



BUREAU DE L'ÉVALUATION

RAPPORT COMPLET

de

**L'ÉVALUATION A MI-PARCOURS DU
PROJET BURKINA FASO 4959**

**“ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE AUX
GROUPES VULNÉRABLES”**

11/09/98 - 02/10/98

Rome, Novembre 1998



TABLE DES MATIERES

Synthèse d'évaluation	
1.Introduction.....	1
2. Conception et formulation.....	1
2.1. Intégration du projet dans le plan sanitaire du pays.....	1
2.2. Complémentarité avec les autres sources de financement et l'assistance technique.....	2
3. Analyse des problèmes.....	4
3.1. Caractéristiques socio-économiques du pays	4
3.2. Indicateurs de santé.....	4
3.3. Situation nutritionnelle.....	5
3.4. Insécurité alimentaire.....	5
4. Répartition géographique du projet.....	6
4.1. Zones du projet.....	6
4.2. Centres bénéficiaires.....	7
4.3. Critères de sélection des centres.....	8
5. Gestion du projet	8
5.1. Cadre institutionnel.....	8
5.2. Obligations du PAM et appui d'autres organismes.....	9
5.3. Efficacité de l'aide.....	10
5.4. Rations alimentaires.....	12
5.5. Identification/sélection des bénéficiaires.....	13
5.6. Gestion et utilisation des fonds résultant de l'aide du PAM au projet.....	15
5.7. Participation des communautés et bénéfices tirés par les femmes.....	15
5.8. Le système de suivi/évaluation interne.....	16
6. Gestion des vivres.....	17
7. Rationalité de l'aide alimentaire.....	19
8. Conclusions.....	20
8.1. Progrès vers les buts et objectifs à long terme du projet.....	20
8.2. Atteinte des objectifs immédiats.....	20
8.3. Rôle et fonction de l'aide du PAM.....	21
9. Recommandations.....	22
Itinéraire de la mission et personnes rencontrées.....	26
Référence des documents consultés.....	28

Annexe 1: Formations sanitaires bénéficiaires au 12 juin 1998

Annexe 2: Formations bénéficiaires/Programme de pays

Annexe 3: Formations bénéficiaires/Mission d'évaluation

Annexe 4: Prévisions en bénéficiaires, durée d'assistance et en vivres/Mission d'évaluation

Tableaux:

Tableau 1: Récapitulatif mouvement des denrées pour les années 1996 à 1998

Tableau 2: Valeur actuelle des rations alimentaires

Tableau 3: Estimation des bénéficiaires de la nouvelle zone d'intervention/Programme pays

Tableau 4: Estimation des bénéficiaires de l'ancienne zone du projet.

Tableau 5: Approvisionnement des formations sanitaires selon la DNP.

Tableau 6: Formation du personnel de santé dans le cadre du projet

Tableau 7: Carte des districts et régions sanitaires

Tableau 8: Carte sanitaire (nombre de formations par districts)

Tableau 9: Provinces couvertes par l'actuel projet

Tableau 10: Zone future d'intervention des projets PAM

Tableau 11: Zone d'intervention du programme de lutte contre la pauvreté/PNUD

Tableau 12: Indice de développement humain par provinces

Tableau 13: Incidence de l'extrême pauvreté



ABREVIATIONS ET SIGLES

BF	: Burkina Faso
CPA	: Comité des Politiques et Programmes d'Aide Alimentaire du PAM
CPN	: Consultations Prénatales
CM	: Centre Médical.
CMA	: Centre Médical avec antenne chirurgicale
CN	: Consultations de Nourrissons
CNN	: Centre National pour la Nutrition.
COGES	: Comités de Gestion
CREN	: Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle.
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale.
DAAF	: Direction des Affaires Administratives et Financières.
DEP	: Direction des Études et de la Planification.
DGSP	: Direction Générale de la Santé Publique
DHD	: Développement Humain Durable
DNP	: Direction Nationale du Projet
DRS	: Directions Régionales de la Santé.
DS	: District Sanitaire
DSF	: Direction de la Santé de la Famille.
ECD	: Équipe Cadre de District.
EIM	: Enquête à indicateurs multiples
EPS	: Éducation pour la Santé
GOV	: le Gouvernement du pays
IB	: Initiative de Bamako
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information Éducation Communication
IMC	: Indice de masse corporelle
MPE	: Malnutrition Protéino-Énergétique
PDSN	: Projet de Développement Santé et Nutrition.
PLA	: "Participatory Learning and Action"
Plan Ops	: Plan d'Opérations du projet PAM
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PRL	: PLA, Points de livraison avancés
PSN	: Programmation Sanitaire Nationale.
PSP	: Poste de Santé Primaire
S/E	: Suivi/Évaluation.
SG	: Secrétariat Général
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SPAP	: Secrétariat Permanent aux aides du PAM
SSP	: Soins de Santé Primaires
VCT	: Vivres contre Travail



SYNTHESE D'EVALUATION

Objectif global: Contribuer à la mise en œuvre de la politique du Ministère de la Santé basée sur les principes définis dans la stratégie de l'Initiative de Bamako

*Composition de la Mission: Mme. Liliane Magos, consultant du PAM/Rome, Chef de Mission¹.
Mme. Maarit Hirvonen, conseiller régional des programmes PAM pour les pays du Sahel.*

Pertinence

Le projet est en conformité avec les plans globaux du Ministère de la Santé et entre dans le cadre du programme conjoint des Nations Unies pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires dans le pays.

Le projet s'exerce aux niveaux des formations sanitaires effectuant le Paquet Minimum d'Activités préventives. Ce projet devait avoir pour objectif de participer à la dynamisation des structures sanitaires et il est certain qu'il y a affluence de consultants quand il y a présence de vivres, mais que le phénomène inverse est également constaté. Il y a bien augmentation de la fréquentation mais le projet, tel qu'il fonctionne actuellement, ne permet pas d'améliorer l'objectif de régularité.

Le projet correspond aux besoins des bénéficiaires en ce sens que le pays a un certain taux de malnutrition infantile et maternelle et que les formations sanitaires doivent surveiller ces groupes à risque.

L'adéquation des moyens pêche par manque de personnel et de matériel au niveau des formations sanitaires. Toutefois des mesures sont en voie d'être prises par le Gouvernement pour pallier ces problèmes. Le manque de moyens s'est fait également sentir à la Direction Nationale du Projet (DNP) et au niveau du Ministère de la Santé qui a des difficultés pour débloquer à temps la contre – partie nationale du projet. Une insuffisance logistique s'est également fait sentir au niveau du Secrétariat Permanent aux aides du PAM (SPAP).

Efficiences

Le projet n'a pu absorber la quantité de vivres prévue jusqu'à ce jour car le démarrage a été trop prématuré, avant que ne soit mis en place au niveau des centres le matériel nécessaire à l'exécution du programme et que la formation du personnel soit effectuée. L'attitude de la DNP, qui était de ne pas livrer les centres n'ayant pas envoyé leurs rapports, a accentué ce phénomène. Par ailleurs le SPAP n'a pas toujours pu livrer les centres dans des délais rapides et les attributions pouvaient arriver en fin de trimestre dans les formations. Il y a un certain manque d'efficiences au niveau de l'organisation.

Les critères de sélection n'ont pas été suffisamment exprimés dans le Plan Ops et laissés à l'appréciation du DNP qui s'est trouvé devant certaines difficultés d'application. Le manque de critères de sélection cohérents et uniformisés a restreint l'efficiences du projet.

Il apparaît une certaine difficulté de coordination entre les deux directions nationales chargées l'une de l'exécution technique et l'autre de la distribution des vivres, du fait que ces deux services appartiennent à deux ministères différents (Santé, Agriculture).

L'absence de rapports réguliers de la part de certaines formations sanitaires a réduit l'efficiences du projet.

¹ Les opinions contenues dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou positions du PAM.



Efficacité

On ne peut dire que le projet a contribué vraiment à la réhabilitation nutritionnelle des enfants en état de malnutrition sévère car la majorité des CREN bénéficiaires du projet n'étaient pas fonctionnels ou n'avaient pas un processus de réhabilitation correct pour atteindre leurs objectifs ou leurs critères de sélection ne correspondent pas seulement à la malnutrition sévère (malnutrition modérée, orphelins, handicapés).

Le projet a été peu efficace à propos de l'encouragement des femmes enceintes et des mères allaitantes à fréquenter régulièrement les formations sanitaires car ces catégories n'ont pas bénéficié de la durée d'assistance prévue dans le Plan Ops. Ceci étant dû au manque de sélection des bénéficiaires (le personnel donnait à toutes les femmes se présentant et la conséquence était que la dotation trimestrielle disparaissait en un mois ou un mois et demi). Un manque d'information des populations relatif au programme alimentaire se fait profondément sentir dans l'exécution de ce projet.

Le transfert de revenus apporté par l'aide alimentaire aux auxiliaires bénévoles des formations sanitaires représente environ 35% du SMIG. Ce qui est correct pour un travail qui ne devrait dépasser trois heures par jour.

Un effort d'ajustement à la politique de recouvrement des coûts a été fait dans le cadre de l'exécution de ce projet par la direction nationale en demandant aux mères une participation financière aux distributions. En ce sens le projet a été efficace.

La contribution aux efforts d'information, d'éducation et de communication (IEC) à l'intention des femmes a été très restreinte puisqu'elle doit passer par un personnel de santé peu formé et motivé pour effectuer ces activités.

Coût-efficacité

Le projet n'a pu obtenir des résultats fixes et tangibles en rapport à son niveau de ressources. Son rapport coût – efficacité s'avère trop élevé et il est nécessaire de considérer les facteurs d'inefficacité présentés ci – dessus pour redresser le projet.

Impact

Si l'on considère l'année complète 1997 d'exercice du projet, l'impact n'a pas été très important puisque seulement 36% du tonnage annuel prévu a été distribué, alors que 79% des rations prévues ont été distribuées. La DNP est en accord avec la mission pour l'analyse des causes de cette divergence : les rations n'ont pas été respectées et les statistiques des formations sanitaires sont erronées.

Depuis le démarrage du projet jusqu'à mi – 1998, 92% de réalisation serait effectué en terme de bénéficiaires/rationnaires, ce qui est compréhensible puisqu'on donne presque à toutes les femmes enceintes ou ayant des enfants de moins de 6 mois présentent aux consultations et qu'elles ne reviennent en moyenne qu'une à deux fois. On confond le nombre de bénéficiaires et le nombre de rations mensuelles distribuées au niveau des statistiques.

L'impact sur la malnutrition sévère des enfants ne peut être analysé positivement pour les deux même raisons qu'exprimées ci – dessus auxquelles s'ajoute la non – fonctionnalité des CREN. Le pourcentage de réalisation en terme de bénéficiaires/rationnaires serait de 147% : ce qui est compréhensible par les critères de sélection non respectés.

/...



L'impact sur la malnutrition modérée a été faible : seulement environ 40% de réalisation en terme de bénéficiaires/rationnaires. Ce qui peut s'expliquer par un faible taux de fréquentation/couverture des consultations de nourrissons sains mais également par le fait que certains critères de sélection n'avaient pas été pris en considération et que la durée d'assistance prévue dans le Plan Ops était élevée (8 mois).

L'impact de transfert de revenus auprès des auxiliaires bénévoles a été positif. Il a été donné à 357 bénéficiaires sur les 250 prévus dans le Plan Ops, ceci à cause du dépassement du nombre de centres assistés durant ce dernier trimestre du projet (162 au lieu de 118 planifiés).

Viabilité

Sans une amélioration globale des facteurs de non – fréquentation, les formations sanitaires resteront peu attractives pour les populations. Sans un grand effort IEC au niveau des communautés pour une participation plus active des populations en matière d'alimentation des groupes vulnérables à la malnutrition, la relève ne sera pas assurée. Toutefois le développement à long terme et les plans globaux du pays prévoient d'agir en priorité sur ces deux facteurs.



1. INTRODUCTION

Suite à une mission inter – agences PAM/FAO/OMS d'examen préalable effectuée en novembre 1994, le projet BKF/4959, intitulé "Alimentation complémentaire des groupes vulnérables" a été soumis à l'approbation du CPA à la session de mai 1995. La durée du projet est prévue sur quatre années avec date officielle d'achèvement le 30 juin 2000. Le coût total du projet pour le PAM est de 9 735 040 dollars US (dont 3 672 450 USD pour les vivres) et pour le gouvernement de 1 564 250 USD. Le Plan d'opérations de ce dit projet a été approuvé et signé entre les deux parties en date du 19 décembre 1995. La lettre de démarrage du projet de la part du Ministre de la Santé est datée de février 1996. La mise en place effective du projet sur le terrain a été effectuée en juillet 1996 avec des vivres empruntés au projet Développement Rural BKF/3326. Mais les premières distributions dans les formations sanitaires n'ont commencé qu'entre octobre 1996 et avril 1997, car les centres bénéficiaires n'avaient pas été informés suffisamment tôt du programme et les outils de gestion n'étaient pas encore mis au point et distribués dans les centres.

La quantité de vivres engagée durant les quatre années du projet est de 20 785 tonnes : 16 985 tonnes de sorgho, 2 260 tonnes de légumineuses, 785 tonnes d'huile végétale, 640 tonnes de sucre et 115 tonnes de sel iodé, d'une valeur totale de 9 735 040 USD.

La mission d'évaluation a été présente 21 jours au Burkina Faso, du 11 septembre au 2 octobre 1998. Outre les jours consacrés aux rencontres avec les autorités ministérielles et différentes organisations, la mission a passé six jours sur le terrain et a visité six districts sanitaires, dans six provinces du pays et concernant cinq régions sanitaires. Des réunions de travail ont eu lieu dans chaque district avec le médecin – chef et la mission a visité deux formations sanitaires par district. L'équipe d'évaluation remercie toutes les personnes qui ont collaboré au bon accomplissement de cette mission et en particulier le Directeur National du Projet, le Dr. SOMDA, les responsables du SPAP et le Bureau du PAM au Burkina Faso.

