

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Session annuelle
du Conseil d'administration**

Rome, 4-8 juin 2007

PROJETS SOUMIS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR APPROBATION

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

Pour approbation



Distribution: GÉNÉRALE
WFP/EB.A/2007/9-B/2
27 avril 2007
ORIGINAL: ANGLAIS

INTERVENTIONS PROLONGÉES DE SECOURS ET DE REDRESSEMENT – INDONÉSIE 10069.2

Aide au redressement et à la récupération nutritionnelle

Nombre de bénéficiaires	845 000
Durée de l'intervention	3 ans (1 ^{er} janvier 2008–31 décembre 2010)
Quantité de produits alimentaires	125 341 tonnes
Coût (dollars É.-U.)	
Coût des produits alimentaires pour le PAM	56 212 330
Coût total pour le PAM	98 288 275

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

NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Directeur régional, ODB: M. A. Banbury Anthony.Banbury@wfp.org

Attachée de liaison, ODB/ODP: Mme S. Izzi tél.: 066513-2207

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



RESUME

Malgré des progrès réguliers depuis la crise de 1998, le redressement économique en Indonésie a été freiné par la croissance démographique, la médiocrité des infrastructures et l'insuffisance des ressources consacrées au développement humain. Dans l'est de l'Indonésie, les taux élevés de malnutrition, l'éducation insuffisante en matière d'alimentation et les carences en micronutriments, notamment parmi les enfants et les mères, sont courants.

En conformité avec la politique du Gouvernement, la présente opération s'attaque aux carences en micronutriments moyennant la distribution d'aliments enrichis aux enfants âgés de 2 à 5 ans, aux femmes enceintes et allaitantes et aux écoliers du cycle primaire âgés de 6 à 13 ans, associée à une éducation des bénéficiaires sur la santé, l'hygiène et la nutrition et une formation du personnel médical et des partenaires. Elle favorisera

une meilleure cohérence avec les programmes du Gouvernement et les programmes financés par des bailleurs de fonds dans les mêmes secteurs: par exemple, l'alimentation complémentaire des enfants âgés de 6 à 24 mois sera prise en charge par un programme des pouvoirs publics, dans lequel le PAM assurera la formation et l'assistance technique.

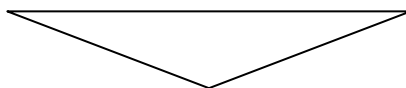
Les activités Vivres contre travail, Vivres au profit de la formation et les projets de développement communautaire financés par le fonds fiduciaire du programme *Operasi Pasan Swadaya Masyarakat* (fourniture de riz subventionné à des fins de protection sociale) compléteront l'intervention. Le PAM continuera à plaider pour une augmentation du budget consacré au secteur social et il contribuera à la cartographie de l'insécurité alimentaire et à la surveillance nutritionnelle.

Tous les produits alimentaires destinés à l'opération sont produits et achetés localement; les contributions en nature de blé importé seront échangées contre des biscuits et des nouilles. Le PAM a là une occasion unique d'encourager l'enrichissement des produits commerciaux en micronutriments.

Le programme couvre principalement les zones rurales et périurbaines du Timor occidental, de Lombok, Madura et Java-Est et de l'agglomération de Djakarta. Une réserve de secours est constituée en prévision d'éventuels séismes, inondations et glissements de terrains.



PROJET DE DECISION*



Le Conseil approuve l'IPSR Indonésie 10069.2 "Aide au redressement et à la récupération nutritionnelle"(WFP/EB.A/2007/9-B/2).

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



ANALYSE DE LA SITUATION

Contexte

1. L'Indonésie a fait reculer la pauvreté et a renforcé la démocratie depuis la crise économique et la transformation politique de 1997–1998, mais des problèmes subsistent. Sur une population de 220 millions d'habitants, 39 millions, soit 18 pour cent, vivent au-dessous du seuil national de la pauvreté, à savoir 1,55 dollar É.-U. par personne et par jour en termes de parité de pouvoir d'achat; si l'on applique la définition de la Banque mondiale, soit 2 dollars par jour et par personne, le pourcentage passe à 50 pour cent. L'Indonésie est un pays à faible revenu et à déficit vivrier, qui se classe au 108^e rang des 177 pays figurant dans le rapport 2006 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain.
2. L'évaluation de la sécurité alimentaire réalisée en décembre 2006 par le PAM, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et le Gouvernement fait valoir que la pauvreté est la plus critique à *Nusa Tenggara Barat* (NTB), *Nusa Tenggara Timur* (NTT), Papua et Maluku; 75 pour cent des pauvres de l'Indonésie vivent sur les îles de Java. A Aceh, on rencontre encore un grand nombre des cas de carences nutritionnelles chroniques de l'Indonésie, mais il s'agit d'une zone de surproduction de riz et l'aide apportée après le tsunami y a amélioré les indicateurs économiques.
3. Les principales causes de la pauvreté et de la faim recensées dans le bilan commun de pays sont les suivantes: budgets insuffisants consacrés au développement humain, chômage, nutrition médiocre, manque de moyens d'existence, disparités liées au sexe et à la culture, et exploitation des ressources naturelles; ces facteurs varient considérablement entre les provinces et les districts. L'accès aux services, tels que les soins de santé et l'éducation, est limité par la quasi-incapacité des collectivités locales d'appliquer la décentralisation de 2003.
4. Les taux de scolarisation primaire et la parité entre les sexes sont proches de 100 pour cent, mais l'éducation est de mauvaise qualité, en particulier dans les campagnes, et les infrastructures de base telles que les installations d'adduction d'eau et d'assainissement font défaut. Même dans les écoles primaires où la scolarisation est gratuite, le coût des uniformes et des livres représente une lourde dépense pour les pauvres.
5. L'accès à l'eau salubre et à l'assainissement n'est que de 48 pour cent en milieu rural contre 78 pour cent dans les villes; 80 pour cent des pauvres en milieu rural et 59 pour cent des pauvres en milieu urbain n'ont pas accès aux fosses septiques; seul 1 pour cent de la population dispose du tout-à-l'égout.
6. L'Indonésie est au troisième rang mondial pour ce qui est du nombre de malades de la tuberculose, un nombre qui ne cesse d'augmenter; mais la prévalence du VIH/sida est faible. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime que 170 000 habitants vivent avec le VIH.
7. Depuis 2003, lorsque les soins de santé ont été transférés aux collectivités provinciales dans le cadre de la décentralisation, les soins de santé de routine se sont détériorés. Dans bon nombre de régions, 70 pour cent des ménages vivent à plus de 5 kilomètres de distance du centre médical le plus proche. Une étude récente a constaté un taux d'absentéisme de



40 pour cent pour le personnel médical, encore plus élevé dans les zones rurales¹. Depuis 1998, le Gouvernement s'emploie à revitaliser les *posyandu* (dispensaires locaux), qui jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Sécurité alimentaire et nutrition

