

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Session annuelle
du Conseil d'administration**

Rome, 4-8 juin 2007

PROJETS SOUMIS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR APPROBATION

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

Pour approbation



Distribution: GÉNÉRALE
WFP/EB.A/2007/9-A/1
23 avril 2007
ORIGINAL: ANGLAIS

PROJETS DE DÉVELOPPEMENT: CAMBODGE 10170.2

Appui à la santé maternelle et infantile

Nombre de bénéficiaires	63 520
Durée du projet	36 mois (janvier 2008–décembre 2010)
Coût (dollars É.-U.)	
Coût total pour le PAM	7 216 180
Coût total des produits alimentaires	4 216 250
Coût total pour le Gouvernement	43 200

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

NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Directeur régional, ODB:	M. A. Banbury	Anthony.Banbury@wfp.org
Attachée de liaison principale, ODB/ODP:	Mme S. Izzi	tél.: 066513-2207

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



RESUME

En dépit des progrès réalisés récemment, le Cambodge continue de subir les effets de 30 années de guerre, de déplacement de populations et d'instabilité politique. La persistance de la pauvreté résulte également de la croissance élevée de la population, de la faible productivité agricole, de l'exclusion sociale, de l'accès insuffisant aux services de santé ou encore de la grande vulnérabilité aux catastrophes naturelles.

Le Cambodge se place en 129^e position sur 177 pays d'après l'indicateur de développement humain établi en 2006 par le Programme des Nations Unies pour le développement. Le produit intérieur brut par habitant était de 350 dollars É.-U. en 2005¹. Le pays est également classé parmi les pays les moins avancés², à faible revenu et à déficit vivrier³. Environ 35 pour cent des Cambodgiens vivent au-dessous du seuil de pauvreté et 20 pour cent au-dessous du seuil de pauvreté alimentaire, ce qui signifie qu'ils ne parviennent pas à satisfaire un besoin alimentaire minimal de 2 100 calories par jour; 91 pour cent de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté alimentaire habite dans des zones rurales et consacre 65 pour cent de ses dépenses totales à l'alimentation¹.

Des rapports montrent que la mortalité infantile est de 83 décès pour 1 000 naissances vivantes⁴ et la mortalité maternelle de 437 décès pour 100 000 naissances vivantes⁵. La malnutrition des enfants cambodgiens âgés de moins de 5 ans est une urgence silencieuse: la prévalence du retard de croissance est de 37 pour cent, le taux d'insuffisance pondérale, de 36 pour cent et le taux d'émaciation, de 7 pour cent. La faible diversité d'un régime alimentaire dans lequel 65 pour cent des calories sont apportées par des céréales¹ aboutit à une grave inadéquation des apports en micronutriments: l'anémie touche 46 pour cent des femmes en âge de procréer et 62 pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans⁴.

Les résultats préliminaires de l'enquête démographique et sanitaire au Cambodge réalisée en 2005 font ressortir quelques améliorations de l'état sanitaire et nutritionnel de la population depuis l'enquête précédente de 2000. Pourtant, la situation continue de justifier la poursuite des interventions intersectorielles visant à traiter les problèmes de nutrition et à améliorer la sécurité alimentaire, les services de santé et l'accès à l'eau et à l'assainissement.

L'amélioration de la santé et de la nutrition des mères pendant leur grossesse favorise le développement fœtal et diminue le risque de déficit pondéral à la naissance, de retard de croissance et d'émaciation. Une corrélation a été établie entre la réduction des carences en

¹ Gouvernement royal du Cambodge, Ministère de la planification, 2006. *A poverty Profile of Cambodia 2004* (Situation de la pauvreté au Cambodge, 2004). Phnom Penh.

² Programme des Nations Unies pour le développement, 2006. *Rapport sur le développement humain, 2006*. New York.

³ PAM, 2006. *La faim dans le monde: La faim et la capacité d'apprendre*. Rome.

⁴ Enquête démographique et sanitaire du Cambodge, 2005. Phnom Penh.

⁵ Enquête démographique et sanitaire du Cambodge, 2000. Phnom Penh.



micronutriments des femmes enceintes et la diminution du risque de décès lors de l'accouchement. Parce qu'ils ne reçoivent pas les soins appropriés, les enfants âgés de 6 à 24 mois sont les plus exposés à la malnutrition et à l'augmentation du risque d'infection. Dans cette tranche d'âge en particulier, l'amélioration des soins et des pratiques sanitaires et nutritionnelles favorise le bon développement et accroît le rattrapage de croissance.

Ce projet est conforme aux plans d'action gouvernementaux en matière de santé et de nutrition, notamment au Plan d'investissement en faveur de la nutrition au Cambodge 2003-2007 qui doit être révisé prochainement. Le projet tient compte des résultats de l'enquête de référence et de la mission d'évaluation réalisées par le PAM en 2004 et 2005 et s'appuie sur les progrès accomplis au cours des phases précédentes.

Les provinces sont ciblées à partir de la prévalence de la pauvreté et du retard de croissance ainsi que de la présence, actuelle ou prévue, des partenaires coopérants voulus (voir la carte à l'annexe III). Les provinces ciblées présentent le taux de pauvreté ou de retard de croissance le plus élevé, voire les deux: il s'agit de Pursat, Kampong Speu, Kampong Thom, Preah Vihear et Siem Reap. À l'intérieur de ces provinces, les communes rurales les plus démunies et les plus exposées à l'insécurité alimentaire seront ciblées en collaboration avec le Ministère de la santé et les organisations non gouvernementales qui participeront à la sélection, au niveau des villages, des foyers les plus vulnérables.

