

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

Deuxième session ordinaire  
du Conseil d'administration

Rome, 13 - 14 mai 1999

## RAPPORTS D'ÉVALUATION

Point 3 de l'ordre du  
jour



Distribution: GÉNÉRALE  
**WFP/EB.2/99/3/1**  
25 mars 1999  
ORIGINAL: FRANÇAIS

# RAPPORT DE SYNTHÈSE: ÉVALUATION À MI-PARCOURS DU PROJET DE DÉVELOPPEMENT BURKINA FASO 4959.00

## Alimentation complémentaire aux groupes vulnérables

|   |                  |
|---|------------------|
| Date de l'approbation                     | Mai 1995         |
| Date de la signature du plan d'opérations | 19 décembre 1995 |
| Date de la première distribution          | 1er juillet 1996 |
| Date officielle d'achèvement              | 1er juillet 2000 |
| Date de l'évaluation à mi-parcours        | Septembre 1998   |
| Durée du projet                           | Quatre ans       |

### Coût (dollars)

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| Coût total pour le PAM               | 9 735 040 |
| Coût total des produits alimentaires | 3 672 450 |

Sauf indication contraire, toutes les valeurs monétaires sont exprimées en dollars des Etats-Unis. En octobre 1998, un dollar des Etats-Unis équivalait à 562 FCFA.

La mission était composée d'un consultant en programmes alimentaires et en nutrition de santé publique (chef de mission PAM) et d'un conseiller régional des programmes PAM pour les pays du Sahel. Le rapport complet est disponible, en français seulement, auprès du Bureau de l'évaluation.

## RÉSUMÉ

Le projet vise à encourager la fréquentation régulière des formations sanitaires par les femmes enceintes et les mères dont les enfants sont à risque de malnutrition et la récupération nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition. Si la fréquentation a augmenté dans les centres bénéficiaires, elle n'en est pas pour autant plus régulière pour de multiples raisons. Le projet visait également à contribuer aux activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) mais le personnel de santé est peu motivé et manque de formation pour agir avec efficacité dans une approche participative. Plus positifs ont été les résultats concernant le transfert de revenus au personnel bénévole et la participation financière des femmes aux distributions. Malgré des résultats médiocres, la mission estime que l'assistance du PAM est pertinente, moyennant certains réajustements dans la conception du projet et la prise en compte de ses recommandations surtout au niveau des critères de sélection des bénéficiaires, du matériel de suivi/évaluation et de la formation en matière d'IEC à approche participative. Il faudrait interrompre les distributions au niveau des formations sanitaires pendant trois mois afin de former le personnel d'exécution à mettre en oeuvre les objectifs du projet.

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\\_public/EB\\_Home.html](http://www.wfp.org/eb_public/EB_Home.html)).

## 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

Chargé de l'évaluation:                      S. Green              tel.: 066513-2032

