

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

Troisième session ordinaire  
du Conseil d'administration

Rome, 19 - 22 octobre 1998

## RAPPORTS D'ÉVALUATION

Point 5 de l'ordre du  
jour



Distribution: GÉNÉRALE

**WFP/EB.3/98/5/1**

11 septembre 1998

ORIGINAL: FRANÇAIS

## RAPPORT RÉSUMÉ D'ÉVALUATION DU PROJET DE DÉVELOPPEMENT NIGER 2072.03

### Appui aux activités de soins materno- infantiles, de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle

Coût total des produits alimentaires	8 712 245 dollars
Coût total pour le PAM	15 191 018 dollars
Date de l'approbation du projet	27 mai 1991
Date de la signature du plan d'opérations	14 novembre 1991
Date de la première distribution	1er juillet 1992
Durée du projet	Six ans et six mois
Date officielle d'achèvement	31 décembre 1998
Date de l'évaluation <sup>1</sup>	Février 1998

Sauf indication contraire, toutes les valeurs monétaires sont exprimées en dollars des Etats-Unis. Un dollar des Etats-Unis équivalait à 608 francs CFA (FCFA) au moment de l'évaluation.

<sup>1</sup> La mission était composée d'un fonctionnaire principal du Bureau de l'évaluation (chef de mission), PAM; d'un spécialiste en nutrition (consultant), PAM; et d'un spécialiste en santé publique (consultant), OMS.

### RÉSUMÉ

Le projet vise une meilleure couverture des consultations prénatales et infantiles par une augmentation de la fréquentation régulière des femmes enceintes et mères allaitantes à risque. A ce stade, le projet ne peut être considéré comme un succès. Les centres de santé ont effectivement enregistré une forte augmentation des consultations, mais la fréquentation est très irrégulière. Malgré une performance qui laisse à désirer, la mission considère que l'aide alimentaire est valable, moyennant certains réajustements dans la conception du futur projet et le respect scrupuleux des recommandations portant sur la gestion et le suivi. Ces réajustements concernent notamment un meilleur ciblage des zones d'intervention et des bénéficiaires. Le projet reformulé ne devra pas démarrer avant que le système de suivi et d'évaluation interne ne soit opérationnel.

Le tirage du présent document a été restreint. MM. les délégués et observateurs sont donc invités à apporter leur exemplaire personnel en séance et à ne pas demander d'exemplaires supplémentaires.

## NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### **Le présent document est soumis au Conseil d'administration pour examen.**

Conformément aux décisions relatives aux méthodes de travail prises par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire de 1996, le Secrétariat s'est efforcé de préparer à l'intention du Conseil une documentation concise et orientée vers la décision. Les réunions du Conseil d'administration seront conduites avec efficacité, dans le cadre d'un dialogue et d'échanges de vues plus larges entre les délégations et le Secrétariat. Le Secrétariat poursuivra ses efforts afin de promouvoir ces principes directeurs.

Le Secrétariat invite par conséquent les membres du Conseil qui auraient des questions de caractère technique à poser sur le présent document, à contacter le(s) fonctionnaire(s) du PAM mentionné(s) ci-dessous, de préférence aussi longtemps que possible avant la réunion du Conseil. Cette procédure vise à faciliter l'examen du document en plénière par le Conseil.

Les fonctionnaires du PAM chargés du présent document sont les suivants:

Directeur du Bureau de l'évaluation:   A. Wilkinson                   tel.: 066513-2029

Coordonnateur principal de               Mme A. Waeschle           tel.: 066513-2027  
programmes

Pour toute question relative à la distribution de la documentation destinée au Conseil d'administration, prière de contacter le commis aux documents et aux réunions (tél.: 066513-2641).



