**République Islamique de Mauritanie**



**STRATEGIE NATIONALE DE COMMUNICATION**

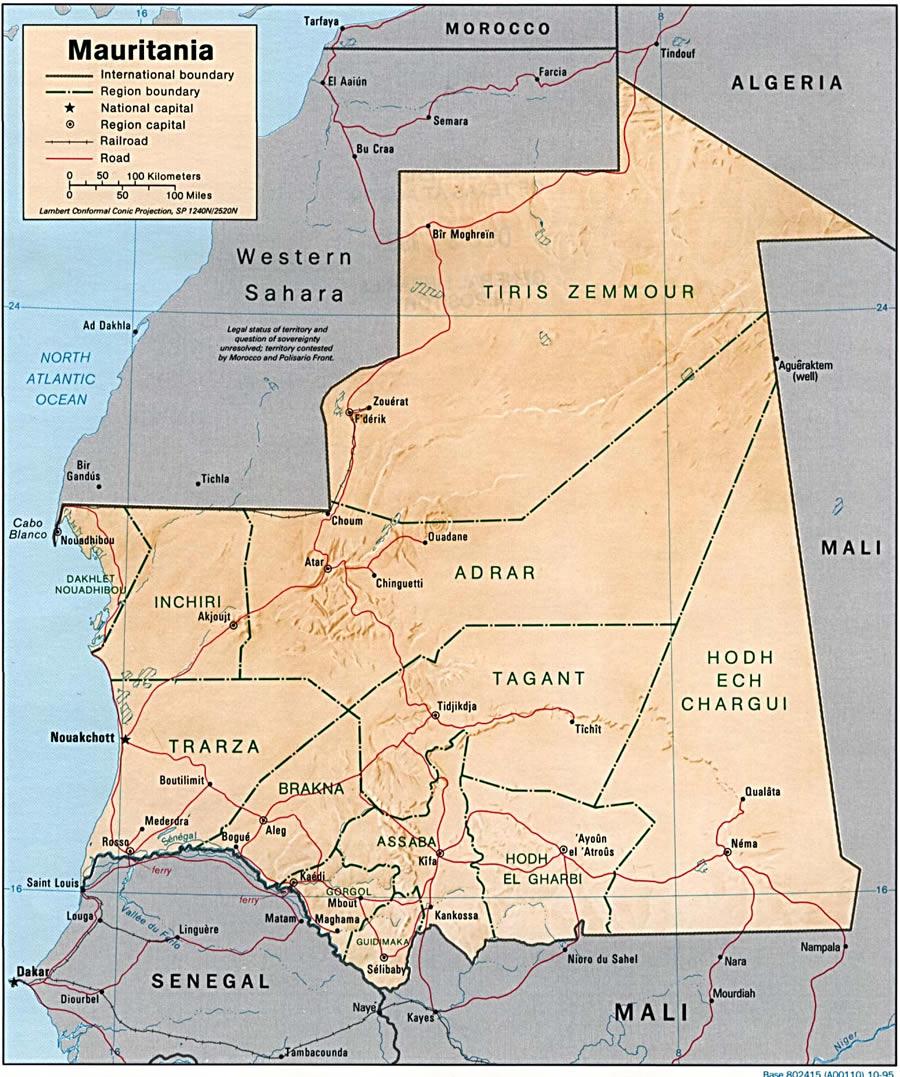
**POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT**

**EN MATIERE DE NUTRITION**

**DRAFT FINAL**

**SATEC DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL 30 Juillet 2008**

**MAURITANIE : CARTE ADMINISTRATIVE**



**TABLE DES MATIERES**

Table des matières………………………………………………………………………………………………………………3

Acronymes………………………………………………………………………………………………………………………….5

Avant-propos………………………………………………………………………………………………………………………6

1. CONTEXTE …………………………………………………………………………………………………………………..10

1.1.Contexte physique……………………………………………………………………………………………………….10

1.2.Population…………………………………………………………………………………………………………………..10

1.3.Contexte socio – culturel………………………………………………………………………………………………10

1.4.Contexte socio – économique……………………………………………………………………………………….13

1.5.Dépenses de santé………………………………………………………………………………………………………14

1.6 Situation sanitaire et nutritionnelle………………………………………………………………………………..14

1.6.1 Généralités sur la santé……………………………………………………………………………………………..14

1.6.2 Santé de la mère et de l’enfant, malnutrition et conséquences……………………………………...15

1.7 Réponse des autorités au problème de la malnutrition……………………………………………………16

1.8 Autres intervenants………………………………………………………………………………………………………18

1.9 Etat des lieux de la communication………………………………………………………………………………..19

1.9.1 Approches de communication utilisées…………………………………………………………………………19

1.9.2 Supports de sensibilisation et supports pédagogiques produits……………………………………….20

1.9.3.Exposition aux médias de la population à partir du cas de l’Assaba et Nouakchott…………..20

1.9.4 Ressources médiatiques disponibles et opportunités………………………………………………………21

*1.9.4.1.Canal des médias de masse………………………………………………………………………………………*21

*1.9.4.2 Canal socio traditionnel…………………………………………………………………………………………….*22

*1.9.4.3 Canal institutionnel…………………………………………………………………………………………………*..22

2. CONTRAINTES À LA COMMUNICATION SUR LA NUTRITION ET OPPORTUNITÉS…………………..22

2.1 Contraintes……………………………………………………………………………………………………………………22

2.2 Opportunités/atouts en matière de communication pour la nutrition…………………………………..23

2.3 Justification de la stratégie……………………………………………………………………………………………..23

3. PLANIFICATION DE LA STRATEGIE……………………………………………………………………………………24

3.1 Vision…………………………………………………………………………………………………………………………..24

3.2 Principes directeurs éthiques………………………………………………………………………………………….24

3.3 Principes opérationnels………………………………………………………………………………………………….25

3.4 Problèmes comportementaux prioritaires identifiés…………………………………………………………….26

3. 5 Groupes cibles concernés………………………………………………………………………………………………27

3.6 Comportements souhaités………………………………………………………………………………………………27

3.7 Analyse des groupes cibles et de leurs Connaissances, Attitudes et Pratiques……………………….28

3.8 Axes stratégiques…………………………………………………………………………………………………………..35

3.8.1 Renforcement des conditions préalables favorables aux activités de communication nutritionnelle

3.8.2 Développement d’un programme multimédia ciblé en direction des mères, femmes en grossesse et femmes allaitantes…………………………………………………………………………………………………………….39

3.8.3 Développement de programmes de communication auprès des cibles secondaires : hommes, jeunes scolaires, grands-mères et autres parentes âgées………………………………………………………….41

3.8.4 Promotion des produits agricoles traditionnels pour l’amélioration du bilan nutritionnel de familles………………………………………………………………………………………………………………………………..44

3.9.Buts et objectifs………………………………………………………………………………………………………………46

3.9.1 But………………………………………………………………………………………………………………………………46

3.9.2.Objectif général…………………………………………………………………………………………………………….46

3.9.3.Objectifs spécifiques………………………………………………………………………………………………………46

3.10 Canaux et axes de communication………………………………………………………………………………….46

3.11 Les spécificités régionales……………………………………………………………………………………………….52

Conclusion sur la Communication nutritionnelle en lien avec les spécificités socio - culturelles et régionales……………………………………………………………………………………………………………………………..58

3.12 Messages……………………………………………………………………………………………………………………….61

4. CADRE DE MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE……………………………………………………………………74

4.1 Cadre institutionnel…………………………………………………………………………………………………………..74

4.2 Coordination……………………………………………………………………………………………………………………76

4.3 Partenariats…………………………………………………………………………………………………………………….77

4.4 Risques et postulats…………………………………………………………………………………………………………78

4.5 Suivi et évaluation……………………………………………………………………………………………………………..79

ANNEXE…………………………………………………………………………………………………………………………………86

ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DES WILAYAS

**ACRONYMES**

ANC : Agents de nutrition Communautaire

ASC : Agent de Santé Communautaire

BM : Banque Mondiale

CAC : Centre d’Alimentation Communautaire

CIP : Communication interpersonnelle

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CNC : Centre de Nutrition Communautaire

CPN : Consultation Prénatale

CPSSA : Commissariat à la Protection Sociale et Sécurité Alimentaire

CRENAM Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modérée

CRENI : Centre de Récupération Nutritionnelle en Interne

CSLCP : Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté

EDSM : Enquête Démographique et Sanitaire Mauritanie

EPS : Education Pour la Santé

FAO : Organisation des Nations Unies pour l’Agriculture et l’Alimentation

IEC : Information Education Communication

MCC  : Ministère de la Culture et de la Communication

MEN : Ministère de l'Education Nationale

MFFEF : Ministère chargé de la Promotion Féminine, de l’Enfance et de la Famille

Moughataa: Département

MS : Ministère de la Santé

MPFEF  : Ministère Chargé de la Promotion Féminine de l’Enfance et de la Famille

NUTRICOM: Projet de Nutrition Communautaire

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONS : Office Nationale de la Statistique

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PASN/CN : Projet d’Appui aux Secteurs de la Santé et de la Nutrition / Composante Nutrition

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant

PCM : Prise en Charge de la Malnutrition

PIB : Produit Intérieur Brut

PNAN : Plan National d'Action Pour la Nutrition

PNDN : Politique Nationale de Développement de la Nutrition

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

UNFPA  : Fond des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l’Enfance

UNB : Unité Santé de Base

WILAYA: Région, province

**AVANT PROPOS**

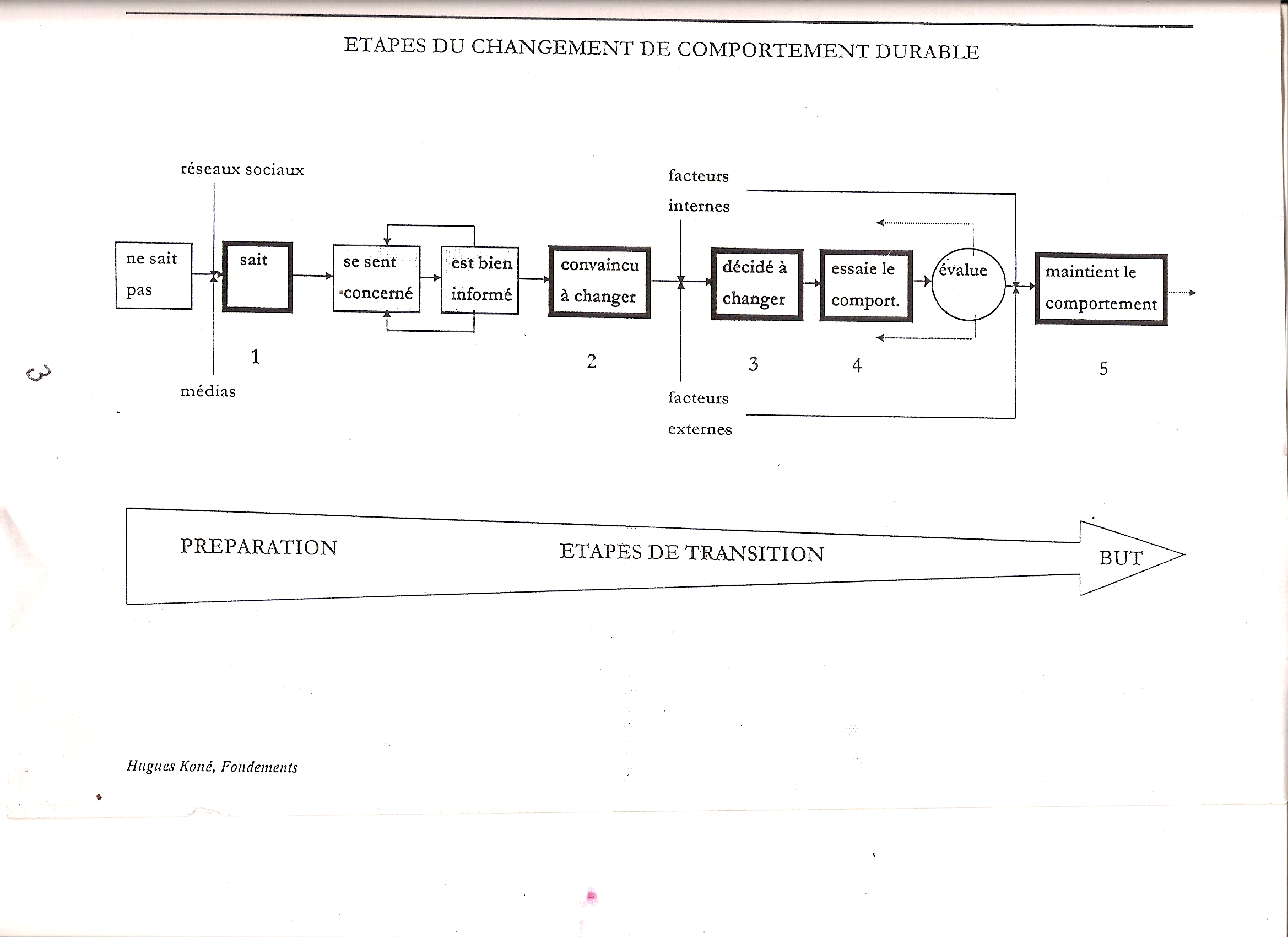
**Les bases de la Communication pour le Changement de Comportement CCC**

Le développement des bases théoriques de l’approche propre à la Communication pour le Changement de Comportement a pour but de définir le socle conceptuel commun sur lequel tous les intervenants en matière de nutrition devraient bâtir leurs stratégies d’interventions. La sensibilisation des populations pour l’adoption de comportements préventifs en matière de santé est une activité menée depuis longtemps mais avec des approches qui ont varié dans le temps. De l’Education Pour la Santé, l’EPS, qui délivrait des savoirs et des savoirs faire on est passé à l’Information-Education-Communication (IEC) qui a tenté d’y ajouter le savoir être après un dialogue avec les populations sur leurs pratiques. Les approches théoriques précédentes en se centrant sur la transmission d’information et l’apprentissage de gestes techniques n’ont pas réussi à modifier durablement et dans le sens souhaité les comportements. Il est à espérer que l’approche par la CCC puisse permettre de lever ce verrou du passage à l’acte en fondant les actions et interventions sur les modèles des déterminants du comportement et de son changement.

L’élaboration d’une stratégie de communication se réfère au processus même du changement de comportement. Pour lutter contre la malnutrition il faut promouvoir de nouveaux comportements alimentaires et nutritionnels parmi la population, en particulier les mères, mais, adopter un nouveau comportement est un processus qui demande du temps et qui comporte des étapes.

1. **Les Etapes du changement de comportement**

Elles peuvent être schématisées de la manière suivante.



* **L’étape de connaissance** : Savoir (au sens d’avoir les informations, les connaissances nécessaires) est la première étape pour que quelqu’un adopte un comportement quelconque. Au contraire, si une personne ne sait pas, il lui sera difficile d’agir dans le sens souhaité. Cette étape concerne tout ce que les gens savent, connaissent, apprennent, comprennent. Par exemple les enquêtes réalisées montrent que peu de femmes connaissent la valeur des différents aliments et le lien existant entre alimentation, carence en certains micro-nutriments et maladie

* **L’étape d’approbation, d’acceptation** : être d’accord est la seconde étape vers l’adoption d’un nouveau comportement. Cette étape concerne essentiellement les attitudes (favorables, défavorables, on est pour, on est contre, on soutient le processus ou on ne le soutient pas, etc.), Par exemple les mères sont favorables à l’allaitement maternel en général mais peu favorables à l’allaitement exclusif jusqu’à 6 mois car elles sont persuadées qu’il faut rapidement donner de l’eau des compléments d’alimentation au bébé.
* **L’étape de prise de décision (intention)** : elle traduit l’intention d’agir dans le sens souhaité, par exemple se rendre au Centre de Nutrition Communautaire pour obtenir des services ou conseils de l’ANC. Toutefois certaines mères qui souhaiteraient fréquenter les CPN ou les CNC se trouvent trop éloignées de ces structures et se découragent. Ce qui signifie qu’elles acceptent bien l’idée mais ne la concrétisent pas parce que confrontées à diverses contraintes. Parmi ces dernières ce peut être le manque de moyens ou de soutien du mari ou de la belle famille. Si ces problèmes étaient résolus, il se pourraient que ces mères fassent suivre leurs enfants et s’initient à la composition de repas nutritionnellement équilibrés.
* **L’étape d’action (pratique)** : elle correspond au stade du passage à l’acte concret. En d’autres termes, quelqu’un qui se trouve à cette étape du processus comportemental peut entreprendre plusieurs actions : par exemple une femme enceinte se end à toutes les visites de CPN , une mère allaité son enfant dès la naissance et ne lui donne rien d’autre que son lait. En général, cette étape comporte elle-même des sous-étapes dont l’une d’elle est l’essai. En effet, souvent, on essaie d’abord le nouveau comportement et, en fonction des résultats, on maintient ce comportement et on l’adopte définitivement ou, au contraire, on rejette le nouveau comportement et on retourne à ses vieilles habitudes.
* **L’étape d’inciter les autres à agir dans le sens souhaité (plaidoyer)** : c’est l’étape au cours de laquelle une personne qui a adopté un comportement favorable à l’allaitement exclusif et à l’équilibre nutritionnel familial se transforme elle-même en source d’informations et de connaissances pour les membres de sa communauté. Par son comportement, elle incite d’autres personnes à agir dans le sens souhaité et devient un agent de mobilisation et de changement pour promouvoir, à son tour le suivi de la croissance des enfants, l’allaitement exclusif et la préparation de repas familiaux nutritionnellement équilibrés auprès de ces parentes, amies et voisines.

Il convient de mentionner aussi que, face à l’allaitement maternel, face à l’alimentation et la nutrition de nombreux facteurs poussent les individus à se comporter de telle ou telle manière. Globalement, ces facteurs peuvent être regroupés en deux grandes catégories :

1. les « facteurs comportementaux » : c’est-à-dire ceux qui dépendent du comportement individuel de chaque mauritanien et mauritanienne; les individus ne sont pas tous égaux et semblables. Certaines sont plus innovatrices que d’autres et aimant la nouveauté acceptent plus facilement de changer. Certaines femmes sont davantage conservatrices et réfractaires au changement d’habitudes et de pratiques. De nombreux individus, la majorité, suivent le mouvement et changent s’ils voient un intérêt à suivre les innovateurs ou refusent le changement si les conservateurs sont plus nombreux ou plus influents.
2. les « facteurs environnementaux » : ceux qui sont liés au contexte sanitaire, social, culturel, économique dans lequel vivent ces mauritaniens et mauritaniennes et sur lequel ils n’ont presque pas de contrôle direct.
3. La dimension culturelle des comportements qui doit constituer une préoccupation de tous ceux qui interviennent dans la problématique des changements de pratiques. L’approche culturelle de développement a été formalisée dans la déclaration de Mexico (UNESCO) qui entend asseoir le développement sur les éléments liés aux mentalités, traditions, croyances, systèmes de valeurs. Ceux-ci doivent être pris en compte pour des raisons pratiques et éthiques propres à chaque société, dans la mesure où ils sont susceptibles de renforcer les changements nécessaires ou les entraver, s’ils ne sont pas correctement identifiés. Cette approche issue des recommandations de Mexico devrait permettre de mobiliser les ressources culturelles des populations, afin de bénéficier de leur soutien, quand il s’agira, d’apporter des changements nécessaires à la manière de penser et de se comporter en vue d’un développement humain durable ceci grâce à l’identification commune des besoins et des actions.

A chacune des étapes du changement de comportement correspondent des activités spécifiques à mener comme l’indique le tableau ci dessous

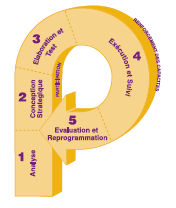
| **ETAPES** | **ACTIVITES** |
| --- | --- |
| **Indifférent** | Augmenter les connaissances et suggérer une solution |
| **Conscient et informé** | Identifier les contraintes et bénéfices du nouveau comportement |
| **Motivé à changer** | Fournir une information logistique et utiliser les groupes communautaires pour conseiller et motiver |
| **Essai du nouveau comportement** | Fournir une information pour une pratique correcte  Encourager à continuer en mettant l’accent sur les bénéfices  Réduire les problèmes liés aux contraintes  Développer des compétences par essai + un soutien social |
| **Maintien du nouveau comportement** | Rappeler les bénéfices du nouveau comportement et rassurer sur la capacité à maintenir le comportement et apporter un soutien social |

Il existe plusieurs modèles pour rendre compte des étapes du changement de comportement.

Le modèle de James Prochaska et Carlo Diclemente est le plus connu, il est surtout employé dans le domaine des changements de comportement addictifs (tabagisme, drogue, alcool, comportements alimentaires…)**.** Son schéma est fourni en annexe.

1. **La Planification Stratégique de la communication**

**Le modèle de l’Université Johns Hopkins de Baltimore-JHU- CCP)**

Par « communication stratégique», il faut entendre un ensemble d’actions ou d’activités de communication, conçues de façon cohérente et logique et qu’on se propose de mettre en œuvre, en suivant des étapes précises, afin d’atteindre des objectifs préalablement définis. 

Il ne s’agit pas seulement de produire uniquement du matériel d’information (des affiches, des dépliants ou des spots radio, etc.) ou une série d’interventions sans lien apparent. Il s’agit d’un processus qui comporte des étapes. L’ensemble répond à une certaine cohésion et obéit à une logique interne. En d’autres termes, un programme de communication stratégique ne s’improvise pas. Il est élaboré et mis en œuvre, en suivant une démarche méthodique et des axes d’intervention diversifiés.

Cette démarche est schématisée par le processus qui indique, étape par étape, comment élaborer un programme de communication stratégique en santé. Ce processus comprend les étapes suivantes :

1. L’analysequi permet de cerner clairement le problème ainsi que les besoins de communication qui en découlent, en d’autres termes les aspects du problème qui peuvent être résolus grâce à des interventions de type communication. L’étape d’analyse permet de recueillir les informations qualitatives et quantitatives qui aideront à orienter le programme : par exemple, les informations sur les canaux de communication que les populations utilisent ou les informations sur leur comportement nutritionnel au quotidien et leur pratique d’allaitement des nourrissons.
2. La conception stratégique qui comporte :

* La définition d’objectifs mesurables et le choix des segments spécifiques de la population dont on essaie d’obtenir des changements en termes de connaissances, d’attitudes et de pratiques comportementales ;
* La détermination des axes stratégiques à exploiter ;
* Le choix de canaux les plus appropriés ;
* Le choix des activités les plus pertinentes ;
* Les mécanismes de suivi et d’évaluation à mettre en place

1. Le développement des interventions de communication, le pré-test et la production des messages et du matériel de communication
2. La gestion, l’exécution et le suivi des interventions de communication
3. L’évaluation de l’impact du programme de communication et reprogrammation

Le modèle P de planification stratégique de l’Université Johns Hopkins est largement employé dans les programmes de développement en Afrique en particulier dans le domaine de la communication pour la santé parce qu’il s’avère être le plus adapté et le plus concret. Toutefois de nombreux autres modèles théoriques existent qui sont utilisés par les uns et les autres. Citons le modèle « 5 » de Healthcom/AED, le modèle développé par AIDSCOM, le modèle de l’UNFPA, le modèle de l’approche participative communautaire de la FAO, le modèle du PREFICEP d’Abidjan, le PRECEDE PROCEED de Lawrence W. Green et Marshal W. Kreuter, etc...

Ces différents modèles présentent de nombreux points communs dans la mesure où l’on retrouve partout au moins trois grandes phases : l’analyse de la situation, la stratégie (conception et préparation de la mise en oeuvre) et l’exécution des activités. La description des principaux modèles cités figure en annexe du présent document

* décision d’essayer de nouveaux comportements.

La théorie des différentes étapes du changement de comportement renseigne le planificateur sur les interventions appropriées de CCC à mettre en œuvre selon le niveau auquel se situe l’audience cible.

Le modèle de planification stratégique fournit un cadre rigoureux pour bâtir des interventions pertinentes et coordonnées tenant compte des groupes auxquels la CCC s’adresse. Enfin les théories sur les déterminants du changement de comportement auxquelles il est fait référence prennent en compte la préoccupation d’intégrer facteurs comportementaux et facteurs environnementaux dans les stratégies de CCC à développer.

**1. CONTEXTE**

* 1. **Contexte physique**

Pays sahélo-saharien, situé dans l’Ouest Africain sur un vaste territoire de 1.030.700 Km2, la Mauritanie qui dispose d’une façade maritime de 740 km est caractérisée par un climat chaud et sec. Les précipitations y sont rares et varient de 500 à 50 mm/an du Sud au Nord. Le fleuve Sénégal constitue le seul cours d ‘eau permanent dans le pays. La Mauritanie est malheureusement sujette à des sécheresses récurrentes affectant de façon structurelle la végétation, qui globalement diminue du Sud au Nord. Le désert avance de 10 km par an et a envahi les 3/4 du territoire mauritanien. Ceci a engendré une chute notable des rendements du secteur agropastoral, l'un des piliers de l'économie nationale, et par conséquent des crises alimentaires plus ou moins graves dans les zones rurales avec toutes les conséquences que cela engendre sur la situation alimentaire et nutritionnelle des populations.

* 1. **Population**

Au niveau démographique, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2007 à 3.270.065 habitants avec un taux de croissance démographique de 2.87% par an (estimation 2007) dont 36% vivent en milieu rural. La densité de population est de 2.4 habitants au Km2 bien que 80% de la population habite un tiers du territoire. Le taux d’urbanisation est de 53 %. Nouakchott, la capitale du pays abrite plus de 24% de la population totale. La population est jeune, avec 44% de moins de 15 ans (dont 31,7% de 0-8 ans) et seulement 6% de plus de 60 ans, créant ainsi des pressions importantes sur les services de base. Les hommes représentent 48,7% de la population et les femmes, 51,3%. La population mauritanienne est extrêmement diverse sur le plan ethnoculturel et est composée de quatre ethnies : les Arabes, les Poulars, les Soninkés et les Wolofs. Les langues parlées sont : le [hassaniya](http://fr.wikipedia.org/wiki/Hassaniya) (dialecte arabe), le wolof, le [poulaar](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pulaar) et le [soninké](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sonink%C3%A9). L’arabe est la langue officielle et le français est utilisé dans l’administration et dans les écoles

La population mauritanienne connaît des phénomènes de migration importants : migrations saisonnières internes et migrations vers l’étranger. Les problèmes de recherche de pâturages toujours plus lointains entraînent et renforcent la mobilité d’une population déjà foncièrement nomade. La pauvreté incite également nombre de mauritaniens à s’expatrier dans les différents pays de l’Afrique de l’Ouest où ils exercent des activités commerciales (même s’il faut noter que cette tendance a substantiellement diminué ces dernières années) ou encore vers l’occident. Le pays dispose d’une Politique de Population dont le but principal est d’assurer l’adéquation entre la croissance démographique et le développement économique, afin d’améliorer la qualité et le niveau de vie de la population.

Sur le plan administratif, la Mauritanie est subdivisée en 13 Wilayas (régions), 53 Moughataas ou départements et 216 communes. Nouakchott est subdivisée en 9 Moughataas.

* 1. **Contexte socio – culturel**

La position géographique de la [Mauritanie](http://fr.wikipedia.org/wiki/Mauritanie), a facilité l’enrichissement et le mélange des cultures maure (arabo-berbère) et négro-africaine. Le pays a dû composer avec ces deux entités culturelles pour se forger une identité plurielle. La population mauritanienne est [musulmane](http://fr.wikipedia.org/wiki/Musulman) [sunnite](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sunnite) à 100%.

***Education***

Le système éducatif a connu des progrès considérables sur le plan quantitatif : Le taux brut de scolarisation primaire (TBS fondamental) est passé de 71% en 1989/90 à 76,7% en 2004/2005[[1]](#footnote-0) . La reforme de 1999 s’est fixé comme objectifs la correction des lacunes de l’ancien système par l’unification du système éducatif, le renforcement de l’enseignement de l’instruction civique, l’amélioration de l’enseignement des langues et le renforcement du niveau des élèves en augmentant d’une année le cursus du cycle secondaire et en favorisant l’enseignement des matières scientifiques. Cependant les disparités restent très prononcées entre milieu rural (TBS, 62.4%) et milieu urbain (TBS, 102.6%). De plus, une grande disparité existe encore entre Wilaya : 49.3% dans le Gorgol contre 107.6% dans le Tirs- Ezzemour. Un texte de loi adopté en 2002 rend obligatoire l’enseignement pour les enfants (dont les filles) de 6 à 14 ans.

L’enseignement en général et des filles en particulier a bénéficié de l’impact positif et incitatif des cantines scolaires. Il existe en Mauritanie 1350 cantines scolaires concernant 1250 écoles publiques et 116 écoles coraniques ou Mahadras. 136 083 élèves bénéficient de cette initiative visant à améliorer la situation nutritionnelle des jeunes scolaires issus des catégories les plus vulnérables de la population

***Statut de la femme***

La Mauritanie a ratifié depuis plusieurs années la Convention sur l’Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l’Egard des Femmes (CEDEF). Les femmes mauritaniennes ont accumulé du retard, au regard des principaux indicateurs socio-économiques, pourtant à maints égards des progrès sensibles ont été enregistrés ces dernières années :

L’Indice Synthétique de fécondité est passé à 4,6 en fin de vie féconde[[2]](#footnote-1) (4.7, EDSM 01) au lieu des 6 enregistrés voici une décennie. L’âge au premier mariage a reculé de 16,4 ans à 21,4 ans. L’âge de la femme au premier enfant se situe également plus tard : 20 ans pour les 30-44 ans et 21,9 ans pour les jeunes femmes de 25-29 ans. Le taux d’alphabétisation des femmes a significativement progressé : de 30 % à 45,8 % entre 1988 et 2000 La proportion des filles scolarisées n’a cessé de croître avec un taux brut de scolarisation (TBS) primaire qui avoisine les 77%. Dans le secondaire les filles sont passés de 31 % en 1990 à 43 % en 2000 mais surtout 94,5 % des filles atteignent la 4 ème année contre 88,4 % des garçons.

La contribution des femmes à la production de la richesse nationale est passée de 23,5% en 1988 à 28,1 % en 2000 ce qui laisse croire à un accroissement de l’activité économique des femmes. Par contre sur le marché de l’emploi les femmes continuent à souffrir d’une certaine marginalisation. La part des femmes au chômage a diminué moins fortement que celle des hommes. Certaines professions leur sont significativement moins ouverte qu’aux hommes : l’emploi salarié intègre seulement 12,4 % de la population féminine active contre 27,3 % des hommes de la même catégorie. Les femmes restent concentrées dans l’agriculture (48,6% des femmes actives) et le commerce 13,5 %. Surtout à formation égale le revenu salarial féminin est inférieur de 60 % à celui de l’homme.

Si les femmes bénéficient un peu plus que les hommes de l’accès au crédit (52% des crédits) avec des initiatives comme les Nissa Banques et les Groupements Féminins d’Epargne et de Crédit, GFEC/BDFG), il n’en demeure pas moins que c’est grâce aux structures informelles qu’elles obtiennent la majorité de leurs crédits (90 % en milieu rural). Dans l’informel les femmes investissent surtout le commerce (35,8 % des activités informelles féminines) et les services.

En dépit des avancées enregistrée plus haut, on ne peut occulter les difficultés qu’éprouvent encore les femmes en particulier rurales, pour faire valoir leurs droits et ce pour diverses raisons dont i)la persistance de coutumes et des pesanteurs sociologiques,(ii) l’ignorance des lois les concernant,(iii) les difficultés pour elles de recourir à la Justice et d’en supporter les frais (iv) leur dépendance économique vis à vis des hommes.