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. Augmenter la régularité de fréquentation et améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des femmes et enfants se rendant aux consultations prénatales et infantiles étaient les principaux objectifs à long terme du projet. Le projet est conforme aux objectifs sanitaires du gouvernement qui a opté pour une relance des soins de santé primaires dans le cadre de l'approche dite "Initiative de Bamako", où une priorité est donnée au groupe vulnérable mère-enfant. Pour ce faire, il a été défini un ensemble minimum d'activités dans les formations sanitaires et la manière de les mettre en oeuvre.
2. Toutes les organisations internationales, dont le PAM, intervenant dans le domaine de la santé ont les objectifs suivants: dynamiser les structures sanitaires des centres médicaux et des centres de santé et de promotion sociale (CSPS), aider à la récupération nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition, contribuer aux activités d'information, d'éducation et de communication (IEC). Le présent projet visait en outre à augmenter les disponibilités alimentaires des ménages bénéficiaires.
3. Le projet prévoyait d'aider environ 32 770 bénéficiaires pendant 217 jours par an en moyenne. Cette aide ciblait six provinces sur les 30 que comptait le pays. Après le nouveau découpage géographique du pays, ces six provinces sont maintenant au nombre de huit sur 45 au total. Ces zones avaient été choisies en raison de leur vulnérabilité à la malnutrition, des carences en micronutriments et de l'insuffisance des infrastructures sanitaires. Dans le rapport de mission d'examen préalable du projet 1994, environ 118 formations sanitaires étaient prévues. Les critères de sélection des bénéficiaires étaient formulés d'une façon très générale dans le plan d'opérations.
4. Le projet est exécuté sous la responsabilité de la Direction générale de la santé publique par le Centre national de nutrition. Au niveau des districts, c'est l'Equipe cadre qui prend le relais, dont le coordonnateur gestionnaire ou le coordonnateur pour la santé maternelle et infantile (SMI) a la responsabilité des formations sanitaires. Le Secrétariat permanent aux aides du PAM (SPAP), relevant du Ministère de l'agriculture, est chargé de tous les aspects logistiques allant de la réception des vivres au niveau des magasins centraux jusqu'à leur livraison aux formations sanitaires.

## EVALUATION DE L'EXECUTION DU PROJET

### Progrès dans le sens de la réalisation des objectifs

5. L'un des objectifs était d'encourager les femmes enceintes et les mères allaitantes à risque à fréquenter régulièrement les formations sanitaires. Pour l'ensemble du pays, le taux de fréquentation des structures sanitaires reste insuffisant, surtout en milieu rural: 23 pour cent en moyenne. Mais la fréquentation est irrégulière, avec un nombre moyen de trois visites (1996). En ce qui concerne les zones du projet du PAM, il y a affluence de consultants lorsque des vivres sont disponibles mais leur fréquentation devient moins régulière lorsqu'il n'y en a pas.
6. En ce qui concerne l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des bénéficiaires, on a constaté une diminution des taux de mortalité infantile et maternelle au niveau des districts, mais l'enregistrement inadéquat des bénéficiaires dans les centres et le manque de données



fiables ne permettent pas d'apprécier l'amélioration de l'état nutritionnel des bénéficiaires. Le problème principal, notamment dans les Centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) relevant du Ministère de la santé, est que les mères refusent de rester 24 heures sur 24 pendant une période qui peut s'avérer relativement longue. Ces structures ne sont souvent pas très fonctionnelles, notamment en période d'hivernage lorsque la mère est occupée aux champs. En 1998, une enquête a montré qu'un quart des CREN ne servait qu'un repas par jour et qu'un autre quart ne servait aucun repas.

7. Un troisième objectif était d'augmenter les disponibilités alimentaires des ménages bénéficiaires. Les résultats sont médiocres dans ce domaine: la plupart des bénéficiaires n'ont pas reçu, de manière régulière, les distributions mensuelles qui leur étaient attribuées.
8. Le quatrième objectif était de contribuer aux activités d'information, d'éducation et de communication organisées par le Ministère de la santé à l'intention des femmes. Cet objectif semble loin d'être atteint, car le personnel n'effectuerait guère plus d'une causerie éducative par semaine. Quoiqu'il en soit, les méthodes utilisées, sans implication ni participation des mères, ne permettent pas d'obtenir les changements de comportement souhaités. Du fait du manque de formation et d'information de la population, la demande de soins de santé est faible, surtout en ce qui concerne les activités préventives.