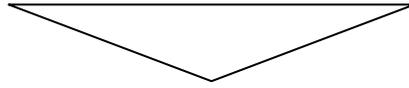
Les principaux objectifs du projet sont d'améliorer l'état nutritionnel des personnes suivantes: i) les enfants âgés de 6 à 24 mois (les enfants âgés de moins de 6 mois sont aidés indirectement par l'appui dont bénéficient leurs mères, qui sont encouragées à les allaiter de manière exclusive pendant au moins six mois); ii) les femmes dans les six derniers mois de leur grossesse; et iii) les mères allaitantes dans les six mois qui suivent leur accouchement. Ces objectifs doivent être atteints en distribuant des rations enrichies afin de diversifier le régime alimentaire des bénéficiaires. Les objectifs secondaires sont les suivants: i) participation des femmes enceintes et allaitantes et des mères d'enfants âgés de 6 à 24 mois aux activités d'éducation sanitaire et nutritionnelle; et ii) augmentation du recours aux services de soins de santé et de développement communautaire.

Le riz sera utilisé pour inciter les volontaires de santé à réaliser des activités de suivi de la croissance, d'éducation sanitaire et nutritionnelle et de distribution de produits alimentaires, et pour encourager les femmes à se rendre dans les centres de santé.

La coopération entre le Ministère de la santé, les organisations non gouvernementales et le PAM au travers de centres de santé et d'équipes mobiles renforcera l'efficacité des services sanitaires et nutritionnels. En plus d'une supplémentation alimentaire, ces partenaires assureront des services de vaccination et de distribution de capsules de vitamine A et de comprimés de fer, d'acide folique et de vermifuge.



PROJET DE DECISION*



Le Conseil approuve le projet de développement Cambodge 10170.2 "Appui à la santé maternelle et infantile" (WFP/EB.A/2007/9-A/1), sous réserve de la disponibilité des ressources.

* Ceci est un projet de décision. Pour la décision finale adoptée par le Conseil, voir le document intitulé "Décisions et recommandations" (WFP/EB.A/2007/15) publié à la fin de la session du Conseil.



ANALYSE DE LA SITUATION

1. En dépit des progrès socio-économiques de ces dernières années, le Cambodge reste l'un des pays les plus pauvres de l'Asie du Sud-Est, et se place en 129^e position sur 177 pays d'après l'indicateur de développement humain établi en 2006 par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Le Cambodge compte parmi les pays les moins avancés, à faible revenu et à déficit vivrier: 35 pour cent des Cambodgiens vivent au-dessous du seuil de pauvreté, et le produit intérieur brut (PIB) par habitant était de 350 dollars É.-U. en 2005. La croissance économique a profité à une petite partie de la société uniquement: limitée à Phnom Penh, où elle est stimulée par les industries du bâtiment et du textile, et à Siem Reap et Sihanoukville, où elle est soutenue par le tourisme, cette croissance n'a pas encore entraîné de réduction générale de la pauvreté. L'indicateur sexospécifique de développement humain de 2006 du PNUD place le Cambodge en 97^e position sur 136 pays et souligne la situation de détresse des femmes cambodgiennes, qui accèdent plus difficilement à l'éducation, aux emplois rémunérés et à la propriété foncière, et ne bénéficient pas de services de santé décentes au cours de leurs périodes de maternité. La part des foyers sous la responsabilité de femmes est de 29 pour cent. La croissance annuelle de la population s'élève à 1,7 pour cent et compte parmi les plus fortes de la région.
2. L'état sanitaire et nutritionnel de la population est précaire. La mortalité infantile est de 83 décès pour 1 000 naissances vivantes⁴ et la mortalité maternelle de 437 décès pour 100 000 naissances vivantes⁵. Les résultats de 2005 indiquent que l'objectif du Gouvernement de réduire la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans à 85 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2010 a été atteint. Cependant, ces chiffres sont des moyennes nationales. Ils sont calculés en tenant compte des zones les plus développées du pays, dans lesquelles le PAM n'intervient pas. Seules 44 pour cent des naissances se déroulent en présence d'un personnel médical qualifié et les chiffres réels sont probablement bien supérieurs. Pour atteindre l'objectif de 2010 dans les zones d'intervention et progresser vers une réduction à 65 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2015, il faudra un engagement majeur.
3. La forte augmentation des retards de croissance que l'on constate entre 12 et 23 mois a tendance à perdurer lorsque les enfants grandissent. L'amélioration des soins, de la santé et de la nutrition a plus d'impact chez les enfants âgés de moins de 24 mois, qui rattrapent mieux leur retard de croissance. Les taux de retard de croissance, d'émaciation et d'insuffisance pondérale sont indiqués dans le tableau 1.