## LE PROJET TEL QUE PREVU

1. Malgré les efforts déployés par le gouvernement dans le domaine de la santé, il n'en reste pas moins que les taux particulièrement élevés de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile ainsi que le taux de malnutrition chronique restent préoccupants. Pour améliorer l'état de santé des femmes et des enfants d'âge préscolaire, le gouvernement a fixé dans ses plans de développement sanitaire un certain nombre d'objectifs. Le projet No 2072 qui bénéficie de l'assistance du PAM s'inscrit dans ces plans nationaux. A long terme, le projet vise à soutenir les efforts du gouvernement en vue d'améliorer la couverture sanitaire des populations rurales et de développer les activités préventives en matière de santé, tout en améliorant les soins curatifs (réhabilitation nutritionnelle).
2. Les objectifs immédiats de la présente phase sont les suivants: i) accroître la fréquentation régulière des femmes enceintes, des mères allaitantes et des enfants de zéro à 59 mois dans les centres de soins materno-infantiles (SMI); et ii) améliorer les activités de récupération nutritionnelle des enfants gravement ou modérément dénutris dans les centres ambulants de réhabilitation nutritionnelle (CRENA) ou de réhabilitation nutritionnelle intensive (CRENI).
3. Un total de 76 structures sanitaires (sur les 310 que comptait le pays lors de la formulation du projet en cours), quatre centres de réhabilitation nutritionnelle et huit centres de pédiatrie devaient bénéficier du projet. Il était prévu qu'une moyenne annuelle d'environ 23 000 femmes enceintes, mères allaitantes, enfants à risque ou mal nourris, et accompagnatrices des enfants fréquentant les CRENA ou CRENI recevraient des rations de sorgho ou de mil, des légumineuses (niébé), de l'huile végétale, du sucre et du lait écrémé en poudre. Un certain nombre de critères étaient stipulés au plan d'opérations pour cibler les centres et les bénéficiaires.
4. L'aide du PAM devait inciter les femmes enceintes et les mères allaitantes à fréquenter plus régulièrement avec leurs enfants les centres de santé; elle devait également offrir un transfert de revenus et un appoint nutritionnel.
5. Conformément au schéma de stratégie de pays présenté au Conseil d'administration du PAM en octobre 1997, le PAM envisage de poursuivre dans les quatre années à venir son assistance dans le domaine de la santé materno-infantile (SMI) qui constitue l'une des priorités de la Note de stratégie nationale. En attendant, la présente phase du projet a été prolongée jusqu'au 31 décembre 1998.

## EVALUATION DE L'EXECUTION DU PROJET

### Progrès vers la réalisation des objectifs

6. Le Plan de développement sanitaire pour l'an 2000 a pour objectif d'atteindre une meilleure couverture sanitaire dans un rayon de cinq kilomètres, c'est-à-dire de passer d'un taux de 32 pour cent à un taux de 45 pour cent. Le taux de surveillance de la croissance des enfants de zéro à trois ans atteignant lui, 80 pour cent. La mission n'ayant pas de données de référence au moment du démarrage du projet n'a pu qu'analyser la situation à partir de 1996, quand le système de suivi et d'évaluation du projet a été mis en place par un consultant nigérien.