### **Rôle et efficacité de l'aide alimentaire**

9. L'aide du PAM n'a pu jouer correctement son rôle de complément nutritionnel pour les enfants des CREN, ces structures étant peu fonctionnelles. Par ailleurs, en ce qui concerne la récupération nutritionnelle dans les structures hospitalières, les produits fournis par le PAM ne conviennent pas aux enfants souffrant de malnutrition grave car ils manquent de produits lactés. Toutefois, la ration prévue pour les mères qui restent 24 heures sur 24 au CREN est appréciée.
10. Le PAM n'a pu intervenir efficacement au niveau de la régularité de la fréquentation, pour les raisons suivantes: a) l'absence ou la non-application de critères de sélection fait que la quantité de vivres attribuée ne couvre pas les trois distributions trimestrielles prévues par bénéficiaire; b) la livraison tardive de la dotation trimestrielle se traduit par un manque de disponibilités au niveau des formations bénéficiaires; c) le non-appvisionnement des centres quand ils n'envoient pas leurs rapports trimestriels.
11. Par contre, les rations alimentaires ont permis un transfert de revenus appréciable pour les auxiliaires de santé et autres bénévoles chargés de la distribution des rations. La valeur mensuelle de cette ration est évaluée localement à 8 837 FCFA, représentant 35 pour cent du salaire minimum, ce qui n'est pas négligeable par rapport au seuil d'extrême pauvreté fixé à 31 749 FCFA par an et par personne et au seuil absolu de pauvreté de 41 099 FCFA.
12. L'aide du PAM a joué un rôle inattendu en matière de recouvrement des coûts et de participation de la communauté au financement des soins de santé primaires. Les responsables du projet ont estimé qu'il ne fallait pas habituer les bénéficiaires à la gratuité, et un accent particulier a été mis sur une participation financière des bénéficiaires. De 25 FCFA, prévus dans le plan d'opérations pour l'achat de condiments et autres ingrédients nécessaires aux démonstrations culinaires, la participation a été portée par distribution mensuelle à 100 FCFA, voire 300 FCFA dans certains districts. La moitié des fonds collectés reste à la formation sanitaire et est confiée au Comité de gestion, l'autre moitié revient au district qui l'intègre dans son système de recouvrement des coûts. Pour éviter la thésaurisation au niveau des comités de gestion, un Plan d'utilisation au niveau de chaque formation sanitaire, et par suite un Plan d'action du district, sont désormais élaborés.



## Les bénéficiaires

13. L'application des critères de sélection des bénéficiaires est l'une des principales difficultés rencontrées dans le cadre de l'exécution de ce projet. Les critères de sélection ont été mal interprétés par un personnel insuffisamment formé. Par ailleurs, la trop grande mobilité des effectifs, la non-passation des tâches et du matériel adéquat au nouveau personnel, et le manque de suivi par les responsables de district, qui eux-mêmes n'ont pas toujours été mis au courant du projet PAM, sont autant de facteurs qui ont aggravé cette situation.
14. Jusqu'en juillet 1998, le nombre de femmes enceintes et de mères allaitantes bénéficiaires a atteint, voire dépassé, les objectifs prévus. Dans un premier temps, la ration alimentaire était distribuée à toutes les femmes venant aux consultations visées, ou du moins aux 15 ou 20 premières femmes se présentant (de façon à répondre à l'affluence incontrôlable de bénéficiaires quand l'arrivée des vivres du PAM était signalée). Malgré la note additionnelle de la Direction nationale du projet (DNP) certains centres continuent à fonctionner de cette manière. Pour les sept trimestres où les vivres ont été distribués—sur huit depuis le démarrage du projet—on peut estimer un pourcentage de réalisation de 92 pour cent en termes de bénéficiaires. Mais la durée d'assistance prévue (six mois consécutifs) est loin d'être respectée car les bénéficiaires ne viennent qu'une à deux fois de suite. Ceci permet d'augmenter le nombre d'inscrits, mais crée également une confusion au niveau statistique: le nombre de bénéficiaires inscrits ne correspond au nombre de rations mensuelles distribuées que dans le cas où le bénéficiaire ne vient qu'une seule fois.
15. En ce qui concerne les enfants souffrant de malnutrition modérée, le nombre de bénéficiaires prévus dans le plan d'opérations n'a pas été atteint pour les raisons suivantes: a) le taux de fréquentation/couverture de la consultation de nourrissons sains est souvent très faible; b) certains critères de sélection, concernant les enfants à risque, n'ont pas été pris en considération; c) la durée d'assistance prévue dans le plan d'opérations était trop optimiste (240 jours). Pour les sept trimestres, le pourcentage de réalisation en termes de rationnaires serait de 40 pour cent.
16. Au niveau de la sélection, la plupart des CREN n'établissent pas de distinction entre malnutrition sévère et malnutrition modérée, voire entre orphelins et handicapés, ce qui augmente la durée d'assistance et empêche d'estimer un taux de récupération. Ces critères de sélection n'étant pas strictement observés, le nombre de bénéficiaires a dépassé les prévisions du plan d'opérations: pour les sept trimestres, le pourcentage de réalisation en termes de bénéficiaires serait de 147 pour cent. Le taux d'abandon est très élevé (57,1 pour cent) car les mères refusent de laisser leurs familles pour une longue période, et n'ont aucune raison de rester quand les activités du CREN ne peuvent satisfaire leurs besoins et surtout ceux de leurs enfants. Le nombre des inscrits est donc élevé, mais la durée d'assistance est trop courte pour une récupération nutritionnelle correcte.
17. Le nombre d'auxiliaires bénévoles est supérieur à celui figurant dans le plan d'opérations (357 environ au lieu de 250), le nombre de formations sanitaires assistées étant plus élevé que prévu.

