

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Troisième session ordinaire
du Conseil d'administration

Rome, 20 - 23 octobre 1997

PROJETS DE DÉVELOPPEMENT SOU MIS À L'APPROBATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Point 8 a) de l'ordre du jour



Distribution: GÉNÉRALE
WFP/EB.3/97/8-A/Add.1
20 août 1997
ORIGINAL: ANGLAIS

PROJET HONDURAS 5691

Santé et développement communautaire

Durée du projet	Cinq ans
Coût total des produits alimentaires	4 829 580 dollars
Coût total pour le PAM	8 890 434 dollars
Coût total pour le gouvernement	2 750 000 dollars
Nombre de bénéficiaires	106 050 (dont 96 000 membres des familles visées par le projet. 2 500 enfants, 3 050 femmes enceintes et 4 500 stagiaires)

Sauf indication contraire, toutes les valeurs monétaires sont exprimées en dollars des Etats-Unis. En juillet 1997, le taux de change était de 13,1 lempiras pour un dollar.

RÉSUMÉ

Le projet proposé devrait améliorer la santé et l'état nutritionnel de 19 200 familles appartenant à des groupes vulnérables dans 465 villes et 38 communes, et renforcer les organisations à assise communautaire pour leur permettre de formuler leurs plans locaux de développement. Les activités entreprises appuieront la politique de lutte contre la pauvreté mise en oeuvre par le gouvernement, son programme ACCESS visant à étendre la couverture médicale, et la politique de décentralisation qui facilite la gestion de plans locaux de développement. L'aide alimentaire allouée servira de:

- complément nutritionnel pour les ménages ruraux pauvres comptant des femmes enceintes et des mères allaitantes, les femmes chef de famille et les enfants de moins de cinq ans menacés de malnutrition;
- mesure d'incitation pour encourager la surveillance prénatale et la surveillance de la croissance des enfants;
- soutien pour la construction d'infrastructures et le développement communautaire.

Le projet sera exécuté de manière coordonnée par le Ministère de la santé, les Conseils communautaires et des organisations non gouvernementales (ONG) opérant déjà dans la zone du projet. Une Unité de gestion du projet (UGP), épaulée par trois unités locales, coordonnera les activités et gèrera le projet. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) dotera chaque Unité locale d'un conseiller technique permanent. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) financera des cours de formation destinés à des stagiaires, tandis que l'UNICEF contribuera à la reproduction de matériel pédagogique et dispensera des conseils techniques. Par l'intermédiaire de son Mécanisme de promotion de la santé des femmes et de lutte contre les carences en micro-aliments, l'Agence canadienne de développement international (ACDI) fournira les micro-nutriments, les produits alimentaires et les autres ressources nécessaires pour les activités de suivi et de formation.

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

NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le présent document contient des recommandations présentées au Conseil d'administration pour examen et approbation.

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 régional: J. Conway tel.: 6513-2207

Coordonnateur de programmes: A. Kapoor tel.: 6513-2042

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.: 6513-2641).



ANALYSE DES PROBLEMES

1. Le Honduras se situe au quatrième rang parmi les pays les plus pauvres de la région Amérique latine et Caraïbes. En 1995, son produit intérieur brut (PIB) annuel par habitant était de 589 dollars. Par ailleurs, son économie a été marquée par un ralentissement du rythme de la production vivrière et par une forte dépendance à l'égard des importations céréalières au cours de la dernière décennie. La malnutrition chronique est encore largement répandue dans le pays. Pendant la période 1985-95, l'indice des prix des denrées alimentaires a augmenté de 400 pour cent; malgré la hausse récente du salaire journalier minimum légal, qui est passé à 2,40 dollars, le salaire journalier réel des travailleurs agricoles reste faible (1,55 dollar) et la plupart d'entre eux n'ont pas les moyens d'acheter l'assortiment alimentaire quotidien nécessaire à leur famille. En 1993, environ 77 pour cent de la population rurale vivait au-dessous du seuil de pauvreté et 56 pour cent au-dessous du seuil d'indigence, défini comme l'impossibilité d'acheter un assortiment alimentaire quotidien de base.
2. L'alimentation de base des Honduriens repose en grande partie sur deux aliments - le maïs et les haricots - d'où son extrême vulnérabilité en cas de pénurie. La production vivrière intérieure n'a pas progressé au même rythme que la demande. Comme 60 pour cent des terres agricoles sont formées de petites parcelles de moins de trois hectares consacrées à une production de subsistance, une mauvaise récolte a une incidence directe sur la sécurité alimentaire des ménages. En effet, environ 45 à 66 pour cent du maïs et 48 à 71 pour cent des haricots sont destinés à la consommation familiale. Dans la zone choisie pour le projet, le manque d'eau, l'absence de réseaux d'irrigation, l'érosion des sols et l'irrégularité des précipitations menacent constamment la sécurité alimentaire des ménages et des communautés. En 1994, la ration calorique quotidienne n'atteignait, dans les campagnes de l'ouest du pays, que 66 pour cent du minimum recommandé et 76 pour cent dans celles du sud, où vit la population cible du projet.
3. Les stratégies de survie des ménages, qui consistent à donner aux travailleurs les plus grosses rations afin qu'ils aient l'énergie suffisante pour continuer à travailler, peuvent faire courir un risque de malnutrition aux membres plus vulnérables de la famille, femmes enceintes, mères allaitantes et jeunes enfants. C'est dans les familles touchées par les pénuries vivrières que l'écart entre la consommation alimentaire et les besoins des enfants est le plus grand. Les rations caloriques des enfants honduriens âgés de 18 à 59 mois sont régulièrement inférieures de 25 pour cent au minimum recommandé; pour ce qui est de la sous-alimentation générale, les enfants d'âge préscolaire se situent au deuxième rang des pays d'Amérique centrale: en 1996, 19,3 pour cent des enfants de moins de cinq ans présentaient une insuffisance pondérale. Parmi les enfants de 12 à 59 mois vivant en milieu rural, le taux de retard de croissance varie de 38,7 à 62 pour cent. Il est nécessaire d'assurer une alimentation d'appoint pour pallier l'insuffisance de la ration alimentaire et éviter des dommages irréversibles pendant la vie foetale et l'enfance, tout en abordant également les aspects de la sécurité alimentaire liés à la production dans le long terme.
4. L'impact physique de la malnutrition chronique au Honduras a été évalué en 1995 par le biais d'un recensement des écoliers du primaire (âgés de six à neuf ans), comportant un relevé de leur taille. Selon ce recensement national, la zone du projet est l'une des régions les plus gravement touchées. Soixante-deux pour cent des enfants vivant en milieu rural dans le département de Copán et 47 pour cent dans le département d'Ocotepeque souffrent de sous-alimentation chronique, contre 38,5 pour cent pour l'ensemble du pays. Dans les



départements d'El Paraíso et de Choluteca, la fréquence associée du retard de croissance (rapport taille/âge insuffisant) est de 53,2 pour cent. Il n'y a pas de différence notable entre les garçons et les filles à cet égard.

5. Le retard de croissance est souvent accompagné de carences nutritionnelles (fer, iode et vitamine A). On a remédié efficacement aux carences en vitamine A et en iode grâce à des procédures d'enrichissement des produits alimentaires. La carence en iode est actuellement maîtrisée du fait de l'enrichissement généralisé du sel. L'enrichissement du sucre permet de réduire sensiblement la carence en vitamine A. Cependant, étant donné que le sucre enrichi n'apporte pas suffisamment de vitamine A aux enfants de moins de cinq ans, le Ministère de la santé leur distribue tous les six mois des concentrés de vitamine A. La carence en fer est la seule dont on s'occupe relativement peu. En conséquence, 30,5 pour cent des femmes enceintes, 22 pour cent des femmes et 28 pour cent des enfants âgés de 12 à 59 mois souffrent d'anémie.
6. Les compléments nutritionnels contenant des vitamines/sels minéraux sont bien acceptés par les femmes en âge de procréer. Cependant, les services de surveillance prénatale et les moyens dont dispose le Ministère de la santé pour répondre à la demande de compléments nutritionnels ne permettent de couvrir que la moitié environ des besoins. En conséquence, l'enrichissement actuel de la farine de blé en fer et le programme de distribution de compléments nutritionnels contenant du fer aux femmes enceintes et aux enfants d'âge préscolaire ont été suffisants pour lutter efficacement contre cette carence et la prévenir. Compte tenu des effets préjudiciables de l'anémie ferriprive sur le rendement scolaire, la résistance aux infections, l'endurance physique, la capacité de travail, les taux de mortalité maternelle et la croissance, des mesures plus fortes ont été prises pour s'attaquer au problème de l'anémie nutritionnelle. Les sources alimentaires de fer traditionnelles et disponibles localement sont insuffisantes, en quantité comme en qualité. Les végétaux contiennent peu de fer et même en mangeant de grandes quantités d'aliments d'origine animale - ce qui est impossible pour les plus pauvres - les besoins au cours de la grossesse ne pourraient pas être couverts sans des compléments médicamenteux à base de fer. C'est pourquoi il est essentiel pour remédier à cette carence d'étendre la couverture de la surveillance prénatale et la distribution de compléments nutritionnels à base de fer.
7. La principale cause de malnutrition au Honduras est l'insuffisance de la ration alimentaire qui à son tour provoque de fréquentes infections, en particulier des diarrhées aiguës et des infections des voies respiratoires, qui commencent au moment du sevrage. L'insalubrité de l'environnement dans lequel vit la majeure partie de la population contribue dans une large mesure à accroître la morbidité et la mortalité parmi les groupes vulnérables. L'anémie est la cause sous-jacente d'environ 20 pour cent des décès liés à la maternité. Au Honduras, les taux de mortalité maternelle sont parmi les plus élevés d'Amérique latine (plus de 15 décès pour 10 000 naissances d'enfants vivants). Le taux de mortalité est également élevé chez les nourrissons vivant dans un environnement insalubre où sévit la malnutrition chronique. Les estimations actuelles du taux de mortalité infantile (TMI) sont soit des projections des données actuarielles à partir de 1987, soit des estimations indirectes tirées d'enquêtes démographiques. Selon les projections pour 1995, les taux de mortalité infantile par province sont les suivants: 64 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants dans le Copán, 63 dans l'Ocotepeque, 59 dans l'El Paraíso et 56 dans le Choluteca. Comme le taux de mortalité infantile au Honduras est plus élevé d'au moins 12 pour cent en milieu rural qu'en milieu urbain (il dépasse d'ailleurs celui des autres pays d'Amérique latine de plus de 30 pour cent), ce taux est de fait supérieur à 60 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants dans la zone du projet.



8. Dans les zones rurales où le projet sera exécuté, le déficit alimentaire chronique est aggravé par l'absence d'infrastructures de base pour l'adduction d'eau et l'assainissement. Environ 75 pour cent des familles de ces zones n'ont pas accès à l'eau potable, et 45 pour cent ne disposent pas de services d'assainissement de base. Les murs, les sols et les toits des habitations sont en mauvais état, ce qui contribue à aggraver la vulnérabilité de la population cible. Pour ce qui est de la sécurité alimentaire des ménages, on a constaté que les principaux facteurs préjudiciables n'étaient pas seulement le recul de la production vivrière, mais aussi l'absence de routes de desserte qui permettraient aux agriculteurs d'acheminer leurs produits vers des marchés potentiels et faciliteraient par ailleurs l'accès aux services de santé. Les Conseils communautaires considèrent que l'absence d'infrastructures d'assainissement et d'adduction d'eau et autres infrastructures de base sont les principaux problèmes à résoudre.
9. Parmi les politiques menées par le Gouvernement du Honduras, trois sont déterminantes: a) le Plan pour la sécurité alimentaire, servant à appuyer les programmes de lutte contre la pauvreté dans le pays; b) le programme ACCESS qui a pour but d'améliorer la couverture médicale; c) la politique de décentralisation des pouvoirs qui favorise la mise en oeuvre de plans communautaires de développement.
10. Le programme ACCESS tient compte de l'inaccessibilité des services de santé pour la majeure partie de la population, en particulier dans les campagnes. Le Ministère de la santé, épaulé par des institutions multilatérales et bilatérales (OMS/OPS, UNICEF, USAID et le Gouvernement suédois), est chargé de la mise en oeuvre de ce programme qui incite les communautés à définir leurs priorités en matière de santé et à promouvoir des plans d'action. En juin 1996, le programme a démarré dans 72 pour cent des communes au profit de 66,4 pour cent de la population totale. Cependant, dans nombre des zones concernées, les municipalités manquent de ressources et de compétences pour mettre en oeuvre des plans locaux, notamment pour les activités en matière de nutrition, d'éducation et d'alimentation des groupes vulnérables.
11. Après des années de gestion centralisée des services de santé, avec un système de prise de décisions du sommet vers la base, il est nécessaire de renforcer les organisations locales afin qu'elles passent en revue les plans de développement local et participent activement à leur exécution, en coordination avec des organismes publics et d'autres représentants de la société civile. Tous les Conseils communautaires n'ont pas les mêmes capacités - certains ont acquis une certaine expérience et bénéficient d'une vaste participation communautaire à la définition des priorités locales et à la préparation des plans, tandis que d'autres ont besoin d'être renforcés. Il faut tout particulièrement inciter les femmes à occuper des postes de décision au sein des conseils.

AIDE ANTERIEURE DU PAM

12. Dans le passé, l'aide aux groupes vulnérables (femmes enceintes, mères allaitantes et enfants de moins de cinq ans) était assurée par le projet Honduras 2523.01. De 1991 à 1996, 17 000 tonnes de produits alimentaires ont été directement distribuées et 5 000 tonnes de blé ont été monétisées pour soutenir le développement des ménages et des communautés, ainsi que des activités productives (formation et crédit), en faveur principalement des femmes.
13. Ce projet avait pour principal objectif d'encourager les membres de groupes vulnérables à se rendre plus fréquemment dans les centres de soins primaires et de nutrition des



communautés les plus pauvres. Pour ce faire, des rations familiales devaient être distribuées comme mesure d'incitation. Le projet disposait également de ressources pour dispenser une formation en matière de nutrition et de santé, et pour encourager la fréquentation des garderies par les enfants d'âge préscolaire. Pendant les deux premières années, l'exécution du projet a passablement souffert de problèmes liés à la capacité d'exécution et de coordination du Ministère de la santé, qui ont pour la plupart été résolus par la suite. Les résultats de la composante formation et crédit, modestes, ont été rendus possibles grâce à la participation active d'ONG et d'institutions publiques locales.

14. Les enseignements du projet précédent ont été incorporés dans le présent projet: c'est ainsi que les autorités locales et les bénéficiaires ont été directement associés à sa conception. Des accords opérationnels spécifiques ont été conclus entre le Ministère de la santé et le PAM afin de faciliter l'exécution. Des accords initiaux ont été également passés avec des ONG en qualité de co-exécuteurs.

OBJECTIFS DU PROJET ET RESULTATS ESCOMPTES

15. L'objectif **à long terme** du projet est de contribuer à améliorer la santé et l'état nutritionnel de familles pauvres vivant en milieu rural, en facilitant leur accès à la nourriture et aux services de santé, et en renforçant les organisations communautaires conformément aux politiques du gouvernement en matière de sécurité alimentaire, de couverture médicale et de décentralisation des pouvoirs.

16. Les **objectifs immédiats** sont les suivants:

- a) améliorer la santé et l'état nutritionnel de groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, mères allaitantes et femmes chef de famille) dans la zone du projet.

Pour l'objectif a), les indicateurs clés de succès sont les suivants:

- i) diminution de la fréquence (pourcentage) des cas de malnutrition chronique chez les enfants bénéficiaires âgés de six à 23 mois;
- ii) diminution de la fréquence (pourcentage) des cas d'anémie chez les femmes enceintes bénéficiaires (selon le stade de la grossesse).

- b) Améliorer l'accès aux services d'assainissement et les infrastructures dans certaines communautés de la zone du projet.

Pour l'objectif b), les indicateurs clés de succès sont les suivants:

- i) nombre de logements améliorés (sols, toits, murs, fourneaux avec cheminée, latrines);
- ii) nombre d'ouvrages d'infrastructure et de bâtiments collectifs construits ou améliorés;
- iii) nombre de femmes ayant suivi jusqu'au bout des cours de formation consacrés aux pratiques générales en matière de santé et aux techniques d'évacuation des déchets.

- c) Renforcer les organisations communautaires pour leur permettre de mettre en oeuvre leurs propres plans de développement.

Pour l'objectif c), les indicateurs clés de succès sont les suivants:



- i) nombre d'organisations communautaires ayant préparé et mis en oeuvre des plans de développement;
- ii) pourcentage de femmes jouant un rôle dans les organisations communautaires et occupant des postes de décision;
- iii) pourcentage d'agents sanitaires bénévoles et d'assistants sociaux participant aux Conseils communautaires.

RESULTATS ESCOMPTEES

17. Les résultats escomptés pour l'objectif a) sont les suivants:

- i) déparasitage général pour les enfants de moins de cinq ans dans la zone du projet afin d'améliorer l'assimilation des nutriments;
- ii) distribution d'un complément nutritionnel à base de sulfate ferreux sous forme de sirop à tous les enfants de moins de cinq ans pour réduire la fréquence des carences en fer;
- iii) réduction de 30 pour cent du nombre de cas d'anémie chez les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans dans la zone du projet après trois ans de distribution générale de compléments nutritionnels à base de fer/acide folique;
- iv) réduction d'au moins 20 pour cent de la fréquence du retard pondéral chez les enfants âgés de six à 23 mois après trois ans d'aide alimentaire et de formation en matière d'alimentation des nourrissons;
- v) augmentation de 10 pour cent au moins de la ration calorique moyenne pour tous les enfants bénéficiaires à la fin de la période de distribution de l'aide alimentaire (12 mois);
- vi) formation en matière de surveillance de la croissance des enfants et fourniture de balances à ressort à au moins 450 agents sanitaires locaux et bénévoles de la communauté (agents chargés de la surveillance du poids et sages-femmes traditionnelles);
- vii) mise en place d'un système simplifié opérationnel pour le suivi de la croissance des enfants et de l'anémie.

18. Les résultats escomptés pour l'objectif b)¹ (voir annexe III a)) sont les suivants:

- i) environ 900 fourneaux améliorés dans 38 communes;
- ii) environ 1 300 latrines construites et en état de fonctionnement dans 38 communes;
- iii) réfection des sols, murs et toits dans quelque 600 logements de 38 communes;
- iv) environ 30 réseaux d'adduction d'eau installés ou améliorés dans 30 communes;

¹ Les résultats escomptés pour l'objectif b) sont purement indicatifs. Les Conseils communautaires les préciseront après consultation.



- v) environ 30 équipements collectifs (écoles, centres de santé, garderies et autres installations) construits ou améliorés;
 - vi) environ 900 kilomètres de routes communautaires construites et/ou remises en état;
 - vii) formation de toutes les familles en matière de techniques d'évacuation des déchets et de préparation des aliments.
19. Pour l'objectif c), les résultats escomptés sont les suivants:
- i) tous les Conseils communautaires préparent une analyse des besoins locaux, ainsi que des plans de travail;
 - ii) chaque Conseil communautaire met en oeuvre un plan local de développement;
 - iii) un plus grand nombre de femmes participent aux comités des Conseils communautaires.

ROLE ET MODALITES DE L'AIDE ALIMENTAIRE

20. Le projet améliorera la santé et l'état nutritionnel de groupes vulnérables et renforcera des organisations à assise communautaire pour leur permettre d'élaborer leurs plans locaux.

Fonctions

21. L'aide alimentaire allouée au titre du présent projet servira de complément nutritionnel pour des ménages ruraux pauvres comptant des femmes enceintes, des mères allaitantes et des femmes chef de famille, ainsi que des enfants de moins de cinq ans menacés de malnutrition ou présentant déjà une insuffisance pondérale. Les rations comprendront des micro-nutriments, contenus dans des produits enrichis (mélange maïs-soja et huile végétale) et dans des compléments nutritionnels à base de fer, ainsi que de l'acide folique pour les femmes.
22. L'aide alimentaire servira à inciter les mères à se rendre régulièrement dans les centres de santé ruraux pour la surveillance prénatale et postnatale, et à faire suivre la croissance et le développement de leurs enfants par des agents sanitaires qualifiés, en particulier pendant la période des pénuries alimentaires, avant la récolte. Pour que des personnes autres que les bénéficiaires directs du projet fréquentent ces centres, des compléments à base de fer et des traitements antihelminthiques seront fournis à l'ensemble de la population à risque, même si elle ne fait pas partie des bénéficiaires de l'aide alimentaire.
23. L'aide alimentaire servira à encourager la construction d'infrastructures et le développement communautaire: elle permettra aux familles qui participeront aux travaux collectifs d'augmenter leur ration alimentaire. Distribuée dans le cadre de travaux publics à forte intensité de main-d'oeuvre, elle stimulera le renforcement des organisations locales. Elle servira également à encourager la participation d'agents sanitaires bénévoles indispensables. Une aide alimentaire sera distribuée dans le cadre de la formation de bénévoles chargés de surveiller la croissance et de sages-femmes traditionnelles pour les dédommager du temps consacré aux cours.



Apports alimentaires et justification du choix des produits

24. La ration alimentaire quotidienne d'une famille bénéficiaire de cinq personnes, appartenant à un groupe vulnérable sera la suivante: 500 grammes de maïs, 375 grammes de haricots, 75 grammes de poisson en boîte, 500 grammes de mélange maïs-soja enrichi en fer et 50 grammes d'huile végétale enrichie avec de la vitamine A. Cette ration, qui couvrira environ 50 pour cent (1 114 kilocalories) des besoins caloriques quotidiens d'un adulte, ne sera distribuée que pendant 12 mois.
25. Pour les participants aux activités vivres-contre-travail, la valeur de la ration alimentaire familiale quotidienne représente environ 80 pour cent du salaire journalier minimum national. Chaque ration contient 3,25 kilogrammes de maïs, 330 grammes de haricots, 75 grammes d'huile végétale enrichie en vitamine A et 150 grammes de poisson en boîte. Elle sera distribuée à chaque famille pendant cinq mois au maximum, durant les périodes où sévissent les plus graves pénuries.
26. Une ration alimentaire cuisinée sera distribuée aux enfants des garderies pour appuyer les activités d'alimentation menées actuellement par la "Junta Nacional de Bienestar Social" (Bureau national d'aide sociale - JNBS) dans les quatre départements où le projet sera exécuté. La ration cuisinée quotidienne, qui couvrira environ 98 pour cent (1 100 kilocalories) des besoins quotidiens moyens en calories des enfants âgés de un à cinq ans, comprendra 20 grammes de poisson en boîte, 15 grammes d'huile végétale, 150 grammes de mélange maïs-soja et 100 grammes de haricots. Les enfants recevront cette ration 250 jours par an. Les rations cuisinées quotidiennes individuelles destinées aux femmes enceintes à risque hospitalisées dans des maternités du Copán et de l'Ocotepeque comprendront 250 grammes de maïs, 15 grammes de poisson, 30 grammes d'huile, 200 grammes de mélange maïs-soja et 100 grammes de haricots, ce qui représente 2 306 kilocalories (couvrant entièrement les besoins énergétiques d'une femme enceinte ayant une activité physique réduite).

Modalités de l'aide alimentaire

27. **Distribution des vivres aux groupes vulnérables.** Le Ministère de la santé jouera un rôle déterminant dans cette composante du projet. Ses structures seront utilisées à tous les niveaux pour son exécution.
28. Le choix des bénéficiaires, la distribution des rations familiales et le suivi des progrès sur le plan nutritionnel seront effectués par le Conseil communautaire, avec la participation d'un comité formé de femmes bénéficiaires et de personnel des centres de santé ruraux. Si 50 pour cent au moins des résultats escomptés ne se vérifient pas (respect du calendrier de distribution des compléments nutritionnels et tendance à la hausse du rapport poids/âge au bout d'un an), le projet sera progressivement abandonné dans la communauté en question. Cette procédure devrait inciter les bénéficiaires à avoir le sens de la responsabilité collective pour ce qui est des problèmes nutritionnels.
29. Les activités vivres-contre-travail feront pendant aux distributions gratuites de denrées alimentaires. En consultation avec des ONG et des associations communautaires, le Conseil communautaire décidera des travaux à entreprendre et de la sélection des bénéficiaires les plus pauvres. On s'attachera tout particulièrement à trouver des projets dont les femmes tireront profit. Les ONG travailleront en étroite collaboration avec les Conseils communautaires pour suivre l'avancement des travaux.
30. Le tableau suivant donne une ventilation indicative des bénéficiaires et des rations.



VENTILATION DES BÉNÉFICIAIRES

Type de bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires	Nombre de jours par an	Nombre de rations	Quantité (tonnes)	Valeur totale (dollars)
Groupes vulnérables	72 500	360	5 220	7 800	3 373 400
Vivres-contre-travail	23 500	150	705 000	2 600	829 961
Enfants (garderies)	2 500	250	625 000	178	96 563
Femmes enceintes (maternités)	3 050	30	91 500	54	19 367
Formation	4 500		67 500	257	79 464
Monétisation pour la composante micro-nutriments				2 100	430 800
Total				13 150	4 829 954

STRATEGIE DU PROJET

31. La stratégie du projet repose sur quatre principes: choisir les bénéficiaires parmi les groupes les plus vulnérables, adopter une approche participative et une démarche soucieuse d'équité entre les hommes et les femmes, exécuter le projet de manière à renforcer les organisations locales, et veiller à la coopération interinstitutionnelle.
32. Le Ministère de la santé sera le principal organisme d'exécution pour la composante alimentation des groupes vulnérables et il assurera la liaison avec les Conseils communautaires et les ONG pour l'exécution d'autres activités. Une Unité de gestion du projet sera créée, sous la responsabilité du Ministère de la santé, pour gérer les activités et suivre les résultats. L'UGP sera épaulée par trois unités locales du projet (Copán, El Paraíso et Choluteca). Ces unités locales exécuteront les activités en étroite coordination avec les ONG et les Conseils communautaires. Dotées de services spécialisés techniques et logistiques et de personnel de l'OMS (programme ACCESS), elles mettront le projet en oeuvre en coordination avec les structures du Ministère de la santé et, au niveau des communautés, avec les sages-femmes, les agents sanitaires bénévoles et les agents chargés de la surveillance du poids.
33. Le Comité de gestion stratégique - qui sera chargé du démarrage du projet - comprendra le Sous-secrétaire des populations à risque du Ministère de la santé et un représentant du PAM. Il formera un Conseil de directeurs qui invitera, selon les besoins, des représentants des diverses parties prenantes participant au projet, notamment le principal organisme public chargé des questions d'équité entre hommes et femmes. Conformément aux politiques du gouvernement, ce comité conseillera l'UGP pour ce qui est des résultats du projet. Il se réunira deux fois par an pour examiner l'avancement des travaux et les plans annuels.
34. L'**Unité de gestion du projet** sera composée d'un directeur, d'un spécialiste de la programmation, d'un logisticien, d'un formateur, de deux secrétaires et d'un chauffeur¹. Le personnel recevra une formation concernant les objectifs et les approches du projet (démarche soucieuse d'équité entre les hommes et les femmes et techniques participatives). Les Conseils communautaires et les ONG participeront aux réunions du Comité de gestion

¹ Le Ministère de la santé fournira les fonds nécessaires pour rémunérer le personnel de l'UGP et des unités locales, exception faite des administrateurs de programme, qui seront des Volontaires des Nations Unies, et des trois membres de l'OPS.



stratégique, selon les besoins. L'UGP sera conseillée par le PAM et par d'autres institutions des Nations Unies, telles que l'OPS, le FNUAP et l'UNICEF.

35. Chaque unité locale de projet comprendra le personnel suivant: un coordonnateur, une infirmière, un spécialiste de la logistique du programme, un assistant social, un secrétaire et un chauffeur. Le personnel de l'OPS supervisera les résultats du projet et contrôlera les progrès sur le plan nutritionnel. L'unité locale servira de catalyseur pour les activités sur le terrain: elle coordonnera toutes les activités et contrôlera les résultats avec le Ministère de la santé, les ONG et les Conseils communautaires.

EXECUTION DU PROJET

36. Le projet sera exécuté de manière coordonnée par le Ministère de la santé, les Conseils communautaires et des ONG.
37. Les structures du Ministère de la santé, composées de personnel régional, local et communautaire dans la zone du projet, dispenseront aux bénéficiaires des soins de santé préventifs, suivront l'impact nutritionnel du projet et assureront la coordination avec les unités locales en ce qui concerne les actions, et les initiatives engagées ainsi que les résultats. Chaque communauté sera dotée d'un agent chargé de la surveillance du poids et de la nutrition. Les bénévoles recevront une formation en matière de santé et de nutrition (y compris les questions liées aux disparités hommes-femmes), et sur le développement communautaire. Les structures du Ministère de la santé à l'échelon local fourniront aux Conseils communautaires (CODEM), chargés de la distribution des denrées alimentaires, des informations sur les progrès accomplis par les bénéficiaires.
38. Les CODEM sélectionneront la population cible, en coordination avec le personnel sanitaire, et contrôleront les résultats du projet. Ils géreront la distribution des vivres et recueilleront des fonds pour payer le transport jusqu'aux villages. Un comité spécial composé principalement de femmes distribuera les denrées alimentaires.
39. Les activités "vivres pour le développement" seront gérées par les CODEM en coordination avec des ONG. Tous les plans locaux de développement seront transmis aux CODEM qui décideront des initiatives à financer avec les fonds du projet. Une attention spéciale sera accordée aux activités choisies par des femmes ou dont elles tireront profit.
40. Les ONG retenues joueront un rôle déterminant dans le programme "vivres pour le développement". En coordination avec les CODEM, elles seront chargées de: a) choisir les bénéficiaires des activités vivres-contre-travail; b) suivre la préparation des plans des communautés; c) définir les travaux collectifs à entreprendre; d) surveiller la distribution des vivres et l'avancement des travaux conformément aux plans; e) appuyer les activités de formation; f) préparer des rapports d'activité; g) participer au Conseil des directeurs; h) assurer la coordination avec d'autres organismes d'exécution. Save the Children, World Vision, Christian Commission for Development (CCD) et l'Association de développement d'Ocotepeque ont été choisies comme co-exécuteurs du projet.
41. Les critères de sélection des ONG sont les suivants:
- a) opérer dans la zone du projet;
 - b) disposer des moyens d'évaluation technique nécessaires et de méthodes de ciblage permettant d'atteindre les plus pauvres;



- c) avoir obtenu d'autres donateurs les contributions non alimentaires indispensables aux activités afin de couvrir leurs frais généraux;
 - d) disposer des moyens nécessaires pour gérer les produits alimentaires, être au fait des modalités du PAM en matière d'aide et les accepter;
 - e) connaître la problématique hommes-femmes et les approches participatives;
 - f) disposer des moyens nécessaires pour assurer le suivi technique et social, ainsi que la supervision sur place;
 - g) avoir présenté des objectifs et des plans conformes aux objectifs du projet.
42. Les activités "vivres pour le développement" seront planifiées au sein de chaque unité locale, avec la participation des ONG et des Conseils communautaires. Les denrées alimentaires seront gérées par des groupements féminins. Des ressources locales seront mobilisées dans le cadre du projet et les conseils définiront de nouvelles possibilités de développement; une partie des fonds pourra être réaffectée à des activités de relèvement après l'urgence. Le respect des engagements du PAM en faveur des femmes fera partie intégrante des protocoles d'accord/contrats signés par les ONG et les organismes publics d'exécution.

Logistique de l'aide alimentaire

43. Les denrées du PAM arriveront à Puerto Cortes, sur la côte atlantique, et seront emmagasinées dans l'entrepôt central de la JNBS à San Pedro Sula. Périodiquement, la JNBS ou des sociétés privées transporteront les produits par camion de l'entrepôt central aux entrepôts intermédiaires situés à Santa Rosa de Copán, Choluteca et Zamorano, d'où ils seront ensuite acheminés jusqu'aux communes. Ces dépenses incomberont au Ministère de la santé publique. Les Conseils communautaires seront responsables de l'organisation et, si nécessaire, du financement du transport des vivres des communes jusqu'aux points de distribution finals dans leurs villages.

Fonds dégagés

44. La composante micro-nutriments du présent projet sera financée par le Mécanisme de promotion de la santé des femmes et de lutte contre les carences en micro-aliments. A ce titre, il est prévu de monétiser 2 154 tonnes de blé pour couvrir les coûts relatifs à la distribution de micro-nutriments, notamment le suivi et l'évaluation et la formation (voir annexe III b)). Du blé sera fourni par le Canada et vendu au plus offrant, au prix c.a.f. ou à un prix supérieur, sous la supervision du Ministère des finances et du crédit public, avec livraison au port d'arrivée. D'après les expériences précédentes de monétisation, au Honduras, le taux de rendement est supérieur à 100 pour cent. Les modalités de constitution et de gestion des fonds ainsi dégagés seront exposées en détail dans le plan d'opérations.

Désengagement progressif

45. Pendant la première année, l'UGP entreprendra des activités préparatoires en appliquant une méthode de planification participative. Les comités locaux seront constitués, le personnel formé et les accords avec les partenaires d'exécution établis. Comme la réussite du projet dépend en grande partie de sa bonne mise en route, un soutien technique sera nécessaire pendant cette phase. Le projet prendra son plein essor au cours des deuxième, troisième, quatrième et cinquième années. Avant la fin du projet, la coopération entre le



secteur de la santé, les ONG et les Conseils communautaires devrait s'être améliorée. De plus, les infrastructures, la capacité organisationnelle et le capital humain créés avec l'appui de l'aide alimentaire permettront d'assurer la durabilité du projet sur le plan social et contribueront à renforcer la sécurité alimentaire des communautés. A la fin du projet, les Conseils communautaires devraient être en mesure de poursuivre l'exécution de leurs plans de développement avec leurs propres ressources et avec l'appui du gouvernement, sans avoir besoin de l'aide du PAM.

BENEFICIAIRES ET AVANTAGES

46. Pendant les cinq ans que durera le projet, 19 200 familles (14 500 appartenant aux groupes vulnérables et 4 700 au titre des activités vivres-contre-travail), 2 500 enfants fréquentant les garderies de la JNBS et 3 050 femmes enceintes à risque hospitalisées dans des maternités, vivant dans la zone du projet (qui comprend 465 villages ruraux et 38 communes) tireront directement avantage des activités mises en oeuvre¹. La ventilation détaillée des bénéficiaires figure à l'annexe II.
47. Grâce à des activités de formation en matière d'alimentation et de nutrition, de gestion des produits alimentaires et d'autres sujets pertinents, le projet permettra d'améliorer les capacités techniques du Ministère de la santé et des membres/personnels des collectivités locales participant directement aux activités (soit 4 500 personnes).
48. D'après les critères de sélection appliqués, les bénéficiaires appartenant aux groupes vulnérables seront les suivants:
- a) les résidents des villages situés dans la zone du projet;
 - b) ceux qui ont été inscrits précédemment ou sont inscrits parallèlement à un programme intégré de puériculture ou de soins prénatals/postnatals auprès du dispensaire le plus proche dépendant du Ministère de la santé (une participation suivie à ces programmes est indispensable pour conserver le titre de bénéficiaire);
 - c) ceux qui peuvent fournir une approbation écrite, dûment motivée, du comité de sélection et de suivi des bénéficiaires de leur village (faisant valoir par exemple leur extrême pauvreté);
 - d) les femmes enceintes ou allaitant un enfant (de moins de 18 mois);
 - e) les enfants âgés de six à 12 mois, quel que soit leur état nutritionnel (prévention);
 - f) les enfants âgés de 13 à 59 mois présentant une insuffisance pondérale (rapport poids/âge < -2 écarts-types - référence du NCHS/OMS).
49. D'après les critères de sélection appliqués, les bénéficiaires des activités vivres-contre-travail seront les suivants:
- a) les résidents des villages situés dans la zone du projet;
 - b) les membres des familles les plus vulnérables recommandés par les Conseils communautaires (y compris les membres des familles dirigées par une femme pauvre).

¹ Les critères de sélection des communes sont conformes au Schéma de stratégie de pays pour le Honduras, présenté au Conseil d'administration à sa session annuelle de 1997.



EFFETS ESCOMPTES DU PROJET SUR LES FEMMES

50. On adoptera une démarche soucieuse d'équité entre les hommes et les femmes non seulement pour fixer les critères de sélection des bénéficiaires, mais aussi pour évaluer les avantages que les femmes tireront des résultats du projet. Les analyses par sexe permettront de vérifier si elles ont davantage accès aux ressources et les contrôlent mieux, et si elles occupent des postes de décision dans des organisations communautaires.
51. Les principaux effets du projet sur les femmes seront les suivants:
- a) l'état nutritionnel des femmes et des filles (environ 70 pour cent des bénéficiaires du groupe cible) sera amélioré;
 - b) dans le cadre des activités "vivres pour le développement", on donnera la priorité aux projets dont les femmes tirent profit;
 - c) un plus grand nombre de femmes participeront aux organisations communautaires;
 - d) elles seront plus nombreuses à occuper des postes de décision dans les Conseils communautaires;
 - e) les problèmes nutritionnels des enfants seront perçus comme une question concernant la communauté, et non pas seulement comme un problème isolé que les mères doivent résoudre;
 - f) les femmes auront davantage droit de regard sur les ressources alimentaires au niveau du ménage;
 - g) elles assureront la coordination avec les ONG, les structures du Ministère de la santé et les Conseils communautaires;
 - h) les divers membres de la famille seront plus sensibles aux disparités entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la gestion et la distribution des vivres au sein du ménage.
52. Les dispositifs mis en oeuvre par le projet pour garantir des avantages aux femmes seront les suivants: a) par le biais des comités, à l'échelon communautaire et municipal, les femmes participeront à la distribution des vivres, au suivi des résultats obtenus et à l'évaluation des projets qui seront exécutés dans le cadre des activités "vivres pour le développement". Ces comités seront représentés dans les Conseils communautaires; avant la fin du projet, 50 pour cent des femmes devraient participer aux conseils. b) Un outil de suivi simple sera distribué aux unités locales du projet pour surveiller la distribution des denrées au sein de la famille, l'accès aux vivres et le contrôle exercé sur les ressources. c) Les cours de formation (sur la santé et la nutrition, l'exécution du projet et le renforcement des communautés) dispensés par le FNUAP, l'UNICEF, l'OPS et l'OMS traiteront de la problématique hommes-femmes, qui recoupe tous ces domaines. d) Le Bureau principal de la condition féminine dispensera des conseils à l'UGP sur la manière de respecter les engagements envers les femmes pris à la Conférence de Beijing en 1995. e) Le mandat du personnel de projet, et notamment celui des agents de l'UGP, tiendra compte des disparités entre les hommes et les femmes. f) Le projet organisera chaque année un atelier sur les questions liées à la problématique hommes-femmes, avec la participation des ONG, des Conseils municipaux et du secteur de la santé, afin d'évaluer la prise en compte de ces questions dans l'exécution du projet. g) Les données recueillies et les indicateurs seront ventilés par sexe. Parmi les indicateurs permettant de vérifier si les femmes peuvent exercer un contrôle sur les ressources alimentaires figureront l'évaluation de la quantité de



vivres gérés par les femmes (pour la vente, la consommation familiale, les échanges et les dons) et la consommation journalière des denrées par les membres de la famille.

APPUI AU PROJET

53. L'OPS/Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) mettra à disposition des consultants qui seront chargés, au titre de la coopération technique, de la conception et de la réalisation d'enquêtes initiales et de systèmes de suivi. L'OPS/Honduras fournira les fonds nécessaires pour doter chaque unité locale d'un conseiller technique permanent. Le FNUAP appuiera les activités de formation du projet en envoyant du personnel expérimenté pour assurer la formation des formateurs. L'UNICEF/Honduras financera la reproduction de matériel pédagogique.
54. L'ACDI fournira des compléments nutritionnels à base de fer et de folate de fer, ainsi que du matériel pour contrôler l'anémie et mesurer le poids. Les communautés contribueront aux dépenses du projet en couvrant les frais de transport des produits alimentaires et des compléments nutritionnels des entrepôts municipaux jusqu'à leur destination finale.
55. Des ONG (Save the Children, CCD, World Vision, PRAF et ADEVAS) mettront en oeuvre les activités "vivres pour le développement". Elles mettront leurs compétences à la disposition du projet, notamment dans les domaines suivants: a) identification de projets locaux; b) processus de prise de décisions; c) suivi de la distribution des vivres dans le cadre de l'exécution du projet; d) établissement de rapports; e) coordination. Le PRAF et l'ADEVAS financeront les dépenses d'exécution (personnel et frais généraux).

Formation

56. Les activités de formation sont considérées comme un élément essentiel à la réussite du projet; il est en effet indispensable de faire mieux comprendre aux responsables des communautés, ainsi qu'au personnel sanitaire et à celui du projet, les diverses questions liées à l'exécution (objectifs, responsabilités en matière de suivi, etc.). Les modules de formation couvrent un éventail de 15 thèmes sur la santé et la nutrition, allant de la surveillance du poids des enfants à la santé génésique. Huit autres modules de formation porteront sur des aspects relatifs au développement communautaire et aux infrastructures collectives.
57. Le projet formera les agents sanitaires bénévoles et les responsables des communautés, le personnel du projet et certains bénéficiaires. Des cours de formation seront assurés par le FNUAP, l'OPS-INCAP et l'UNICEF, en coordination avec des ONG et avec le personnel du projet. Environ 4 500 personnes seront formées en cinq ans. Une ration alimentaire familiale sera distribuée aux agents sanitaires bénévoles qui prêteront leur assistance pour les activités de formation.

Articles non alimentaires

58. Le manque d'articles non alimentaires pourrait nuire à la distribution de l'aide du PAM, en particulier aux activités "vivres pour le développement". En conséquence, pour être le plus bénéfique possible, l'aide alimentaire du PAM doit être accompagnée d'une certaine quantité d'articles non alimentaires. Aucune monétisation n'étant prévue dans ce projet, sauf pour la composante micro-nutriments financée par le Canada, des ressources supplémentaires sont nécessaires pour son exécution. Le PAM demandera aux donateurs de



fournir les articles indispensables à cet effet. Des ressources provenant d'un projet précédent seront utilisées pour couvrir une partie de ces coûts.

Suivi et évaluation (S&E)

59. Une enquête initiale sera effectuée avec l'aide technique de l'OPS/INCAP pour évaluer la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale et la fréquence de l'anémie chez les femmes enceintes, et pour étudier les modes d'alimentation des familles, en particulier la façon de nourrir les enfants d'âge préscolaire. Des évaluations ultérieures seront menées à la fin de la deuxième et de la cinquième années du projet sur le modèle de cette étude de base.
60. Le suivi de l'évolution du poids, de la consommation alimentaire et de la consommation des compléments nutritionnels à base de fer par les enfants et les femmes bénéficiaires sera effectué par des agents locaux chargés de la surveillance du poids (villageoises adultes bénévoles formées et supervisées par l'infirmière auxiliaire du dispensaire public et agents chargés de la promotion sanitaire), qui utiliseront des formulaires simplifiés (illustrés).
61. Un système de S&E sera mis en place pour la gestion des vivres et des compléments nutritionnels à base de fer. Les indicateurs proposés pour ce projet (fréquence de l'anémie, ration énergétique des familles et des enfants d'âge préscolaire, fréquence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de deux ans) sont comparables à ceux utilisés par USAID/CARE et conformes aux objectifs nutritionnels du gouvernement.
62. Le système de rapports de S&E reposera sur le réseau actuel des services de santé, qui sera renforcé, et sur le personnel sanitaire local bénévole. Les agents chargés de la surveillance du poids et de la consommation des compléments nutritionnels assureront la liaison avec les comités communautaires d'alimentation et de nutrition et avec le personnel des centres de santé locaux, et fourniront des rapports mensuels sur le poids et l'état de santé des enfants de leurs communautés respectives. Ces agents transmettront au personnel sanitaire (lequel les transmettra au comité municipal) les notifications du comité villageois communiquant les nouveaux bénéficiaires et les radiations.
63. Les ONG contrôleront les activités vivres-contre-travail suivant des normes déjà établies par les Conseils communautaires et par l'Unité de gestion du projet. Un certain nombre de rations seront fixées pour chaque travail collectif, suivant des paramètres locaux.

FAISABILITE ET DURABILITE DU PROJET

Viabilité technique

64. Le projet d'aide alimentaire proposé est parfaitement viable, car il repose sur des réseaux de communautés locales et de centres de santé. L'exécution des activités dans le domaine de la santé et de la nutrition s'inscrit dans le cadre de fonctions familières au personnel sanitaire local: déparasitage, prescription de compléments nutritionnels à base de fer, et éducation en matière de santé et de nutrition. Il est prévu qu'à la fin du projet, le personnel du Ministère de la santé, en particulier à l'échelon des communautés, contrôlera les progrès nutritionnels de la population et détectera les risques dans ce domaine, notamment chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le ministère confiera à ses bureaux régionaux la responsabilité d'entretenir le matériel pendant toute la durée du projet.



65. L'alimentation complémentaire des enfants et des adultes vivant dans des milieux déficitaires en vivres devrait avoir des effets sociaux bénéfiques, susceptibles à leur tour de renforcer la sécurité alimentaire des communautés. Assurer l'alimentation de certaines personnes pendant les périodes critiques de leur existence contribue à améliorer leur santé et leur nutrition. Les avantages sociaux tirés de l'aide alimentaire et de la distribution de micro-nutriments portent sur plusieurs générations et les conséquences économiques d'une formation développant le capital humain placent la famille en meilleure position pour lutter contre l'insécurité alimentaire dans la zone du projet.
66. Les activités vivres-contre-travail permettront de développer les infrastructures collectives et de renforcer les Conseils communautaires. Les résultats escomptés seront fixés conformément aux priorités des communautés et l'on s'efforcera de favoriser la rentabilité. Le projet apportera certains intrants nécessaires et les Conseils communautaires des ressources locales. Une fois le projet terminé, les conseils assureront l'entretien des ouvrages collectifs et chercheront à mobiliser des fonds pour financer de nouvelles initiatives.

Viabilité sociale et politique

67. La viabilité sociale du projet est favorisée par un processus national de décentralisation des pouvoirs qui repose sur le renforcement des organisations locales. Même si les résultats de la gestion locale obtenus à ce jour ont été variables, ce processus est en marche et fait intervenir les membres de la société civile qui peuvent ainsi mieux faire face à leurs besoins fondamentaux. La décentralisation se poursuivra, avec l'appui d'institutions bilatérales et multilatérales associées au développement communautaire. De plus, le présent projet épaulera le programme ACCESS du Ministère de la santé, par le biais duquel les communautés géreront leurs propres plans sanitaires.
68. Même s'il est prévu d'élire un nouveau gouvernement au début de 1998, toutes les parties ont déclaré avoir un objectif commun: appuyer les activités et les plans qui réduiront l'insécurité alimentaire, amélioreront l'accès aux services de santé, surtout en milieu rural, et favoriseront la décentralisation des pouvoirs.

RISQUES

69. Pour exécuter les activités du projet, il est nécessaire de disposer de personnel à plein temps et de toutes les ressources convenues. Comme la programmation et la coordination sont vitales pour la gestion du projet, le PAM financera un coordonnateur pendant neuf mois afin de garantir que la stratégie prévue est mise en oeuvre sur des bases techniques solides. Si toutes les ressources ne sont pas réunies, les opérations démarreront dans une zone cible restreinte.
70. Des ONG se sont déclarées préoccupées par la dépendance que pourraient créer les activités vivres-contre-travail, étant donné que les familles rurales "dédommagées" de leur travail par l'aide alimentaire risqueraient ne plus être disposées à participer bénévolement à de grands travaux collectifs. L'on suggère d'étudier de manière approfondie le meilleur moyen d'exécuter ces activités afin d'éviter d'éventuels effets secondaires des activités vivres-contre-travail.



EFFETS DISSUASIFS, PERTURBATION DES MARCHES ET DEPENDANCE

71. La production et les grandes orientations nationales ne devraient pas être perturbées par la distribution d'aide alimentaire: en 1996, la production nationale a atteint environ 530 000 tonnes de maïs et 54 000 tonnes de haricots. Le PAM fournira en moyenne 1 028 tonnes de maïs par an (soit 0,19 pour cent de la production nationale) et 456 tonnes de haricots (soit 0,84 pour cent de la production nationale). Le Honduras ne produit pas de blé.
72. Les dons d'aide alimentaire serviront à inciter la population à participer aux activités "vivres pour le développement". Elles seront exécutées pendant les périodes de disette, c'est-à-dire habituellement de janvier à août, avec des pénuries plus aiguës de mai à août. Chaque bénéficiaire recevra au maximum 150 rations par an afin d'éviter toute dépendance à l'égard de l'aide alimentaire et la concurrence avec le travail agricole et le travail hors exploitation.
73. Par ailleurs, l'aide alimentaire servira à compléter pendant 360 jours par an l'alimentation des femmes enceintes, des mères allaitantes et de leurs enfants de moins de cinq ans menacés de malnutrition. Elle ne devrait avoir aucune influence sur le marché local; le fait que le groupe cible soit sous-alimenté semble indiquer que, s'il ne recevait pas d'aide alimentaire, il n'achèterait pas de denrées sur le marché local; leur accès à la nourriture serait insuffisant, faute de ressources.

COÛTS DU PROJET

74. Les coûts du projet sont ventilés comme suit:

VENTILATION DES COÛTS DU PROJET

	Quantité (tonnes)	Coût moyen par tonne	Valeur totale (dollars)
COÛTS POUR LE PAM			
A. Coûts opérationnels directs			
Produit ¹			
– Maïs	5 144	185	951 640
– Huile végétale	331	900	297 900
– Légumes secs	2 284	450	1 027 800
– Mélange maïs-soja	2 722	320	871 040
– Poisson en boîte	521	2 400	1 250 400
– Blé (voir annexe III b))	2 154	200	430 800
Coût total des produits	13 156		4 829 580
Transport extérieur			
Maritime	13 156	133	1 749 748
Surveillance	13 156	2,50	32 890
TTEM			
a) Transport terrestre	-		-



VENTILATION DES COÛTS DU PROJET

	Quantité (tonnes)	Coût moyen par tonne	Valeur totale (dollars)
b)TIEM	-		-
Total partiel coûts opérationnels directs			6 612 218
B. Coûts de soutien directs (Voir annexe I)			1 193 255
Total coûts directs			7 805 473
C. Coûts de soutien indirects (13,9 pour cent du total des coûts directs)			1 084 961
COÛT TOTAL POUR LE PAM			8 890 434
COÛTS POUR LE GOUVERNEMENT			
- Manutention, entreposage et transport des produits			730
- Dépenses de personnel			364 000
- Projet			560 000
- Ministère de la santé			
- Véhicules			59 000
- Entretien			59 000
- Carburant			59 000
- Suivi			
- Voyages et indemnités journalières de subsistance pour le personnel de projet			338 000
- Voyages et indemnités journalières de subsistance pour le personnel du ministère			435 000
- Dépenses de fonctionnement du bureau			155 000
- Divers			50 000
COÛT TOTAL POUR LE GOUVERNEMENT			2 750 000
COÛT TOTAL DU PROJET (PAM et autres)			11 640 434

Coût pour le PAM en pourcentage du coût total du projet: 79,1 pour cent

1 Il s'agit d'un assortiment alimentaire indicatif utilisé à des fins budgétaires et d'approbation. La gamme précise de produits et les quantités effectives à fournir au projet comme à tous les projets assistés par le PAM peuvent varier au cours du temps en fonction des disponibilités du PAM et du marché intérieur des pays bénéficiaires.

COORDINATION ET CONSULTATION

75. Le projet a été préparé en étroite collaboration avec l'OPS, le FNUAP, l'UNICEF et la FAO. Le personnel du Ministère de la santé, aux échelons central et local, a participé directement aux phases d'examen préalable et a mis au point les accords opérationnels que le ministère a passé avec le PAM pour l'exécution du projet. Des ONG de la zone du projet ont été également consultées et leur mode de participation a été arrêté au cours de la mission d'examen préalable. L'on a demandé aux collectivités locales et aux organisations à assise communautaire de donner leur avis et d'indiquer leurs priorités, ainsi que de préciser leur rôle dans l'exécution. Les institutions techniques compétentes des Nations Unies ont été invitées à faire part de leurs observations. L'accord du CSD sera sollicité.



RECOMMANDATION DU DIRECTEUR EXECUTIF

76. Le projet est recommandé à l'approbation du Conseil d'administration.



ANNEXE I

COÛTS DE SOUTIEN DIRECTS (dollars)

Dépenses de personnel	
International	72 000
Volontaires des Nations Unies (3)	360 000
Indemnités journalières de subsistance/Volontaires des Nations Unies	43 200
Total partiel	475 200
Services d'appui technique	
Préparation du projet	29 650
Examen préalable du projet (suivi du projet) - étude initiale	100 000
Evaluation du projet (Consultants)	20 000
Total partiel	149 650
Equipement	
Communication	
Véhicules	75 000
Motocyclettes	6 000
Equipement informatique	19 000
Autre équipement (médical et de suivi)	93 877
Total partiel	193 877
Articles non alimentaires	
Installations d'entreposage	22 466
Autres (outillage ou matériaux de construction)	252 062
Total partiel	274 528
Autres:	
Formation	100 000
TOTAL	1 193 293



ANNEXE II

DÉPARTEMENTS, COMMUNES ET POPULATION CIBLE

Départements et communes	Population totale 1977	Population 1997 0 à 4 ans	Femmes 15-45 ans	Enfants 0-4 ans + femmes 15-45 ans	Pourcentage de pauvreté	Familles cibles(*)	Population cible
Choluteca	208 2	32 82	35 5	68 399		9 2	46 2
1 Apacilagua	10 9	1 72	1 8	3 587	55,54	484	2 4
2 Concepción de María	29 3	4 63	5 0	9 650	61,25	1 3	6 9
3 Duyure	3 3	521	565	1 086	48,90	135	675
4 El Corpus	26 1	4 12	4 4	8 600	54,80	1 1	5 7
5 El Triunfo	35 0	5 52	5 9	11 519	65,28	1 7	8 6
6 Marcovia	36 5	5 75	6 2	12 000	60,88	1 7	8 6
7 Morolica	5 3	845	916	1 761	53,02	230	1 1
8 Orocuina	18 7	2 95	3 2	6 162	45,15	728	3 6
9 Pespire	27 8	4 38	4 7	9 141	40,52	1 0	5 0
10 San Antonio de Flores	6 2	978	1 0	2 038	59,20	287	1 4
11 San Isidro	4 3	686	743	1 429	54,36	190	950
12 San José	4 3	684	741	1 425	57,74	197	985
Copán	107 2	17 17	17 8	35 064		4 5	22 6
1 Cabañas	9 5	1 53	1 6	3 137	51,83	405	2 0
2 Concepción	5 1	826	860	1 686	60,39	241	1 2
3 Copan Ruinas	29 3	4 70	4 8	9 596	53,85	1 2	6 3
4 San Agustín	4 2	684	712	1 396	51,24	179	895
5 San Antonio	11 3	1 81	1 8	3 713	48,61	460	2 3
6 San Jerónimo	5 2	836	871	1 707	43,99	199	995
7 San Juan de Opoa	8 7	1 40	1 4	2 870	52,89	376	1 8
8 San Nicolas	6 7	1 07	1 1	2 198	47,30	268	1 3
9 Santa Rita	23 9	3 84	3 9	7 838	52,16	1 0	5 0
10 Veracruz	2 8	452	471	923	48,91	115	575
El Paraíso	89 6	14 27	15 5	29 811		4 1	20 6
1 Alauca	8 0	1 27	1 3	2 664	58,90	372	1 8
2 Liure	11 2	1 78	1 9	3 734	62,32	542	2 7
3 Oropoli	6 0	960	1 0	2 005	44,02	232	1 1
4 San Antonio Flores	6 0	956	1 0	1 996	49,47	249	1 2
5 San Lucas	8 2	1 32	1 4	2 757	47,51	335	1 6
6 Soledad	11 6	1 86	2 0	3 887	54,84	678	3 3
7 Teupasenti	24 7	3 93	4 2	8 227	52,16	1 0	5 3
8 Texiguat	9 7	1 55	1 6	3 244	60,28	461	2 3
9 Vado Ancho	3 9	621	676	1 297	68,79	202	1 0
Ocatepeque	32 9	5 40	5 5	10 959		1 2	6 4
1 Belen Gualcho	11 0	1 81	1 8	3 669	44,86	429	2 1
2 Concepción	3 6	601	618	1 219	38,38	130	650
3 Dolores Merendón	2 0	344	353	697	56,59	96	480
4 Fraternidad	1 8	298	306	604	49,55	76	380
5 Mercedes	5 7	948	974	1 922	42,19	217	1 0
6 San Jorge	3 4	567	582	1 149	48,74	142	710
7 Sinuapa	5 1	838	861	1 699	41,99	191	955
38 Total	438 0	69 68	74 5	144 233		19 2	96 0

Note: BNS: besoins fondamentaux non satisfaits.

(*) Données fournies par le Ministère de la santé.



ANNEXE III a)

**COMPOSANTE VIVRES-CONTRE-TRAVAIL
NORMES DE TRAVAIL**

Activité	Unité	Norme (jours de travail)	Objectif	N° de rations
Construction de fourneaux	No.	5	900	4 500
Construction de latrines	No.	15	1 300	19 500
Amélioration des logements ruraux	No.	100	600	60 000
Mise en place du réseau d'adduction d'eau	No.	900	20	18 000
Amélioration du réseau d'adduction d'eau	No.	300	10	3 000
Construction d'équipements collectifs	No.	900	10	9 000
Amélioration des équipements collectifs	No.	300	20	6 000
Ouverture et amélioration de routes secondaires	Km.	650	900	585 000
Total				705 000

ANNEXE III b)

**Dépenses devant être couvertes par le Mécanisme de promotion de la santé des femmes et de lutte
contre les carences en micro-aliments grâce à la monétisation de blé(*)**

	Quantité	Coût unitaire	Coût (dollars)
Sirop de sulfate ferreux 8oz/bt	67 3	2	134 781
2. Abendazole 400 mg./comp.	718 8	0,05	35 942
3. Comprimés de sulfate ferreux	34 6 0,00015		5 194
4. Doseur d'hémoglobine Hemocue	120	500	60 000
5. Cuvettes jetables Hemocue	62 0	2	124 000
6. Nécessaire pour analyser l'eau	4	1 325	5 300
7. Trousse de premiers secours	20	24,35	487
8. Balance Salter	600	33	19 800
9. Trousse pour les sages-femmes	600	42,68	25 608
10. Pièces détachées pour remplacer les articles cassés/usés	2 4	20	48 000
11. Etude initiale			30 000
12. S&E et action complémentaire			50 000
5. Formation			20 000
Total partiel: dépenses devant être couvertes par la monétisation			559 112

(*) Blé fourni par le Canada.















CADRE LOGIQUE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PROBLÈMES	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	INDICATEURS	ACTIVITÉS	MOYENS DE VÉRIFICATION	HYPOTHÈSES
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des mères allaitantes et des femmes chef de famille dans les zones du projet 	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaise assimilation biologique des nutriments à cause de la fréquence élevée des maladies infectieuses parmi les groupes vulnérables Consommation alimentaire insuffisante qualitativement et quantitativement surtout parmi les groupes cibles 	<ul style="list-style-type: none"> Groupes vulnérables bénéficiant d'un traitement contre les parasites intestinaux et d'une distribution périodique de compléments à base de micro-nutriments afin de mieux assimiler les aliments ingérés Les familles ont de saines habitudes alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> 90% des femmes enceintes, des mères allaitantes et des adolescentes reçoivent des compléments de fer/acide folique (selon les normes du Ministère de la santé publique) En 1999 (2ème année du projet), 80% des enfants d'âge préscolaire recevront tous les trimestres des médicaments antiparasitaires et périodiquement des compléments à base de fer Les familles cibles du projet diversifient leur mode d'alimentation, surtout pendant la période du sevrage 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir de l'Abendazol et des compléments de fer et d'acide folique selon les besoins. Préparer un plan logistique pour la distribution des compléments et des traitements antiparasitaires Distribuer des compléments à la population vulnérable pendant l'exécution des activités de base, en y associant un plan d'éducation Fournir des médicaments antiparasitaires aux enfants âgés de 1 à 4 ans, selon les normes Veiller à ce que la population vulnérable prenne les compléments selon les normes Repérer les modes d'alimentation dans la zone d'intervention du projet Préparer un plan d'éducation nutritionnelle et alimentaire adapté à chaque région du projet en insistant sur l'alimentation des mères et des enfants Etablir un plan d'éducation nutritionnelle et alimentaire progressive pour les activités du Ministère de la santé publique Vérifier les changements dans les habitudes alimentaires des groupes vulnérables 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport mensuel des dispensaires sur les soins intégrés aux enfants Inventaire des médicaments des dispensaires Rapports de supervision des unités de santé publique Données d'enquête pour les évaluations intermédiaire et finale Fiches explicatives des sages-femmes Données d'enquête qualitatives par région ethnique et agro-écologique Document du plan d'éducation nutritionnelle et alimentaire Guide en matière d'alimentation pour le personnel d'exécution Rapports techniques de consultants sur la conception et le bien-fondé du plan d'éducation et des directives en matière d'alimentation Rapports semestriels d'activité concernant l'UGP Plan du projet et activités du programme Données d'enquête pour les évaluations intermédiaire et finale (période de référence de 24 heures) 	

CADRE LOGIQUE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PROBLÈMES	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	INDICATEURS	ACTIVITÉS	MOYENS DE VÉRIFICATION	HYPOTHÈSES
	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence élevée de la malnutrition chronique chez les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans. Anémies fréquentes chez les femmes en âge de procréer 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la fréquence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans Diminution de la fréquence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer La ration alimentaire des enfants de moins de 2 ans est suffisante 	<ul style="list-style-type: none"> La fréquence de la sous-alimentation chez les enfants de 6 à 23 mois a diminué de 20% dans la zone du projet La fréquence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 2 ans a diminué de 30% pendant la durée du projet La ration calorique des enfants de moins de 2 ans a augmenté d'au moins 10% grâce à l'aide alimentaire du projet 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer des enquêtes initiale, intermédiaire et finale pour estimer la fréquence de l'anémie et de la malnutrition protéino-calorique (MPC) Préparer et exécuter le plan logistique relatif aux produits alimentaires Surveiller la distribution de l'aide alimentaire et son utilisation 1. CODEM (UNICAM), associations/Conseils communautaires 2. Bénéficiaires (santé) Contrôler le rapport poids/âge des enfants bénéficiaires (une fois par mois) Expliquer aux mères les avantages des compléments de fer et les autres normes et modalités de l'aide alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> Données d'enquête pour les évaluations intermédiaire et finale (enfants de moins de 2 ans et femmes enceintes, période de référence de 24 heures dans les sous-échantillons) Rapport de suivi du dosage de l'hémoglobine des bénéficiaires (et contrôle) préparés par 11 unités de santé publique Rapports sur le renouvellement des compléments pour les enfants et les femmes bénéficiaires Fiche explicative des sages-femmes (ou autre personnel local) Bilans de surveillance de la distribution des vivres établis par les UPS/CODEM (Unité communautaire d'administration des vivres) 	<ul style="list-style-type: none"> La contribution alimentaire habituelle des ménages est garantie La prévention des infections par la vaccination est efficace Les méthodes communautaires d'assainissement du milieu et d'hygiène préviennent efficacement les poussées épidémiques
<ul style="list-style-type: none"> Accès limité aux services de santé pour la surveillance de la croissance et les soins prénatals 	<ul style="list-style-type: none"> La capacité institutionnelle et les compétences du personnel du réseau de services utilisé pour suivre la croissance des enfants ont été renforcées 	<ul style="list-style-type: none"> A la fin de la deuxième année, 90% du personnel aura acquis de bonnes techniques de soins en matière de nutrition et de santé maternelle et infantile Un système opérationnel de suivi de la croissance et de l'anémie 	<ul style="list-style-type: none"> Définir les besoins de matériel, d'équipement et de formation pour la surveillance de la croissance au niveau des CCSP et des villes dans la zone du projet Acheter et fournir du matériel et de l'équipement pour les CCSP et les bénévoles dans les villages, selon les besoins établis Former et renforcer le personnel des CCSP et les agents communautaires de surveillance du poids en matière de techniques d'évaluation de la croissance Enseigner au personnel des institutions et des communautés à détecter, traiter et signaler des carences nutritionnelles spécifiques (vitamine A, iode, anémie, MPC) 	<ul style="list-style-type: none"> Protocole d'étude et rapport diagnostique du personnel de santé sur les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives à l'anémie, aux risques obstétricaux et périnataux, à l'anthropométrie, à la surveillance de la croissance, au traitement de la diarrhée Inventaire de l'équipement (balances, toises, doseurs d'hémoglobine, "Hemo Cue") Directives pratiques pour développer certaines questions dans les UGP et les unités communautaires de surveillance du poids 		

CADRE LOGIQUE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PROBLÈMES	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	INDICATEURS	ACTIVITÉS	MOYENS DE VÉRIFICATION	HYPOTHÈSES
				<ul style="list-style-type: none"> Renforcer et promouvoir l'application de normes de soins intégrés pour les enfants dans la zone du projet Superviser les soins dispensés aux utilisateurs des services de santé selon les normes 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport technique établi par des consultants pour la conception/exécution de programmes de surveillance de la croissance (et autres questions de SMI et de santé) Rapports de supervision des unités de santé publique et du Ministère de la santé Evaluation intermédiaire et finale des connaissances, attitudes et pratiques relatives à des sujets traités dans chaque région Diagnostic des Centres communautaires de santé publique (CCSP) sur les connaissances, attitudes et pratiques des sages-femmes et des agents de surveillance du poids en matière de suivi de la croissance, mesure du poids des enfants et établissement des formulaires et registres correspondants avec le personnel du CCSP Rapports mensuels des sages-femmes et des agents de surveillance Rapports nutritionnels des infirmières auxiliaires des CCSP Directives en matière de programme et de formation/consolidation des connaissances du personnel d'exécution pour détecter les risques/dommages obstétricaux et nutritionnels Fiche explicative des sages-femmes et des agents de surveillance du poids 	
		<ul style="list-style-type: none"> Multiplication des visites 	<ul style="list-style-type: none"> Les lacunes de la couverture 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le système actuel d'information 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre au point des systèmes 	<ul style="list-style-type: none"> L'OPS élargit son

CADRE LOGIQUE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PROBLÈMES	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	INDICATEURS	ACTIVITÉS	MOYENS DE VÉRIFICATION	HYPOTHÈSES
		prénatales des femmes enceintes et des bilans de suivi de la croissance des enfants	et de la concentration des services de soins prénatals et de surveillance de la croissance et du développement ont été réduites de 50%	entre sages-femmes et CCSP <ul style="list-style-type: none"> Formation des sages-femmes en vue de détecter les risques obstétricaux (mauvaise présentation, hémorragie, fœtus multiples, etc.) 	de suivi et d'évaluation (document du consultant OPS/INCAP) <ul style="list-style-type: none"> Rapports périodiques des infirmières auxiliaires sur les soins dispensés dans les CCSP Directives pour la formation des sages-femmes en matière de détection des risques Formulaires simplifiés et ayant fait leurs preuves pour la collecte d'informations par le personnel communautaire 	appui à ces initiatives dans la zone d'intervention du projet
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la situation et les infrastructures sanitaires des communautés cibles compte tenu de leur importance pour la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaises pratiques hygiéniques en ce qui concerne la préparation des aliments et le ménage Mauvaises conditions d'évacuation des déchets Effets nocifs de la fumée dans les habitations, avec problèmes respiratoires et répercussions sur le poids des nouveau-nés Mauvaises conditions d'évacuation des excréments Insuffisance des services et des 	<ul style="list-style-type: none"> Les familles appliquent des méthodes adéquates et saines pour préparer les aliments et faire le ménage Des dispositifs appropriés sont mis en place pour l'évacuation des déchets Des fourneaux améliorés avec cheminée sont utilisés Des latrines sont construites et sont utilisées Les communautés disposent 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des familles cibles ont reçu une formation et 50% au moins ont amélioré leurs techniques 100% des familles cibles ont reçu une formation et 50% au moins ont amélioré leur système d'évacuation des déchets 900 fourneaux au minimum ont été améliorés Les familles cibles du projet ont construit au moins 1 300 latrines 900 km au moins de routes communautaires ont été 	<ul style="list-style-type: none"> Former le personnel de santé local en matière de préparation hygiénique des aliments, ménage et évacuation des déchets Répéter la formation en préparation hygiénique des aliments, ménage et évacuation des déchets au niveau de la communauté Suivre les stagiaires (des ONG, etc.) Identifier les ouvrages de base, les infrastructures et les réseaux d'alimentation en eau à améliorer moyennant des techniques participatives Etablir, avec des organisations locales et des ONG, un plan pour assurer les services de base et exécuter les travaux d'infrastructure Exécuter les travaux selon les plans établis 	<ul style="list-style-type: none"> Liste de participants ayant terminé leur formation Evaluations rurales rapides des pratiques hygiéniques Listes d'intrants utilisés Registres des communes Rapports périodiques des ONG Rapports des unités de terrain Listes de vérification pour les 	<ul style="list-style-type: none"> Des accords ont été signés avec les ONG pour remettre en état/améliorer des réseaux d'alimentation en eau et des infrastructures

CADRE LOGIQUE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PROBLÈMES	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	INDICATEURS	ACTIVITÉS	MOYENS DE VÉRIFICATION	HYPOTHÈSES
	infrastructures de base	d'infrastructures plus nombreuses et/ou meilleures	construites et/ou remises en état		visites sur le terrain	
	<ul style="list-style-type: none"> Logements en mauvais état (murs, sol, plafond), ce qui favorise l'apparition de maladies Accès insuffisant à l'eau potable 	<ul style="list-style-type: none"> Les murs, les sols et/ou les toits sont améliorés avec des moyens locaux/de base Les familles et/ou les communautés sont approvisionnées en eau propre à la consommation humaine 	<ul style="list-style-type: none"> Les communautés ont construit et/ou amélioré au moins 30 équipements collectifs (écoles, centres de santé, garderies, etc.) Les sols, les toits et/ou les murs d'au moins 600 logements ont été améliorés Au moins 30 réseaux d'alimentation en eau ont été installés/améliorés 	<ul style="list-style-type: none"> Former la communauté pour qu'elle assure la surveillance des travaux et la manutention des vivres Organiser des groupes pour la distribution des vivres selon les travaux exécutés Former la communauté en vue de l'entretien des ouvrages Suivre les progrès accomplis par les ONG et les organisations locales en vue d'obtenir les résultats escomptés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports trimestriels avec ventilation des dépenses Rapports sur l'utilisation des articles non alimentaires 	
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les organisations communautaires afin qu'elles gèrent et exécutent des plans de développement 	<ul style="list-style-type: none"> Hétérogénéité des différents niveaux d'organisation des communautés Capacité de gestion limitée Pratiques d'organisation verticales et autoritaires Insuffisance de la 	<ul style="list-style-type: none"> La capacité de négociation des organisations communautaires a été renforcée 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre des organisations communautaires ayant préparé des diagnostics participatifs et des plans de travail Nombre d'initiatives formulées et menées à bien par des organisations communautaires appuyées par le projet Les organes directeurs sont renouvelés tous les 2 ans Des plans sont établis et 	<ul style="list-style-type: none"> Formation relative à la formulation, au suivi et à l'évaluation du projet avec les responsables des communautés, en appliquant des techniques participatives Formation relative à l'administration de l'aide alimentaire du projet Formuler des plans communautaires de développement Organiser des groupes de travail Exécuter des travaux collectifs Des ONG et le projet conçoivent un système de S&E Formation des associations CODEM et des autres organisations en matière d'organisation collective, de gestion et de questions liées aux spécificités de chaque sexe Informier les communautés des engagements politiques et des élections démocratiques Tenir des assemblées et des réunions dans les villes Organiser des élections dans les communautés Formuler des plans communautaires de 	<ul style="list-style-type: none"> Plans communautaires de développement et plans de travail Minutes des réunions des associations et des organes directeurs villageois Nombre et qualité des propositions intéressant le projet faites par les CODEM Minutes des réunions des CODEM Listes électorales et constitution d'organes directeurs Documents attestant du 	<ul style="list-style-type: none"> Les maires apportent leur appui à la constitution et à la dynamique des CODEM Des ONG favorisent le renforcement des organisations communautaires

CADRE LOGIQUE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	PROBLÈMES	RÉSULTATS ESCOMPTÉS	INDICATEURS	ACTIVITÉS	MOYENS DE VÉRIFICATION	HYPOTHÈSES
	<p>coordination et de la communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre insuffisant de personnes qualifiées pour répondre aux besoins de base de la communauté • Faible taux de participation des femmes et des adolescents 	<p>multicommunautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre d'agents sanitaires, d'assistants sociaux et de responsables des communautés a augmenté • La participation des femmes et des adolescents aux organisations communautaires a augmenté d'au moins 50% 	<p>exécutés de manière multicommunautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des animateurs, des bénévoles et des responsables remplissent leurs fonctions • Pourcentage des femmes et des adolescents participant aux organisations communautaires • Pourcentage des femmes participant aux organes directeurs des organisations communautaires 	<p>développement (CODEM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner et relier les travaux à exécuter • Assurer une formation spécialisée selon le secteur d'activité (recyclage des bénévoles locaux en santé, nutrition et assainissement du milieu) • Mettre en place des équipes de travail et des bureaux respectifs • Préparer pour chaque secteur d'activité dans la communauté un formulaire simple pour l'établissement des rapports • Inciter les enseignants à encourager des activités spécifiques pour des groupes d'étudiants • Organiser les adolescents en groupes de service public • Former des groupes de femmes et d'adolescents en matière d'organisation et d'animation 	<p>processus de planification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notes pour les relevés/documents concernant l'achèvement des travaux • Rapports des infirmières auxiliaires et des ONG sur la participation des communautés • Minutes des organisations villageoises, associations et CODEM indiquant la participation des femmes et des adolescents 	