7. Dans ce projet, le taux de couverture des consultations infantiles est de 68 pour cent en ce qui concerne les enfants de zéro à 11 mois et s'accorde donc aux objectifs du plan d'opérations. Par contre, le taux de couverture est plus faible pour les enfants de un à cinq ans, s'élevant à environ 22 pour cent. On notera que les enfants de deux ans et plus ne fréquentent plus guère les centres de santé, les mères abandonnant souvent les visites pour cause de nouvelle grossesse; le projet n'atteint ces enfants que lorsqu'ils viennent en soins curatifs.
8. Pour les enfants de moins d'un an, le nombre moyen de consultations est seulement de deux par an ou à peine plus. Il est encore moindre pour les enfants de un à cinq ans. La mission considère que ce taux de fréquentation n'est pas suffisant pour un suivi correct de la croissance de l'enfant. Les données disponibles démontrent que les enfants à risque n'auraient reçu en moyenne que deux rations mensuelles de vivres, ce qui est insuffisant en termes de prévention de la malnutrition.
9. Le taux de couverture des femmes enceintes est de 72 pour cent et correspond également aux objectifs du plan d'opérations. Cependant, les femmes enceintes, pour des raisons culturelles, ne consultent guère avant le sixième mois de grossesse et ne fréquentent le centre en moyenne que deux fois au cours de leur grossesse, selon les données du suivi-évaluation interne (couvrant la période de janvier 1996 à septembre 1997).
10. En ce qui concerne les femmes allaitantes, on note, là encore, qu'elles ne se rendent pas plus de deux fois en moyenne aux centres.
11. Le programme à l'intention des enfants souffrant de malnutrition modérée, en place dans les CRENA, a touché 13 pour cent des enfants de zéro à 11 mois, soit neuf pour cent des enfants de zéro à cinq ans, ce qui correspond à peu près aux chiffres de malnutrition modérée déterminés par l'enquête nutritionnelle de 1992. La fréquentation est un peu plus élevée que pour les enfants à risque mais avec un taux d'abandon de 26 pour cent. Le taux de réadaptation n'est que de 35 pour cent. Quand les centres manquent de supervision et de moyens, ces activités sont souvent délaissées au profit des soins curatifs. Près de 10 pour cent des cas sont référés au CRENI ou à l'hôpital qui traite la malnutrition grave.
12. A l'exception du CRENI de l'hôpital de Zinder géré par l'organisation non gouvernementale "Médecins sans frontières" (MSF), la mission n'a pas pu examiner les activités de récupération nutritionnelle. Que la mission se soit présentée tôt ou tard au centre, ces activités n'étaient pas opérationnelles. Dans certains centres, les documents de suivi étaient introuvables ou n'avaient pas été remplis depuis plusieurs mois. Selon un rapport de MSF de 1997, les sorties "guérison" pour l'ensemble des sept CRENA supervisés par MSF dans l'arrondissement de Tanout ont été évaluées à 64 pour cent environ, ce qui reste acceptable; mais, malgré la qualité des services offerts, les taux d'abandon sont relativement élevés et révèlent les limites des CRENA.
13. Au CRENI de Zinder, compte tenu de la qualité des services, les indicateurs de sorties sont acceptables. Néanmoins, les activités des CRENI comme celles des huit centres de pédiatrie des hôpitaux relèvent plutôt des soins curatifs.
14. Il convient de signaler que l'UNICEF a abandonné son aide aux CRENA et aux CRENI pour s'orienter vers des activités plus communautaires, participatives et préventives, ce qui correspond également aux objectifs du PAM dans de tels programmes.



## Rôle et efficacité de l'aide alimentaire

15. Dans les conditions actuelles, l'aide du PAM ne peut jouer efficacement son rôle. Le saupoudrage de l'assistance alimentaire sur un nombre de femmes enceintes et de mères allaitantes beaucoup plus important que prévu a atténué l'impact alimentaire et nutritionnel et celui du transfert de revenus.
16. L'aide alimentaire a drainé les populations fréquentant des centres voisins non bénéficiaires, entraînant une perturbation des activités et une surcharge de travail pour le personnel. Compte tenu du grand nombre de demandeurs, les jours de consultations ne correspondent plus aux jours de distribution des vivres. L'aide alimentaire n'est donc pas intégrée aux activités de santé préventive.
17. On peut se demander pourquoi l'aide du PAM n'encourage pas les femmes à venir plus régulièrement en consultation. Dans les zones de populations nomades ou semi-nomades, cela s'explique par le fait que ces populations sont de passage; mais dans les zones où la population est sédentaire, la fréquentation limitée pourrait s'expliquer, outre certains facteurs culturels, par l'insuffisance des rations alimentaires due au nombre trop élevé de bénéficiaires, ce qui décourage peut-être les femmes de venir en consultation. L'absence de données ne permet pas d'approfondir ce phénomène.
18. Dans les CRENI, les rations alimentaires constituent un apport budgétaire qui permet de pallier l'insuffisance du budget mis à la disposition des hôpitaux régionaux. Outre le risque de dépendance des CRENI vis-à-vis de l'assistance du PAM, leur efficacité est limitée car la durée de l'hospitalisation, qui doit être longue pour être efficace, entraîne des abandons très fréquents, conduisant à une rechute ou au décès de l'enfant. Notons que, dans les services de pédiatrie, l'assistance du PAM ne s'adresse pas uniquement aux mal nourris, mais à tous les enfants du service.