## Les zones et centres bénéficiaires

18. Dans le cadre du Programme conjoint des Nations Unies "Soins de santé primaires" 1999–2003, le PAM a voulu, dans son programme de pays, cibler les zones de ce projet; il s'agit de zones d'extrême pauvreté et à faible indice de développement humain (IDH), concentrées dans l'est du pays. Ce nouveau ciblage devrait concerner quatre régions sanitaires, soit 11 provinces, où l'IDH des populations se situe entre extrêmement faible et



faible. L'assistance extérieure est peu présente, excepté dans les trois districts sanitaires de la Direction régionale de Kaya (coopération hollandaise et diverses ONG).

19. En juin 1998, 147 formations sanitaires et 15 CREN dans 10 districts étaient assistés. Le nombre de formations sanitaires assistées dépasse celui prévu dans le plan d'opérations (127 pour cent de réalisation à cette date). La mise en place a été difficile car le nombre de centres est passé de 13 au premier trimestre 1997 à 125 au premier trimestre 1998. Le programme étant exécuté pour la première fois dans le pays, la DNP aurait dû respecter le nombre prévu au départ et éviter d'ouvrir autant de centres en 1998 devant l'urgence des besoins.
20. Tous les centres de district devaient être bénéficiaires. Au niveau des formations sanitaires de base, il faut trois personnes au moins pour réaliser l'ensemble minimum d'activités. Or le projet ne dispose pas de relevés indiquant le nombre et les catégories de personnel par formation bénéficiaire. Selon les responsables nationaux, l'insuffisance en personnel est l'une des principales difficultés de ce projet. Par ailleurs, en écartant les formations sanitaires qui n'observent pas les critères de sélection, on risque de créer une surcharge du centre distributeur avoisinant et de diminuer la fréquentation de ces centres non bénéficiaires.