TABLEAU 1. PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE, DE L'ÉMACIATION ET DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE CHEZ LES ENFANTS (%)

Âge	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale
6-11 mois	14,5	6,8	21,5
12-23 mois	42,1	11,9	41,0
24-59 mois	43,0	6,0	40,0
Moins de 5 ans	37,0	7,0	36,0

4. Vingt pour cent des Cambodgiens vivent au-dessous du seuil de pauvreté alimentaire, ce qui signifie qu'ils ne parviennent pas à satisfaire un besoin alimentaire minimal de 2 100 calories par jour, et 91 pour cent d'entre eux habitent dans des zones rurales et consacrent 65 pour cent de leurs dépenses totales à l'alimentation. L'insuffisance de la consommation de nourriture conjuguée à la faible diversité du régime alimentaire (65 pour cent des calories proviennent de céréales¹) entraîne des niveaux élevés de malnutrition. Cette situation est également due à d'autres facteurs tels que le faible niveau d'éducation des mères, la méconnaissance des bonnes pratiques en matière de santé et de nutrition, l'inadéquation des soins aux enfants et des pratiques de sevrage, la forte vulnérabilité des enfants aux maladies et l'accès limité aux services de soins de santé de base. Les partenaires coopérants actuels, notamment World Vision Cambodia, Caritas et Reproductive and Child Health Alliance (RACHA), continueront de traiter les problèmes d'accès à l'eau potable et à un assainissement décent.
5. Au cours de ces dix dernières années, le Cambodge a travaillé à reconstruire son système de soins et d'autres infrastructures détruites par la guerre, avec l'objectif de faciliter l'accès financier et géographique aux services de santé fondamentaux. L'insuffisance de fonds pour payer les salaires, les fournitures et l'entretien des équipements a considérablement limité la qualité et la disponibilité — et par voie de conséquence l'utilisation — des services publics de santé. Les familles cherchent à se faire soigner auprès de prestataires de services de santé traditionnels et privés. Le taux de prévalence du VIH/sida, qui, avec 1,9 pour cent, figure parmi les taux de prévalence du VIH chez l'adulte les plus élevés d'Asie⁶, a accentué la pression sur le secteur de la santé.
6. Le projet est conforme aux points suivants: i) Objectif stratégique 3 du PAM: Contribuer à l'amélioration de la nutrition et de l'état de santé des enfants, des femmes et autres personnes vulnérables; ii) Plan stratégique du PAM et Engagements renforcés du PAM en faveur des femmes; iii) Objectif 4 du Millénaire pour le développement au Cambodge (OMDC): Réduire la mortalité infantile; iv) OMDC 5: Améliorer la santé maternelle; et v) Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2006–2010, qui engage les Nations Unies à appuyer le Plan d'investissement en faveur de la nutrition au Cambodge afin d'améliorer l'état nutritionnel des femmes et des enfants.
7. Le Plan national de développement stratégique du Gouvernement pour 2006–2010, qui vise à réduire la pauvreté par la croissance économique, prévoit des investissements supplémentaires dans le capital humain afin de favoriser le développement économique. Le Gouvernement s'est engagé à améliorer l'accès aux services de santé et d'éducation, en particulier pour les femmes et les filles, et à favoriser l'implication et l'autonomisation des populations pauvres.
8. Dans le cadre de sa politique en faveur des pauvres, le Gouvernement s'est engagé à atteindre les cibles des OMDC en matière de santé et de nutrition au travers d'activités de soins afin de réduire la malnutrition des enfants et d'améliorer la santé maternelle. Ces objectifs sont intégrés dans les plans de développement national et communautaire et feront appel aux structures de santé en place.

⁶ Ministère de la santé, Centre national du VIH/sida, de dermatologie et des MST, 2006. *Report on HIV Sentinel Surveillance in Cambodia, 2003* (Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH au Cambodge, 2003).



ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA COOPERATION PASSEE

9. Le PAM est présent sans interruption au Cambodge depuis 1979 et a progressivement remplacé ses opérations de secours par des actions de relèvement et de redressement.
10. En 1999, le PAM a lancé un projet d'action rapide pour répondre aux besoins nutritionnels des mères et des jeunes enfants dans les zones d'insécurité alimentaire. Ce projet a été suivi entre avril 2002 et mai 2005 par un projet de développement de la santé maternelle et infantile (SMI) dans le cadre duquel les enfants âgés de 6 à 59 mois ainsi que les femmes enceintes et les mères allaitantes ont reçu des rations alimentaires supplémentaires et bénéficié d'activités de suivi de la croissance, d'éducation sanitaire et nutritionnelle, et d'apprentissage dans les domaines des soins de santé de base et de la prévention. Un renforcement des capacités des volontaires locaux a également été assuré. Ce projet a été remplacé par le projet de SMI actuel, qui couvre la période de juin 2005 à décembre 2007.
11. Une enquête de référence conduite au début du projet de SMI en 2002 a établi des repères pour mesurer les progrès réalisés: indicateurs anthropométriques, niveaux d'hémoglobine des enfants et des mères, connaissances en matière de santé et de nutrition, et régime alimentaire, entre autres. Des enquêtes de suivi ont été menées en 2004 et 2005.
12. De l'examen de 2005, il ressort que le retard de croissance des enfants a chuté de 1,9 point de pourcentage par rapport à la valeur de référence de 55,6 pour cent, mais que ce retard a augmenté de 0,2 point de pourcentage dans le groupe témoin des villages dans lesquels le projet n'avait pas encore mis en place. La carence énergétique chronique des femmes est passée de 16,8 à 5,3 pour cent depuis le début du projet, soit une baisse de 11,5 points de pourcentage, tandis que ce chiffre est resté stable à 14 pour cent dans le groupe témoin. L'insuffisance pondérale des enfants a baissé de 4,5 points de pourcentage par rapport à la valeur de référence de 50 pour cent. La carence en vitamine A a diminué de 1,6 point de pourcentage chez les enfants et de 4,2 points de pourcentage chez les femmes enceintes. L'anémie ferriprive a chuté de 23 points de pourcentage chez les femmes enceintes, de 12,1 points de pourcentage chez les femmes allaitantes et de 17,2 points de pourcentage chez les enfants. Un partage général des rations dans les foyers a également été noté.
13. L'enquête de 2005 a permis de déterminer qu'au sein des groupes vulnérables, le manque d'hygiène, les mauvaises pratiques en matière d'allaitement et d'alimentation des nourrissons, le manque d'attention portée aux questions de santé et l'ignorance en matière de soins étaient monnaie courante. Conséquence directe du projet, 26,7 pour cent des mères ont pris conscience que le colostrum était bénéfique pour les nouveau-nés, le nombre de femmes ayant commencé à allaiter dès la première heure suivant la naissance a augmenté de 25,2 pour cent, celui des mères ayant donné davantage de produits liquides à leurs enfants atteints de diarrhées a progressé de 12,2 pour cent et le nombre de celles qui ont fait bouillir l'eau de boisson s'est accru de 14,5 pour cent. Bien que le recours plus fréquent aux services de santé ne puisse être attribué au seul projet, on note une progression de 20,2 pour cent du nombre de femmes enceintes qui se sont rendues dans un centre de santé et une augmentation de 14,5 pour cent du nombre de celles qui ont reçu des soins prénatals.
14. Les enquêtes de suivi de 2004 et 2005 ont abouti à la conclusion que le projet était réalisable sur le plan technique et acceptable sur le plan social. Le projet a été intégré dans les plans de développement sanitaire et nutritionnel du Gouvernement et appuie les efforts de mobilisation et de sensibilisation aux questions de santé et de nutrition dans les villages



