

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

## RAPPORTS D'ÉVALUATION

Point 5 de l'ordre du  
jour



Distribution: GÉNÉRALE  
WFP/EB.3/97/5/Add.4

11 septembre 1997  
ORIGINAL: ANGLAIS

## RAPPORT RÉSUMÉ

### **Évaluation thématique<sup>1</sup> sur les enseignements tirés des contributions de l'aide alimentaire aux activités de SMI: comment répondre aux besoins alimentaires fondamentaux des femmes et des enfants**

<sup>1</sup> La mission d'évaluation a été coordonnée par un spécialiste de l'évaluation (OEDE). Le rapport analytique a été préparé avec l'aide du Groupe du Programme sur l'aide alimentaire rattaché à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La mission d'évaluation s'est déroulée en mars-avril 1997, sous la direction d'un spécialiste de la nutrition (chef d'équipe), du PAM; d'un fonctionnaire chargé de l'analyse des politiques du PAM; d'un expert de la santé (consultant) de l'OMS.

## RÉSUMÉ

Le présent rapport est basé sur une mission conjointe PAM/OMS chargée d'étudier plusieurs projets d'alimentation complémentaire appuyés par le PAM au Pakistan, au Viet Nam, au Malawi et en Tanzanie. Une étude sur dossier effectuée par le Groupe du Programme sur l'aide alimentaire rattaché à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à Genève, a été complétée par des visites dans les pays concernés.

Les programmes d'alimentation complémentaire bénéficiant du soutien du PAM s'adressent à un grand nombre de femmes et de jeunes enfants vulnérables, et absorbent un cinquième environ des ressources du PAM consacrées au développement. Il faut remarquer que les interventions de ce type se traduisent par des effets sur le long terme et que les besoins alimentaires, par personne et par an, sont relativement peu importants.

Les pays ne sont pas strictement choisis selon les directives concernant l'allocation des ressources du PAM. Il est rare cependant que les projets s'étendent à tout un pays. Des zones spécifiques sont sélectionnées dans les pays concernés, avec plus ou de moins de succès. Il est indubitable que la politique du PAM cherchant à allouer de plus amples ressources au développement des pays les moins avancés (PMA) doit être suivie. Il convient de remarquer par ailleurs que les zones choisies à l'aide d'indicateurs bien définis se révèlent souvent d'un bon rapport coût/efficacité.

L'aide alimentaire, dans le cadre de ces projets, joue un double rôle: a) elle sert de catalyseur pour encourager l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (SMI); et b) d'appui à la nutrition. Il n'est pas toujours facile d'équilibrer ces deux éléments. En raison de systèmes d'évaluation et de suivi insuffisants, les effets de l'alimentation complémentaire sur la nutrition sont difficiles à établir. Il est plus simple, en revanche, de montrer qu'une meilleure protection maternelle et infantile se traduit par des effets durables lorsqu'on fournit simultanément des produits alimentaires et d'autres intrants.

La détermination des zones et des groupes à viser n'est pas claire. Le ciblage géographique (portant, par exemple, sur des zones à déficit vivrier ou appauvries), s'il n'est pas accompagné de critères de sélection des bénéficiaires, risque de ne pas être efficace. Lorsque des groupes spécifiques sont visés, il faut trouver un équilibre entre prévenir dès que possible la malnutrition (pour que les nouveau-nés aient un poids suffisant à la naissance, par exemple) et "remédier" à la malnutrition modérée ou grave des enfants afin d'éviter des dommages irréversibles. Quel que soit le choix effectué, l'alimentation complémentaire donne de meilleurs résultats lorsque les objectifs sont définis en prenant en compte diverses variables, à savoir: la vulnérabilité, les évaluations alimentaires et nutritionnelles, la sélection des activités, le type/la valeur/la périodicité/la durée de l'alimentation complémentaire, et les intrants techniques nécessaires.

Les difficultés de livraison des produits alimentaires se répercutent sur l'efficacité et la rentabilité des projets. La distribution de rations complexes (constituées d'un grand nombre et de quantités différentes d'aliments) surcharge en général le personnel des établissements médicaux. Des directives sur la composition et la valeur nutritive des rations alimentaires (complément à haute valeur énergétique/protéique), ainsi que sur le type de système de distribution (aliments consommés sur place ou à emporter) ont été clairement définies pour les opérations de secours et d'urgence; elles doivent encore être formulées pour les activités de réhabilitation et de développement.

Les programmes d'alimentation complémentaire donnent de meilleurs résultats lorsqu'on peut compter sur les ressources et le soutien nécessaires des gouvernements, assurer la complémentarité de l'assistance du PAM et des activités des autres donateurs, et faire activement participer les ONG, les communautés, et les femmes surtout, à la conception et à l'application de ces programmes.

Les produits alimentaires représentent un apport capital au cours de la première phase, intense, des interventions d'urgence. Il est extrêmement important d'évaluer les besoins nutritionnels des premiers arrivants pour réduire la mortalité et rompre le cycle de malnutrition dès de départ. Lors des phases intermédiaire et de réhabilitation des opérations de secours, l'alimentation complémentaire joue un rôle vital dans la prévention, l'élaboration de la capacité institutionnelle des soins de santé et de nutrition, et la promotion d'un développement durable.

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

## NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

Directeur du Bureau de l'évaluation:            W. Kiene                            tel.: 6513-2029

Chargé de l'évaluation:                            Y. Gonzalez Coral            tel.: 6513-2034

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).



## BUT ET CHAMP D'ACTION DE L'EVALUATION THEMATIQUE

1. Dans de nombreux pays en développement soumis à une insécurité alimentaire persistante, l'insuffisance des services de santé et des soins donnés aux enfants, une malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments continuent à être largement répandus. Une alimentation équilibrée est essentielle pendant la petite enfance, la grossesse et l'allaitement car ce sont des périodes où les besoins augmentent tant au niveau de l'alimentation que des soins de santé. Les problèmes de malnutrition doivent être réglés dès l'enfance au risque de les voir se prolonger au cours de l'adolescence et de l'âge adulte, et affecter les facultés cognitives et la capacité de travail.
2. Une grossesse représente un risque permanent pour les femmes et pour les nouveau-nés. Un suivi régulier, permettant également de contrôler dès le début les complications pouvant affecter la mère et l'enfant, est l'une des composantes principales des services de santé préventifs. Le poids à la naissance est, quant à lui, le critère le plus important pour déterminer des chances de survie d'un nouveau-né. Bien que l'insuffisance pondérale à la naissance ait diverses causes et qu'un traitement médical approprié puisse parfois y remédier (dans le cas de la malaria, par exemple), elle résulte en général, dans les pays en développement, d'un faible apport énergétique et d'une prise de poids insuffisante pendant la grossesse.
3. Au cours des 30 dernières années, le PAM, grâce à différents types de projets d'alimentation de groupes vulnérables, est venu en aide à un grand nombre d'enfants à risque et d'enfants mal nourris âgés de moins de cinq ans, ainsi que de femmes enceintes et de mères allaitantes (groupes traditionnellement qualifiés de "groupes vulnérables"). Tenant compte de cette dimension, le Bureau de l'évaluation a coordonné une étude thématique afin de dégager des expériences qui peuvent être appliquées pour mener à bien le mandat le plus important du PAM: continuer à fournir une aide alimentaire pour "améliorer la nutrition et les conditions de vie des populations les plus vulnérables pendant les périodes critiques de leur existence". L'étude de la mission prend également en compte l'un des engagements du PAM qui vise à donner aux femmes un meilleur accès à la sécurité alimentaire et aux services de santé de base. Etant donné que le renouvellement de l'engagement du PAM envers les femmes et les enfants nécessite une révision de ses politiques et l'institution de procédures opérationnelles, l'évaluation entend également contribuer à l'élaboration de certaines décisions stratégiques.
4. A cette fin, une étude sur dossier des projets sur l'alimentation des groupes vulnérables récemment approuvés et des visites sur les lieux d'un échantillonnage de projets en cours ont été entrepris. L'étude sur dossier<sup>1</sup> a porté sur 28 nouveaux projets de développement, ou élargissements de projets, approuvés entre 1990 et 1996. Cette étude s'est intéressée à un registre de questions essentielles touchant à la conception et à l'exécution des projets. Les résultats et les conclusions de cette étude, ainsi que ceux de la mission sur le terrain PAM/OMS, sont résumés dans le présent rapport. La mission PAM/OMS a étudié