### **Gestion de l'assistance du PAM**

21. Sur un total de 20 785 tonnes (mil/sorgho, haricots, sucre, huile végétale et sel iodé) engagées par le PAM, le projet avait reçu, au 30 juin 1998, 6 408 tonnes (31 pour cent des engagements); 4 553 tonnes avaient été utilisées, soit 71 pour cent des quantités reçues. Les pertes post-c.a.f. figurant dans les rapports trimestriels s'élèvent au total à 17 tonnes, soit 0,2 pour cent des vivres reçus. Ces pertes sont sous-estimées étant donné les lacunes dans la comptabilité au niveau des magasins centraux et le manque d'information au niveau des centres bénéficiaires
22. Le projet n'a pas utilisé les quantités de vivres prévues à ce jour. La DNP, en refusant de livrer les centres qui n'avaient pas envoyé leurs rapports, a accentué ce phénomène. Par ailleurs, le SPAP n'a pas toujours été en mesure d'approvisionner les centres dans les délais appropriés, certaines attributions arrivant en fin de trimestre dans les formations. La non-utilisation des quantités de vivres prévues peut s'expliquer par le fait que les bénéficiaires ne reçoivent qu'une ou deux distributions successives au lieu des trois à six prévues. L'organisation de la logistique manque d'efficacité.
23. Pour l'année 1997, la DNP signale que, compte tenu des données fournies par les formations sanitaires, 5 576 983 rations/jour ont été distribuées, soit un pourcentage d'exécution d'environ 79 pour cent en nombre de rations alors que l'engagement en vivres est beaucoup plus faible: 36 pour cent du tonnage annuel prévu. On peut en conclure que les rations n'ont pas été respectées (ce que confirme la DNP dans son dernier rapport de supervision), ou que les statistiques des formations sanitaires sont erronées, ce qui a également été vérifié.
24. Les céréales utilisées (5 274 tonnes) ont été achetées localement sous forme de sorgho. Le calendrier des achats ne semble pas toujours prendre en compte les périodes de plus grande disponibilité et les prix les plus bas sur le marché local. A cause d'une faible utilisation des vivres, la première livraison de sel iodé de 29 tonnes, achat régional en provenance d'Abidjan, a couvert les besoins jusqu'au premier trimestre 1998. Les effets du stockage prolongé du sel sur la perte en iode, dans les conditions climatiques du



- Burkina Faso, sont actuellement examinés. On a constaté dans les magasins des formations sanitaires une agglomération du sel, due à l'humidité et au conditionnement peu approprié.
25. Le projet a été marqué par des ruptures fréquentes et des variations importantes dans les distributions qui sont dues à des problèmes de mise en place du projet, au non-établissement de rapports par les centres bénéficiaires, et à l'acheminement inadéquat des vivres. Les problèmes logistiques d'acheminement proviennent du manque de camions et de leur état vétuste, ainsi qu'à l'insuffisance de magasins adéquats de stockage. Le projet a atteint une seule fois, et même dépassé de 23 tonnes, la distribution trimestrielle maximale de 1 298 tonnes prévue dans le plan d'opérations (au premier trimestre 1998). Le plan d'approvisionnement pour ce trimestre prévoyait l'augmentation du nombre des bénéficiaires dans les zones déficitaires afin de répondre aux besoins d'urgence créés par les mauvaises récoltes des deux années précédentes. En fait, cette distribution s'est poursuivie au deuxième trimestre 1998 mais n'a pas vraiment atteint son objectif qui était d'atténuer les effets de la sécheresse dans les régions concernées.
  26. De graves problèmes d'emmagasiner ont été constatés au niveau des formations sanitaires dès les premières visites de mise en place du projet: absence totale de magasins, magasins exigus ou non appropriés. Grâce aux fonds générés par l'aide du PAM, quelques formations sanitaires ont pu construire des magasins, mais pas avant début 1998. Le PAM a fourni 800 palettes pour améliorer l'entreposage au niveau des formations. L'utilisation du cahier de gestion des stocks et le suivi quotidien des mouvements de denrées dans les formations sanitaires ne sont toujours pas systématiques et généralisés.
  27. En 1994, la mission d'examen préalable recommandait de faire le même jour distributions et activités préventives. Lorsque les activités préventives sont journalières et intégrées, et qu'il y a en même temps distribution de vivres, ce système entraîne une affluence excessive et mécontente les non-bénéficiaires. Certains centres ont de ce fait instauré un système de journée spéciale de distributions. Par contre, lorsqu'il est prévu un jour spécifique pour les consultations de nourrissons ou prénatales, les distributions peuvent avoir lieu après celle-ci.
  28. Le plan d'opérations a défini cinq types de rations, avec un assortiment alimentaire comprenant cinq denrées. La DNP a respecté ces définitions dans la mesure du possible, étant parfois obligée de s'en écarter pour des questions matérielles de distribution. Pour les enfants de six mois à cinq ans souffrant de malnutrition modérée, la ration individuelle a été multipliée par deux pour correspondre à une ration dite familiale. En ce qui concerne les femmes enceintes et les mères allaitantes, la ration est dite familiale dans ce type de projet, alors que dans les projets vivres-contre-travail (VCT) elle correspond à trois fois la ration à caractère individuel mentionnée plus haut, ce qui prête à confusion. La ration des enfants souffrant de malnutrition grave des CREN a été respectée. Les femmes, restant dans les CREN 24 heures sur 24, devaient recevoir une ration légèrement différente de celle des femmes enceintes et des mères allaitantes (210 kilocalories en plus) ce qui complique la distribution. La DNP s'en est tenue à peu près aux mêmes quantités que pour les femmes enceintes ou allaitantes. La ration des bénévoles correspondrait à deux rations dites individuelles qui ne sont pas formulées dans le plan d'opérations. La DNP a attribué à ce groupe une ration correspondant à trois fois la ration dite individuelle des enfants souffrant de malnutrition sévère. La multiplicité des types de ration ne facilite pas la distribution et la collecte des données nécessaires au suivi-évaluation du projet.
  29. En ce qui concerne la distribution de sel iodé pour diminuer l'incidence endémique du goitre, ce produit est difficile à conserver au niveau des centres car il s'agglomère avec l'humidité. Par ailleurs, la ration individuelle n'a qu'une fonction diluée de prévention.



Comme dans d'autres pays voisins, le gouvernement a pris un arrêté ministériel rendant obligatoire l'importation de sel iodé, ce qui devrait permettre d'éliminer le sel de l'assortiment alimentaire.

### Suivi-évaluation et rapports

30. Le suivi-évaluation interne est l'une des principales difficultés rencontrées dans l'exécution de ce projet. La DNP et le bureau du PAM au Burkina Faso ont recensé les principaux problèmes mais les actions préconisées n'ont pas été suivies et certains aspects essentiels ont été négligés. On peut noter parmi ces problèmes un personnel insuffisant et mal formé compte tenu des mutations fréquentes, des ruptures de stock concernant le matériel de suivi-évaluation et des moyens insuffisants donnés aux superviseurs à tous les niveaux. Or les fonds générés auraient dû permettre de résoudre une partie de ces problèmes. La contribution du gouvernement, prévue par le plan d'opérations—surtout en ce qui concerne les coûts de supervision et de formation—n'a pas été apportée en 1996 et a été tardive en 1997 et 1998, ce qui a empêché la DNP d'en faire une utilisation rationnelle.
31. La DNP établit des rapports trimestriels sur l'approvisionnement programmé des formations sanitaires, les quantités de vivres distribuées par ces formations, les différents types de bénéficiaires et sur différents points. On constate de grosses difficultés au niveau de la collecte initiale des données par les agents d'exécution insuffisamment formés, un manque d'uniformisation dans le système de collecte et des changements trop fréquents de personnel. Par ailleurs, le matériel de collecte et d'analyse primaire a fait défaut (cartes de ration des bénéficiaires et fiches de courbe de poids de référence).
32. Le SPAP prépare également des rapports trimestriels sur les mouvements des denrées; ceux-ci présentent des incohérences ou des lacunes dans les données. Par exemple, les stocks des formations sanitaires sont comptabilisés dans les stocks du SPAP, ce qui est incorrect sur le plan comptable. Il semblerait que ce système de rapports soit à l'origine des erreurs dans la comptabilité et la disponibilité des stocks au niveau des magasins centraux. Le manque d'inventaires physiques périodiques effectués en présence du personnel du PAM a empêché une gestion efficace des vivres au niveau des magasins centraux. Toutes ces raisons ont rendu le suivi de la disponibilité réelle des vivres presque impossible et n'a pas facilité la planification des commandes de vivres ou des achats locaux.
33. Les coordonnateurs provinciaux/districts ont conditionné les distributions à l'envoi des rapports trimestriels, ce qui est à l'origine du blocage des distributions en 1997. Des décalages importants se sont automatiquement produits au niveau de la fourniture des vivres aux bénéficiaires, avec de graves répercussions sur la bonne marche du projet: décalage des distributions tout au long d'un trimestre, écarts importants entre deux distributions allant jusqu'à 6-8 mois, impossibilité de programmation simultanée des transports, et non-synchronisation des opérations. Le manque de coordination entre le SPAP et la DNP empêche cette dernière d'établir des plans d'approvisionnement rationnels.