## Les bénéficiaires

19. Le plan d'opérations prévoit qu'une moyenne annuelle de 21 794 femmes enceintes, mères allaitantes, enfants à risque et accompagnatrices d'enfants mal nourris en CRENA/CRENI et 1 140 enfants souffrant de malnutrition modérée et 350 enfants de malnutrition grave reçoivent des rations alimentaires. Globalement, le nombre de bénéficiaires a largement dépassé les prévisions, les chiffres étant de 102 363 en 1996 et 139 508 en 1997. Compte tenu du fait que les rations alimentaires pour les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants à risque ont été calculées sur la base de 360 jours par an mais que chaque bénéficiaire n'a reçu en moyenne que deux rations mensuelles par an, le projet a pu accueillir presque six fois plus de bénéficiaires. Environ 57 pour cent du total des femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale étaient des bénéficiaires, ainsi que 66 pour cent du total des femmes allaitantes fréquentant les services de consultation infantile.
20. Une interprétation erronée des critères de sélection<sup>1</sup> des femmes enceintes et allaitantes est à l'origine du dépassement important du nombre de bénéficiaires prévu et des difficultés rencontrées. Les critères de sélection en soi ne sont pas compliqués. Le

---

<sup>1</sup> Femmes enceintes: âge (plus de 16 ans et moins de 35 ans); multiparité (plus de quatre accouchements); grossesses gémellaires; poids inférieur à 45 kilogrammes.

Femmes allaitantes: âge (plus de 16 ans et moins de 35 ans); multiparité (plus de quatre accouchements); femme ayant des jumeaux; femme allaitante dont le poids est inférieur à 45 kilogrammes; femme dont l'enfant a un poids à la naissance inférieur à 2,5 kilogrammes.



problème est que le critère de multiparité (plus de quatre accouchements) concerne la majorité des femmes enceintes ou allaitantes et que, contrairement aux autres critères, il n'est pas suffisamment restrictif s'il est pris séparément. Le plan d'opérations ne spécifie pas explicitement que la multiparité ne peut être un critère unique de sélection.

21. **Enfants à risque (six à 59 mois):** les critères de sélection sont bien précis et compris du personnel (courbe de poids horizontale ou descendante, jumeaux). Même si le nombre de bénéficiaires varie fortement d'un centre à un autre, en moyenne, il dépasse de peu le nombre prévu au plan d'opérations. Pour les raisons déjà mentionnées au paragraphe 7, le projet atteint difficilement les enfants de deux à cinq ans, si ce n'est lorsqu'ils viennent pour des soins curatifs.

### Avantages

22. Les bénéfices du projet se limitent principalement à un transfert de revenus pour les bénéficiaires. Ce transfert aurait pu être plus important si le nombre de distributions par bénéficiaire avait été plus élevé. Par rapport au seuil de pauvreté défini avant la dévaluation du franc CFA en janvier 1994, le transfert de revenus est plus intéressant en milieu rural qu'en milieu urbain.
23. Au plan alimentaire et nutritionnel, la triple ration journalière à emporter apporte 2 965 kilocalories et devrait largement satisfaire les besoins des femmes enceintes et des mères, malgré sa dispersion dans la famille, si elle était effectivement distribuée mensuellement.

### Les centres de santé bénéficiaires

24. Lors de la formulation de la présente phase du projet en novembre 1990, la liste des centres de santé bénéficiaires avait déjà été établie. Elle ne semble pas avoir été revue après la mission d'examen préalable pour tenir compte des critères de sélection des centres.
25. Concernant le critère de "zone à déficit alimentaire chronique en région rurale", l'évaluation fait ressortir que les responsables nationaux ont dû tenir compte d'autres critères, tels que les taux élevés de malnutrition chronique et d'extrême pauvreté. Pour faciliter la gestion du projet, ce sont principalement des centres d'arrondissement qui avaient été retenus, bien avant le démarrage de cette phase. Jusqu'en 1996, quelque 51 pour cent des centres de santé était situés dans des zones à déficit alimentaire chronique. En 1997, plusieurs centres, essentiellement en milieu rural, ont été éliminés pour cause de mauvaise gestion, absence de rapports d'activités, difficultés d'acheminement des vivres. Par conséquent, seuls 21 pour cent environ des centres bénéficiaires sont actuellement en zone rurale à déficit alimentaire chronique.
26. Un étude récente du Club de Sahel<sup>1</sup> confirme que les cinq centres de Niamey ne remplissent pas les conditions nécessaires pour recevoir l'aide alimentaire (zone rurale, taux élevé de malnutrition chronique, ou d'extrême pauvreté). Les six centres du département de Dosso ne sont également pas, à priori, éligibles, mais on y trouve un taux élevé de pauvreté extrême.

<sup>1</sup> Aide alimentaire au Niger, Analyse spatiale 1993-1995, Club de Sahel, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), juin 1997.