8. Le Gouvernement et la FAO jugent la production et l'approvisionnement vivriers actuels satisfaisants. L'insécurité alimentaire s'explique par le faible niveau des revenus et l'érosion du pouvoir d'achat. En 2006-2007, on prévoit des précipitations tardives et insuffisantes, en particulier dans l'ouest et le centre de Java, une anomalie peut-être liée au phénomène El Niño.
9. Le commerce du sucre, du blé et du maïs a été privatisé, mais le Bureau national de la logistique alimentaire (BULOG) régule le marché du riz en maintenant un stock régulateur dont il débloque régulièrement une partie pour stabiliser les prix. Le BULOG est chargé de garantir la disponibilité du riz dans tout le pays.
10. Le principal programme public d'aide alimentaire, *Beras untuk Orang Miskin* (RASKIN), mis en œuvre par le BULOG, autorise les ménages pauvres à acheter 10 kilogrammes de riz par mois à 1 000 rupiah/kilogramme. En fait, seuls 57 pour cent des pauvres en bénéficient²; les ménages pauvres reçoivent souvent moins de 10 kilogrammes par mois en raison d'une distribution locale défectueuse et faute d'argent liquide. Le programme de subventionnement du riz exécuté par le PAM de 1998 à 2005, a contribué à pallier ce problème dans les zones urbaines pauvres, mais a été arrêté compte tenu de la multiplication des possibilités d'emploi; les enseignements qui en ont été tirés sont pris en compte dans l'action de plaidoyer actuelle.
11. En dépit des améliorations enregistrées pendant la dernière décennie, la malnutrition stagne à son niveau d'avant 2000: le chiffre actuel pour les enfants de moins de 5 ans est de 28 pour cent; 44 pour cent des enfants âgés de 24 à 59 mois souffrent de retard de croissance³. L'anémie est très répandue chez les écoliers, les adolescents et les femmes en âge de procréer; la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans est présentée au tableau 1.

¹ Chaudhury, N., *et al.* 2004. *Provider Absence in Schools and Health Clinics*. Document disponible sur http://neumann.hec.ca/neudc2004/fp/rogers_h_sept_30.pdf

² PAM: *Food Security Assessment and Phase Classification Pilot*. Indonésie, décembre 2006.

³ Chiffres du *Biro Pusat Statistik* (BPS, Bureau de la statistique d'Indonésie) 2005–2006. Enquête sociale et économique nationale (Susenas), Gouvernement indonésien.



TABLEAU 1. PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	
Âge (mois)	Prévalence de l'anémie (%)
0-5	61,3
6-11	64,8
12-23	58,0
<24	61,4
24-35	54,4
36-47	38,6
48-59	32,1
24-60	41,7

Source: Enquête nationale sur la santé et les ménages, 2001.

12. L'allaitement exclusif dure rarement au-delà des trois premiers mois; les pratiques de sevrage sont peu satisfaisantes et, en général, le régime alimentaire familial fait immédiatement suite à l'allaitement. La mortalité maternelle, de 307 décès pour 100 000 naissances, est trois fois celle du Viet Nam et six fois celle de la Chine.

Scénarios

13. La plupart des ressources de la présente intervention prolongée de secours et de redressement (IPSR) seront consacrées au programme de récupération nutritionnelle, mais une réserve sera affectée aux urgences imprévues: les tremblements de terre sont fréquents à Sumatra et à Java. Depuis le tsunami de 2004, le PAM est intervenu dans quatre situations d'urgence dues à des tremblements de terre, des inondations et des glissements de terrains.
14. L'IPSR repose sur l'accès à des réserves alimentaires, du personnel et du matériel de secours en cas d'urgence. Les plans d'urgence régionaux du PAM complètent la provision de 10 pour cent constituée pour 70 000 bénéficiaires en cas de situations d'urgence imprévues. Le bureau de pays conservera une grande partie du matériel d'entreposage et de communication utilisé dans l'intervention post-tsunami.

POLITIQUES, CAPACITES ET MESURES PRISES PAR LE GOUVERNEMENT ET LES AUTRES INTERVENANTS

Gouvernement

15. Le Gouvernement est attaché à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) fixés par les Nations Unies; il vise des cibles ambitieuses pour 2010 en termes de réduction de la malnutrition et de l'insuffisance pondérale à la naissance, et de promotion de l'allaitement maternel. Il a rendu public un Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) en 2004.



16. Le programme public visant à améliorer la nutrition (MPASI) en distribuant aux enfants dénutris de 6 à 11 mois des aliments composés et à ceux de 12 mois à 24 mois des biscuits enrichis pendant 90 jours, a été remplacé par la promotion des aliments locaux nutritifs pour les enfants de moins de 24 mois, dans les mêmes zones, moyennant l'octroi de dons en espèces aux familles pauvres. Le Gouvernement distribue des suppléments de micronutriments en poudre à saupoudrer sur les aliments. Les défis à relever sont les suivants: i) persuader les autorités provinciales d'adopter la politique et le budget correspondants; ii) cibler les plus pauvres et iii) élargir le programme pour couvrir l'ensemble du pays.
17. La politique de 2003 qui délègue la prise des décisions et la gestion des budgets aux provinces et aux districts a élargi l'éventail des possibilités mais multiplié les difficultés: même dans les cas où il existe un budget, les collectivités locales ne sont guère familiarisées avec la définition des priorités, et la coordination intersectorielle laisse souvent à désirer — par exemple, il arrive que les réserves destinées au programme MPASI restent dans les entrepôts faute d'un budget pour leur distribution.

Autres acteurs importants

18. La Banque asiatique de développement appuie le programme MPASI dans six provinces en fournissant au programme pilote d'amélioration de la nutrition par l'autonomisation des communautés, un montant de 50 millions de dollars pour la période 2007–2012, en complément d'un budget de contrepartie du Gouvernement de 21 millions de dollars; il ne devrait pas recouper les zones d'intervention du PAM avant 2009.
19. Le Gouvernement des États-Unis exécute un programme de 311 millions de dollars dans sept provinces pour la période 2004–2008, qui vise à améliorer la qualité et l'accès des services humains essentiels: il associe la santé, l'alimentation et la nutrition à la gestion de l'environnement et aux services relatifs à l'eau, aux échelons du district et de la communauté, et prévoit des activités d'alimentation complémentaire ciblée, d'éducation nutritionnelle et de formation sur l'importance de la nutrition.
20. Le programme de santé et de nutrition du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) met l'accent sur les zones rurales pauvres. L'UNICEF aide le Gouvernement à améliorer l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, en particulier dans les écoles.

Coordination

21. Les objectifs du Gouvernement pourraient bien être atteints au niveau national, mais ne le seront pas dans certaines zones reculées. Le PAM interviendra auprès des collectivités locales pour que les budgets comportent des provisions en faveur des pauvres pour assurer la réalisation des OMD et la coordination avec les programmes financés par des bailleurs de fonds.
22. Un axe central du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2006-2010 en Indonésie est l'amélioration des moyens d'existence moyennant un appui pour atteindre les OMD; l'IPSR appuiera l'action en ce sens de la Banque mondiale, de l'UNICEF, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la FAO, du PNUD, de l'ONUSIDA, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et des organisations non gouvernementales (ONG). A Java-Est et à NTB, le PAM s'est associé à l'initiative Focusing Resources on Effective School Health (FRESH)⁴,

⁴ Initiative lancée en 2000 par l'UNESCO, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'OMS et Education International.



une approche novatrice de la gestion des écoles rurales favorisant l'obtention de ressources et l'amélioration de l'enseignement.