## RECOMMANDATIONS<sup>1</sup>

34. Les principales recommandations de la mission sont les suivantes:

---

<sup>1</sup> Des recommandations techniques supplémentaires sont disponibles dans le rapport complet.



35. Il faudrait, à l'avenir, harmoniser le **ciblage des zones bénéficiaires** avec celui du Programme conjoint des Nations Unies "Soins de santé primaires" 1999–2003.
36. Afin d'améliorer la logistique des projets et le rapport **coût-efficacité**, le PAM s'oriente vers **une réduction de l'assortiment alimentaire** à trois aliments (céréales, haricots, huile) qui correspond à une base alimentaire équilibrée. Compte tenu des problèmes inhérents à la distribution de sel et, en espérant que l'arrêté ministériel sur l'obligation d'importer du sel iodé entrera prochainement en application, la mission recommande d'éliminer ce condiment. Le problème du sucre est assez similaire, mais la mission recommande de réduire l'assortiment alimentaire de manière progressive.
37. En ce qui concerne **les critères de sélection, la mission recommande d'utiliser le rapport poids/taille (inférieur ou égal à -2ET)** pour l'admission aux CREN, ainsi que les critères cliniques. Pour les enfants souffrant de malnutrition modérée, la mission recommande de fournir aux formations sanitaires une fiche de courbe de poids de référence, au lieu d'un tableau chiffré, afin de faciliter le travail de sélection. Cette fiche permet de surveiller aisément les enfants à risque, ceux dont la courbe de poids/âge est horizontale ou descendante par rapport à la courbe inférieure définie sur la fiche, constat effectué après trois pesées mensuelles consécutives. En ce qui concerne les critères de sélection pour les femmes enceintes, la mission recommande de prendre celles dont le poids est inférieur ou égal à 45 kilogrammes sans autre condition et celles de poids inférieur ou égal à 60 kilogrammes avec l'une des conditions suivantes: anémie grave, femme attendant des jumeaux, femme ayant un enfant de moins de un an (grossesses rapprochées). Pour les mères allaitantes, les critères de poids sont les mêmes que pour les femmes enceintes avec les conditions suivantes pour les mères de poids inférieur à 60 kilogrammes: anémie grave, mère de jumeaux de moins de six mois, mère ayant un nourrisson dont le poids est inférieur ou égal à 2,5 kilogrammes, mère dont l'enfant présente une insuffisance pondérale à moins de six mois.
38. **La mission est convaincue de la nécessité des CREN** mais leur **fonctionnement pose des problèmes. La mission recommande que cette activité fasse partie intégrante de l'ensemble minimum d'activités des formations sanitaires CSPS**, qu'il s'agisse d'admission pour la journée ou de consultation sur la malnutrition une à deux fois par semaine, selon les possibilités en personnel du centre. Décentraliser la fonction des CREN au niveau de la communauté, pour rester dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, serait certes l'idéal, mais nécessite au préalable des actions d'IEC. La mission recommande que les bénéficiaires des CREN soient intégrés dans le plan d'approvisionnement des structures sanitaires dont ils dépendent, et qu'ils ne soient plus comptés comme faisant partie de structures sanitaires à part.
39. **La contribution monétaire des mères aux distributions** est acceptable sous certaines conditions: elle **doit être limitée et uniformisée** à 100 FCFA par distribution mensuelle et les fonds générés (y compris la vente des emballages vides) doivent servir en priorité à l'amélioration du programme. Les besoins du projet, surtout en matière de suivi-évaluation, de formation, de matériel, d'emménagement et d'entretien des magasins devraient être inscrits dans le Plan d'action et d'utilisation des fonds, établi par le district sanitaire.
40. En ce qui concerne la contrepartie du **gouvernement, il serait souhaitable qu'elle soit allouée plus tôt dans l'année** afin que la DNP puisse utiliser les fonds en temps voulu. Dans le cadre de la nouvelle politique de recrutement et de redéploiement du personnel, envisagée par le ministère, **la mission sollicite des affectations** dans les centres ne disposant que de deux techniciens afin que l'ensemble minimum d'activités et le programme alimentaire en particulier puissent être exécutés correctement.



41. Compte tenu du manque de maîtrise en matière de *collecte et d'enregistrement des données* dans les formations sanitaires, *la mission est d'accord* avec les responsables nationaux *pour que le projet demande un minimum de données nécessaires* à son suivi/évaluation au niveau des formations sanitaires. La DNP, assistée par le PAM, devrait *établir un nouveau système de suivi-évaluation plus restreint*, quoique plus performant, au niveau des centres mais également solliciter auprès du coordonnateur du district les données sanitaires nécessaires à l'évaluation du projet.
42. Le *processus* de la *nouvelle gestion logistique* des projets PAM au Burkina Faso *devrait être poursuivi*. Il faudrait envisager de transformer le SPAP en un organe logistique indépendant hors tutelle ministérielle. La construction de deux magasins provinciaux permettra de décentraliser le stockage des vivres. La privatisation du transport des vivres devrait être plus poussée. *La mise en place d'un système de suivi/inventaire mieux adapté des stocks de vivres, et la gestion PAM/SPAP des sorties de vivres des magasins sont à recommander.*
43. Pour la mise en place de la nouvelle zone d'intervention du projet, des besoins en vivres qui en découlent et de leur répartition par formation sanitaire, la DNP devra, au cours du dernier trimestre 1998, *collecter auprès des districts bénéficiaires et pour chaque formation sanitaire*, les données 1997 de population, celles concernant le nombre d'inscrits, la couverture des consultations prénatales et infantiles, et le personnel par catégorie.
44. *Dans un objectif de réorganisation, les distributions devraient être interrompues* pendant le premier trimestre 1999, afin que la DNP puisse élaborer, réviser et reproduire le matériel concernant les critères de sélection et l'enregistrement des données, et effectuer la formation de formateurs, nécessaire à un redémarrage du projet. Pendant la même période, les responsables de district devraient procéder à la formation du personnel des centres bénéficiaires. A la suite de quoi, ce personnel d'exécution pourrait entreprendre des activités d'IEC concernant l'aide alimentaire afin qu'elle soit mieux comprise par les populations. Parallèlement, il faudrait approvisionner les centres bénéficiaires afin que les distributions reprennent au 1er avril 1999 sur la nouvelle zone du projet.
45. Pour mener à bien un tel type de projet qui demande des capacités de gestion mais aussi des capacités techniques, *le recrutement d'un assistant (VNU ou JPO)* ayant un profil en relation avec la santé publique *serait à recommander* pour le bureau du PAM au Burkina Faso.