La femme ruraleest nettement plus vulnérable que la femme urbaine du fait d’un faible accès à l’école, et aux services de santé. Selon la dernière EDSM (2000/01) : 33 % d’entre elles vivent à au moins 30 kilomètres d’une école secondaire ; 20% à plus de 30 kilomètres d’un marché : 48% à plus de 5 kilomètres d’un centre se santé avec PMI et 74% à plus de 5 kilomètres d’un hôpital

Seules 18,7 % des femmes détiennent une propriété foncière à leur nom.

***Droits de la femme***

La Constitution mauritanienne du 20 juillet 1991 consacre l’égalité juridique entre l’homme et la femme. Parallèlement un Code du Statut Personnel (CSP) a été adopté en 2001 qui repose sur un consensus pour une position plus équitable de la femme au sein de la société. Ce CSP constitue une véritable avancée dans les domaine du mariage, du divorce, de l’entretien du ménage, des enfants, de l’héritage des pensions alimentaires etc…

Le développement sans précédent du mouvement associatif et l’irruption de la société civile sur la scène socio - politique nationale conjugués aux effets du CSP offre aux femmes de nombreuses opportunités d’émancipation. Toutefois l’accession des femmes à la sphère politique reste encore timide : 4 femmes ministres, 3,3 % de femmes occupant des fonctions municipales électives (19,1 % à Nouakchott), 3,7 % de femmes députés et 3,6 % de femmes sénateurs.

Par contre dans l’animation du tissu associatif les femmes occupent un rang de premier plan. En 1988 on recensait 1 271 coopératives féminines dans 10 willayas impliquant plus de 73 500 femmes. Ce chiffre doit être aujourd’hui très nettement supérieur.

***Habitudes alimentaires et satisfaction des besoins***

Le régime alimentaire du Mauritanien, relativement homogène sur l’ensemble du pays est basé sur une consommation élevée de céréales (riz, mil, sorgho et blé). L'apport quotidien en calorie est insuffisant pour la majeure partie de la population et fournit environ 2320 Kcal/habitant/jour. La consommation de légumes et fruits, sources de micronutriments, est saisonnière et plutôt faible, surtout pour la population rurale.

Le lait et la viande sont des aliments de choix pour tous. Cependant à cause de son prix prohibitif, la viande est devenue un aliment de luxe et de fête. Le poisson et les haricots (niébé) sont connus dans pratiquement tout le pays mais leur consommation est limitée dans le temps et dans l'espace. La fréquence des repas est d’environ trois par jour en milieu aisé. Mais en milieu rural elle dépasse rarement deux repas par jour ; voir un seul pendant les périodes de soudures. Dans certaines régions, une bonne partie de l'année, l'alimentation quotidienne ne couvre pas les besoins quantitatifs et qualitatifs de la population[[3]](#footnote-2).

Cependant, ces dernières années on note de grandes variations dans le panier de la ménagère, lorsque que l’on passe du milieu urbain au milieu rural[[4]](#footnote-3), se concrétisant par :

a. Une baisse réelle au niveau de la consommation de viande. Une augmentation limitée de la consommation urbaine de poissons réservée aux régions littorales La consommation de poisson à l’intérieur du pays ne dépassant guère 5 kg par habitant et par an.

b- Malgré le développement de l’agriculture périurbaine (surtout maraîchère) la consommation de fruits et légumes demeure très faible dans la ration alimentaire du mauritanien. L'offre de légumes demeure inférieure à 25kg par habitant et par an (recommandation de l'OMS : 80kg). Cependant, avec l’ouverture de la route Nouakchott-Nouadhibou cette tendance est en réelle amélioration avec la « proximité » du Maroc qui inonde le marché en légumes et fruits améliorant de fait l’accessibilité donc le taux de consommation.

c. La consommation d’huile végétale et de sucre est devenue plus importante du fait de l’évolution des modes de consommation alimentaire surtout en milieu citadin. Elle est de l'ordre de 7kg par tête d'habitant par an et 30 kg/ habitant/ an respectivement.

d. Les céréales sont de plus en plus consommées par une grande majorité de la population avec une part accrue pour le blé qui représente 60% de la ration céréalière et se présente sous forme de couscous et de pain[[5]](#footnote-4). Le riz est nettement moins consommé.

e- La consommation annuelle de produits de l'aviculture est en nette progression à hauteur d'1 million de poulets de chair et de 12 millions d'œufs.

***Changements d’habitudes alimentaires***

Avec les grandes sécheresses de la décennie 1970-80 et la crise alimentaire qui en a découlé, l’aide alimentaire massive gratuite apportée par les donateurs extérieurs a introduit dans le pays des aliments comme le blé et le riz qui n’étaient pas utilisés par la population de base et qui ont modifié les habitudes alimentaires Avec la flambée actuelle des cours mondiaux des céréales tout comme des produits de première nécessité la partie la plus pauvre de la population ne peut à nouveau plus faire face à ses dépenses d’alimentation sans pour autant en revenir aux produits alimentaires antérieurs.

D’autres changements plus positifs sont intervenus ces dernières années dans les habitudes alimentaires. Le poisson jusque là totalement méprisé, en particulier par les Maures est désormais davantage consommé. De même en milieu urbain les légumes et les fruits sont davantage consommés même si c’est encore par une partie aisée de la population. Au chapitre des changements positifs eu égard à l’alimentation il convient de relever la régression significative de la pratique du gavage. Mais il reste toujours un handicap à savoir qu’en matière d’alimentation tout est totalement délégué et réservé aux femmes, les hommes s’en tiennent totalement à l’écart se contentant d’apporter les fonds nécessaires à l’achat des produits consommés par la famille

***Arts et artistes***

La chanson est particulièrement prisée de l’ensemble des mauritaniens. Elle s’avère un très bon support de messages.

Les principaux artistes Maures actuels sont : [Maalouma Mint El Meydah](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Malouma_Mint_Meydah&action=edit&redlink=1), également membre du sénat, [Dimi Mint Abbeu](http://fr.wikipedia.org/wiki/Dimi_Mint_Abba), [Ouleya Mint Amartichitt](http://fr.wikipedia.org/wiki/Ouleya_Mint_Amartichitt), [Sedoum Ould Eida](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sedoum_Ould_Eida&action=edit&redlink=1) , [Baba Ould Himbara](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Baba_Ould_Himbara&action=edit&redlink=1) et [Papis Kimy](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Papis_Kimy&action=edit&redlink=1) (Maure-Wolof).

Chez les Peulhs ou Poulaars, les principaux musiciens sont : [Saidou Guédda](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Saidou_Gu%C3%A9dda&action=edit&redlink=1), [Barou Sall Ndiarou](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Barou_Sall_Ndiarou&action=edit&redlink=1), [Samaba Labboudou Ba Samba Hammmat Gadio](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Samaba_Labboudou_Ba_Samba_Hammmat_Gadio&action=edit&redlink=1) . Plus actuels : [Ousmane Hamady Diop](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ousmane_Hamady_Diop&action=edit&redlink=1), [Abou diouba Deh](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Abou_diouba_Deh&action=edit&redlink=1) , [Ousmane Guangué](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ousmane_Guangu%C3%A9&action=edit&redlink=1) et [Diamenteki](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Diamenteki&action=edit&redlink=1) (groupe de rap)

Les principaux musiciens Soninkés sont : [Touré Kunda](http://fr.wikipedia.org/wiki/Tour%C3%A9_Kunda), [Ganda Fadiga](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ganda_Fadiga&action=edit&redlink=1) , [Daby Touré](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Daby_Tour%C3%A9&action=edit&redlink=1) et [Demba Tandia](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Demba_Tandia&action=edit&redlink=1)..

L’ethnie Wolof localisée en grande partie dans le sud de la Mauritanie sur la rive du fleuve Sénégal est largement tournée artistiquement parlant vers ce dernier pays. Le musicien les plus connu chantant en wolof est [Youssou N’Dour](http://fr.wikipedia.org/wiki/Youssou_N%E2%80%99Dour).

* 1. **Contexte socio - économique**

Malgré, les progrès accomplis, en particulier dans le domaine de l’eau potable (53% de la population a un accès durable à l’eau potable), de l’éducation et du Genre, la Mauritanie demeure un pays à faible niveau de développement humain (avec un IDH de 0.486 correspondant au 153è rang sur les 177 pays classés par le rapport mondial sur le développement humain de 2006). Environ 46,3 % de la population mauritanienne vit encore en dessous du seuil minimum de pauvreté sur la base des données du profil de pauvreté (MAED/CDHLCPI/ONS, 2000). Cependant pour le milieu rural, (EPCV 2000) 6 personnes sur 10 vivaient en 2000 dans les conditions en deçà du minimum vital requis. Particulièrement les femmes et leurs enfants. Cependant avec la rente pétrolière en ascension fulgurante, Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est estimé au mois de juin 2008 à environs 1000 US$ (2008)[[6]](#footnote-5).

Depuis 1988 la Mauritanie souffre de la répétition d'épisodes de sécheresse prolongée et de médiocres saisons des pluies, portant atteinte aux  récoltes et réduisant la production alimentaire. Entre deux épisodes de sécheresse, le pays a subi de fortes inondations et des périodes de grand froid. La situation s'est aggravée en raison d'une infestation parasitaire des récoltes durant la période 2003/2004. Elle s'est encore davantage détériorée suite à une invasion sans précédent de criquets en 2004. Ceci a provoqué un déficit alimentaire céréalier à l'échelle nationale. La malnutrition aiguë a augmenté de façon alarmante dans toutes les régions. Les taux de mortalité dans les zones affectées par la sécheresse sont également élevés.

Et même si certaines années, comme 2004, ont été pour la Mauritanie, à l’instar d’une bonne partie de l’Afrique de l’Ouest synonymes de sécheresse, d’inondations et d’invasions acridiennes (criquets pèlerins) autant de maux entraînant la malnutrition à des niveaux dangereux, il faut quand même reconnaître que le déficit alimentaire est plutôt d’ordre structurel. La production brute céréalière par habitant a connu une baisse de 8% en 2006/07. La production de céréales, ne couvre les bonnes années, que 40 % des besoins estimés. Le déficit brut céréalier a été respectivement de l’ordre de 417.000 et 430.000 t en 2001 et 2002. Le volume moyen annuel des importations céréalières est de 280.000 tonnes (DPSE/MDRE).

Sur le plan pastoral, le cheptel a été fortement touché et on estime aujourd’hui que près de 2.300.000 bêtes, soit environ 16 % de l’effectif total du cheptel national, ont été décimées durant les deux années 2001 et 2002. L’apport nutritionnel potentiel des produits de l’élevage peut couvrir 4/5 des besoins en lipides de la population, et la moitié de ses besoins en protéines. Cependant, elle reste particulièrement vulnérable aux sécheresses et aux catastrophes liées aux phénomènes climatiques.

Pourtant la Mauritanie dispose de ressources naturelles variées. Les ressources halieutiques sont importantes. Le potentiel de pélagiques pouvant être débarqué se situe entre 700.000 et 1 million de tonnes, la pêche actuelle étant de l’ordre de 720.310 tonnes[[7]](#footnote-6).

Le pays dispose également d’un important potentiel minier. L’essentiel de l’exploitation minière reste celle du fer qui produit 11,5 MT par an, avec des réserves estimées à 250 MT de minerai riche.

Par ailleurs la Mauritanie a démarré sa production de pétrole. La totalité du potentiel est d’environ 400 millions de barils, plus une réserve de gaz estimée à 115milliards de m3. Au total, l’état devrait tirer de la production pétrolière près de $100m annuels à partir de 2007, l’équivalent de 20% du budget 2004, de $534m. La perspective de l’exploitation pétrolière suscite beaucoup d’espoirs.

* 1. **Dépenses de santé**

Le Gouvernement mauritanien a réalisé ces dernières années des efforts notoires dans le secteur de la Santé. Pendant la période 1998 – 2002 l’allocation à la Santé est passée de 1,9 % à 4 % du Produit Intérieur Brut, les dépenses de santé par tête d’habitant sont passées de 7,7 à 13,9 dollars US. Il est à souligner que désormais plus de 57 % du budget alloué à la Santé s’investit dans les unités sanitaires décentralisées Ces efforts financiers, en direction du secteur de la Santé, sont intervenus depuis 2001 dans un contexte de nette diminution des fonds extérieurs. Ainsi en 1999 le fonds des donateurs pour les dépenses de santé était de 55% par rapport au total des dépenses alors qu’en 2002 ce pourcentage est tombé à 29 % puis à 27 % en 2003

Les dépenses moyennes de santé d’un ménage représentent 5,5 % du total de ses dépenses. Paradoxalement alors que les ménages les plus nantis consacrent à la santé 4,6% des dépenses totales, les ménages les plus pauvres y consacrent 9%.

Malgré tous les efforts consentis pour répartir de façon plus équitable les structures sanitaires sur l’ensemble du territoire les résultats de l’EDMS de 2001 indique que 46% des femmes rurales devaient faire plus de 30 kilomètres pour atteindre un centre de santé offrant le service de PMI, 29 % se trouvaient à plus de 30 kilomètres d’un poste de santé et 83 % de l’hôpital le plus proche.

**1.6 Situation sanitaire et nutritionnelle**

**1.6.1 Généralités sur la santé**

Le système de santé, de type pyramidal, comprend 5 niveaux : le Centre Hospitalier,   l’Hôpital Régional,  le Centre de Santé, le Poste de santé et l’Unité de Santé de Base qui s’appuie sur un Agent de Santé Communautaire (ASC).

Les structures de prise en charge de la malnutrition calquent cette pyramide selon la gravité de l’atteinte des enfants : Le Centre Hospitalier de Nouakchott avec son Unité Spécialisée de Nutrition joue le rôle de référence nationale ; Les CRENI (Centres de Récupération Nutritionnelle en Interne) situés au niveau des Hôpitaux Régionaux prennent en charge la malnutrition aigue sévère avec perte d’appétit et complications ; les CRENAS au niveau des Centres de Santé assurent la prise en charge de la malnutrition aigue sévère sans perte d’appétit ni complications ;les CRENAM (Centres de Récupération Nutritionnelle Aigue Modérée) correspondant à l’échelon Postes de Santé, accueillent les enfants atteintes de malnutrition aigue modérée ; les CNC (Centres de Nutrition Communautaire) enfin, assurent les conseils, les démonstrations culinaires et le suivi de la croissance au niveau communautaire c'est-à-dire au niveau de l’Unité de Santé de Base ou USB

Au niveau des indicateurs de santé, la couverture vaccinale est passée de 40% (2000) à plus de 70% (2002). Le taux d’accès géographique aux structures de santé est supérieur à 70% au niveau national. Ces dernières années, la disponibilité des médicaments a été sensiblement améliorée (création de la CAMEC), autant que la prise en charge des indigents. De même, l’introduction du forfait obstétrical, la création de mutuelles de santé et l’implication active de la société civile à travers la contractualisation des programmes prioritaires (Paludisme, SR, SIDA, Nutrition, etc.) ont eu un impact positif sur l’état de santé en général. Et dans ce contexte, l’espérance de vie a évolué, passant de 48 ans en 1988 à 54 ans en 2000 selon le dernier recensement. Toutefois l’insuffisance pondérale reste particulièrement élevée. Elle est en moyenne de 32% (EDSM 2001). Et toujours selon L’EDSM, seuls 32% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu toutes les vaccinations et toutes les doses contre les maladies du PEV, la prévalence de la diarrhée pour le groupe d’âge 6-11 mois est de 30%, celle des IRA de 17%.

**1.6.2 Santé de la mère et de l’enfant, malnutrition et conséquences**

La dernière EDSM 2001 donne un certain nombre d’informations fiables sur la situation en matière de suivi apportés aux femmes en grossesse (CPN) et en matière de nutrition des enfants et des femmes enceintes et allaitantes.

***Accès aux services***

Au niveau national 48 % des femmes sont à plus de 5 kilomètres d’un centre de santé/PMI

46 % des femmes rurales doivent parcourir plus de 30 kilomètres pour atteindre un centre de santé avec service de SMI, 83% pour atteindre un hôpital et 51 % pour se rendre dans la pharmacie la plus proche.

***Fréquentation des CPN***

La fréquentation des CPN connaît de fortes disparités selon que se situe en milieu urbain (84%) ou en milieu rural (50%) et selon les régions : au Nord du pays 75% des mères, 45 % dans les régions du sud et 35 % au sud est du pays. Le niveau d’instruction des mères joue également sur la surveillance de la grossesse : 94 % des femmes de niveau secondaire se rendent dans les CPN contre 50% les femmes sans instruction. Conséquence : 40% des mères d’un enfant de moins de un an n’ont pas bénéficié de l’apport en fer délivré lors de ces consultations.

Moins d’un accouchement sur deux se passe dans une structure sanitaire

En ce qui concerne l’apport en vitamine A, 58% des enfants ont reçu au moins une dose dans l’année ayant précédé l’enquête (2000). 75 % des mères ont entendu parler de la SRO à utiliser lors d’épisodes diarrhéiques.

***Carence en micronutriments***

Plus de la moitié des femmes en âge de procréer ont des anémies (carence de fer), 67% au Gorgol[[8]](#footnote-7). Cette prévalence est chez les enfants de 6-59 mois de 84,7% dont 8,7% de forme sévère (taux d’hémoglobine< 7g/dl)[[9]](#footnote-8). De nombreuses personnes font état de cécité crépusculaire en fin de saison sèche, révélatrice de déficience en vitamine A. Les estimations les plus récentes donnent une prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de six ans de 15%[[10]](#footnote-9). Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) sont fréquents. Au niveau national 30.9% de la population souffre de troubles dus à la carence en iode ou TDCI[[11]](#footnote-10). Cette valeur est supérieure au seuil de sévérité de la maladie fixé par l'OMS à 30% alors que le taux de consommation nationale de sel iodé ne dépasse guère 2%[[12]](#footnote-11).

***Allaitement maternel***

L’allaitement maternel est généralisé en Mauritanie à 94 % et 61 % des nouveaux nés sont mis au sein durant la première heure après l’accouchement. Cependant presque un enfant sur deux reçoit un liquide à boire dans ses premières 24 heures avant d’être allaité. L’allaitement maternel exclusif ne concerne que 28% des enfants jusqu’à 3 mois et 9% de 4 à 5 mois. Presque deux enfants sur trois ne bénéficient pas de l’allaitement exclusif de 6 mois préconisé par l’OMS. Avant 1 mois, un tiers des bébés reçoit de l’eau et 21 % d’autres aliments que le lait maternel. Entre 2 et 3 mois plus de 40 % des bébés reçoivent en complément du lait de l’eau et des aliments avec tous les risques de contamination et d’infection afférents. L’introduction d’aliments autres que le lait maternel est trop précoce. L’aliment de complément est bien ancré dans les habitudes des populations.

***Retard de croissance***

Selon les critères de l’OMS avec des taux de retard de croissance et d’insuffisance pondérale supérieurs à 30%, la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans en Mauritanie entre dans la catégorie «élevée » à « très élevée ». Selon l’EDSM 2001 plus de 35% des enfants présentent un retard de croissance témoignant d’une malnutrition chronique, soit plus de 15 fois ce qui devrait être observé chez une population bien nourrie. Environ 13% des enfants sont en état de maigreur, dont 3% sévèrement émaciés. Enfin, 32% des enfants sont en insuffisance pondérale globale. La situation est particulièrement préoccupante dans la zone du Fleuve regroupant le Trarza, le Brakna, le Gorgol et le Guidimakha.

La prévalence des maigreurs est plus forte chez les enfants de 6 à 24 mois et décroît ensuite, mais les formes sévères se maintiennent à un niveau très élevé jusqu’à 36 mois (4,6%). Elles sont encore de 2,6% à l’âge de 5 ans. Ces chiffres soulignent le niveau de gravité et de persistance de la malnutrition tout au long de la petite enfance.

**1.7 Réponse des autorités au problème de la malnutrition**

C’est à la fin des années soixante dix que le Ministère de la Santé a cherché à mettre sur pied des organisations locales capables de développer des actions de santé au niveau des communautés. En 1984, le Croissant Rouge Mauritanien (CRM) a profité de la mise en place des secouristes ruraux, et des Centres d'Alimentation Communautaires (CAC) pour promouvoir la participation communautaire dans certaines wilayas. Dans la même période le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et le Catholic Relief service (CRS) mettaient en oeuvre respectivement les Centres de Récupération d'Education Nutritionnelle (CREN) et les centres d'animation. Depuis, de nombreux projets et programmes se sont succédés ayant pour vocation de lutter contre la malnutrition dont de 1999 à 2005, le projet Taghdiya - NUTRICOM financé par la banque Mondiale.

Depuis 2001 le Gouvernement Mauritanien a entrepris un vaste programme de réformes macro - économiques, structurelles et sociales et met en œuvre le Document de Stratégie Nationale de Lutte Contre la Pauvreté (CSLCP).

**Cadre stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLCP)**

Le Gouvernement de la Mauritanie, à travers la Loi d’orientation n°50-2001 du 18 juillet 2001 a définit l’éradication de la pauvreté comme la priorité première de toutes les politiques publiques d’ici l’horizon 2010-2015 dans un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté adopté en 2001. Ce cadre intègre un ensemble d’axes stratégiques qui se soutiennent mutuellement pour converger vers la réalisation des objectifs suivants: **(i)** accélérer la croissance économique et renforcer la compétitivité de l’économie ; **(ii)** valoriser le potentiel de croissance et de productivité des pauvres ; **(iii)** développer les ressources humaines et l’accès aux infrastructures essentielles; et **(iv)** promouvoir l’équité et la pleine participation de tous les acteurs de la lutte contre la pauvreté.

Depuis de nombreuses années le Ministère de la Santé œuvre à la prise en charge médicale de la malnutrition mais malgré la volonté politique ne dispose pas de moyens humains et matériels suffisants pour assurer de façon efficace, les missions de prévention de la malnutrition et de traitement des cas aigus. Afin de remédier à cette situation, le Gouvernement a décidé en 2003 de se doter d’une Politique Nationale de Développement de la Nutrition.

**Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN)**

La Mauritanie s’est dotée, dans le cadre de sa Politique Nationale d’Action Sanitaire et Sociale 2005-2015 d’une Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN). La volonté de prise en compte de l’aspect multifactoriel des problèmes de nutrition se traduit par une déclinaison en quatre axes stratégiques, coordonnés au niveau de la Primature, et exécutés par les services techniques des ministères (MAE, MS, MPFEF, MEN). Ces quatre volets d’intervention visent :

* La sécurité alimentaire
* La nutrition dans le système de santé
* La Nutrition communautaire et la petite enfance
* La Nutrition scolaire

Cinq axes transversaux appuient ces quatre volets mis en œuvre par les quatre ministères concernés :

* L’IEC/CCC en matière de nutrition et alimentation
* Le système d’information
* La promotion de la recherche appliquée et la formation en nutrition
* Le contrôle de qualité des aliments
* Le partenariat avec la société civile

**Projet d‘Appui à la Santé et la Nutrition (PASN)**

Le Conseil des Administrateurs de la Banque mondiale a approuvé en juin 2006 l’octroi d’un crédit de l’IDA) d’un montant équivalent à 10 millions de dollars pour la mise en œuvre du volet développement des ressources humaines de la stratégie de réduction de la pauvreté du Gouvernement Mauritanien.

L’objectif général du Projet d’Appui à la Santé et à la Nutrition, inscrit dans cette stratégie de réduction de la pauvreté, consiste à renforcer le système sanitaire et sa capacité à améliorer l’état sanitaire et nutritionnel des populations, notamment les femmes, les enfants et les pauvres.

La composante nutrition du projet d’appui aux secteurs de la Santé et de la Nutrition, financée par l’IDA pour un montant de 2 millions de dollars US a pour objectif d’améliorer et d’étendre les activités de nutrition à base communautaire : notamment la CCC

Concrètement la composante nutrition du PASN intervient dans 7 willayas : Le Hodh Gharbi, l’Assaba, le Gorgol, le Brakna, le Tagant, Nouadhibou et Nouakchott. Dans chacune de ces willayas une antenne régionale assure la supervision de ce volet nutrition communautaire... 200 Centres de Nutrition Communautaires, CNC, doivent être installés ou réactivés à partir de ceux du projet antérieur NUTRICOM dont le PASN est en quelque sorte la prolongation. Mais contrairement au précédent projet NUTRICOM, il n’est pas prévu que le PASN accompagne son action en matière de nutrition par la création d’Activités Génératrices de Revenus. Dans chaque CNC œuvre un Agent de Nutrition Communautaire assisté d’une mère – relais.

**1.8 Autres intervenants**

**Banque Mondiale**

L’analyse des flux d’aide à la Mauritanie par donateur menée en 2004 plaçait les Institutions de Bretton Woods comme étant les premiers donateurs, devant la prédominance de l’aide européenne. Les décaissements bruts des IBW étaient de $60,33m en 2002 contre 55,57 en provenance de l’UE. Les transferts de la Banque Mondiale (IDA) ont beaucoup augmenté ces dernières années.

Le partenariat entre l’IDA et le Gouvernement Mauritanien dans le domaine de la Santé n’est pas nouveau, il remonte aux années 1990. Plusieurs projets ont ainsi été initiés sous financement de la Banque Mondiale : le projet Santé et Population en 1992, le Projet d’Investissement du Secteur de la Santé en 1998, le projet Taghdhiya – NUTRICOM en 2000-2005 et le projet multisectoriel de lutte contre le SIDA en 2003.

**Programme Alimentaire Mondial (PAM)**

Une première intervention pilote du PAM de 1998 à décembre 2002 a permis de prendre en charge chaque année une moyenne de 9000 enfants modérément malnutris et de 3000 femmes enceintes ou allaitantes dans les CAC pour un coût total de 4.2 millions de U$ avec 4608 tonnes de vivres livrées.

En 2006, la Mauritanie a bénéficié de 2 millions de dollars US au titre du Fonds Central d'Intervention d'Urgence (CERF) pour des activités conjointes de nutrition PAM/FAO/UNICEF/OMS. En 2007, 1 million de dollars US a été alloué au même titre que les fonds 2006 et 850 000 dollars US ont été accordés au programme d'urgence HCRlPAM pour la réinsertion des rapatriés du Sénégal.

De 2003 à 2008 le PAM a exécuté un projet intitulé «  Appui aux groupes vulnérables à la nutrition » pour un financement de 4 787 483 dollars US dont 446 340 venant de la contrepartie gouvernementale. Le projet a ciblé cinq willayas identifiées comme prioritaires : 10 000 enfants modérément malnutris et 6000 femmes enceintes et allaitantes ont bénéficié chaque année de ce projet.

En 2007 on comptait 1423 CAC ouverts par le PAM avec quatre sous-bureaux à Nouakchott, Kiffa, Kaedi et Ayoun. 635 CRENAM, ont également été ouverts et appuyés par le PAM. Des ONGs internationales et nationales mettent en œuvre les activités sur le terrain.

**UNICEF**

L’UNICEF a financé pour sa part le Projet Nutrition exécuté de 2003 à 2008 par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales dans les zones de Brakna, Assaba, Gorgol, Guidimakha, et dans les milieux péri -urbains Nouakchott (Dar Naim, El Mina) et de Nouadhibou) pour un montant de 1 119 999 Dollars US.

Le programme pays de l’UNICEF en Mauritanie s’organise dans le domaine de la nutrition autour de trois composantes : la lutte contre les carences en micronutriments ; l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; la prise en charge de la malnutrition. Au niveau communautaire c’est parmi l’important réseau de Nissa banque (100 000 femmes concernées) que sont identifiés les relais- communautaires qui, après formation, développent des activités de Communication Interpersonnelle. Le canal des imams et celui des radios locales sont également mis à contribution dans le Plan Intégré de Communication de l’UNICEF en particulier lors des campagnes de promotion de l’allaitement maternel exclusif.

**Coopération italienne**

Elle finance pour 1, 4 million de dollars US et met en œuvre au travers de la Croix Rouge italienne le projet d’Appui à la Lutte Contre la Pauvreté et à la Sécurité Alimentaire en Mauritanie. Ce projet intervient spécifiquement au profit des régions de l’Adrar, du Tagant et du Tiris Zemmour. Le dépistage nutritionnel et l’installation des centres d’alimentation communautaire (CAC) et des centres de récupération et d’éducation nutritionnelle (CREN) sont utilisés comme porte d’entrée au sein des communautés pour préparer et initier, de façon participative, les activités de développement. La Coopération Italienne est le partenaire privilégié du Commissariat à la Protection Sociale et à la Sécurité Alimentaire

**CILSS et Coopération Française**

[La crise alimentaire au Sahel en 2004 - 2005](http://www.cilssnet.org) a illustré la difficulté des dispositifs de suivi de la sécurité alimentaire à fournir une information fiable dans le temps et l’espace. Dans le cadre de la prévention des crises alimentaires, le Ministère français des Affaires Étrangères devrait financer une initiative sous-régionale pour la prise en compte des aspects nutritionnels en matière de surveillance et d’alerte précoce au Sahel.

Bien d’autres intervenants appartenant au monde associatif et à la Société Civile se confrontent actuellement à la lutte contre la malnutrition en particulier de nombreuses ONGs nationales ( « Au secours », « Solidarité au Service des Activités Productives et à l’Action Sociale » SAPAS, «  Union des coopératives du Tagant » UCT, « Association pour le Développement de l’Asaba » ASDA, Nadouwa, etc…) qui travaillent sur divers fonds et en partenariat avec des ONGs internationales ( la Croix Rouge, World Vision, AICF, CARITAS, la Fédération Luthérienne Mondiale etc.. )

**1.9 Etat des lieux de la communication**

**1.9.1 Approches de communication utilisées**

Jusqu’alors en Mauritanie l’aspect prise en charge médicale de la malnutrition l’emporte encore sur les activités à proprement parler de communication nutritionnelle. Même lorsqu’ils développent des activités de prévention en milieu communautaire, les agents de nutrition se consacrent davantage à la tâche de surveiller le poids, la taille et la croissance des jeunes enfants fréquentant les Centres de Nutrition Communautaire (CNC) qu’à des activités ressortant réellement de la communication. Dans la plupart des cas l’éducation nutritionnelle, les démonstrations culinaires forment l’essentiel des activités mais la Communication pour le Changement de Comportement est peu mise en œuvre dans la spécificité de son approche en particulier le ciblage des messages.

Les messages délivrés par les ANC portent sur des contenus techniques complexes mais la motivation au changement, le bénéfice personnel que le groupe cible peut tirer des nouvelles pratiques, la valorisation des pratiques traditionnelles positives sur lesquelles asseoir les comportements souhaités ne sont pas développés. Les messages, inadaptés aux cibles, emploient un langage peu accessible.

L’approche de communication privilégiée jusque là est la communication Interpersonnelle mettant en interrelation deux individus, dans le cas par exemple des VAD ou du counselling ou de l’entretien individuel ou un groupe lors de causeries.

Le choix de développer ce type de communication dans un cadre communautaire semble légitimé par l’appétence de la population mauritanienne pour des relations directes impliquant la présence physique du dispensateur de message. Le fait qu’à l’intérieur du pays l’équipement audiovisuel des foyers et l’alimentation électrique soit restreints justifie cette prééminence accordée à la CIP communautaire.

Toutefois à coté de la CIP, massivement plébiscitée, des messages sont malgré tout véhiculés par le canal des mass media. Ainsi le Service d’Education Pour la Santé (EPS) du Ministère de la Santé et des Affaire Sociales diffuse 750 heures / an sur les problèmes de santé avec deux émissions hebdomadaires.

Des émissions de radio en direct, interactives, sont hebdomadairement programmées dans les quatre langues nationales. La plupart du temps la nutrition est abordée par des médecins c'est-à-dire sous son aspect prise en charge. Les réactions de la population laissent apparaître une peur des aliments présentés comme responsables ou associés à la maladie.