OBJECTIFS DE L'AIDE DU PAM

23. L'IPSR 10069.2 contribue à la récupération nutritionnelle et à l'éducation sanitaire après la crise économique de 1998, en fournissant aux familles vulnérables un soutien pour la nutrition et le redressement.
24. Conformément aux priorités établies par le DSRP et les OMD, les objectifs sont les suivants: i) améliorer l'apport en micronutriments chez les enfants âgés de 24 à 60 mois et les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que leur comportement nutritionnel; ii) améliorer l'apport en micronutriments, chez les écoliers du cycle primaire âgés de 6 à 13 ans, ainsi que leur performance cognitive, leur taux de présence et leur connaissance et mise en pratique des bons comportements nutritionnels; iii) fournir une incitation alimentaire aux patients atteints de tuberculose pour les encourager à suivre le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS); iv) contribuer à l'amélioration de la sécurité alimentaire des familles vulnérables confrontées à l'insécurité alimentaire grâce aux activités Vivres contre travail (VCT) et Vivres au profit de la formation (VPF) aux fins du renforcement des capacités communautaires; et v) distribuer aux familles une aide alimentaire à court terme dans les situations d'urgence. Ces objectifs concourent aux objectifs stratégiques 1, 2, 3 et 4 du PAM; l'objectif stratégique 5 est pris en compte par le biais de l'action de plaidoyer et du partenariat mis en place avec le Gouvernement pour assurer la cartographie et le suivi de l'insécurité alimentaire. Les Engagements renforcés du PAM en faveur des femmes I, III, IV et V recevront une attention spéciale.

STRATEGIE D'INTERVENTION DU PAM

Nature et efficacité de l'aide apportée à ce jour en matière de sécurité alimentaire

25. Comme le recommandent l'évaluation à mi-parcours externe⁵ de l'IPSR 10069.1 et l'évaluation de la sécurité alimentaire de décembre 2006, la présente IPSR élargit le programme en concentrant la plupart des ressources sur l'est de l'Indonésie, où l'insécurité alimentaire est la plus fréquente et où le redressement a été le plus lent. Le PAM a exécuté quatre IPSR consécutives et une opération d'urgence, suite à la sécheresse et à la crise économique, depuis la réouverture du bureau de pays en 1998.
26. Avec la reprise économique et l'augmentation de la production de riz, le PAM a progressivement abandonné en 2002 l'aide alimentaire en tant qu'appui aux revenus, pour privilégier les interventions nutritionnelles ciblées, concernant en particulier les micronutriments, en faveur des populations vulnérables.
27. Le programme *Operasi Pasan Swadaya Masyarakat* (OPSM; fourniture de riz subventionné à des fins de protection sociale) dans les zones urbaines pauvres a été clos en 2005; les bénéficiaires ont été pris en charge par le programme RASKIN. Le montant alloué au programme OPSM, administré par le PAM et le Gouvernement grâce à un fonds

⁵ 28 août–17 septembre 2006; le document sera soumis à la session annuelle du Conseil de 2007.



fiduciaire, continuera à être utilisé au moins jusqu'en 2009, principalement pour financer des projets de développement communautaire.

28. Les distributions alimentaires générales en Aceh et à Nias, prévues au titre de l'IPSR 10069.1 en janvier 2006, ont été progressivement supprimées au milieu de 2007; les fonds de report du programme de récupération nutritionnelle seront épuisés d'ici à mi-2008, lorsque le programme de l'Aceh sera clos.
29. Bien que la malnutrition liée à la pauvreté perdure dans certaines villes, le PAM utilisera de plus en plus ses ressources limitées dans les zones rurales où les besoins en termes d'infrastructures et d'administration sont plus importants, en particulier dans l'est de l'Indonésie: la présence du PAM, notamment au niveau des *posyandu*, influencera les politiques aux échelons des districts et du pays.

Grandes lignes de la stratégie

30. L'IPSR proposée continue à mettre l'accent sur l'apport de micronutriments, le plaidoyer, la formation et la flexibilité en cas de situation d'urgence. Son volet central est le programme de récupération nutritionnelle en milieu rural, axé sur le renforcement des services d'éducation et de santé; le succès dépend de la convergence avec les priorités du Gouvernement bénéficiant d'un appui des bailleurs de fonds dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Les cinq composantes de l'IPSR sont les suivantes:
 - services de nutrition maternelle et infantile dans les *posyandu*: aliments enrichis et éducation sanitaire et nutritionnelle;
 - alimentation dans les écoles primaires: aliments enrichis et formation dans le cadre des programmes scolaires;
 - appui en faveur des patients atteints de tuberculose: incitations alimentaires pour promouvoir le traitement DOTS;
 - activités VCT et VPF dans les zones rurales où sévit l'insécurité alimentaire; et
 - projets de développement communautaire financés sur le fonds fiduciaire de l'OPSM et exécutés en parallèle de la nutrition maternelle et infantile et de l'alimentation scolaire, pour une plus grande cohérence du projet.
31. Les aliments enrichis seront distribués aux mères et aux enfants dans les *posyandu*, tous les mois ou tous les quinze jours. Le "jour du *posyandu*" sera l'occasion de proposer des cours sur la nutrition et la santé, animés par des sages-femmes et les ONG partenaires qui bénéficieront de cours de recyclage.
32. Comme le requiert la politique nationale, l'IPSR 10069.2 apportera deux changements par rapport à l'IPSR précédente:
 - i) La nutrition maternelle et infantile ciblera principalement les enfants âgés de 2 à 5 ans; le Gouvernement conduira le programme MPASI complémentaire destiné aux enfants âgés de 6 à 24 mois, avec l'aide du PAM qui fera en sorte que les autorités locales et nationales puissent compter sur le personnel, les installations et le matériel de formation de leur partenaire les jours de distribution.
 - ii) Pour éviter que les nouilles enrichies soient consommées par toute la famille, ce qui réduit leur efficacité pour les femmes enceintes et allaitantes, on les enrichira davantage et on spécifiera plus visiblement sur l'emballage qu'elles sont réservées aux femmes enceintes et allaitantes. Cette spécificité sera encore rappelée lors des formations nutritionnelles au *posyandu* et des visites dans les familles.



33. Dans le but de trouver des méthodes durables d'apport de suppléments de micronutriments en utilisant les produits alimentaires locaux, le PAM expérimentera l'utilisation de la poudre de micronutriments à saupoudrer sur les aliments de base pour les enfants âgés de 2 à 5 ans et coordonnera ses résultats avec ceux des programmes pilotes du Gouvernement et des ONG. Le PAM formera les membres des ménages à l'utilisation de la poudre de micronutriments pour en assurer l'efficacité.
34. On continuera d'utiliser les biscuits enrichis pour l'alimentation scolaire parce que les autres options, telles que la préparation de bouillies à l'école et les rations à emporter, ont un moins bon rapport coût-efficacité.
35. La corrélation entre la tuberculose et le VIH/sida permet d'introduire une éducation dépourvue de toute stigmatisation sur la prévention du VIH/sida lors des cours suivis par les tuberculeux et leur famille sur la nutrition et le traitement. En 2007, l'ONUSIDA a entamé à titre pilote une éducation sur le VIH et son dépistage dans les centres antituberculeux où le PAM intervient. Les bénéficiaires de l'ISPR 10069.2 seront incorporés dans le programme de la Commission nationale sur le sida; on envisage un programme élargi d'éducation/dépistage bénéficiant de l'assistance technique de l'ONUSIDA et de l'OMS. L'apport principal du PAM est une incitation alimentaire à participer à l'éducation sur la prévention et à suivre un traitement initial, et non pas un programme de nutrition pour les malades du sida. Dans le cas de la tuberculose, la malnutrition est un facteur de risque et cet appui vise aussi à améliorer l'état nutritionnel des patients.
36. Du fait de l'augmentation de ses effectifs et de ses ressources, le PAM a pu accroître l'envergure de ses opérations avec la survenue des situations d'urgence. L'IPSR allouera au moins 10 pour cent des ressources existantes à l'urgence, en les complétant par des appels, le cas échéant.
37. En collaboration avec *Badan Bimas Ketahanan Pangan* (BBKP, Agence nationale pour la sécurité alimentaire), le PAM a publié en 2005 un Atlas de la sécurité alimentaire et en 2006 une carte de la nutrition dans les districts. L'unité d'analyse et de cartographie de la vulnérabilité (ACV) et BBKP continueront à former et appuyer à 150 agents, aux niveaux des provinces et des districts, pour la surveillance de l'alimentation et de la nutrition; l'impact de ce programme d'information et de plaidoyer de portée nationale sera ressenti au-delà des zones d'intervention du PAM.