2. CONCEPTION ET FORMULATION

2.1. Intégration du projet dans le plan sanitaire du pays

Le projet est en concordance avec les objectifs sanitaires du Gouvernement (GOV), il semble être un outil approprié en appui des politiques et stratégies nationales. Le pays a adopté une relance des Soins de Santé Primaires selon l'approche dite Initiative de Bamako (octobre 1992). Parmi les prestations de services, une priorité a été donnée au groupe vulnérable Mère – Enfant et, pour ce faire, il a été défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) à effectuer dans les formations sanitaires. Sur le plan des réformes financières, le Gouvernement a opté pour une participation communautaire basée sur le recouvrement des coûts en particulier avec la vente de médicaments essentiels génériques (MEG).

Pour l'an 2005, le GOV s'est fixé des objectifs assez élevés de réduction des taux de mortalité infantile et maternelle, de réduction de la malnutrition et du nombre d'enfants ayant un poids de naissance inférieur à 2,5 Kg, et espère en un accroissement important de la contraception. Pour ce faire, il s'agit, entre autre, d'améliorer la couverture sanitaire, la qualité des prestations de services, d'assurer la formation continue du personnel, de renforcer la participation des communautés à la gestion des problèmes de santé. Les Comités de santé des CSPS devraient servir de relais pour les actions d'IEC (Information, Éducation, Communication) et la mobilisation sociale.



Le système de santé actuel est basé sur la décentralisation. En 1993, une nouvelle carte sanitaire avait découpé le pays en 53 districts. Ces entités les plus décentralisées, couvrent une population moyenne de 200 000 habitants et chacune est dirigée par une Équipe Cadre de District (ECD) avec à sa tête un médecin – chef de district. Chaque district a un centre de référence, le CMA (52 CMA et 10 CM), et des centres de premier contact les CSPS (721) qui sont censés couvrir en moyenne 10 000 habitants dans un rayon de 10 km. Le district englobe aussi les postes de Santé primaires (180 dispensaires) et les Agents de Santé Communautaire (ASC) qui doivent participer aux actions de développement communautaire et entreprendre des actions IEC de même que les agents des autres niveaux. Les formations sanitaires périphériques sont gérées par des comités de gestion (COGES) dont les membres sont élus par la communauté et reconnus par le Préfet du département. Une nouvelle politique sanitaire et de nouvelles structures ont vu le jour suite au décret de juin 1996, portant organisation du Ministère de la Santé et abrogeant les dispositions du décret antérieur du 29 septembre 1994. Les 11 Régions Sanitaires, créées en 1996 en remplacement des provinces sanitaires, sont administrées par des Directions Régionales de la Santé (DRS) et sont le relais obligatoire entre le niveau central et les districts sanitaires. Les structures de soins de santé à ce niveau sont les Centres Hospitaliers Régionaux. Concernant les ressources humaines, un processus de redéploiement du personnel a été engagé en faveur des formations sanitaires périphériques (CSPS, CMA).

Un conseil national pour l'alimentation et la nutrition a pour mission de s'occuper en particulier de la valorisation des produits riches en vitamine A et en fer et apporte un soutien à la récupération des malnourris graves des CREN. Ce groupe de travail, avec le soutien de l'OMS, est en train de mettre au point le processus de réhabilitation nutritionnelle.

En matière de stratégie et au niveau du district, le projet PAM a un coordonnateur faisant partie de l'Équipe Cadre de District (ECD). Ce projet s'intègre dans l'une des stratégies préconisées, la stratégie fixe visant à augmenter l'utilisation des services des formations sanitaires. Dans la première ébauche du Programme Conjoint des Nations Unies, les aliments, préservateurs de la santé, étant classés au même niveau de valeur que les médicaments essentiels, prennent place dans le système de recouvrement des coûts.

Les ECD doivent, entre autre, être capables d'élaborer les plans sanitaires de district, de conduire une supervision formatrice, d'organiser et d'obtenir la participation communautaire, de procéder à la collecte, à l'analyse et au traitement des données, de gérer les ressources humaines, matérielles et financières dans le cadre du recouvrement des coûts.

2.2. Complémentarité avec les autres assistances techniques

Le Programme Conjoint des Nations Unies pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Burkina Faso est en train de se mettre en place (1999 - 2003). La zone d'intervention a été définie selon les critères suivants : degré de pauvreté élevé des populations, zones où il y a peu d'interventions de partenaires, taux élevé de mortalité et de malnutrition sévère, coordination possible avec d'autres projets des Nations Unies dans les domaines de la Santé, de l'éducation, de la nutrition, et d'activités génératrices de revenus. Cette zone se situe dans le Nord, le Sud – Est du pays et dans une partie du Centre – Nord et du Centre – Sud (voir annexe hors texte : Incidence de l'extrême pauvreté).

Concernant les objectifs de ce Programme Conjoint, le projet PAM Santé entre dans la ligne générale qui est l'amélioration de l'état de santé et de l'état nutritionnel des populations et participe aux objectifs intermédiaires en permettant l'accroissement de l'offre de services. Le projet PAM devrait participer aux objectifs spécifiques en ce qui concerne l'amélioration de l'état



nutritionnel de la mère et de l'enfant. Comme le projet PAM, les différentes organisations internationales travaillant dans le domaine de la Santé (OMS, Banque Mondiale, UNICEF, FNUAP) ont les trois objectifs communs suivants : dynamiser les structures sanitaires (CSPS et CM), aider à la réhabilitation nutritionnelle des enfants en état de malnutrition, contribuer aux efforts d'IEC.

L'OMS soutiendra en 1999 la stratégie intégrée (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) au niveau des districts, avec accent sur les activités préventives qui sont souvent trop négligées par rapport aux activités curatives. Il est prévu également de développer la surveillance nutritionnelle à base communautaire et par des actions d'IEC. Ce qui est encourageant pour le projet PAM dont les objectifs sont semblables.

Les Projets UNICEF de lutte contre les carences en micro-nutriments et le Programme élargi de Vaccinations (PEV) complètent l'action du PAM dans les formations sanitaires, insuffisamment puisque les deux organisations n'ont qu'une partie commune dans le Sud – Est du pays. Le PDSN/ Banque Mondiale agit également en matière de micro – nutriments mais seulement en action curative. Ce dernier projet, prévu pour 5 ans, soutiendra financièrement tous les districts sanitaires après élaboration de leurs plans d'actions. Bien formulés dans les plans d'action, les activités de suivi/évaluation (S/E), de formations et l'équipement devraient être programmés, donc solutionnés à ce niveau.

Le projet FNUAP intervient dans le processus de décentralisation et le renforcement des services de SMI et de planning familial. Le projet "Santé de la reproduction" 1997 – 2004 n'a pas encore démarré et des programmes intérimaires s'effectuent dans cette attente. Ce projet contient une composante IEC au niveau des centres de santé, s'implique dans l'amélioration du système d'information sanitaire. Ce projet donnera le matériel nécessaire aux consultations prénatales, et les balances/toises pourraient être demandées par le Ministère dans le cadre de ce projet.

La CEE, qui apporte une substantielle aide budgétaire au secteur Santé, a initié des enquêtes sur l'insuffisance de fréquentation des services de santé, sujet qui concerne les objectifs du projet PAM.

L'Éducation nutritionnelle et sanitaire des mères reste toujours le parent pauvre de la prévention. Toutefois certains projets IEC effectuent plus efficacement ces actions au niveau villageois. En particulier le projet PSAN/Banque Mondiale, initie des groupements féminins villageois, forme des agents de santé villageois, responsabilise les délégués villageois dans sept provinces dont seulement deux correspondent aux zones du projet PAM. Il en est de même du travail de différentes ONG, telle "Save The Children" dans les districts de la RS de Kaya (financement Coopération hollandaise). Plan International effectue des actions pilote en matière de CREN en approche communautaire dans les districts voisins du projet PAM (Kongoussi, Kaya). Citons encore Terre des Hommes mais qui ne cible pas non plus les mêmes régions (district de Ouahigouya) que le projet PAM. Une récente étude 1998 sur le financement extérieur de la Santé montre peu de possibilités de partenariat entre le projet PAM et l'action des ONG dans les zones ciblées, choisies justement parce que l'assistance était principalement concentrée dans le Centre et l'Ouest du pays (voir annexe hors texte : carte des districts et régions sanitaires).



3. ANALYSE DES PROBLEMES

3.1. Caractéristiques socio-économiques du pays

Dans le rapport PNUD sur le développement humain 1997, le pays se place 172^{ème} sur 175 pays (IDH) : 0,221), indicateur de services sociaux peu développés. La part des ressources propres consacrées aux secteurs sociaux a été en moyenne de 18 % de 1990 à 1997 ce qui est un effort pour répondre à l'invite de l'Initiative 20/20, promue en 1994 par cinq agences des Nations Unies et qui incite chaque État à consacrer au moins 20% de son budget à ces services afin de permettre un Développement Humain Durable. Ce DHD vise à élargir les possibilités humaines et pas seulement les revenus, il vise à l'épanouissement de toutes les potentialités humaines. Le budget 1995 pour la Santé était de près de 5 %, actuellement autour de 6%, ce qui est inférieur à la norme préconisée par l'OMS qui est de 10%. En 1995, le GOV. a présenté une lettre d'intention de politique de DHD permettant à chaque burkinabé d'accéder entre autre à la sécurité sanitaire entendue comme l'accès à un moindre coût aux soins médicaux. L'enveloppe financière des programmes proposés à la prochaine Table Ronde des Bailleurs de fonds pour ces services sociaux s'élève à 258 milliards de FCFA. Les dépenses du secteur public sont financées par le budget national à 60% avec un concours extérieur à 40%. Les programmes souffrent de la faiblesse des capacités d'exécution du GOV.

Les provinces à faible IDH (PNUD/juin 1997) peuvent être subdivisées en deux groupes (voir annexe hors texte : IDH). Le groupe d'IDH extrêmement faible est représenté par les provinces suivantes de l'Est du pays : Soum, Bam, Santamenga, Namentaga, Gnagna, Komandjari, Tapoa, Koulpelogo ; quelques provinces du Sud : Bazega, Ziro, Sissili, Ioba, Bougouriba et deux de l'Ouest : Kossi et Banwa. Le groupe d'IDH faible est représenté par les provinces suivantes du Nord : Oudalan, Seno, Yagha ; du Sud – Est : Gourma, Kompiega, Boulgou ; du Centre – Sud : Ganzourgou, Oubritenga, Koulweogo, Sanguié ; de l'Ouest : Les Bale, Kenedougou.

La population est rurale à 90% et 52% de la population est représentée par les femmes. Le taux d'alphabétisation est très faible (22%) avec inégalités importantes entre milieux urbains (60%) et ruraux (15%) et entre hommes (30%) et femmes (15%). Pour les femmes en milieu rural l'Enquête à Indicateurs Multiples (EIM) 1996 indique le chiffre de 4%. Le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire n'était que de 38 % en 1996 : il est inférieur à la moyenne des pays les moins avancés (48 % en 1994). L'EIM 1996 donne un taux net de scolarisation de 21% pour les filles de 7 à 12 ans en milieu rural.

3.2. Indicateurs de santé

L'espérance de vie estimée par l'enquête démographique de 1991 à environ 52 ans, mais elle semble élevée seulement à 46 ans, selon le rapport PNUD 1997. L'objectif pour l'an 2000 est de 54 ans. Il y a un taux élevé de mortalité infantile (94 pour mille en 1993) et maternelle (566 pour cent mille naissances vivantes).

Les enfants de moins de 5 ans représentent près de 19% de la population et ceux de moins de un an un peu plus de 4%. Il y a près de 23% de femmes en âge de procréer et le taux de fécondité général est environ de 22%. La couverture des vaccinations des enfants de 0 – 11 mois reste faible, surtout en milieu rural (EIM 1996) : BCG:52 %, DTC3 : 28 %, Polio oral : 27 %, VAR : 32%. La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, en milieu rural, est élevée (32%) et le nombre d'épisodes diarrhéiques est de 8 dans l'année (incidence). La prévalence du paludisme est également élevée (38%). Les épidémies de méningite, rougeole et choléra sont coutumières. Guère plus d'un quart des ménages en milieu rural consomme uniquement de l'eau



potable et très peu de ménages disposent de latrines hygiéniques (4%). Toujours selon l'enquête EIM 1996, seulement près de 7% des enfants aurait reçu un supplément en vitamine A (capsules). Concernant l'utilisation du sel iodé, 22% des ménages ruraux en consommeraient. L'âge moyen du sevrage serait de 14 mois en milieu rural. En matière de planification familiale au niveau national, 92% des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Le taux de fréquentation des structures sanitaires est très bas: les données de la DEP 1996, collectées par la DNP, indique en moyenne nationale une couverture de 27% pour les consultations infantiles et de 49% pour les consultations prénatales avec un nombre de visites d'un peu plus de 2 pour ces dernières. Les principaux problèmes recensés dans le secteur santé sont la faiblesse de l'offre et de la demande des services, le manque d'intégration des activités, l'insuffisance de personnel qualifié, l'état nutritionnel déficient des mères et des enfants, un bas niveau d'information.

3.3. Situation nutritionnelle

La dernière enquête nutritionnelle nationale date de 1993. En milieu rural, on notait près de 14 % d'enfants trop maigres au moment de l'enquête (rapport poids/taille inférieur à - 2ET), et 31 % des enfants de moins de 5 ans souffraient d'une sous - alimentation chronique (taille par rapport à l'âge inférieur à -2ET). C'est le rapport poids - pour - âge qui est pris en compte dans les formations sanitaires pour définir les enfants en état de malnutrition. Selon cet indicateur, insuffisamment précis, l'enquête 1993 indique, en milieu rural, 31% d'enfants malnourris, dont 23% en état de malnutrition modérée (rapport entre -2 et -3 ET) et 8% en état sévère (rapport inférieur à -3ET). Un sevrage mal conduit et des épisodes infectieux sont les causes principales de malnutrition.

Concernant les mères, l'enquête EDS 1993 indique que près de 15% des femmes de 16 à 45 ans ont un poids inférieur aux normes (IMC inférieur à 18,5). La carence en fer se rencontre chez 40% des femmes enceintes et 70% des enfants de 0 à 5 ans. Le pourcentage d'enfants nés en maternité et ayant un poids de naissance inférieur à 2,5 Kg est de 11%. Environ 13% de la population souffre de carence en vitamine A et 10 à 30%, selon les provinces, de carence en iode. Selon une enquête PSDN 1997, 16% des femmes enceintes auraient une anémie franche et 10% des femmes allaitantes. Dans certaines provinces du Nord du pays ces chiffres sont plus élevés.