A la télévision, une émission hebdomadaire très appréciée met en scène des problèmes de société parmi lesquels la nutrition est quelquefois abordée. La radio rurale, très appréciée par la population, émet également des émissions hebdomadaires sur la santé.

**1.9.2 Supports de sensibilisation et supports pédagogiques produits**

Le bilan de la revue des supports de sensibilisation produits sur la nutrition s’avère assez pauvre aussi bien quantitativement que qualitativement. Le projet NUTRICOM Taghdya a produit quatre flipcharts portant sur les aliments riches en fer, vitamine A et en iode ; l’hygiène alimentaire ; le suivi de la croissance ; les activités génératrices de revenus. Il a également produit des cassettes audio dans les langues hassanya, poular, wolof et soninké. Ces microprogrammes sonores reprennent les thèmes de l’allaitement maternel exclusif, de la valeur des aliments et des micro - nutriments etc…. Une chanson a été conçue sur les thèmes de la nutrition et interprétée par Ouleya une chanteuse connue.

L’UNICEF a également produit un « package » de support avec un flipcharts et des cassettes audio en langues nationales qui portent les messages développés dans le très connu livret « Savoir pour sauver ».

Le Service d’Education pour la Santé anime des émissions en langues nationales à la radio et à la télévision sur la santé en général et traite dans ce cadre, de temps en temps, de la nutrition.

Enfin une affiche produite par l’OMS et intitulée « Salubrité des aliments : les bons gestes » est également utilisée par certains acteurs de la communication nutritionnelle.

Au niveau des supports pédagogiques (guides– manuels) destinés à appuyer les intervenants en nutrition communautaire, on observe, à l’inverse des supports de sensibilisation destinés à la population, une véritable profusion. Les contenus, malgré les niveaux différents de ceux auxquels ils s’adressent, varient très peu et la place globalement accordée à la communication par rapport à celle dédié aux notions techniques sur la nutrition peut être estimée à moins de 20 % dans la plupart des manuels existants.

**1.9.3 Exposition aux médias de la population à partir du cas de l’Assaba et Nouakchott[[13]](#footnote-12)**

Seuls 20% des enquêtés ont été réellement « exposés aux différents médias nationaux » alors que la disponibilité des moyens permettait une «exposition théorique ou éventuelle» de 68%. Cette situation résulte plus du désintérêt exprimé par les enquêtés aux médias nationaux que de la disponibilité des équipements audiovisuels dans les ménages. Le seul équipement audiovisuel que l’on peut qualifier de populaire est le poste radio déclaré (38%), suivi par le téléviseur (21%) et le magnéto-cassettes (13%).

***Préférence pour les programmes des radios nationales et niveau d’exposition important***

2 enquêtés sur 5 écoutent la Radio chaque jour, le plus souvent à la maison (60%) et généralement tôt le matin (34%) ou le soir (17%). Les émissions les plus suivies de Radio Mauritanie sont « les programmes religieux » suivis par 14% du public cible, « Sabah El Kheir ya Wattan » par 12% et le journal suivi par 11%. Les programmes de chansons et « Nouzhetou El Moughteribine » attirent chacun 8%. Les 2 premiers animateurs de Radio Mauritanie sont respectivement « Med Salem O. Tabakh » et « Dedde Med lemine salek ».

***Faible exposition à la télévision et tendances claires à préférer les chaînes étrangères***

Près de 38% des enquêtés (surtout les jeunes urbains) déclarent suivre la TV chaque jour et au domicile. Une forte proportion de mauritaniens préfère suivre les TV étrangères (36%) contre la TV nationale (28%). Le journal », suivi par environ 12% des enquêtés, est l’émission préférée parmi les programmes de la télévision nationale, suivi par « les émissions religieuses » (7%) et l’émission « Kelimat We Engham » (5%). Il n’existe guère d’animateurs vedettes qui soient plébiscités.

***Pratique rare de lecture des journaux de la presse nationale***

Seuls 5% des enquêtés déclarent lire les journaux régulièrement alors que 77 % ne lisent jamais la presse. L’analphabétisme (28%), suivi du « manque de disponibilité » des journaux (18%) explique ces statistiques. Dans l’ensemble, le journal satirique « Echtary » vient en première position avec 10% des sondés suivi de « Chaab » (6%) et « Al Qalam » en arabe (6%).

***Canaux importants appréciés et personnalités influentes* *:***

Le canal de sensibilisation préféré par le public sondé est le théâtre populaire, suivi des visites à domicile. Un enquêté sur 3 admire le Além Hamden O.Tah et le considèrent comme une personnalité influente, 17% pensent la même chose de Ahmed O. Neynni et 7% de Med Salem O. Addoud. Dimi mint abba est la vedette de la musique qui attire plus de 41 % du public sondé Concernant les stars du théâtre populaire, Benna est sans équivoque le plus populaire (47%) suivi de Abeydellahi (20%).

**1.9.4 Ressources médiatiques disponibles et opportunités**

***1.9.4.1.Canal des médias de masse***

***Radio***

La Mauritanie dispose d’une radio publique officielle : Radio Mauritanie, de quatre radios locales qui sont en fait des antennes régionales de la Radio Nationale : Radio Brakna, Radio Tarza, Radio Assaba, et Radio Nouadhibou. Il existe également une radio rurale nationale

***Télévision***

La télévision nationale émet sur deux chaines. La deuxième chaîne, nouvelle, émet dans les différentes langues nationales et programme essentiellement des sujets correspondant aux préoccupations locales.

***Presse écrite***

La presse écrite offre plus d’une trentaine de titres qui paraissent soit quotidiennement soit de façon hebdomadaire ou mensuelle. Les plus lus des quotidiens sont : Akhbar Nouakchott, Nouakchott Info, Essiraj, El Emel…. Parmi les hebdomadaires les plus lus citons : Le Calame, la Tribune et El Alemet. Quant aux mensuels on relève : Essahiive, La Lettre Pédagogique, Alaqusa, Al Moujtamaa et Chtary

Il existe en Mauritanie une structure qui régit la presse et l’audiovisuel. Il s’agit de la Haute Autorité de la Presse et de l’Audiovisuel ou HAPA. Récemment le Gouvernement a pris un Décret de libéralisation de l’espace audiovisuel. Les lois d’application devraient prochainement être adoptées par les parlementaires des deux chambres. Avant 2009 il y a donc de fortes chances pour que l’on assiste comme ailleurs sur le continent à une éclosion rapide des radios privées commerciales et radios locales et communautaire.

***L’affichage public***

Les grands panneaux publicitaires de 12 m2 et les plus petits panneaux publics ont déjà été utilisés pour porter des messages de santé. Des campagnes de promotion de la consommation du sel iodé et des campagnes de lutte contre le VIH/SIDA ont déjà exploité ce type de canal et de support.

***L’Internet et la téléphonie mobile***

L’Internet est désormais extrêmement développé en milieu urbain en Mauritanie. Le coût de la navigation dans les cybercafés est relativement accessible La téléphonie mobile est également dans une phase de spectaculaire expansion. En ville elle concerne aussi bien les hommes que les femmes et dépasse les clivages socuio-économiques Trois opérateurs se partagent le terrains : Mauritel avec plus de 850.000 abonnés ; Mattel avec 350.000 abonnés et Chinguittel avec 150.000 abonnés. Ce sont donc plus de 1 350 000 personnes que des SMS porteurs de différents messages peuvent toucher.

***1.9.4.2 Canal socio traditionnel***

Ce canal s’avère particulièrement riche dans un contexte où la tradition orale reste vive et les racines nomades d’une partie de la population encore prégnantes sur les habitudes de communication. Vu l’hétérogénéité de la population canaux et opportunités varient quelque peu d’une région à l’autre.

***Le canal religieux des imams*** par rapport au groupe cible des hommes occupe une place de choix dans la circulation de l’information et des connaissances ainsi que dans les normes et modèles de comportement socialement acceptables. Dans leurs prêches, en tant que guides spirituels de la communauté, ils abordent tous les sujets d’ordre socio-sanitaires.

***Les activités cérémonielles*** constituent une « porte d’entrée » très opportune pour la communication en direction des mères et des femmes en général. Les assemblées générales de mariage, les baptêmes, les accouchements, les fêtes du ramadan, les fêtes religieuses sont des occasions de rassemblements de nombreuses personnes, dont les femmes, et les questions de nutrition peuvent y être abordées avec des messages et supports adaptés à ces circonstances.

***Les pratiques coutumières*** sont nombreuses et variées qui rassemblent les femmes plus ou moins régulièrement et pendant lesquelles toutes sortes d’informations circulent :

* la « twiizeu » ou construction collective de la tente en milieu maure qui regroupe sur plusieurs jours jusqu’à une cinquantaine de femmes dans un cadre d’entraide collective,
* l’entraide sur les travaux agricoles dans le sud du pays,
* la «  chenneu » dans laquelle des femmes d’une même classe d’âge, en général 18 à 25 ans, se rassemblent le soir, à l’heure de la veillée pour jouer de la musique et échanger les nouvelles
* La « wengaala » rencontre régulière hebdomadaire ou mensuelle d’une dizaine de femmes amies qui à tour de rôle accueillent et préparent un repas pour et débattent de différents sujets

***Les coopératives et les associations*** sont très nombreuses en Mauritanie. Leurs présidentes et leur bureau peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation et la communication nutritionnelle et la mise en œuvre d’AGR de nature à améliorer sensiblement le bilan nutritionnel des familles

***Les marchés*** constituent des opportunités de communication pour le groupe cible des mères tant au niveau des vendeuses commerçantes que des clientes voir des hommes clients. Ils sont réguliers et occasionnent de grands rassemblements de population.

***Les vidéo-clubs***

Dans les quartiers urbains existent de nombreux vidéos - clubs. C’est la jeunesse qui les fréquente en plus grand nombre. Dans le cadre d’une approche envers la jeunesse déscolarisée qui formera pour partie les parents de demain, de courts éléments vidéo d’éducation et de sensibilisation sur la nutrition pourraient être produits pour emprunter ce canal et atteindre cette cible.

***1.9.4.3 Canal institutionnel***

C’est celui de l’administration, des ministères et de leurs démembrements régionaux par lesquels des messages peuvent être émis et transiter depuis la capitale jusqu’aux villages les plus reculés au travers des instituteurs, des vulgarisateurs agricoles, des agents de santé et de l’environnement. Des directives, des lettres à la population, des affiches, des fiches techniques ou pédagogiques etc…peuvent emprunter ce canal. L’autorité politico-administrative aux différents échelons a un rôle à jouer dans la propagation des messages de prévention en direction de la population de base.

**2. Contraintes à la communication sur la nutrition et opportuniés**

**2.1 Contraintes**

- Grande diversité culturelle de la population obligeant à des approches communicationnelles et messages différenciés

- Analphabétisme et faible scolarisation des groupes cibles concernés par l’intervention

- Insuffisance des recherches et études comportementales sur les disponibilités alimentaires et les pratiques et habitudes alimentaires des populations

- Faible attirance, appréciation et crédibilité pour les médias de masse en milieu maure (hormis la radio rurale)

- Faible équipement des ménages en récepteurs radio mais surtout TV en milieu rural

- Développement jusqu’alors de messages purement techniques et au niveau de complexité inadapté au groupe cible primaire des mères

- Le poids excessif donné dans les messages à la liaison nutrition/maladie avec un recours trop systématique aux médecins comme porteurs de messages

- Le déficit de formation en CCC des agents de santé, des ANC, des animateurs des ONGs

- Le manque d’adaptation des supports choisis par rapport aux groupes cibles visés

- L’absence d’une stratégie nationale de communication nutritionnelle avec corollairement l’insuffisante synergie entre les différents intervenants

- Le déficit de spécialistes en nutrition

- La faiblesse des moyens jusque là investis dans la promotion de la nutrition

- L’attitude traditionnelle de retrait des hommes par rapport au domaine de l’alimentation

**2.2 Opportunités/atouts en matière de communication pour la nutrition**

- L’engagement des plus hautes autorités du pays par rapport au problème de la nutrition et à la nécessité d’une stratégie de communication nutritionnelle

- L’existence de nombreux documents officiels d’orientation, de politique et de planification des activités dans le domaine de la nutrition

- La compréhension/acceptation aux plus hauts niveaux de la nécessité d’une approche multisectorielle de la nutrition

- La disponibilité de nombreux manuels pédagogiques pour les différents niveaux d’intervenants dans la problématique de la nutrition

- L’existence d’une radio rurale appréciée et accessible

- L’existence d’importantes ressources artistiques locales (chanteurs, animateurs de radio et TV etc..)

- La crédibilité et l’appréciation de la Communication interpersonnelle de (face à face) et de la parole des leaders communautaires

- L’existence de leaders traditionnels forts (communautaires et religieux) capables de déclencher l’adoption de pratiques/comportements positifs en matière d’alimentation, de nutrition et de soins aux enfants et femmes enceintes

- Le dynamisme de la Société Civile et son importance croissante sur la scène nationale

- La pression mondiale sur les prix des produits alimentaires d’importation

**2.3 Justification de la stratégie**

De nombreuses interventions ont jusqu’à aujourd’hui été initiées pour lutter contre la malnutrition des couches les plus vulnérables de la population mauritanienne et tout particulièrement les enfants. Une malnutrition dont les causes sont multiples, certaines structurelles comme la pauvreté et l’absence chronique d’autosuffisance alimentaire au niveau du pays, d’autres conjoncturelles comme les invasions acridiennes, sécheresse, inondations, et flambées des cours des céréales au niveau mondial. Cependant le problème de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans peut en grande partie être résolu par l’utilisation d’aliments disponibles localement, par le changement des habitudes alimentaires et des pratiques nutritionnelles des enfants. S’il est évident que les structures comme les CREN et les CAC tout comme l’ensemble des structures de santé périphériques ont un rôle de premier plan à jouer pour la récupération nutritionnelle des enfants les plus atteints, le problème du manque d’information des mères sur l’équilibre nutritionnel à apporter aux plus petits demeure et la nécessité de modifier le comportement maternel en la matière constitue avant tout un problème de communication, d’approche stratégique et de pertinence des messages. L’éducation nutritionnelle révèle ses limites quand elle se borne à faire connaître, de façon certes objective et rationnelle, la valeur énergétique ou calorique des aliments et leur dosage pour une alimentation équilibrée. En effet les habitudes alimentaires et en particulier les pratiques nutritionnelles appartiennent au domaine de la sphère culturelle C’est donc en se référant à cette sphère qu’il faut concevoir des approches, des messages, argumentaires et supports de nature à provoquer l’envie du changement. A cet effet le développement d’une stratégie de CCC pour la nutrition revêt une importance capitale pour la résolution du problème. Elle appuiera et pourrait faire aboutir les efforts déployés par ailleurs par les différents intervenants, elle devrait surtout permettre d’harmoniser les interventions avec une utilisation raisonnée des canaux et des supports et des messages normalisés.

**3. PLANIFICATION DE LA STRATEGIE**

**3.1 Vision**

« Une société mauritanienne dans laquelle le droit à une bonne nutrition et donc au bien être est respecté comme un droit humain fondamental, où chaque mauritanien et chaque mauritanienne quelque soit son lieu d’habitation, son niveau éducationnel, son âge, son sexe, son origine ou son statut socio-économique verra une amélioration durable de son statut nutritionnel et en particulier les groupes vulnérables comme les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes.

Une société où, de façon volontaire, et grâce à l’éducation et la communication chaque citoyen et chaque citoyenne adopte des habitudes alimentaires et des comportements nutritionnels favorisant la santé et le bien être et conduisant à l’accélération du développement en minorant la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile tout en encourageant la pleine réalisation des individus sur le plan éducatif et de la productivité économique. »

Cette stratégie à long terme, et plus précisément à l’horizon 2015 s’inscrit dans le cadre de la Stratégie Nationale de Lutte Contre la Pauvreté et de l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Elle concrétise une volonté de prévenir la malnutrition afin de renforcer le capital humain du pays et de réaliser les buts sociaux et économiques projetés. Le but ultime de cette stratégie est, dans une démarche participative, de faire des communautés les principales actrices de l’amélioration du statut nutritionnel des familles en établissant désormais dans l’esprit de chacun le lien indéfectible entre bonne santé et bonne nutrition. Cette stratégie répond aux objectifs de la Politique Nationale de Développement de la Nutrition PNDN.

**3.2 Principes directeurs éthiques**

La stratégie de communication s’inspire d’un certain nombre de valeurs éthiques, c’est une stratégie dite ESPOIR :

**Equité de genre**

La promotion de l’équité de genre dans les interventions de communication afin de combattre l’inéquité entre filles et garçons, femmes et hommes et d’influencer les comportements face à la responsabilité.

Cela signifie concrètement la généralisation de l’introduction de curricula sur le Genre dans les cursus scolaires, la lutte contre les violences faites aux femmes, le développement d’activités de CCC spécifiques en direction des femmes, la promotion du statut des femmes et des enfants et de leurs droits.

**Synergie**

Une synergie des approches et des messages sur la nutrition véhiculés par les différents partenaires pour l’atteinte des objectifs fixés par cette stratégie.

La planification concertée des interventions, la validation technique des messages, la mutualisation des supports de CCC pertinents traduiront dans les faits ce principe

**Performance**

L’amélioration de la performance et de la qualité des interventions de prévention/communication et des prestations des services.

Le renforcement de capacité en CCC au travers d’un plan national de formation, l’amélioration des mécanismes de coordination, et l’appui qu’apporteront les partenaires techniques et financiers permettront de mettre en œuvre ce principe.

**Ouverture au dialogue**

L’instauration ou le renforcement d’un dialogue ouvert entre les différentes générations de femmes (les jeunes mères et leur belles-mères et autres parentes de la famille paternelle) entre jeunes et parents leaders, entre hommes et leaders religieux, entre enseignants et élèves, entre leaders communautaires et population, entre prestataires de santé, ANC et mères et tout simplement entre les hommes et les femmes sera encouragé. Le dialogue communautaire développé lors des activités de communication interpersonnelle, l’association des bénéficiaires aux principales étapes de la recherche, de la recherche diagnostic, de la planification, de la conception de supports et du suivi – évaluation des activités exprimera sur le terrain le respect de ce principe

**Implication de tous**

La mobilisation communautaire pour l’implication de tous et a tous les niveaux pour appuyer les changements de comportement des différentes cibles.

La mobilisation du leadership communautaire, la réalisation de campagnes de communication multimédias permettra d’obtenir cette implication générale.

**Risque perçu de la relation entre alimentation et malnutrition**

L’augmentation de la perception du risque et de la vulnérabilité au niveau individuel et collectif.

L’ensemble des activités de CCC, en particulier en direction des femmes enceintes, femmes allaitantes et mères en général sera centré sur la relation entre alimentation et malnutrition et le risque que l’allaitement non exclusif et le déséquilibre nutritionnel font peser sur la santé des enfants et de toute la famille. La réduction du risque n’interviendra que lorsqu’il y aura prise de conscience de celui ci et adoption de nouvelles pratiques et comportements responsables. Les campagnes multimédias tout comme les activités de communication interpersonnelle organiseront leurs messages autour de cette idée clef de la perception du risque du déséquilibre nutritionnel.

**3.3 Principes opérationnels**

Les acteurs intervenant dans le domaine de la communication seront encouragés à suivre les principes suivants pour assurer l’efficacité des interventions/activités essentielles de CCC en matière de nutrition.

* **CCC comme roue motrice de la prévention.** La CCC doit être basée sur une planification stratégique des interventions avec la participation des différents partenaires et visant à contribuer aux objectifs de prévention de la malnutrition. L’accent sera mis sur 1) une recherche des problèmes d’attitude et de comportements des groupes prioritaires visés ; 2) une approche participative dans l’élaboration et le pré-test des messages et matériels CCC
* **Coordination multisectorielle des interventions de CCC-** coordination des efforts entre les différents départements ministériels impliqués, les ONGs et les partenaires techniques et financiers
* **Analyse et dissémination des données de la recherche en préalable aux interventions de CCC**
* **Participation communautaire à tous les niveaux de la planification des interventions de prévention CCC.** Susciter la participation communautaire à tous les niveaux de l’identification des pratiques problématiques en matière de nutrition, de la conception des messages et supports, de la production des émissions de radio-interactives, de la réalisation des activités de communication de terrain et de l’évaluation.
* **Symbiose entre mise en oeuvre de la stratégie de CCC et disponibilité/efficacité des services.** Lesinterventions en communication doivent être menées en complémentarité avec une stratégie de renforcement des infrastructures sanitaires et de prise en charge de la malnutrition. La prévention et la prise en charge médicale sont indissociables.
* **Canaux de communication diversifiés et combinés pour atteindre les groupes cibles prioritaires**
* **Promotion des droits (femmes enfants…).** La malnutrition touche des publics en situation de vulnérabilité et amène à réévaluer les normes sociales existantes dans la communauté. Dans toute intervention de CCC, les publics visés doivent comprendre leurs droits par rapport à certains comportements et pratiques ou coutumes qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leur santé. Ces groupes doivent avoir la capacité d’assumer leurs obligations et de revendiquer leurs droits. Par exemple, les femmes doivent connaître leur droit à la santé en particulier la santé reproductive et leurs droits au sein du foyer. . Pour que ces groupes prennent conscience de leurs droits et les revendiquent, les approches de communication doivent être basées sur un partenariat avec eux et viser leur participation active. Il ne s’agit pas de les inonder d’informations mais de les partager avec eux afin qu’ils puissent faire des choix appropriés.
* **Genre dans les toutes les interventions CCC.** Le genre est un concept qui vise à analyser et définir le rôle des femmes et des hommes dans un contexte ou dans un domaine bien précis. Ces rôles définis sont souvent des comportements appris dans une société et sont influencés par l’âge, la classe sociale, la religion, et les intérêts de l’individu. Les interventions de communication doivent tenir compte des facteurs de vulnérabilité de certains groupes notamment les femmes. Le déséquilibre noté entre la femme et l’homme (relations de pouvoir se jouant au détriment de la femme, vulnérabilité économique de la femme qui affaiblit son pouvoir de décision sur la ration alimentaire à apporter aux enfants, etc.) dans la société mauritanienne influe sur la façon dont elle se nourrit et nourrit ses enfants et toute sa famille. Tous les intervenants en CCC doivent inclure cette notion de genre tant dans l’élaboration des messages et des supports que dans la préparation de campagnes de communication.
* **Ciblage des actions et messages en direction des groupes vulnérables prioritaires**
* **Interventions, messages et canaux harmonisés**

**3.4 Problèmes comportementaux prioritaires identifiés**

* Les mauvaises pratiques d’allaitement (mise au sein plusieurs jours après l’accouchement, délivrance d’eau sucrée, autres liquides et solides dès les premiers jours, l’introduction trop précoce d’aliments de compléments, la précocité du sevrage et de la mise au plat familial)
* La faible fréquentation des structures sanitaires (les CPN pendant la grossesse, les maternités et centres de santé lors de l’accouchement, les consultations post natales et CMI de la naissance de l’enfant à 5 ans etc…)
* La méconnaissance de la notion d’équilibre nutritionnel (rôle de chaque type d’aliments et des micro-nutriment, nécessité de la variété, liens entre carences nutritionnelles et maladies..)
* Le changement des habitudes alimentaires et son corolaire, la faible valorisation des produits locaux disponibles (désaffection par rapport aux produits traditionnels au profit du blé et du riz massivement et gratuitement distribués lors des périodes d’urgence…)
* La non consommation de sel iodé
* Les interdits ou rejets alimentaires (interdits sur certains aliments aux femmes enceintes et aux jeunes enfants, rejet du poisson, manque d’intérêt pour les légumes…)
* Les mauvaises pratiques d’hygiène alimentaire (mauvaise conservation des aliments, malpropreté des ustensiles et lieux de cuisine, manque de lavage des mains au savon …)
* Le désengagement des hommes de la sphère de la nutrition (confusion entre alimentation, nutrition, diététique et pratiques culinaires renvoyant toutes au même vocable arabe, taghdhiya)

**3. 5 Groupes cibles concernés**

***Les cibles primaires***

- Les enfants de 0 à 5 ans même si ce n’est pas eux qui doivent opérer le changement de comportement mais leurs parents

- Les femmes enceintes

- Les femmes allaitantes

- Les mères de famille en général

- Les mères chefs de ménage

***Les groupes cibles secondaires***

- Les grands-mères et parentes

- Les hommes

***Les groupes cibles tertiaires ou relais***

Tous ceux et toutes celles qui peuvent à un degré ou à un autre par rapport à telle ou telle autre cible peuvent intervenir pour promouvoir les comportements souhaités  à savoir les imams, les marabouts, les leaders communautaires, les agents de santé, les agents de nutrition communautaire, les tradi- thérapeutes, les matrones accoucheuses traditionnelles, les instituteurs, les artistes, les journalistes et hommes de médias, les étudiants etc…

**3.6 Comportements souhaités**

* La mise au sein du nouveau né immédiatement après l’accouchement
* L’allaitement maternel exclusif pendant six mois sans autre apport
* La réalisation de toutes les visites de CPN
* La supplémentation en fer et en vitamine A
* La consommation de sel iodé
* L’utilisation des denrées agricoles locales pour la préparation des bouillies des enfants et des repas de la famille
* La fréquentation des CNC
* La participation aux activités génératrices de revenus
* L’abandon progressif des interdits alimentaires et pratiques traditionnelles autour du nourrisson, de la femme enceinte et de la femme allaitante
* L’adoption de bonnes pratiques d’hygiène

**3.7 Analyse des groupes cibles et de leurs Connaissances, Attitudes et Pratiques**

Au total 12 focus groupes ont été réalisés à Nouakchott (Hay Saakeune et PK11), au Trarza, Brakna et Gorgol.

***Allaitement Maternel : beaucoup d’idées reçues et de pratiques inadéquates***

L’allaitement maternel est généralisé en Mauritanie à 94 %. L’ensemble de la population, hommes et femmes confondus en reconnaissent les bienfaits. A cet égard connaissances attitudes et pratiques sont cohérentes et positives. Cependant 61 % seulement des nouveaux nés sont mis au sein durant la première heure après l’accouchement. De nombreux nourrissons attendent jusque 2 ou 3 jours avant d’être mis au sein et presque un enfant sur deux reçoit un liquide à boire dans ses premières 24 heures avant d’être allaité.

L’allaitement maternel exclusif ne concerne que 28% des enfants jusqu’à 3 mois et 9% de 4 à 5 mois. Presque deux enfants sur trois ne bénéficient pas de l’allaitement exclusif de 6 mois préconisé par l’OMS. Avant 1 mois, un tiers des bébés reçoit de l’eau et 21 % d’autres aliments que le lait maternel. Entre 2 et 3 mois plus de 40 % des bébés reçoivent en complément du lait de l’eau et des aliments avec tous les risques de contamination et d’infection afférents. L’introduction d’aliments autres que le lait maternel est trop précoce. L’aliment de complément est bien ancré dans les habitudes des populations. Le jeune enfant est trop tôt mis au plat familial.

Des préjugés et comportements relatif à l’allaitement maternel inadéquats aux besoins de l’enfant :

- « Le lait maternel est chaud et il faut donner de l’eau à l’enfant pour adoucir son corps sinon il meurt de soif »

- « Le lait maternel renferme du sel donc mauvais pour l’enfant les premiers jours après sa naissance » d’où c’est une autre femme qui doit l’allaiter les 1er jours (généralement 3 premiers jours). Cet acte s’appelle Lehniik en maure. Cependant en général chez les Haal-Pulaars, Soninké et peulhs on fait presque plus appel aux nourrices.

- Chez les Soninké on donne par tradition juste à la naissance de l’eau sucrée et/ou eau bénite d’un marabout

- Chez Les Haal Pulaar, de même on donne de l’eau sucrée avant la montée laiteuse. Un marabout est convoqué pour écrire un talisman qui est lavé dans de l’eau et cette eau une fois sucrée est donnée à l’enfant. Traditionnellement on donnait du lait de chèvre et des dattes. « Le lait de chèvre rend les enfants intelligents parce que l’animal est lui-même intelligent ».

- Chez les Wolofs on donne également de l’eau sucrée dans laquelle le talisman a trempé. On donne également du miel, des dattes et quelques grains de riz.

- Chez les Soninké « La mère ne doit pas parler en donnant le sein et toujours commencer par le sein droit pour que l’enfant soit intelligent »

***Une méfiance et/ou incompréhension de la notion d’Allaitement Maternel Exclusif (AME)***

Une première lecture strictement centrée sur l’esprit même de l’allaitement maternel exclusif fait apparaître une pratique peu courante et des idées reçues peu encourageantes quand à son adoption par la population du moins en milieu rural ou l’avis du plus âgées fait encore office. Même si certaines jeunes filles murmurent l’adopter comme comportement bénéfique pour le développement et la santé du jeune nourrisson.

• Sur les 9 focus dans le Brakna et le Gorgol, 8 déclarent ne pas le pratiquer car disent elles « n’étant pas bon pour l’enfant » et ceci autant chez les Maures, Haal-Pulaar, Soninké que chez les Peulhs.

• « On entend parler de cela mais on ne le pratique pas parce que ce n’est pas bon pour l’enfant et d’ailleurs, c’est impossible qu’un enfant puisse rester 6 mois sans boire »

• « Ne jamais donner son sein à l’enfant au crépuscule mais plutôt de l’eau sinon il meurt » selon la tradition soninké.

• « Certaines femmes donnent du thé à leur bébé car cela lui donne de la force »

• « Jusqu’à 3 mois l’enfant ne doit prendre que du lait de chèvre »

Presque deux enfants sur trois ne bénéficient pas de l’allaitement exclusif de 6 mois préconisé par l’OMS et selon les nutritionnistes locaux et les résultats des focus groupes ces pourcentages devraient encore être minorés pour correspondre à la réalité. Avant 1 mois, un tiers des bébés reçoit de l’eau et 21 % d’autres aliments que le lait maternel. Entre 2 et 3 mois plus de 40 % des bébés reçoivent en complément du lait de l’eau et des aliments avec tous les risques de contamination et d’infection afférents. L’introduction d’aliments autres que le lait maternel est trop précoce. L’aliment de complément est bien ancré dans les habitudes des populations. Le jeune enfant est trop tôt mis au plat familial.

***Ignorance des principes de base en matière d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant***

Les femmes âgées tiennent encore le devant en termes d’alimentation du jeune nourrisson : de façon stricte dans les milieux Peulh et Soninké et dans une moindre mesure chez les Maures et Haal-Pulaars.

De nombreuses raisons sont donc avancées pour expliquer d’une part le fait qu’un certain nombre de nouveaux nés ne sont pas mis au sein dès la naissance et le fait que des liquides ou aliments solides autres que le lait maternel sont très rapidement donnés aux nourrissons :

- Des erreurs ont été commises au niveau des structures de santé dans le passé. Des messages ont été émis en direction des populations pour leur conseiller de donner de l’eau sucrée aux nouveaux nés pendant 48 heures après la naissance. Pour beaucoup de mères ces messages divergents successifs ont introduit de la confusion et il arrive que les parentes âgées de la famille se réfèrent encore à ces messages anciens alors qu’elles savent pourtant que traditionnellement le lait maternel suffit à l’enfant.

- Dans certains cas l’on croit que le colostrum aussi appelé lait rouge ou sarba en hassanya, est trop fort, trop dense et peut être pour cela trop dangereux, pour être assimilé par l’enfant qui vient de naître

- La chaleur extrême qui sévit en Mauritanie et l’habitude très ancrée d’offrir de l’eau systématiquement à tout visiteur font dire à certains que cela explique que l’on donne de l’eau au nouveau né en estimant que le lait seul ne pourrait étancher sa soif surtout en période de grosses chaleurs.

- Certaines pratiques de protection contre le mauvais sort ou les djins amènent les marabouts à diluer dans de l’eau certains ingrédients qui sont donnés au nouveau né de même ce peut être dans un petit morceau de datte que ces protections surnaturelles sont incorporées.

- La publicité massive faite pour les laits artificiels qui s’appuie sur l’image de bébés joufflus et en bonne santé a sans doute joué un rôle dans l’abandon de l’allaitement par certaines femmes aisées

- Le souci de l’esthétisme guide quelquefois, en ville, le rejet de l’allaitement supposé abîmer la poitrine

- Le fait de ne pas donner le sein à l’enfant immédiatement à la naissance et de laisser s’écouler au moins deux jours stoppe ou ralentit les montées de lait. C’est la succion régulière et correcte que l’enfant exerce sur le mamelon qui provoque et maintient la sécrétion du lait. Dès lors la femme s’imaginant ne pas avoir suffisamment de lait renonce à allaiter son bébé. Moins elle allaite moins le lait est présent et l’option de l’allaitement artificiel est faite.

- Une pratique, la hanaka, est répandue qui consiste soit parce que l’on estime que la mère n’a pas assez de lait, soit par choix personnel à faire allaiter son enfant par une autre femme. La reconnaissance du rôle de celle-ci, le respect qu’on lui témoigne sont socialement très important au point qu’un homme peut décider de prendre le nom de sa nourrice. Beaucoup de relations sociales se nouent autour de la pratique de l’allaitement. Une nourrice et sa famille resteront unies par des liens très forts toute leur vie à la famille de l’enfant allaité. Au point qu’une fois adulte l’homme allaité par une nourrice ne saurait épouser la fille de celle-ci sans qu’il y ait notion d’inceste. La référence à l’allaitement maternel est courante dans l’ensemble de la vie sociale : tel personnage en vue critiqué dans un journal satirique s’entend dire littéralement qu’il a manqué ou perdu une tétée. D’un homme chétif on dira facilement qu’il a « perdu » ou « raté » le colostrum etc…

- Au niveau familial il est fréquent que la jeune mère ne puisse allaiter son premier enfant en présence de ses parents et autres membres de la famille et belle famille. Pudeur, respect des aînés sont avancés pour expliquer cette pratique. La jeune mère tout comme le jeune père s’interdisent de jouer, de consoler, de s’occuper de manière générale du premier nouveau né devant les membres de la famille plus âgés. Or comme la tradition est à une vie communautaire partagée dans un même espace la jeune maman se trouve rarement seule pour pouvoir allaiter.

De nombreuses raisons sont avancées pour expliquer d’une part le fait qu’un certain nombre de nouveaux nés ne sont pas mis au sein dès la naissance et le fait que des liquides ou aliments solides autres que le lait maternel sont très rapidement donnés aux nourrissons :

• Méconnaissance du Colostrum et de son intérêt pour la santé de l’enfant (« dangereux pour le bébé» selon la plupart des Soninké et Haal-Pulaars)

• Dés la naissance (ou au plus tard dès le 2ème jour on donne au bébé du beurre extrait du lait de vache surtout chez les Haal-Pulaars (Nébame Kéthiame en Haal-Pulaar et Tékhaye en Soninké) : « Enlève les saletés du ventre de l’enfant »

• Pratiquement partout dès la naissance, le bébé ne reçoit que de l’eau bénite ou sucrée en plus du lait de chèvre et reste les 3 premiers jours sans qu’il soit mis au sein : « le lait de la mère est dangereux pour l’enfant durant ces trois jours »

• « Donner de façon précoce à l’enfant des aliments autres que le lait maternel le protège contre les poisons » selon les maures de Lejouad (Brakna)

• « Au bout de 3mois, l’enfant peut consommer tout ce que consomme sa mère »

***Pratiques de sevrage inadéquates***

La pratique du sevrage s’accompagne souvent de comportements inappropriés sous formes de croyances et pratiques traditionnelles à l’encontre des besoins de l’enfant :

- Introduction précoce d’aliments liquides parfois dés le premier mois « meilleur moyen de l’alimenter » selon certaines femmes maures

- Mise au plat familial dès le 3ème mois chez la plupart car « l’enfant doit goûter à tout ce que consomme sa mère »

- « Les enfants dont les mères ont suivi les conseils des médicaux sont plus chétifs » selon les vieilles dames Peulhs

- Chez les Peulhs et pour la plupart jusqu’à l’âge d’un an on ne donne à l’enfant que du lait de vache et de l’eau (même pas de bouillie)

- Chez les Wolofs, on achète du pain, le marabout vient le bénir en récitant des versets. L’enfant mage le pain et «  il oublie le sein dès le lendemain ».

- Chez les Hal Pular on procède de même avec du pain « travaillé » par le marabout mais on le fait partagé à l’enfant et à un de ses frères ou sœurs plus âgé. Le jeune enfant va se détourner définitivement du sein du jour au lendemain pour imiter son grand frère ou sa grande sœur. Les femmes peuvent allaiter l’enfant jusqu’à deux ans mais si elles tombent enceintes elles sèvrent l’enfant au sixième ou septième mois de leur grossesse et avec les modalités qui ont été décrites plus haut.

- En milieu Wolof, ce sont les maris qui décident du sevrage. En milieu Maure, le mari qui décide du sevrage doit offrir à son épouse une chèvre ou un bœuf

***Situation des femmes enceintes et des femmes allaitantes***

Elle diffère sensiblement selon que l’on se situe dans le milieu maure où la femme est l’objet d’attention et d’allègement de ses tâches ou en milieu négro africain dans lequel la femme n’est guère épargnée par rapport aux travaux agricoles et autres charges lui incombant normalement. L’état nutritionnel souvent préoccupant des femmes enceintes et allaitantes se traduisant en particulier par l’anémie s’explique par certaines croyances et pratiques relevant de la sphère socio-culturelle : il est souvent conseillée à la femme enceinte de ne pas manger le soir, de ne pas manger certains aliments comme le couscous, les œufs, la viande et le poisson de peur dit-on, qu’elle ne fasse un trop gros bébé et rencontre des difficultés à l’accouchement. De même pendant l’allaitement certains interdits alimentaires privent la femme d’aliments qui sont justement des aliments de construction, riches par exemple en protéines, dont elle aurait besoin dans son état. Parmi les interdits alimentaires évoqués lors des focus groupes dans le Brakna et le Gorgol :

• « Une femme qui allaite doit éviter de consommer du piment, ou pastèque, ou de la mangue : cela entraîne la diarrhée pour l’enfant »

• « Ne jamais donner à l’enfant de moins de 7mois du couscous hako »

***Méconnaissance de la valeur nutritionnelle des aliments***

Les mères de familles mises à part quelques citadines instruites et aisées, ne maîtrisent pas les connaissances sur la valeur énergétique des aliments, sur l’importance des micronutriments et les notions sur l’équilibre nutritionnel dans sa relation avec la bonne santé. A l’inverse le lien n’est pas fait entre la malnutrition et les maladies de carences alimentaires et en micronutriments. Pour des raisons économiques et de disponibilité des produits mais aussi de méconnaissance de la valeur nutritive de produits traditionnels disponibles, l’alimentation est monotone, peu variée et peu équilibrée. Légume et fruits sont ignorés de la plupart des familles en milieu rural. Le poisson n’est pas encore rentré dans les habitudes alimentaires de nombre de familles mauritaniennes en milieu rural ce qui les prive des apports en protéine d’une ressource pourtant existant à profusion.

Seule la population nomade pastorale semble, grâce à la consommation régulière de viande et de lait, échapper aux carences protéiniques, quand son cheptel n’est pas décimé par les sécheresses successives.

Les focus groupes réalisés auprès des femmes ont donné les résultats suivants sur le sujet :

La Notion du « Bien manger » est assez bien comprise par la majorité. Bien manger « C’est manger des aliments riches et non remplir le ventre », « Ce n’est pas seulement remplir le ventre mais aussi l’esprit ». Toutefois la connaissance de la valeur nutritionnelle des aliments demeure assez mitigée car pour la plupart l’aliment n’a de valeur que s’il contient des vitamines sans pour autant que le terme ne soit compris pour son vrai sens. Cependant les femmes appréhendent l’intérêt de manger des aliments riches qui selon elles sont synonymes de Niébé, légumes et fruits même si pour ces derniers beaucoup disent qu’elles n’en ont jamais ou très rarement consommés.Pour les Haal-Pulaars le Hako est très riche car disent-elles « donne beaucoup de lait à la femme et c’est un bon laxatif »

***Disponibilité des aliments : l’arbre qui cache la forêt***

Même si dans certaines régions la disponibilité est supérieure aux besoins cela ne veut pas dire qu'une population donnée soit correctement nourrie pour des raisons d'accessibilité au niveau ménage.

Dans l’ensemble, seul le blé, parmi les céréales, est disponibilisé de façon satisfaisante (en fait c’est subventionné par l’Etat dans le cadre du Plan Spécial d’Urgence avec un prix fixé à 5000UM le sac de 50kg) et à moindre mesure le petit mil (Ndémiri en Haal-Pulaar) et le riz (seulement, le sac du riz, 50kg, coûte plus de 11.000 UM). On trouve aussi les légumes (carotte, aubergine, choux, navet), le niébé et le poisson séché (Egno en Haal-Poulaar et férré en soninké).

***Accessibilité des aliments : « tout est cher »***

Quelque soit le niveau de disponibilité, l'accès à la nourriture de qualité n'est pas assuré si le revenu familial est insuffisant. D'ailleurs la précarité et l'instabilité des prix étant si grandes (surtout durant la période de soudure : Mai à Août) qu'il en découle de graves déficits alimentaires saisonniers, au niveau des ménages en milieu rural. Toutes les femmes répondent que dans l’ensemble tout est cher. Mais, pour cette période les aliments accessibles pour la majorité des familles sont : les légumes disponibles entre janvier et avril, le niébé, les grains de pastèque (Poddé en Haal-Pulaar) et le blé.

***Menu d’une journée : monotone et peu varié***

Tenant compte de l'évolution des prix des denrées, il est clair que pour une bonne partie de la population, surtout en milieu rural, la satisfaction des besoins alimentaires et nutritionnels est faible avec, de surcroît, des variations saisonnières considérables. Selon que l’on se trouve en milieu maure, haal-pullar, soninké que peulh, la variation des menus est assez perceptibles pour des raisons culturelles même si en terme d’aliments utilisés on se rend compte que le régime alimentaire est de type céréalier basé sur une consommation élevée de céréales (riz, mil, sorgho et blé) et une place de choix pour le thé chez les maures et le café chez les Haal-Pulaars. Dans cette étude on s’est contenté du menu journalier sachant qu’il n’existe pas de grandes variations (exempt les jours de fête) le reste de la semaine voire du mois. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de ces différents menus selon le groupe ethnique.

| **Types de repas** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Milieu Maure** | **Milieu Haal-Pulaar** | **Milieu Soninké** | **Milieu Peulh** | **Milieu Wolof** |
| **Déjeuner** | Riz au Poisson (séché = Guedj = Enié) / Gossi (Bouillie de riz période soudure) ou couscous/riz + Niébé | Riz au poisson / Niiri Bouna (Plat à base de Mil ou Blé concassé + sauce poisson séché ou viande) | Riz au poisson (frais / séché selon disponibilité) | Riz au Poisson séché | Riz au poisson frais (Yaya boye) /  Riz + Poisson séché/ ou niébé |
| **Dîner** | Couscous Bassi + lait en poudre | Lathiri (couscous) + Sauce Hako | Couscous + Déré (= Hako) / Katu (sauce à base de niébé + arachide +viande) / MBakhal (Riz au poisson avec beaucoup plus d’eau) | Lathiri (couscous) + sauce Hako (à base de feuille de niébé) / Niiri (Plat à base de Mil pillé + eau + sel) + lait caillé | Restes du midi  / Thiéré (couscous) + Sauce niébé ou lait en poudre |

***Réticence par rapport à la consommation de sel iodé***

Malgré plusieurs campagnes nationales multimédia en faveur de la consommation du sel iodé qui peut éviter les troubles dus aux carences en iode, elle-même source de goitre et autres dysfonctionnements de la thyroïde, la population mauritanienne continue de préférer les cristaux de sel extraits des salines du désert. Le goût du sel iodé est jugé, à tord, trop amer et les dosages n’étant pas les mêmes pour la cuisine, les femmes trouvent que ce sel iodé ne sale pas suffisamment les aliments.

Par ailleurs la disponibilité de ce sel iodé n’est pas garantie sur l’ensemble du territoire dans la mesure où les commerçants sont réticents à le commercialiser puisqu’il n’est pas apprécié. Pour que le produit sel iodé soit intéressant à vendre il faut créer la demande mais comment créer cette demande si le produit n’est pas disponible ?

***Retrait des hommes par rapport à l’alimentation/nutrition***

Les hommes mauritaniens, particulièrement en milieu maure, adoptent une posture de total retrait par rapport à tout ce qui concerne l’alimentation de la famille. Ils se contentent d’apporter les moyens matériels à leur épouse pour qu’elle confectionne les repas mais confondent alimentation, nutrition et pratiques culinaires. Mettant en pratique les stéréotypes de Genre les plus classiques les hommes assimilent le domaine de l’alimentation et de la nutrition à la sphère purement féminine. Ils ne se sentent donc nullement concernés par le choix des aliments et leur valeur nutritive, et ce quelque soit l’aisance de la famille et le milieu.

Et le terme arabe, « Taghdhia », qui veut à la fois dire « Alimentation, Nutrition et Diététique » crée l’amalgame dans les esprits, en ce sens que la différence entre ces différentes spécialités, certes liées, n’est pas perçue. Et donc pour le maure, quelque soit son niveau d’instruction (à de rares exceptions près), tout est synonyme d’alimentation et donc du domaine des femmes.

Les hommes ont généralement une attitude favorable à la précocité de l’introduction des aliments de compléments dans la diète des nourrissons et à la mise précoce au plat familial au motif qu’ainsi l’enfant si sa mère voyage ou disparaît il pourra survivre malgré son jeune âge car habitué à consommer la même chose que les adultes.

***Importance des mères, grand-mères et parentes dans l’alimentation des nouveaux nés***

Les jeunes mères sont souvent «  dépossédées » du pouvoir de décision sur la façon de nourrir et de prendre soin de leur nouveau né, surtout si c’est le premier au profit de la mère ou de la belle mère. Ces dernières sont les véritables décideuses et ce d’autant que la mère est jeune et sans instruction. Les parentes reproduisent la plupart du temps les pratiques traditionnelles qu’elles ont elles-mêmes vécues ! Peur du colostrum, introduction d’eau sucrée dès les premières heures après la naissance, complémentation précoce avec des aliments solides ou des bouillies etc…

Certains projets comme le projet « grand mothers » tentent de sensibiliser ces femmes qui tiennent une place importante dans la famille élargie et la vie des jeunes couples.

***Avis mitigés des femmes par rapport aux structures de santé mais bonne fréquentation***

Pour certaines « si tu n’as pas d’argent personne ne prend soins de toi » mais quand même la plupart des femmes se disent « satisfaites » des services proposés et la fréquentation des services est assez bonne en particulier pour les services CPN, post-natales, PMI, vaccination qui sont assez bien suivi dans l’ensemble

L’unanimité est plus grande à propos de l’accouchement assisté avec une tendance à accorder peu de confiance aux matrones :

• « Plus sûr et plus réconfortant »

• « Les matrones sont inefficaces en cas d’urgence d’ailleurs on n’a plus confiance en elles »

* « avec les matrones on constate ces dernières années beaucoup plus de mortalité et de tétanos »

• « Aujourd’hui si quelqu’une accouche à domicile c’est généralement à cause de sa pauvreté ou de l’éloignement de la structure de santé »

La Fréquentation des CNC est satisfaisante puisque la majorité des femmes rencontrées connaissent les CNC et ont déjà bénéficié de leurs services dans le cadre de l’ex Projet NUTRICOM. Elles apprécient surtout les causeries sur des thèmes relatifs à la nutrition et l’alimentation et les séances de pesée. Les femmes souhaitent qu’à l’avenir ces services englobent aussi (comme avant) le déparasitage, la supplémentation, la distribution de moustiquaires imprégnées mais surtout que la ration destinée aux enfants soit revue à la hausse.

En milieu Wolof et Haal Pulaar les femmes disent ne fréquenter que lorsqu’elles sont malades. Elles n’ont besoin de l’autorisation de personnes mais par contre pour les ordonnances il faut qu’elles attendent les maris. La faible fréquentation préventive des structures de santé semble due d’une part à un accueil défaillant : « A l’hôpital seules les femmes riches sont bien accueillies, nous les pauvres sommes plutôt mal reçues ». D’autre part les femmes trouvent trop chères les prestations qu’offrent les structures de santé : au Poste de Santé l’accouchement coûte 1800 UM mais en ville à l’hôpital la facture monte à 6 000 UM sans les médicaments nécessaires. L’échographie coûte 2000 UM.

***Opportunités de rencontres entre femmes et habitudes de communication***

Ces endroits et opportunités de rencontre varient selon le groupe ethnique comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

| **Groupe** | **Maures** | **Haal-Pulaars** | **Soninké** | **Peulhs** | **Wolofs** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endroits publics | Coopératives féminines Twiza (pour faire une tente) | Marché Coopératives Jardins maraîchers Puit | Marché / Puit | Maison chef du village Puit jardin maraîcher | Coopératives  champs |
| Opportunités de rencontre | Mariage / Baptêmes / Tball (tam-tam) | Ziarra annuel / « Tours de Thé » (chaque mois pour danser) / Mariage / Baptême | Causeries religieuses (chaque lundi après-midi) / Mariage / Baptême / « Tours de Thé » (Chaque mois) | Mariage Baptème | Mariage  Baptême  Tours de thé  Fêtes religieuses  Fête 8 mars  Fête Gamou  Fêtes de parrainage |

***La TV nationale est très peu suivie et beaucoup dans la communauté négro-africaine écoutent la radio sénégalaise***

Pour ce paramètre aussi on note de grandes différences selon les groupes comme détaillés dans le tableau suivant :

| **Groupe** | Maure | Haal-Pulaar | Soninké | Peulh |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Radio** | Radio Mauritanie (informations surtout parfois les émissions de santé la nuit) ou Radio citoyenne | Radio Jeunesse (Mauritanie du matin jusqu’à midi) / Radio thilogne (Sénégal, le soir) / Radio mauritanienne (émission « radio n’guendi ») | Radio mauritanienne (surtout le matin jusqu’à midi) / Radios sénégalaises | Radio Mauritanie mais rarement (surtout émission Bal Ahmad tidjane, nécrologie) |
| **TV** | TV nationale mais rarement par manque d’électricité | TV sénégalaise surtout | TV sénégalaise surtout mais parfois TVM si émissions en soninké | Pas de TV |

***Supports et canaux préférés : disparité dans les choix***

On note une certaine disparité dans les préférences selon les groupes, comme indiqué dans le tableau suivant :

| **Groupe** | Maure | Haal-Pulaar | Soninké | Peulh | Wolof |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Supports** | Sketch TV | Causeries | N’aiment pas les causeries (les femmes refusent de rester) | Causeries | Radio TV  Scetchs  Musique  danse |
| **Canaux** | CIP / Radio / Affiches / Flip-shart | Cassette audio / Radio / Flip-shart / TV (+ou-) | Radio | CIP (seulement car personne ne regarde les affiches ou la TV et la radio est écoutée rarement) | CIP et sensibilisation à la radio |

***Leaders d’opinion plébiscités***

La personne la mieux indiquée pour faire circuler l’information pour des sujets relatifs au couple Mère-Enfant est sans nul doute l’ANC (en premier lieu) et plus ou moins la présidente de la coopérative ou la gestionnaire des champs maraîchers.

***Pouvoir et personnes influentes dans la communauté : Le chef du village a encore de beaux jours devant lui***

La personne dont l’avis est partagé et accepté par tout le monde diffère selon les groupes d’après le tableau ci-dessous :

| **Groupe** | **Maure** | **Haal-Pulaar** | **Soninké** | **Peulh** | **Wolofs** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Décideur | Présidente Union des Coopératives / Maire | Chef de village (Diom Wouro) / | Chef de village / Maire | Chef de village (« si quelque chose ne lui plait pas rien ne passe ») | Chef de village  Présidente de la Coopérative  Président des jeunes  Notables âgés  Conseil des sages |

**3.8 Axes stratégiques**

**3.8.1 Renforcement des conditions préalables favorables aux activités de communication nutritionnelle**

***Domaine d’action 1***

***Développement d’un programme national de recherches opérationnelles socio- anthropologiques, culturelles et comportementales en CCC pour la nutrition et réalisation, préalablement à l’élaboration de plans d’action locaux de CCC, de diagnostics régionaux sur les perceptions culturelles, habitudes alimentaires, ressources alimentaires disponibles localement.***

Une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques a été menée dans le domaine de la nutrition dans les zones d’intervention du projet NUTRICOM Taghdiya financé jusqu’en 2005 par la Banque Mondiale qui donne également des indications sur les habitudes médiatiques et équipements audiovisuels des foyers dans 5 des 13 willayas du pays (Assaba, Gorgol, Hodh el Gharbi, Nouakchott et Nouadhibou) Une autre étude sur «  Les habitudes d’exposition aux médias en Assaba et Nouakchott » a été réalisée par le BEAS pour le Ministère de la Communication et des relations avec le Parlement sur fonds FNUAP a été réalisée en 2004. La radio rurale a quant à elle réalisé des sondages pour déterminer les créneaux horaires d’audience des différents groupes de population mais les différentes enquêtes et études disponibles, en nombre limité, n’ont jamais une portée nationale et concernent peu les motivations profondes des comportements par rapport aux pratiques alimentaires familiales et à la nutrition des nourrissons et des enfants. De très nombreuses études quantitatives renseignent sur l’état de la malnutrition des femmes et des enfants, mais, si elles répondent au combien elles n’apportent pas de réponses au pourquoi et au comment sur les comportements alimentaires et nutritionnels.

Il ressort de la compilation des études disponibles qu’elles apportent des informations essentiellement sur les pratiques et leurs résultats mais pas sur les représentations par rapport à la santé, la maladie, la malnutrition, la grossesse, l’allaitement et leur soubassement anthropologique et socio –culturel.

Il conviendrait donc, préalablement au lancement des activités de communication pour le changement de comportement, de réaliser un ensemble d’investigations d’une part sur les régions jusque là non touchées par les recherches et les activités de communication nutritionnelles communautaires, d’autre part sur la dimension socio culturelle du fondement des comportements développés jusque là en matière de nutrition. Des recherches sur les perceptions visuelles, sur les codes et langages des différents groupes de population seraient également indispensables à la conception de messages de CCC ciblés et pertinents.

Un véritable plan national de **recherche qualitative** sur la nutrition devrait donc être élaboré pour être mis en exécution. De même des recherches-actions ou recherches opérationnelles devraient être programmées pour accompagner régulièrement les activités de communication nutritionnelle. Elles porteront sur les rôles, mécanismes de prise de décision et influence des différents acteurs familiaux et communautaires sur les attitudes et pratiques en rapport avec l’état nutritionnel des jeunes enfants et des femmes. Elles porteront également sur les croyances et attitudes qui soutiennent les différentes stratégies et pratiques des familles qui contribuent à l’état nutritionnel des mères et de leurs enfants.

Elles viseront également à identifier dans les textes religieux de référence tout ce qui pourrait appuyer la communication nutritionnelle pour la mise en application des différents comportements face à l’allaitement maternel et l’alimentation familiale.

Pour les sociétés africaines dans lesquelles l’individu fait partie intégrante d’un contexte social qui détermine largement ses comportements, les enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques qui entendent collecter des données individuelles ne constituent pas le cadre conceptuel le plus pertinent, on leur préfèrera donc des enquêtes qualitatives approfondies sur les systèmes de valeurs culturels, les représentations par rapport au système de santé, les attitudes et pratiques familiales et les rôles et influences des différents acteurs familiaux et communautaires dans la problématique de la nutrition.

***Domaine d’action 2***

***Elaboration d’un cadre de suivi du déroulement des activités et d’évaluation de leur impact***

Mises à part les données fournies par l’EDSM 2001 depuis laquelle un ensemble de mutations sociales se sont opérées et hormis les résultats de l’enquête MICS 2007, on dispose de peu de données actualisées fiables sur les résultats des efforts entrepris dans le domaine de la nutrition et surtout de la communication nutritionnelle. Une étude CAP a bien été réalisée sur les réalisations et les impacts du projet NUTRICOM en 2006 mais ses données paraissent contestables une fois mis en regard avec les réalités observables et constitué de résultats de tableau de données bruts elle n’a jusqu’à ce jour été ni analysée ni validée.

Cependant pour la mise en œuvre du nouveau projet PASN et sa composante nutrition financé par la Banque Mondiale, le partenaire technique et financier a fait réaliser en juin 2007 par un spécialiste du domaine un « Manuel des procédures du système de suivi- évaluation et informatisation » qui est appelé à servir de cadre pour le suivi et l’évaluation des activités de ce nouveau projet.

L’analyse de ce manuel a pour principale faiblesse de fournir des indicateurs de performance en complet décalage avec les objectifs de prévention du projet de prévention communautaire de la malnutrition. Ainsi pour chacune des trois années du projet est il prévu comme indicateurs d’impact une hausse spécifiquement quantifiée des taux d’allaitement maternel, de couverture en vitamine A et de consommation de sel iodé. Or ces résultats attendus correspondent à des objectifs de programme auxquels les activités de Communication pour le Changement de Comportement ne peuvent que contribuer mais pas fonder intégralement l’atteinte ou la non atteinte.

La composante nutrition du PASN ne se reconnait pas réellement dans ces indicateurs et le cadre de suivi – évaluation défini dans ce manuel et des instruments de collecte de données pour le suivi spécifique des activités de CCC ont été conçus au niveau du projet. Parmi ces instruments on peut citer pour une utilisation au niveau des CNC, un registre des enfants fréquentant le centre et une fiche individuelle qui permet de suivre la courbe de croissance de chacun de ces enfants et une fiche simple et sommaire sur le suivi des séances de CIP et des entretiens individuels réalisés par l’ANC. Parallèlement une fiche de supervision formative beaucoup plus complète est destinée à être renseignée lors du passage des membres de l’antenne régionale ou de l’équipe de l’UGP sur le terrain

Enfin une fiche conçue pour être utilisée par l’équipe de l’antenne régionale du projet compile mensuellement les résultats enregistrés par chaque centre. Les données fournissent des informations sur l’état nutritionnel des enfants fréquentant et sur le déroulement des activités de communication.

Tous ces instruments sont des instruments de suivi qui bien remplis pourront bien évidemment permettre une évaluation au niveau des processus, de la performance des acteurs de la communication nutritionnelle, de la fréquentation des CNC et de l’évolution du bilan nutritionnel pour les mères et enfants fréquentant le CNC. Par contre il apparait nécessaire de mettre en place des indicateurs plus spécifiques à la communication et un système d’évaluation qui ne repose pas uniquement sur les enquêtes CAP, lourdes, coûteuses et longues à réaliser.

Surtout le cadre de suivi –évaluation à concevoir devrait prendre en compte l’ensemble des domaines d’action décrits dans la stratégie c'est-à-dire qu’il devrait être national, harmonisé et concerner l’ensemble des acteurs intervenant dans la CCC pour la nutrition.

***Domaine d’action 3***

***Renforcement du Plaidoyer auprès des responsables politico – administratifs, des responsables des médias et structures représentatives de la Société Civile pour la création de Réseaux de femmes parlementaires, de journalistes, de leaders associatifs en faveur de la promotion de comportements nutritionnels adéquats.***

Les plus hautes autorités nationales se sont désormais engagées dans la lutte pour réduire la malnutrition en particulier par l’instauration de la sécurité alimentaire. Une Politique Nationale de Développement de la Nutrition a été adoptée qui témoigne de cet engagement et de la place que les dirigeants mauritaniens entendent désormais accorder au problème de la malnutrition en particulier des couches les plus vulnérables de la population. Cependant au niveau des élus, des hauts fonctionnaires, des spécialistes des médias et des leaders en particulier masculins il n’existe pas toujours d’implication concrète dans un domaine considéré comme trop souvent encore réservé aux femmes. De même ne sont pas encore créés de réseaux structurés mettant en œuvre au quotidien des actions concrètes en matière de communication pour la nutrition. Les sommes engagées pour la communication pour le changement de comportement nutritionnel restent encore peu significatives, les supports de sensibilisation sont quasi inexistants, la place de la thématique de la nutrition occupée dans les médias est faible à l’exception de campagnes ponctuelles qui ont été menées par exemple sur la consommation du sel iodé.

Par conséquent il y a donc lieu de poursuivre et d’élargir la dynamique engagée par la PNDN en développant des actions de plaidoyer multiples pour faire aboutir des actions indispensables d’accompagnement comme la disponibilisation effective du sel iodé dans le réseau de distribution de l’intérieur du pays, l’amélioration de qualité et de l’accessibilité des services de santé et de prise en charge de la malnutrition, la dotation en équipement audio-visuels des structures de communication nutritionnelle, l’encadrement de la promotion des laits artificiels, le financement d’activités féminines génératrices de revenus de nature à avoir un impact direct sur la nutrition familiale, la promotion des produits locaux traditionnels et l’appui à leur transformation et valorisation marketing etc…

et valorisation marketing etc…

***Domaine d’action 4***

***Renforcement de capacités en CCC pour la nutrition des ANC, des agents de santé, du personnel des ONGs avec une simplification des modules pédagogiques relatifs à la nutrition.***

L’analyse de la situation a montré que les 200 femmes agents de nutrition communautaire installés dans les CNC dans le cadre du projet d’Appui à la Santé et la Nutrition ont un niveau de formation initiale extrêmement disparate allant du 1er cycle du primaire au niveau universitaire pour les deux grandes villes du pays. Ces ANC n’ont reçu que 4 jours de formation. L’étude des manuels utilisés pour leur formation éclair a montré que les notions sur la communication occupent une place tout à fait restreinte par rapport aux connaissances que l’on souhaite leur voir acquérir en matière de nutrition. Les savoirs délivrés sur la communication restent de plus purement théoriques compte tenu du manque de temps. En particulier ne sont pas prévus de stages sur le terrain, de simulation d’animation de séances de sensibilisation encadrées par des formateurs. La nature même des éléments de contenus pédagogiques sur la communication restent trop généraux et n’abordent pas réellement les outils de la Communication pour le Changement de Comportement.

Le même constat peut être fait quant aux agents de santé ou animateurs d’ONGs tous formés dans un temps beaucoup trop court, sans apprentissage réelle des techniques de CCC et sans qu’ensuite une fois sur le terrain ils ne soient dotés d’outils de sensibilisation adaptés au niveau des groupes ciblés et sans que des messages simples, motivants, culturellement adaptés ne soient conçus préalablement pour faciliter la tâche des apprentis communicateurs.

Compte tenu de l’importance de la communication dans la prévention des comportements à risque de causer la malnutrition il conviendrait de délivrer aux ANC, agents de santé animateurs d’ONgs, responsables de coopératives féminines d’une part une formation sur les notions de nutrition et d’autre part une véritable formation à la CCC avec un volet d’application pratique des notions acquises pour que les savoirs et savoirs faire se transforment en savoirs être capables d’amorcer le changement de comportement parmi les cibles visées.

A cet effet un plan national de formation en CCC devra être établi avec des sessions décentralisées dans les willayas et des travaux pratiques et simulations de séances de sensibilisation sur le terrain. De même que de nouveaux modules de nutrition, certes techniquement correctes, mais avec un contenu scientifique plus simplifiés doivent être disponibilisés.