Stratégie de retrait

38. L'accent mis par le FIDA sur la réadaptation nutritionnelle et le renforcement des capacités est conforme aux priorités du Gouvernement. La difficulté consiste à engager les ressources aux niveaux des provinces et des districts et d'assurer la coordination avec les autres programmes appuyés par les bailleurs de fonds. On s'emploiera à transférer la responsabilité des programmes d'alimentation scolaire aux provinces et aux districts. L'IPSR 10069.2 améliorera la viabilité des services de santé et de nutrition des *posyandu*, mais ne devrait pas rester un programme isolé pour une période indéterminée. Des progrès ont été accomplis en termes de renforcement des capacités; le Gouvernement va commencer à assumer la responsabilité des interventions nutritionnelles ciblant les enfants âgés de 6 à 24 mois dans les *posyandu* à compter de 2008. Le PAM prévoit de se retirer entièrement si des ressources complémentaires sont engagées et si une stratégie du Gouvernement est en place d'ici à la fin de l'IPSR.



BENEFICIAIRES ET CIBLAGE

39. Le ciblage géographique initial réalisé jusqu'au niveau du district s'appuie sur les informations fournies par le récent Cadre intégré de classification de la phase humanitaire et de la sécurité alimentaire mis en œuvre à titre expérimental par le PAM, la FAO et les autres organisations utilisant les données du Bureau central de la statistique (BPS) et d'autres études. Les décisions en matière de ciblage géographique reposent sur les types d'indicateurs et les sources de données de l'*Atlas de la sécurité alimentaire en Indonésie* et la *Carte de la nutrition en Indonésie*. L'insécurité alimentaire chronique et la vulnérabilité face aux catastrophes naturelles sont prises en compte pour identifier les zones où une aide alimentaire est nécessaire. Le PAM utilise les données et les avis fournis par les ministères, les autorités provinciales, les organisations spécialisées et les centres de soins de santé pour déterminer les pôles d'intervention.
40. L'aide du PAM sera concentrée sur les zones rurales caractérisées par une pauvreté critique, des déficits vivriers et une sous-alimentation importante — actuellement Java-Est, Madura, Lombok, le Timor occidental et les bidonvilles de Java — pour promouvoir la synergie avec les autres programmes des Nations Unies, une priorité du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2006–2010, et les programmes bilatéraux appuyés par des bailleurs de fonds.
41. Les *posyandu* sont les lieux idéaux pour les activités de nutrition maternelle et infantile. Le programme de récupération nutritionnelle sensibilise les bénéficiaires et améliore leurs connaissances en matière de santé et de besoins nutritionnels; il permet d'aborder la difficile question de l'éducation nutritionnelle et des habitudes alimentaires. Le PAM s'emploiera à améliorer la collaboration sur le terrain avec les autres organisations spécialisées dans ce domaine.
42. L'alimentation scolaire couvrira toutes les écoles primaires des districts ciblés, y compris dans l'agglomération de Djakarta. On distribuera des biscuits enrichis aux enfants âgés de 6 à 13 ans pour lutter contre les carences en micronutriments, améliorer leur faculté d'apprentissage et lutter contre l'absentéisme. Il n'y a pas de déséquilibre notable entre garçons et filles dans les écoles primaires. Le PAM ciblera les zones les plus pauvres désignées comme prioritaires par le Gouvernement et ne bénéficiant pas d'activités d'alimentation scolaire. À titre d'engagement de contrepartie, le PAM s'efforcera de mobiliser des fonds auprès des collectivités locales et des donateurs pour les activités de déparasitage.
43. Les centres antituberculeux privés et publics seront sélectionnés dans les communautés les plus pauvres de l'agglomération de Djakarta, de Java-Est et du Timor occidental, où l'on recense le plus grand nombre de cas de tuberculose. Des contrats seront conclus avec des ONG locales pour qu'elles distribuent les produits alimentaires, suivent l'enregistrement des bénéficiaires et rendent compte de l'impact des rations alimentaires du PAM sur les taux de dépistage et de guérison. Comme mentionné plus haut, un programme d'éducation axé sur la prévention du VIH/sida et le dépistage sera élaboré avec la Commission nationale sur le sida, l'ONUSIDA et l'OMS.
44. Les activités VCT cibleront les communautés pauvres à Madura, Lombok et NTT, principalement aux fins de la réhabilitation/création de biens améliorant la capacité de survie des populations en cas de catastrophe. On encouragera la participation des femmes à la définition et à la gestion des projets; dans les zones pauvres, les femmes représentent en général plus de 50 pour cent de la population active.



45. Les projets communautaires d'aménagement de systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement financés par le fonds fiduciaire de l'OPSM seront concentrés à NTT, NTB, Java-Est et dans l'agglomération de Djakarta, dans les écoles et les *posyandu* visés par le programme de récupération nutritionnelle pour garantir une approche intégrée.

TABLEAU 2. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PRÉVUS, PAR ZONE D'INTERVENTION						
Activités du PAM	Agglomération de Djakarta	Java-Est	NTB	NTT	Secours	Total
Alimentation scolaire	40 000	80 000	100 000	100 000	-	320 000
Programme de nutrition maternelle et infantile						
Enfants de 2 à 5 ans	-	48 000	61 000	61 000	-	170 000
Femmes enceintes et allaitantes	-	14 000	18 000	18 000	-	50 000
Tuberculose	80 000	20 000		20 000	-	120 000
VCT/VPF	-	40 000	25 000	50 000	-	115 000
Secours	-	-	-	-	70 000	70 000
Total	120 000	202 000	204 000	249 000	70 000	845 000

ASPECTS NUTRITIONNELS ET RATIONS

46. La carence en micronutriments est un problème de santé publique: elle réduit l'immunité, entraînant une morbidité et une mortalité accrues, et ralentit la croissance. L'anémie provoque la léthargie, freine le développement mental — comme la carence en iode — et est un facteur de mortalité maternelle, de même que la carence en vitamine A. En Indonésie, 50 pour cent de la population souffre de carences en vitamine A, fer et iode⁶.
47. Dans les *posyandu*, les 1,5 kilogramme de biscuits enrichis distribués aux enfants âgés de 2 à 5 ans fournissent 50 pour cent de l'apport journalier recommandé; les 5 kilogrammes de nouilles enrichies assurent 100 pour cent de l'apport journalier recommandé aux femmes enceintes et allaitantes, et sont une incitation pour les femmes accompagnées de jeunes enfants à fréquenter les cours de nutrition. Les femmes bénéficieront d'une aide pendant toute leur grossesse et les six premiers mois de l'allaitement.

⁶ Atmaritha, M.P.H. 2005. *Nutrition Problems in Indonesia*. Djakarta, Ministère de la santé. D'après les enquêtes nationales sur la santé des ménages de 1995 et de 2001, les taux d'anémie sont les suivants: enfants de moins de 5 ans, 47 pour cent en 2001; écoliers, 47,2 pour cent en 1995; femmes enceintes, 40,1 pour cent en 2001; et femmes allaitantes, 45,1 pour cent en 1995. Troubles dus à une carence en iode: 11,1 pour cent en 2003 (estimation). Carence en vitamine A: 0,33 pour cent en 1992, mais 50 pour cent des enfants de moins de 5 ans avaient un faible niveau de sérum rétinol (20 µg/dl).