3.4. Insécurité alimentaire

Près de la moitié de la population (45%) vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 82 USD (41 099 FCFA) par adulte et par an (étude 1994-95 avec appui de la Banque Mondiale). Le seuil d'extrême pauvreté est de 31 749 FCFA par adulte et par an et concerne 27,8 % de la population. Environ 30% des personnes extrêmement pauvres appartiennent à des ménages dont la taille dépasse 13 membres. La pauvreté est concentrée dans les zones rurales et les régions du Sahel, du plateau central et du Sud - Est. Les 11 provinces les plus pauvres (sur 45), situées principalement dans l'Est du pays, sont concernées par le programme conjoint des Nations Unies "Soins de Santé Primaires"(voir annexe hors texte : Incidence de l'extrême pauvreté.



L'index FAO d'insécurité alimentaire au niveau des ménages est de 80,1. Le besoin énergétique par habitant est estimé à 2 283 calories : 19% de la population vivrait en état d'insécurité alimentaire chronique. Les revenus de l'agriculture vivrière viennent de la vente des céréales (mil, sorgho, riz, fonio), du niébé, de l'horticulture, du karité et du néré. L'alimentation est basée sur les mils/sorgho dont la part dans l'alimentation est plus importante en milieu rural et chez les plus pauvres.

Les zones de production excédentaire sont l'Ouest et le Sud du pays. La zone à production variable est dans le Centre – Sud et une partie du Sud – Est. Les zones très déficitaires sont dans l'Est du pays, le Nord et le Centre – Nord. Toutefois, la moyenne de production 1992/96 par habitant a été de 246 Kg et la plus élevée des pays sahéliens. Le CILLS indique, dans son communiqué de presse du 25 septembre 1998, qu'au vu de l'allure générale du déroulement de l'hivernage 1998, la production céréalière 1998 de l'ensemble du Sahel s'annonce meilleure que celle de 1997. Toutefois le cumul des pluies à la mi – septembre est inférieur à l'année précédente pour le plateau central du Burkina Faso.

Le programme spécial pour la Sécurité Alimentaire (PSSA) de la FAO sera développé dans les régions de l'Ouest et du Sud – Ouest du pays sous financement de la Belgique et du PNUD. Dans la phase pilote les expérimentations concernent les trois types de riziculture et le maïs ainsi que les cultures de contre – saison dans les bas – fonds.

Selon une récente enquête 1998 effectuée par le CNN en collaboration avec la Coopération Néerlandaise, à la pénurie alimentaire d'environ trois mois en période d'hivernage, les populations s'adaptent en vendant riz, produits du maraîchage, légumineuses, produits alimentaires transformés, produits de construction, et du feu de bois. Ils font en sorte de mieux gérer leurs stocks (rationnement) et ajournent des obligations sociales. Mais la migration reste une stratégie paysanne importante.

4. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DU PROJET

4.1. Zones du projet

A l'origine, le projet couvrait 6 provinces (Passoré, Soum, Gourma, Sanematenga, Bazèga, Bourgouriba) sur les 30 que comptait alors le pays et étaient ajoutés les quartiers défavorisés des milieux urbains de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (voir annexe hors texte: formations sanitaires assistées 1996-98). Ces 6 provinces sont devenues 8 provinces suite au nouveau découpage géographique en 45 provinces. Ces zones avaient été choisies en regard de leur vulnérabilité à la malnutrition, aux carences en micro nutriments, et à leurs infrastructures sanitaires insuffisantes. Elles correspondaient en général à ces critères sauf la province du Houet (en fait la ville de Bobo-Dioulasso) dans l'Ouest du pays qui a un taux d'extrême pauvreté des moins élevés et un IDH des plus élevés mais qui avait été retenue en raison de sa performance en matière d'IB. Il en est de même des deux principales villes du pays. Ce ciblage présentait l'inconvénient d'une dispersion géographique défavorable à la bonne gestion du projet.

Afin de s'intégrer au Programme Conjoint des Nations Unies "Soins de Santé Primaires" (voir annexe hors texte : zone d'intervention du programme de lutte contre la pauvreté, le PAM devra réorienter son ciblage sur les zones de ce projet, zones d'extrême pauvreté et de faible IDH. Concentrée dans l'Est du pays, ce nouveau ciblage devrait concerner quatre Régions Sanitaires, soit onze nouvelles provinces (voir annexe hors texte : zone d'intervention des projets PAM/Programme de pays). Le projet PAM serait présent dans les quatre districts de la RS de



Fada, les trois districts de la RS de Dori, trois des quatre districts de la RS de Kaya et un des quatre districts de la RS de Ouahigouya (voir annexe hors texte : carte des districts et régions sanitaires). Toutes ces régions sanitaires ont une population présentant un IDH extrêmement faible - sauf Dori qui est seulement de faible IDH- et sont dans les zones où l'incidence de l'extrême pauvreté est la plus élevée et où une assistance extérieure est moins présente, mis à part dans les trois districts sanitaires de la Direction Régionale de Kaya.

Les régions sanitaires de Dori et Fada sont contiguës et situées dans la zone sahélienne du pays. La population représente 10% de la population totale. Les taux de scolarisation et d'alphabétisation sont les plus bas du pays. C'est une zone de pauvreté : la proportion des pauvres est de 61% contre 44% pour la moyenne nationale. Le taux de fréquentation des formations sanitaires est très bas, variant entre 12 et 20%. La sélection des zones du projet à partir de 1999 semble justifiée et bien – fondée.

4.2. Centres bénéficiaires

Le nombre n'était pas défini dans le Plan d'Opérations puisqu'il dépendait du nombre de bénéficiaires. Toutefois il était indiqué dans le rapport de mission préalable de 1994: 116 CM/CSPS et 2 CSPS de Bobo-Dioulasso et Ouagadougou.

Concernant ces deux grands centres urbains, il s'avère impossible de se cantonner à un CSPS par ville car les femmes des autres centres de la ville se rabattent sur le centre distributeur. Cela procure des difficultés à ce centre qui ne peut fournir ses prestations et ses vivres à une population plus importante que prévu.. Élargir la distribution à d'autres centres, comme cela a été fait (7 CSPS et 2 CREN) donne un volume d'assistance trop important au milieu urbain par rapport aux objectifs ruraux du projet. De plus la proximité du SPAP a fait que ces deux villes ont été livrées quatre (Ouaga) et cinq fois (Bobo) sur les sept trimestres passés, alors que la moyenne générale des autres districts n'a été que de trois fois.

Au moment de l'enquête de base, analysée par le Dr Zabre, consultant du programme, le nombre de CREN assistés étaient de 13, le nombre de formations sanitaires assistées de 131, dans dix districts et six anciennes provinces et dans les deux grandes villes du pays. Les données de cette enquête au niveau des provinces ne peuvent être facilement utilisées dans le cadre de cette présente mission compte – tenu du nouveau découpage provincial et des régions sanitaires à prendre en compte. Sur un total national de 783 CSPS/CMA/CM que compte le pays (données DEP 1996), le projet couvrirait 16,7 % des centres en 1997. En date de juin 1998, 147 CSPS/CM/CMA/CREN sont assistés et 15 CREN dans dix districts (voir annexe N°1). Concernant les CREN recevant l'appui du PAM, ils correspondent au nombre de CREN "existants" dans les districts couverts par le projet, sauf pour la ville de Ouagadougou qui en compte quatre (seulement deux assistés). Comme déjà signalé, le problème est que peu de ces structures fonctionnent. La mission a visité dans la capitale un CREN en activité, soutenu par une congrégation religieuse, mais avec d'autres moyens alimentaires que les vivres du PAM (lait, aliment de sevrage : Vitaline fournie par Caritas et Misola fabriqué sur place par les mères). La mission a pu constater que le projet fournissait des CREN qui ne fonctionnaient pas en saison des pluies : les vivres étaient alors reversés aux consultations de nourrissons de la formation sanitaire dont le CREN dépendait ou stockées pour attendre la reprise des activités en période d'hivernage.

A l'évaluation actuelle et seulement depuis début 1998, le nombre de formations sanitaires assistées dépasse celui prévu dans le Plan Ops. (127% de réalisation). Pour la mise en place d'un tel programme exécuté pour la première fois dans le pays, la DNP aurait dû s'en tenir au chiffre initial pour une meilleure gestion et efficacité du projet. Il y aurait fallu prévoir une augmentation



progressive des formations assistées, et par suite du nombre de bénéficiaires, sur les quatre années du projet. Il y aurait eu ainsi meilleure atteinte des objectifs en matière de distributions de vivres après deux ans d'exécution.

4.3. Critères de sélection des centres

Rappelons qu'un district sanitaire couvre une population d'environ 200 000 habitants et un CSPS en moyenne 10 000 habitants dans un rayon de 10 Km. Rien n'est mentionné dans le Plan d'Opérations au sujet du ciblage des centres puisque tous les centres du district devaient être bénéficiaires. Pourtant au niveau des formations sanitaires de base, il est requis un minimum de trois personnes pour effectuer le Paquet Minimum d'Activités. Or le projet ne dispose pas d'un relevé du nombre et des catégories de personnel par formation bénéficiaire. Il semblerait que certains CSPS ne soient pourvus que de deux personnes (exemple du district de Kombissiri : sur 13 centres bénéficiaires, 11 ne disposeraient que de deux techniciens de santé). Le récapitulatif du profil des effectifs du personnel par district établi dans le document de l'évaluation de base ne permet pas de connaître les centres ne disposant que de deux techniciens. L'insuffisance en personnel est indiquée par les responsables nationaux comme l'une des principales difficultés de ce projet. Par ailleurs, si l'on écarte les formations sanitaires ne répondant pas aux critères de sélection, on court le risque d'une surcharge du centre distributeur avoisinant et le projet a un effet néfaste en diminuant la fréquentation de ces centres non bénéficiaires.

5. GESTION DU PROJET

5.1. Cadre institutionnel

Le projet est exécuté sous responsabilité de la DGSP (direction générale de la santé Publique) par le CNN (centre national pour la nutrition), et les DPS (directions provinciales de la santé) maintenant remplacées pour l'exécution par les districts sanitaires. Dans la lettre de démarrage du projet le Dr SOMDA J.C. a été désigné Directeur National du projet. L'une de ses adjointes, nutritionniste, l'assiste dans ses activités. Un statisticien informaticien n'existe pas au niveau du CNN. Le CNN est un service d'exécution avec peu de ressources qui ne peut rester fonctionnel que par les projets qu'il assiste et dont la capacité d'absorption est faible. Il faut être réaliste et constater que le CNN n'est pas doté d'un personnel suffisant pour un détachement complet au projet. Sur insistance du Bureau du PAM/BF, en août 1998, la DGSP a notifié par lettre la mise en place d'une unité restreinte de 4 personnes dont les noms ne sont pas encore communiqués officiellement mis à part celui du DNP, le Dr SOMDA.

Au niveau du district (en remplacement de la province) le personnel d'exécution du projet est représenté par le médecin - chef du DS et un coordinateur. Le coordinateur du projet PAM au niveau du district est également le coordinateur des activités SMI ou le coordinateur gestionnaire. Au niveau de chaque structure sanitaire, il devrait y avoir responsabilité du comité de gestion Initiative de Bamako pour une bonne utilisation des vivres. Mais ces comités ne fonctionnent pas toujours correctement et ils peuvent s'opposer aux besoins ressentis par le centre ou bien c'est le chef du centre qui gère lui - même les fonds.

Dans la lettre de démarrage du projet, le SPAP (Secrétariat Permanent aux Aides du PAM), créé en 1981 et relevant du Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales est chargé de tous les aspects logistiques relatifs au projet de la réception des vivres au niveau des magasins centraux jusqu'à leur livraison aux formations sanitaires bénéficiaires. Une coordination et collaboration étroite entre la Direction technique du projet et le SPAP devait garantir la bonne marche des



opérations. Or on peut percevoir des problèmes de coordination entre SPAP et DNP : la distribution s'effectue à partir de la programmation effectuée par le directeur national du projet, qui n'a pas le retour de l'exécution du plan d'approvisionnement pour effectuer correctement son rapport trimestriel.

Dans la lettre de démarrage du projet, le Ministère de la Santé s'était engagé sur le plan financier d'une somme d'environ 190 millions de FCFA au titre de la gestion 1996, somme couvrant les traitements et salaires du personnel pressenti dans le Plan Ops, le fonctionnement des formations sanitaires, le matériel et équipement, médicaments et une partie du coût du transport interne des vivres. Ce chiffre n'est pas significatif en ce qui concerne spécifiquement les besoins du projet. La contrepartie du GOV spécifique au projet PAM a été pour 1997 de 10 millions FCFA (budget santé global : 30 milliards de FCFA) mais les fonds ont été débloqués avec du retard en octobre 1997, ce qui n'a pas permis au directeur national d'effectuer au mieux ses activités et de dépenser la somme globale dans les trois derniers mois d'exercice de l'année. Avec la somme allouée en 1997, la DNP a pu effectuer deux missions de supervision, une formation (voir annexe hors texte : formation du personnel), s'équiper en un matériel informatique et faire fonctionner sa cellule. Pour 1998, 117 millions FCFA (budget santé : 33 milliards de FCFA) ont été alloués spécifiquement pour le projet, toujours assez tardivement, pour les formations, le S/E et le fonctionnement mais ils n'ont pas encore pu être mis à disposition de la DNP en ce qui concerne les liquidités nécessaires aux activités de S/E et formation. Toutefois la partie concernant le matériel a été assumée, dont une photocopieuse.

5.2. Obligations du PAM et appuis au projet de la part d'autres organismes

Le Plan Ops prévoyait la distribution de 5 197 tonnes par an. Après une année d'exécution (juillet 1996 – juillet 1997) seulement 1 831 tonnes de vivres avaient été distribuées, soit un taux d'utilisation très faible de 35 %.