***Domaine d’action 5***

***Conception, production et multiplication d’une gamme variée et attrayante de supports de CCC***

La revue et l’analyse des supports de sensibilisation existants en matière de nutrition a permis de constater une certaine insuffisance aux niveaux quantitatifs et qualitatifs et un non renouvellement . En dehors des quatre flipcharts conçus et utilisés par le projet NUTRICOM Taghdya, de quelques affiches produites par ou avec l’appui de partenaires financiers extérieurs, d’une chanson d’Ouleya et de quelques cassettes audio et vidéo désormais inutilisables, il n’existe pas actuellement de supports dédiés spécifiquement à la nutrition. Un certain nombre d’émissions de radio ont été produites et diffusées faisant appel à des spécialistes, le plus souvent des médecins mais elles n’ont pas été exploitées dans le cadre de la CIP. L’UNICEF vient de produire un pack d’outils de sensibilisation mais il n’est pas encore disponible.

Les supports conçus du temps du projet NUTRICOM continuent d’être utilisés par les ANC mais d’une part leur état physique laisse largement à désirer, d’autre part leur contenu a été tant de fois ressassé qu’il n’intéresse et ne motive plus les participantes aux causeries de groupe.

Un besoin impérieux se fait donc sentir de disposer pour la communication nutritionnelle d’une nouvelle panoplie de supports de groupes, variés, culturellement adaptés, attrayants, porteurs de messages clairs, simples et pertinents.

Préalablement aux interventions de communication nutritionnelles il est donc souhaitable de procéder à la conception / production d’un ensemble de supports comprenant des flipcharts sonorisés de taille acceptable, des affiches, des éléments sonores de témoignages, des microprogrammes éducatifs, des jeux éducatifs, des sketchs etc…

Parallèlement le développement du volet d’émissions interactives sur la radio rurale (axe stratégique n° 7) pourra fournir l’opportunité de transférer sur cassettes ou CD les meilleures émissions afin de mener au niveau des CNC des écoutes collectives suivies de débats ce qui permettra de démultiplier l’impact de ces éléments sonores.

Par ailleurs devraient être produits des spots motivants, des sketchs vidéos et audio, poursuivis l’organisation de tables rondes et débats Radio et TV sur les différentes thématiques de la nutrition. Ces éléments mass média devraient se concentrer à chaque fois sur un thème de campagne.

Il conviendrait que les messages ne se focalisent plus uniquement sur la transmission d’information « techniques » et théoriques sur la valeur des aliments et micronutriments et les maladies que leur carence entraîne mais qu’ils s’appuient davantage sur des arguments pouvant motiver le changement de pratiques et répondent davantage aux réticences et croyances traditionnelles. Par-dessus tout il serait souhaitable que les messages soient davantage ciblés en direction des mères mais aussi des grands-mères et des hommes.

**3.8.2 Développement d’un programme multimédia ciblé en direction des mères, femmes en grossesse et femmes allaitantes**

***Domaine d’action 5***

***Exploitation des différentes approches, canaux et opportunités de communication pouvant atteindre spécifiquement les femmes : CNC, coopératives, associations, structures de santé, Associations de Parents d’Elèves, Associations de Défense des Consommateurs, activités cérémonielles, marchés, regroupements informels …***

Il est important de comprendre que pour obtenir d’un individu un changement de comportement ou de pratiques, on peut et l’on doit l’atteindre par différents canaux de communication qui tiennent aux différents rôles qu’il assume dans la vie de tous les jours.

Ainsi la femme mauritanienne mère de famille peut être contactée en tant que mère d’enfants scolarisés, en tant que patiente fréquentant pour elle ou ses enfants les structures de santé, en tant que travailleuse (commerce, activité agricole ou de pêche etc…), en tant que membre d’une coopérative, etc….

De ce fait cette femme mauritanienne mère, en grossesse ou allaitante doit être la destinataire de messages de prévention diffusés dans les différents canaux suivants aptes à l’atteindre :



























Pour atteindre et convaincre les femmes mauritaniennes (mères, femmes enceintes, femmes allaitantes) de changer de pratiques /comportements en matière d’allaitement, de nutrition familiale, de consommation des micronutriments indispensables à la santé, d’hygiène alimentaire, il est souhaitable de développer des actions non seulement de Communication Interpersonnelle CIP dans les CNC mais également dans les coopératives féminines et les structures de santé. Il est également important de prévoir parallèlement un programme régulier et permanent d’émissions interactives de radio, des tournées de comédiens présentant des sketchs attrayant mais édifiants sur la problématique de la nutrition, d’impliquer les leaders communautaires et éducatifs pour qu’ils saisissent toute occasion de rassemblement pour appuyer et diffuser les messages conçus pour promouvoir des comportements adéquats par rapport à la nutrition des femmes enceintes, des nourrisson, des jeunes enfants et de tous les membres de la famille.

***Domaine d’action 6***

***Poursuite et renforcement de la communication interpersonnelle communautaire des CNC en direction des mères, femmes enceintes et femmes allaitantes appuyée par de nouveaux supports audio et vidéo (cassettes audio avec les émissions transférées de la radio rurale, témoignages…) et l’éducation par le divertissement (sketchs - chansons)***

Les Centres de Nutrition Communautaires mis en œuvre par les femmes Agents de Nutrition Communautaires forment le cadre institutionnel défini comme privilégié pour l’éducation nutritionnelle compte tenu des différentes contraintes existantes : difficultés d’accessibilité aux différentes Moughataas, sous - équipement de certains foyers en équipements audiovisuels, préférence du groupe cible pour une communication de face à face… Même si d’autres lieux, d’autres opportunités de communication doivent être saisis pour diffuser les messages sur la nutrition, le CNC reste la structure de base la plus apte à toucher les communautés et à prendre en charge la surveillance de la croissance des jeunes enfants. On note cependant à la visite de ces CNC une certaine démotivation, un certain désintérêt des mères et des problèmes avoués par les ANC pour rassembler les femmes.

Pour certaines femmes, principalement en milieu soninké les séances de sensibilisation constituent une perte de temps mais pour la majorité la communication nutritionnelle devient ennuyeuse dès lors qu’elle ne se renouvelle pas dans ses messages et dans ses supports.

Le projet NUTRICOM Taghdiya a œuvré dans les CNC pendant 5 ans, le PASN prend le relais effectivement depuis 2007 mais ce sont toujours les mêmes messages et les mêmes supports qui sont utilisés par les ANC. La lassitude du public cible n’est donc pas surprenante elle est même légitime et ce d’autant que les techniques de communication s’apparentent davantage à un cours qu’à un réel échange autour des pratiques de nutrition.

Il est donc impératif sous peine de voir la fréquentation des CNC diminuer de plus en plus et ce d’autant que le financement du PASN à l’inverse du projet NUTRICOM n’a prévu aucune mesure d’accompagnement sous la forme de crédit ou d’appui technique pour des AGR ou tout autre forme « d’intéressement » parallèles au travail de sensibilisation, de « captiver » l’attention et l’intérêt du public cible par des messages variées attrayants et l’utilisation de toute la panoplie disponible de supports et canaux. De nombreuses études psycho-sociales ont montré que l’individu comprend mieux, apprend mieux, retient mieux lorsqu’il participe et lorsqu’il se distraie. Le quotidien des femmes mauritaniennes, en particulier en milieu rural est ingrat et difficile aussi la visite et les séances de communication au CNC doivent elles constituer un moment de détente.

C’est pourquoi il est impératif de concevoir une gamme élargie de supports dont des supports ludiques comme des jeux et de prévoir le renouvellement régulier des supports.

Ce type d’approche a été mis en œuvre avec succès dans d’autres pays comme à Madagascar par exemple et mériterait d’être expérimenté en Mauritanie.

Par ailleurs afin de créer et stimuler l’intérêt des mères pour la fréquentation des activités des CNC pourrait être développée une approche « mère modèle » ou « mère lumière » c'est-à-dire l’identification à situation et revenus égaux d’une ou plusieurs mères d’enfants bien nourris, bien portants et bien suivis qui seraient utilisées comme personnes ressources par l’ANC pour apporter leur expérience personnelle aux autres femmes de la communauté. Au niveau de la willaya un prix pourrait être crée récompensant la « mère lumière » la plus active.

Par ailleurs les émissions de jeux publics de la radio rurale, les émissions de témoignages concernant la nutrition pourraient utilement être transférées sur cassette audio pour des écoutes collectives suivies de discussions ouvertes lors des séances d’animation des CNC

***Domaine d’action 7***

***Renforcement d’un programme national régulier d’émissions interactives sur la radio rurale parallèlement à la Communication Interpersonnelle***

La radio rurale bénéficie en Mauritanie d’un accueil très favorable même parmi les groupes de populations qui écoutent peu par ailleurs les programmes de la radio nationale. La radio rurale est proche des populations elle se fait la courroie de transmission entre eux et les autorités et en popularisant certains problèmes locaux contribue grandement à leur résolution. De ce fait elle est appréciée. Elle émet sur l’intégralité du territoire et les différentes études disponible ont montré que la radio est à peu près le seul équipement qui soit répandu en milieu rural et quelque soit le groupe ethnique et le milieu de résidence. Des exemples comme Radio Barkéol dans l’Assaba appuyé par l’UNICEF et qui a contribué par ses campagnes et ses émissions à l’éradication du ver de Guinée dans la zone du fleuve Sénégal montre l’importance de ce médium dans la dynamique du changement de comportement.

Traditionnellement la radio rurale est une radio interactive qui donne la parole à la fois aux spécialistes des différentes thématiques du développement et aux populations rurales pour lesquelles elle constitue un des rares moyens de faire entendre sa voie par rapport aux décideurs. Ce capital de sympathie doit être mieux et plus systématiquement exploité dans le cadre de la communication pour la nutrition, la promotion de l’allaitement exclusif, de la consommation des micronutriments essentiels à la vie, de la valorisation des produits locaux etc…

Des émissions conçues avec les agents du Service d’Education pour la Santé abordent déjà ponctuellement la nutrition mais essentiellement sous l’angle médical de la prise en charge de la malnutrition. La radio rurale offre un cadre propice à une communication interactive plus dynamique et porteuse de changements de comportement. Ses émissions de jeux publics pourraient être systématiquement mis à profit pour l’exploitation de la thématique de la nutrition dans chaque willayas et une émission régulière du type «  dis moi ce que tu manges » pourrait être régulièrement programmée qui donnerait la parole autant aux femmes qu’aux hommes et aux personnes ressources de la santé, de l’éducation et de l’agriculture ainsi qu’aux leaders locaux.. Afin de développer ce volet un partenariat pourrait être mis en place entre la radio rurale, le PASN et certains partenaires techniques et financiers comme l’UNICEF, la FAO, l’OMS et la CFD ou toute autre coopération bi ou multilatérale engagée dans le combat actuel de la Mauritanie pour la sécurité alimentaire.

.

**3.8.3 Développement de programmes de communication auprès des cibles secondaires : hommes, jeunes scolaires, grands-mères et autres parentes âgées**

***Domaine d’action 8***

***Implication des imams, des oulémas, des enseignants de mahadraats, des instituteurs, des vulgarisateurs agricoles comme « portes d’entrée » pour la communication sur la nutrition en direction des hommes***

L’analyse situationnelle a permis d’établir que les hommes sont en total retrait par rapport au problème de la nutrition et donc de la malnutrition. Pour eux parler de nutrition c’est parler d’alimentation c’est voir des agents de santé préparer des bouillies pour les enfants autant de choses qu’ils considèrent comme strictement du domaine féminin. La confusion entre alimentation dans sa dimension culinaire de préparation des repas et nutrition, le même vocable étant d’ailleurs utilisé pour les deux concepts pourtant très différents encourage cette confusion et ce désintérêt des hommes vis-à-vis de ce domaine. Or c’est l’homme qui pourvoit aux besoins de la famille sur le plan financier et économique. C’est de lui que dépend la ration alimentaire car même si la femme s’adonne à quelque culture vivrière ou maraîchère ces produits sont destinés à la vente. Il convient donc de ne pas focaliser les actions de communication uniquement sur les femmes et les mères et ce d’autant plus que souvent la femme, la mère, lorsqu’elle est jeune n’est pas vraiment décisionnelle sur l’alimentation de son enfant et de la famille. C’est sa belle mère ou les parentes souvent de son mari qui prennent les décisions.

L’homme doit donc être touché par les actions de communication spécifiques. Il est évident qu’il est assez inenvisageable de l’atteindre par le biais des CNC et des structures de santé qu’il ne fréquente généralement pas sauf pour le curatif dans le cas des structures sanitaires.

Les hommes mauritaniens doivent donc être approchés à certaines occasions et par certains canaux qui régulièrement les ciblent. Le canal institutionnel peut être utilisé avec profit. Les vulgarisateurs agricoles ou d’élevage du Ministère, des programmes et projets de terrain sont en contact réguliers avec les hommes ruraux mauritaniens se livrant à l’agro-pastoralisme. Ils délivrent des conseils techniques sur les modes de culture, de défense et restauration des sols, et de conduite d’élevage il serait donc tout à fait indiqué de les former à développer des messages sur la valeur nutritionnel des productions agricoles, horticoles, d’élevage et halieuthiques et sur la promotion de la consommation de ces produits.

De même dans les villages les enseignants sont particulièrement écoutés. Leur parole pourrait donc être exploitée par exemple lors des réunions des Associations de Parents d’Elève ou dans le cadre d’initiative de type « écoles des parents » pour diffuser des messages sur la nécessité de l’équilibre nutritionnel.

Le canal socio-traditionnel constitue également une importante et efficace porte d’entrée sur le groupe des hommes. Les imams aux travers de leurs prêches hebdomadaires, les oulémas dans les causeries qu’ils animent, les enseignants coraniques lors des réunions avec les parents d’élèves et auprès de leurs élèves eux-mêmes apparaissent comme des personnes qui pourraient relayer les messages concernant la nutrition (allaitement maternel exclusif, apports en micronutriments, équilibre nutritionnel).

Il serait souhaitable en ce qui concerne les imams et oulémas et maitres coraniques de réaliser une recherche et une réflexion sur les versets du texte sacré du Coran de nature à appuyer les messages de communication nutritionnelle. Cela devrait être inclus dans le plan national de recherche dont il a été question dans l’axe stratégique n° 1

De même les chansons, les sketchs populaires, les occasions de rassemblement pour les fêtes et cérémonies constituent des opportunités à saisir pour diffuser auprès des hommes des messages spécifiques valorisant leur responsabilité familiale dans la résolution des problèmes de nutrition et le rôle de chefs de ménage éclairé qu’ils doivent jouer auprès de leur épouse.

Enfin les hommes sont sensibles au canal des médias, principalement la radio aussi est-il important dans le volet de programme de radio rural dont il a été question plus haut d’inclure de nombreuses émissions donnant la parole aux hommes sur la thématique de la nutrition. Toutes ces émissions devront avoir pour finalité d’intéresser l’homme non pas directement à l’alimentation mais au problème plus général de la nutrition et de son équilibre en lui faisant valoir le coté beaucoup plus «  noble » de ce domaine et sa complexité afin de l’inciter à s’y intéresser pour accroitre sa propre audience dans la famille et la communauté.

***Domaine d’action 9***

***Introduction de modules sur la nutrition dans les enseignements primaires et secondaires et développement d’activités d’éducation nutritionnelle dans les jardins scolaires et cantines scolaires avec la participation des APE***

Les jeunes scolaires doivent à tout prix être intégrés dans les activités de CCC et ce à plusieurs titres. D’une part ils représentent la génération montante qui constituera les parents de demain. En les informant, en les formant et en les sensibilisant dès aujourd’hui sur les notions et pratiques de l’équilibre nutritionnel et de l’allaitement maternel on peut espérer que dans quelques années, une fois devenus adultes, ils adopteront des comportements différents de ceux de leurs parents et accorderont une place plus importante dans leur foyer à une bonne nutrition. En second lieu ces enfants et ces jeunes sont en pleine croissance et leurs besoins nutritionnels tant en aliments de construction que de protection sont importants. En leur apportant les connaissances sur la valeur de aliments et l’importance des micronutriments il est possible d’en faire des «  propagandistes » d‘une bonne alimentation auprès de leurs parents. On a pu constater dans de nombreux cas que la parole de l’enfant, les savoirs qu’il acquiert à l’école et dont il parle une fois revenu dans sa famille font leur chemin dans l’esprit de leur famille élargie. Même si l’enfant a rarement droit à la parole et se trouve dans une relation de soumission il est admis par la famille qu’il en sait souvent plus que les parents adultes qui n’ont pas eu la chance de fréquenter Cette affirmation est particulièrement vérifiée lorsque les parents de l’enfant ou du jeune sont peu ou pas alphabétisés. Les messages transmis aux enfants et aux jeunes finissent donc pas revenir vers les parents. L’utilisation des réunions de parents d’élèves pour la diffusion des messages de communication nutritionnelle viendrait renforcer la crédibilité des enfants.

Par le passé dans les années 1995 – 2000 et dans le cadre du développement des projets Education en Matière de Population/ Education à la Vie Familiale soutenus par l’UNFPA Il conviendrait donc de poursuivre et d’intensifier là où cela a déjà été fait, d’introduire là où cela n’a pas encore été fait, l’introduction de contenus pédagogiques sur l’alimentation, la nutrition et les maladies dues aux carences nutritionnelles. Avec les élèves il est possible de faire comprendre des notions plus complexes qu’avec une majorité de parents peu formés. Certaines matières comme les sciences naturelles, la chimie peuvent facilement accueillir ces contenus. Les notions sur l’équilibre nutritionnel et les bonnes pratiques alimentaires pourraient également être diffusées lors d’activités développées hors cursus, en extra- scolaire. En particulier pour les élèves du primaire, les jardins scolaires devraient être réactivés en milieu rural ou péri-urbain afin d’initier les enfants à la production mais aussi la consommation des légumes et des fruits. Au niveau de l’enseignement secondaire des concours de dessins, de rédaction, de poèmes, de chansons pourraient être organisés sur les thèmes de la nutrition afin de sensibiliser les élèves.

***Domaine d’action 10***

***Poursuite et élargissement du programme de sensibilisation « grand mères »***

La quasi-totalité des efforts d’éducation, de sensibilisation et de communication nutritionnelle ont jusqu’à maintenant porté sur le groupe cible des mères d’enfants de 0 à 5 ans. Considéré comme la cible prioritaire à atteindre et convaincre d’adopter de nouvelles pratiques. Les hommes n’ont jamais été touchés sur cette thématique autrement qu’au travers des émissions de radio et télévision qui ont pu traiter globalement du sujet.

Pourtant une étude réalisée par l’ONG World Vision sur «  Le contexte socio – culturel de la malnutrition à Arafat, un milieu péri – urbain de Nouakchott » en 2006 et les focus groups de discussion réalisés en juin et juillet 2008 aussi bien en milieu rural qu’urbain dans le cadre de l’élaboration de la présente stratégie ainsi que de simples conversations informelles avec des femmes montrent que les attitudes et comportements des femmes avec leurs nourrissons et jeunes enfants sont fortement influencés d’une part par d’autres acteurs familiaux et d’autre part par les normes socio-culturelles en rapport avec la nutrition de la famille et de la communauté que ces femmes sont tenues de suivre. Autrement dit le pouvoir de décision échappe la plupart du temps aux mères au profit des grands-mères. Celles-ci jouent un rôle polyvalent et déterminant aussi bien dans la famille que dans la communauté. De par leurs expériences et leurs connaissances elles sont les conseillères de la famille en matière de nutrition et de santé et leur expertise v au-delà puisque à tous les moments critiques de la vie des jeunes femmes elles les accompagnent

Certains de leurs conseils peuvent être bénéfiques d’autres non quant elles n’encouragent pas voir découragent les bonnes pratiques pendant la grossesse (augmentation et enrichissement de la ration alimentaire, fréquentation des CPN, introduction de l’eau et des aliments trop précocement dans la diète des nourrissons de moins de 6 mois etc…). Cependant les grands-mères prises individuellement, les réseaux sociaux de grands-mères, les grands-mères leaders les « mères des enfants », (oum Ichachra et Yumum Sukabe), conscientes du rôle qu’elles jouent ont soif d’apprendre et souhaiteraient être inclues dans les programmes de communication nutritionnelle.

Il est donc vain de continuer à ne focaliser que sur les jeunes mères si celles-ci pour des raisons socio-culturelles propres au contexte mauritanien n’ont pas le pouvoir de décision sur leurs pratiques nutritionnelles à l’égard de leurs enfants comme du reste de la famille. Comme l’a commencé le projet « Grand mothers » de World Vision et en généralisant cette approche, il convient désormais d’utiliser cette ressource incontournable que représentent les grands-mères (belles mères et autres parentes présentes dans la famille) en leur apportant des connaissances nouvelles et en les impliquant dans la création de nouvelles normes et l’adoption de nouvelles pratiques.

Décisionnelles dans la famille les grands-mères ne doivent plus être tenues à l’écart des stratégies communautaires de prévention de la malnutrition, ni regardées uniquement comme des freins ou des obstacles mais elles doivent pouvoir être utilisée positivement comme une force d’appoint dans la lutte pour un meilleur équilibre nutritionnel des mères et de leurs enfants et au-delà de la famille toute entière.

Afin d’améliorer les conseils donnés traditionnellement par les grands-mères et de promouvoir des changements de normes communautaires en matière de nutrition et de santé des activités de CCC devraient être organisées avec les réseaux sociaux de grands-mères dans les villages et les quartiers. L’approche à développer avec elle devrait être encore plus participative qu’avec les jeunes mères, basée sur l’échange d’expériences et de connaissances à travers le dialogue. Il est suggéré que des méthodes de communication participative et culturellement adaptées soient utilisées plutôt que des méthodes scolaires et directives. L’organisation de focus groupes réguliers, la saisie d’opportunités diverses de regroupement devrait faciliter l’organisation de cette communication.

L’inclusion des grands-mères dans les programmes de prévention devrait en outre permettre d’accroitre la crédibilité de ces programmes et la confiance que les communautés leur accordent et donc contribuer à augmenter les résultats positifs des actions engagées.

**3.8.4 Promotion des produits agricoles traditionnels pour l’amélioration du bilan nutritionnel de familles**

***Domaine d’action 11***

***Transformation/ valorisation des produits agricoles traditionnels dans le cadre d’AGR féminines***

L’analyse diagnostic a montré que les grandes sécheresses des années 70 avec les crises alimentaires qui les ont accompagnées ont, par suite des distributions massives de blé et riz réalisées pendant plusieurs années, provoqué d’importants et durables changements dans les habitudes alimentaires. Pour une partie de la population elles ont provoqué la désaffection pour les céréales et légumineuses traditionnelles comme le mil ou le sorgho. Tant que les distributions de vivres étaient gratuites, cela a provoqué un certain effondrement des cultures traditionnelles. Avec la fin des distributions massives et surtout gratuites les populations et surtout les couches les plus vulnérables ont dû accepter la nécessité d’acheter les produits vivriers auxquels ils se sont habitués. Le surenchérissement actuel des cours mondiaux des céréales comme le blé ou le riz fait que localement le coût de ces denrées pour la majorité importées devient prohibitif et les produits difficilement accessibles aux familles démunies et même aux famille à revenus moyens.

Dès lors il convient de mener des actions de communication pour revaloriser l’image des produits locaux traditionnels en souligner les apports nutritionnels en augmenter la production.

Toutefois il ne peut être question de totalement démanteler les petites unités agro-inudstrielles, les minoteries, les boulangeries, les pâtisseries etc .. qui ont prospéré dans cette filière ouverte par les changements de comportements alimentaires.

Les produits agricoles traditionnels et les différents produits comme les légumes et le poisson, qui peuvent améliorer l’état nutritionnel des mères, des enfants et des familles en général, pour retrouver la faveur des consommateurs devraient donc trouver une valeur ajoutée qui outre le prix les rendent attrayants.

Dans cette optique la création de structures d’AGR féminines dédiées à la transformation, la conservation ou le conditionnement nouveau des produits locaux traditionnels devrait être encouragée dans la mesure où elles conjugueraient le double intérêt de procurer aux mères des revenus d’appoint pour améliorer l’alimentation familiale et les soins apportés aux enfants mais aussi de réhabituer les ménages, en particulier urbain, à la consommation de produits locaux disponibles et moins coûteux que les produits importés.

Pour exemple  la transformation/conservation par pasteurisation, fumage, séchage etc… peut permettre de conserver et conditionner des produits comme l’ensemble des légumes en particulier les tomates, les poivrons. Un centre de formation aux techniques de conservation et transformation existe à Biogué qui peut dispenser des formations dans ces domaines.

***Domaine d’action 12***

***Création de périmètres maraîchers, étangs piscicoles pour promouvoir la consommation de nouveaux produits alimentaires tout en créant des revenus complémentaires***

Les différentes études menées sur les habitudes alimentaires et le bilan nutritionnel des familles font apparaître une consommation très marginale de légumes, de fruits et de poisson. La ration alimentaire repose essentiellement sur les céréales. La viande et le lait, sauf parmi les pasteurs nomades, n’est consommée qu’en faible quantité et de manière irrégulière. Pourtant les nutritionnistes soulignent l’importance sur la santé d’une alimentation équilibrée et variée. Les apports des différents légumes et du poisson ne sont plus à démontrer. Ces produits sont le plus souvent indisponibles dans les zones de l’intérieur. Seuls les gens du fleuve peuvent y avoir accès lorsqu’ils ne les vendent pas. Même lorsque ces produits sont connus et accessibles ils ne sont pas ou peu utilisés parce qu’ils ne s’intègrent pas dans les habitudes alimentaires.

La mise en œuvre partout ou cela est possible de périmètres maraîchers, d’activités horticoles ou piscicoles non seulement permettent aux femmes de générer des revenus mais progressivement grâce à des actions de communication parallèle, de consommer les produits de ces activités pour améliorer le bilan nutritionnel des enfants et des familles. La plantation, l’entretien des produits de ces activités et leur manipulation régulière, soutenus par une communication nutritionnelle efficace serait sans doute de nature à faire passer dans les habitudes alimentaires leur consommation.

Le nombre important de coopératives et groupements féminins installés dans toutes les Wilayas du pays et qui déjà souvent mettent en œuvre de telles activités est à encourager et systématiser l’appui matériel, technique et financier qui doit leur être donné.

Des activités de CCC devraient être développées au sein même de ces coopératives et groupements sans attendre que les mères ne fréquentent les CNC. Afin de promouvoir la consommation d’une partie des produits agricoles ou d’élevage obtenus. Ces séances de CCC peuvent être mises en œuvre par les vulgarisateurs agricoles ou conseillers ruraux.

***Domaine d’action 13***

***Promotion et Marketing des produits traditionnels transformés et nouvellement conditionnés***

L’analyse situationnelle a mis en évidence des changements de comportements alimentaires importants parmi la population (surtout dans le milieu urbain) suite aux distributions massives de vivres qui ont accompagné les grandes périodes de sécheresse. Des denrées comme le blé et le riz ont fait depuis l’objet d’une consommation massive. L’introduction du blé a entrainé le développement de toute une filière agro-alimentaire (minoterie, boulangerie, pâtisseries, pates alimentaires) qu’il est hors de question de vouloir remettre en cause puisqu’elle fait vivre de nombreuses familles mauritaniennes.

Cependant riz, blé et autres produits importés sont désormais en concurrence avec les produits locaux. L’avantage des premiers est de se présenter sous une forme prête à consommer quand les seconds, bruts, nécessitent souvent de longues préparations (pilage etc..). De même des produits locaux peu consommés comme le poisson souffrent d’un déficit d’image positive et leur présentation n’a rien d’attractif. Il apparaît donc qu’il y a toute une réflexion à mener pour conserver, transformer et conditionner les produits locaux de façon attractive pour les consommateurs. On pense aux exemples réussis mis en œuvre dans d’autres pays voisins : farine de manioc transformée et conditionnée en « gari » prêt à consommer sur toute la zone côtière du Golf de Guinée, Attiéké (sorte de couscous de manioc) préparé et pré cuit en Côte d’Ivoire, boissons non alcoolique tirées du Sorgho au Burkina Faso. Bien évidemment la transformation des fruits et légumes sous forme de confiture et conserves vient compléter cette liste. Enfin le poisson sous forme de poisson fumé, de soupe, de cubes pourrait connaître un regain d’intérêt de la part des familles jusque là réticentes si, à la présentation nouvelle du produit était adjointe une bonne campagne promotionnelle.

Il s’agirait donc de revaloriser les produits locaux en les rendant plus facile à utiliser et en modernisant leur image de marque (marketing) au travers d’un conditionnement attractif (packaging). Cette activité pourrait fort bien être développée dans le cadre de petites unités artisanales féminines prenant le statut de coopératives. Ce cadre permettrait d’atteindre simultanément deux objectifs : une revalorisation de l’image de marque des produits locaux pour une réduction de la dépendance face à des produits agricoles importés de plus en plus onéreux d’une part, une création d’activités génératrices de revenus pour les femmes d’autre part.

Le volet recherche devrait explorer les possibilités dans ce domaine en liaison avec les organismes adéquats. A noter qu’il existe déjà un centre de formation aux techniques de transformation et conservation à Bogué qui pourrait servir de plate forme à ce genre d’activités.

* 1. **Buts et objectifs**

**3.9.1 But**

Contribuer à réduire de façon significative la mortalité et la morbidité liées à la malnutrition et aux carences en micro – nutriments chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes

* + 1. **Objectif général**

Promouvoir des comportements alimentaires et nutritionnels positifs à l’égard des enfants, des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des familles

* + 1. **Objectifs spécifiques**

La communication nutritionnelle est appelée à **contribuer** de façon significative à l’atteinte des objectifs spécifiques de la PNDN, à savoir :

* Réduire l’insuffisance pondérale de 60% chez les enfants de 0 à 5 ans ;
* Réduire les prévalences du déficit énergétique chronique chez les femmes en age de procréer et du faible poids à la naissance de 50% ;
* Réduire de 60% la prévalence de l’anémie chez la femme enceinte et chez les enfants d’age préscolaire ;
* Eliminer la carence en iode et l’avitaminose A au sein de la population ;
* Augmenter le taux de consommation du sel iodé de 2% à 70%
* Introduire un Paquet Minimum d’Activités en Nutrition (PMA/Nut) à tous les niveaux de la Pyramide Sanitaire ;
* Améliorer la qualité des prestations de nutrition dans les services de santé sur toute la pyramide sanitaire

Pour cela des objectifs spécifiques **de communication** seront élaborés dans le document de plan opérationnel appelé à concrétiser en activités les différents axes de la présente stratégie.

**3.10 Canaux et axes de communication**

Une fois les cibles déterminées, leurs connaissances, attitudes et pratiques analysées, les problèmes prioritaires identifiés pour chaque cible, il convient d’opérer un choix raisonné des canaux et supports à utiliser et à produire pour diffuser plus tard les messages. Ce choix n’est pas réalisé au hasard, c’est un choix raisonné en fonction de plusieurs critères :

* L’effectif du groupe cible à toucher
* Son accessibilité physique et financière aux différents média
* Ses caractéristiques propres (alphabétisation, niveau de formation, habitudes de l’image et de l’image en mouvement…)
* La facilité ou la difficulté à accéder au groupe cible
* L’attirance pour tel ou tel type de canal et de support
* Le potentiel du support à véhiculer un message complexe
* Le thème du message et type de comportement à promouvoir
* L’expertise technique (graphisme audiovisuel, animation) disponible
* Les ressources humaines disponibles (cas de la CIP)
* Le coût de l’utilisation de chaque canal
* Le coût de production/ diffusion de chaque support
* Le budget disponible
* Les délais de production et de diffusion impartis

Les canaux et supports de communication doivent être sélectionnés en fonction du rapport coût/ efficacité ou coût /performance.

