alimentaire: taux de récupération, taux d'abandon, taux de mortalité, taux de non réaction – par groupe ciblé ➤ % de patients adultes sous traitement antirétroviral ou DOTS ayant un indice de masse corporelle < 18,5 au moment du lancement de l'aide alimentaire et dont ledit indice dépasse 18,5 lorsque l'aide alimentaire prend fin, par groupe cible 	Une aide médicale adéquate est disponible sous forme de médicaments et de personnel de santé formé au traitement antirétroviral et DOTS et au traitement d'autres maladies graves qui nuisent au bien-être nutritionnel	Enquête sur les connaissances, les comportements et les pratiques, tenant compte des habitudes alimentaires des groupes cibles sélectionnés
<p>Effet direct 1.2 Augmentation du taux de survie des adultes et des enfants atteints du VIH après 6 et 12 mois de traitement antirétroviral</p> <p>Effet direct 1.3 Accroissement du taux de réussite du traitement contre la tuberculose chez les personnes ciblées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pratiques alimentaires concernant les nourrissons et les enfants en bas âge: <ul style="list-style-type: none"> – allaitement exclusif – introduction d'une supplémentation alimentaire ➤ Scores de consommation alimentaire des ménages pour: <ul style="list-style-type: none"> – les ménages participant aux activités d'éducation nutritionnelle – les ménages prenant soin de patients sous traitement antirétroviral ou DOTS et bénéficiant d'une assistance alimentaire ➤ Proportion des enfants de 6 à 23 mois recevant des produits alimentaires appartenant à 4 groupes d'aliments au minimum ➤ % d'adultes et d'enfants atteints du VIH toujours sous traitement 6 et 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale ➤ % de personnes atteintes de tuberculose inscrites au programme DOTS pendant une année donnée ayant suivi le traitement jusqu'au bout 	Aucune situation d'extrême urgence pouvant avoir une incidence sur l'accès aux aliments de base des personnes et des ménages ciblés	<p>Suivi du programme, notamment utilisation des systèmes d'information sanitaire existants qui doivent être renforcés dans le cadre du présent projet</p> <p>Les résultats du programme seront étudiés au regard des normes internationales et des chiffres nationaux</p>



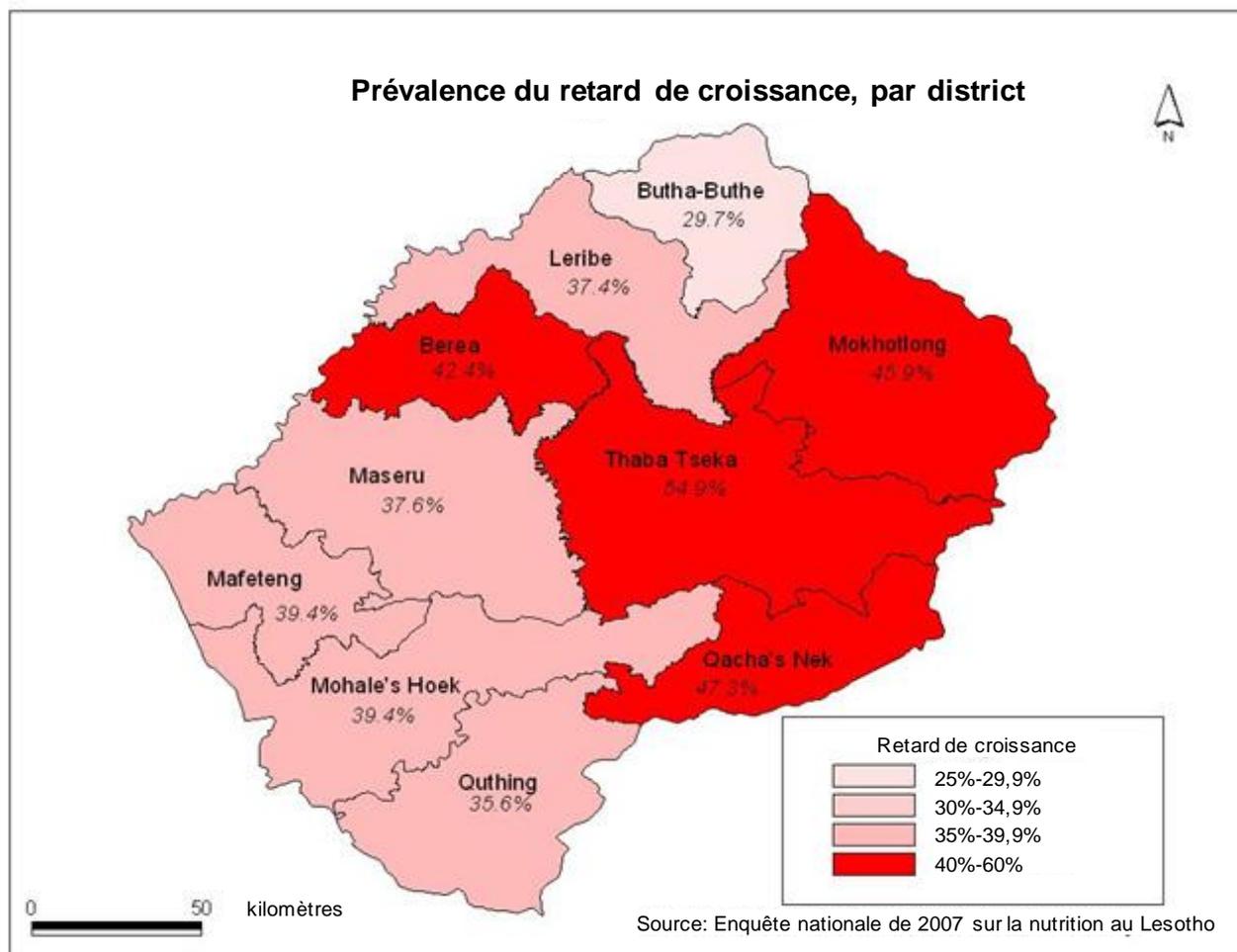
ANNEXE II: CADRE LOGIQUE			
Résultats	Indicateurs de performance	Risques et hypothèses	Ressources nécessaires
<p>Produit 1.1 Distribution de produits alimentaires et non alimentaires de qualité en quantité suffisante aux bénéficiaires ciblés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de bénéficiaires de la supplémentation alimentaire recevant des suppléments individuels: enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et mères allaitantes, patients sous traitement antirétroviral ou DOTS ➤ Nombre d'enfants et de femmes recevant une supplémentation alimentaire généralisée saisonnière ➤ Nombre d'enfants recevant des repas dans les centres de soins à la petite enfance et de développement du jeune enfant ➤ Nombre d'agents sanitaires des villages recevant une assistance alimentaire ➤ Nombre de bénéficiaires recevant une assistance alimentaire de par leur participation aux jardins communautaires ➤ Nombre de bénéficiaires recevant une assistance alimentaire à la faveur des activités de soutien aux patients sous traitement antirétroviral ou DOTS <p>Objectif: selon le tableau des bénéficiaires, toutes les personnes visées par catégorie et en % des chiffres prévus</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quantité de vivres distribués, en % des chiffres prévus, par type d'aliment et par catégorie 		Suivi post-distribution
<p>Produit 1.2 Agents sanitaires des villages formés ayant à leur disposition des outils et du matériel</p> <p>Produit 1.3 Activités d'éducation à la nutrition entreprises</p> <p>Produit 1.4 Nombre de jardins communautaires créés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre d'agents sanitaires des villages bénéficiant d'une aide pour renforcer leurs capacités <p>Objectif: 2 800</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de femmes, d'hommes, de filles et de garçons recevant une éducation à la nutrition, par catégorie et en % des chiffres prévus <p>Objectif: sera déterminé à l'issue de la collecte de données de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de jardins communautaires créés <p>Objectif: 5 000 bénéficiaires par an</p>		