Il était programmé une subvention pour le transport terrestre interne, l'entreposage et la manutention (TIEM) dont le montant total pour la durée du projet est de 540 410 USD. La subvention de 26 \$ devait couvrir une partie des frais de distribution des PRL aux bénéficiaires, le restant étant à la charge du GOV. Il était dit que le taux TIEM serait recalculé régulièrement, ce qui a été fait en 1998 mais sans changement. Ce paiement des coûts TIEM ne pouvait être effectué que si les aliments étaient bien distribués aux bénéficiaires. La situation des remboursements TIEM depuis le début du projet est de 66 799 USD. Le pourcentage du TIEM utilisé à la date de l'évaluation, à mi – parcours du projet (2 ans) est de 13%, alors que la réalisation en apport de vivres est de 31%. Le projet s'est vu confronté à un blocage du remboursement du TIEM par le PAM, du fait que les formations sanitaires ne validaient pas le bordereau de livraison. Sans remboursement des frais, le SPAP estime avoir été limité dans ses recours à des transporteurs privés.

Concernant les fournitures d'articles non – alimentaires, un camion de 20/30 tonnes n'a pas été fourni jusqu'à ce jour, compte – tenu des engagements insuffisants du GOV, et deux véhicules tout terrain étaient prévus dont l'un est existant au niveau du Bureau local du PAM et pourrait être utilisé par la DNP.

Concernant les services consultatifs et de supervision, les responsables du projet au Bureau du PAM/BF auraient effectué 7 missions de supervision ou formation, dont trois en 1996, trois en 1997 et une en 1998. Des réunions tripartites CNN/SPAP/PAM devaient être organisées



mensuellement pour examiner l'avancement du projet et les plans d'actions annuels mais elles n'ont pas été suffisamment régulières.

Sur l'assistance financière de 50 000 \$ prévue dans le Plan Ops pour le S/E (fiches, collectes et analyses de données...), 4 374 USD ont été dépensés pour l'impression de documents et de formulaires nécessaires au S/E du projet et 710 USD environ pour la mission du consultant (400 000 FCFA) concernant l'évaluation de base. Seulement 10% de ce budget ont été dépensés car le volet formation a été financé sur le budget régulier du PAM. D'autre part, des fonds italiens supplémentaires (8 200 USD) ont été débloqués récemment pour l'achat d'équipement de bureau afin d'économiser sur ce budget.

Au démarrage du projet, la personne en charge du Bureau PAM/BF était intérimaire et le poste n'a été pourvu qu'à la mi - 97 (Directeur Régional pour les pays du Sahel). Le directeur est assisté par un fonctionnaire international en poste seulement depuis janvier 1998. Le projet a manqué d'une assistance directionnelle et décisionnelle suivie au niveau du Bureau PAM/BF durant ces deux années d'exécution.

Les appuis au projet d'autres organismes restent aléatoires en fonction des zones d'activités différentes des projets. Toutefois les activités organisationnelles de l'OMS, celles de planification familiale du FNUAP, de vaccinations du PEV/UNICEF, au niveau de toutes les formations sanitaires, concourent à atteindre les objectifs communs d'amélioration des soins de santé au niveau des formations sanitaires.

5.3. Efficacité de l'aide

A partir des chiffres de population, la mission a fait une estimation large du nombre de bénéficiaires potentiels de l'actuelle zone du projet et trouve le chiffre de 37 168 (voir annexe hors texte Tableau N°3 bis). Le chiffre de 32 770 bénéficiaires prévu dans le Plan Ops s'avère des plus correctes.

Pour une moyenne proportionnelle de 217 jours/an de rations, ce chiffre équivaldrait environ à 7 100 000 rations/jour par an ou 591 667 rations/mois. Sur l'année complète 1997, le chiffre remis par la DNP à partir des données des formations sanitaires est de 5 576 983 rations/jour, soit un pourcentage d'exécution de près de 79 % en nombre de rations alors que l'engagement en vivres est beaucoup plus faible : 36% du tonnage annuel prévu (1 883 tonnes sur 5 196 tonnes). On peut en déduire que les rations n'ont pas été respectées (ce que confirme la DNP dans son dernier rapport de supervision 1998) ou que les statistiques des formations sanitaires sont erronées (ce qui est également constaté). Il est préférable de parler de "nombre de rations mensuelles" plutôt que de "nombre de bénéficiaires" car les erreurs statistiques sont à ce niveau. Il y a confusion entre le nombre de bénéficiaires inscrits et le nombre de rations mensuelles distribuées, ce qui n'est exact que lorsque les bénéficiaires ne viennent qu'une seule fois.

La DNP a donc eu des difficultés pour effectuer des statistiques à partir des centres. Jusqu'à ce jour, le nombre de bénéficiaires femmes enceintes, mères allaitantes, a atteint voire dépassé les objectifs prévus puisque dans un premier temps il était donné à toutes les femmes se présentant aux consultations concernées, avec affluence quand la communauté apprenait que les vivres PAM étaient arrivés à la formation sanitaire. Malgré la note additive de la DNP certains centres continuent de fonctionner de cette manière. Pour les 7 trimestres (57 698 bénéficiaires prévus x 217 rations/jour = 12 520 466 rations/jours) où les vivres ont été distribués (sur 8 depuis le démarrage du projet), on peut estimer un pourcentage de réalisation, selon les chiffres de base de



la DNP et calcul de la mission, de 92% en terme de bénéficiaires/rationnaires. Ce qui est compréhensible puisque l'on donne à toutes les femmes présentes aux consultations dans de nombreux centres ou aux quinze ou vingt premières qui se présentent, jusqu'à épuisement des vivres, que les femmes ne viennent souvent qu'une à deux fois, que ce ne sont pas les mêmes bénéficiaires à deux distributions mensuelles consécutives.

Concernant les enfants dans les CREN, la mission a pu cerner trois types de CREN: ceux intégrés ou à proximité d'une formation hospitalière, ceux fonctionnant à travers un ONG/mission religieuse, enfin les CREN intégrés ou à proximité d'un CMA ou d'un CSPS. Les premiers font de la réadaptation à dominante thérapeutique et leurs besoins est plus en produits lactés qu'en vivres du PAM pour le premier stade de la réhabilitation, si ce n'est que ces vivres PAM conviennent pour les mères accompagnantes. Les seconds, soutenus en général par des ONG/mission, ont des moyens plus importants que les CREN uniquement étatiques. Quant aux troisièmes, la mission a pu remarquer qu'ils étaient peu viables. Le problème principal dans ce troisième type de CREN est que les mères ne veulent pas rester en système hospitalier 24h/24h pendant une période qui peut s'avérer relativement longue, comparée à la phase de réhabilitation du premier stade d'un CREN intégré à un hôpital. Dans ce troisième type, les mères ne restent même pas toute la journée car le personnel du centre cesse ses fonctions relativement tôt dans l'après-midi. Dans ce cas leur donner une ration comme accompagnante procurerait un ressentiment de la part de la mère amenant son enfant régulièrement aux consultations de nourrissons.

Suite à une enquête, les données collectées par la DNP auprès des formations sanitaires indiquent que ces structures sont en majorité non fonctionnelles en ce qui concerne les CREN étatiques. Certains CREN mélangent malnutrition sévère et modérée, orphelins et handicapés, ce qui augmente la durée d'assistance. On ne peut appréhender un taux de réhabilitation correct dans ces conditions. Ne tenant pas compte de critères stricts de sélection, le nombre de bénéficiaires a dépassé les prévisions du Plan Ops: pour les 7 trimestres (1 435 bénéficiaires prévus x 90 rations/jour = 129 150 rations/jours), le pourcentage de réalisation en terme de rationnaires serait de 147% (calcul de la mission).

Le manque de fiabilité des données ne permet pas d'évaluer les résultats attendus auprès des bénéficiaires. En fait, selon l'enquête du CNN/OMS de juillet 1998, seulement 14% des CREN concernés par l'enquête étaient étatiques, les autres étaient subventionnés par des ONG. Plus d'un quart de ces CREN servent au moins trois repas par jour, un autre quart seulement un repas et un troisième quart aucun repas. On ne peut parler d'une fonction CREN dans ces deux derniers types de centres. Guère plus d'un quart des CREN de l'enquête ont un bon niveau nutritionnel. Il est à remarquer que la plupart des CREN fonctionnels sont soutenus par des ONG. Notons aussi que le taux d'abandon est très élevé (57,1%) du fait que les mères ne veulent pas quitter leur famille pour une longue période, qu'elles n'ont pas de raison pour rester au CREN quand les activités de celui-ci ne peuvent satisfaire leurs besoins et surtout à ceux de leurs enfants.

Concernant les enfants en état de malnutrition modérée, le nombre de bénéficiaires prévus dans le Plan Ops n'a pas été atteint, ce qui est compréhensible du fait que le taux de fréquentation/couverture de la consultation de nourrissons sains est souvent plus faible que le taux de fréquentation/couverture des consultations prénatales, que certains critères de sélection, concernant les enfants à risque, n'avaient pas été pris en considération et que la durée d'assistance prévue dans le Plan Ops était trop optimiste (240 jours). Selon les données de la DEP, pour les 7 trimestres (38 588 bénéficiaires prévus x 240 rations/jour = 9 261 000 rations/jours), le pourcentage de réalisation en terme de rationnaires serait de 40% (calcul de la mission).



Le nombre d'auxiliaires bénévoles est supérieur à celui prévu dans le Plan Ops (357 environ au lieu de 250) puisque le nombre de formations sanitaires assistées est plus élevé que prévu.

5.4. Rations alimentaires

La mission d'examen préalable (1994) recommandait de faire le même jour distributions et activités préventives. Quand les activités préventives sont journalières et intégrées, ce système procure une affluence excessive quand il y a des vivres et mécontente les non – bénéficiaires. Certains centres ont de ce fait instauré le système journée spéciale de distributions. Par contre, quand un jour de la semaine est prévu spécifiquement pour les consultations de nourrissons ou prénatales, les distributions peuvent se faire après la consultation.

L'une des conséquences des ruptures dans la distribution au niveau des centres est que les enfants ou les mères restent pris en charge (sans distribution) au-delà de la durée prévue dans le Plan Ops, ce qui n'a pas de sens concernant les mères allaitantes et ne permet pas d'évaluer la durée réelle d'assistance aux enfants modérément malnourris et encore moins la durée de la réhabilitation nutritionnelle. La fréquentation de la consultation prénatale se résumant en moyenne à une consultation et distribution au lieu des trois prévues ne rend pas efficace le projet concernant l'alimentation de la femme enceinte.

Le Plan Ops prévoyait 22 050 enfants de six mois à 5 ans en état de malnutrition modérée à raison d'un maximum de 240 jours/an et pendant 4 années. Les vivres ont été donnés également aux jumeaux et orphelins. La ration individuelle était établie à 1 109 KCal. (33g protéines) : 300g céréales, 40g haricots, 15g huile, 10g sucre, 2g sel iodé. Cette ration individuelle a été multipliée par deux pour correspondre à une ration dite familiale dans l'annexe 1/Tableau 1 du Plan. Ops (l'explication n'est pas dans le texte). La DNP a respecté ce chiffre de l'annexe en donnant 20 Kg de céréales par mois, meilleure façon d'arrondir les 18 Kg planifiés (question de matériel de distribution). Il en est de même des différents autres aliments.

Le Plan Ops prévoyait 8 830 Femmes enceintes et mères allaitantes à risque durant 180 jours/an et pendant les 4 années du projet. La ration familiale (appelée ainsi dans ce type de projet, alors que dans les projets VCT elle correspond à trois fois cette ration individuelle) était de 2 160 KCal. (56g protéines) : 600g céréales, 80g haricots, 20g huile, 30g sucre, 4g sel iodé. La DNP a respecté cette ration mais en arrondissant les 18 Kg à 20kg de céréales ainsi que les autres aliments, pour les mêmes raisons qu'évoquées ci-dessus.

820 enfants en état de malnutrition grave des CREN, prévus dans le Plan Ops devaient recevoir au maximum 90 jours/an. La ration individuelle était de 1 440 KCal (36g de protéines) : 360g céréales, 50g haricots, 20g huile, 30g sucre, 2g sel iodé. La DNP a respecté cette ration.

820 femmes accompagnatrices des enfants malnourris devaient recevoir une ration pendant la même durée(90 jours/an). Mais dans une note additive la DNP spécifiait de ne pas donner aux femmes accompagnatrices des CREN fonctionnant seulement de jour. Les femmes, restant au CREN 24h/24h, devaient recevoir une ration familiale (même remarque que ci – dessus) de 2 370 KCal (70g protéines) : 620g céréales, 60g haricots, 20g huile, 30g sucre, 4g sel iodé. On peut comprendre l'intention nutritionnelle qui fait que cette ration soit légèrement différente de la ration des femmes enceintes et allaitantes (210 KCal.) en plus) mais elle complique la distribution et augmente inutilement le coût efficacité du projet. La DNP s'en est tenu à peu près aux mêmes quantités que pour les femmes enceintes ou allaitantes.



250 auxiliaires de santé et autres bénévoles étaient prévues dans le Plan Ops, à raison de 2 par centres pendant 300 jours/an. Selon l'annexe 1/Tableau 1 du Plan. Ops, la ration correspondrait à deux rations dites individuelles qui ne sont pas exprimées dans le texte du Plan d'Opérations (voir tableau page 16 de l'utilisation des produits). La mission a constaté que la ration distribuée à ce groupe correspondait à 3 fois la ration dite individuelle des malnourris graves. C'est la plus importante ration mensuelle du programme. Malgré cela, ce personnel bénévole estime que la ration ne procure pas un transfert de revenu équivalent au salaire minimum, or cette ration ne représente pas un salaire. De plus leurs fonctions couvrent souvent d'autres activités que celles de distributions des vivres du PAM.

Il est certain que la multiplicité des types de rations ne facilite pas la distribution et la collecte de données nécessaire au S/E du projet.

Concernant la distribution de sel iodé pour diminuer l'incidence endémique du goitre, ce produit est difficile à conserver au niveau des centres car il s'agglomère avec l'humidité. Par ailleurs la ration donnée, établie pour une personne, n'a qu'une fonction diluée de prévention. Comme dans certains autres pays voisins, le GOV. (Ministère du Commerce, de la Santé, des Finances) a émis un arrêté ministériel, signé le 05.05.1996, pour l'obligation d'importer le sel iodé. Toutefois l'application de cet arrêté, qui devait être effective à partir de juillet 1998 tarde à venir à cause de la pression des commerçants. La mise en application de ce décret devrait permettre d'éliminer le sel du panier alimentaire.