## Gestion du projet et utilisation des produits alimentaires

27. Le projet est réparti dans les sept départements du pays plus la commune urbaine de Niamey, ce qui représente une dispersion géographique de l'aide alimentaire et rend très difficile la supervision et le suivi. Les capacités d'exécution du projet sont faibles. La directrice nationale du projet cumule ses fonctions avec la direction de la santé maternelle et infantile. Les directions départementales de la santé ne semblent pas suffisamment impliquées dans la mise en oeuvre et le suivi du projet. Par ailleurs, la coopération mentionnée au plan d'opérations avec d'autres organismes (UNICEF, OMS, etc.) n'a pas fait l'objet de propositions concrètes.
28. Les effectifs des centres bénéficiaires sont variables: les centres urbains ayant plus de personnel que les centres ruraux. La charge de travail (soins préventifs, curatifs, éducatifs et distribution des vivres) est assez importante et cela se répercute négativement sur la qualité des activités et des rapports effectués par ces centres.
29. La gestion de l'aide alimentaire relève à la fois de la direction du projet au Ministère de la santé publique et de la cellule du PAM au Ministère du plan, qui est responsable de la coordination de tous les projets du PAM au Niger. Le plan d'opérations ne définit pas les fonctions, les prérogatives ni les tâches de ces deux organes. Dans la perspective de l'approche-programme, il est nécessaire de préciser le dispositif de gestion et de logistique.
30. Malgré un contexte économique difficile, le gouvernement affecte des fonds, dans la mesure du possible, à la gestion de l'aide alimentaire. Cependant, la majeure partie des frais de logistique et de suivi sont pris en charge par le PAM par le biais d'une subvention au transport, au stockage et à la manutention. La dévaluation du franc CFA en janvier 1994 rend nécessaire la révision du taux de cette subvention.
31. Sur un total de 42 170 tonnes (mil/sorgho, légumineuses, lait écrémé en poudre, huile végétale et sucre) engagées par le PAM, le projet avait reçu, au 30 septembre 1997, 35 827 tonnes (84 pour cent des engagements); 34 660 tonnes avaient été utilisées, représentant 97 pour cent des quantités reçues. Les pertes post-c.a.f. (coût, assurance, fret) indiquées dans les rapports trimestriels s'élèvent au total à 114 tonnes, soit 0,3 pour cent des vivres reçus. Les données sont approximatives, car les prêts ou emprunts à d'autres projets bénéficiant de l'assistance du PAM n'ont pas, entre autres, été comptabilisés de façon systématique durant les premières années du projet.
32. La mission se prononce en faveur des achats locaux de mil/sorgho et de légumineuses (niébé), à condition que le prix de revient ne soit pas supérieur aux coûts d'importation. Ces achats stimulent les marchés régionaux. De plus, l'association mil-niébé dans l'assortiment alimentaire favorise l'éducation nutritionnelle.
33. A l'exception du niébé qui ne fait pas partie de l'assortiment alimentaire des autres projets assistés par le PAM au Niger, les conséquences des retards dans l'approvisionnement des vivres ont pu être modérées grâce à des emprunts à d'autres projets. Au niveau des centres de santé, les ruptures de stock signalées sont principalement dues à un nombre de bénéficiaires supérieur aux prévisions, plutôt qu'au défaut d'approvisionnement des centres.
34. Au niveau des magasins régionaux, communs aux trois projets assistés par le PAM au Niger, la mission a pu constater que les conditions et règles de stockage étaient satisfaisantes. Les inventaires conjoints (PAM/cellule du PAM/direction du projet) de fin de trimestre ont généralement lieu régulièrement et sont correctement consignés sur les fiches de stock et aux procès verbaux d'inventaire.



35. En revanche, dans des centres de santé visités, les conditions de stockage sont précaires. Dans la plupart des cas, c'est une simple salle qui a été transformée en entrepôt. Les règles de stockage ne sont pas respectées et la situation s'aggrave avec le manque d'espace et d'équipement.
36. S'il est évident que les vivres arrivent aux centres, il est par contre difficile de prouver qu'ils parviennent effectivement aux bénéficiaires. Le système de comptabilité ne permet pas d'apprécier si les bénéficiaires reçoivent les rations alimentaires prévues ni d'établir un lien avec les soins reçus.
37. La ration alimentaire journalière pour les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les accompagnatrices d'enfants aux CRENI/CRENA, se compose de trois rations individuelles de 250 grammes de sorgho/mil, 15 grammes d'huile, 40 grammes de niébé et 10 grammes de sucre. La triple ration à emporter est justifiée car les denrées du PAM, dans ce type de projets, servent généralement à l'alimentation de l'ensemble de la famille. Néanmoins, dans ce cas, cette ration est peut-être excessive. En effet, si la femme allaitante recevait effectivement les 12 rations mensuelles prévues, la quantité annuelle de céréales équivaldrait à nourrir un adulte par famille.
38. La ration journalière à consommer sur place (100 grammes de sorgho/mil, 20 grammes de niébé, 10 grammes d'huile, 10 grammes de sucre et 40 grammes de lait écrémé en poudre) pour les enfants mal nourris fréquentant les CRENA est suffisante pour la préparation de deux bouillies et de près d'un demi-litre de lait enrichi. Mais la plupart du temps, le personnel se contente de préparer une bouillie lactée ou une purée de niébé, ce qui ne constitue pas la meilleure utilisation biologique de la ration. Lorsque les enfants habitent à plus de cinq kilomètres, ils ne viennent pas tous les jours. La mission considère donc qu'une ration sèche à emporter devrait être distribuée puisqu'ils ne peuvent consommer les aliments sur place.
39. Concernant la ration journalière des CRENI (200 grammes de sorgho/mil, 20 grammes de niébé, 20 grammes d'huile, 20 grammes de sucre et 60 grammes de lait écrémé en poudre), la quantité de lait n'est pas suffisante pour la préparation des quatre laits énergétiques de 400 ml. donnés par MSF aux enfants. Cependant, la quantité des autres aliments nécessaires à la préparation des bouillies dépasse les recommandations de MSF. On peut préconiser une réadaptation moins basée sur le lait et plus sur les bouillies.
40. Des activités éducatives sont menées par le personnel paramédical lors des consultations des enfants à risque. Les aspects nutritionnels développés sont peu variés. Pour remédier au manque de connaissances des mères en matière de nutrition, une approche globale d'alphabétisation des femmes et de scolarisation des filles est essentielle.
41. Les activités de planification familiale ne sont pas systématiquement liées au projet. C'est regrettable, compte tenu du taux de croissance élevé de la population. La mission reconnaît que le critère de multiparité ne facilite guère ces activités et devrait être supprimé dans la nouvelle phase du projet.

### Suivi-évaluation et rapports

42. Le système de suivi et d'évaluation n'est devenu opérationnel qu'à la fin de 1995. Ce retard est dû au désistement du premier candidat, prévu pour mettre en place le système, lequel a été nommé à un poste de direction au Ministère de la santé publique et au départ en mission d'études pour deux ans du deuxième candidat. Par ailleurs, les changements de personnel au bureau du PAM à Niamey n'ont pas facilité les activités. On notera que la mise en place du système de suivi et d'évaluation a posé de graves difficultés malgré les





formations organisées par le consultant local et la diffusion d'un manuel de référence. La multitude de données à collecter, l'absence de supervision, les mutations fréquentes du personnel formé et les multiples activités des agents de santé sont à l'origine de ces difficultés.

43. Le suivi du mouvement des denrées et du nombre de bénéficiaires et l'établissement des rapports bimestriels et semestriels sont difficiles en raison de l'irrégularité dans l'envoi des rapports à la direction nationale et de leur manque de fiabilité.