et les communautés concernés. Le rapport a recommandé la poursuite du soutien au projet de SMI.

15. Le projet sera mis en œuvre en synergie avec la nouvelle intervention prolongée de secours et de redressement (IPSR) afin de répondre aux besoins des personnes en détresse au travers d'activités Vivres au profit de l'éducation (VPE), Vivres pour la création d'actifs (VCA) et Vivres au profit de la santé (VPS). Les activités VPS visent à aider les tuberculeux, les personnes vivant avec le VIH, les orphelins et les enfants vulnérables. Les contrôleurs de l'aide alimentaire suivront les deux projets. La mise en œuvre des programmes est limitée dans certaines zones par l'absence de partenaires disposant de capacités adéquates.

ORIENTATION STRATEGIQUE DU PROJET

16. Le but à long terme du projet est de contribuer aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de réduction de la mortalité infantile et d'amélioration de la santé maternelle.
17. Les buts immédiats sont de réduire l'incidence du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale chez les jeunes enfants et d'améliorer la santé et la nutrition des mères, conformément au Plan stratégique du PAM (2006–2009) et aux indicateurs de l'Organisation (voir annexe II).
18. Les objectifs sont établis à partir des repères nutritionnels standard d'un programme d'alimentation associé à des activités complémentaires.
19. Les résultats mensuels suivants sont anticipés dans les zones cibles (voir annexe II).
 - 20 900 enfants âgés de 6 à 24 mois reçoivent une ration mensuelle à emporter d'aliments composés enrichis, d'huile et de sucre;
 - 13 480 femmes enceintes et mères allaitantes reçoivent une ration mensuelle à emporter d'aliments composés enrichis, d'huile et de sucre pendant une période allant de six mois avant à six mois après la naissance;
 - 20 220 femmes enceintes et allaitantes et mères d'enfants âgés de 6 à 24 mois participent à des actions d'information et de formation en matière de soins de santé et de nutrition et reçoivent une ration mensuelle complémentaire de riz; et
 - 1 500 volontaires de santé originaires des villages, dont au moins 50 pour cent de femmes, reçoivent une éducation sanitaire et nutritionnelle et une ration de riz.
20. Le nombre total de bénéficiaires est estimé à 63 520, si l'on cumule tous les groupes de bénéficiaires auxquels correspondent différentes périodes d'assistance pendant la durée totale du projet, à savoir 36 mois: 41 800 enfants âgés de 6 à 24 mois, 20 220 femmes enceintes et allaitantes ou mères de jeunes enfants et 1 500 volontaires de santé. Un enfant peut être compté comme un bénéficiaire pendant 18 mois au maximum et les femmes peuvent être inscrites pour une durée maximale de 30 mois par enfant. Une mère ayant plusieurs enfants inscrits au programme recevra une ration pour elle et chacun de ses enfants, même si elle n'est ni enceinte ni allaitante.
21. Les enfants âgés de 6 à 24 mois et les femmes enceintes et allaitantes issus de foyers vulnérables dans les zones cibles seront identifiés par le personnel des centres de santé et des organisations non gouvernementales (ONG), les sages-femmes traditionnelles et les volontaires de santé.