ANNEXE II: CADRE LOGIQUE			
Résultats	Indicateurs de performance	Risques et hypothèses	Ressources nécessaires
Objectif stratégique 5: renforcer la capacité des pays de lutter contre la faim, notamment grâce à une stratégie de transfert des responsabilités et aux achats locaux			
Objectif du projet de développement: Prévenir et réduire la malnutrition dans les groupes vulnérables des quatre districts les plus touchés par la malnutrition chronique			
<p>Effet direct 2.1 Progrès vers la mise en œuvre de solutions nationales au problème de la faim</p> <p>Produit 2.1 Données sur la consommation alimentaire disponibles en vue de la prise de décisions au niveau national</p> <p>Produit 2.2 Concertations techniques facilitées entre le secteur privé et le Gouvernement</p> <p>Produit 2.3 Assistance technique fournie pour la gestion de l'information et documents d'orientation élaborés</p> <p>Produit 2.4 Formation à la gestion de l'information organisée et outils et matériel mis à disposition sur les sites sélectionnés pour la mise à l'essai</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soumission au Gouvernement de la politique nationale d'enrichissement de l'alimentation, pour approbation ➤ Élaboration et mise en œuvre du plan d'application de la surveillance nutritionnelle à titre d'essai sur des sites choisis ➤ Utilisation systématique à tous les niveaux des informations communiquées par les dispensaires ➤ Nombre d'enquêtes sur la consommation menées au niveau des districts <p>Objectif: 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de concertations organisées avec l'appui d'experts <p>Objectif: 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de missions d'examen technique et de consultations organisées <p>Objectif: 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de sites disposant des capacités voulues pour procéder à la surveillance ou ayant des capacités accrues en matière de gestion de l'information <p>Objectif: 20</p>	<p>Les structures gouvernementales sont prêtes et déterminées à lancer et renforcer des activités d'enrichissement de l'alimentation et de surveillance</p>	<p>Évaluation à mi-parcours et à la fin du projet avec les principaux homologues nationaux</p>



ANNEXE IV

Carte du Lesotho avec les zones opérationnelles (en grisé)



Note: Le projet cible les quatre districts où l'on relève les plus forts taux de retard de croissance.

Les appellations employées dans cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Programme alimentaire mondial aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

DOTS	traitement de brève durée sous surveillance directe
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
IPSR	intervention prolongée de secours et de redressement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance