

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Session annuelle
du Conseil d'administration**

Rome, 8–12 juin 2009

RAPPORTS D'ÉVALUATION

**Point 7 de l'ordre du
jour**

Pour examen



Distribution: GÉNÉRALE

WFP/EB.A/2009/7-E

12 mai 2009

ORIGINAL: ANGLAIS

RAPPORT SUCCINCT DE L'ÉVALUATION DE L'IPSR BURKINA FASO 10541.0

**Arrêter la progression de la dénutrition
dans les régions exposées à l'insécurité
alimentaire**

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>).

RESUME

Le présent rapport résume l'évaluation indépendante de l'intervention prolongée de secours et de redressement Burkina Faso 10541.0, approuvée en décembre 2006 et prolongée jusqu'en décembre 2009. La mission d'évaluation a été réalisée entre novembre et décembre 2008. Ses conclusions entendent faciliter la conception de la prolongation de l'intervention par le bureau de pays.

Au Burkina Faso, près de la moitié de la population n'a pas un accès à la nourriture suffisant pour satisfaire ses besoins énergétiques minimaux. Depuis le début des années 90, des signes inquiétants de progression de la prévalence et de l'incidence de la dénutrition sont manifestes. Pendant la crise du Niger de 2004–2005, l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans était de 19 pour cent, un chiffre bien supérieur au seuil critique de 15 pour cent fixé par l'Organisation mondiale de la santé.

L'objectif de cette intervention de secours et de redressement est d'inverser la tendance dans les sept régions rurales les plus touchées par la dénutrition. Bien que la présente intervention ne fasse pas suite à une opération d'urgence, elle répond aux objectifs de la stratégie nutritionnelle régionale commune de 2006 élaborée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et le PAM pour les pays du nord du Sahel. Elle s'inscrit également dans le cadre de l'Objectif stratégique 2, à savoir protéger les moyens d'existence et renforcer la résistance aux chocs.

L'intervention vise à améliorer l'alimentation des groupes démographiques nutritionnellement vulnérables, c'est-à-dire, les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de 3 ans, moyennant une supplémentation alimentaire, associée à un ensemble essentiel de soins de santé et d'autres mesures. L'approche de l'intervention comporte deux grands axes, mettant l'accent à la fois sur la prévention de la dénutrition et sur la récupération de la malnutrition aiguë modérée par le biais d'activités au sein des communautés et dans les dispensaires.

Les objectifs de l'intervention prolongée de secours et de redressement sont pertinents et la double approche choisie s'est avérée efficace. En dépit de certaines difficultés logistiques dues à la saison des pluies et au manque d'infrastructures matérielles, en particulier de routes, les ressources mises à disposition de l'intervention ont été efficacement employées. Les activités proposées dans les dispensaires ont incité un plus grand nombre de personnes à fréquenter les services de santé, ce qui a eu un impact positif sur la couverture sanitaire publique, notamment en ce qui concerne la vaccination, la consultation prénatale et l'accouchement dans des centres prévus à cet effet. Grâce aux activités complémentaires offertes dans les dispensaires et les communautés, les soins de santé primaires sont désormais à la portée de la majeure partie de la population.

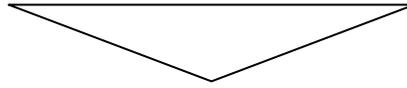
Les améliorations de la nutrition et les taux croissants de récupération nutritionnelle relevés dans les sept régions ciblées sont mesurables et attestent de la pertinence et de l'adéquation de l'approche choisie pour l'intervention. Des évaluations antérieures réalisées au Burkina Faso ont maintes fois signalé que les sept régions en question étaient très vulnérables en ce qui concerne la dénutrition et l'insécurité alimentaire des ménages. Plusieurs nouveaux projets élaborés par le Gouvernement, l'équipe de pays des Nations Unies et les organisations non gouvernementales pour mettre en place des activités agricoles et génératrices de revenus, renforcent les effets de l'intervention dans ces régions et offrent un cadre de développement durable à plus long terme.

À la fin de 2008, l'intervention n'était financée qu'à hauteur de 57 pour cent seulement, prolongation jusqu'en décembre 2009 comprise. Ce faible niveau de financement était dû à l'extension géographique rapide et à l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'intervention en 2008. En dépit des contraintes budgétaires, le nombre de bénéficiaires ayant reçu une aide alimentaire a dépassé la cible de 23 pour cent environ. Cette situation s'explique par le nombre de bénéficiaires ayant abandonné les activités en cours de route et le fait que d'autres personnes aient été recrutées en remplacement. En conséquence, si abaisser le taux d'abandon par les bénéficiaires devrait être une priorité, l'intervention a permis de réduire considérablement les taux élevés de dénutrition aiguë modérée dans les régions les plus touchées du nord du Burkina Faso. Faute de temps, il n'a pas été possible d'évaluer les résultats de l'intervention pour ce qui est de l'inversion durable de la tendance générale, mais la mission a conclu que l'intervention avait été efficace et que la mobilisation des ressources locales avaient été importantes; ce bilan est dû à la conception de l'intervention qui avait pour objectif d'élargir la participation communautaire par le biais des partenaires coopérants du PAM.

L'une des recommandations les plus importantes de l'évaluation concerne la consolidation de l'intervention dans les sept régions ciblées, notamment en développant les capacités de toutes les parties prenantes dans le domaine de la nutrition et en créant un système de repérage des bénéficiaires ne prenant plus les aliments proposés. La mission a également recommandé d'examiner la possibilité d'inclure des farines enrichies en micronutriments et/ou des compléments alimentaires à base de lipides dans l'assortiment alimentaire, pour lutter contre la malnutrition modérée, aiguë et chronique.

Une autre recommandation très importante, qui s'adresse au PAM et à ses 20 partenaires coopérants, leur demande d'examiner et d'évaluer toutes leurs techniques d'information, d'enseignement et de communication afin de modifier les habitudes alimentaires et de recenser celles qui fonctionnent le mieux. On pourra ainsi modifier durablement les habitudes alimentaires dans toute la zone du projet.

PROJET DE DECISION *



Le Conseil prend note du "Rapport succinct de l'évaluation de l'IPSR Burkina Faso 10541.0" (WFP/EB.A/2009/7-E) et invite le PAM à continuer de donner suite aux recommandations qui y figurent, en tenant compte des questions soulevées par le Conseil au cours des débats.

* 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.

CADRE GENERAL

Contexte

1. Le Burkina Faso, l'un des pays les plus pauvres au monde, figure au 173^e rang des 179 pays qui figurent dans l'indicateur du développement humain de 2008¹. Sur les 14,5 millions de personnes que compte le pays, la moitié n'a pas un accès suffisant à la nourriture pour satisfaire ses besoins énergétiques minimaux. Depuis le début des années 90, des signes inquiétants de progression de la prévalence et de l'incidence de la dénutrition sont manifestes, en particulier dans les zones rurales du nord du pays. Pendant la crise du Niger de 2004–2005, presque 19 pour cent des enfants de moins de 5 ans, soit plus de 450 000 enfants, souffraient d'émaciation.
2. Les problèmes rencontrés par le Burkina Faso sont comparables à ceux des pays voisins du nord du Sahel – à savoir, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Tchad. L'ensemble de la région compte environ 1,4 million d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation et rencontre des problèmes de taille dans les domaines de l'environnement, de la santé publique et de l'économie. En outre, la corrélation entre dénutrition grave, pauvreté et insécurité alimentaire est complexe et n'est pas toujours prévisible. Par exemple, les taux les plus élevés d'émaciation au Burkina Faso s'observent dans la région du Sud-Ouest, malgré une pluviométrie et des récoltes relativement bonnes et des migrations aisées vers l'agriculture de plantation des pays voisins.
3. En dépit de taux de malnutrition élevés et dans bien des cas en progression, le problème de l'émaciation a été largement ignoré par les donateurs et les autres partenaires. Pourtant, le Gouvernement burkinabé formule depuis 2001 des mesures, plans et protocoles pour lutter contre la dénutrition dans le cadre de ses politiques concernant la santé, la sécurité alimentaire et l'agriculture. En octobre 2006, le Plan d'action national pour la nutrition, révisé sur la base du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) de 2003, est devenu la politique nationale de nutrition. Cette politique a été renforcée par un décret présidentiel établissant le Conseil national de concertation en nutrition au début de l'année 2008, le Ministère de la Santé faisant office de coordonnateur du programme global pour la nutrition. Des protocoles nationaux pour la gestion de la malnutrition aiguë grave ont été formalisés pendant l'année 2007.
4. Le renforcement de ce cadre politique a permis au PAM, à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et aux autres partenaires de concevoir une intervention sur le terrain de grande envergure pour s'attaquer à la fois aux causes et aux conséquences de la malnutrition aiguë, qu'elle soit modérée ou grave. L'intervention prolongée de secours et de redressement (IPSR) Burkina Faso 10541.0, qui couvrait au départ les cinq régions les plus exposées à la malnutrition, a été élargie à deux autres régions en 2008.

¹ Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Indices de développement humain: une mise à jour statistique 2008, Classements IDH (voir: <http://hdr.undp.org/fr/statistiques/>).



Description de l'intervention

5. L'IPSR 10541.0 a été mise au point pour venir en aide à 426 000 enfants de 3 ans ou moins et à 242 500 femmes enceintes et mères allaitantes sous-alimentés dans les cinq régions les plus touchées par la malnutrition, en complément du programme de pays du PAM. Bien que des problèmes nutritionnels existent dans toutes les régions du pays, la mission d'évaluation menée conjointement par le Gouvernement et les Nations Unies en 2006 a considéré qu'il fallait s'attacher en priorité aux régions du Sahel, du Nord, du Centre-Nord, de l'Est et du Sud-Ouest, afin de rompre le cycle sécheresse, insécurité alimentaire des ménages, sous-alimentation et malnutrition. Le projet devait durer du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008, mais les activités sur le terrain n'ont été menées à plein régime qu'à partir de juin 2007, après l'arrivée des produits alimentaires et l'évaluation des résultats d'une enquête nutritionnelle réalisée dans les cinq régions ciblées. Le coût total de l'IPSR s'élevait à 18,3 millions de dollars, dont 9,1 millions de dollars pour 24 211 tonnes de produits alimentaires. En décembre 2008, le projet était financé à hauteur de 57 pour cent, après avoir été élargi à deux autres régions à la mi-2008. La flambée des prix des produits alimentaires et le déficit de la production agricole en 2008 ont également eu un impact sur le manque de ressources. Une révision budgétaire a été approuvée en décembre 2008 pour prolonger le projet jusqu'au 31 décembre 2009, portant le budget total à près de 29 millions de dollars, pour venir en aide à 832 147 bénéficiaires; la quantité de produits alimentaires était de 30 147 tonnes.
6. Les bénéficiaires, sélectionnés en fonction de critères anthropométriques, ont reçu une ration alimentaire supplémentaire mensuelle pendant six mois. Des activités d'information, d'enseignement et de communication, ainsi que des cours de cuisine hebdomadaires, sont complétés par un ensemble essentiel d'activités de soins de santé primaires de base, tels que le déparasitage, la prévention et le traitement du paludisme. Ce programme est mis en oeuvre par les services de santé du Gouvernement et les organisations non gouvernementales (ONG) partenaires, par l'intermédiaire d'un réseau de dispensaires ruraux et d'associations villageoises communautaires.
7. Les deux objectifs de l'IPSR sont les suivants: i) réduire le taux de dénutrition aiguë modérée chez les enfants de moins de 3 ans, les femmes enceintes et les mères allaitantes [Objectif stratégique (OS) 3 et objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4,5, et 6]; et ii) renforcer les capacités du Gouvernement afin qu'il puisse mettre en oeuvre le Plan d'action national en faveur de la nutrition, y compris l'élaboration d'un système de surveillance de la nutrition.

Caractéristiques de l'évaluation

8. L'évaluation a été conduite conformément à la politique d'évaluation du PAM, en vertu de laquelle toute intervention de plus de 12 mois doit être évaluée. La première phase de l'IPSR a pris fin le 31 décembre 2008 et l'évaluation a été réalisée entre septembre 2008 et février 2009. Cette évaluation fait donc office d'examen à mi-parcours de l'IPSR, qui a été prolongée jusqu'à la fin de 2009 et couvre désormais deux autres régions en plus des cinq initialement prévues.
9. Une étude des documents concernant la situation avant l'IPSR a été réalisée (étude de référence, évaluations de la vulnérabilité, enquêtes sur la production agricole et la sécurité alimentaire), ainsi que la situation pendant l'exécution (rapports de suivi après distribution, rapports mensuels, études de surveillance des prix du marché et enquêtes des partenaires coopérants). Une mission préparatoire effectuée par le chef de l'équipe d'évaluation et le responsable de l'évaluation a permis d'examiner le cadre logistique de l'intervention, de



prendre contact avec les parties prenantes internationales et de confirmer tous les éléments logistiques de la mission sur le terrain. Des réunions ont été organisées avec plusieurs dizaines de parties prenantes, avant et après les visites sur le terrain. Des entretiens ont également eu lieu avec des médecins locaux, des agents de santé des dispensaires, du personnel des ONG, des chefs des villages, des groupes de bénéficiaires et des groupes de discussion des communautés.

10. Les principales difficultés rencontrées pendant l'évaluation étaient dues à l'élargissement géographique de l'IPSR, lequel a nécessité de longs voyages pour parcourir de grandes distances en un temps limité. La brève durée des activités est un autre facteur qui n'a pas permis d'évaluer pleinement l'évolution de l'état nutritionnel ou les résultats obtenus en matière de récupération.

PRINCIPAUX ASPECTS DE L'EXECUTION

Conception de l'intervention: pertinence et adéquation

11. La conception de l'IPSR 10541.0 est pertinente au regard de ses objectifs, à savoir: i) réduire le taux de dénutrition aiguë modérée des enfants de moins de 3 ans, des femmes enceintes et des mères allaitantes (OS 3 et OMD 4,5 et 6); et ii) renforcer les capacités du Gouvernement afin qu'il puisse mettre en œuvre le Plan d'action national en faveur de la nutrition, y compris un système de surveillance de la nutrition. Ces objectifs ont été correctement définis, ils sont réalistes et conformes aux préoccupations prioritaires du Gouvernement burkinabé et du PAM.
12. Les méthodes appliquées par l'IPSR sont conformes aux politiques du PAM en matière de nutrition, ainsi qu'à ses politiques et principes directeurs opérationnels relatifs aux interventions dans les situations d'urgence chronique. Le ciblage des régions affichant les niveaux ou les risques les plus élevés d'insécurité alimentaire est en conformité avec les politiques du PAM. Les objectifs nutritionnels ne pourront pas être atteints uniquement par l'accroissement des revenus; il faudra également mettre en place des programmes en faveur des enfants et de la santé de la procréation, afin de réduire l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance, d'encourager l'allaitement maternel exclusif et d'améliorer la nutrition des nourrissons et des enfants.
13. La conception de l'IPSR a pris en considération les conclusions d'une évaluation nationale de la vulnérabilité nutritionnelle réalisée en septembre 2006 par l'équipe de pays des Nations Unies et les institutions gouvernementales pour faire face à l'accroissement de la dénutrition et de l'insécurité alimentaire dans les zones rurales. Cette évaluation estimait que 49 pour cent des familles rurales ne produisaient pas assez de nourriture pour subvenir à leurs propres besoins et que la dénutrition des enfants de moins de 5 ans était importante et en progression. Elle concluait qu'il fallait prendre des mesures immédiates en recourant à des activités intégrées ciblant les régions hautement prioritaires. Au vu de l'envergure et de la nature complexe du problème, il fallait, pour y répondre, une collaboration étroite entre les institutions gouvernementales, les membres de l'équipe de pays des Nations Unies, les ONG et les autres partenaires de la société civile. Les activités devaient avoir pour objectif la récupération nutritionnelle et la prévention de la malnutrition, compte tenu des causes sous-jacentes de la malnutrition et des menaces immédiates pour la santé.

14. Les objectifs et approches de l'IPSR sont pleinement conformes aux principes nutritionnels approuvés conjointement pour les pays du nord du Sahel par le PAM et l'UNICEF après la crise de 2005. Ils s'inscrivent dans le cadre des bonnes pratiques de lutte contre la malnutrition modérée et grave par le biais de soins de santé et de projets communautaires.

Produits obtenus et modalités d'exécution: éléments d'efficience

15. Cinq indicateurs ont été définis pour mesurer le principal produit attendu de l'IPSR, à savoir fournir en temps utile des produits alimentaires adéquats en quantité suffisante pour appuyer des interventions nutritionnelles en faveur des bénéficiaires ciblés. Selon le bureau de pays et les partenaires, le fait que pratiquement tous les objectifs fixés aient été atteints malgré le manque de ressources de l'IPSR tenait au vif succès que cette intervention remportait auprès des partenaires et des bénéficiaires, notamment ses aspects communautaires. Dès le début de l'intervention, les comités villageois et les bénéficiaires eux-mêmes ont fait don de nourriture et de bois de chauffe à des partenaires comme l'Organisation catholique pour le développement et la solidarité et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR).
16. Le 30 juin 2008, alors que le budget total de l'IPSR s'élevait à 18,3 millions de dollars, environ 10,8 millions de dollars avaient été mobilisés, soit un déficit de financement de 26 pour cent. En novembre 2008, lorsque l'intervention a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2009, avec un budget total de 28,9 millions de dollars, le déficit est passé à 13 millions de dollars². Les principaux donateurs de l'IPSR sont l'Allemagne, les Nations Unies, le Service d'aide humanitaire de la Commission européenne et les États-Unis.
17. Les ressources provenant des donateurs tant régionaux qu'internationaux ont été relativement faibles pendant toute la durée de l'IPSR, malgré sa notoriété. L'IPSR étant principalement axée sur la nutrition, le faible niveau de financement de 57 pour cent est problématique et n'a été compensé qu'en partie par les économies réalisées en partageant la logistique avec le programme de pays et en achetant les produits localement. Le manque de fonds a retardé le lancement de l'IPSR et entraîné des problèmes logistiques ainsi que plusieurs ruptures de la chaîne d'approvisionnement; en outre, la capacité de mise en œuvre de certains partenaires s'est avérée être faible. L'IPSR a renforcé la capacité d'intervention des ONG dans le domaine de la nutrition, grâce à une formation sur le tas.
18. Le PAM a distribué efficacement les ressources disponibles; les produits alimentaires ont été distribués en temps utile et de façon appropriée. La plupart des livraisons mensuelles de produits alimentaires de l'IPSR aux centres de santé et aux projets communautaires se font par l'intermédiaire des quatre bureaux auxiliaires du PAM et de son entrepôt principal à Ouagadougou. Pour un nombre toujours croissant de villages, les livraisons mensuelles des quantités relativement faibles destinées aux projets communautaires sont sous-traitées à des transporteurs locaux en recourant aux procédures d'appel d'offres normalisées du PAM. Le personnel des centres de santé et des ONG, ainsi que les membres des comités villageois, ont reçu une formation portant sur la gestion de l'entreposage et les procédures de communication de données.
19. Pour l'essentiel, les produits alimentaires du PAM sont des rations destinées à l'alimentation supplémentaire dans le cadre des interventions axées sur la récupération nutritionnelle. Plus de 23 000 tonnes ont été prévues à cette fin mais 10 705 tonnes seulement ont été distribuées, étant donné le déficit de ressources équivalant à 50 pour cent

² Bulletin du bureau de pays, décembre 2008, Ouagadougou.



des besoins. Sur les 628 tonnes prévues pour les cours de cuisine, 215 tonnes environ ont été distribuées.

20. Les activités communautaires ont commencé à petite échelle car rares étaient les ONG travaillant dans le domaine de la nutrition. En conséquence, des ONG ne travaillant pas dans le domaine de la santé mais ayant la capacité de travailler avec le PAM et le Gouvernement dans le cadre de l'IPSR ont été recensées et formées. Entre juin 2007 et août 2008, le nombre d'ONG partenaires est passé de 5 à 19. L'accroissement rapide des activités communautaires qui s'en est suivi a permis de dépasser, depuis mai 2008, les objectifs fixés pour la distribution de rations de supplémentation.
21. Selon le bureau de pays, les coûts mensuels des rations par bénéficiaire sont passés de 7,20 dollars en juin 2007 à 9 dollars en août 2008. Les bénévoles qui apportent leur aide pour l'enregistrement, les mesures et le stockage de produits alimentaires reçoivent une ration mensuelle à titre de compensation; dans certains dispensaires de district, les bénévoles reçoivent une rémunération mensuelle en espèces dont le montant va de 12,50 à 32,50 dollars. Un simple calcul montre que les rations alimentaires données aux bénévoles sont des mesures incitatives moins onéreuses que la rémunération en espèces.
22. Des aliments de supplémentation à base de lipides sont depuis peu utilisés pour traiter la dénutrition aiguë grave, avec des résultats indiquant globalement des taux de récupération plus rapide. Les compléments alimentaires à base de lipides enrichis en micronutriments pour le traitement systématique de la malnutrition modérée sont actuellement utilisés à titre d'essai. L'évaluation de l'efficacité de ces programmes devrait être prioritaire.

Résultats

23. La baisse des taux élevés, et en constante augmentation, de malnutrition aiguë modérée, tels qu'observés dans les régions les plus gravement touchées par ce phénomène au Burkina Faso, est un défi majeur à relever. L'enquête de référence réalisée en mars/avril 2007 a révélé une prévalence de 17,7 pour cent chez les enfants de moins de 3 ans. Ce chiffre est bien supérieur à la norme de référence fixée par l'OMS en 2006, qui est de 15 pour cent en situation de crise et représente le seuil à partir duquel le PAM lance des activités générales d'alimentation supplémentaire d'urgence.
24. Des enquêtes de suivi, à l'exception de la première (en septembre/octobre 2007), effectuées à un stade auquel la situation a d'habitude empiré, ont révélé des taux de prévalence de la malnutrition plus faibles. La troisième enquête de suivi, en août 2008, a montré une prévalence de la malnutrition aiguë modérée de 15,5 pour cent et un taux d'émaciation grave se stabilisant aux alentours de 5 pour cent. En conséquence, si l'objectif de 10 pour cent n'a pas encore été atteint, on observe un impact positif majeur dans les régions ciblées par l'IPSR et il semblerait que la poursuite des activités menées dans ce cadre permettra d'atteindre cet objectif.
25. Dans l'ensemble, les taux de récupération ont été satisfaisants, se situant autour de 65 pour cent en moyenne pendant toute la période d'exécution de l'IPSR. Les principes directeurs du projet Sphère³ fixent le taux minimal de récupération à 75 pour cent pour les interventions d'aide alimentaire supplémentaire et un taux de défaillance chez les patients de moins de 15 pour cent, mais un examen récent de ces interventions a montré que le taux

³ Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes, élaborée par le Projet Sphère (www.sphereproject.org).



médian de récupération observé pour 27 programmes mis en œuvre dans des situations chroniques s'élevait à 62 pour cent, un taux comparable à celui atteint au Burkina Faso.

26. Il convient également d'examiner les tendances. Dans toutes les régions du Burkina Faso, y compris dans la région la plus défavorisée du Sud-Ouest, des progrès ont été observés dans les domaines suivants: i) capacité d'exécution de l'IPSR des partenaires coopérants; ii) nombre de partenaires menant des activités en s'entraïdant; et iii) prise de conscience de la population locale de l'importance de participer à ce programme. Il s'ensuit une augmentation lente des taux de récupération, les derniers taux atteignant des niveaux très élevés de 85 à 95 pour cent.

Questions transversales

27. Le nombre d'associations oeuvrant sur le terrain a rapidement augmenté, ce qui a permis à un grand nombre de communautés nécessiteuses, jusque là restées en marge du système de santé et des centres de protection sociale, d'être couvertes par l'IPSR. La collaboration des partenaires au projet a revêtu différentes formes. Certains partenaires, notamment la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ont recouru à leur réseau de bénévoles dans les villages pour obtenir un rapide aperçu de l'exposition des populations aux risques naturels. D'après les conclusions de la mission d'évaluation, les avantages comparatifs des cultures organisationnelles des partenaires pourraient être employés beaucoup plus efficacement pour encourager la prise en charge locale des interventions. Par exemple, le ciblage des femmes âgées en milieu rural effectué par *Helen Keller International* pour en faire des agents du changement des habitudes alimentaires et nutritionnelles des jeunes femmes pourrait être étudié de plus près pour aider à planifier une deuxième phase de la stratégie d'information, d'enseignement et de communication de l'IPSR. Ces méthodes novatrices sont également utiles dans les débats plus larges de politique générale relatifs à la récupération nutritionnelle.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Évaluation générale

28. Les objectifs de l'IPSR 10541.0 sont conformes aux priorités du Burkina Faso et aux besoins urgents des bénéficiaires, pour lesquels les tendances concernant les taux d'émaciation des enfants et l'état nutritionnel des mères sont inquiétantes. L'envergure et la conception de l'IPSR sont ambitieuses. La mise en œuvre d'activités à volets multiples, qui s'attaquent à la fois au traitement et à la prévention et offrent des produits, des services, des informations et des moyens d'agir, est la modalité d'intervention la plus adaptée. La double approche consistant à faire front en même temps à la dénutrition aiguë et modérée est parfaitement adaptée à la crise grave causée par la sous-alimentation qui sévit au Burkina Faso. La mission d'évaluation a également conclu que les objectifs de l'IPSR correspondent pleinement aux objectifs stratégiques du PAM, ainsi qu'aux objectifs fixés par le Bureau régional du PAM pour l'Afrique de l'Ouest dans le cadre de sa stratégie régionale de lutte contre la malnutrition. L'IPSR est également en harmonie avec les politiques du PAM concernant la nutrition, les interventions prolongées de secours et de redressement, la problématique hommes-femmes et le VIH/sida. Les consultations fréquentes avec l'équipe de pays des Nations Unies pour l'évaluation et le suivi au niveau régional et à celui des districts permettent d'assurer une collaboration étroite et complémentaire entre cette équipe et les projets partenaires de l'IPSR.



29. Un certain nombre de facteurs ont eu une incidence sur l'efficacité de l'IPSR. Le manque de ressources dès le début de l'intervention a entraîné une rupture de la chaîne d'approvisionnement, celle-ci ayant été en partie compensée par les produits alimentaires fournis par les communautés elles-mêmes et par le changement plus rapide que prévu des habitudes alimentaires. Le recours aux centres de santé et à une approche communautaire a permis d'assurer une couverture raisonnable et d'obtenir des résultats louables sur une période très courte. À l'évidence, un meilleur financement aurait permis de couvrir plus largement la population et d'obtenir de meilleurs taux de récupération, car certains éléments essentiels du programme, tels que le recensement des personnes abandonnant les traitements, auraient pu être plus efficacement mis en œuvre. L'association de produits alimentaires importés et de formules de récupération mises au point localement a conduit à augmenter, dans une certaine mesure, l'efficacité de l'intervention.
30. La distribution d'un ensemble essentiel de produits alimentaires, d'articles non alimentaires et de services s'est avérée efficace. On note des taux satisfaisants de récupération nutritionnelle et une fréquentation plus régulière des dispensaires, l'IPSR ayant fourni aux bénéficiaires des services accrus de prévention tels que la vaccination, dont les taux se sont également améliorés. La fréquentation régulière des consultations prénatales et postnatales est également en progression, d'où une meilleure rentabilité de ces services et une baisse des taux de mortalité liés aux grossesses à haut risque.
31. La mission a constaté que l'IPSR avait contribué à l'élaboration d'autres projets nutritionnels, en collaboration avec des partenaires des régions ciblées, participant ainsi notablement au renforcement des capacités locales et à l'échange d'idées et d'expériences. La nutrition est ainsi devenue plus prioritaire dans le programme national, un point qui devrait aussi entraîner des effets à l'avenir.
32. Les aspects transversaux du projet portent sur la mise en place d'un partenariat étroit avec les ONG et les organisations de la société civile. Dans ce domaine, l'IPSR a dépassé les attentes, principalement en contribuant à l'adoption par les organisations partenaires de son orientation sur la nutrition, d'où une augmentation substantielle du nombre de bénéficiaires couverts et des capacités communautaires.