48. Au titre du programme d'alimentation scolaire dans les écoles primaires, les enfants recevront une collation matinale de 50 grammes de biscuits enrichis fabriqués localement.
49. La ration familiale mensuelle de 10 kilogrammes de riz par patient atteint de tuberculose permet d'encourager les patients à suivre les six mois de traitement et compense les coûts d'opportunité tels que le transport pour se rendre au dispensaire.
50. Les normes actuelles des activités VCT sont de 2,5 kilogrammes de riz et 150 grammes d'huile par personne et par jour, d'une valeur marchande de 1,5 dollar.

TABLEAU 3. ASSORTIMENTS ALIMENTAIRES (EN GRAMMES)					
Activité	Ration par personne et par jour				Durée
	Biscuits	Nouilles	Riz	Huile végétale	
Alimentation scolaire	50	-	-	-	240 jours
Programme de nutrition maternelle et infantile	50				
Enfants de 2 à 5 ans	-	-	-	-	12 mois
Femmes enceintes et allaitantes	-	167	-	-	
Tuberculose	-	-	67	-	12 mois
VCT/VPF	-	-	500	30	60 jours
Secours	-	-	333	-	4 mois

MODALITES D'EXECUTION

Renforcement des capacités et participation

51. Le renforcement des capacités est essentiel pour l'IPSR, pour en assurer l'efficacité et la pérennité. Les principaux aspects sont les suivants:
52. Atlas de l'insécurité alimentaire. Publié en août 2005, L'Atlas aide les décideurs à améliorer les mécanismes de protection sociale et la planification en matière de préparation aux catastrophes, d'atténuation de leurs effets et d'intervention d'urgence; c'est devenu un outil de suivi de la sécurité alimentaire au niveau des districts.
53. Cartographie et surveillance de la nutrition. En 2006, BPS, le Menkokesra (Ministère de la protection sociale), l'Agence australienne pour le développement international et le PAM ont collaboré pour produire la première *Carte de la nutrition en Indonésie*. Avec un appui additionnel du Ministère du développement international du Royaume-Uni, le PAM continuera d'aider les organismes chargés de la sécurité alimentaire à collecter et à mettre à jour les données sur l'alimentation et la nutrition.
54. Mise en place d'un système d'alerte précoce. En collaboration avec le Gouvernement, l'unité ACV produit un *Bulletin d'alerte précoce* mensuel donnant des informations sur les catastrophes naturelles, les conditions météorologiques et les prévisions de récolte. Il est utilisé par les organismes de développement et continuera d'être publié pendant la durée de l'IPSR.



55. Sensibilisation aux problèmes de nutrition dans les écoles et les *posyandu*. L'IPSR prévoit la production de matériel éducatif sur la nutrition, et la formation des ONG partenaires, des groupements locaux et des enseignants à son utilisation.
56. Projets de développement communautaire. Le PAM dotera les ONG locales des connaissances nécessaires pour l'exécution de petits projets, par exemple le recrutement du personnel technique chargé de réaliser les évaluations.
57. Parité hommes-femmes. Les partenaires d'exécution et les homologues gouvernementaux recevront une formation sur les Engagements renforcés du PAM en faveur des femmes. Les femmes continueront à être équitablement représentées dans les comités chargés de sélectionner les bénéficiaires et d'identifier et exécuter les projets.

Partenariats

58. Menkokesra, le principal organisme public de contrepartie dans le domaine de l'élaboration des orientations et de la programmation, fait équipe avec le PAM pour approuver les projets financés au titre du fonds fiduciaire de l'OPSM. Un comité directeur composé de représentants des organismes gouvernementaux de contrepartie et du PAM suivra l'état d'avancement de l'IPSR, fixera les orientations et sera responsable des contributions fournies par le Gouvernement.
59. Le ministère de la santé est chargé de la coordination des autorités des provinces et des districts dans les zones d'intervention du PAM, pour faire en sorte que les allocations destinées aux enfants âgés de 6 à 24 mois au titre du programme MPASI soient inscrites dans les budgets. Le PAM fournira la liste des *posyandu* participant à son programme. Concernant le renforcement des capacités associé à la surveillance de l'alimentation et de la nutrition et à l'*Atlas de l'insécurité alimentaire*, le PAM a collaboré avec les ministères de l'agriculture, de la santé et de la protection sociale des familles.
60. Sur la base des partenariats déjà établis, les ONG seront sélectionnées en fonction de leur expérience, de leur capacité et de la façon dont elles mettent en œuvre les politiques en faveur de la parité hommes-femmes; elles seront chargées de la logistique, des distributions, du suivi et de la préparation des rapports.
61. Dans le prolongement du programme de déparasitage 2005–2006 exécuté dans les écoles primaires en Aceh, le PAM collaborera avec l'UNICEF pour lutter contre les infections par helminthes dans les zones d'intervention.
62. Le PAM a sélectionné des sociétés ayant leur siège en Indonésie pour produire et livrer les biscuits et les nouilles enrichis. Le potentiel commercial des produits enrichis sera valorisé par le biais du partenariat entre le PAM et des sociétés du secteur privé.

Apports non alimentaires

63. Il s'agit du matériel pédagogique sur la nutrition, l'hygiène et la santé, qui sera fourni aux *posyandu*, aux écoles primaires et aux centres antituberculeux. Le souci de la protection de l'environnement est encouragé par le recyclage des emballages lorsqu'il est possible.

Logistique

64. Le PAM poursuivra les échanges avec les stocks de riz du BULOG, et recevra le riz, le blé et l'huile dans les ports de Djakarta ou de Surabaya. Le blé sera échangé contre des nouilles et des biscuits produits par des sociétés agro-alimentaires locales conformément aux accords d'échange.



65. Pour les expéditions de blé et d'huile, le dédouanement et l'usinage sont arrangés par le PAM en coordination avec Menkokesra. Le déchargement des navires et la livraison aux sociétés désignées et aux entrepôts du PAM seront effectués par des agents recrutés sous contrat; les biscuits et les nouilles sont livrés aux points de livraison avancés (PLA) selon les mêmes modalités. La gestion des entrepôts des PLA sera progressivement sous-traitée.
66. La nature du programme exige que des partenaires assurent le transport des produits depuis les entrepôts jusqu'à un grand nombre de points de distribution finale, ce qui gonfle les coûts de transport terrestre, entreposage et manutention (TTEM). Les transactions TTEM sont du ressort du bureau de pays; le système d'analyse, de traitement et de suivi du mouvement des produits est opérationnel dans tous les bureaux auxiliaires.

Passation des marchés

67. Les produits alimentaires seront achetés au meilleur prix et avec l'approbation de l'autorité responsable de la passation de marchés. Le Gouvernement approuve l'usinage local des cargaisons de blé destiné à la fabrication des biscuits et des nouilles.
68. On cherchera de nouvelles entreprises pour fabriquer les biscuits et les nouilles pour stimuler la concurrence. L'IPSR encouragera la production d'aliments commerciaux enrichis pour le marché local; on fera également une étude du marché intérieur pour d'autres produits.

SUIVI DES RESULTATS

69. Les programmes seront suivis par le bureau du PAM à Djakarta, le bureau de zone de Surabaya, les bureaux auxiliaires de Mataram (NTB) et Kupang (NTT), et les bureaux de terrain de Madura (Java-Est) et Atambua (NTT). Les homologues gouvernementaux et les partenaires de coopération seront formés au suivi axé sur les résultats; les résultats à court et moyen termes seront suivis conjointement.
70. On emploiera pour toutes les catégories d'activités un kit d'outils de suivi axé sur les résultats, mettant l'accent sur la collecte des données, l'obligation de rendre des comptes, le suivi des contacts avec les bénéficiaires et la préparation de rapports. L'information sera traitée dans la base de données sur le suivi et l'évaluation (S&E) accessible sur le Web, et partagée avec les homologues gouvernementaux et les partenaires pour améliorer les résultats du programme.
71. L'impact des activités de récupération nutritionnelle, en particulier le recul de l'anémie dans les groupes cibles, sera mesuré par le biais d'une enquête de référence sur le taux d'hémoglobine, dont la mise à jour se fera annuellement. Une enquête à mi-parcours sur les connaissances, les attitudes et les pratiques évaluera les améliorations comportementales dans les groupes cibles pour ce qui est des pratiques nutritionnelles et des pratiques sanitaires liées à la nutrition. Une évaluation à mi-parcours externe sera effectuée en 2009, suivie par une évaluation des besoins pour planifier les futures activités du PAM en Indonésie.



ÉVALUATION DES RISQUES ET PLANIFICATION DES INTERVENTIONS D'URGENCE

Risques

72. Les risques existants sont les suivants:

- capacités ou budgets limités des partenaires, des organismes gouvernementaux et des groupes de la société civile;
- aléas climatiques compromettant les récoltes et obligeant à passer du redressement aux secours d'urgence;
- insuffisance de l'engagement des organismes de contrepartie lorsque le PAM se retire; et
- partage inégal des rations individuelles dans les ménages ou les communautés, limitant l'impact des interventions nutritionnelles.

Plans d'intervention en cas d'urgence

73. Le manque de capacités sera surmonté moyennant des cours de perfectionnement sur la nutrition à l'intention des partenaires, du personnel des collectivités locales et des groupements villageois, associés à un nouveau conditionnement et à un enrichissement supplémentaire des nouilles pour éviter que les femmes enceintes et allaitantes ne les partagent avec les autres membres du ménage. Les allocations budgétaires du gouvernement en faveur des programmes d'apport de micronutriments dépendront de la poursuite des actions de plaidoyer aux échelons national et régional.

74. On s'attend à des séismes et à des inondations: une provision d'urgence de 10 pour cent, pour 70 000 bénéficiaires, est prévue dans l'IPSR. Des ressources additionnelles ont été mises à disposition à ce jour par des donateurs au cas par cas. Dans le cadre du système d'action groupée et des provisions financières associées, actuellement détenues au siège, des dispositions sont prises pour permettre au bureau de pays d'entreposer des articles non alimentaires à titre de réserve.

75. Le bureau de pays et les bureaux auxiliaires se réunissent régulièrement avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, les ONG et les autres organisations des Nations Unies pour examiner les besoins. Les négociations avec le BULOG viseront à tirer parti de ses stocks de riz en cas d'urgence dans les lieux éloignés des réserves du PAM. Des mesures d'urgence associées à une éventuelle épidémie de grippe aviaire seront bientôt prises, notamment pour assurer la santé et la sécurité du personnel.



MESURES DE SECURITE

76. La sécurité est régulièrement examinée par l'Équipe de gestion de la sécurité des Nations Unies. Exception faite des zones situées au-delà de Kupang au Timor occidental (phase II), il n'y a actuellement aucun risque de sécurité grave dans les zones d'intervention. Le PAM dispose de radios haute fréquence, de combinés et de téléphones par satellite dans tous les bureaux auxiliaires, et se conforme aux normes minimales de sécurité opérationnelle (MOSS) et aux normes minimales de sécurité des télécommunications (MITS).

RECOMMANDATION

77. Le Conseil d'administration est invité à approuver l'IPSR Indonésie 10069.2, proposée.



ANNEXE I-A

VENTILATION DES COÛTS DE L'INTERVENTION			
	Quantité (tonnes)	Coût moyen par tonne (dollars É.-U.)	Valeur (dollars É.-U.)
COÛTS POUR LE PAM			
A. Coûts opérationnels directs			
Produits*			
- Riz	58 432	400	23 372 640
- Huile végétale	2 484	740	1 838 800
- Biscuits	15 524	1 075	16 688 650
- Nouilles	6 764	870	5 884 680
- Blé	42 137	200	8 427 400
Total des produits	125 341		56 212 330
Transport extérieur			6 347 508
Total TTEM			13 780 545
Autres coûts opérationnels directs			3 084 882
Total des coûts opérationnels directs			79 425 266
B. Coûts d'appui directs¹ (voir annexe I-B)			12 432 937
C. Coûts d'appui indirects² (7 pour cent)			6 430 074
COÛT TOTAL POUR LE PAM			98 288 275
* Il s'agit d'un assortiment alimentaire indicatif, utilisé aux fins de l'établissement du budget et de l'approbation. Le contenu peut varier.			

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

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

ANNEXE I-B

BESOINS D'APPUI DIRECTS (en dollars)	
Dépenses de personnel	
Administrateurs recrutés au plan international	4 413 690
Administrateurs recrutés au plan national	1 034 267
Personnel des services généraux recrutés au plan national	2 673 777
Personnel temporaire	75 000
Heures supplémentaires	75 000
Primes	150 000
Consultants internationaux	225 000
Voyages officiels du personnel	1 040 000
Formation et perfectionnement du personnel	300 000
Total partiel	9 986 734
Dépenses de bureau et autres coûts récurrents	
Location des locaux	680 000
Charges (électricité, etc.)	170 000
Fournitures de bureau	217 523
Technologies de l'information et des communications	539 804
Assurances	16 260
Réparation et entretien du matériel	172 423
Entretien et frais d'exploitation des véhicules	223 392
Autres dépenses de bureau	79 097
Prestations aux organisations des Nations Unies	137 203
Total partiel	2 235 702
Matériel et autres dépenses fixes	
Mobilier, outils et matériel	135 000
Véhicules	néant
Équipement (télécommunications et informatique)	75 500
Total partiel	210 500
TOTAL, COÛTS D'APPUI DIRECTS	12 432 937



ANNEXE II: CADRE LOGIQUE

Résultats à moyen terme	Indicateurs de résultats	Hypothèses et risques
<p>Programme de nutrition maternelle et infantile, Objectif stratégique 3:</p> <p>1.1 Les carences en micronutriments chez les enfants âgés de 2 à 5 ans et chez les femmes enceintes et allaitantes ont diminué dans les dispensaires locaux bénéficiant d'une aide.</p> <p>1.2 Les connaissances et les pratiques, en matière de comportement nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes et des personnes s'occupant d'enfants, et comportement sanitaire lié à la nutrition, se sont améliorées.</p>	<p>1.1.1 Prévalence réduite de l'anémie chez les enfants âgés de 2 ans à 5 ans, par sexe.</p> <p>1.1.2 Prévalence réduite de l'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes.</p> <p>1.2.1 Pourcentage de femmes ciblées utilisant régulièrement les services de nutrition maternelle et infantile dans les centres de santé communautaires.</p> <p>1.2.2 Pourcentage de femmes ciblées appliquant les pratiques nutritionnelles et les pratiques sanitaires améliorées liées à la nutrition.</p>	<p>L'engagement du Gouvernement pour la réduction de la malnutrition reste fort.</p> <p>Les maladies aggravant la situation nutritionnelle de la population ciblée sont maîtrisées.</p> <p>L'engagement du Gouvernement en faveur de l'éducation universelle reste fort.</p>
<p>Programme d'alimentation scolaire, Objectifs stratégiques 3 et 4:</p> <p>2.1 Les carences en micronutriments chez les écoliers du cycle primaire ont diminué dans les écoles bénéficiant d'une aide.</p> <p>2.2 La faculté de concentration et d'apprentissage des garçons et des filles s'est améliorée dans les écoles bénéficiant d'une aide.</p> <p>2.3 Le taux de présence des garçons et des filles s'est amélioré dans les écoles bénéficiant d'une aide.</p> <p>2.4 Les connaissances et les pratiques des écoliers en matière de santé, nutrition et hygiène de base se sont améliorées.</p>	<p>2.1.1 Prévalence réduite de l'anémie chez les écoliers, par sexe.</p> <p>2.2.1 Perception par les enseignants de l'amélioration de la faculté de concentration et d'apprentissage des enfants résultant de la consommation de biscuits enrichis.</p> <p>2.3.1 Pourcentages de filles et de garçons des écoles primaires ciblées ayant un taux de présence de 80% au moins.</p> <p>2.4.1 Pourcentage d'écoliers ayant adopté un comportement sûr en matière d'hygiène.</p>	<p>Les systèmes de soins de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont rapidement rétablis dans les zones touchées par les catastrophes.</p> <p>L'engagement pris par le Gouvernement d'appuyer tous les programmes dans les zones ciblées est maintenu.</p> <p>Les nouvelles catastrophes ne sont pas d'une amplitude sans précédent.</p>
<p>Appui aux patients atteints de tuberculose, Objectif stratégique 3:</p> <p>3.1 Participation accrue des patients atteints de tuberculose au traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) dans les centres de santé/dispensaires ciblés</p>	<p>3.1.1 Pourcentage de patients atteints de tuberculose suivant entièrement le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), par sexe.</p> <p>3.1.2 Amélioration des taux de dépistage de la tuberculose.</p>	



ANNEXE II: CADRE LOGIQUE

Résultats à moyen terme	Indicateurs de résultats	Hypothèses et risques
<p>VCT/VPF, programmes de développement communautaire et distributions alimentaires générales d'urgence, Objectifs stratégiques 1 et 2:</p> <p>4.1 Les moyens d'existence des groupes vulnérables se sont améliorés grâce à la création ou à la réhabilitation des savoir-faire et des biens communaux/individuels.</p> <p>4.2 Prévention de la détérioration de l'état nutritionnel des populations touchées par les catastrophes.</p>	<p>4.1.1 Nombre effectif et pourcentage des actifs utilisés et entretenus bénéficiant d'un appui, par type.</p> <p>4.1.2 Contribution locale sous forme de terrains et de main-d'œuvre aux projets d'infrastructure.</p> <p>4.1.3 Proportion des dépenses des ménages consacrée aux produits alimentaires.</p> <p>4.2.1 Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans dans la population ciblée, par sexe (émaciation et/ou signes cliniques d'œdème).</p> <p>4.2.2 Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans la population ciblée, par sexe (poids pour âge).</p>	
Résultats à court terme	Indicateurs de résultats	
<p>1.1.1 Les centres de santé locaux dans les zones affichant des taux de malnutrition élevés sont ciblés.</p> <p>1.1.2 Les aliments enrichis destinés aux enfants et aux femmes ciblés sont fournis en temps voulu et en quantité suffisante.</p> <p>1.1.3 Une formation nutritionnelle et sanitaire fondée sur l'acquisition de compétences est assurée par des agents sanitaires villageois et le personnel médical.</p>	<p>1.1.1.1 Nombre de dispensaires atteints où la prévalence de la malnutrition est forte, en pourcentage du nombre planifié.</p> <p>1.1.2.1 Quantités d'aliments enrichis effectivement distribués, en pourcentage des quantités planifiées, par type de produit.</p> <p>1.1.2.2 Nombre d'enfants âgés de 2 à 5 ans recevant effectivement des aliments enrichis, en pourcentage du nombre planifié, par sexe.</p> <p>1.1.2.3 Nombre de femmes enceintes et allaitantes recevant effectivement des aliments enrichis, en pourcentage du nombre planifié.</p> <p>1.1.3.1 Nombre de personnes effectivement formées, par type de formation et par sexe.</p> <p>1.1.3.2 Pourcentage de centres de santé assurant une formation sur l'éducation nutritionnelle et sanitaire fondée sur l'acquisition de compétences.</p>	<p>Les donateurs fournissent les ressources en temps voulu.</p> <p>Les partenaires et les ministères publics fournissent suffisamment de personnel qualifié.</p> <p>La liberté d'accès aux zones d'intervention est garantie.</p> <p>L'engagement des parties prenantes reste fort.</p>



ANNEXE II: CADRE LOGIQUE

Résultats à moyen terme	Indicateurs de résultats	Hypothèses et risques
<p>2.1.1 Les écoles primaires dans les zones affichant des taux de malnutrition élevés sont ciblées.</p> <p>2.1.2 Les aliments enrichis destinés aux enfants des écoles primaires ciblées sont fournis en temps voulu et en quantité suffisante.</p> <p>2.1.3 Le programme FRESH est mis en œuvre dans les écoles ciblées, en mettant l'accent sur la formation nutritionnelle et sanitaire fondée sur l'acquisition de compétences.</p>	<p>2.1.1.1 Nombre d'écoles atteintes où la prévalence de la malnutrition est forte.</p> <p>2.1.2.1 Nombre d'enfants des écoles primaires recevant effectivement des biscuits enrichis, en pourcentage du nombre planifié, par sexe.</p> <p>2.1.2.2 Quantités de biscuits enrichis effectivement distribués, en pourcentage des quantités planifiées.</p> <p>2.1.3.1 Nombre d'écoles mettant en œuvre FRESH.</p> <p>2.1.3.2 Nombre de personnes effectivement formées, par type de formation et par sexe.</p> <p>2.1.3.3 Pourcentage d'écoles assurant une formation sur l'éducation nutritionnelle et sanitaire fondée sur l'acquisition de compétences.</p> <p>2.1.3.4 Nombre d'élèves recevant des comprimés de vermifuge, par sexe.</p>	<p>La coopération interinstitutions fonctionne et les stratégies communes améliorées sont mises en œuvre.</p> <p>Les partenaires/ fournisseurs apportent les intrants en temps voulu pour un coût avantageux.</p> <p>Les médicaments antituberculeux sont disponibles pour la distribution dans les centres de santé et les dispensaires.</p> <p>Les ressources du fonds fiduciaire sont débloquées en fonction des besoins.</p> <p>Les évaluations des besoins sont financées et réalisées en temps voulu.</p>
<p>3.1.1 Les patients atteints de tuberculose enregistrés reçoivent la ration mensuelle.</p> <p>3.1.2 Les aliments destinés aux bénéficiaires ciblés sont fournis en temps voulu et en quantité suffisante.</p>	<p>3.1.1.1 Nombre de patients atteints de tuberculose suivant effectivement un traitement de brève durée sous surveillance (DOTS), en pourcentage du nombre de bénéficiaires estimé, par sexe.</p> <p>3.1.2.1 Quantités d'aliments effectivement distribuées, en pourcentage des quantités planifiées.</p>	
<p>4.1.1 La création et la réhabilitation des actifs et infrastructures individuels et communaux bénéficient d'un appui.</p> <p>4.2.1 Les activités de formation pour l'acquisition de connaissances et de compétences sont facilitées.</p>	<p>4.1.1.1 Nombre effectif de projets/activités VCT bénéficiant d'un appui, par type.</p> <p>4.1.1.2 Nombre effectif de projets de développement communautaire bénéficiant d'un appui dans les communautés pauvres, par type.</p> <p>4.1.1.3 Nombre de ménages/personnes bénéficiant de l'appui en faveur des actifs.</p> <p>4.2.1.1 Nombre de personnes effectivement formées dans les activités VPF/programmes de développement communautaire, en pourcentage du nombre planifié, par type de formation et par sexe.</p>	

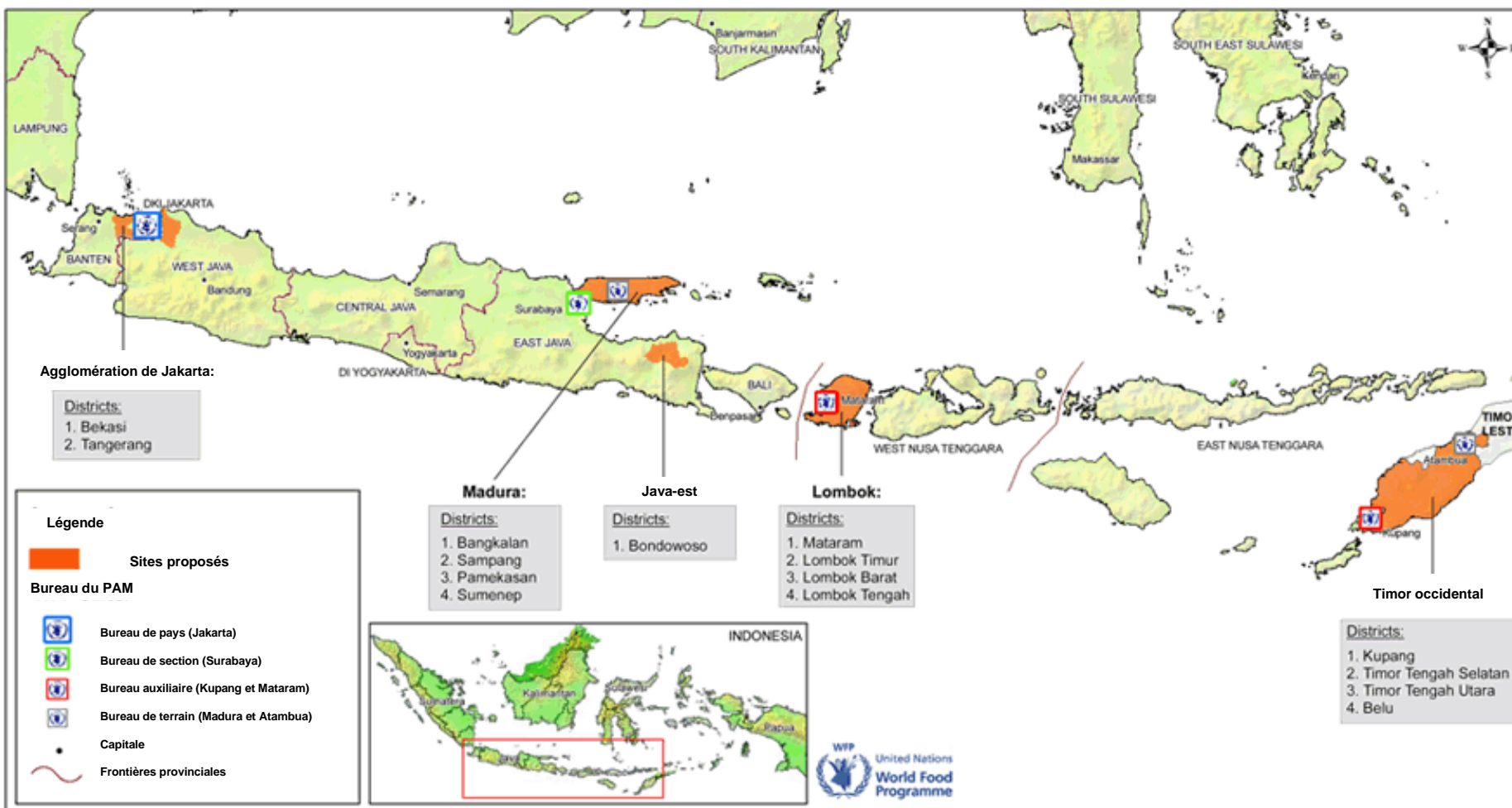


ANNEXE II: CADRE LOGIQUE

Résultats à moyen terme	Indicateurs de résultats	Hypothèses et risques
<p>4.3.1 Les produits alimentaires destinés aux bénéficiaires ciblés sont fournis en temps voulu et en quantité suffisante.</p> <p>4.4.1 L'établissement de groupements villageois chargés de l'exécution des activités, de la maintenance ou des distributions alimentaires, bénéficie d'un appui.</p> <p>4.5.1 L'évaluation des besoins est réalisée en coopération avec le Gouvernement et d'autres organisations.</p>	<p>4.3.1.1 Nombre de bénéficiaires des VCT/VPF/distributions alimentaires générales recevant effectivement des produits alimentaires, en pourcentage du nombre planifié, par sexe.</p> <p>4.3.1.2 Quantités de produits alimentaires effectivement distribuées au titre des activités VCT/VPF et des distributions alimentaires générales, en pourcentage des quantités planifiées, par type de produit.</p> <p>4.4.1.1 Nombre effectif de comités en charge des activités VCT/projets de développement communautaire/distributions alimentaires générales sensibilisés à l'accession des femmes aux postes de responsabilité.</p> <p>4.5.1.1 Nombre effectif et pourcentage de recommandations issues des évaluations des besoins sur le ciblage, l'ajustement des rations, etc. effectivement mises en œuvre.</p>	
Indicateur de résultat commun pour tous les programmes		
<p>5.1.1 Les partenaires ont passé un contrat avec le PAM, et les capacités des parties prenantes en matière d'évaluation et de gestion de l'exécution, y compris la logistique et le S&E, sont renforcées.</p>	<p>5.1.1.1 Nombre de contrats signés avec les partenaires, par programme.</p> <p>5.1.1.2 Nombre de membres du personnel des partenaires ayant bénéficié d'une formation, par type de formation, programme et sexe.</p>	



Zones d'intervention proposées pour l'IPSR Indonésie10069.2 (2008–2010)



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

LISTE DES SIGLES UTILISES DANS LE PRESENT DOCUMENT

ACV	Analyse et cartographie de la vulnérabilité
BBKP	<i>Badan Bimas Ketahanan Pangan</i> (Agence nationale pour la sécurité alimentaire)
BPS	<i>Biro Pusat Statistik</i> (Bureau central de la statistique)
BULOG	Bureau national de la logistique alimentaire
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health
IPSR	Intervention prolongée de secours et de redressement
MPASI	<i>Makanan Pendamping Air Susu Ibu</i> (programme national d'alimentation complémentaire)
NTB	<i>Nusa Tenggara Barat</i>
NTT	<i>Nusa Tenggara Timur</i>
ODB	Bureau régional de Bangkok (Asie)
ODP	Bureau régional de Panama (Amérique Latine et Caraïbes)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPSM	<i>Operasi Pasan Swadaya Masyarakat</i> (Fourniture de riz subventionné à des fins de protection sociale)
PLA	Point de livraison avancé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RASKIN	<i>Beras untuk Orang Miskin</i> (programme d'aide alimentaire)
S&E	Suivi et évaluation
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TIEM	Transport intérieur, entreposage et manutention
TTEM	Transport terrestre, entreposage et manutention
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VCT	Vivres contre travail
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPF	Vivres au profit de la formation