22. Les partenaires des ONG inscriront les volontaires de santé, qui seront souvent membres des comités de développement des villages, en collaboration avec les autorités locales. Les femmes seront encouragées à s'inscrire, l'objectif étant qu'elles représentent la moitié des volontaires.
23. Pour que le projet puisse atteindre le plus grand nombre de bénéficiaires possibles, celui-ci sera mis en œuvre à l'échelle des villages par des équipes mobiles offrant des services de proximité composés généralement de deux membres du personnel d'un centre de santé, d'un membre d'une ONG et d'un ou deux volontaires parmi les villageois. Les services comprennent les soins prénatals et l'éducation nutritionnelle et sanitaire des femmes ciblées ainsi que le suivi de croissance des enfants ciblés. Des services supplémentaires seront fournis par les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux au travers de programmes continus tels que la vaccination et la distribution de capsules de vitamine A et de comprimés de fer/d'acide folique et de vermifuge. La coopération actuelle entre les équipes mobiles de SMI et les équipes de soins à domicile pour le VIH/sida continuera de venir en aide aux bénéficiaires des programmes de SMI vivant avec le VIH.
24. L'assortiment alimentaire est constitué d'aliments composés enrichis, d'huile végétale, de sucre et de riz, en tenant compte du partage prévu dans les foyers, conformément aux recommandations de la dernière mission d'enquête en date. Le sucre est prémélangé avec les aliments composés enrichis et conditionné dans les rations mensuelles afin d'améliorer l'hygiène, d'éviter les pertes lors de la distribution et d'empêcher qu'il ne soit utilisé pour produire de l'alcool de riz.
25. L'objectif d'une supplémentation alimentaire sous forme de rations enrichies est d'améliorer l'état nutritionnel des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes en fournissant un supplément de micronutriments à leur régime alimentaire.
26. La distribution de riz sert à i) inciter les femmes ciblées à participer aux activités d'éducation sanitaire et nutritionnelle, ii) réduire au minimum le partage des aliments enrichis dans les foyers, iii) promouvoir le recours aux services de soins de santé et de développement communautaire et iv) rémunérer les volontaires qui assurent le suivi de croissance, dispensent les cours de formation sanitaire et nutritionnelle et distribuent les produits alimentaires.
27. La ration alimentaire enrichie, riz non compris, représente au moins 77 pour cent du besoin énergétique d'un enfant et la plus grande partie de ses besoins en micronutriments. Elle satisfait également au moins un tiers des besoins des femmes enceintes et allaitantes. La combinaison de la ration enrichie et du riz dans l'assortiment alimentaire des foyers améliorera la nutrition des bénéficiaires, même si les aliments sont partagés.
28. Dans le cadre de la phase en cours, le suivi de croissance a lieu une fois par mois. Les volontaires de santé commentent les diagrammes de croissance avec les mères et signalent les cas limites aux centres de santé. Les résultats sont compilés tous les mois et communiqués une fois par trimestre au PAM.
29. Il est prévu que l'état sanitaire et nutritionnel des bénéficiaires de la supplémentation alimentaire s'améliore par la combinaison d'un meilleur régime alimentaire et des interventions décrites ci-dessus. Les activités conjointes d'éducation sanitaire et nutritionnelle fourniront aux mères les connaissances nécessaires pour lutter contre les effets intergénérationnels de la malnutrition. À mesure que les volontaires et le personnel des centres de santé développeront leurs moyens d'action, les communautés de la zone couverte par le projet bénéficieront de meilleurs services sanitaires et nutritionnels.

30. Un plus grand nombre de femmes enceintes et de mères allaitantes jouiront d'un meilleur état sanitaire et nutritionnel grâce à un régime alimentaire plus diversifié, à de meilleurs soins prénatals et postnatals, à une éducation en matière d'hygiène et à l'espacement des naissances. La consommation d'aliments enrichis, l'éducation nutritionnelle et l'amélioration des pratiques d'alimentation devraient accroître la diversité du régime alimentaire.
31. Les rations alimentaires destinées aux femmes (alimentation complémentaire et suppléments nutritionnels) devraient aider ces dernières à jouer le rôle fondamental qui leur est attaché, à savoir prodiguer des soins et gérer les ressources du ménage.
32. Dans le cadre de l'Enveloppe minimale d'activités, le Ministère de la santé a mis en place un programme de formation national du personnel de santé qui comprend des activités de suivi et de promotion de la croissance. Un kit d'information, d'éducation et de communication a été élaboré afin de permettre aux communautés, aux centres de santé et aux services mobiles de promouvoir la santé et la nutrition chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Les diagrammes de suivi de la croissance et les supports d'information sur la nutrition et la santé qui sont utilisés dans ce projet sont conformes aux normes nationales et internationales.
33. Le Gouvernement veillera à ce que les centres de santé disposent d'un nombre acceptable de soignants et organisera des activités mensuelles pour les équipes mobiles avec l'aide des ONG partenaires.
34. Le PAM appuiera le renforcement des capacités du personnel des centres de santé gouvernementaux, des équipes mobiles et des volontaires de santé au moyen de formations de perfectionnement et d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC).
35. La collaboration du PAM avec les ONG telles que World Vision Cambodia, Caritas et RACHA a été importante pour atteindre les bénéficiaires visés, intégrer les activités de SMI dans les interventions de développement, optimiser l'utilisation des ressources et réduire les coûts au minimum.
36. Les modalités actuelles de mise en œuvre seront maintenues au cours de la nouvelle phase du projet. Le PAM continuera d'utiliser des accords de partenariat tripartites avec le Ministère de la santé et les ONG. De nouvelles collaborations seront envisagées en fonction de l'intérêt et de la capacité des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux.
37. Les partenariats avec les ONG seront développés sans exclure de nouvelles alliances avec d'autres organisations. Les centres de santé actuellement couverts par le projet continueront de recevoir une aide afin d'assurer la pérennité du projet et de mieux faire connaître ses objectifs.
38. Les ONG sont chargées de l'assistance technique liée à la santé, à l'éducation nutritionnelle, à la création de jardins potagers et à la distribution de comprimés de vitamine A, d'acide folique et de vermifuge fournis par le Gouvernement, avec l'appui de la Banque mondiale, de l'Agency for International Development (USAID), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).
39. La coordination avec les autres organismes des Nations Unies est importante pour que l'aide alimentaire du PAM ait l'impact souhaité. La supplémentation alimentaire seule ne suffit pas à traiter les causes sous-jacentes de la malnutrition: elle doit être intégrée dans les autres interventions de santé et de nutrition. L'insuffisance des prestations de services de santé prénatale et infantile annulera les avantages attendus.