On choisit donc après analyse de tous ces critères les canaux et supports qui touchent **le mieux** et **le plus** d’individus **au moindre coût.**

Chaque groupe cible peut être atteint simultanément par divers canaux : institutionnels (Ministères, structures sanitaires et éducationnelles etc…), médiatiques (radio, TV, affichage) et socio-traditionnels (pairs, leaders, associations, ONG...). L’utilisation simultanée et la combinaison de ces canaux sont une garantie d’efficacité des messages à condition que ces derniers soient parfaitement coordonnés et complémentaires et que chaque intervenant partage les mêmes axes de communication.

Dans le cas de la Mauritanie le groupe cible primaire des mères devrait être atteint conjointement par :

* une communication Interpersonnelle de proximité mais avec le support de medias de groupe renouvelés (dans les structures sanitaires, les CNC et les structures de la société civile, lors des cérémonies et grands regroupements familiaux et publics, sur les marchés etc..)
* une communication radiophonique d’appoint dans le cadre de la radio rurale et des futures radios privées et communautaires
* une communication par le divertissement grâce à l’exploitation des ressources artistiques locales ( musicien(ne)s et troupes de théâtre..) et des leaders socio-traditionnels

Les supports choisis pour contourner la contrainte de l’analphabétisme et du manque de culture de l’image du groupe cible des femmes rurales (la majorité) donneront la priorité à l’oralité (émissions de radio, chansons, théâtre radiophonique, cassettes de témoignages…) au visuel sans adjonction de texte (flipchart sonorisé, affiches, sketch vidéo et en « live »…)

Le groupe cible des hommes jusque là totalement à l’écart de la problématique de la nutrition sera approché par :

* le canal socio-traditionnel et la mise en œuvre d’une communication Interpersonnelle lors des prêches des imams, lors de causeries avec les leaders traditionnels, de séances avec les vulgarisateurs agricoles, avec les enseignants lors des réunions des Associations de Parents d’Elèves, autour des points d’eau pour les nomades etc..)
* le canal des mass-médias au travers d’émissions de radio et de télévision , de chansons, de messages sur téléphone mobiles et lors des retransmissions d’évènements sportifs..)

Le groupe cible secondaire des grand-mères et parentes sera essentiellement atteint au travers de la communication Interpersonnelle propre au canal socio-traditionnel (cérémonies, tissu associatif etc…)

**ACTEURS / CANAUX POUR ATTEINDRE LES MERES**



























**AXES DE COMMUNICATION / COMPORTEMENTS RECHERCHES**



































**ACTEURS / CANAUX POUR ATTEINDRE LES HOMMES ADULTES ET PERES**







































**AXES DE COMMUNICATION / COMPORTEMENTS RECHERCHES**



































**3.11 Les spécificités régionales**

Si la stratégie de Communication pour le Changement de Comportement ici développée a une vocation nationale et doit permettre à l’ensemble des intervenants du domaine de la nutrition d’inscrire leurs interventions de CCC dans une même approche coordonnée, il n’en demeure pas moins que doivent être prises en compte dans ce cadre national les contraintes, opportunités et spécificités socio-culturelles propres à chacune des régions du pays et de nature à infléchir les stratégies et les messages pour mieux atteindre localement des populations aux caractéristiques et pratiques différentes.

Pour les caractéristiques de chaque Wilaya se référer à l’**Annexe 1**

**A . WILLAYA DU GORGOL**

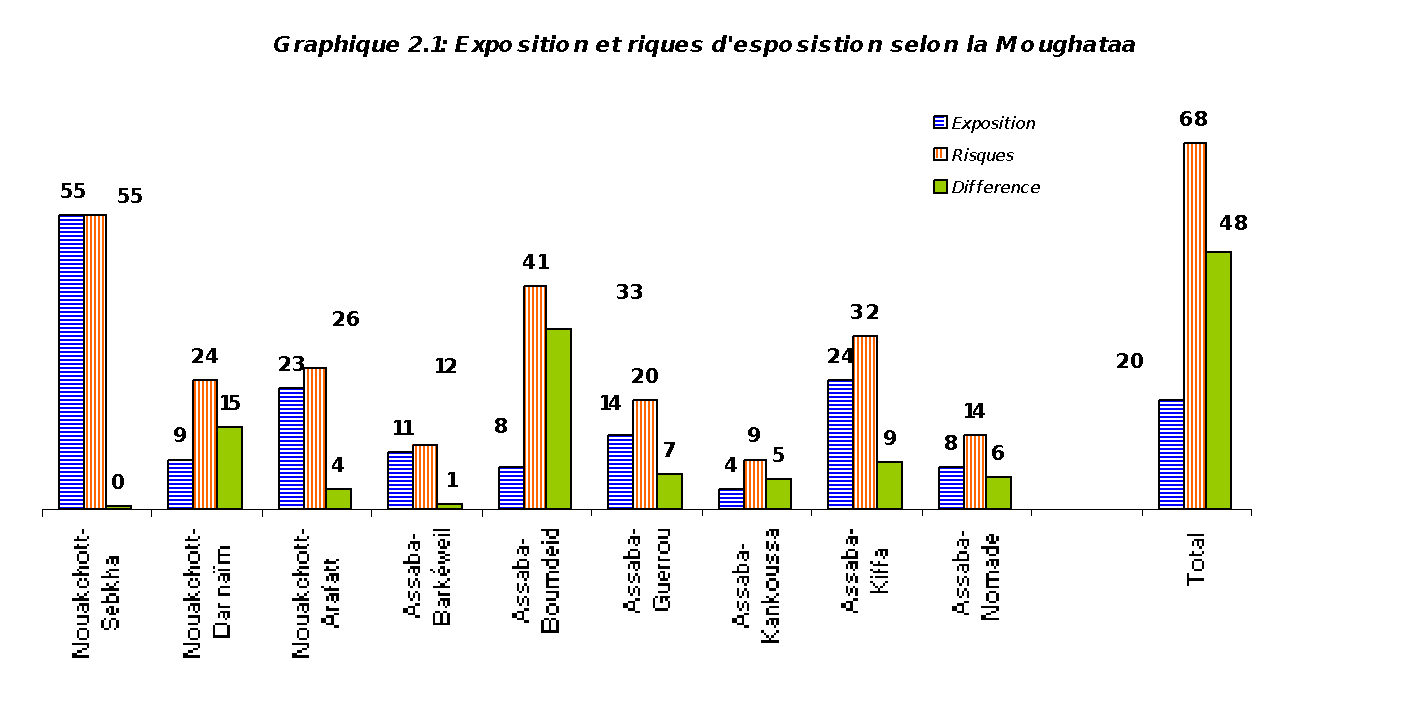
**Opportunités de Communication pour la nutrition**

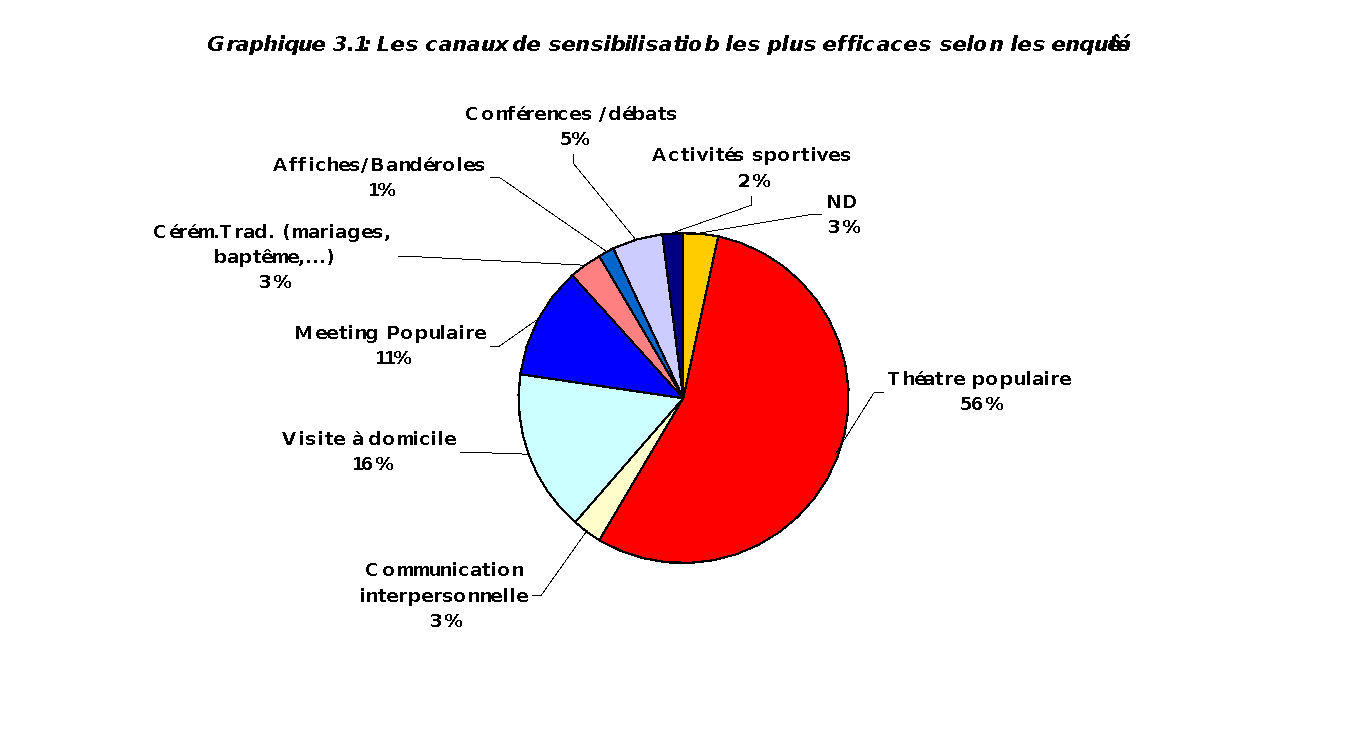
* Existence de 37 Centres de Nutrition Communautaires (CNC) du PASN.
* Disponibilité de nombreux artistes et troupes théâtrales
* Dynamisme culturel de l’ Alliance Franco - Mauritanienne de Kaédi
* Célébration de la Fête des Cultures chaque mois de Juin.
* Recensement effectué des contes et légendes de la région
* Nombreuses fêtes familiales



**B. WILLAYA DE L’ASSABA**

***Opportunités de Communication***

* Existence d’une antenne régionale de la radio nationale
* Présence de la radio rurale.
* 42 Centres de Nutrition Communautaire (10 Moughataa de Kiffa, 9 Moughataa de Kankossa, 10 Moughataa de Barkéol, 7 Moughataa de Boumeid et 6 Moughataa de Guérou)
* Disponibilité des résultats d’une étude fiable et exhaustive sur «  les habitudes d’exposition aux Médias en Assaba et Nouakchott » BEAS /Ministère communication/UNFPA
* Langue hassanyia parlée par 90%, 20 % parlent poular et wolof, 8% parlent soninké
* Théâtre populaire, canal préféré à Kiffa (39,3% et à Kankossa (89,5%)
* Visites à domicile et meeting (33% Kiffa et 18.6% Barkéol) : autres canaux appréciés
* Radio nationale appréciée mais différence selon les Moughataas
* Moughataa enclavée de Boumdeid : 82,8 % des personnes disposent de la radio.
* Moughataa la moins bien lotie : Kankoussa 82,4 % ne disposent d’aucun équipement.
* Trois ménages sur cinq ne disposent d’aucun moyen audiovisuel de communication
* Téléviseur et lecteurs vidéo/CD quasi-inexistants dans l’Assaba : moins de 1%. Les seuls pourcentages dépassant 1% : Kiffa (3,5%)  et Guerrou (3,9%).
* 
* 48% des nomades n’écoutent jamais la Radio par manque de poste récepteur (41%).
* 18 % des nomades écoutent la radio quotidiennement mais le soir
* Au contraire attachement fort à la radio à Barkéol : écoute sur lieu de travail (20,3%)
* Forte écoute tôt le matin (33,6%) et le soir après 20 h (27,1%)
* Radio écoutée tout le jour par 50% des habitants de la Moughataa de Kiffa
* A Kankossa, 77.5% des auditeurs préfèrent les informations
* Dans l’Assaba-nomade les auditeurs préfèrent la musique (30%) aux informations (12.2%)
* 37 % des nomades trouvent inintéressants les programmes de Radio Mauritanie
* Télévision suivie seulement à Kiffa (18%) et Guerrou (9,3%)
* 98% des ruraux n’ont jamais regardé la télévision et 17 % des urbains
* 77 % ne lisent jamais la presse
* 7,4% lisent un journal en ville, contre 1,8% en milieu rural
* Oulémas les plus influents : « Hamden O.Tah » (33%), « Ahmed O. Neynni » (17%)
* Artiste musicale vedette : La diva« Dimi mint abba » qui attire plus de 41 % du public
* Stars du théâtre populaire ; « Benna » est le plus populaire (47%) et « Abeydellahi » (20%)
* Différences dans les cotes de popularité selon les Moughataas : Além Hamden O Tah est admiré par 62% à Kiffa., Ahmedou O Neynni par 38 % à Boumdeid et 27% à Guérou





**C. WILLAYA DU BRAKNA**

***Opportunités de communication***

- Existence d’une radio régionale et de la radio rurale

- Existence de 25 Centres de nutrition communautaires



**D. LA WILLAYA DU HODH EL GHARBI ET DU HODH EL CHARGHI**

**Wilaya du Hodh El Gharbi**

***Opportunités de communication***

- Pas d’antenne régionale de la radio nationale

- 37 Centres de Nutrition Communautaires dont 23 anciens centres NUTRICOM.

- Présence des CAC du PAM et d’OXFAM,

- Existence de plusieurs marchés hebdomadaires

- Imams des mosquées et agents des centres de santé disponibles pour la prévention

- Nombreuses cérémonies regroupant les femmes

- Existence de nombreux artistes locaux.

- Pouvoir de décision appartenant aux vieux, aux notables dans la communauté et aux hommes dans les familles. 

**Willaya du Hodh el Chargi**



**E**. **WILLAYA DU TAGANT**

**Opportunités de Communication**

- 25 Centres de Nutrition Communautaires



**F. Willaya du Trarza**

***Opportunités de communication***

- Une antenne de la radio rurale

- De nombreuses troupes de théâtres et de musiques

- Plus de 200 coopératives féminines

- Des fêtes traditionnelles annuelles comme le Gamou qui réunit tous les originaires d’une zone

- Des chefs de village très écoutés et suivis

- Des leaders de femmes en nombre, présidentes de coopératives

- Des Unions puissantes de coopératives



**G. Willaya de l’Inchiri, du Zemmour et de l’Adrar**



**H. Willaya du Guidimagha**

***Opportunités de Communication***

Pas d’antenne de radio rurale

Pas d’intervention du CN/PASN et de CNC

De multiples coopératives

De nombreuses associations de migrants appuyant le développement local

De nombreuses potentialités artistiques

Ecoute des radios et TV sénégalaises et maliennes



**I. Willaya du Dakhlet Nouadhibou et de Nouakchott**

**Wilaya du Dakhlet Nouadhibou**

***Opportunités de Communication***

-Nouadhibou dispose d’une antenne régionale de la radio

-La télévision couvre l’ensemble de son territoire

-La Willaya possède 5 Centres de Nutrition Communautaires

**Willaya de Nouakchott**

***La Communication***

- Siège d’émission et de diffusion de la radio- télévision nationale

- Présence de tous les journaux (presse écrite)

- Concentration de nombreuses ONGs et associations

- Siège des agences onusiennes intervenant dans la nutrition

- Niveau central et décisionnel des politiques en faveur de la promotion féminine et de la nutrition

- Nombreuses ressources artistiques et médiatiques

- Développement exponentiel des abonnés de la téléphonie mobile

- Existence de plusieurs centres culturels

**Conclusion sur la Communication nutritionnelle en lien avec les spécificités socio - culturelles et régionales**

La Culture mauritanienne est un produit pluriel composé d'apports multiples des différentes Ethnies ou groupes socioculturels mauritaniens: Maures; Hal Pulaaren; Soninkés et Wolofs. Ces ethnies profondément islamisées, ont produit, au fil des siècles des trésors culturels d'une grande valeur allant de la musique à la poésie, l'architecture et les manuscrits écrits ou transcrits qui se comptent par milliers.

« La Mauritanie, il faut être très clair là-dessus, n’est pas obligée de choisir entre l’unité nationale et la diversité culturelle. Son choix est celui de l’unité dans la diversité. Un choix qui exige que les différences soient respectées mais qui fait que la revendication de la spécificité culturelle de chaque communauté soit circonscrite par le sentiment d’appartenir à un ensemble plus vaste et de partager un certain nombre de références, d’idéaux, de valeurs et d’intérêts avec les autres communautés toutes aussi importantes. Si la diversité conduit à ne point ignorer la force des différences, elle ne doit pas pour autant passer à côté de ce qui relie les populations entre elles et qui permet de faire prévaloir la cohérence de l’ensemble national par rapport aux forces de désunion. Donc, pour répondre à la double exigence d’unité et de diversité, il faut bien se garder de dissocier la mise en valeur des identités particulières et leur intégration au sein de l’ensemble national. De ce point de vue, l’existence des composantes culturelles de la Mauritanie appartient à tous les Mauritaniens sans exclusive. L’identité mauritanienne n’est basée ni sur la race, ni sur le groupe ethnique, ni sur la tribu, ni la région ou la communauté, mais sur des valeurs civilisationnelles communes islamiques, arabes et africaines issues d’un brassage social et historique. La Mauritanie est une nation qui intègre ses diverses composantes humaines et dont la culture s’enrichit de ses divers versants. Lorsque les alliances se scellaient entre les wolofs du Walo et les Trarzas avec le mariage de l’Emir Mohamed Lehbib avec la reine Djembeut ou les alliances entre les Kane du Toro et les Ould Siyed, ou les Wane du Law avec les Oulad Neghmach ou les Haleïba avec les Oulad Ahmed ou les Soninkés de Ould M’Benni avec les Tajounett du Guidimakha on sent alors ce qu’est la grandeur de cette nation »

Actuellement, dans le contexte de la globalisation culturelle qui s’impose à tous les peuples de la planète du fait de la diffusion par des moyens d'information de plus en plus puissants de normes mondialisées, les mauritaniens résistent pour garder jalousement leur spécificité culturelle qui réside dans leur mode vestimentaire et culinaire, dans leurs jeux, contes et légendes, dans leurs mœurs et habitudes, leur comportement et vision du monde. La femme mauritanienne, au centre de la vie quotidienne contribue largement où que l’on se trouve dans le pays à la conservation des valeurs identitaires et socio-culturelles grâce au rôle prééminent qu’elle joue dans l’éducation des enfants et la transmission des principes inspirés des enseignements islamiques.

L'art culinaire en Mauritanie reste authentique et reflète, dans sa nature et sa préparation, le mode de vie simple d'une société sahélo saharienne vivant traditionnellement à partir de ce qu'elle produit a son échelle locale.  
   
Les principaux plats notamment le Couscous, El aiche, Baci, sakou, Echerchem, Leglyé,Bellakh, Belleghmane, Hacou, lemvassas et autres sont les plus connus et les plus appréciés. Ils sont préparés à base de plusieurs produits locaux que sont: le mil, le blé, le sorgho, le haricot, le pastèque, les dattes. Presque tous les plats cités sont  connus et préparés dans toutes les régions du pays, mais leurs degrés d'appréciation diffèrent largement d'une région à l'autre. Si le Couscous, par exemple, est très  apprécié dans le sud-est (Les Hodhs et Assaba), dans le centre et dans le nord du pays (Tagant, Adrar et Tirs-Ezzemour), El Aiche est particulièrement apprécié dans le  sud ouest (Trarza) comme l'est le Hakou  dans le Gorgol et le Brakna.

Dans les années de l'après indépendance, et surtout après les grandes sécheresses des années 70, de nouvelles  habitudes gastronomiques se sont instaurées avec l'introduction de certaines denrées alimentaires nouvelles, comme le riz, le blé, les pommes de terre etc….

Actuellement, avec l'ouverture récente du pays au reste du monde à travers les chaînes de télévision satellitaires et le réseau d'Internet, l’art culinaire mauritanien s’est enrichi des mille et une  méthodes de préparation progressivement introduites avec le temps. En parallèle se sont aussi développés des comportements qui ne vont pas tous dans la sens d’une bonne nutrition par suite de l’adoption de nouvelles habitudes alimentaires qui accroissent la dépendance vis-à-vis des produits importés.

L’investigation sur les pratiques et comportements alimentaires et nutritionnels courants dans les différentes régions du pays et parmi les différentes communautés ethniques, la revue du soubassement socio-culturel de ces comportements selon les grandes aires du pays, l’inventaire pour chaque région des opportunités de communication débouchent sur le bilan suivant :

* Les pratiques en ce qui concerne l’allaitement maternel ne diffèrent guère d’une région ni d’une ethnie à l’autre. La peur du colostrum est assez générale, l’apport d’eau sucrée, d’eau de talisman, de miel et de date et généralisé dans les premiers jours de la vie de l’enfant et se poursuivent avant l’âge de six mois. Tout au plus peut on constater que chez les éleveurs c’est surtout le lait de chèvre qui fait l’objet d’une introduction précoce alors que parmi les peuples agriculteurs au sud du pays la préférence va vers l’eau sucrée ou les petits morceaux de datte. Les pratiques culturelles qui entourent les premiers mois de l’enfant accorde un rôle incontournable au marabout, quelque soit le lieu ou l’ethnie.
* Les pratiques culinaires, la composition des repas dépendant totalement des produits locaux en milieu rural et si quelques plats sont typiques et dominants dans une zone ils ne sont pas inconnus ailleurs.
* La situation nutritionnelle des familles dépend largement plus de la disponibilité des produits, du revenu des ménages, de la taille du foyer que des différences socio –culturelles ou ethniques. Partout les populations observent que leur alimentation s’est modifiée dans le sens d’un net appauvrissement dû au surenchérissement du prix des produits en particulier la viande. Nombreux sont les mauritaniens, en milieu rural et péri-urbain, quelque soit leur origine géographique ou ethnique qui ne font plus qu’un repas par jour se contentant le soir de quelques restes qu’ils réservent en priorité aux enfants.
* La seule réelle spécificité alimentaire concerne la consommation de poissons qui est largement réservée aux populations du sud du pays, riveraines du fleuve Sénégal et à celles vivant sur la frange maritime du pays. De même que la consommation presqu’exclusive de la viande et du lait peut être considérée comme l’apanage des populations nomades et pasteurs du Nord du pays.
* Les ressources médiatiques sont variables si l’on parle des médias de masse comme la radio ou la télévision. Dans certaines régions (au nombre de 4) qui disposent de la radio rurale les populations peuvent davantage s’exprimer sur leur vécu, leurs difficultés, leur culture et suivre des émissions parlant de thèmes qui entrent dans leur préoccupation quotidienne. Dans les régions dépourvues de la radio rurale elles suivent les programmes de la radio nationale. La télévision, la presse écrite constituent des canaux essentiellement urbains qui concernent les chefs lieux des Willayas et de Moughataas. Certes les habitudes de communication varient quelque peu d’un ensemble ethnique ou culturel à l’autre, par exemple les nomades semblent moins passionné par la radio que les autres sauf pour les émissions musicales, mais ce sont surtout les heures d’écoute et le type d’émissions qui varient d’une zone à l’autre.
* La communication interpersonnelle constitue l’approche communicationnelle préférée et la plus répandue indépendamment des régions des spécificités socio -culturelles. Toutes ses techniques, causeries, débats, projection/débat, entretiens individuels, visites à domicile, présentation de sketchs sont unanimement appréciées dans tout le pays.
* Partout quelque soit les spécificités régionales ou socio-culturelles on observe de nombreuses opportunités de communication communes comme les cérémonies familiales (baptême, mariage, décès), les cérémonies religieuses (Maouloud, Ramadan, Tabaski…), les tours de thé, les rencontres d’entraide (pour les travaux agricoles, pour la construction d’une tente…) même s’il existe des festivités propres à chaque région comme le Gamou dans le Trarza (fête annuelle des originaires du village). Partout existe des marchés qui rassemblent les populations et peuvent être exploités pour la diffusion de messages.
* Quelque soit la zone il existe pratiquement partout et dans chaque communauté des ressources artistiques (théâtre, musique, danse, contes, proverbes et légendes) qui peuvent être mobilisées pour la communication nutritionnelle
* Partout un certain nombre de personnes ressources sont présentes et disponibles pour une meilleure implication dans la lutte contre la malnutrition : imams, instituteurs, maîtres coraniques, présidentes de coopératives, grands-mères dans les familles etc…Certes dans certaines zones le leadership appartient en priorité au chef de village ( cas des peuples wolof ou soninkés des régions sud du pays) alors que ans d’autres le pouvoir communautaire est beaucoup plus dilué voir concurrencé par le pouvoir des élus ou des représentants de l’état mais globalement les imams, les leaders de la Société Civile disposent d’une audience incontestée sur toute l’étendue du territoire.

Les recommandations qui peuvent être faites en matière de stratégie de communication nutritionnelle ne varient donc pas fondamentalement d’une région à l’autre, d’une ethnie à l’autre, d’une culture à l’autre. C’est plutôt dans le choix des canaux, l’exploitation des ressources médiatiques locales, l’adaptation des messages aux langues parlées et aux référentiels auxquels elles renvoient, la composition visuelle des supports que peuvent s’exprimer des approches légèrement différenciées selon les grandes aires ethno-socio-culturelles du pays.

La présente stratégie nationale de CCC pour la nutrition fournit les grandes orientations à suivre pour cibler les canaux les plus adaptés et les messages les plus pertinents selon les différentes cibles. Pour que les réalités locales soient prises en compte dans une approche encore plus affinée de communication pour le Changement de Comportement, il est nécessaire que dans chacune des régions du pays et avant l’intervention, soit approfondi le diagnostic des ressources et opportunités médiatiques par les équipes régionales impliquées dans le domaine de l’amélioration de la situation nutritionnelle des populations, Ces diagnostics régionaux approfondis fourniront des compléments d’informations stratégiques par rapport aux recommandations qui ont été posées dans le présent document suite aux présentations régionales rapides.

**3.12 Messages**

**Problème prioritaire N°1**

Les mauvaises pratiques d’allaitement : mise au sein plusieurs jours après l’accouchement et délivrance d’eau sucrée, autres liquides et solides dès les premiers jours ; introduction trop précoce d’aliments de compléments ; précocité du sevrage et de la mise au plat familial

***Messages à adresser aux femmes***

***Contenu de message clé n°1***

Le bébé doit être mis au sein immédiatement après la naissance parce que le lait de sa mère le protège dès la naissance

***Messages argumentaires***

Le saarba c’est l’amulette ou le gris-gris ou le talisman) de protection que Dieu à donné à la maman pour que son enfant soit protégé contre tout ce qui peut lui arriver de mauvais.

Il contient des éléments forts qui luttent contre les maladies du nourrisson.

Le lait maternel des premiers jours c’est le vaccin le plus puissant contre les maladies des jeunes enfants. Il est encore plus fort que le lait normal que la mère va donner par la suite à son enfant parce que lorsque l’enfant nait il doit affronter le monde extérieur et ses menaces et être armé pour cela. C’est cette arme que la mère donne à son enfant au travers du saarba et c’est pourquoi ce premier lait à un aspect un peu différent du lait d’après.

Dieu a donné à la femme le lait pour nourrir son enfant, il ne l’a pas créé pour qu’il soit mauvais pour son enfant puisque tout ce qu’il crée a sa justification.

Si on laisse l’enfant sans qu’il puisse téter le saarba c’est comme si on le laisse venir au monde sans défense et sans protection. Jamais l’eau sucrée ou/et bénie par le marabout ne peut remplacer le lait saarba parce qu’il a été crée par Dieu avec l’enfant pour l’accompagner et le protéger.

Un bébé dès qu’il nait a besoin d’être rassuré par la présence physique de sa mère qui l’allaite sinon il peut tomber malade.

L’enfant qui vient au monde a passé neuf mois dans le milieu protégé du ventre de sa mère, lorsqu’il sort c’est difficile pour lui, il ne doit pas se sentir abandonné par sa mère. Le contact physique et l’allaitement immédiats le rassurent et vont lui permettre de prendre normalement du poids.

Les premiers jours de l’enfant sont extrêmement importants, surtout s’il est de faible poids, c’est en fait une période critique donc où il faut lui donner toutes les chances de bien démarrer dans la vie. L’allaitement maternel c’est ce moyen privilégié.

Toute femme a suffisamment de lait pour nourrir son enfant mais pour que ce lait monte dans les seins il faut que l’enfant tête. Si l’enfant ne tête pas immédiatement après la naissance, le corps de la femme croit que son lait est inutile alors il se tarit, plus l’enfant tête, plus le lait de la mère est abondant. Le lait maternel fonctionne un peu comme une pompe : la succion du sein est un acte mécanique qui déclenche la production de lait.

La mère qui croit qu’elle n’a pas assez de lait c’est tout simplement parce qu’elle n’a pas mis son enfant au sein dès la naissance.

L’enfant doit téter successivement chaque sein préalablement lavé avant chaque tétée. Pendant toute la période de l’allaitement la mère doit prendre soin de ses seins et leur appliquer de bonnes règles d’hygiène pour éviter les crevasses, les infections qui pourraient survenir.

***Contenu de message clé n° 2***

Le lait maternel suffit à satisfaire tous les besoins de l’enfant jusqu’à 6 mois. Il n’est pas nécessaire et il est même néfaste de lui donner autre chose à consommer que ce lait avant 6 mois d’âge.

***Messages argumentaires***

Le lait maternel renferme tout ce qui est nécessaire pour que l’enfant grandisse normalement, c’est pour cela que ce lait a été crée. Que la mère soit riche ou pauvre, le lait lui a été donné pour qu’elle puisse seule subvenir aux besoins de son enfants pendant plusieurs mois.

Le lait maternel protège l’enfant des maladies car il contient des éléments qui luttent contre toute maladie qui se présente. Le lait maternel n’est pas étranger à l’enfant il a été crée en même temps que lui et pour lui.

Le lait maternel contient des quantités de vitamine A qui suffisent aux besoins de l’enfant pour les quatre premiers mois de sa vie ce qui le protège contre les maladies comme la rougeole ou celles des yeux

Jusqu’à 6 mois si l’on donne à l’enfant autre chose que ce lait maternel qui est pur c’est comme si on gâtait ce que celui-ci contient de bon pour l’enfant. Le lait maternel non seulement nourrit l’enfant mais il est son médicament. Si au lait maternel on ajoute autre chose c’est comme si dans un bon thé bien fort on rajoute de l’eau froide. Ce thé perd alors sa valeur.

Avant 6 mois, l’estomac du bébé n’est prévu que pour digérer le lait de sa mère, il n’est pas préparé à recevoir d’autres aliments et liquides. Ces derniers provoquent alors des diarrhées et celles-ci sont ce qu’il y a de plus à craindre pour le jeune enfant qui risque de perdre toute l’eau de son corps et de mourir.

Les mères qui donnent trop tôt des aliments à leur enfant au lieu de ne lui donner que leur lait croient bien faire, elles veulent que l’enfant grossisse vite mais en fait en faisant ainsi elle lui font courir des risques et elles peuvent obtenir l’effet inverse. L’enfant qui ne tolère pas ces aliments pour lesquels il n’est pas encore prêt fait des vomissements et des diarrhées qui le fatiguent et le font maigrir.

L’enfant et le lait maternel proviennent du même endroit, la maman, ils se connaissent et sont faits l’un pour l’autre. L’enfant est arrivé au monde avec le lait prévu pour lui alors il est inutile avant 6 mois de vouloir lui donner autre chose car cela peut le rendre malade.

Au visiteur on offre de l’eau et du thé pour étancher sa soif lorsqu’il fait chaud, le nourrisson trouve sa boisson au sein maternel et cette boisson est pure et sure.