---

<sup>1</sup> L'étude sur dossier est basée sur l'analyse d'un échantillonnage de projets d'alimentation complémentaire en cours, appuyés par le PAM. Cette analyse a minutieusement examiné les documents suivants: résumés de projet, plans d'opération, rapports de suivi des bureaux de pays et rapports des missions chargées des études d'évaluation ou de gestion.



différents projets<sup>1</sup> et les pays ont été choisis en fonction des indicateurs concernant la pauvreté/le niveau de déficit vivrier/la santé (voir Annexe I), la conception des projets, le niveau de collaboration des Nations Unies et l'existence d'opérations de secours en cours. Cinq questions importantes ont été examinées:

- a) quels sont les objectifs définis et ont-ils été atteints?
- b) Quels sont les bénéficiaires ciblés et ont-ils reçu l'aide qui leur était destinée?
- c) Quels sont les intrants alimentaires prévus/fournis et correspondent-ils aux résultats recherchés?
- d) Quelles sont les ressources matérielles et techniques envisagées/fournies pour que le projet puisse obtenir de meilleurs résultats?
- e) Dans quelle mesure et de quelle manière les besoins alimentaires des femmes et des enfants réfugiés sont-ils couverts?

## OBJECTIFS DES PROJETS

### Principales observations

5. L'étude sur dossier montre que la moitié environ des projets destinés aux femmes enceintes et aux mères allaitantes ont pour objectif d'accroître le taux de fréquentation régulière des centres de soins pré/postnatales (y compris au Malawi, au Pakistan et au Viet Nam). Quelques projets seulement visent à la fois la nutrition et le taux de fréquentation. Outre ces objectifs, la plupart des projets examinés cherchent à promouvoir, à encourager et à étendre l'éducation sanitaire et nutritionnelle.
6. L'objectif le plus souvent cité, dans le cas des enfants souffrant de malnutrition grave, est de "contribuer à la récupération nutritionnelle" (y compris pour les projets concernant le Viet Nam et le Malawi). Presque la moitié des projets destinés aux autres enfants visent à la fois une meilleure nutrition et une plus grande fréquentation des centres de santé. Parmi les autres projets, certains cherchent à accroître la couverture des soins de santé alors que d'autres prévoient des objectifs liés à la nutrition ("améliorer l'état nutritionnel" ou "en limiter la détérioration", par exemple).
7. Dans la moitié environ des plans d'opérations examinés, les indicateurs et les modèles de rapports servant à mesurer les progrès par rapport aux objectifs immédiats sont insuffisants. Les indicateurs utilisés pour contrôler l'état nutritionnel des femmes et le nombre d'enfants bénéficiant des services nutritionnels et sanitaires le sont encore davantage.

<sup>1</sup> Les projets suivants ont été étudiés: Pakistan 2237.03 "Soutien aux soins de santé primaire", Viet Nam 3844.01 "Soutien aux soins de santé primaire" and Malawi 4780.01 "Alimentation des groupes vulnérables". En Tanzanie, la mission, qui s'est plus particulièrement intéressée aux situations de secours, s'est également rendue auprès du Programme de survie, de protection et de développement pour les enfants d'Iringa (ancien Programme d'appui à la nutrition de l'OMS/UNICEF) qui fonctionne sans aide alimentaire internationale. Les données concernant ces projets (tirées des documents du PAM et des informations recueillies par la mission) figurent à l'Annexe II.



## Principaux résultats

### *Etude sur dossier*

8. La moitié des rapports de missions d'évaluation ou d'examen de la gestion indiquent que les données fournies par les systèmes de suivi et d'évaluation existants ne permettent pas de documenter et d'évaluer les progrès réalisés par rapport aux objectifs définis. Une mission d'évaluation n'a trouvé qu'un seul projet (au Viet Nam) où le système mis en place a été utile pour mesurer les résultats du projet. La plupart des missions ne jugent des progrès enregistrés par rapport aux objectifs immédiats qu'en fonction d'une analyse des dossiers des bénéficiaires dans certains centres de santé et/ou d'entretiens réalisés auprès de responsables de projets et de bénéficiaires. Des missions peuvent parfois arriver à certaines conclusions à partir d'enquêtes sur l'état nutritionnel, ou de comparaisons entre les dossiers médicaux des centres SMI assistés et non-assistés. La moitié des projets ayant pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel des enfants estime que 18 à 50 pour cent des enfants sont en meilleure santé. En général, aucune conclusion n'est donnée sur la manière dont l'alimentation complémentaire influe sur la grossesse et les foetus (faiblesse du poids à la naissance, par exemple). Enfin, la moitié des projets fournissant une aide alimentaire à titre d'encouragement ne contient qu'une évaluation sommaire sur la manière dont cette aide incite les bénéficiaires à utiliser plus régulièrement les services de santé et de nutrition.

### *Visites sur place*

9. Au **Pakistan**, l'objectif principal du projet est d'accroître le nombre de visites des femmes enceintes défavorisées dans les Unités de soins médicaux de base et les Centres de santé ruraux. L'examen des dossiers de cinq Unités de soins a permis à la mission de constater que le nombre de femmes venant en consultation au cours des cinq premiers mois de leur grossesse a été multiplié par 1,5 passant en moyenne de 140 à 210 par an depuis qu'une aide alimentaire est fournie. Cependant, si l'on considère la moyenne du nombre de naissances prévues dans les zones couvertes par les Unités de soins médicaux de base (entre 675 et 900 par an), on s'aperçoit qu'un grand nombre de femmes enceintes (69 à 77 pour cent) ne bénéficient toujours pas des services SMI, et donc d'aide alimentaire. Ces données coïncident avec les statistiques sur la santé, établies au niveau national, qui font état d'une faible utilisation des services SMI: ainsi, seulement 38 pour cent des naissances se déroulent avec l'assistance d'un personnel qualifié et 30 pour cent des femmes enceintes sont vaccinées contre le tétanos. Il semble que divers facteurs culturels et sociaux empêchent les femmes de bénéficier pleinement des services de soins médicaux de santé primaires.
10. Au **Viet Nam**, l'objectif principal du projet est de permettre aux femmes enceintes d'avoir une meilleure couverture SMI et d'utiliser davantage les services offerts. La mission, au vu des rapports de suivi et d'évaluation, a noté qu'entre 1993 (avant le début du projet) et 1996, les changements globaux suivants se sont produits: la couverture des soins prénatales a augmenté de 57 à 71 pour cent; le nombre moyen de consultations par grossesse et d'enfants pesés à la naissance a été multiplié par deux environ (passant respectivement de 1,7 à trois pour cent et de 27 à 63 pour cent); enfin, le nombre d'enfants âgés de moins de trois ans dont la croissance a été surveillée et la couverture des soins postnatales ont presque été multipliés par cinq (ces derniers sont passés de 19 à 79 pour cent). Des résultats analogues ont été enregistrés dans les rapports de 1995-96 concernant deux provinces (Thua Thien Hue et Quang Tri) où s'est rendue la mission: le nombre de prestations de soins prénatales a doublé; celui des prestations de soins postnatales a triplé; et la surveillance de la croissance des enfants de moins de trois ans a, quant à elle,