Aliments de sevrage:

Deux types d'aliments de sevrage sont fabriqués dans le pays et utilisés par des ONG pour la réhabilitation des enfants en malnutrition sévère dans les CREN. Le premier, la Vitaline, est une farine lactée de fabrication industrielle (Sodepal), de bonne qualité bactériologique et répondant aux normes de l'OMS. La capacité de production de l'usine est de plus de 3 tonnes par jour. Caritas (Burkina Faso, Niger, Mali) en achète plus de 100 tonnes par an (1 000 FCFA/Kg). Le second aliment, le Misola ou Kasona, est une farine composée d'aliments locaux (mil, soja, arachide, sucre, sel), de production artisanale effectuée par une association féminine, mais qui n'atteint pas encore la sécurité bactériologique et les normes de l'OMS. Toutefois l'ORSTOM s'intéresse à l'ajustement de la formule. Cette farine est également fabriquée par les mères au niveau de certains CREN. Le premier de ces aliments pourrait être acheté dans le cadre du projet PAM pour la réhabilitation des malnutritions sévères fréquentant les CREN, en attendant que le second se soit amélioré sur le plan de la formule et de sa garantie bactériologique. Les aliments fournis par le PAM permettraient d'obtenir une formule équivalente à ce dernier (mil, niébé, huile, sucre), avec prise de micro – nutriments, mais le personnel et les mères manquent de connaissances en matière d'associations protidiques complémentaires.

5.5. Identification/sélection des bénéficiaires

L'application des critères de sélection des bénéficiaires est l'une des trois principales difficultés rencontrées dans le cadre de l'exécution de ce projet. Les critères de sélection des bénéficiaires étaient indiqués d'une façon générale dans le rapport de la mission d'examen préalable du projet de 1994 et répétés dans le Plan d'Ops mais insuffisamment précisés pour la DNP qui n'avait pas encore l'expérience dans le pays d'un tel type de projet PAM.

De ce fait les critères de sélection ont été mal interprétés par un personnel insuffisamment formé en la matière. Par ailleurs une trop grande mobilité du personnel, sans passation des tâches et du matériel adéquat pour les nouveaux venus, et un manque de suivi de la part des responsables de



district, qui eux – mêmes n'ont pas toujours eu la passation de service concernant le projet PAM à leur prise de poste, font que les critères n'ont pas été correctement appliqués.

Concernant les enfants de 6 mois à 5 ans, la sélection devait atteindre ceux dont le rapport poids/âge est inférieur ou égal à 80% de la norme ou présentant des signes cliniques de malnutrition. Les centres disposaient d'une fiche permettant d'évaluer ce rapport. Jumeaux et triplés sont restés intégrés dans la sélection quoique des réserves à ce sujet avaient été émises par le Siège du PAM. En effet la présente mission estime que les jumeaux et les orphelins doivent répondre à priori au critère de malnutrition exprimé ci - dessus. Par ailleurs certains centres sélectionnent d'autres cas sociaux telles que les veuves ! Au 4^{ème} trimestre 1997, le nombre d'orphelins et de jumeaux avait fortement augmenté dans le programme

Les enfants en état de malnutrition grave étaient décrits dans le Plan Ops comme ceux dont le rapport Poids/âge est inférieur à 70% des normes, alors qu'en général on utilise le seuil de 60%, ce que la DNP a utilisé. Sont considérés comme bénéficiaires de certains CREN, surtout au niveau des missions religieuses, les orphelins et les handicapés.

Dans le rapport de la mission d'examen préalable, les critères indiqués pour les femmes enceintes et allaitantes étaient de présenter des signes cliniques de malnutrition (anémie, petit poids, petite taille) ou ayant eu un enfant hypotrophique ou un mort-né. Or dans un premier temps la DNP a donné l'instruction de donner à toutes les femmes enceintes après avoir décidé de critères trop stricts. Se rendant compte que les quantités de vivres n'étaient pas prévues à cet effet la DNP a émis une note additive à sa première circulaire qu'un certain nombre de centres n'ont pas reçue. Cette note limitait la sélection aux signes cliniques de malnutrition (maigreur, anémie, xérophtalmie...). La présente mission a pu constater que plusieurs centres donnaient encore à toutes les femmes enceintes, ce qui fait que la dotation trimestrielle ne dure en moyenne guère plus d'un mois et correspond à une seule distribution. D'où une inefficacité du programme alimentaire.

Comme pour les femmes enceintes, la DNP avait prévu au départ de ne pas faire de sélection pour les mères allaitantes. Par la suite la DNP a décidé de sélectionner les mères dont l'IMC était inférieur à 17, ce qui était un peu trop strict. Les autres critères rencontrés par la mission pour les femmes enceintes et les mères allaitantes étaient la présence d'une anémie (mais il y aurait fallu spécifier "anémie grave" dans le Plan d'Ops), la xérophtalmie, voire le goitre (ces deux derniers critères n'étaient ni prévus dans le Plan d'Ops, ni par la DNP, mais rajouter par certaines formations), or les vivres du PAM ne peuvent remplacer le traitement par la vitamine A et l'iode.

Par manque d'activité IEC concernant le projet, tant au niveau du centre qu'au niveau de la communauté, les mères assidues ne comprennent pas pourquoi elles n'ont pas droit aux vivres alors qu'on les distribue à des femmes qui ne viennent qu'une fois fréquenter le centre quand elles apprennent que les vivres sont arrivés.

Actuellement, il se pose un problème de supports nécessaires à la sélection des bénéficiaires dans le cadre même du projet mais aussi dans le cadre des activités de SMI. Car, suite à la fin du projet SMI/UNICEF, la DSF ne semble pas avoir pu fournir régulièrement les fiches de consultations avec courbe de poids qui permettaient d'évaluer rapidement l'état nutritionnel de l'enfant. Des fiches techniques permettant d'évaluer les indicateurs pondéraux ont bien été remises par le directeur national du projet aux services sanitaires, mais le manque d'information et le changement trop fréquent de personnel fait que les critères de sélection ne sont pas correctement appliqués. Par ailleurs les centres bénéficiaires ont ajouté des critères non définis par la direction nationale du projet (par exemple : admission des orphelins dans les CREN) et subissent des pressions de la part de la population, surtout en période de soudure



5.6. Gestion et utilisation des fonds résultant de l'aide du PAM au projet

La mission d'examen préalable du projet (1994) recommandait une participation symbolique forfaitaire de 25 FCFA par ration distribuée, uniquement pour les femmes enceintes et mères allaitantes bénéficiaires, à gérer par les comités de gestion pour l'achat de condiments et autres ingrédients nécessaires aux démonstrations culinaires. Cette recommandation a été reprise dans le document présenté en mai 1995 soumis à l'approbation du CPA mais ne figure pas dans le Plan d'opérations signé en décembre 1995. Or les responsables du projet ont appliqué ce principe à tous les bénéficiaires, sauf aux auxiliaires bénévoles, en augmentant dès le départ cette participation à 100 FCFA et par la suite certains districts, avec l'accord communautaire, ont pris chacun la décision d'augmenter cette participation à 200 FCFA, voire 300 FCFA.

La moitié des fonds collectés reste à la formation sanitaire et est confiée au Comité de Gestion, l'autre moitié est donnée au district qui l'intègre dans son système IB de recouvrement des coûts. Pour éviter la thésaurisation au niveau des Comités de gestion un Plan d'utilisation au niveau de chaque formation sanitaire et par suite un plan d'action du district sont maintenant prévus.

Les fonds générés par la distribution de l'aide peuvent atteindre des sommes relativement importantes. Pour la répartition de ces fonds, prenons l'exemple du CM de Kombissiri. Jusqu'au mois de juillet 1998, cette formation a encaissé une somme de 736 830 FCFA. Comme dans les autres districts visités par la mission, 50% de la participation reste au centre et est géré par le Comité de gestion du centre, 50% de l'argent recueilli va au district. Ce dernier en garde 25 à 30% et les 20 à 25% restant vont à la DRS qui en reverse les 15% à la direction nationale du projet.

Ces fonds générés ont permis un meilleur encadrement du personnel et par suite ont amélioré la qualité des soins, du fait qu'ils ont été utilisés, par exemple, pour faire réparer le véhicule de supervision du district ou ont permis l'achat du carburant nécessaire. Ces fonds ont, d'une certaine manière, comblé les insuffisances budgétaires du Ministère auprès des districts sanitaires. Par ailleurs, au niveau des centres, ces fonds ont été utilisés, pour réparer le magasin des vivres PAM, payer les manœuvres à la réception des vivres, acheter le matériel pour recoudre les sacs déchirés, acheter des insecticides pour le traitement des vivres, etc....

5.7. Participation des communautés et bénéficiaires tirés par les femmes

Mis à part l'apport financier des femmes, il n'y a pas de participation significative des communautés au projet. La mission estime qu'il ne peut y avoir participation sans actions d'IEC. Le projet devrait s'inspirer du PSAN soutenu par la Banque Mondiale, dans lequel une méthode de sensibilisation sur la nutrition impliquant la participation du groupe cible a été conçue et testée au niveau rural.

Le Programme de pays insiste sur la notion de groupes relais composés de personnes influentes et qui auront pour rôle d'animer les causeries villageoises sur la santé et la nutrition, d'informer et de sensibiliser les populations sur les activités du projet et la nécessité de leur participation aux activités développées par les structures sanitaires. Le PAM envisage d'avoir recours aux animatrices des ONG et Associations actives pour renforcer les activités des groupes relais. Mais ces personnes et organismes ont besoin d'une formation en approche communautaire participative (PLA) pour effectuer ces activités.

A l'avenir, la part la plus importante des ressources du PAM dans le pays (80%) ciblera les activités dans lesquelles les femmes seront bénéficiaires directes majoritaires. Le projet Santé est à



forte composante féminine puisque les bénéficiaires sont des femmes enceintes et des mères allaitantes. Pourtant, à cause du manque de fréquentation régulière des consultations prénatales et de nourrissons sains, les bénéfices retirés se limitent trop souvent à un apport alimentaire ponctuel au lieu d'une amélioration visible de leur santé reproductrice ou d'une augmentation des connaissances nutritionnelles.

5.8. Le système de suivi/évaluation interne

Le suivi/évaluation est l'une des trois principales difficultés rencontrées dans l'exécution de ce projet. La DNP et le Bureau du PAM/BF ont bien recensé les principaux problèmes mais les actions préconisées n'ont pas été suivies ou négligeaient certains aspects indispensables. Par ailleurs le SNIS a été perturbé par la réorganisation des services de santé. Notons un personnel en nombre insuffisant et insuffisamment formé compte – tenu des mutations fréquentes, des ruptures de stock concernant le matériel de suivi/évaluation et des moyens insuffisants donnés aux superviseurs à tous les niveaux. Or les fonds générés auraient dû permettre de résoudre une partie de ces problèmes.

La DNP effectue des rapports trimestriels relatifs à l'approvisionnement programmé des formations sanitaires, aux quantités de vivres distribuées par ces formations, aux différents types de bénéficiaires et autres relevés. On note de grosses difficultés au niveau de la collecte initiale des données par les agents d'exécution insuffisamment formés. Il y a un manque d'uniformisation dans le système de collecte et des changements trop fréquents de personnel. Par ailleurs le matériel de collecte et d'analyse primaire a fait défaut (cartes de rations des différents bénéficiaires et les fiches de courbe de poids des consultations de nourrissons). Le SPAP effectue également des rapports trimestriels relatifs aux mouvements des denrées qui présentent des incohérences et des manques de données.

Une évaluation de base avait été effectuée en 1996 mais elle n'avait pu être analysée en l'absence d'un statisticien – informaticien au niveau du CNN. La DPN a présenté une requête en février 1997 pour le recrutement d'un consultant local afin d'analyser les documents de cette évaluation, mais le PAM n'a répondu favorablement qu'en juillet 1998. Le rapport vient de sortir à l'arrivée de la présente mission d'évaluation. L'analyse des questionnaires s'est avérée difficile par manque de qualité des données. De plus certaines provinces ont subi un découpage territorial après l'enquête. Seul le récapitulatif des données sanitaires par district pourra être utilisable quand on disposera des statistiques sanitaires 1996 et 1997. Les plus récentes données statistiques de la DEP datent de 1995, celles de 1996 n'étant pas encore officialisées, il est difficile de déterminer à mi – parcours l'augmentation de la fréquentation des centres et de la régularité de fréquentation ainsi que la couverture du projet en regard de chacun des groupes vulnérables concernés.

Le directeur national n'a pu effectuer une visite de supervision qu'à raison d'une fois l'an, la contre – partie nationale n'ayant débloqué la première contribution que fin 1997. Quant au niveau des districts ils ne disposaient pas d'une dotation suffisante d'essence. Le système de fonds générés par les vivres n'a bien fonctionné qu'à partir de l'année 1998.

Aucune formation n'avait été prévue dans le Plan d'Ops, si ce n'est de spécifier que les mesures préparatoires voulues devaient être prises avant la lettre de démarrage. Une formation préalable a été effectuée en novembre 1996 à l'intention principalement de l'Équipe Cadre des districts (106 participants), financée par le PAM (coût 1 200 000 FCFA). Trois autres formations ont été effectuées en 1997 avec le soutien financier du PAM pour la première (coût : 1 200 000 FCFA pour 42 participants) et les deux suivantes ont été financées par le GOV. (coût : 850 000 FCFA pour 24 participants et 1 330 000 FCFA pour 32 participants). Soit un total de 204 personnes



formées depuis le démarrage du projet, pour un coût de 4 580 000 FCFA (voir annexe hors texte : formation du personnel). Mais le changement de personnel fait que tout est toujours à refaire en matière de formation.

6. GESTION DES VIVRES

Tous les centres n'ont pas été approvisionnés à chaque trimestre, soit parce qu'ils n'avaient pas envoyé leurs rapports, soit parce que le SPAP livrait trop tardivement dans le trimestre et, compte – tenu de la première condition, le trimestre suivant était exclu de l'approvisionnement. Ainsi au 1^{er} trimestre 1997, la DNP indique que seulement 13 centres ont été approvisionnés ; au 2^{ème} trimestre 1997, 22 formations ; au 3^{ème} trimestre 1997, 28 formations ; et au 1^{er} trimestre 1998, 125 formations (voir annexe hors texte : Approvisionnement des formations sanitaires selon la DNP). D'une manière générale, l'approvisionnement s'est avéré difficile en 1998 à cause du trop grand nombre de formations, de la dispersion géographique, parfois de l'accessibilité et par l'insuffisance des moyens logistiques du SPAP.