Quand il fait chaud les adultes savent qu’il est meilleur de boire un liquide chaud pour se désaltérer, c’est pourquoi en Mauritanie on boit très souvent le thé. Le lait maternel est à la température de l’enfant, il calme sa soif et le nourrit. Lui donner de l’eau comme aux adultes peut lui provoquer des diarrhées. Si l’on donne aussi souvent le sein à l’enfant qu’il le souhaite ce dernier ne peut pas souffrir de la soif.

La mère pendant tout le temps où elle allaite régulièrement et exclusivement son enfant assure la santé de celui mais en même temps elle a le bénéfice d’être protégée d’une nouvelle grossesse. L’allaitement maternel est une méthode traditionnelle d’espacement des naissances. Elle est sure et fiable tant que la femme allaite régulièrement plusieurs fois par jour. Une femme qui allaite son enfant 50 minutes durant par 24 heures bénéficie d’une contraception naturelle

Toute chose sur terre a sa raison d’être et c’est pour lui permettre de nourrir son enfant et de le laisser grandir suffisamment avant d’en faire un autre que le lait a été donné à la femme.

***Contenu de message clé n° 3***

Plus longtemps l’enfant boit le lait maternel et meilleur c’est pour sa santé. On ne doit arrêter l’alimentation au sein que progressivement et après 18 à 24 mois. Si l’on arrête trop tôt et brusquement l’allaitement on met l’enfant en danger.

***Messages argumentaires***

Le fait pour la femme de prendre une nouvelle grossesse ne doit pas entraîner l’arrêt brusque de l’allaitement maternel pour l’enfant encore au sein. Même si la femme est enceinte son lait continue d’être bon pour son enfant. Elle peut, dans ce cas, après 2 mois de grossesse entamer progressivement le sevrage de son enfant avant la naissance du second.

Après 6 mois même si l’on introduit progressivement des bouillies puis de la nourriture plus solides dans l’alimentation de l’enfant, on doit poursuivre l’allaitement qui continue d’apporter ses bienfaits de protection à l’enfant et complémente son alimentation.

Le sevrage doit se faire très progressivement en introduisant de petites quantités de bouillies de céréales enrichies puis d’aliments écrasés sous forme de purée (légume, viande, fruit). Il faut que l’estomac de l’enfant s’habitude à ces nouvelles nourritures et que le goût de l’enfant s’habitue aussi à des aliments qu’il ne connaît pas.

Le sevrage est une période difficile pour l’enfant car elle signifie une séparation physique d’avec la mère qui jusque là est toujours proche et présente. Un sevrage trop brutal amène non seulement des perturbations dans le régime alimentaire de l’enfant mais s’accompagne de problèmes psycho affectifs. L’enfant se sent abandonné, délaissé et peut faire un refus de nourriture et différent troubles. C’est pourquoi il faut que l’allaitement maternel soit progressivement réduit avant d’être abandonné en douceur.

Il est bien que l’enfant puisse être autonome et manger comme le reste de la famille mais cela ne doit pas se faire trop tôt car cela peut nuire à la santé de l’enfant. Même lorsque l’enfant est assez grand pour manger comme le reste de la famille il est préférable de lui donner sa ration à part parce que comme il est plus petit que les autres enfants il est toujours perdant dans la compétition pour la nourriture. Les petits enfants doivent être protégés des plus grands pour obtenir la quantité d’aliments qui leur est nécessaire.

Le sevrage par rapport à l’allaitement maternel c’est comme l’arrêt de la cigarette ou de certains médicaments auxquels l’adulte peut être habitué. Il faut progressivement diminuer les doses jusqu’à l’arrêt complet. Si l’on décide d’arrêter du jour du lendemain brusquement, cela provoque beaucoup de souffrance. Pour l’arrêt de l’allaitement maternel c’est pareil.

**Problème prioritaire N°2**

La faible fréquentation des structures sanitaires (les CPN pendant la grossesse, les maternités et centres de santé lors de l’accouchement, les consultations post natales et CMI de la naissance de l’enfant à 5 ans, les CNC)

***Messages à adresser aux femmes***

***Contenu de messages clé n°1***

Une femme enceinte doit fréquenter régulièrement la Consultation Pré Natale pour faire les trois visites de contrôle pendant les neuf mois de sa grossesse pour surveiller si tout se déroule normalement

***Messages argumentaires***

En se rendant aux visites des Consultations Pré Natales la femme enceinte fait surveiller sa grossesse à trois moments importants et elle peut savoir si l’enfant se développe normalement, si sa position dans le ventre est bonne à l’approche de l’accouchement et si celui-ci devrait se passer facilement ou bien s’il posera des problèmes.

Seul un personnel spécialisé c'est-à-dire les sages-femmes ou les médecins peuvent faire ce suivi de la grossesse de manière efficace. Les matrones, les accoucheuses traditionnelles ont beaucoup d’expérience mais sans matériel et sans les possibilités d’examen qui existent dans les centres de santé elles ne peuvent réellement prévoir ou deviner si l’accouchement sera normal, et si l’embryon se développe normalement. Elles connaissent les gestes de base à faire lors d’un accouchement normal mais ne peuvent remplacer le personnel de santé pour le suivi du bon déroulement de la grossesse.

La réalisation des visites de CPN permet à la femme enceinte de contrôler sa santé en particulier sa tension artérielle ce qui a une grande importance pour l’accouchement. Les visites permettent aussi de dépister les grossesses à risques et de prévoir un accouchement difficile.

Par grossesses à risques on entend des grossesses qui interviennent alors que la femme est très jeune, ou trop âgées ou alors qu’elle a eu de très nombreux enfants, ou lorsqu’elle a déjà eu un enfant né par césarienne, ou lorsqu’elle est atteinte avant même sa grossesse d’une maladie comme le diabète ou l’hypertension. L’obésité de la femme est également un facteur de risque pour l’accouchement. Dans le cas où le personnel de santé s’aperçoit lors de la visite de CPN que l’accouchement sera difficile par exemple parce que l’enfant se présente dans une mauvaise position ou parce que la femme porte plusieurs enfants à la fois, ou lorsque son cœur est fatigué ou sa tension trop haute, la femme est avertie et on programme à l’avance son accouchement dans une structure sanitaire qui pourra lui apporter tous les soins nécessaires.

Beaucoup de femmes, surtout en milieu rural, qui ne font pas les visites pré natales et qui se trouvent loin des structures de santé perdent la vie en mettant au monde un enfant parce que l’accouchement se passe mal, que l’enfant ne parvient pas à sortir ou qu’une hémorragie survient. Pourtant en fréquentant les Consultations Pré Natales la femme enceinte même si sa grossesse est difficile et que l’accouchement risque de poser des problèmes peut réduire ses risques et mettre au monde son enfant sans mettre sa vie en danger.

Les Consultations Pré Natales peuvent sauver des vies : celles des femmes enceintes et celles de leur bébé. Même si le Centre de Santé n’est pas tout proche, ces visites sont très importantes et plus la mère est dans un village ou un campement enclavé, plus il est important qu’elle sache à l’avance si elle va pouvoir accoucher tranquillement ou si elle devra prévoir de se rendre dans une structure qui dispose de tous les moyens pour que son accouchement se passe dans les meilleures conditions.

Il ne faut pas attendre d’être à quelques semaines ou quelques jours du terme de la grossesse pour se préoccuper de la santé du bébé et des conditions de l’accouchement.

En faisant les visites pré natales la femme enceinte trouve de nombreux avantages :

* Sa grossesse est bien suivie et contrôlée ;
* On lui donne de bons conseils pour que sa grossesse et son accouchement se passent le mieux possible
* On lui donne des suppléments de fer pour que son sang soit fort et bien rouge et pour qu’elle ne soit pas faible quand son bébé grandit dans son ventre et au moment de l’accouchement
* Elle est vaccinée contre le tétanos qui est une maladie dont elle peut mourir ainsi que son enfant ;
* On peut lui donner une moustiquaire imprégnée de produits insecticides qui éloignent les moustiques afin qu’elle et ses enfants ne soient pas victimes du paludisme

Si elle ne se rend pas à ces Consultations Pré Natales ou CPN la femme enceinte rate toutes ces occasions d’avoir des garanties pour sa santé et celle de l’enfant qu’elle porte.

***Contenu de message clé n° 2***

L’accouchement est un acte naturel qui normalement se passe bien. Mais il est toujours préférable qu’il se déroule dans une structure sanitaire.

***Messages argumentaires***

L’accouchement nécessite même lorsque tout doit se dérouler normalement l’assistance d’une personne formée qui peut effectuer les gestes nécessaires, en toute sécurité, c'est-à-dire en respectant les règles de base de l’asepsie.

Si les visites aux Consultations Pré Natales ont été faites et que le bébé se présente en bonne position, que la mère n’a pas de problèmes de santé particuliers existants avant la grossesse, alors l’accouchement doit se passer normalement, naturellement mais il est toujours plus sûr de le faire dans une structure de santé. Si celle-ci se trouve trop loin l’accouchement doit se faire avec l’assistance d’une personne formée (infirmière, sage-femme, matrone) qui respecte un certain nombre de règles d’hygiène comme utiliser une lame neuve pour couper le cordon ombilical, se désinfecter les mains avant d’intervenir, placer la femme sur une natte ou un plastique propre, préparer de l’eau bouillie et des linges propres, effectuer les gestes sur le bébé pour dégager ses voies respiratoires, nettoyer ses yeux etc…)

Si la femme a fait ses visites prénatales et que le personnel de santé a détecté des problèmes sur le bébé, sur sa position ou sur la santé de a mère, il est indispensable qu’elle prenne ses dispositions pour aller accoucher dans une structure qui pourra la prendre en charge pour que l’accouchement ne la mette pas en danger ainsi que son bébé.

Si la femme n’a fait aucune des visites prénatales il est également nécessaire qu’elle aille accoucher dans une structure de santé puisqu’elle ne sait pas comment son bébé se présente et si son état général de santé est bon et lui permettra de mettre son enfant au monde sans danger.

Accoucher dans une structure sanitaire avec du personnel formé c’est réduire les risques liés à l’accouchement. Ce n’est pas parce que nos mères et nos grands-mères accouchaient à la maison seules ou avec juste l’aide de l’accoucheuse traditionnelle que les mères d’aujourd’hui doivent continuer de risquer leur vie.

Vouloir donner la vie à autrui ce n’est pas risquer de perdre la sienne surtout alors que cela peut être évité. Une grossesse peut s’être apparemment bien passée et l’accouchement peut se dérouler mal si l’enfant au dernier moment ne se présente pas bien et que la matrone ne sait pas quel geste faire.

***Contenu de message clé n° 3***

La fréquentation des structures de santé pour les consultations post natales est indispensable. Ces visites permettent de contrôler l’état de santé de la mère juste après l’accouchement et du bébé et pendant son premier mois et d’intervenir en cas de besoins.

***Messages argumentaires***

Une fois l’accouchement terminé et l’enfant mis au monde les choses ne sont pas terminées. La santé de la mère et de l’enfant doivent rester l’objet des préoccupations familiales et donner lieu à des contrôles réguliers pour voir si tout va bien.

La femme qui a accouché est fragile pendant quelques temps. Il faut surveiller qu’elle a bien expulsé tout le placenta, qu’il n’y a pas d’hémorragies ou d’infections, qu’elle n’est pas anémiée, que sa montée de lait est correcte, que le retour de couche se passe normalement. Concernant l’enfant il faut veiller à ce que régulièrement il prenne du poids, à ce qu’il reçoive les vaccinations et les soins nécessaires.

Les consultations post natales permettent si des choses anormales sont détectées dans l’état de santé e la mère ou de l’enfant d’intervenir avec des conseils et des traitements si besoin est.

En fréquentant les consultations post natales juste après l’accouchement, la mère à l’avantage de recevoir des comprimés de vitamine A : lorsque cette vitamine manque dans son corps elle peut avoir des problèmes pour voir surtout le soir ;

***Contenu de message clé n° 4***

La mère de jeunes enfants en fréquentant les Centres de Nutrition Communautaires peut suivre régulièrement la croissance de son enfant et recevoir des conseils pour le nourrir le mieux possible ainsi que le reste de la famille.

***Messages argumentaires***

La mère qui amène régulièrement chaque mois son enfant au Centre de Nutrition Communautaire sait après que son enfant soit pesé et mesuré s’il grandit et grossit normalement. Un enfant qui grandit normalement doit doubler son poids de naissance au bout de quatre mois.

En faisant contrôler la croissance de son enfant, la mère est alertée par l’Agent de Nutrition Communautaire dès que la courbe de croissance n’est pas normale. Elle reçoit alors des conseils pour mieux nourrir son enfant et le ramener à une croissance normale. Si l’enfant est sévèrement malnutri parce qu’il a fait de la diarrhée, de la fièvre et parce qu’il n’a pas grossi comme il le devrait l’ANC peut diriger la mère vers des structures comme les CREN où l’on va pouvoir traiter son enfant.

Au CNC les mères reçoivent des conseils pour l’allaitement, pour leur santé à elle et pour la nutrition de toute la famille. On leur explique quels sont les aliments que l’on doit consommer, ce que chaque type d’aliment apporte au corps pour sa santé, quelles quantités sont nécessaires, quelles vitamines il faut manger et dans quels aliments on les trouve. On montre aux femmes comment préparer des bouillies enrichies à donner à leurs enfants après 6 mois.

Au CNC la femme apprend beaucoup de choses qu’elle ignorait et qui peuvent beaucoup améliorer sa santé, celle de ses enfants et celle de toute la famille. Or la santé et le bien être de la famille c’est la première préoccupation de la mère.

Aucune mère au monde ne peut porter un enfant pendant neuf mois en souffrant pour le faire naître si c’est pour qu’‘il meurt avant d’atteindre 5 ans sans avoir connu la vie. Toute mère est attachée par un lien très fort physique et affectif à son enfant et elle veut ce qu’il y a de mieux pour qu’il vive longtemps afin d’être à ses cotés lorsqu’elle sera âgée.

**Problème prioritaire N°3**

La méconnaissance de la notion d’équilibre nutritionnel (rôle de chaque type d’aliments et des micro -nutriments nécessité de la variété, liens entre carences nutritionnelles et maladies..)

***Messages à adresser aux mères de famille***

***Contenu de message clé n° 1***

Pour que tout les membres de la famille restent en bonne santé, il faut qu’ils mangent de façon équilibrée, des aliments variés qui apportent chacun quelque chose d’indispensable au bon fonctionnement de l’organisme. C’est en combinant les richesses de chaque aliment que l’on peut se maintenir en bonne santé.

Bien se nourrir c’est mettre toutes les chances de son coté pour être en bonne santé. Il y a un lien direct entre la nutrition et la santé.

**Messages argumentaires**

Tous les aliments ne sont pas égaux et ne valent pas la même chose par rapport à la santé. Chaque aliment a sa valeur, chacun à son mérite et son avantage. C’est seulement si on les combine que l’on obtient le maximum d’avantages.

Aucun aliment à lui seul ne contient tous ce qui est bon pour la santé de l’individu d’où la nécessité de mélanger plusieurs aliments.

Il ne suffit pas de manger une grande quantité d’un seul aliment dont la composition est pauvre, mieux vaut manger de plus petites quantités mais des aliments qui sont riches d’éléments pour la santé.

Pour avoir une bonne santé l’important n’est pas seulement l’impression d’avoir le ventre plein mais de mettre dans son ventre des aliments qui apportent quelque chose de bon.

Il y a les aliments qui donnent de l’énergie c'est-à-dire de la force. Ils agissent comme l’essence par rapport à un véhicule. Sans essence, la voiture ne peut avancer. Sans aliments qui contiennent de l’énergie l’individu n’a pas de force. Les aliments qui donnent de l’énergie sont tous ceux qui contiennent du sucre et ceux qui contiennent des graisses ou les deux à la fois. Par exemple : le sucre, les céréales, les pommes de terre, l’huile et les grains de pastèque séchés.

On a particulièrement besoin de ces aliments qui contiennent de l’énergie lorsqu’on doit faire des efforts physiques : celui ou celle qui va travailler aux champs, qui veut faire du sport, qui a un travail dur, de force a grand besoin de ce type d’aliments. C’est notre carburant pour avancer.

Il y a les aliments qui servent à construire le corps et tout ce qui le compose. On les appelle pour cela les aliments de construction. Les enfants et les adolescents sont en pleine croissance c'est-à-dire en pleine construction de leur corps et de leur esprit. Pour que leurs os, leurs nerfs, leur intelligence se développement normalement il leur faut consommer ces aliments de construction. Mais les adultes aussi ont besoin de ces aliments de construction qui sont comme les briques qui permettent de bâtir une maison parce que même les adultes ont besoin de construire et renouveler certaines cellules de leur corps (les ongles, les cheveux, les cellules nerveuses, la peau…). Ces aliments sont la viande, le poisson, le lait, le niébé et les œufs.

Il y a enfin les aliments qui protègent contre les maladies. Ces aliments de protection ce sont les vitamines et les sels de diverses nature qui ont chacun un pouvoir particulier. Certains donnent du fer qui fortifie le sang, d’autres apportent des vitamines qui protègent les yeux. Ces aliments sont comme des boucliers qui tiennent les maladies au loin. Si on ne consomme pas ces aliments on manque du pouvoir qu’ils renferment pour lutter contre les différentes maladies. Ce sont surtout les fruits et légumes.

Puisque Dieu et la nature qu’il a crée nous ont donné autant de choses différentes pour se nourrir il y a une raison, c’est pour que à l’inverse des animaux qui ne mangent que de la viande pour les carnivores ou que de l’herbe pour les ruminants, nous puissions avoir une alimentation variée et équilibrée qui corresponde à tout ce que nous devons faire dans la vie et qui sont indispensables pour que nous soyons en bonne santé.

Quand on le peu il faut donc manger un peu de tout car on peut avoir l’impression d’être rassasié mais en fait manquer de certains éléments indispensables à la vie et la bonne santé. L’alimentation équilibrée consiste à consommer des repas qui contiennent des céréales, de la viande ou du poisson, du niébé ou des œufs, du lait, des légumes et des fruits.

Certains de ces produits sont chers à l’achat alors lorsqu’ une famille quand elle vit hors de la ville peut avoir un petit jardin pour produire des légumes et améliorer ainsi l’alimentation de la famille.

La femme peut participer à une coopérative qui fait du maraîchage ou de l’élevage, ainsi elle peut gagner de l’argent et aussi faire consommer à sa famille une petite partie de ce que la coopérative produit. Elle va alors améliorer la santé de sa famille.

Chaque personne n’a pas les mêmes besoins en matière d’alimentation selon son âge, son sexe, le climat et selon ses activités. Les enfants et les jeunes ont besoin de consommer beaucoup d’aliments de construction. Les femmes enceintes et allaitantes qui nourrissent deux personnes à la fois : l’embryon dans le ventre puis le bébé ont besoin de tous les types d’aliments : aliments de construction et de protection mais aussi aliment pour l’énergie parce que la grossesse et l’allaitement les fatiguent beaucoup. Les personnes âgées ont souvent moins besoin d’aliments de force mais plus d’aliments de protection. L’homme qui a un métier physiquement dur a besoin de consommer beaucoup d’aliments d’énergie.

**Problème prioritaire N°4**

Le changement des habitudes alimentaires et son corolaire la faible valorisation des produits locaux disponibles (désaffection par rapport aux produits traditionnels au profit du blé et du riz massivement et gratuitement distribués lors des périodes d’urgence…)

***Messages à adresser aux femmes***

***Contenu de message clé***

Il existe localement en Mauritanie des produits de l’agriculture, de l’élevage, de la pêche qui contiennent tout ce qui est bon pour la santé. Il faut les consommer lorsqu’ils sont disponibles parce qu’ils sont moins coûteux que les produits importés.

***Messages argumentaires***

Pendant les grandes sécheresses nous avons été habitués à recevoir des vivres qui, pour nous aider, venaient de l’étranger. Les mauritaniens ont pris l’habitude de consommer le blé et le riz alors que leurs parents mangeaient davantage du sorgho par exemple ou du niébé.

Mais ces produits maintenant nous devons les acheter et avec la flambée des cours des céréales sur les marchés mondiaux les prix ne cessent de monter. Nous mangeons de moins en moins et certains ne font plus qu’un repas par jour parce qu’ils n’ont plus les moyens d’acheter les mêmes quantités qu’avant.

Il y a des produits alimentaires locaux qui sont accessibles, qui sont moins chers que les aliments importés et qui renferment tout ce qui est nécessaire à la santé. Souvent on ignore de quoi ils sont faits et leur richesses pour la santé et l’on pense que les produits venus d’ailleurs sont meilleurs ce qui est faux. On peut avoir une alimentation équilibrée en utilisant les aliments produits localement.

Certains produits dont la Mauritanie est très riche comme le poisson et tous les produits de la mer ne sont pas ou peu consommés pourtant ils contiennent des vitamines, des protéines qui sont très bonnes pour la santé et le poisson est tellement abondant qu’il n’est pas cher. On peut le consommer sécher si l’on ne se trouve pas à proximité de la mer.

Par exemple un produit comme le niébé qui est cultivé dans toute la partie sud du pays peut remplacer la viande quand il est mélangé à une céréale (riz, blé etc.) car il contient beaucoup des mêmes éléments qu’on appelle les protéines. Cet aliment de construction est indispensable pour les enfants les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

Les femmes peuvent trouver de grands avantages à fréquenter les Centres de Nutrition Communautaires car dans ces lieux on leur explique ce que contient chaque type d’aliments et comment on peut les combiner pour donner à sa famille une bonne alimentation avec des repas équilibrés.

**Problème prioritaire N°5**

La non consommation de sel iodé

***Contenu de message clé***

Consommer du sel iodé est indispensable pour éviter le goitre et les troubles de santé liés à son manque dans le corps

***Message argumentaire***

L’iode est indispensable à la vie. Elle fait fonctionner une petite glande que nous avons dans le cou et qui s’appelle la thyroïde. Quand cette petite glande n’a pas suffisamment d’iode cela provoque beaucoup de malaise et cela développe une grosseur qui peut atteindre une taille importante dans le cou. On appelle cela le goitre.

L’iode est quelque chose de minuscule qui se trouve dans la mer les poissons et le sel que l’on tire de la mer.

Le sel gros, en cristaux que depuis très longtemps on utilise en Mauritanie et qui vient du désert ne contient pas cette iode, c’est pourquoi beaucoup de personnes qui ne trouvent pas d’iode dans leur nourriture ou leur eau ni dans le sel qu’on met dans la cuisine font cette maladie du goitre

Pour remédier à cela on prend le sel du désert, on l’écrase et on le mélange avec un peu d’iode. Il devient du sel iodé mais ce n’est pas du sel de la mer, c’est le même sel d’autrefois simplement on lui a rajouté un peu de poudre d’iode pour que les populations ne fassent pas les maladies de la tyroïde.

Certaines personnes disent que ce sel ne sale pas les aliments comme le sel en cristaux traditionnel mais c’est parce qu’il faut mettre une plus grande quantité de ce sel là pour obtenir le même résultat. C’est juste une question de dosage.

D’autres personnes disent qu’ils n’aiment pas le goût de ce sel iodé. En principe le sel iodé n’a ni un goût ni une couleur ou odeur différent du sel gemme et même si certains trouvent ce gout moins bon ils doivent être sûrs que ce n’est pas à cause de l’iode et ils doivent réfléchir sur le fait que grâce à ce sel iodé ils évitent une maladie grave.

Il y a de nombreux endroits et de nombreux pays dans le monde où se pose le problème du manque d’iode dans la nourriture, et où les gens ont le goitre. Partout on résout ce problème grâce au sel iodé. Le sel iodé ou le sel marin c’est quelque chose de naturel mais qui protège comme un médicament.

Une femme enceinte qui manque d’iode accouche d’un enfant qui sera très petit et moins intelligent que les autres. ll risque de mourir avant cinq ans ou s’il grandit il peut avoir beaucoup de maladies graves.

Si dans l’endroit où l’on vit les commerçants ne présentent pas le sel iodé dans les marchandises qu’il vende il faut le leur réclamer ou alerter les autorités pour que ces commerçants s’approvisionnent en sel iodé et le rende disponible pour leurs compatriotes car la Mauritanie a interdit la vente de sel non iodé sur toute l’étendue du territoire.

**Problème prioritaire N°6**

Les interdits ou rejets alimentaires (interdits sur certains aliments aux femmes enceintes et aux jeunes enfants, rejet du poisson, manque d’intérêt pour les légumes…)

***Contenu de message clé***

Il existe des croyances qui disent que tel ou tel aliment ne doit pas être consommé par les femmes ou par les enfants. Pourtant ces aliments sont justement ceux qui peuvent donner de la force aux mères et aider à la bonne croissance des jeunes enfants. On ne sait pas sur quoi reposent ces croyances. Un jour quelqu’un a dit cela et tout le monde continu à croire et à interdire, pourtant le monde a changé depuis. Quand il est reconnu par les connaissances d’aujourd’hui qu’un aliment est indispensable pour la santé, il faut le consommer et ne plus écouter les on dit dont on ne sait même pas à quand il remonte et qui a eu autorité pour les dire.

***Messages argumentaires***

Ceux qui sont des savants dans la religion ou dans la science n’ont jamais dit par exemple que l’œuf n’est pas bon pour la femme enceinte puisque justement, il est bon pour sa santé. Pour le cas de l’œuf c’est parce que dit-on il va rendre l’enfant chauve que la femme enceinte ne doit pas le manger. Un peu partout dans le monde des femmes enceintes mangent des œufs parce qu’elles savent que cela apporte des protéines qui sont les briques pour la construction du corps. Toutes ces femmes là ne font pas des enfants chauves. Il y a des enfants qui naissent avec peu ou pas de cheveux, d’autres qui naissent avec déjà beaucoup de cheveux mais cela n’a rien à voir avec les œufs. Un enfant peut naître avec très peu de cheveux et au bout de quelques mois et toute sa vie il aura de beaux cheveux très touffus. Au contraire un enfant peut naître avec beaucoup de cheveux et ensuite il les perdra ou aura des cheveux très fragiles et deviendra chauve alors qu’il n’est pas encore âgé. Par contre en refusant de manger des aliments qui lui apportent beaucoup de choses positives, la femme met sa santé et celle de son enfant en danger.

La femme enceinte, la femme qui allaite, le jeune enfant ont besoin de toutes les sortes d’aliments pour avoir de la force, pour grandir, pour se protéger des maladies. Si autrefois tant d’enfants mourraient alors qu’ils venaient de naître et si beaucoup  de femmes perdaient la vie en la donnant c’est parce que chacun croyait aveuglément ce que les anciens disaient. Les anciens tenaient leur croyance d’autres anciens et cela se perdaient dans les très anciens temps où peut être un individu avait cru que tel aliment provoquait tel effet. Sa croyance était souvent due la méconnaissance. Aujourd’hui les gens se sont instruits, ils ont fait des études. Des grands savants, des ingénieurs, des techniciens ont étudié tout cela et ils nous disent que ces croyances ne sont plus d’actualité parce que les temps ont beaucoup changé depuis et aujourd’hui nous savons exactement comment les aliments agissent et ce qu’ils contiennent. Nous devons plutôt les croire eux, que de croire des légendes anciennes que nous ne pouvons même pas expliquer. On ne doit croire qu’en Dieu et il n’a jamais interdit un aliment à quelqu’un puisqu’il a fait tous les aliments pour qu’ils se complètent et nous maintiennent en bonne santé. Les personnes qui sont dans des moments vulnérables de leur vie, les femmes enceintes, les femmes qui allaitent, les jeunes enfants, les vieillards aussi doivent manger tous les aliments reconnus comme riches pour la santé. Ce ne sont pas seulement les hommes qui ont le droit de manger les bonnes choses.

**Problème prioritaire N°7**

Les mauvaises pratiques d’hygiène alimentaire (mauvaise conservation des aliments, malpropreté des ustensiles et lieux de cuisine, maque de lavage des mains au savon …)

***Messages à adresser aux femmes***

Avoir une alimentation équilibrée est bien mais n’est pas suffisant pour être sûr de rester en bonne santé, il faut que la préparation des repas et les conditions dans lesquelles on prend ces repas s’accompagnent d’une bonne hygiène c'est-à-dire de la propreté

***Message argumentaire***

La propreté doit accompagner la préparation des repas. Il faut que les locaux où l’on fait la cuisine, les ustensiles de cuisine (casseroles, plats, marmites) que l’on utilise soient parfaitement lavés à l’eau et au savon ou la lessive.

Les aliments que l’on va cuisiner doivent être frais c'est-à-dire on doit venir de les acheter ou de les cueillir et il faut les protéger de la poussière et des insectes pendant que l’on prépare.

Les aliments doivent être conservés dans de bonnes conditions dans un récipient muni d’un couvercle, ou dans un meuble garde manger ou dans un réfrigérateur si la famille en possède un.

Un aliment qui n’est pas frais, qui a été mal conservés, en particulier la viande, le poisson et les œufs risque d’intoxiquer toute la famille, de donner à chacun des diarrhées et cela peut même être encore plus grave et nécessiter d’emmener les gens à l’hôpital.

Les légumes doivent être soigneusement lavés avant d’être cuits.

Si des aliments ont déjà été cuits, par exemple le matin et que l’on veut consommer les restes plus tard il faut bien les réchauffer pour tuer les microbes qui se seraient déposés dessus.

Il ne faut jamais mélanger les aliments déjà cuits et les aliments encore crus. Le mieux est de consommer le repas dès qu’il est prêt.

Avant de manger chaque membre de la famille doit se laver les mains avec de l’eau et du savon.

Respecter strictement les règles de la propreté prend un tout petit peu plus de temps mais cela garantit que l’on ne va pas rendre sa famille malade.

La bonne nourriture apporte la santé et l’équilibre mais si elle n’est pas préparée dans de bonnes conditions de propreté ou si on a les mains sales, elle peut au contraire amener la maladie.

Les mains sont la partie du corps qui peut le plus porter les microbes des maladies. Toute la journée nous les utilisons pour toucher des objets plus ou moins sales qui peuvent transmettre des germes de maladies. Lorsque nous manipulons de l’argent, des billets, lorsque nous travaillons, quand nous allons aux toilettes, quand nous touchons toutes les choses dans les lieux publics nos mains sont en contact avec des microbes qu’elles peuvent transporter jusqu’au moment où nous prenons notre repas, à la maison.

La propreté, l’hygiène alimentaire lorsqu’elle devient un acte automatique ne pèse plus : on le fait sans même s’en apercevoir. Il est dommage de faire de gros efforts pour bien nourrir sa famille et de tout gâcher parce qu’on oublie de bien tout laver.

Le rôle de la maman est de veiller à la propreté de sa maison, de sa cuisine et de donner à sa famille des repas sûrs c'est-à-dire des aliments équilibrés, préparés dans les règles de l’art culinaire et dans un climat de propreté qui laisse les microbes à la porte de la maison, dehors.

Le mari et toute la famille apprécieront encore plus la femme, la maman qui se préoccupe d’épargner la maladie aux siens.

**Problème prioritaire n° 8**

Le désengagement des hommes de la sphère de la nutrition (confusion entre alimentation, nutrition, diététique et pratiques culinaires renvoyant toutes au même vocable taghdiya

***Messages à adresser aux hommes***

***Contenu de message clé***

Préparation culinaire et alimentation ne signifient pas la même chose que nutrition. La femme s’occupe certes de la cuisine et de l’alimentation : c’est son rôle traditionnel mais l’homme doit s’intéresser à la nutrition c'est-à-dire à la composition, la valeur, les avantages des différents aliments car c’est une véritable science.

***Messages argumentaires***

Sur l’allaitement maternel et la fréquentation des structures de santé

Il est du devoir du chef de famille d’épauler et d’appuyer son épouse pour qu’elle mette en œuvre les comportements les plus favorables à sa santé et à celle de ses enfants.