40. Le PAM possède un entrepôt central à Phnom Penh et trois entrepôts provinciaux dans lesquels seront livrés les produits alimentaires importés, ceux transportés depuis le port de Sihanoukville et ceux achetés localement. Par mesure d'hygiène, des collaborateurs embauchés par le PAM reconditionneront les mélanges maïs-soja dans des sacs contenant les rations pour un mois. Les entreprises commerciales sollicitées transporteront les produits alimentaires jusqu'aux points de distribution finale.
41. Le prix du transport terrestre, de l'entreposage et de la manutention (TTEM) associé à la phase d'élargissement du projet est évalué à 85 dollars É.-U./tonne. Ce prix comprend le déchargement et la manutention dans le port d'arrivée et le transport. Le Système d'analyse et de gestion du mouvement des produits (COMPAS) suivra les expéditions et signalera les pertes et les dégradations.
42. La mise en œuvre du Plan national de développement stratégique est freinée par la pénurie de ressources internes. La poursuite de l'appui international au Cambodge est indispensable pour aider le Gouvernement à doter le système de soins de santé des moyens nécessaires.
43. Cependant, le pays espère profiter, à partir de 2010, des réserves de pétrole et de gaz découvertes récemment. Le PAM plaidera en faveur de politiques nationales permettant aux populations pauvres et vulnérables de recueillir, elles aussi, les fruits de cette nouvelle richesse. C'est pourquoi ce projet met en avant la nécessité pour le Gouvernement et les communautés de prendre progressivement en charge la conduite des activités, et insiste sur le renforcement des capacités qui permettront à ces acteurs d'assumer la pleine responsabilité de la mise en œuvre.

SUIVI ET EVALUATION DU PROJET

44. Les ONG partenaires seront principalement responsables du suivi des activités du projet et de l'établissement des rapports correspondants; le PAM apportera son appui afin d'accroître l'engagement des fonctionnaires du Gouvernement, par exemple en organisant des réunions plus régulières entre toutes les parties prenantes. Les contrôleurs du PAM se rendent régulièrement sur les sites du projet et assistent aux distributions. Des listes de pointage standard sont utilisées pour vérifier que tous les volets du projet sont mis en œuvre.
45. L'examen de la phase actuelle du projet a permis de conclure que les formulaires de rapport permettent de recueillir toutes les informations nécessaires au suivi des progrès accomplis. Il a été constaté que l'établissement de rapports trimestriels sur les indicateurs de résultats à court terme et de bon déroulement permet d'apporter des réponses rapides lorsque des ajustements du projet s'imposent.
46. Une enquête de référence sur les domaines de mise en œuvre sera réalisée en début de projet; une enquête de suivi interviendra au cours du deuxième trimestre de 2010. Les résultats à moyen terme mesurés dans le cadre du projet concernent le retard de croissance et l'insuffisance pondérale chez les enfants de 6 à 24 mois et la prévalence de la sous-alimentation chez les femmes enceintes et allaitantes avec un tour de bras inférieur à 22 cm⁷; la mesure du déficit pondéral à la naissance consécutif à la malnutrition maternelle sera progressivement ajoutée aux indicateurs à titre d'initiative pilote.

⁷ PAM, 2005. *Manuel d'alimentation et de nutrition*. Rome.



47. Les indicateurs de résultats à court terme et de bon déroulement seront mesurés et communiqués dans les rapports d'activités trimestriels établis par les partenaires coopérants.
48. La réussite de la mise en œuvre repose sur plusieurs hypothèses: maintien de la stabilité politique, poursuite par le Gouvernement de son programme de réformes, absence d'inondations ou de sécheresses de gravité exceptionnelle et absence de ruptures de la filière de produits alimentaires en raison d'une insuffisance de financement.
49. Le projet n'aura pas d'incidence sur l'environnement.
50. Le projet sera mis en œuvre dans des zones exposées à une forte insécurité alimentaire; il ciblera des communautés ayant un pouvoir d'achat faible ou nul et qui ne sont pas en mesure de cultiver les produits nécessaires à un régime alimentaire sain en quantité suffisante. Le projet ne risque pas de freiner la production locale ni de perturber les marchés locaux.
51. Une coordination continue pendant les différentes phases du projet a assuré la participation de toutes les parties prenantes dès le stade de la planification; le projet a également bénéficié de l'engagement du Ministère de la planification, qui préside le Conseil national de la nutrition, du Ministère de la santé, du Groupe de travail technique chargé de la sécurité alimentaire et de la nutrition, coprésidé par le PAM, d'autres organisations des Nations Unies — UNICEF notamment — et des ONG partenaires.

ANNEXE I-A

VENTILATION DES COÛTS DU PROJET			
	Quantité (tonnes)	Coût moyen par tonne (dollars)	Valeur (dollars)
COÛTS POUR LE PAM			
A. Coûts opérationnels directs			
Produits *			
– Riz	3 721.68.	254.12	945 753
– Mélange maïs-soja	7 426.08	343.32	2 549 522
– Huile végétale	371.31	720.00	267 343
– Sucre	928.26	488.69	453 631
Total, produits	12 447,33		4 216 249
Transport extérieur		63,57	791 277
TTEM		84,61	1 053 189
Autres coûts opérationnels directs		13,63	169 620
Total, coûts opérationnels directs			6 230 335
B. Coûts d'appui directs ¹ (voir l'annexe I-B pour plus de détails)			
Total, coûts d'appui directs		41,27	513 758
C. Coûts d'appui indirects ² (7 pour cent)			
COÛT TOTAL POUR LE PAM			7 216 180
Contribution du Gouvernement			43 200
* Il s'agit d'un assortiment alimentaire indicatif utilisé à des fins budgétaires et d'approbation. Le contenu peut varier.			

¹ Chiffre indicatif à titre d'information. L'allocation annuelle des CAD est réexaminée chaque année.

² Le taux de recouvrement appliqué aux CAI peut être modifié par le Conseil pendant la durée du projet.

ANNEXE I-B

BESOINS D'APPUI DIRECTS (en dollars)	
Dépenses de personnel	
Administrateurs recrutés au plan national	85 500
Personnel des services généraux recrutés au plan national	184 500
Personnel temporaire	45 292
Consultants internationaux	30 000
Voyages officiels du personnel	60 000
Formation et perfectionnement du personnel	7 500
Total partiel	412 792
Dépenses de bureau et autres coûts récurrents	
Location des locaux	25 760
Charges (électricité, etc.)	11 200
Fournitures de bureau	4 500
Technologies de l'information et des communications	12 000
Réparation et entretien du matériel	2 400
Entretien et frais d'exploitation des véhicules	26 500
Autres dépenses de bureau	6 000
Prestations aux organisations des Nations Unies	3 000
Total partiel	91 360
Matériel et autres dépenses fixes	
Mobilier, outils et matériel	1 729
Équipement (télécommunications et informatique)	7 877
Total partiel	9 606
TOTAL, COÛTS D'APPUI DIRECTS	513 758



ANNEXE II: MATRICE DES RÉSULTATS ET DES RESSOURCES

Chaîne des résultats	Indicateurs de résultats	Risques et hypothèses	Ressources requises
<p>Résultats du PNUAD escomptés à moyen terme</p> <p>1. Amélioration de la santé, de l'état nutritionnel, du niveau scolaire et de l'équité de traitement des deux sexes des groupes ruraux pauvres et vulnérables d'ici à 2010.</p>	<p>Indicateurs de résultats à moyen terme du PNUAD</p> <p>1.1 Accès plus équitable à des services sociaux de qualité et recours plus fréquent à ces services.</p> <p>1.2 Sensibilisation et autonomisation de la population, notamment des femmes, des enfants et des jeunes, pour l'amener à faire valoir ses droits aux services sociaux.</p>		
<p>Résultats du projet de développement du PAM escomptés à moyen terme</p> <p>Amélioration de la nutrition et de l'état de santé des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de 6-24 mois ciblés.</p> <p>1. Prévention et réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les jeunes enfants.</p>	<p>Indicateurs de résultats à moyen terme</p> <p>1. Diminution de la prévalence de l'insuffisance pondérale (< 2 points d'écart type) chez les enfants de 6 à 24 mois.</p>	<p>➤ Préservation de la stabilité politique</p>	<p>7 216 180 dollars</p>

ANNEXE II: MATRICE DES RÉSULTATS ET DES RESSOURCES

Chaîne des résultats	Indicateurs de résultats	Risques et hypothèses	Ressources requises
2. Prévention et réduction de la prévalence du retard de croissance chez les jeunes enfants. 3. Augmentation du nombre de mesures du déficit pondéral des nouveau-nés. 4. Diminution de la prévalence de la sous-alimentation chez les femmes enceintes et allaitantes.	2. Diminution de la prévalence du retard de croissance (< 2 points d'écart type) chez les enfants de 6 à 24 mois. 3. Augmentation des mesures du poids des nouveau-nés à la naissance. 4. Diminution de la prévalence de la dénutrition chez les femmes enceintes et allaitantes (tour de bras < 22 cm).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le Gouvernement s'engage à mettre en œuvre le Plan d'investissement en faveur de la nutrition au Cambodge. ➤ Absence d'inondations ou de sécheresses de gravité exceptionnelle. ➤ Toutes les parties prenantes assument leurs responsabilités: l'aide alimentaire seule ne permettra pas d'atteindre les résultats escomptés à moyen terme. 	
<p>Principaux résultats à court terme</p> <p>Participation plus importante des femmes enceintes et allaitantes et des jeunes enfants aux interventions nutritionnelles reposant sur l'aide alimentaire:</p> 1. 20 900 enfants de 6 à 24 mois — 10 450 garçons et 10 450 filles — reçoivent une ration mensuelle à emporter d'aliments composés enrichis. 2. 13 480 femmes enceintes et allaitantes reçoivent une ration mensuelle à emporter d'aliments composés enrichis.	<p>Indicateurs de résultats à court terme</p> 1. Nombre d'enfants de 6 à 24 mois ayant reçu une ration mensuelle à emporter d'aliments composés enrichis. 2. Nombre de femmes enceintes et allaitantes ayant reçu une ration mensuelle à emporter d'aliments composés enrichis.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La ration enrichie est partagée entre les membres de la famille ➤ Les partenaires fournissent une formation de base adéquate. ➤ Les partenaires fournissent une formation de perfectionnement adéquate. 	Total: 7 216 180 dollars (Voir budget) CAD: 513 758 dollars et Autres COD: 169 620 dollars

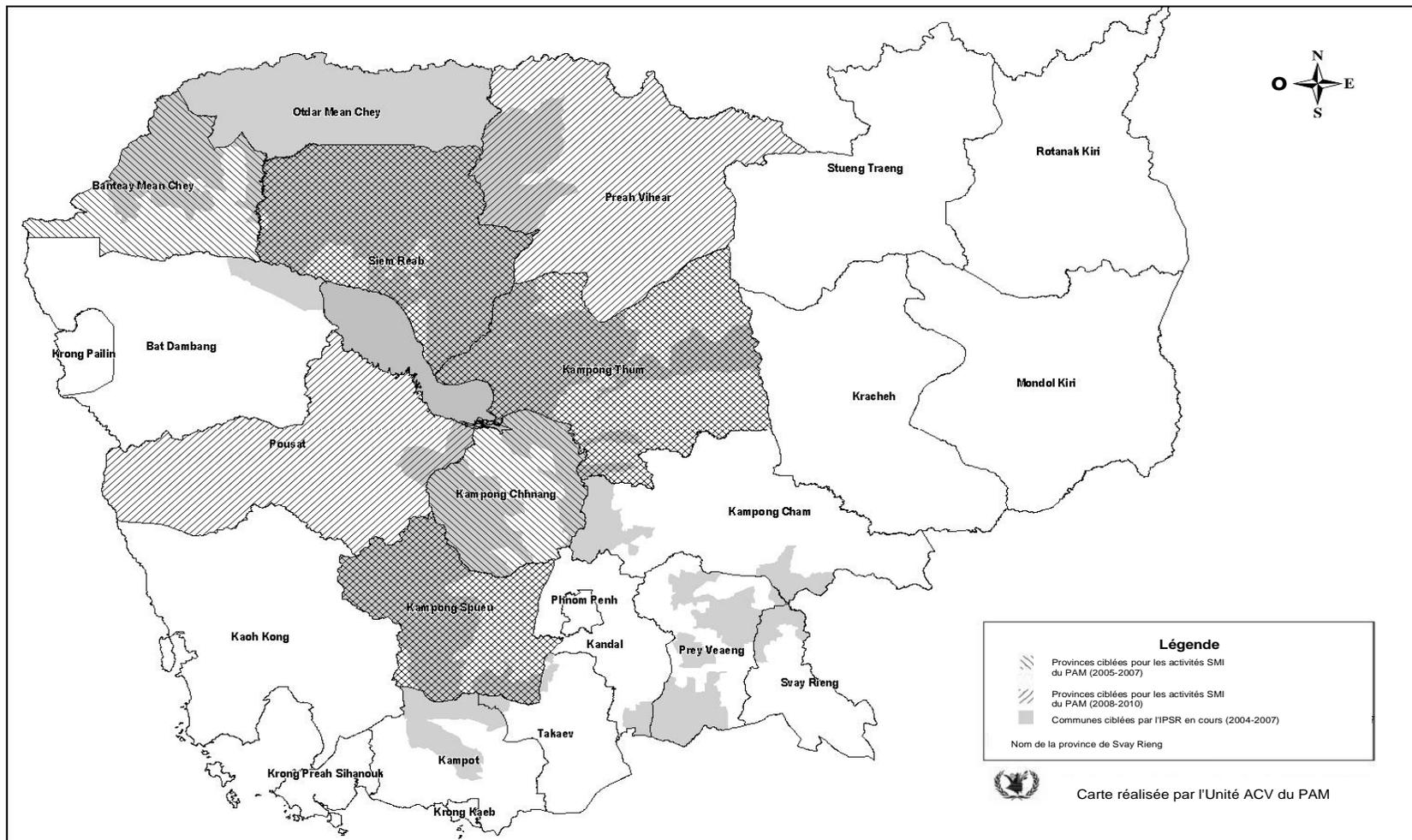


ANNEXE II: MATRICE DES RÉSULTATS ET DES RESSOURCES

Chaîne des résultats	Indicateurs de résultats	Risques et hypothèses	Ressources requises
<p>3. 20 220 femmes enceintes et allaitantes et mères d'enfants de 6 à 24 mois participent à des sessions de formation sur les soins de santé et la nutrition des enfants.</p> <p>4. Au moins 90 pour cent des volontaires de santé et du personnel de santé suivent une formation de base ou de perfectionnement dans le domaine du suivi de la croissance et de la SMI.</p>	<p>3. Nombre de femmes ciblées ayant participé à des sessions de formation sur les soins de santé et la nutrition des enfants.</p> <p>4. Nombre de volontaires de santé et de membres du personnel de santé ayant suivi une formation de base ou de perfectionnement dans le domaine du suivi de croissance et de la SMI.</p>		



Activités SMI: Provinces ciblées pour 2008-2010



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

LISTE DES SIGLES UTILISES DANS LE PRESENT DOCUMENT

COMPAS	Système d'analyse et de gestion du mouvement des produits
IEC	Information, éducation et communication
IPSR	intervention prolongée de secours et de redressement
ODB	Bureau régional de Bangkok (Asie)
ODP	Bureau régional de Panama (Amérique latine et Caraïbes)
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMDC	Objectif du Millénaire pour le développement au Cambodge
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RACHA	Reproductive and Child Health Alliance
SMI	Santé maternelle et infantile
TTEM	Transport terrestre, entreposage et manutention
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agency for International Development
VCA	Vivres pour la création d'actifs
VPE	Vivres au profit de l'éducation
VPS	Vivres au profit de la santé