Sur un total de 20 785 tonnes (mil/sorgho, haricots, sucre, huile végétale et sel iodé) engagées par le PAM, le projet avait reçu, au 30 juin 1998, 6 408 tonnes (31 pour cent des engagements) ; 4 553 tonnes avaient été utilisées, représentant 71 pour cent des quantités reçues. En 1997, la seule année complètement couverte par le projet, 1883 tonnes de vivres ont été distribuées soit 36 pour cent de la dotation annuelle prévue de 5196 tonnes. Les pertes post-c.a.f. (coût, assurance, fret) indiquées dans les rapports trimestriels s'élèvent au total à 17 tonnes, soit 0,2 pour cent des vivres reçus. Les pertes sont sous-estimées à cause de lacunes dans la comptabilité au niveau des magasins centraux et du manque d'information au niveau des centres bénéficiaires. Pendant les visites de supervision, des pertes ont été constatées dues à la fragilité des bidons d'huile durant le transport et dans les mauvaises conditions de stockage. Dans les sacs de sorgho de 50 kilos achetés et conditionnés localement il manque souvent 5 à 6 kilos lors des pesées au niveau des centres bénéficiaires.

Toutes les céréales utilisées pour les activités du projet ont été achetées localement sous forme de sorgho totalisant 5 274 tonnes. Le timing des achats ne semble pas toujours prendre en compte les périodes de la plus grande disponibilité et les prix le plus bas au marché local. La première livraison de sel iodé de 29 tonnes a été faite en achat régional, à Abidjan en juin 1996. A cause de la faible utilisation des vivres par le projet, cette quantité de sel a couvert les besoins jusqu'au premier trimestre 1998. Les effets de stockage de longue durée de sel sur la perte en iode dans les conditions climatiques du Burkina Faso ne sont pas encore bien connus et sont en voie d'étude. Toutefois, on constate fréquemment l'agglomération du sel, due à l'humidité et au conditionnement peu approprié au niveau des magasins des formations sanitaires, ce qui est une forme de détérioration du produit.

Le projet a été marqué par des ruptures fréquentes et des variations importantes dans les distributions dues aux problèmes a) de mise en place du projet, b) du manque de rapports des centres bénéficiaires, et c) de l'acheminement des vivres. Le projet n'a atteint qu'un trimestre, et même dépassé de 23 tonnes, la distribution trimestrielle maximale de 1 298 tonnes prévue dans le Plan d'Opérations et ceci durant le premier trimestre de l'année 1998. Le plan d'approvisionnement pour ce trimestre prévoyait l'augmentation du nombre des bénéficiaires dans les zones déficitaires pour mieux répondre aux besoins d'urgence à cause des mauvaises récoltes deux années durant. Pourtant, cette distribution s'est étendue en réalité sur le deuxième trimestre 1998 à cause du *manque* de disponibilité des vivres et des problèmes d'acheminement, et elle n'a pas



vraiment atteint son objectif d'atténuation des effets de la sécheresse au niveau des régions concernées.

Les premiers approvisionnements des centres ont eu lieu dans le troisième trimestre 1996 avec des rations incomplètes, et la couverture des centres se limitait à la ville de Bobo-Dioulasso et à la province de Bazega. L'approvisionnement s'est effectué pour marquer le début effectif du projet dont la lettre de démarrage datait du 12 février 1996. Toutefois, à cause de manque de formation et de mise en place incomplète du projet au niveau des centres, les distributions ont été suspendues. Les premières distributions se sont effectuées durant le quatrième trimestre 1996 et le projet couvrait six provinces et les villes de Bobo-Dioulasso et Ouagadougou. Les distributions étaient conditionnées par l'envoi des rapports trimestriels de suivi de l'exécution technique du projet de la part des coordonnateurs provinciaux /districts, ce qui a joué un rôle majeur dans le blocage des distributions en 1997. Même si le Plan d'Opérations exige que ces rapports doivent être fournis deux semaines après la fin du trimestre, il n'est mentionné nulle part que la distribution suivante peut se faire seulement après l'envoi de ces rapports. La Direction technique avait pensé que c'était un moyen de pression pour avoir ces rapports. Dus aux retards systématiques dans l'envoi des rapports, des décalages importants se sont automatiquement produits dans l'approvisionnement des vivres aux bénéficiaires avec des conséquences graves quant à la bonne marche du projet : décalage des distributions tout au long d'un trimestre, écarts importants entre deux distributions allant jusqu'à 6 - 8 mois, impossibilité de programmation simultanée des transports, et manque de synchronisation des opérations.

Les mêmes problèmes logistiques, constatés au niveau du SPAP par la mission d'évaluation du projet BKF 3326/1 «développement rural» en décembre 1997, ont perturbé l'exécution du projet BKF 4959. Parmi ces problèmes on peut mentionner une disponibilité limitée des camions, dont l'état est vétuste, et l'insuffisance des magasins adéquats de stockage. La capacité d'exécution du SPAP a été insuffisante pour gérer deux projets en même temps. Par manque de coordination de la part du SPAP dans la gestion des stocks au niveau des magasins centraux, la DNP n'a pas été tenue au courant de la disponibilité des vivres pour la planification des plans d'approvisionnement. Le SPAP s'occupait de donner, irrégulièrement par ailleurs, le feedback sur les quantités et le timing des distributions réellement effectuées par ses services à la DNP afin que celle-ci puisse effectuer sa programmation. Le SPAP comptait dans ses stocks également les stocks des formations sanitaires, ce qui est une comptabilité incorrecte. Il semblerait que ce soit le système de rapport mal conçu qui ait amené à des erreurs dans la comptabilité et la disponibilité des stocks au niveau des magasins centraux.

La gestion des vivres au niveau des magasins centraux a souffert du manque d'inventaires physiques périodiques exécutés en la présence du PAM. Ceci combiné avec une comptabilité des mouvements des vivres très approximative qui a rendu le suivi de la disponibilité réelle des vivres presque impossible et n'a pas facilité la planification opportune des commandes des vivres ou des achats locaux (voir en annexe hors texte : Tableau 1). L'utilisation de fiches des stocks non appropriées a abouti à la confusion des lots des deux projets PAM en cours d'exécution. Cette confusion est visible dans les rapports trimestriels du SPAP où les stocks initiaux d'une période ne correspondent pas aux stocks finaux des périodes précédentes, où les transferts des vivres sont pas justifiés, où les données ne sont pas disponibles. La gestion défailante des stocks a fait que, par exemple, 982 tonnes de céréales et 270 tonnes de haricots n'étaient pas comptabilisés entre les stocks finaux de 1997 et la disponibilité pour les distributions au début du premier trimestre 1998. Ce manque de disponibilité n'a pu être expliquée d'une façon concluante par le SPAP et a compromis la programmation des distributions pour l'année 1998.



Les problèmes sérieux d'emmagasiner au niveau des formations sanitaires ont été constatés déjà durant les premières visites de mise en place du projet, indiquant soit l'absence totale de magasin ou des magasins exigus ou inadéquats. La DNP a demandé en novembre 1996 aux responsables des formations sanitaires d'envoyer des devis de réfection des magasins pour une éventuelle utilisation du TIEM pour leur financement. Les devis d'un montant total de 13 millions FCFA concernaient plutôt la construction de magasins et ont été jugés trop élevés pour l'utilisation du financement TIEM. Grâce aux fonds générés par les rations PAM, quelques formations sanitaires ont pu construire des magasins mais seulement au début de l'année 1998. Le PAM a fourni 800 palettes pour améliorer l'entreposage au niveau des formations sanitaires dont la distribution a commencé en mai 1997. En juin 1998 le district de Kaya était toujours sans ses palettes à cause des erreurs dans leur acheminement. L'utilisation du cahier de gestion des stocks et le suivi quotidien des mouvements de denrées dans les formations sanitaires ne sont toujours pas systématiques et généralisés.

Une récente réunion conjointe Bureau PAM/SPAP a permis de définir les principes d'une nouvelle gestion des projets pour remédier aux problèmes rencontrés au niveau du SPAP. Sa capacité logistique de livraison aux centres étant insuffisante (impossibilité dans une situation idéale de livrer 163 centres en trois semaines à chaque trimestre, soit environ 2 000 tonnes), il doit être fait appel au secteur privé pour que les livraisons arrivent à temps. Des mesures ont été prises par le Bureau PAM/BF pour résoudre les problèmes de stockage, notamment par la mise en place de magasins à Fada et Dori.

7. RATIONALITÉ DE L'AIDE ALIMENTAIRE

La valeur alpha des produits importés (rapport entre la valeur d'un produit alimentaire pour les bénéficiaires, et la somme du coût de ce produit alimentaire et de son coût d'acheminement pour le PAM) indique que les produits acheminés dans le pays par le PAM conservent un avantage comparatif malgré l'enclavement du pays (1,9 pour le sucre, 1,4 pour l'huile, 0,9 pour les haricots, 1,0 pour le mil/sorgho).

Par contre le projet a été confronté à la difficulté d'acheter certains vivres locaux par manque de disponibilités sur le marché. Cette situation procure des ruptures de stock qu'il serait nécessaire de prévoir au moins six mois à l'avance pour d'éventuelles commandes extérieures. En regard de l'administration du PAM, les allocations sont établies sur la valeur monétaire de la quantité de vivres nécessaire au moment de la demande et, si les prix augmentent entre la demande d'allocation et l'achat, les quantités achetées devront être diminuées et ne correspondent plus à l'engagement quantitatif prévu.



8 CONCLUSIONS

8.1. Progrès vers les buts et objectifs à long terme du projet

La mission a constaté une amélioration des taux de fréquentation entre les années 1996 et 1997. Par exemple dans le district de Kombissiri, la couverture des consultations prénatales est passée de 54 à 64%, celle des consultations de nourrissons sains de 35 à 77%, l'utilisation des contraceptifs de 5 à 9%, les accouchements assistés de 19 à 23%. Par ailleurs il y a eu diminution du taux de mortalité infantile (19% à 17%) et maternelle (de 4,47 % à 0,26 %). Un centre de Ouagadougou enregistre également une augmentation de ses activités avec un taux de couverture des CPN qui passe de 125,3 à 149,5 % (appel des vivres procurant une déviation des consultants des autres centres vers ce centre). Ces chiffres ne sont pas satisfaisants en ce sens qu'il y a bien augmentation de la fréquentation mais que cela ne répond pas nécessairement aux objectifs de régularité : les femmes ne viennent toujours guère plus d'une fois aux consultations prénatales par manque de sensibilisation au niveau communautaire ; il en est de même au niveau de la consultation de nourrissons sains où les mères ne viennent pas régulièrement tous les mois durant les six premiers mois ou la première année de l'enfant. Pourtant le personnel estime que, même s'il y a une visite unique au centre de santé, elle permet au moins un accès aux soins préventifs et curatifs, au planning familial, à la vaccination et au dépistage des enfants en état de malnutrition.

La fréquentation peut être tributaire des périodes de culture et des possibilités de déplacement des populations en saison des pluies, facteurs sur lesquels le projet ne peut agir. Les autres principales causes de non - fréquentation, que le PAM à priori ne peut résoudre, concernent l'équipement et le manque d'entretien des formations sanitaires, le manque de personnel qualifié et la répartition inégale de ce personnel, l'éloignement de certaines structures et certains facteurs d'ordre socio-culturel. Toutefois la gestion du projet est responsable des facteurs d'irrégularité suivants : (i) absence ou non - application des critères de sélection faisant que la quantité de vivres attribuée ne suffit pas pour trois distributions trimestrielles par bénéficiaire ; (ii) la livraison tardive de la dotation trimestrielle procurant un manque de disponibilités au niveau des formations bénéficiaires ; (iii) le non - approvisionnement des centres quand ils n'envoient pas leurs rapports trimestriels.

En ce qui concerne l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des bénéficiaires, à part de se référer à une diminution des taux de mortalité infantile et maternelle, l'enregistrement inadéquat des bénéficiaires au niveau des centres et le manque de données fiables pour analyse ne permettent pas à priori de juger de l'amélioration de l'état nutritionnel des bénéficiaires.

Le projet avait pour but de contribuer à la mise en œuvre, par le Ministère de la Santé, de sa politique basée sur les principes définis dans la stratégie de l'Initiative de Bamako. Les responsables de l'exécution du projet ont tenu compte du principe qu'il ne faut pas habituer les gens à la gratuité et un accent particulier a été mis sur une participation communautaire

8.2. Atteinte des objectifs immédiats

L'un des objectifs immédiats était de contribuer à la réhabilitation nutritionnelle des enfants atteints de malnutrition grave admis dans les CREN et l'analyse ci - dessus indique que cet objectif n'a pas été correctement atteint par non - fonctionnalité des CREN.

Le second objectif était d'encourager les femmes enceintes et les mères allaitantes à risque à fréquenter régulièrement les formations sanitaires. Il semble que le taux de fréquentation des structures sanitaires reste insuffisant, surtout en milieu rural : 23% en moyenne. Ce chiffre est



légèrement inférieur pour les enfants de moins de un an inscrits aux consultations de nourrissons sains. La fréquentation est irrégulière avec un nombre moyen de 3 visites – données FNUAP, EPS, 1996.

Le troisième objectif était d'augmenter la disponibilité en aliments des ménages comprenant l'un de ces groupes bénéficiaires. Cet objectif est peu atteint en ce sens que la plupart des bénéficiaires n'ont pas reçu des distributions mensuelles régulières pendant la durée d'assistance qui leur était attribuée.

Le quatrième objectif était de contribuer aux efforts d'information, d'éducation et de communication entreprise par le Ministère de la Santé à l'intention des femmes. Cet objectif semble peu atteint. Si l'on en croit les rapports du projet, le personnel n'effectuerait guère plus d'une causerie éducative par semaine. Quoiqu'il en soit la valeur de la méthode, sans implication et participation des mères, n'aboutit pas au changement de comportement souhaité. Le manque de formation et d'information de la population conduit à une faible demande en soins de santé par les populations, surtout en ce qui concerne les activités préventives, et à une faible participation communautaire dans des actions qui ne sont pas directement génératrices de revenus ou de vivres. Il faut que les communautés soient conscientes que le projet est là pour les aider et qu'elles doivent faire en sorte qu'il marche bien ; les communautés doivent s'approprier le projet.

8.3. Rôle et fonction de l'aide du PAM

Dans le Plan d'opérations, le rôle du PAM est défini comme suit:

- Fournir un apport nutritionnel de bonne qualité aux enfants des CREN. Le projet n'a pu jouer correctement son rôle compte – tenu du mauvais ou du non - fonctionnement de certaines de ces structures de réhabilitation. En réhabilitation hospitalière, les produits fournis par le PAM ne peuvent convenir pour les enfants (besoin en produits lactés) mais la ration accompagnatrice est la bienvenue pour les mères dans ce type de CREN.
- Apporter un complément alimentaire aux ménages comprenant femmes ou enfants à risque de malnutrition. Le projet a joué son rôle en fournissant une ration journalière équivalente à l'alimentation d'un habitant moyen burkinabé, mais la plupart du temps pour un ou deux mois seulement, ce qui est malgré tout appréciable en période de soudure.
- Encourager les femmes ciblées par le projet à fréquenter régulièrement les structures sanitaires. Le projet n'a pu jouer un rôle certain concernant la régularité de la fréquentation.. Ce projet présente des risques de déformations de la fréquentation en ce sens que les femmes viennent principalement au centre quand elles apprennent l'arrivée des vivres, qu'elles ne viennent la plupart que pour les vivres et qu'aucun changement de comportement ne soit généré par l'aide concernant leur intérêt pour les consultations préventives.
- Assumer une fonction de transfert de revenus pour les auxiliaires de santé et autres bénévoles des CM (centres médicaux), des CSPS (centres de santé et de promotion sociale), chargés de la distribution des rations. Le projet a joué son rôle en apportant une ration dont le coût mensuel est évalué localement à 8 837 FCFA (soit 106 044 FCFA par an), représentant 35% du salaire minimum (SMIG évalué à 299 016 FCFA par an en 1995, soit 25 000 FCFA mensuel) – voir annexe hors texte : Tableau 2.



Le projet a joué un rôle inattendu en matière de recouvrement des coûts et de participation de la communauté au financement des soins de santé primaires. Toutefois cet aspect du projet n'entre en jeu effectivement qu'à partir du début de l'année 1998.

9. RECOMMANDATIONS

- La mission est en accord avec *les objectifs à long terme* d'un tel type de projet à condition d'appliquer strictement des critères de sélection si l'on ne veut pas une dérive de la fréquentation. Or pour pouvoir appliquer ces critères, il est nécessaire d'entreprendre des actions IEC auprès des communautés afin d'obtenir leur participation. De même l'éducation nutritionnelle des femmes, les activités de réhabilitation des enfants en état de malnutrition, devraient s'effectuer au niveau des communautés de base, à partir de groupes relais, d'associations villageoises, d'ONG. Comme notifié par le Secrétaire Général/Ministère de la Santé, l'aide doit permettre au pays de se passer de l'aide. Les assises communautaires – associations, groupements – ne sont pas encore suffisantes pour faire descendre le projet de la stratégie fixe des formations sanitaires à la stratégie avancée dans les villages et une formation de formateurs en la méthode participative d'apprentissage et d'action (PLA) devrait être recommandée.
- Pour le futur du projet, *le ciblage des zones bénéficiaires* du projet devra s'harmoniser avec celui du Programme conjoint des Nations Unies "Soins de Santé Primaires" 1999–2003. Onze districts, dans quatre régions sanitaires, sont pressentis pour bénéficier du projet, soit 149 environ CSPS/CMA/CM et 12 CREN à rattacher à ces formations sanitaires.
- Pour une efficacité de la logistique des projets et un meilleur rapport coût-efficacité, le PAM s'oriente vers *une réduction du panier alimentaire* à trois aliments (céréale, haricots, huile) qui représente une base alimentaire équilibrée. Compte – tenu des problèmes inhérents à la distribution de sel (petite quantité sans impact au niveau familial, agglomération, perte en iode) et en espérant que l'arrêté ministériel sur l'obligation d'importer du sel iodé entrera prochainement en application, la mission recommande d'éliminer ce condiment. Le problème du sucre est assez similaire mais la mission recommande de reconsidérer la question dans la prochaine phase du projet.
- Du fait que la *multiplicité et la complexité des rations* nuit à l'efficacité du projet, la mission propose compte – tenu du peu de différence énergétique entre la double ration individuelle des enfants en état de MPE modérée (2 218 KCal), qui est en fait une ration "à profit familial", et la ration dite familiale des femmes enceintes et des mères allaitantes (2 160 KCal), de s'en tenir pour ces trois catégories de bénéficiaires à une ration unique "à profit familial" : 600g de céréales, 80g de haricots, 20g d'huile (30g quand le sucre n'est pas disponible ou supprimé de la ration), 20g de sucre. Soit environ 2 518 KCal (calculs doc. PAM). Quant à la ration des auxiliaires bénévoles effectuant les distributions, elle devrait être le double de la précédente ration exprimée ci – dessus, dans un esprit de simplification, ce qui apporterait un transfert de revenus légèrement plus conséquent (9110 FCFA mensuels représentant 37% du SMIG). Pour une bonne marche du projet, supprimer cette dernière catégorie de bénéficiaires semble peu indiqué dans les deux années à venir, tant que la communauté n'est pas plus impliquée dans le projet.
- Il devrait y avoir peu d'accompagnatrices d'enfants en MPE grave, compte –tenu du type de fonctionnement des CREN, mais si le cas se présente, la mission recommande de leur donner la



ration ci – dessus des femmes enceintes et mères allaitantes. Quant aux enfants en état de MPE sévère, la mission recommande de conserver la ration du Plan Ops : 360g céréales, 50g haricots, 20g huile, 30g sucre (1440 KCal. et 36g protéines). Notons toutefois que cette ration ne convient pas pour les réhabilitations hospitalières de premier stade. Dans un stade plus avancé de réhabilitation, la mission encourage les CREN qui font préparer aux mères une farine de type MISOLA à partir des aliments du PAM, avec une réserve concernant une préparation adéquate de la farine de haricot/légumineuses. Il est à signaler que le coût mensuel de la ration des enfants en MPE sévère est de 2 881 FCFA et l'équivalence de coût permettrait de donner 2,9 Kg mensuellement de *VITALINE* aux enfants soit une moyenne de 100g par jour (390 Kg cal et 14g de protéines), pour la confection de 2 à 3 bouillies journalières pour l'enfant. Compte – tenu des CREN peu fonctionnels existants et de l'utilisation qu'ils font des aliments du PAM, cet aliment de sevrage permettrait de réhabiliter l'enfant plus rapidement, avec apport alimentaire complémentaire financé par la formation sanitaire et préparé par les mères.

- Quant à la durée de l'assistance, ce serait déjà un objectif valable si les femmes enceintes, mères allaitantes, enfants en état de malnutrition modérée et sévère, fréquentaient *en moyenne trois mois consécutifs* la formation sanitaire pour recevoir une assistance de 90 jours. Pour être réaliste et compte – tenu des ressources prévues dans le Programme de pays, la mission recommande que les durées d'assistance soit fixées en moyenne pour toutes les catégories à 90 jours/an, sauf les auxiliaires bénévoles qui devraient bénéficier de 300 jours/an. Le nombre important de bénéficiaires qui ne viennent qu'une fois dégage une disponibilité en vivres et ces trois mois consécutifs pourront être étendus jusqu'à six pour les mères allaitantes et les enfants en malnutrition modérée *qui auront été réguliers*.
- Concernant *les critères de sélection*, la mission est en accord avec le directeur du projet pour estimer que c'est le rapport poids/taille (inférieur ou égal à $-2ET$) plutôt que le rapport poids/âge qui devrait être le critère d'admission au CREN, outre les critères cliniques. Il est conseillé au CNN d'introduire la notion d'écart – type plutôt que de pourcentage pour une uniformisation internationale comparative. Pour les enfants en malnutrition modérée, la mission recommande que les formations sanitaires reçoivent une fiche de courbe de poids de référence, plutôt qu'un tableau chiffré, afin de faciliter le travail de sélection du personnel. Il était alors facile de surveiller les enfants à risque, ceux dont la courbe de poids/âge était horizontale ou descendante par rapport à la courbe inférieure définie sur la fiche, constat effectué après trois pesées mensuelles consécutives. Concernant les critères de sélection pour les femmes enceintes, la mission recommande de prendre les poids inférieurs ou égaux à 45kg sans autre condition et les femmes de poids inférieur ou égal à 60kg avec l'une des conditions suivantes : anémie grave, femme attendant des jumeaux, femme ayant un enfant de moins de 1 an (grossesses rapprochées). Pour les mères allaitantes, les critères de poids sont les mêmes que pour les femmes enceintes avec les conditions suivantes pour les mères de poids inférieur à 60kg : anémie grave, mère de jumeaux de moins de 6 mois, mère ayant un nourrisson dont le poids est inférieur ou égal à 2,500 Kg, mère dont l'enfant est en insuffisance pondérale à moins de 6 mois.
- La mission est convaincue de *la nécessité des CREN* mais c'est leur fonctionnement qui pose problème. Dans le cadre du Plan national d'action santé, un intérêt est présenté pour les CREN et un protocole de prise en charge des enfants malnourris est en voie d'élaboration avec l'assistance de l'OMS. C'est déjà un pas en avant dans l'organisation du fonctionnement mais la mission recommande que cette activité fasse partie intégrante du PMA des formations sanitaires CSPS, que ce soit une fonction de jour ou une consultation de malnutrités 1 à 2 fois par semaine, selon les possibilités en personnel du centre. Décentraliser la fonction au



niveau de la communauté pour être dans l'esprit de l'IB serait certes l'idéal mais cela nécessite des actions IEC préalables. Dans le cadre du projet la mission recommande que les bénéficiaires des CREN soient intégrés dans le cadre du plan d'approvisionnement des structures sanitaires dont ils dépendent, qu'ils ne soient plus comptés comme des structures sanitaires à part.

- A partir des chiffres de population, si l'on souhaite couvrir tous les centres des 8 districts ciblés (en retirant les trois districts de Kaya), on aura au maximum 39 000 bénéficiaires, chiffre toutefois supérieur aux 22 290 prévus dans le Programme de pays et, pour les satisfaire, on devra réduire l'assistance à trois mois consécutifs et appliquer des critères de sélection stricts. *Si l'on accepte le nombre de districts, de rations et les durées recommandés par la mission, la prévision en vivres, pour les 5 années de 2000 à 2004, serait de 12 175 tonnes* (voir en annexe N°4), chiffre voisin des 14 139 tonnes prévues dans le Programme de pays .
- *La contribution monétaire des mères* aux distributions peut être acceptée de la part du PAM sous certaines conditions : elle doit être limitée et uniformisée à 100 FCFA par distribution mensuelle ; les fonds générés doivent servir en priorité à l'amélioration du programme. Ils devraient être une solution pour atténuer les difficultés à effectuer le S/E et la formation. Les formations ont un rapport coût/efficacité très élevé à cause des changements de personnel et il serait préférable d'effectuer la formation du personnel d'exécution au niveau même de la formation sanitaire lors des visites de suivi du coordonnateur de district du projet. La formation de formateurs par la DNP devrait concerner principalement le médecin – chef de district et le coordonnateur du projet, avec suivi par la DNP au niveau des districts bénéficiaires. Les besoins du projet, surtout en matière de S/E, de formation, de matériel et entretien des magasins devraient être inscrits dans le Plan d'actions et d'utilisation des fonds établi par le District Sanitaire. Une partie des fonds générés par les vivres du PAM et par la vente des emballages devrait également être utilisée pour améliorer les conditions de magasinage au niveau des formations sanitaires. A cette fin, un inventaire des réfections à faire devrait être établi par les centres et remis aux comités de gestion concernés pour financement.
- Il serait souhaitable que la *contre – partie du GOV* soit allouée plus précocement dans l'année afin que la DNP puisse utiliser les fonds en temps voulu. Dans le cadre de la nouvelle politique de recrutement et de redéploiement du personnel, envisagée par le Ministère, la mission sollicite des affectations dans les centres ne disposant que de deux techniciens afin qu'ils puissent exécuter correctement le PMA et le programme alimentaire en particulier.
- Compte-tenu du manque de maîtrise en matière de *collecte et enregistrement de données* au niveau des formations sanitaires, la mission est en accord avec les responsables nationaux pour que le projet demande un minimum de données nécessaires à son S/E au niveau des formations sanitaires. La DNP, assistée par le PAM, devrait établir un nouveau système de S/E plus restreint, quoique plus performant, au niveau des centres mais également solliciter auprès du coordonnateur du district les données sanitaires nécessaires à l'évaluation du projet.
- Le processus entamé de *la nouvelle gestion logistique* des projets PAM au Burkina Faso doit être poursuivie d'une façon prompte et constante. Cela comprend la transformation du SPAP en un organe logistique indépendant d'une tutelle ministérielle, la décentralisation de stockage des vivres au niveau de Fada N'Gourma et Dori, la privatisation plus poussée de transport des vivres, la mise en place d'un système de suivi / inventaires approprié et régulier des stocks de vivres, et la cogestion PAM/SPAP de sortie de vivres en magasin.