augmenté de deux à quatre fois. La mission a confirmé cette tendance grâce à des analyses aléatoires effectuées sur les données fournies par les Centres de santé communautaires visités.

11. Dans les trois districts où s'est rendue la mission, on signale qu'entre 1995 et 1996, la malnutrition protéino-énergétique grave a diminué (elle est ainsi passée de 20,1 à 8,3 pour cent dans le district de Cam Lo). Le rapport de suivi et d'évaluation fait état d'un taux de récupération nutritionnelle de 82 pour cent pour des enfants souffrant de malnutrition grave, ce qui est un résultat étonnamment bon pour un système de rations à emporter. Cependant, un examen des fiches de croissance tenues par les Centres de santé communautaires montrent que la majorité des enfants choisis souffraient en réalité d'une malnutrition modérée plutôt que grave.
12. Au **Malawi**, l'objectif premier du projet est de maintenir les visites régulières des enfants "à risque", des femmes enceintes et des mères allaitantes, ainsi que de contribuer à la récupération nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition avancée. La mission a évalué les informations recueillies au cours des visites qu'elle a effectuées dans trois services pédiatriques. Les groupes ciblés bénéficient du projet par l'intermédiaire des dispensaires SMI ou des centres communautaires. La mission s'est rendue dans un centre qui avait mis en œuvre un programme de nutrition au niveau communautaire, mais qui ne bénéficie plus actuellement d'une aide alimentaire. Une analyse des registres du centre révèle que les enfants qui ne prenaient pas de poids pendant la période précédant les récoltes (février-mars) avaient repris une croissance normale après celles-ci. Quelques mois après l'arrêt de l'assistance du PAM, le nombre d'enfants fréquentant les centres de nutrition pour recevoir une alimentation complémentaire a diminué. En revanche, le nombre de femmes enceintes venant en consultation trois à quatre fois au cours de leur grossesse n'a pratiquement pas changé.
13. En ce qui concerne les cas extrêmes de malnutrition (*kwashiorkor* et *marasme*), la mission a observé que la récupération nutritionnelle était loin d'être satisfaisante: dans les services pédiatriques qu'elle a pu visiter, le taux de mortalité est élevé (18 à 20 pour cent environ), en raison surtout des infections. Faute d'une éducation nutritionnelle et d'un suivi des personnes après leur sortie des centres de soins, le personnel, interrogé, admet que le taux de réadmission est élevé. Les enfants qui ne reçoivent pas une ration alimentaire supplémentaire à emporter, suivent de nouveau le régime alimentaire déséquilibré de leur famille.

---

## CIBLAGE

### Principales observations

14. A l'heure actuelle, l'assistance alimentaire destinée aux mères et aux enfants absorbe un cinquième environ des ressources du PAM pour le développement. Jusqu'à 10 pour cent des ressources attribuées aux urgences sont également consacrées aux centres de santé maternelle et infantile pour apporter une alimentation complémentaire ou thérapeutique.
15. La moitié des pays inclus dans l'étude préliminaire sont classés parmi les pays les moins avancés (PMA) (Malawi compris), et la moitié d'entre eux manquent d'objectifs de santé



de base (Malawi)<sup>1</sup>. Un ciblage géographique est appliqué à plus de 80 pour cent des projets (incluant le Malawi, le Pakistan et le Viet Nam). Les critères les plus souvent utilisés pour sélectionner les bénéficiaires portent sur: a) la pauvreté ou les besoins alimentaires mesurés par des indicateurs socio-économiques ou par la production/ disponibilité vivrière; b) la médiocrité de l'état sanitaire et nutritionnel; c) le faible taux d'utilisation des services de santé; et d) la disponibilité des ressources gouvernementales nécessaires.

16. Aucun système de sélection n'est utilisé pour les projets fournissant une aide alimentaire aux enfants dans les garderies ou dans les jardins d'enfants, mais 80 pour cent environ des projets opérant par le biais d'établissements médicaux choisissent les enfants en fonction de leur état nutritionnel (rapport poids/âge au Malawi et au Viet Nam). Les critères de sélection nutritionnelle se basent en général sur les normes sanitaires nationales établies à partir des fiches de croissance ou des dossiers de santé des mères. En ce qui concerne les autres projets, les enfants d'une même tranche d'âge reçoivent tous une aide alimentaire, ou bien ils sont choisis en fonction de la situation socio-économique des parents.
17. Un tiers environ des projets destinés aux femmes montrent que toutes les femmes enceintes ou allaitantes venant en consultation dans les établissements médicaux situés sur le site du projet ont droit à un complément de nourriture (Viet Nam). Les autres projets ont recours à une sélection individuelle qui est établie à partir de divers critères bien définis portant sur la santé et la nutrition et/ou des facteurs socio-économiques (la "pauvreté" au Pakistan, à titre d'exemple; au Malawi, les indicateurs incluent, entre autres, l'insuffisance pondérale, l'anémie clinique, les femmes âgées de moins de 15 ans ou de plus de 35 ans).

## Principaux résultats

### *Etude sur dossier*

18. Aucun des rapports de missions d'évaluation et d'examen de la gestion consultés ne remet en question la pertinence du ciblage géographique. Pourtant, presque la moitié d'entre eux signalent des problèmes et recommandent une réduction de la couverture ou un changement de priorité (en faveur des zones rurales). Certains rapports de mission notent que les agents sanitaires respectent les critères de sélection des bénéficiaires mais beaucoup remarquent les problèmes liés à une définition imprécise ou à une trop grande complexité des critères de sélection ou de radiation des bénéficiaires. La moitié environ des missions préconisent de modifier les critères de sélection pour améliorer le ciblage et mieux utiliser les ressources alimentaires.

### *Visites sur place*

19. Au **Pakistan**, il semble que les services sanitaires sont choisis géographiquement selon le degré d'isolement et de pauvreté de la région. Aucun autre critère de sélection n'a été appliqué. Toutefois, la mission a constaté que certains centres de santé procédaient à une sélection individuelle des bénéficiaires. Dans ces cas, elle a noté que les travailleuses sanitaires et que les responsables médicaux évaluaient la "pauvreté" des femmes de manière subjective. En réalité, personne ne semble vraiment savoir qui peut prétendre à une assistance alimentaire.

---

<sup>1</sup> La stratégie de l'OMS, connue sous le nom de "La santé pour tous d'ici à l'an 2000", a identifié trois objectifs liés à l'état sanitaire: une espérance de vie à la naissance supérieure à 60 ans, un taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans inférieur à 70 pour 1 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infantile inférieure à 50 pour 1 000 naissances vivantes.



20. Au **Viet Nam**, l'on a constaté que la situation de la sécurité alimentaire était vraiment plus mauvaise dans les provinces sélectionnées (on n'y produit que 126 kilogrammes de riz par personne et par an alors que la moyenne, au niveau du pays, est de 227 kilogrammes). Les indicateurs utilisés pour mesurer la santé et la nutrition, avant le début de l'assistance du PAM, donnaient de très mauvais résultats dans de nombreux districts choisis. En 1996, les données recueillies au niveau des districts indiquent que de 11 à 12 pour cent des enfants présentaient une insuffisance pondérale à la naissance, pourcentage considéré comme "élevé" selon la classification recommandée par l'OMS. Dans certaines des communautés visitées par la mission, l'on a signalé que cette situation s'est améliorée: l'insuffisance pondérale à la naissance est tombée d'un niveau "élevé" (12 pour cent environ en 1995) à un niveau "léger/modéré" (1,7 à sept pour cent en 1996), ce qui pourrait entraîner une révision de la stratégie de ciblage. Quant à la sélection des enfants sur une base individuelle, la mission a constaté qu'un système de surveillance de la croissance bien établi aidait à cibler correctement les bénéficiaires et à suivre les enfants souffrant de malnutrition.
21. Au **Malawi**, faute de données disponibles au niveau des districts sur la pauvreté, sur le taux de fréquence de la malnutrition ainsi que sur celui de la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans, la mission n'a pas été en mesure d'évaluer le bien-fondé du ciblage géographique. En ce qui concerne le ciblage des individus, la mission a noté que l'indicateur le plus souvent utilisé pour choisir les femmes enceintes est l'anémie clinique ("pâleur", par exemple). Il semble que le personnel sanitaire n'ait pas reçu d'instructions précises et que la sélection s'effectue donc en fonction d'un jugement clinique.
22. Les enfants souffrant d'une malnutrition modérée (c'est-à-dire dont le rapport poids/âge est inférieur à 80 pour cent) reçoivent une ration alimentaire complémentaire à emporter. La mission a constaté que ces enfants sont toujours choisis en fonction des fiches de croissance, mais on a découvert plusieurs types de fiches: certaines ne font aucune différence entre les enfants souffrant de malnutrition légère et modérée alors que d'autres n'établissent aucune distinction entre les enfants souffrant de malnutrition modérée et grave. En conséquence, l'alimentation complémentaire ne s'adresse pas aux enfants souffrant d'une malnutrition modérée, comme il est prévu, mais à des enfants atteints de malnutrition à divers degrés.

## APPORTS ALIMENTAIRES

### Principales observations

23. L'étude sur dossier a révélé que les deux tiers des projets destinés aux enfants souffrant de malnutrition grave fournissent des aliments à consommer sur place, comme il est recommandé pour assurer une récupération nutritionnelle rapide dans le cas de malnutrition grave (cas du Malawi, mais pas du Viet Nam). Le type d'aliments fournis à ce titre est en général conforme aux normes acceptées internationalement. Cependant, leur valeur nutritive est parfois insuffisante, notamment au niveau de l'apport énergétique. Les enfants à risque, ou souffrant d'une malnutrition modérée - groupe visé par les deux tiers environ



des projets - ont en général droit à une ration à emporter. La moitié environ de ces rations fournit réellement l'apport énergétique recommandé pour améliorer leur état nutritionnel.<sup>1</sup>

24. Dans la moitié des projets destinés à la nutrition des femmes, les rations alimentaires ne sont pas conformes aux recommandations sur l'apport énergétique minimum.<sup>2</sup> En revanche, dans plus de la moitié des projets où l'alimentation complémentaire joue un rôle d'incitation, les rations suffisent à fournir un soutien nutritionnel aux femmes (au Viet Nam et au Malawi, mais pas au Pakistan). Il s'avère que les rations consistant de plus d'une denrée (mélange d'aliments ou huile végétale) sont de loin les moins conformes à l'apport énergétique minimum recommandé, quelle que soit la catégorie de bénéficiaires. La mission a cependant noté que dans ce cas, les rations servent à encourager les femmes à recevoir des soins.
25. Au **Pakistan**, la ration, qui se composait de cinq produits de base (blé enrichi (mélange blé-soja), légumineuses, huile végétale, sucre et thé), a été remplacée à la fin de 1994 par un seul produit (l'huile végétale). Au **Viet Nam**, trois produits de base (riz, farine de soja et huile végétale) sont distribués aux enfants et deux aux femmes (riz et huile végétale). Au **Malawi**, il existe trois types de rations constituées de sept produits différents. Les femmes et les enfants souffrant d'une malnutrition modérée reçoivent une ration sèche de trois produits à emporter (farine de maïs et haricots pour les femmes, et farine de maïs et de soja pour les enfants), tandis que les enfants souffrant d'une grave malnutrition se voient remettre quatre produits: du *likuni phala* (mélange local de farine de maïs et farine de soja), de l'huile, du sucre et du lait entier en poudre. Dans les trois projets, le coût de la ration par bénéficiaire, et par an, varie de 17 et 30 dollars, les denrées alimentaires représentant 65 à 75 pour cent environ du coût total du projet.<sup>3</sup> Selon les estimations, la valeur d'une ration représente cinq à 10 pour cent environ du revenu d'un ménage.

## Principaux résultats

### Etude sur dossier

26. Moins de la moitié des rapports d'évaluation ou d'examen notent des problèmes majeurs ou chroniques liés à l'approvisionnement des pays en denrées alimentaires. Pour les autres projets, le problème se situe moins au niveau de l'offre qu'à celui de la distribution des produits dans le pays. Les perturbations dans la livraison des denrées sur le site des projets entraînent une interruption prolongée qui affecte tous les bénéficiaires et se traduisent par des rations incomplètes ou une diminution du nombre de bénéficiaires. Dans certains cas, on souligne que le rythme des livraisons du PAM a gravement entravé la récupération nutritionnelle d'enfants souffrant de malnutrition grave. En ce qui concerne des denrées spécifiques, le recours à un mélange d'aliments produits localement est un atout pour

<sup>1</sup> La ration alimentaire journalière recommandée pour les enfants souffrant de malnutrition modérée est de 350 à 500 kilocalories si elle est consommée sur place, et de 700 à 1 000 kilocalories si elle est distribuée sous forme de rations sèches à emporter.

<sup>2</sup> Dans les pays où la population ne souffre pas de problèmes alimentaires, on recommande, en moyenne, un apport énergétique supplémentaire de 350 kilocalories par jour pour les femmes enceintes au cours du second et du troisième trimestres de la grossesse, et de 500 kilocalories pendant l'allaitement. Les compléments d'alimentation, distribués sous forme de rations à emporter, devraient fournir 700 à 1 000 kilocalories minimum par jour.

<sup>3</sup> En comparaison, dans les écoles recevant une aide alimentaire pendant 160 jours par an environ, le coût annuel moyen est de 18 dollars environ par bénéficiaire.



certains projets alors que pour d'autres, la production locale est insuffisante pour faire face à la demande.

### Visites sur place

27. Au **Pakistan**, la ration de 2,25 kilogrammes d'huile végétale a été choisie uniquement en fonction du transfert de revenu et de la valeur alpha<sup>1</sup> qu'elle représente mais il faut noter qu'elle fournit 131 kilocalories environ par jour et qu'elle ne satisfait pas, en tant que complément nutritionnel, les besoins caloriques et protéiques. Au **Viet Nam** et au **Malawi**, les rations des femmes enceintes et allaitantes qui, comme au Pakistan, sont distribuées en tant que facteur d'incitation, se situent dans l'échelle d'énergie recommandée. Au **Viet Nam**, la ration journalière (978 kilocalories) des enfants souffrant d'une malnutrition grave, qui est distribuée sous forme de produits secs à emporter, ne suffit pas pour une récupération rapide, qui devrait de préférence être effectuée sur place. Elle convient cependant aux enfants souffrant d'une malnutrition modérée - groupe représentant, semble-t-il, le plus grand nombre de bénéficiaires. En revanche, au **Malawi**, les rations distribuées sur place aux enfants souffrant de malnutrition grave fournissent, sous une forme appropriée, un apport énergétique satisfaisant (1 818 kilocalories) pour assurer une récupération nutritionnelle du groupe cible. Le contenu énergétique des rations fournies aux autres enfants souffrant de malnutrition (1 272 kilocalories) est supérieur au minimum d'apport énergétique recommandé pour une ration à emporter.
28. Le choix et l'acceptabilité des produits posent parfois problème. Au **Pakistan**, l'huile végétale n'est pas enrichie en vitamine A et au **Malawi**, le *likuni phala* ne l'est pas en micronutriments<sup>2</sup>. Au **Malawi** et au **Viet Nam**, certaines femmes n'ont pas beaucoup utilisé la farine de soja car elle leur semble insipide et ne pas convenir aux jeunes enfants comme aliment complémentaire. Au **Malawi**, une opération à grande échelle est en cours pour convaincre les femmes de planter des haricots de soja et de l'utiliser comme aliment complémentaire. Il a cependant été observé que la transformation des haricots de soja laisse souvent à désirer.
29. Les trois projets étudiés montrent que l'approvisionnement alimentaire et l'utilisation des vivres, objets d'un suivi périodique, sont irréguliers. C'est au **Viet Nam**, que les livraisons sont les mieux effectués; il semble que les trois produits y soient distribués régulièrement et en temps voulu. Mais les autres projets enregistrent des retards de livraison allant jusqu'à six mois pour certains produits. Au **Pakistan**, faute d'un accord sur les zones ayant droit à une assistance et en raison de contraintes budgétaires gouvernementales, 50 pour cent environ seulement des quantités engagées ont été effectivement distribués. Au **Malawi**, où le projet porte sur un grand nombre de produits alimentaires, l'effectif du personnel est insuffisant pour assurer la distribution et les rapports indiquent que certains produits sont distribués en trop petite, ou trop grande, quantité. Dans certains cas, on a noté des ruptures dans l'approvisionnement alimentaire du PAM. Il n'est cependant pas prouvé que les approvisionnements sont plus réguliers pour les produits locaux que pour les produits importés.

<sup>1</sup> Le transfert de revenu (200 à 230 roupies pakistanaises) représente 10 pour cent environ du revenu mensuel des ménages défavorisés qui sont tributaires des services de santé de base offerts gratuitement par le gouvernement. En ce qui concerne l'huile végétale, la valeur alpha (soit le rapport: valeur de la ration pour le bénéficiaire/coût pour le PAM) est proche de 1.

<sup>2</sup> On envisage d'enrichir le *likuni phala* en micronutriments et de le commercialiser. Cependant, les femmes risquent de ne pas l'acheter, une fois l'appui du PAM retiré, en raison du prix élevé de ce nouveau produit.



## APPUI APORTE AU PROJET

### Principales observations

30. Dans la plupart des pays classés parmi les PMA, la contribution financière escomptée du gouvernement représente moins de 40 pour cent du budget total des projets. Dans la moitié des autres pays, le gouvernement contribue pour 40 pour cent ou plus du budget total des projets. Quant aux autres projets examinés, ils ont reçu un appui d'autres organismes des Nations Unies. On compte ainsi l'UNICEF, la Banque mondiale et l'OMS parmi les partenaires qui offrent une assistance technique ou matérielle au secteur de la santé. Les ONG, pour leur part, apportent leur concours, ou participent directement, à l'exécution de presque la moitié des projets. Le PAM appuie la fourniture d'articles non alimentaires dans presque 60 pour cent des projets. Il s'agit souvent d'intrants liés au transport et parfois à la préparation ou au stockage des aliments ou de matériel et de fournitures destinés à l'éducation sanitaire et nutritionnelle. Dans un quart environ des cas étudiés, les membres des communautés participent, à divers degrés, au fonctionnement des projets.
31. L'analyse des trois projets montre que l'appui financier du gouvernement se situe dans une fourchette de neuf à 36 pour cent du coût total de l'intervention alimentaire, sans compter les dépenses de personnel et le coût des intrants fournis aux établissements médicaux. La valeur des apports non alimentaires du PAM, en espèces et/ou en articles non alimentaires, varie de 0,5 pour cent du total du coût du projet au Pakistan à 3,7 pour cent au Viet Nam.
32. Au **Viet Nam**, le PAM a versé 120 000 dollars pour aider à la mise en œuvre du projet dans les domaines suivants: élaboration d'un guide sur les soins de santé primaire et sur la santé maternelle et infantile à remettre à tous les bénéficiaires, formation, supervision, traitement et analyse des données. Au **Malawi**, un programme conjoint a été approuvé par la Banque mondiale, l'OMS, le FNUAP et des ONG pour venir en aide aux districts choisis en priorité par le gouvernement et par le PAM.

### Principaux résultats

#### *Etude sur dossier*

33. La grande majorité des rapports de suivi des bureaux de pays signalent l'existence de problèmes "modérés" concernant les contributions et le suivi réels des gouvernements. Un tiers des rapports de mission recommande que les instances gouvernementales supervisent mieux les activités des projets par le biais de formations ou d'un appui logistique. Plus d'un tiers des rapports de mission souligne que la participation des communautés aux projets doit être instituée, ou renforcée, afin d'accroître leur autonomie et de rendre la gestion des projets moins lourdes aux responsables.

#### *Visites sur place*

34. Au **Pakistan**, la mission a noté l'absence de directives uniformes sur la signalisation et le suivi des grossesses ainsi que des faiblesses au niveau du système d'information sanitaire. Par ailleurs, certaines Unités de soins médicaux de base et Centres de soins communautaires manquent de produits pharmaceutiques et de matériel indispensables. Fin 1996, un réseau de femmes engagées comme agents sanitaires a été créé au titre du Programme d'action sociale. Ces femmes sont chargées de donner des conseils en matière



de santé et de nutrition, et d'évaluer l'état nutritionnel, au niveau des villages, en surveillant la croissance des enfants âgés de moins de cinq ans et la prise de poids des femmes enceintes. Ce volet d'action semble porter des fruits: la mission a en effet noté que, suite à leurs recommandations, un plus grand nombre de femmes enceintes, de mères allaitantes et d'enfants viennent en consultation aux Unités de soins médicaux de base et aux Centres de santé ruraux.

35. Au **Viet Nam**, le Ministre de la santé a fourni divers types de ressources matérielles et du personnel pour contribuer à l'exécution du projet: de nouveaux Centres de santé communautaires ont été construits, des pèse-personnes ont été donnés pour les nouveau-nés et les enfants, et le personnel sanitaire a été accru. Le PAM a dégagé des fonds pour que des directives soient élaborées en matière de santé maternelle et infantile, et la mission a pu constater qu'elles sont disponibles dans chacun des centres visités. Le personnel, interrogé, a déclaré que ces directives étaient très utiles.
36. Au **Malawi**, une documentation sur les aliments complémentaires pouvant être utilisés lors du sevrage des nouveau-nés a été préparée. L'approvisionnement en produits pharmaceutiques semblait relativement satisfaisant, à l'exception des médicaments contre les infections provoquées par les ascaris, l'ankylostome et la schistosomiase (ces parasites provoquent une anémie pernicieuse et sont répandus en milieu rural).
37. La collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies semble minime. Les publications des organisations des Nations unies ne font que peu, ou pas, référence à l'assistance qu'apporte le PAM au secteur de la santé dans les trois pays étudiés. Quant aux bénéficiaires, ils ne savent souvent pas d'où proviennent les vivres. En revanche, dans certains cas, la collaboration avec les ONG se révèle très fructueuse.

## BESOINS ALIMENTAIRES CRITIQUES LORS DES OPERATIONS DE SECOURS

### Observations générales

38. Les catastrophes, naturelles ou provoquées par l'homme, entraînent souvent des pénuries alimentaires, compromettent l'état nutritionnel et augmentent le taux de mortalité. La nutrition devient alors un souci majeur et l'aide alimentaire peut jouer un rôle primordial. Lors des interventions d'urgence, l'une des priorités est de veiller à satisfaire les besoins alimentaires et nutritionnels des victimes de catastrophes, des réfugiés ou des personnes déplacées dans leur pays. S'il convient de faire tout d'abord face aux besoins énergétiques et protéiques, il ne faut pas pour autant négliger de prévenir dès que possible les carences en micronutriments qui peuvent entraîner la cécité, l'infirmité et même la mort. Les populations entièrement tributaires d'une gamme limitée de produits alimentaires de base pendant plus de deux mois risquent de présenter des carences en micronutriments, notamment en vitamine C ou *scorbut*, en thiamine (vitamine B1) ou *béribéri*, et en niacine ou *pellagre*.
39. Lors des interventions d'urgence, il existe deux catégories principales de programmes de distribution alimentaire. Il s'agit soit de distributions générales (chaque personne se voit alors remettre une ration identique), soit de distributions sélectives. Dans ce dernier cas, une alimentation complémentaire est fournie à des groupes vulnérables spécifiques (alimentation complémentaire ciblée ou universelle), ou aux personnes nécessitant une récupération nutritionnelle (alimentation thérapeutique). L'alimentation complémentaire, générale ou sélective, est nécessaire lorsque la malnutrition infantile est très répandue et/ou



dans les phases préliminaires des secours d'urgence en cas d'insuffisance temporaire de rations générales. L'alimentation thérapeutique sert à réduire le taux de mortalité des nouveau-nés et des jeunes enfants souffrant d'une malnutrition grave.

40. En cas d'urgence nutritionnelle, toutes les personnes ne sont pas affectées de la même manière et leurs besoins sont donc différents. Les programmes de secours alimentaire sont prévus et mis en œuvre en fonction d'une première évaluation nutritionnelle rapide qui est suivie d'un contrôle permanent ("surveillance"). Ces opérations sont en général effectuées par l'HCR en collaboration avec les ONG. Les éléments essentiels, à savoir l'eau, les ustensiles de cuisine et les matériaux de construction ainsi que les ressources techniques et humaines nécessaires pour assurer les soins SMI, sont en général fournis par les instances gouvernementales des pays concernés, d'autres institutions bilatérales et organismes des Nations Unies, ainsi que des ONG. Les ONG assurent un large éventail de prestations, au nombre desquelles l'alimentation complémentaire et thérapeutique.<sup>1</sup> L'infrastructure prévue pour les réfugiés sert souvent à la population locale vivant dans les zones environnantes.
41. Les opérations de secours peuvent être divisées en trois phases: une première phase intense, une phase intermédiaire et une phase de réhabilitation. Au **Pakistan**, la mission, lors de ses visites, a pu voir ces diverses phases en œuvre dans deux projets différents. Le premier projet, destiné aux femmes afghanes réfugiées (Pakistan 4256.07 - "Filet de sécurité et restauration de l'environnement dans les zones du Pakistan accueillant des réfugiés"); le second projet concerne un groupe de personnes appelées à bénéficier d'une nouvelle opération d'urgence (EMOP - Pakistan 5818 - "Afghans à Peshawar"). En **Tanzanie**, la mission s'est rendue dans les camps de réfugiés de Kigoma et de Kasulu assistés dans le cadre d'une intervention prolongée de secours (Rwanda/Burundi 5624.02 - Assistance alimentaire aux victimes du conflit Rwanda/Burundi).

## Principaux résultats

### Première phase

42. Au **Pakistan** et en **Tanzanie**, l'assistance aux réfugiés nouvellement arrivés a été radicalement différente. Au Pakistan, les réfugiés afghans ont peu d'accès à l'eau, aux abris, au carburant et aux soins de santé. Le PAM a distribué des quantités de vivres limitées, provenant de stocks mis en réserve pour d'autres projets alors que l'opération d'urgence 5818 était en cours de réalisation. Aucun contrôle sanitaire et aucune enquête nutritionnelle n'a été réalisé et aucune disposition n'a été prise pour fournir une alimentation complémentaire ou thérapeutique.
43. En **Tanzanie**, les nouveaux arrivants provenant de la République démocratique du Congo (ex-Zaïre) qui, au plus fort de l'exode, étaient plus de 5 000 chaque jour à traverser la frontière, sont examinés dans un "centre de transit" temporaire pour déterminer tout problème éventuel de santé. Puis ils sont transférés dans un "centre d'attente" à Kigoma où une aide alimentaire leur est fournie. Plusieurs ONG internationales ont participé à l'opération (CARITAS, la Croix-Rouge internationale, Médecins sans frontières et World Vision). A leur arrivée, les enfants sont conduits auprès du personnel sanitaire pour un dépistage nutritionnel qui se fait en mesurant la circonférence du milieu du bras. Si cette

<sup>1</sup> Au Pakistan par exemple, Shelter Now International s'apprêtait à organiser sur place une distribution alimentaire, identique à la distribution de soupes populaires, à des réfugiés afghans nouvellement arrivés.



circonférence est inférieure à 13,5 centimètres, les enfants sont alors dirigés vers un centre de nutrition où ils sont soumis à un examen plus approfondi en fonction de leur taille et de leur poids. Selon les rapports, 13,7 pour cent<sup>1</sup> des enfants âgés de moins de cinq ans nouvellement arrivés souffrent de malnutrition grave. Les enfants dont l'état nutritionnel est préoccupant sont gardés de cinq à 21 jours au centre de nutrition, et ceux qui souffrent d'une malnutrition modérée reçoivent une alimentation complémentaire (sous forme d'une ration composée d'aliments enrichis à emporter). Des directives sur la gestion de la malnutrition et des maladies les plus courantes ainsi que des informations sur la nutrition sont données avant que ne commence la distribution des rations alimentaires.

### **Phase intermédiaire**

44. En **Tanzanie**, les camps de réfugiés de Mtabila et de Muyovosi disposent d'une infrastructure SMI et de services d'alimentation thérapeutique. Tous les réfugiés reçoivent une ration<sup>2</sup> identique et sont soumis à un strict contrôle médical afin de détecter tout problème de santé et de nutrition éventuel. Certains des premiers réfugiés ont eu recours à leurs propres mécanismes de défense; d'autres ont cultivé des jardins autour de leur hutte où ils ont planté du maïs, des tournesols et du manioc. Dans les deux camps, une enquête du HCR avait indiqué que l'alimentation sélective n'avait plus de raison d'être puisque l'état nutritionnel des mères et des enfants âgés de moins de cinq ans était satisfaisant. Huit semaines après la cessation des distributions sélectives, une enquête nutritionnelle portant sur 2 000 enfants environ indiquait que huit pour cent des enfants souffraient d'une grave malnutrition et qu'ils devaient recevoir une alimentation thérapeutique dans un centre approprié. Le programme d'alimentation supplémentaire a donc été réinstauré pour les enfants souffrant d'une malnutrition modérée: 200 grammes supplémentaires d'aliments mélangés leur ont été remis pendant deux mois. Cet exemple illustre clairement l'importance de continuer à contrôler la nutrition.

### **Phase de réhabilitation**

45. La phase de réhabilitation peut être illustrée par l'exemple des réfugiés du Pakistan où 800 000 d'entre eux vivent depuis plusieurs années. La distribution générale des vivres a été remplacée par un "filet de sécurité": 300 000 personnes appartenant à des groupes vulnérables en bénéficient par l'intermédiaire de centres de santé et sous forme de projets de rémunération alimentaire du travail. En 1996, une enquête nutritionnelle a montré que le taux de malnutrition avait diminué au point qu'il n'était plus nécessaire d'avoir à nouveau recours à une distribution générale de vivres.

## **CONCLUSIONS ET ENSEIGNEMENTS**

46. La section suivante est basée sur une synthèse des résultats de l'étude sur dossier et de l'évaluation thématique effectuée par la mission.

<sup>1</sup> Utilisation du critère poids/taille <70 pour cent par rapport à la norme.

<sup>2</sup> La ration type distribuée dans les camps de la Tanzanie est constituée de 350 grammes de farine de maïs, 120 grammes de légumineuses, 20 grammes d'huile végétale, cinq grammes de sel et 30 grammes d'un mélange maïs-soja.



## Objectifs des projets

47. Les interventions portant sur l'aide alimentaire sont plus efficaces lorsque les projets incluent des objectifs alimentaires à la fois directs et indirects. Les objectifs indirects portent, à titre d'exemple, sur une meilleure utilisation des services sanitaires et éducationnels, une amélioration de la sécurité alimentaire des ménages, une plus grande capacité des mères à soigner les enfants, et une responsabilisation générale des femmes.
48. Dans de nombreux projets d'alimentation complémentaire appuyés par le PAM, l'aide alimentaire joue un double rôle. Elle agit d'une part comme catalyseur ou comme encouragement pour que les services prénatales et de santé infantile soient davantage utilisés, et d'autre part, comme appui nutritionnel. Faute d'une définition précise des indicateurs utilisés pour évaluer l'amélioration de la nutrition, on ne peut clairement établir que les projets appuyés par le PAM ont eu une incidence sur la nutrition des femmes enceintes (prise de poids pendant la grossesse) et/ou des nouveau-nés (poids à la naissance). Ces données sont pourtant disponibles dans la plupart des centres de santé dotés de services d'accouchement mais les projets ne sont pas conçus, jusqu'à ce jour, pour les inclure.
49. A partir des données sur le taux de fréquentation, relativement mieux documentées, la mission a constaté que l'aide alimentaire permet d'augmenter le taux de fréquentation des centres et d'assurer un suivi régulier des femmes enceintes et des enfants. Elle a également remarqué que les objectifs des projets sont non seulement atteints mais que les résultats persistent une fois les distributions d'aide alimentaire terminées, lorsque cette assistance est associée à d'autres interventions (participation des communautés par le biais de la formation de sages-femmes auxiliaires traditionnelles ou de femmes recrutées comme travailleurs sanitaires, fourniture de matériel indispensable, et éducation sanitaire et nutritionnelle, par exemple).
50. La réalisation des objectifs visant à la récupération des enfants souffrant de malnutrition modérée ou grave a été inégale. L'amélioration nutritionnelle peut être mesurée dans les centres de santé disposant de pese-personnes, de toises, de fiches de croissance et de personnel qualifié.
51. Des systèmes de suivi pertinents doivent être élaborés et mis en œuvre. Afin de mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs immédiats, il ne suffit pas de disposer d'indicateurs bien définis, de matériel et d'instruments de mesure appropriés tels que des pese-personnes, il faut également que le personnel soit qualifié et puisse avoir assez de temps pour recueillir des données fiables et en temps voulu.

## Ciblage

52. Le ciblage géographique non accompagné d'un filtrage individuel risque de ne pas être efficace lorsqu'un grand nombre de personnes reçoit une aide alimentaire sans être menacé ou sans souffrir de malnutrition. Cette situation se produirait moins si les zones étaient choisies en fonction de critères clairement définis en matière d'insécurité alimentaire et de malnutrition (taux élevé ou très élevé d'insuffisance pondérale à la naissance et de retards de croissance, par exemple). La stratégie de ciblage pourrait alors être périodiquement revue. Le ciblage géographique sans filtrage individuel ne se justifie que si la priorité est de prévenir la malnutrition ou d'en limiter l'expansion en offrant aux groupes vulnérables un plus grand accès aux services de santé préventifs. Cette observation est particulièrement pertinente lorsque ces services ne disposent pas de personnel en nombre suffisant et qu'une sélection individuelle risquerait de le surcharger.



53. La sélection individuelle, lorsqu'elle n'est pas effectuée en fonction de critères quantifiables précis, crée de la confusion et réduit le nombre de bénéficiaires éventuels. Les critères de sélection basés sur les fiches de croissance et les dossiers de santé des mères, sur la présence d'instruments permettant de mesurer mères et enfants, et sur l'aptitude du personnel à se servir de ces instruments permettent d'atteindre plus efficacement les bénéficiaires des projets. Par ailleurs, le moment le plus approprié pour fournir une aide complémentaire (en début de grossesse, par exemple) et sa durée ne sont pas toujours pris en considération.

### **Apports alimentaires**

54. La valeur nutritive et la composition des rations ne correspondent pas toujours au rôle et aux avantages prévus par l'aide alimentaire, notamment dans le cas des femmes enceintes et des enfants souffrant de malnutrition modérée. Dans certains cas, le rôle incitatif de l'aide alimentaire a primé sur des considérations nutritionnelles; dans d'autres cas, ces deux aspects ont pu être équilibrés sans que le personnel des établissements ne soit surchargé par la complexité de l'assortiment alimentaire proposé. Il convient de remarquer qu'une ration alimentaire, même si elle est appropriée, ne pourra jamais produire les avantages prévus si l'approvisionnement et la distribution des vivres ne sont pas correctement assurés dans les pays. Il faut également noter que la distribution d'une ration alimentaire complexe (composée de plusieurs aliments en quantité différente) surcharge en général le personnel des établissements médicaux. Enfin, l'on n'a pas suffisamment eu recours à l'enrichissement en micronutriments.

### **Appui au projet**

55. L'engagement des gouvernements et l'appui qu'ils donnent aux projets par le biais de ressources humaines, financières et matérielles sont essentiels pour que les projets puissent être correctement exécutés, donner des résultats et consolider les avantages acquis. Lorsque les instances gouvernementales n'ont pu fournir le soutien nécessaire, le PAM s'est efforcé de collaborer avec des organismes des Nations Unies, des partenaires bilatéraux et des ONG durant la phase de conception des projets, mais les résultats obtenus ont été inégaux. Pour être fructueuse, toute collaboration nécessite en effet des accords formels et concrets. Le soutien du PAM, sous forme de contributions en espèces ou d'articles non alimentaires, s'est révélé très utile pour combler les lacunes et pour aider à la mise en œuvre des projets. Enfin, bien que les projets d'aide alimentaire n'aient pas prévu de couvrir les questions touchant la problématique hommes-femmes pour apprécier le degré de participation des femmes, il ressort que les projets sont mieux exécutés et que le nombre de personnes en bénéficiant est plus important lorsque les femmes et les communautés sont impliquées dans la gestion des projets et la distribution alimentaire.

### **Besoins alimentaires critiques lors des opérations de secours**

56. Les problèmes d'évaluation des besoins des femmes et des enfants se posent souvent lors de la première phase des opérations de secours et lors de celle de réhabilitation. Mais dans les trois phases, il est toujours très important d'évaluer les besoins nutritionnels en temps voulu pour pouvoir rapidement commencer, ou ajuster, une distribution alimentaire sélective aux femmes et aux enfants.
57. La prévention joue un rôle important, surtout lors de la phase de réhabilitation. Des intrants non alimentaires sont nécessaires pour obtenir des résultats et consolider les avantages qu'offre l'alimentation complémentaire. La phase de réhabilitation doit être



organisée de manière que cette approche, similaire à un filet de protection sociale, ne serve pas seulement à fournir un soutien alimentaire immédiat aux groupes vulnérables et à renforcer les services en santé maternelle et infantile; elle doit en effet également contribuer à un développement durable et sur le long terme.



## DONNÉES CONCERNANT LES PAYS

	Pakistan	Viet Nam	Malawi	Tanzanie	Pays développés (avg)
Population (en millions) <sup>3</sup>	130	75	11	30	n/d
Croissance démographique par an (%) <sup>2</sup>	2,8	2,1	2,1	2,8	0,5
PNB/par habitant/par an (\$E.-U.) <sup>2</sup>	430	200	170	140	23 420
Croissance du PNB au cours des dernières années (%) <sup>3</sup>	4-5	8-9	0<1994;10>1994	1<1994:4-5>1994	1.9 (1985-94) <sup>1</sup>
Taux de change devise locale /\$E.-U. <sup>3</sup>	40	11 500	15	600	n/d
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté (%) <sup>3</sup>	30	25% de pauvreté alimentaire	30% de pauvreté alimentaire	36% de pauvreté intégrale	n/d
Espérance de vie (années) <sup>1</sup>	60	68	44	51	75
Calories/jour/par habitant <sup>2</sup>	2 316	2 250	1 827	2 021	3 350
Malnutrition parmi les enfants âgés de moins de cinq ans (%) <sup>1</sup>	40	45	27	29	n/d
Taux de mortalité infantile (1 000 naissances vivantes) <sup>1</sup>	88	41	142	84	7
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (1 000 naissances vivantes) <sup>1</sup>	137	48	223	167	9
Mortalité maternelle (100 000 naissances) <sup>1</sup>	340	105	620	748	n/d
Insuffisance pondérale à la naissance (% de naissances vivantes) <sup>2</sup>	25	17	20	14	n/d
Accouchements en présence d'un personnel médical (%) <sup>2</sup>	35	95	55	53	n/d
Taux d'analphabétisme des femmes (%) <sup>1</sup>	76	9	58	43	n/d
Statut du pays	PFRDV	-	PMA, PFRDV	PMA, PFRDV	n/d

Sources:

<sup>1</sup> Rapports sur le développement mondial, 1995 et 1996.

<sup>2</sup> Rapport sur le développement des ressources humaines, 1996.

<sup>3</sup> Données les plus à jour fournies par les gouvernements.

## DONNÉES CONCERNANT LES PROJETS

	PAKISTAN	VIET NAM	MALAWI
Groupe ciblé	Femmes enceintes et allaitantes (ENM)	Femmes enceintes et allaitantes; enfants âgés de moins de trois ans souffrant de malnutrition	Femmes enceintes et allaitantes; enfants âgés de moins de cinq ans souffrant de malnutrition
Couverture	980/5 400 centres de santé disposant de structures sanitaires appropriées et situés dans des régions reculées	10 des 61 provinces les plus pauvres	13 des 24 districts pauvres/vulnérables
Sélection individuelle	Aucune (à dessein)	Enfants de moins de trois ans souffrant de malnutrition	Femmes à risque /Enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition (critère: poids/âge)
Bénéficiaires directs prévus	225 000	208 700	207 700
Bénéficiaires directs effectifs	150 000 environ	250 000 environ	210 000 environ
Ration mensuelle des femmes enceintes et allaitantes	Huile vég. 2, 25kg	Riz 4,5kg + Huile vég. 0,45kg	Far.maïs 9kg + Haricots 1,2kg
Ration mensuelle des enfants souffrant de malnutrition		Riz 4,5kg + Soja 1,5kg + Huile vég. 0,9kg pendant quatre mois	Far.maïs 9kg + Far.soja 1,8kg 3-5 mois; Cas de récupération avancée, produits divers 42 jours
Valeur des produits (marché local)	20\$ = 5-10% du revenu d'un ménage	29\$=5-10% du revenu d'un ménage (ration pour ENM)	15\$=5-10% du revenu d'un ménage (ration pour ENM)
Valeur alpha	1 environ	0,8 environ	Far. maïs 0,5 ; huile vég. 1,8
Efficacité des livraisons des produits (%)	50 environ	100 environ	100 environ
Pouvoir d'achat alimentaire (prix des denrées de base/ (PNB par habitant/jour)	8 kg farine de blé (subventionnée)	2,5 kg riz	3,5kg farine de maïs (subventionnée)
Coût total du projet (millions \$)	40,0	16,1	17,0
Coût total des produits, y compris transport du gouvernement (millions \$)	28,0	12,2	11,0
Coût total pour le PAM (millions \$)	25,6	11,2	10,3
Financement ext. par exemple:Nation Unies (millions \$)	oui, mais non quantifié	3,1	5,2
Coût imputable au gouvernement (millions \$)	14,4	1,8	1,5
Coût des produits/bénéficiaires./par an (\$)	30,4	19,8	17,3
Pourcentage du coût des produits alimentaires par rapport au coût total du projet	70	75	65
Coût total pour le PAM en pourcentage du coût total du	64	70	60

projet

---



## ANNEXE I



## ANNEXE II