---

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

44. La mission ne disposant pas de données de référence en ce qui concerne la fréquentation des centres au démarrage du projet ne peut évaluer si le projet en cours a atteint ses objectifs. Par ailleurs, le saupoudrage de l'assistance alimentaire pour les raisons déjà mentionnées a diminué l'impact espéré. Si les bénéficiaires recevaient effectivement les rations alimentaires prévues au plan d'opérations, l'impact alimentaire et nutritionnel et les effets du transfert de revenus auraient été plus satisfaisants. Finalement, il ressort de l'évaluation que le projet, de conception ancienne, ne répond plus aux enseignements et orientations du PAM. Il est donc recommandé que soit formulé un nouveau projet suivant les recommandations ci-après.
45. Outre son rôle d'appoint nutritionnel, l'assistance du PAM doit permettre, grâce à son rôle d'incitation et de transfert de revenus, une meilleure couverture des consultations prénatales et infantiles. Pour des raisons d'efficacité, le projet futur sera concentré sur 13 arrondissements de quatre départements caractérisés par une extrême vulnérabilité dans le domaine de la sécurité alimentaire, et des taux élevés de malnutrition chronique et d'extrême pauvreté. Pour éviter les effets négatifs observés dans le projet en cours, les centres de santé de ces arrondissements ne recevront l'assistance du PAM que s'ils répondent aux critères établis par la mission.
46. Pour les raisons déjà mentionnées, le PAM devrait se dégager de l'assistance curative au niveau des CRENI/hôpitaux. Ce volet devrait être pris en charge par le gouvernement, ou couvert par d'autres sources d'assistance.
47. Le PAM devrait continuer son aide aux CRENA, mais avec une approche différente. Compte tenu des possibilités locales, l'action du PAM devrait accroître la participation des mères et renforcer l'approche communautaire de la part des sage-femmes ("matrones") et des volontaires ("femmes relais") pour dépister et suivre les enfants à risque ou en état de malnutrition et les diriger vers les centres de santé.
48. Le critère de multiparité chez les femmes enceintes et allaitantes étant supprimé pour les raisons mentionnées dans l'un des paragraphes précédents, il faudrait adjoindre d'autres critères pour atteindre les femmes les plus vulnérables. Il est recommandé de redéfinir les critères de sélection de ce groupe cible lors de la formulation du futur projet.
49. Une ration mensuelle unique de 15 kilogrammes de sorgho/mil, quatre kilogrammes de niébé et 900 grammes d'huile sera fournie aux femmes enceintes et aux mères allaitantes. Cette ration apporte 2 069 calories par jour et comprend 65 grammes de protéines et 44 grammes de lipides. Les enfants d'âge préscolaire recevront une farine enrichie pour bouillie: 3,5 kilogrammes de BITAMINE produit localement ou de mélange maïs-soja par mois (120 grammes par jour) et un kilogramme de sucre (30 grammes par jour).



50. En vue d'améliorer la performance de la nouvelle phase du projet, la mission recommande:
- a) au niveau national, la nomination d'un directeur à plein temps qui devra assurer régulièrement le suivi et la supervision du projet. Au niveau régional, celle d'un coordonnateur régional à plein temps.
  - b) Le recrutement d'un expert associé ayant une formation en nutrition et santé publique au niveau du bureau du PAM à Niamey, et qui ne s'occupera que de ce projet.
  - c) La mise au point des fonctions, prérogatives et tâches de la direction nationale du projet et de la cellule de gestion.
  - d) Compte tenu de la forte mobilité des agents de santé, la formation continue et sur le tas, sera nécessaire dans le cadre du suivi-évaluation, non seulement pour le stockage des vivres mais également pour la comptabilité concernant les mouvements de denrées et les bénéficiaires.
  - e) Il faudra faire participer les bénéficiaires à la gestion des vivres, notamment pour la construction des magasins de stockage, comme cela a déjà été recommandé par l'évaluation précédente. Par ailleurs, les femmes relais et les matrones devraient être impliquées dans la préparation et la distribution journalière des rations, correspondant au jour de consultation, pour les enfants d'âge préscolaire.
  - f) Il faudra solliciter d'autres partenaires (UNICEF, Banque mondiale, etc.) pour obtenir leur collaboration aux activités SMI dans les centres assistés, en particulier pour le programme de vaccinations et la distribution des micronutriments.
  - g) Il faudra également intégrer davantage l'aide alimentaire dans les activités préventives et éducatives. Par exemple, la distribution des rations devrait correspondre au jour de consultation.
  - h) Pour ne pas perdre le statut de bénéficiaires, la fréquentation régulière des centres devra être obligatoire.
  - i) Il faudra mettre en place dès le démarrage du projet tous les éléments nécessaires à son suivi-évaluation qui auront été précisés lors de sa formulation et faire effectuer un examen interne à mi-parcours par le bureau du PAM à Niamey. Le nouveau projet ne pourra démarrer avant que le système de suivi et d'évaluation ne soit mis en place.
  - j) Dans le cadre du redéploiement du personnel de santé, il est recommandé d'allouer en priorité aux centres bénéficiaires un personnel suffisant et stable.
  - k) Les recommandations de la mission ont été acceptées par le PAM et par le gouvernement.