- La formation continue dans la gestion des vivres et leur emmagasinage doit faire partie des visites de supervision des formations sanitaires avec l'appui d'un manuel simple. Le système de cahier des stocks et le suivi quotidien des sorties des vivres doivent être appliqués dans toutes les formations bénéficiaires.
- L'établissement du plan d'approvisionnement par le Directeur technique du projet ne devrait pas être conditionné par la réception des rapports d'exécution du trimestre précédant *mais* par les rapports du trimestre d'avant. Au cas où ces rapports manquent, le Directeur technique doit faire de son mieux pour recevoir l'information à temps pour le ravitaillement continu et coordonné de tous les centres du projet. Le plan d'approvisionnement doit se faire par trimestre en coopération avec la section de programme PAM au début du mois *avant* le trimestre concerné tout en respectant le calendrier trimestriel. L'approvisionnement en vivres des centres concerne le SPAP jusqu'à la livraison dans les formations sanitaires et ensuite le relais devrait être pris par la DNP pour le relevé des stocks des centres en fin de trimestre afin d'élaborer sa programmation.
- La programmation des achats locaux / régionaux devrait se faire en tenant compte des périodes de plus grande disponibilité et du prix le plus économique. Toutefois, on devra considérer les capacités de stockage et d'absorption du projet et on devra éviter des périodes trop longues de stockage pour garantir la bonne qualité des produits.
- Les responsables de la Santé souhaiteraient une plus étroite collaboration avec le projet, à l'instar des autres agences de coopération, et sollicite un atelier annuel pour faire le point sur le projet et participer à sa planification. Il serait également recommandable que des réunions trimestrielles entre les trois parties DNP/SPAP/Bureau PAM soient instaurées régulièrement.
- Pour la mise en place de la nouvelle zone d'intervention du projet, des besoins en vivres qui en découlent et de leur répartition par formation sanitaire, il est nécessaire que la DNP, durant ce dernier trimestre 1998, *collecte auprès des districts bénéficiaires et concernant chaque formation sanitaire*, les données 1997, à défaut de 1998, données de population (enfants de 0 à 6 mois, de 0 à 11 mois, de 0 à 5 ans, femmes en âge de procréer et grossesses attendues), données sur le nombre d'inscrits et la couverture des consultations prénatales et de nourrissons, et le personnel par catégorie.
- Afin de remettre de l'ordre dans le projet, *une interruption des distributions* est nécessaire pour que, durant le premier trimestre 1999, la DNP puisse élaborer, réviser et dupliquer le matériel concernant les critères de sélection et l'enregistrement des données, et effectuer la formation des agents de santé, nécessaire à un redémarrage du projet. Formé, ce personnel pourrait entreprendre des activités IEC concernant l'aide alimentaire afin qu'elle soit mieux comprise par les populations. Il est recommandé que la DNP soit assistée par le PAM pour effectuer ces activités. Parallèlement, durant ce trimestre devrait s'effectuer l'approvisionnement des centres bénéficiaires pour que les distributions commencent dès le 1^{er} avril 1999 sur la nouvelle zone du projet.
- Pour mener à bien un tel type de projet qui demande des capacités de gestion mais aussi des capacités techniques, le recrutement d'un assistant (VNU ou JPO) ayant un profil en relation avec la Santé Publique serait à recommander pour le Bureau du PAM/BKF.

**ITINERAIRE DE LA MISSION ET PERSONNES RENCONTREES**

Date	Jour	Heure	Personnes
11.09.98	Vendredi	18:20	Arrivée par vol AF 730
12.09.98	Samedi		Lecture de documents
13.09.98	Dimanche		Lecture de documents
14.09.98	Lundi	08:00 – 10:00	Réunion de travail avec le Bureau
		10:00 – 11:00	Dr Somda, directeur national du projet
		11:30 – 12:30	G. Dupuis, chef de la Mission de Coopération française
		12:30 – 13:30	J.F.Sanchez - Rep.Plan International
		16:00 – 17:00	Dr.L.Sanon, Centre National de Nutrition
		17:00 – 19:00	Réunion SPAP et Direction du projet
15.09.98	Mardi	08:30 – 09.30	CREN de Ste Camille
		10:00 – 11:00	A. Zinsou, FNUAP
		11:30 – 12:30	Dr O. Boureima, Directeur Général de la Santé
		15:00 – 17:00	S. Zoundi, PDG. SODEPAL
16.09.98	Mercredi	07:00 – 09:30	Voyage à Fada, DS. Fada
		09:30 – 11:00	Visite du CSPs1 De Fada
		11:30 – 13:00	CREN de Diabo
		13:00 – 14:00	Retour à Fada
		15:00 – 17:00	DRS de Fada
17.09.98	Jeudi	07:00 – 08:00	Départ pour Pama, DS. De Pama
		08:00 – 09:30	CREN de Pama
		09:30 – 11:00	CMA de Pama
		11:30 – 13:00	CSPS Bpognou
		13:00 – 13:30	Retour à Pama
		15:00 – 16:00	DS de Pama
		16:30	Départ pour Ouagadougou
18.09.98	Vendredi	07:30 – 08:00	Voyage pour Kombissiri, D.S. Kombissiri
		08:00 – 10:00	CMA Kombissiri
		10:30 – 12:00	CSPS Toudou
		15:00 – 16:30	DS de Kombissiri
		16:30 – 17:00	Retour à Ouagadougou
		17:30	Prof. Tall, DSF
19.09.98	Samedi		Lecture de documents
20.09.98	Dimanche		Lecture de documents
21.09.98	Lundi	07:30 – 08:30	Voyage à DS Yako
		09:00 – 10:30	CSPS de Yako
		11:00 – 13:30	CREN de Latoden
		13:30 – 14:00	Retour à Yako
		15:30 – 16:00	DS de Yako
		16:00	Départ Ouahagouhia
22.09.98	Mardi	07:00 – 08:30	Voyage Djibo
		09:00 – 10:00	CSPS Pobé Mengaoue
		11:00 – 12:30	CMA Djibo
		12:30 – 14:00	DS de Djibo
		15:00	Retour à Ouaga



23.09.98	Mercredi	08:00 – 09:30 09:30 – 10:30 11:00 – 12:30 15:15 – 16:00 16:00 – 17:00 17:00 – 18:00	S.Matte, CECI M.Mercier, Coopération .française DEP A.Pellier, CEE Dr.L.Barry, OMS M.Bado, Banque Mondiale
24.09.98	Jeudi	07:30 – 08:30 09:00 – 10:30 10:30 – 11:00 11:30 – 12:30 12:30 – 14:00 15:00	Départ pour Kaya CREN de Pissila Retour à Kaya CSPS 1 de Kaya DRS et DS de Kaya Retour à Ouaga
25.09.98	Vendredi	08:00 – 09:00 09:30 – 11:00 11:30 – 12:30 12:30 – 13:30 15:00 – 16:00 16:00 – 17:00 17:00	H.H.Angenent, Save The Children A.Sawasogo, PSAN Dr.A.Lefèvre, UNICEF A.Toubo, FAO E. Penco, Terre des Hommes Dr Somda, DNP Réunion Bureau PAM
du 26.09.98 au 28.09.98	Samedi Lundi		Préparation des conclusions & Recommandations
29.09.98	Mardi	15:00 – 16:00	Présentation des Conclusions & Recommandations au Bureau du PAM
30.09.98	Mercredi	16:00 – 19:00	Présentation des Conclusions/Recommandations à la Direction Nationale, SPAP, CNN, DEP, DGSP, DSF
01.10.98	Jeudi	11:00 – 12:00	D.Timmermans, Coopération néerlandaise
02.10.98	Vendredi	09:00 16:00 20:35	Discussion C & R - Secrétaire Général Santé Publique Présentation au Ministre de la Santé Publique Départ Vol N°AF 739



REFERENCE DES DOCUMENTS CONSULTES

- *Coopération hollandaise : Rapport de mission sur la nutrition de février – mars 1996*
 - *DGSP. Dr.A.Bicaba: Note introductive sur la politique sanitaire nationale. Mai 1997.*
 - *Décret N°96 234/PRES/PM/MS portant organisation du Ministère de la Santé. Juin 1996.*
 - *ESOP/CD : Etude sur le financement extérieur de la santé. 1998.*
 - *HUISMAN, SOMDA, SIDIBE, DIALLO : Impact des barrages aménagés sur la sécurité nutritionnelle des populations bénéficiaires. Août 1998.*
 - *INSD: Enquête démographique et de santé 1993. Juin 1994.*
 - *INSD : Le profil de pauvreté au Burkina Faso. 1996.*
 - *KONATE Sanoussi : Programme conjoint des nations Unies pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Burkina Faso. 1998-2002. Décembre 1997.*
 - *MSP/CNN : Plan National d'Action pour la Nutrition. Recueil de Fiches de Projets. Rapport final (projet GCP/INT/642/NET). Septembre 1997.*
 - *MSP/CNN/PDSN : Enquête épidémiologique sur les carences en micronutriments dans 15 provinces. Mars 1997.*
 - *OCDE/Club du Sahel : Compte rendu de la réunion annuelle du réseau de prévention des crises alimentaires au Sahel. Novembre 1997.*
 - *OUEDRAOGO N. A : Analyse de la situation des enfants et des femmes. Secteur: Nutrition Alimentation. Février 1994.*
 - *PAM : Schéma de stratégie de pays. Burkina Faso (1999 – 2003). Mars 1998.*
 - *PAM : Programme de pays. Burkina Faso (2000 – 2004). Septembre 1998.*
 - *PNUD. Burkina Faso 1997 : Rapport sur le développement humain durable.*
 - *UNICEF/FNUAP/OMS : Enquête à indicateurs multiples. Situation des enfants au Burkina Faso. Septembre 1996.*
 - *ZAGRE N.M : Données sanitaires au point zéro. Évaluation de base 1995. Rapport de consultation. Août 1998.*
-



Annexe N°1

**FORMATIONS SANITAIRES BENEFICIAIRES
EN DATE DU 12 JUIN 1998 (PROJET BKF 4959 ACGV)**

Nouvelles Provinces	Directions Régionales	Districts Sanitaires	CMA/CM	CSPS	CREN	Total
Gourma	Fada	Fada	1	13	1	15
Kompienga	Fada	Pama	1	5	1	7
Sanematenga	Kaya	Kaya	1	23	2	26
Sanematenga	Kaya	Barsalogo	1	8	1	10
Soum	Ouahigouya	Djibo	1	8	0	9
Bazega	Ouagadougou	Sapone	1	19	0	20
Bazega	Ouagadougou	Kombissiri	1	12	0	13
Passoré	Koudougou	Yako	1	27	3	31
Bougouriba	Gaoua	Diebougou	1	5	1	7
Ioba	Gaoua	Dano	2	10	2	14
Kadiogo	Ouagadougou	Ouaga.ville	1	3	2	6
Houet	Bobo dioulasso	Bobo.ville	0	3	0	3
Total des10:	7	12	12	136	13	161



Annexe N°2

**FORMATIONS SANITAIRES PREVUES PAR LE PROGRAMME DE PAYS
DANS LA NOUVELLE ZONE D'INTERVENTION DU PROJET
BKF 4959 ACGV**

Nouvelles Provinces	Directions Régionales	Districts Sanitaires	CMA	CM	CSPS	Dispensaire seul	Total
Gnagna	Fada	Bogandé	1	0	18	0	19
Gourma	Fada	Fada	0	2	20	4	26
Kompienga	Fada	Pama	1	0	5	0	6
Namentenga	Kaya	Boulsa	1	1	16	1	19
Oudalan	Dori	Gorom	0	2	9	0	11
Sanematenga	Kaya	Kaya	0	0	19	0	19
Sanematenga	Kaya	Barsalogo	1	1	9	0	11
Seno	Dori	Dori	0	0	8	2	10
Yagha	Dori	Sebba	0	1	4	0	5
Soum	Ouahigouya	Djibo	1	1	10	5	17
Tapoa	Fada	Diapaga	1	1	16	0	18
Total des 10:	4	11	6	9	134	12	161

Source: Rapport DEP 1996

N.B. : Les CREN fonctionnels sont intégrés dans les formations sanitaires dont ils dépendent



ANNEXE N°3

**FORMATIONS SANITAIRES RECOMMANDEES PAR LA MISSION
D'EVALUATION DANS LA NOUVELLE ZONE
D'INTERVENTION DU PROJET BKF 4959 ACGV
SANS LA R.S. DE KAYA**

Nouvelles Provinces	Directions Régionales	Districts Sanitaires	CMA	CM	CSPS	Dispensaire seul	Total
Gnagna	Fada	Bogandé	1	0	18	0	19
Gourma	Fada	Fada	0	2	20	4	26
Kompienga	Fada	Pama	1	0	5	0	6
Oudalan	Dori	Gorom	0	2	9	0	11
Seno	Dori	Dori	0	0	8	2	10
Yagha	Dori	Sebba	0	1	4	0	5
Soum	Ouahigouya	Djibo	1	1	18	0	20
Tapoa	Fada	Diapaga	1	1	16	0	18
Sanematenga	Kaya	Kaya	1	0	19	0	20
Sanematenga	Kaya	Barsalagho	1	0	8	0	9
Namentenga	Kaya	Boulsa	1	1	16	1	19
TOTAL	04	11	07	08	141	07	163

Source: Rapport DEP 1996

N.B.: Les CREN fonctionnels sont intégrés dans les formations sanitaires dont ils dépendent



Annexe N°4

**PREVISIONS BENEFICIAIRES, DUREE D'ASSISTANCE
ET QUANTITES DE VIVRES RECOMMANDEES
PAR LA MISSION D'EVALUATION**

1. Nombre de bénéficiaires par an (surestimation)		39 168 pers/an
• Enfants souffrant de malnutrition modérée (surestimation)		20 610 pers/an
• Femmes enceintes		7 328 pers/an
• Mères allaitantes		1 767 pers/an
• Enfants souffrant de malnutrition sévère (surestimation)		8 375 pers/an
• Femmes accompagnatrices d'enfants souffrant de malnutrition sévère		838 pers/an
• Auxiliaires bénévoles (double ration des femmes enceintes et autres)		250 pers/an
2. Durée de l'assistance théorique par an		90 jours
• Enfants souffrant de malnutrition modérée (éventuellement 180j)		90 jours
• Femmes enceintes, femmes accompagnatrices		90 jours
• Mères allaitantes (éventuellement 180j)		90 jours
• Enfants souffrant de malnutrition sévère		300 jours
• Auxiliaires bénévoles (double ration des femmes enceintes et autres)		
Rations (en grammes)	<ul style="list-style-type: none">• Femmes enceintes• Mères allaitantes• Enfants souffrant de malnutrition modérée• Accompagnatrices• Bénévoles(x 2)	Enfants souffrant de malnutrition grave
• Mil/sorgho	600	360
• Huile	20	20
• Haricot	80	50
• Sucre	20 (ou + 10 huile)	30
Quantité totale (T) /an:		
• Mil/sorgho	2 011 t	
• Huile	73 t	
• Haricot	270 t	
• Sucre	81 t	
	2 435 t/an	
	soit 12 175 tonnes	
	pour les 5 années	



TABLEAU 1



TABLEAU 2



TABLEAU 3



TABLEAU 4



TABLEAU 5



TABLEAU 6



CARTE No. 1



CARTE No. 2



CARTE No. 3



CARTE no. 4



CARTE no. 5



CARTE no. 6



CARTE No. 7