Considérations pour l'avenir

33. Les principaux défis à relever pour l'IPSR sont l'insuffisance des ressources, la faible capacité de mise en œuvre des partenaires coopérants, et les problèmes de logistique qui retardent les distributions. La question des ressources demeure le problème crucial pour l'avenir, car celles-ci ont manqué tout au long de l'IPSR, malgré la grande notoriété de l'intervention. La mise en commun de la logistique avec le programme de pays a été bénéfique, mais elle n'a pas permis d'empêcher de reporter le lancement de l'intervention. La baisse des prix des produits, qui a eu lieu en 2008, a partiellement compensé le manque de ressources.
34. L'amélioration de la situation nutritionnelle globale est un indicateur généralement utilisé pour le développement durable. Les possibilités qu'offrent les nouveaux aliments de supplémentation fournis pour la récupération nutritionnelle contribuent à faire progresser les questions liées à la nutrition dans les priorités de développement. La mission d'évaluation est d'avis que l'approche de l'IPSR est un moyen très efficace d'améliorer la situation nutritionnelle globale, mais que de telles interventions de courte durée devraient être prolongées et devraient s'accompagner d'un financement plus sûr.

Recommandations

35. Le PAM, les donateurs et les partenaires devraient continuer à appuyer l'IPSR, dont la première phase a globalement été un succès et qui nécessite aujourd'hui des fonds supplémentaires, ainsi que du personnel formé en nombre suffisant pour aller de l'avant. Toutefois, étant donné que le déficit de financement devrait se poursuivre en 2009, il est recommandé de consolider les réalisations de l'IPSR dans les domaines actuellement couverts. Les répercussions de l'augmentation du nombre de bénéficiaires dû à l'élargissement de l'intervention sur la qualité et la quantité des intrants et des services fournis sont inévitables.
36. Il conviendrait d'examiner les possibilités d'inclure d'autres produits alimentaires ou des produits complémentaires, y compris des suppléments alimentaires prêts à consommer, dans la ration destinée à la récupération nutritionnelle des enfants souffrant d'émaciation modérée.
37. Il est urgent d'étudier les coûts et l'efficacité des modèles d'intervention sur lesquels s'appuient les IPSR de cette portée. Le modèle de prévision des coûts du partenariat REACH (partenariat visant à éliminer la faim chez les enfants) pourrait être appliqué à titre d'essai aux activités de l'IPSR. Les possibilités de produire localement des produits alimentaires enrichis pourraient aussi être réétudiées en termes de coût de récupération nutritionnelle par enfant/mère et de coût par point de pourcentage de réduction obtenu au sein de la population souffrant d'émaciation, plutôt qu'en termes de coût par tonne.
38. Le taux élevé de bénéficiaires ne prenant plus les aliments proposés a un impact négatif sur l'efficacité de l'intervention et est un problème qui doit être examiné plus avant. La solution possible serait d'utiliser des compléments à base de lipides, qui ne nécessitent pas de cuisson et posent moins de problèmes, par exemple, de stockage et de pollution bactérienne.

LISTE DES SIGLES UTILISES DANS LE PRESENT DOCUMENT

| | |
|--------|--|
| DSRP | Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté |
| FICR | Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge |
| IPSR | intervention prolongée de secours et de redressement |
| OMD | Objectif du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| OS | objectif stratégique |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le développement |
| REACH | partenariat REACH (visant à éliminer la faim chez les enfants) |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |