

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Troisième session ordinaire
du Conseil d'administration**

Rome, 21 - 24 octobre 1996

RAPPORTS SUR L'ÉTAT D'AVANCEMENT DE PROJETS APPROUVÉS

Point 8 d) de l'ordre du
jour

PROJET PAKISTAN 2237 (Élarg.3)

Assistance aux soins de santé primaires

Coût total des produits alimentaires	22 485 306 dollars
Coût total pour le PAM	25 613 995 dollars
Date de l'approbation par le CPA	7 juin 1990
Date de la signature du plan d'opérations	13 février 1991
Date de l'acceptation de la lettre de démarrage	17 février 1991
Date de la première distribution	1er janvier 1992
Durée de l'aide du PAM	Quatre ans et six mois
Durée du projet au 29 février 1996	Quatre ans et deux mois

Sauf indication contraire, toutes les valeurs monétaires sont exprimées en dollars des États-Unis. Un dollar E.-U. valait 34 roupies pakistanaises en février 1996.



Distribution: GÉNÉRALE
WFP/EB.3/96/8-D/Add.6
2 septembre 1996
ORIGINAL: ANGLAIS

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 À L'INTENTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Conformément aux décisions prises par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire sur les méthodes de travail, les documents établis par le Secrétariat à l'intention du Conseil ont été rédigés dans un souci de concision et axés sur la prise de décisions. Les réunions du Conseil d'administration doivent prendre un tour pragmatique et favoriser le dialogue et les échanges entre les délégations et le Secrétariat. Celui-ci poursuivra les efforts déployés pour faciliter la mise en oeuvre de ces principes directeurs.

Le Secrétariat invite les membres du Conseil qui souhaitent poser des questions d'ordre technique sur ce document à contacter directement les fonctionnaires mentionnés ci-après, de préférence quelque temps avant la session du Conseil. Cette procédure vise à faciliter l'examen du document en session plénière.

Les fonctionnaires du PAM responsables de ce document sont les suivants:

Directeur régional: M. Hammam tel.: 5228-2208

Chargé des opérations: J.Taft-Dick tel.: 5228-2323

Pour toute question concernant la distribution des documents présentés au Conseil d'administration, veuillez contacter l'employé chargé de la documentation (tél.: 5228-2641).

BUT DU PROJET ET DE L'AIDE DU PAM

1. Malgré une croissance économique satisfaisante, les indicateurs sociaux du Pakistan sont toujours en retard sur ceux d'autres pays à un stade analogue de développement, en particulier dans les domaines de la santé des femmes et des enfants et de l'éducation des jeunes filles. Devant les progrès décevants du développement des ressources humaines, le Gouvernement pakistanais a lancé un programme d'action sociale dont l'objectif est d'apporter aux pauvres des zones rurales enseignement et soins de santé primaires, planification familiale, adduction d'eau et assainissement. Dans le domaine de la santé, le programme vise à améliorer l'efficacité et l'utilisation des équipements sanitaires de base, et notamment à faciliter l'accès des femmes aux services de santé. A cet effet, le projet a été repensé de manière à utiliser l'aide alimentaire pour promouvoir le développement des ressources humaines, avec les objectifs suivants:
 - a) **à long terme**: aider le Gouvernement du Pakistan à développer les soins de santé primaires dans les zones rurales et les taudis urbains;
 - b) **à court terme**: i) encourager les femmes enceintes pauvres à fréquenter les dispensaires; ii) favoriser l'utilisation de certains services de santé primaires.
2. Cette politique fondamentale correspond aux objectifs énoncés dans la Mission du PAM: améliorer la qualité de vie des plus vulnérables au moyen de services de santé et d'une éducation sanitaire, notamment grâce à une distribution directe de nourriture aux mères qui servirait d'incitation (transfert de revenu), et qui améliorerait en même temps la sécurité alimentaire des ménages.

EXECUTION

3. Le projet est exécuté par les services de santé provinciaux sous la surveillance du Ministère fédéral de la santé. Dans les dispensaires, ce sont des infirmières visiteuses¹ qui donnent les soins prénataux et postnataux. Elles distribuent aussi les rations d'huile alimentaire. Le projet concerne actuellement environ 980 dispensaires (18 pour cent du nombre total de dispensaires dans le pays), dont 200 dans la Province de la frontière du nord-ouest (PFNO), 200 dans le Sind, 90 en Azad, Jammu et au Cachemire (AJK), 90 au Balouchistan et 400 au Pendjab, dans des zones où les conditions sanitaires sont mauvaises et la fréquentation de dispensaires faible.
4. Dans le plan d'opérations initial, le PAM s'engageait à fournir un assortiment de cinq produits alimentaires pour améliorer la nutrition des bénéficiaires. Pour simplifier la distribution et réduire les coûts de transport, on a remplacé cet assortiment par un seul produit de grande valeur: l'huile alimentaire. On a aussi repensé les objectifs du projet pour mettre davantage l'accent sur la santé maternelle et infantile (SMI), notamment en distribuant les denrées alimentaires aux mères pendant les périodes de risque nutritionnel maximum. Chaque bénéficiaire reçoit en tout jusqu'à quatre bidons d'huile (de quatre à cinq kilogrammes chacun) pendant la grossesse et après l'accouchement. Le premier bidon est donné lorsque la grossesse est confirmée par un examen en bonne et due forme. Il s'accompagne d'un vaccin antitétanique (TT I), si nécessaire. Le second bidon est fourni

¹ Employées du Service de santé s'occupant de la santé maternelle et infantile (SMI) dans les dispensaires.

après le sixième mois de grossesse, au moment de la deuxième injection antitétanique (TT II), le troisième au moment de la pesée et du vaccin BCG du nouveau-né et le quatrième au moment du triple vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT). À chaque étape, la mère reçoit des informations sanitaires sur l'allaitement, la vaccination, la santé et la nutrition des enfants et des conseils de planification familiale. On encourage les femmes enceintes à s'inscrire rapidement pour pouvoir bénéficier des soins de santé préventifs.

5. L'exécution de la nouvelle stratégie, accompagnée d'un suivi intensif, a commencé au Pendjab, en AJK et au Baloutchistan au début de 1995 et dans le Sind et dans la PFNO vers la fin de 1995. Une cellule du Programme d'action sociale, composée d'un directeur de programme, cinq agents de terrain (un par province) et de deux fonctionnaires chargés du suivi et de l'évaluation a été mise en place pour renforcer le suivi du projet par le PAM. Des aide-mémoire pour la collecte des données sur la gestion du projet et des indicateurs de performance (nombre de femmes enceintes inscrites, fréquentation des dispensaires par les femmes enceintes, nombre de visites prénatales, avancement de la grossesse au moment de l'inscription, taux de vaccination TT, BCG et DCT et nombre de consultations sanitaires) ont été établis pour faciliter le suivi au niveau des dispensaires et des districts.

GESTION DES PRODUITS ALIMENTAIRES

6. Au départ, le PAM s'est engagé à fournir 910 tonnes de thé, 6 248 tonnes de mélange blé-soja, 7 602 tonnes de sucre, 4 614 tonnes de beurre fondu liquide et 11 483 tonnes de légumes secs. En 1994, 131 tonnes de thé, 1 200 tonnes de mélange blé-soja, 1 505 tonnes de sucre, 1 508 tonnes de beurre fondu liquide et 4 318 tonnes de légumes secs avaient été livrées. Dans le cadre d'une révision budgétaire qui a suivi le changement de stratégie, le reliquat de denrées à livrer a été converti en huile végétale (19 000 tonnes).
7. À la fin de 1994, les produits fournis au titre du plan initial avaient été utilisés. À la fin de 1995, le projet avait reçu, au titre de la stratégie révisée, 2 345 tonnes d'huile, dont 1 935 tonnes (83 pour cent) avaient été utilisées. Les pertes après livraison se montaient à 15 tonnes (0,6 pour cent). En 1994, 372 tonnes d'huile ont été attribuées au Gouvernement du Sind pour les victimes des inondations (mères et enfants). La France a contribué aux frais de transport, de formation et de suivi à hauteur de 27 729 dollars.
8. On estime le coût de la fourniture, du transport et de la livraison de l'huile végétale du PAM à 1 143 dollars par tonne, dont 50 dollars de transport intérieur, alors que le prix moyen sur le marché intérieur est de 1 349 dollars, ce qui donne un coefficient alpha de 1,18. En outre, les frais généraux du gouvernement sont réduits. L'aide alimentaire est donc une formule économique de transfert de revenu.

CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT

9. Le Gouvernement du Pakistan a honoré les obligations qui lui incombaient aux termes du plan d'opérations: fourniture de personnel, de services de santé et transport de l'huile alimentaire. Il serait, toutefois, souhaitable qu'il puisse assurer plus régulièrement les livraisons aux dispensaires.

APPUI TECHNIQUE ET AIDE EXTERIEURE

10. Les principaux donateurs, dont la Banque mondiale, la Banque asiatique de développement, le Royaume-Uni, le Gouvernement des Pays-Bas, l'Agence japonaise de coopération internationale, l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF apportent leur soutien technique au secteur de la santé primaire en vue de développer les capacités institutionnelles, d'améliorer les approvisionnements en fournitures, de recruter et former davantage de personnel féminin et d'améliorer les services. Le gouvernement a lancé un programme d'agents sanitaires féminins pour sensibiliser les collectivités rurales aux problèmes de santé. Un système d'information sur la gestion sanitaire a été mis en place pour développer la collecte systématique de données dans toutes les provinces ainsi qu'une cellule de soutien multidonateurs pour coordonner les activités du Programme d'action sociale. Régulièrement, des réunions de coordination ont lieu entre le PAM et la cellule multidonateurs pour mettre en commun les résultats du suivi et faire le point des questions de santé et d'éducation de base.
11. Les équipes du PAM ont formé du personnel de contrepartie à la nouvelle stratégie, à l'exécution du projet, aux systèmes de collecte de données et de reddition de comptes et à la gestion des produits alimentaires. Un système de suivi direct des bénéficiaires a été mis en place pour évaluer l'impact du projet. Les résultats du suivi, les stratégies et les idées pour l'avenir sont examinés avec les autorités chargées du projet dans des ateliers de S&E. Le Gouvernement suédois a fourni des camions et des camionnettes pour faciliter le transport de l'huile et la mobilité du personnel de contrepartie chargé du suivi.

EVALUATION

12. Le PAM suit le projet de près depuis 1995 (30 pour cent des dispensaires ont été visités). En outre, dans chaque province, des examens annuels, auxquels participaient des donateurs tels l'Union européenne, les Services de secours catholiques et l'UNICEF ont permis d'évaluer les effets du projet et de confirmer les observations du PAM. À la suite de l'examen réalisé dans chaque province, une étude de gestion a été faite au siège du PAM pour évaluer les premiers résultats de la nouvelle stratégie. Les conclusions de ces examens sont étudiées avec les responsables du projet et les représentants de divers donateurs et d'organismes techniques. Il en ressort que la nouvelle stratégie a été pleinement acceptée. Elle a permis de simplifier la distribution de l'aide alimentaire aux familles rurales pauvres, tout en obtenant un bon rapport coût/efficacité. L'huile est distribuée aux femmes lors de leur visite au dispensaire. La valeur de transfert de revenu (200 à 230 roupies) représente environ 10 pour cent du revenu mensuel moyen des familles pauvres qui dépendent des services de santé de base publics et gratuits.
13. Le nombre d'inscriptions et d'examens de femmes enceintes dans les dispensaires où l'huile est distribuée a augmenté en moyenne de 71 pour cent (voir tableaux en Annexe). Le projet a permis de transmettre aux femmes des informations de base sur l'allaitement, la vaccination, la nutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la planification familiale. La vaccination a également progressé, malgré des problèmes récents d'approvisionnement en vaccins et des incidents dans le système de réfrigération de certains dispensaires. La raison pourrait en être que ces apports sont depuis peu fournis par le gouvernement et plus par les donateurs. En outre, certaines fournitures comme les

suppléments vitaminés et les comprimés de fer pour combattre l'anémie manquent souvent dans les dispensaires.

14. Près de 1 000 entretiens directs avec les bénéficiaires ont eu lieu dans les dispensaires ou aux domiciles des mères dans les cinq régions du pays. En moyenne, 48 pour cent des femmes interrogées s'étaient inscrites avant le sixième mois de grossesse, contre 20 pour cent en moyenne nationale, selon l'Enquête nationale pakistanaise sur la santé et la démographie. De même, le nombre de femmes qui sont allées plus de trois fois aux consultations prénatales dans des centres de SMI assistés par le PAM a augmenté de 193 pour cent. En outre, le taux d'accouchements assistés est de 68 pour cent supérieur à la moyenne nationale chez les femmes qui ont fréquenté les dispensaires du projet. Le facteur le plus encourageant est peut être la proportion importante (plus de 40 pour cent en moyenne) de femmes interrogées qui disent avoir eu connaissance des conseils de santé de base et les avoir compris. Toutefois, chez les femmes de moins de vingt ans et chez les primipares, ce chiffre tombe en deçà de 10 pour cent, toutes provinces confondues. Ceci peut être dû soit aux traditions socioculturelles qui empêchent les déplacements des jeunes femmes, soit à un manque de connaissance des services proposés dans les dispensaires ou à ces deux raisons.
15. Il n'est pas encore possible d'évaluer la durabilité à long terme du projet. En effet, on ne sait pas si les femmes continueront de se rendre dans les dispensaires pour les soins prénataux lorsque les distributions d'huile auront cessé. Il y a toutefois des signes encourageants. Au Pendjab, où le projet a récemment été interrompu pendant quelques mois, le nombre d'inscriptions a certes baissé lorsque les distributions d'huile ont cessé, mais sans retomber aux niveaux d'avant le projet.
16. Les estimations du rapport coût/efficacité du projet montrent que les dépenses de fonctionnement par bénéficiaire ont baissé de 3,7 pour cent dans les dispensaires en raison de l'augmentation de fréquentation suscitée par le projet. Le coût du suivi et de la surveillance des dispensaires représente trois pour cent du coût total du projet et 10 pour cent du coût des produits alimentaires. La valeur vénale de la ration distribuée aux femmes est d'environ sept dollars, soit plus que son coût, y compris les dépenses de transport, de livraison et de suivi. Les avantages sanitaires: vaccination des mères et des enfants, conseils pour l'accouchement sans danger, informations sur la puériculture et la nutrition des enfants, prise de conscience de l'existence des services de planification familiale sont plus difficiles à chiffrer.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

17. Les distributions d'huile du PAM ont encouragé davantage de femmes enceintes à utiliser les équipements des dispensaires, ce qui est un des principaux objectifs du Programme d'action sociale. Elles s'inscrivent plus tôt, fréquentent davantage les consultations prénatales, et un plus grand nombre d'entre elles décident de faire appel à des sages-femmes diplômées pour les assister lors de l'accouchement qui a, en général, lieu à la maison. Il est clair que le bidon d'huile qui accompagne les services sanitaires intéresse beaucoup de femmes. Il semble compenser le temps et le coût du déplacement vers un dispensaire souvent éloigné de leur village. Sachant que la fourniture d'huile n'est qu'une "offre promotionnelle", pour inciter les femmes à recourir à des conseils et des services, il est encourageant qu'une distribution de produits alimentaires, même incomplète, influe sur la fréquentation des dispensaires. Pour que le projet soit durable, il faudra surtout accroître les effectifs d'infirmières visiteuses et d'agents sanitaires féminins basés dans les village,

renforcer leur formation, améliorer les approvisionnements en vaccins, oligo-éléments etc. et mieux utiliser le matériel d'information sur la santé et la planification familiale. Les autorités sanitaires provinciales devraient faire en sorte que les dispensaires assistés par le PAM ne manquent jamais de fournitures sanitaires telles que le vaccin du programme élargi de vaccination, les comprimés de fer et vitamines et le matériel de planification familiale. Le projet ne doit être mis en oeuvre que dans les dispensaires ruraux et les taudis urbains équipés pour les soins de santé de base, mais sous-utilisés. Le PAM prévoit de se retirer des dispensaires urbains où les inscriptions sont suffisamment nombreuses. Une proche collaboration avec le programme d'agents sanitaires villageois du Premier Ministre est nécessaire pour que les collectivités aient connaissance du projet, des services disponibles et des droits de chacun.

18. Pour que le projet fonctionne, les livraisons d'huile doivent être régulières. Le calendrier d'arrivée des chargements d'huile doit être communiqué au gouvernement à l'avance (au début de l'année civile) pour que les crédits puissent être inscrits au budget de l'exercice financier (juillet-juin). Il faut aussi demander aux donateurs de fournir de l'huile vitaminée et de faire clairement figurer sur l'emballage les dates de production ou de péremption.
19. Devant les résultats positifs de la nouvelle stratégie qui encourage les femmes à se rendre dans les centres SMI pour la prévention et l'éducation sanitaire, il a été recommandé de prolonger la durée du projet de deux ans, sans engagement supplémentaire, pour que sa fin coïncide avec celle d'autres projets opérationnels au Pakistan dans le cadre du cycle du programme de pays (de juillet 1994 à juin 1998). Le projet sera évalué en 1997 de manière notamment à estimer les résultats, y compris l'augmentation du nombre de bénéficiaires (2,6 fois plus en 1996 qu'en 1995, année du lancement et de l'essai réussi de la nouvelle stratégie). Cette évaluation qui fera partie d'un examen conjoint de l'aide du PAM au Programme d'action sociale permettra aussi de déterminer les possibilités d'élargir les activités du projet dans le prochain cycle de programmes de pays.

ANNEXE

TABLEAU I

NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET BESOINS EN HUILE (ESTIMATIONS)						
	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nombre de bénéficiaires (estimation) ¹	67 721	178 251	225 000	225 000	225 000	920 975
Nombre de tonnes d'huile utilisées (estimation)	1 931	3 561	4 500	4 500	4 500	19 000 ⁴
Objectif annuel (en pourcentage)	10	18	24	24	24	100

¹ Taux de participation escomptés: Pendjab: 45 pour cent, Sind: 20 pour cent, PFNO: 20 pour cent, Baloutchistan: sept pour cent et AJK: huit pour cent.

² Projet exécuté dans 980 dispensaires en 1996 contre 650 en 1995.

³ Dont 372 tonnes utilisées pour les victimes des inondations dans le Sind.

⁴ Reliquat du nouvel engagement sous forme d'huile alimentaire.

TABLEAU II

NOMBRE D'INSCRIPTIONS DE FEMMES ENCEINTES DANS LES DISPENSAIRES (PAR JOUR) ¹						
	Pendjab	PFNO	Sind	Baloutchistan	AJK	Moyenne
Avant la distribution d'huile	1,24	0,67	1,10	0,93	1,13	1,01
Après la distribution d'huile	1,78	1,32	1,34	2,11	2,11	1,73
Taux d'augmentation des inscriptions de femmes enceintes (en pourcentage)	44	97	22	127	87	71

¹ Moyenne quotidienne obtenue en divisant le nombre d'inscriptions mensuelles de femmes enceintes par le nombre de jours de présence des infirmières visiteuses dans le dispensaire.

² Moyenne pendant une période de trois mois avant et après la distribution d'huile.

N.B. Analyse à partir du nombre de dispensaires suivant (de juillet 1995 à mars 1996): Pendjab: 56 dispensaires visités sur 210; PFNO: 45 sur 150; Sind: 45 sur 180; Baloutchistan: 18 sur 67; AJK: 18 sur 56. Le taux élevé d'augmentation dans la PFNO et au Baloutchistan tient à ce que les inscriptions étaient particulièrement peu nombreuses avant les distributions d'huile dans ces provinces plus éloignées et moins peuplées.

TABLEAU III

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DU SUIVI DIRECT DES BÉNÉFICIAIRES						
	Pendjab	PFNO	Sind	Baloutchistan	AJK	Moyenne
Ventilation par âge des bénéficiaires (en pourcentage)						
- Moins de 20 ans	6	8	7	2	8	6
- De 20 à 29 ans	54	66	62	38	53	55
- De 30 à 39 ans	36	22	31	49	24	35
- De 40 ans et au-delà	5	5	1	11	8	6
Inscriptions avant le sixième mois (en pourcentage)	59	41	40	25	63	48
Réception de l'huile confirmée (en pourcentage)	96	100	100	100	100	99
Femmes conscientes de leur droit à la ration d'huile (en pourcentage)	43	19	16	54	88	47
Plus de trois consultations prénatales (en pourcentage)	49	25	49	12	52	41
Accouchements assistés par sage-femme diplômée (en pourcentage)	87	58	28	62	60	64
Nombre de bénéficiaires interrogés	299	157	105	212	175	948