L’homme est le premier responsable du bien être des siens, il doit donc s’intéresser à tout ce qui peut influer sur ce bien être.

L’allaitement maternel est pratiqué et ses bienfaits reconnus depuis des siècles. Le lait maternel suffit totalement à l’enfant et l’homme doit donc éduquer sa femme pour qu’elle ne donne rien d’autre que le lait à son enfant. Le lait maternel est disponible, il est gratuit et n’entraine donc aucune dépense supplémentaire pour le foyer.

L’homme a souvent eu la chance de fréquenter davantage l’école que les femmes, il suit plus souvent les émissions de la radio et de la télévision, côtoient davantage de personnes lors de ses sorties et dans son activité professionnelle il a donc souvent plus d’informations que son épouse, il est donc mieux placé pour faire appliquer dans son foyer ce que les médecins et les nutritionnistes conseillent pour la santé de la mère et de l’enfant.

L’enfant qui naît dans la famille est autant la richesse du père que de la mère, les deux doivent donc s’entendre pour adopter les meilleures pratiques de soins et d’éducation à leurs enfants afin de leur donner toutes les chances de grandir dans les meilleures conditions et de devenir des adultes sains capables de s’épanouir et de participer au développement de leur pays.

Les hommes qui encouragent et donnent à leur épouse tous les moyens pour fréquenter les consultations Pré Natales lorsqu’elles sont enceintes, pour aller accoucher dans les structures de santé et pour se faire suivre ainsi que leur enfant après l’accouchement d’une part sont des chefs de ménage responsables et respectueux de leur famille mais d’autre part ils s’évitent les nombreux frais qu’occasionnent des maladies qui peuvent être prévenues par des visites régulières dans les structures créées pour cela.

Fréquenter les structures de santé et les centres de nutrition communautaires de façon préventive évitent des situations douloureuses de maladie ou de décès de la maman ou de son enfant.

Sur l’alimentation équilibrée

***Les argumentaires qui ont été développés pour les femmes seront également adressés aux hommes mais on y ajoutera les messages suivants plus spécifiques***

L’homme doit éclairer son épouse sur la valeur des différents aliments, sur l’existence des vitamines et des sels minéraux dont le manque entraine plusieurs maladies. La nutrition est une science complexe et l’homme a davantage de sources d’information que la femme pour acquérir ces connaissances.

On ne demande pas à l’homme de préparer le repas mais de s’intéresser à ce domaine de la nutrition qui conditionne la bonne ou la mauvaise santé de sa famille.

Des émissions de radio et de télévision, des dossiers dans les journaux expliquent toutes les notions qui constituent la nutrition. L’homme, le mari doit les écouter et voir si dans son foyer on applique les bons principes nutritionnels ou non. Des produits locaux sont disponibles qui peuvent remplacer les produits importés trop chers. L’homme peut conseiller à sa femme leur utilisation. Il aura moins de soucis financiers et sa famille se portera mieux. L’homme doit jouer un rôle éclairé dans la famille. Il doit montrer qu’il se tient au courant et qu’il est préoccupé du bien être de sa famille.

***Messages à adresser aux grands-mères, aux belles mères et toutes parentes âgées de la famille***

Dans la famille les grands-mères, les belles mères et autres femmes plus âgées ont beaucoup d’importance. Comme elles ont l’expérience, ce sont elles que l’on écoute et c’est normal. Les jeunes filles et jeunes femmes qui ne connaissent pas la vie ont besoin des conseils et de l’assistance des femmes plus âgées.

Les grands-mères, les belles mères ont une grande part de responsabilité parce que les maris comptent sur elles pour venir en aide aux jeunes mères. Du fait de cette responsabilité les femmes un peu âgées de la famille doivent réellement donner de bons conseils. Dans ce qu’elles ont l’habitude de faire et qu’elles ont hérité de leur propre mère il y a des bonnes choses mais il y en a d’autres qui ne sont pas favorables à la santé des jeunes mères et de leurs enfants. On le sait maintenant grâce au progrès médical. On ne pouvait pas le savoir autrefois. Par exemple autrefois on a toujours su que l’allaitement maternel était une bonne chose et il a toujours été encouragé. Cela c’était une bonne pratique mais aussi on donnait des liquides et des bouts d’aliments en même temps que le lait maternel et très tôt après la naissance or cela on sait maintenant que ce n’est pas bon pour le nourrisson parce que cela peut lui provoquer des diarrhées et autres maladies.

Autrefois les femmes n’avaient pas les mêmes connaissances qu’aujourd’hui par exemple on ne savait pas que c’est mauvais pour la santé du bébé de lui donner des aliments avant 6 mois.

Dans les temps passés beaucoup d’enfants qui naissaient mourraient avant d’atteindre 2 ou 3 ans parce qu’il n’y avait pas de vaccin contre les maladies et parce que les mères et es enfants n’étaient pas bien suivis par les médecins.

Il n’y avait pas comme maintenant autant de structures de santé. Alors pour que l’enfant survive aux risques des maladies on demandait aux marabouts de faire un talisman, on lavait ce talisman avec de l’eau et l’on donnait cette eau à l’enfant avec souvent du sucre ou des morceaux de dattes.

Maintenant les femmes, les mères sont suivies pendant leur grossesse, on leur donne du fer pour les rendre plus fortes. Les enfants sont vaccinés. Les savants ont étudié ce qu’il y a dans le lait maternel et ils ont vu que le saarba ou colostrum contient tout ce qui peut protéger l’enfant contre les maladies et le mauvais sort. Mieux encore que le talisman. Celui-ci peut toujours être porté sur l’enfant mais sans que l’on donne à l’enfant l’eau dans laquelle il a trempé.

Quand les chercheurs ont étudié et analyser le lait maternel ils ont vu qu’il contient toute l’eau nécessaire pour assouvir la soif de l’enfant et qu’il renferme aussi tout ce qui doit nourrir l’enfant jusqu’à 6 mois. Alors il n’est pas nécessaire d’ajouter au lait maternel autre chose jusqu’à 6 mois.

Les grands-mères, les belles mères doivent maintenant connaître tout cela pour que leurs conseils soient meilleurs pour les enfants. Si les grands-mères ne s’informent pas, elles vont continuer de donner des conseils qui ne vont plus avec le temps d’aujourd’hui et elles seront moins écoutées. On risque de dire qu’elles sont dépassées et qu’elles sont de mauvaises conseillères.

Quand dans une famille on a la responsabilité d’éduquer et de conseiller les plus jeunes, il faut tenir compte des nouvelles connaissances, c’est un devoir parce que les temps changent et qu’aujourd’hui la science nous apprend tous les jours des choses nouvelles pour nous porter mieux.

L’expérience des femmes d’avant est précieuse. Elles savent que les femmes qui allaitent leurs enfants leur donnent une bonne nourriture et aussi que tant qu’elles allaitent elles évitent qu’une nouvelle grossesse n’arrive trop vite.

Les grands-mères doivent encourager les jeunes femmes et mères à fréquenter les structures de santé lorsqu’elles sont enceintes, lorsqu’elles doivent accoucher et après l’accouchement. Désormais ces structures sont là, disponibles et beaucoup de problèmes de santé de la mère et de l’enfant qui entraînaient autrefois la mort peuvent aujourd’hui être évités.

Maintenant si on peut éviter les maladies c’est que l’on intervient avant même qu’elles n’apparaissent. La nouveauté c’est que l’on n’attend plus d’être malade ni d’avoir un problème pour faire quelque chose. On suit la santé des femmes et des enfants régulièrement et comme cela dès qu’il y a la plus chose anormale, le personnel de santé agit et le problème est résolu avant qu’il ne devienne grave.

Maintenant on sait aussi grâce aux nouvelles connaissances quels sont les aliments, quelles sont les vitamines qui sont nécessaires pour rester en bonne santé, surtout les pères.

Quand on ne savait pas tout cela, on essayait de s’en sortir avec les moyens qu’on avait c'est-à-dire les plantes, le marabout. Maintenant on continue on sait avec précision ce que l’on doit faire, ce que l’on doit donner aux mères et aux enfants pour que tout aille bien, alors on ne peut plus continuer à faire exactement comme avant. On doit garder d’autrefois ce qui était bon et modifier ce qui n’était pas bon ou pas efficace.

Le rôle des anciens est de conseiller les nouvelles générations mais pour bien jouer ce rôle il faut tenir compte de l’évolution des connaissances.

Un leader apprécié est celui qui fait le bien de sa communauté. Une grand-mère appréciée et respectée est celle qui va transmettre ce qu’il y a de bon dans sa propre expérience et qui va aussi donner des conseils basés sur les nouvelles connaissances.

Souvent les jeunes mamans sont totalement inexpérimentées et elles ne connaissent pas non plus toutes les informations disponibles maintenant pour garder leur bonne santé ainsi que celle de leur enfant. Les femmes plus âgées de la famille, même si elles n’ont pas fait l’école ont de l’expérience, elles comprennent ainsi mieux les améliorations des nouvelles pratiques et elles ont du temps pour s’informer. Elles doivent donc aider leurs filles et leurs belles filles et se mettre au service de la communauté et des programmes qui visent à améliorer la santé de la mère et de l’enfant et la situation nutritionnelle de la famille. Elles en tireront beaucoup de fierté et de reconnaissance de la part de leur famille.

**4. CADRE DE MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE**

**4.1 Cadre institutionnel**

Le document de Politique National de Développement de la Nutrition (PNDN) fixe de façon précise le cadre de mise en œuvre de cette politique et affirme la multisectorialité de la vision de la lutte contre la malnutrition.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de CCC pour la nutrition s’inscrit donc dans la logique du dispositif défini dans le document de Politique Nationale de Développement de la Nutrition. Ce document décrit les rôles et les responsabilités des différents intervenants dans le domaine de la nutrition. La complémentarité des interventions est recherchée entre les différentes entités.

Cette lutte comporte quatre grands volets mis en œuvre chacun par un ministère bien précis :

* Sécurité alimentaire : Commissariat à la Protection Sociale et la Sécurité Alimentaire et Ministère de l’Agriculture et de l’Elevage
* Nutrition dans le système de santé : Ministère de la Santé
* Nutrition Communautaire et programme de la petite enfance : Ministère chargé de la Promotion Féminine, de l’Enfance et de la Famille
* Nutrition scolaire : Ministère de l’Education Nationale

Dans le cadre de la mise en œuvre ces 4 axes seront appuyés par 5 axes transversaux :

* IEC en matière de nutrition et alimentation
* Système d’information
* Promotion de la Recherche Appliquée et la Formation en Nutrition
* Contrôle de qualité des aliments
* Partenariat avec la société civile

Ces axes constituent les grandes lignes d’orientation en matière de développement de la nutrition et déterminent les domaines d’actions prioritaires. En termes de programmation, les activités retenues seront exécutées suivant trois périodes distinctes : le court terme (2005 à 2008), le moyen terme (2009 à 2012) et le long terme (2013 à 2015).

Un certain nombre de structures ont été instituées pour la mise en œuvre de cette politique :

1. **Le Conseil National de développement de la nutrition (CNDN)**

Il a pour mission d’adopter la politique et les orientations stratégiques et assurer le plaidoyer, la mobilisation des ressources et le suivi du développement de la nutrition. Il sert de cadre institutionnel de discussion, d’ordonnancement et de coordination : il approuver les politiques et les plans d’action sectoriels de développement de la Nutrition et veille à leur prise en compte dans l’ensemble des stratégies nationales ; il fait le plaidoyer pour une mobilisation nationale pour la nutrition ; il veille à la multisectorialité de l’action de nutrition, favorise la mobilisation des ressources, internes et externes, nécessaires au développement de la Nutrition, assure le suivi et l’évaluation des actions de nutrition, décide sur la base de l’évaluation de l’impact des actions de nutrition, de la continuité ou de l’arrêt d’un programme et enfin assure en cas de besoin l’arbitrage

Le CNDN même si les arrêtés de création ne sont pas encore signés s’est déjà réuni trois fois. Normalement il doit se réunir tous les trimestres ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Il est appuyé dans sa fonction par un Comité technique coordonné au sein du Cabinet du Premier Ministre.

Le Premier Ministre est le Président du CNDN, le Ministre de l’Economie et des Finances en est le vice -président. Les ministères impliqués dans la mise en œuvre de la PNDN sont membres du CNDN (MINT, MEN, MAIOI, MS, MP, MCI, MAE, MHET, MCC, MPFEF, CPSSA) ainsi que Le Ministre Secrétaire Général de la Présidence

Le Conseiller Principal en charge du dossier de la nutrition au sein de la Présidence, un représentant de l’Association des Maires, un représentant des associations de la société civile intervenant dans le domaine de la nutrition et un représentant du secteur de l’agroalimentaire auprès de la chambre du commerce, de l’industrie et de l’agriculture de Mauritanie complètent cette structure de pilotage de la PNDN. Les partenaires techniques et financiers au développement sont également associés à ce CNDN.

1. **Le Comité Technique Permanent du CNDN (CTPC)** est l’organe qui opérationnalise les décisions du CNDN. Il coordonne l’élaboration et la mise à jour de la Politique Nationale de développement de la Nutrition et des plans d’action sectoriels, donne un avis technique avant approbation par le **CNDN** des programmes d’action sectorielle en matière de nutrition, veille à ce que les plans d’action de chacune des composantes tiennent compte des orientations, des objectifs et des actions prioritaires de la Politique de nutrition, favorise l’harmonisation des différents plans d’action et la complémentarité des moyens mis en œuvre ; coordonne la mise en œuvre des différents plans d’action., soutient la concertation entre le secteur public et le secteur privé et la société civile, supervise la mise en œuvre des activités au niveau national, évalue les besoins des intervenants nationaux, facilite les démarches d’harmonisation les rythmes d’exécution des différentes interventions, rédige un rapport semestriel au CNDN sur le déroulement du programme national, veille à la constitution et mise à jour d’une base de données nationale sur la nutrition et enfin d’une matière générale prépare les différentes réunions du **CNDN**

Le CTPC se réunit 1 fois/mois ou exceptionnellement sur convocation de son Coordonnateur. Il est appuyé dans sa fonction par un secrétariat permanent logé au sein du CN/ PASN. Lors des réunions de préparation du CNDN, le CTPC s’élargit aux représentants des partenaires au développement, de la société civile et de la chambre du commerce impliqués dans l’action de nutrition.

Le Conseiller du Premier Ministre en charge de l’Action Sociale est le président du CTPC, le représentant du MS en est le vice-président. Les représentants du MINT, MEF, MEN, MAIOI, MP, MCI, MAE, MHET, MCC, MPFEF, CPSSA forment les membres.

1. **Les Commissions Régionales de Coordination de la PNDN (CRC/PNDN)**

Dans chaque Willaya elles donnent les orientations des actions pour le développement de la nutrition et assurent le plaidoyer et la mobilisation des ressources au niveau régional. Tout comme la structure centrale elles veillent sur le terrain à la multisectorialité de l’action au niveau régional, assurent la concertation entre les différents intervenants et la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources, de toute nature, nécessaires au niveau régional et veillent à leur répartition, enfin elles apprécient les impacts des actions au niveau régional.

Présidée par le Wali, la Commission se réunit 1 fois/trimestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Le rapporteur est le Directeur Régional de l’action sanitaire (DRAS). Les membres sont : les responsables des services régionaux impliqués dans la nutrition (les services régionaux du MEF, du MEN, du MS, du MP, du MCI, du MAE, du MHET, du MCC, du MPFEF et du CPSSA), trois représentants de l’association des maires de la wilaya, un représentant du collectif des ONG/Associations intervenant dans la nutrition, un représentant des Imams, les représentants des partenaires au développement présents au niveau local et un représentant des opérateurs économiques locaux.

Le comité régional peut décider de la mise en place de groupes de travail thématiques comprenant des experts non-membres du comité pour étudier des projets et divers dossiers, apporter un appui à l’élaboration de plans d’action, mener des études et des enquêtes ponctuelles.

Pour l’heure ce dispositif est encore en phase d’installation et son opérationnalité demeure quelque peu virtuelle.

En matière d’intervention sur la nutrition deux projets ou programmes co-existe actuellement, le projet nutrition de l’UNICEF et le PASN. Les activités de prise en charge médicale de la malnutrition et de sa prévention dans les structures de santé sont l’affaire du Ministère de la Santé et les activités concernant la nutrition sont plus spécialement inscrites au sein de la Direction des Service de Santé de Base.

La CN/PASN dont le principal objectif est d’élargir la prise en charge communautaire de la prévention de la malnutrition est institutionnellement ancré directement au cabinet du Ministre de la Promotion Féminine, de l’Enfance et de la Famille. Ce département ministériel est lui-même organisé autour des trois Directions de la Promotion Féminine, de l’Enfance et de la Famille. La vocation d’un projet étant de se fondre à son issue dans les structures publiques nationales existantes, se pose le problème de la pérennisation future des actions de la CN/ PASN et de son rattachement institutionnel.

Au vu de l’importance que les plus hautes autorités attachent à la lutte contre la malnutrition et compte tenu de la multisectorialité de l’approche qui implique plusieurs ministères de premier ordre il est important qu’une réflexion approfondie soit menée dès aujourd’hui sur l’avenir institutionnel d’un projet comme la CN/PASN qui concerne aussi bien le Ministère de la Santé que celui de la Promotion Féminine de l’Enfance et de la Famille.

Les liens organiques aussi bien qu’opérationnels entre les deux entités doivent être précisément défini et la symbiose devrait s’opérer sur le terrain entre le travail de prévention et de suivi de la croissance des ANC et le travail de prévention et prise en charge des structures sanitaires réalisé normalement par les ASC ou Agents de Santé Communautaire. L’idéal serait que des équipes polyvalentes soient localement constituées pour assurer un continuum entre la sensibilisation et la prise en charge.

Il semble qu’actuellement la synergie soit plus facile à instituer au niveau régional qu’au niveau central, ce qui est d’ailleurs le constat que l’on peut faire pour la plupart des thématiques impliquant une approche multisectorielle ( SIDA, lutte contre la pauvreté etc..).

En tout état de cause on ne peut que préconiser d’une façon générale et sans prévaloir des décisions techniques et politiques qui peuvent être prises par les autorités nationales, d’ancrer les programmes et projets de lutte contre la malnutrition à des niveaux supérieurs dans la pyramide administrative hiérarchique. La nutrition en tant que priorité nationale devrait être au minimum une Direction au maximum un programme multisectoriel rattaché là où le pouvoir de décision est maximum et la légitimité et crédibilité la plus forte (Primature, Commissariat rattaché à la Présidence ou autre ancrage de même niveau).

**4.2 Coordination**

L’efficacité de la coordination suppose que soit pris en compte l’ensemble des points suivants :

* Une mobilisation des ressources en faveur de la communication
* Une fluidification de la circulation de l’information entre tous les partenaires
* Un partage des meilleures pratiques
* Une validation scientifique et théorique des stratégies, messages et supports de CCC (pole de référence CCC)
* Un appui à la planification des activités de l’ensemble des intervenants dans les activités CCC de la lutte
* Une programmation d’un partage des exercices annuels de planification
* Une facilitation des actions complémentaires des différents secteurs
* Un appui au renforcement des capacités en CCC des différents intervenants
* Une mutualisation des moyens techniques et matériels
* Un apport constant de documentation et de réflexion stratégique en CCC
* Un suivi de l’ensemble de l’application de la stratégie de communication
* Une concertation permanente avec les structures de prise en charge à promouvoir
* Une organisation de l’échange sur les bilans des activités de CCC
* Une évaluation du processus, des produits et de l’impact de la stratégie de communication

Le rôle de coordination des activités de communication de l’ensemble des intervenants dans le domaine de la nutrition suppose comme on le voit une charge de travail importante et conditionne largement les résultats de l’ensemble des actions face à la malnutrition.

Actuellement c’est à la Cellule IEC du Ministère de la Promotion Féminine, de l’Enfance et de la Famille qu’est dévolue la tache de coordonner et d’assurer la lisibilité des actions de ce ministère en général mais pas de la nutrition en particulier. Cette cellule est confrontée à un problème d’insuffisantes capacités dans le domaine spécifique de la CCC. Aussi ni par son point d’ancrage, ni par ses capacités cette cellule ne semble en mesure en l’état actuel de pouvoir coordonner les activités CCC menées par les quatre ministères impliqués dans la problématique de la nutrition.

La coordination doit se faire au niveau horizontal entre les départements impliqués et parallèlement au niveau vertical entre l’échelon central puis les échelons régionaux et périphériques ce qui implique une dotation significative en moyens et une reconnaissance unanime du savoir faire des éléments chargés de cette tâche.

La coordination de toutes les activités concernant la nutrition revient au CNDN et à son CTPC. Toutefois la spécificité des activités de CCC devrait impliquer la mise en place au sein de cette organe d’un noyau plus spécialement chargé de la coordination, du suivi et de l’évaluation de ce type d’activités dont on sait qu’elle conditionne la résolution du problème de malnutrition par la diffusion de comportements alimentaires et nutritionnels plus adéquats.

**4.3 Partenariats**

Le dispositif national de lutte contre la malnutrition mis en place doit s’accompagner d’un certain nombre de partenariats avec les structures pouvant appuyer les activités de communication nutritionnelle.

Une politique de partenariat avec les différents médias, doit systématiquement être développée formellement là où elle est encore absente et renforcée là où elle a déjà été initiée. La radio et la télévision nationale constituent les partenaires privilégiées pour la mise en œuvre d’un important programme d’émissions sur la nutrition. La radio rurale quant à elle doit êtrte le pivot du développement d’un programme d’émissions interactives. La formation des animateurs et des journalistes dans le domaine de la nutrition constitue également un volet primordial de ce partenariat.

Compte tenu de l’absolu engouement des mauritaniens pour le téléphone portable qui pénètre tous les milieux et se trouve présent dans les zones les plus enclavées, dans les campagnes et les quartiers péri urbains les plus pauvres un partenariat avec les compagnies de téléphonie mobile pourrait être initié pour lors des campagnes nationales ou évènements comme par exemple la semaine de l’allaitement diffuser des messages basiques sur la nutrition.

Cela a été fait avec succès ailleurs par exemple au Congo sur la lutte contre le SIDA et c’est un bon moyen de faire passer un message général qui vient renforcer ceux ciblés émis par les autres canaux de communication

Le partenariat avec les Imams et Oulémas déjà entamé sur d’autres thématiques doit être encore renforcé avec la programmation de concertations et de plaidoyers pour l’incorporation des messages sur la nutrition dans les prêches et autres activités regroupant les fidèles et pour la recherche avec la collaboration des oulémas sur tous les versets du Saint Coran susceptibles d’appuyer les messages favorables à l’allaitement et à la bonne nutrition tout comme ceux qui pourraient aller dans le sens des changements souhaités.

Le manque de données qualitatives fiables sur les fondements des comportements alimentaires, les représentations de la malnutrition, la santé en général, a été stigmatisé dans l’analyse de la situation, c’est pourquoi un partenariat doit être établi avec les organismes de recherche privés et publics afin de mettre en œuvre un programme coordonné de recherches comportementales et socio-culturelles, de recherches action et opérationnelles.

Compte tenu de l’importance d’une bonne nutrition comme accompagnement de la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA il apparaît souhaitable que les responsables des structures, projets et programmes intervenants pour améliorer le bilan nutritionnelle de la population en général et des groupes les plus vulnérables que sont les femmes enceintes, les femmes allaitantes et leurs enfants établissent également un partenariat étroit avec le Comité National de Lutte contre le SIDA et son secrétariat Exécutif ainsi que les projets et programmes mis en œuvre dans le cadre de la réponse à la lutte contre cette pandémie. Les PVVIH constitue un groupe cible particulièrement vulnérable face au problème de la nutrition dans la mesure où le lien est établi de façon fiable et certaine entre le succès de la prise en charge par les ARV et l’adoption d’un régime alimentaire quantitativement et qualitativement équilibré. Or les PVVIH se trouvent justement de par leur statut souvent privés de revenus soit parce qu’objets de discrimination ils perdent leur emploi salarié soit parce que leur faiblesse et récidives diverses ne leur permettent plus de se livrer à leurs activités agro pastorales habituelles. La prise en charge communautaire des PVVIH suppose une prise en charge psycho -affective, une prise en charge économique mais aussi une prise en charge nutritionnelle. Il est à cet égard important que les projets et programmes à qui est dévolu le mandat de développer des actions par rapport au volet communautaire de la nutrition établissent des partenariats avec celles qui s’occupent de la lutte contre le VIH/SIDA et la prise en charge des PVVIH.

Par ailleurs les mécanismes de coordination mis en place doivent garantir que l’ensemble des programmes mis en œuvre par les partenaires au développement comme le PAM, l’UNICEF etc… ne soient pas réalisés de façon autonome mais qu’ils s’intègrent dans les efforts nationaux en faveur de l’amélioration de la situation nutritionnelle de la population et des groupes les plus vulnérables : enfants, femmes enceintes et femmes allaitantes. En ce sens des partenariats formels doivent être établis avec les agences onusiennes qui ont dans leur mandat d’améliorer la situation socio-sanitaire de la cible des mères et des enfants mais aussi avec les coopérations bilatérales (par exemple la coopération espagnole) et les grandes ONGs internationales comme la Croix Rouge, Médecins du Monde etc…

La mise en œuvre de la stratégie nationale de communication en matière nutrition et de lutte contre la malnutrition implique un partenariat multisectoriel à tous les niveaux et requiert la participation de la population et des groupes cibles non seulement comme bénéficiaires, mais aussi comme acteurs et partenaires. Les communautés doivent être associées autant que faire se peut aux différentes étapes de la conception, de l’exécution et de l’évaluation des activités de communication.

Par ailleurs afin de faire bénéficier les différents intervenants des expériences, des appuis humains et techniques extérieurs, il conviendrait de développer des partenariats dynamiques et permanents au travers d’échanges réguliers avec les autres projets et programmes sous-régionaux agissant dans le domaine de la nutrition. Des stratégies novatrices et intéressantes sont développées aussi bien au Sénégal qu’à Madagascar, au Burundi aussi bien qu’au Burkina Faso il pourrait se révéler bénéfique que les meilleures pratiques soient partagées via Internet et des voyages d’étude.

**4.4 Risques et postulats**

Certains risques pourraient influer sur la réussite de la stratégie de CCC pour la nutrition, il s’agit notamment de :

* Le manque de stabilité dans leur poste des différents acteurs clés et responsables
* Le surenchérissement des prix des céréales et autres produits agricoles
* La survenue de nouveaux désastres climatiques ‘ sécheresse ou inondation, attaques acridienne…)
* L’insuffisance de financement des activités de CCC dans le domaine de la nutrition

Par ailleurs, la mise en œuvre de la stratégie repose sur certains postulats :

* Le succès dans l’exécution de la Politique Nationale de Développement de la Nutrition et de la Stratégie National de Lutte contre la Pauvreté
* L’effort accru du Gouvernement pour le financement des activités de communication nutritionnelle
* La poursuite effective de la décentralisation
* L’intégration des intervenants en communication dans les structures de coordination à tous les niveaux pour assurer une synergie des interventions de communication sur le terrain
* L’utilisation d’indicateurs communs pour mesurer les progrès réels des interventions sur le terrain.
* La formation de qualité en CCC pour tous les intervenants qui accusent un déficit de connaissances en matière de Communication et des lacunes dans les habiletés de communication interpersonnelle

**4.5 Suivi et évaluation**

Le suivi-évaluation constitue souvent le maillon faible des programmes et projets d’intervention dans le domaine de la santé et tout particulièrement dans le domaine de la prévention et de la CCC. Le plus souvent ce sont des indicateurs « comptables » qui sont pris en compte pour rendre compte du résultat des activités, par exemple le nombre de femmes exposées aux messages, le pourcentage de population couverte par rapport aux prévisions. Ce type d’indicateurs nous permet de faire le suivi, de mesurer le taux de réalisation des activités, le taux de consommation des budgets mais en aucun cas l’effet et les impacts des activités réalisées or ces dernières ne constituent pas une fin mais un moyen pour l’atteinte d’un objectif qui est le changement de comportement. Dès lors toute évaluation doit permettre de rendre compte des progrès enregistrés par rapport aux différentes étapes du changement de comportements / pratiques.

En ce qui concerne le système de suivi-évaluation des interventions de nutrition, un grand effort a été fait en Mauritanie depuis le projet NUTRICOM.

Suite à l’achèvement de ce projet en 2005 la Banque Mondiale a procédé à l’évaluation de ses résultats. Les objectifs initiaux en matière de réduction globale de la malnutrition par rapport aux zones d’intervention du projet étaient les suivants :

|  | Nouakchott | Nouadhibou | Assaba | Gorgol | Hodh el Gharbi |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estimations de base | 32,4 % | 31,9% | 28,6% | 21 % | 22,3% |
| Objectifs fin de projet | 22,7 % | 22,3% | 20 % | 14,7 % | 15,6 % |

Le rapport final d’activités de l’équipe du projet faisait état des acquis suivants :

***L’amélioration de la nutrition communautaire*** avec la réalisation de deux études l’une en 2000 sur la situation des CREN dans les zones d’intervention du projet, l’autre en 2001 avec l’appui de l’OMS sur la situation nutritionnelle ; l’élaboration de différents outils didactiques et de sensibilisation en nutrition communautaire ; le recrutement de 234 agents de nutrition communautaire (ANC) ; l’ouverture et l’équipement de 117 Centres de Nutrition Communautaire (CNC) ; le suivi de 71 274 enfants dont 8 021 en milieu périurbain et 63 253 en milieu rural ; le suivi de 2 935 femmes enceintes et de 5 933 femmes allaitantes ; l’apport en vitamines A pour 4109 femmes accouchées ; la supplémentation en fer pour 7 548 femmes enceintes ; la participation de 68 562 femmes aux séances éducatives nutritionnelles ; la réalisation de 6 800 visites à domicile et la conduite de 5 420 entretiens individuels et de 1 563 démonstrations culinaires

***L’appui à la réduction de la pauvreté*** par le soutien financier et technique aux activités génératrices de revenus de 113 micro-projets féminins touchant 12 914 femmes et la formation à la gestion de 226 gérantes d’AGR

***La mobilisation sociale***  avec la conception/production d’un ensemble de supports éducatifs en langue nationale comme les émissions radio publiques, 4 micro -programmes, une pièce de théâtre, une chanson, un publi - reportage sur les activités du projet et les journées culinaires, 4 flip – charts sur le suivi de la croissance, les aliments riches en micronutriments, l’hygiène alimentaire et les activités génératrices de revenus, des modules de formation des formateurs en IEC en arabe et français et différents manuels de gestion, l’organisation chaque année à Nouakchott de la « tente de la nutrition » autour de la journée mondiale des femmes du 8 mars (débats, sketchs, chansons…)

***La formation des cadres du projet au niveau central et régional.***  Ainsi 234 agents de nutrition communautaires, de 23 superviseurs d’ONGs, de 648 mères-relais sur le suivi des activités des CNC et 140 femmes sur la mise en œuvre des AGR sans parler du renforcement de capacité de l’Unité de Gestion du projet et du Secrétariat exécutif à la Condition Féminine

***L’établissement de partenariats associatifs*** avec trois ONGs internationales comme CARITAS, Terre des Hommes, FLM,, 24 ONGs nationales dont 18 à Nouakchott, 3 dans le Hodh el Gharbi et 3 dans l’Assabaet 52 Unions de coopératives féminines.

***L’appui institutionnel***  matérialisé par la construction d’un magasin de stockage, la réhabilitation des antennes régionales, l’appui à l’Office National de la Statistique (ONS) ainsi qu’à la Direction de la Protection Sanitaire (DPS/MSAS) et à la lutte contre le paludisme par la distribution de 14 000 moustiquaires imprégnées dans les zones d’intervention du projet

***La participation active à l’élaboration de la Politique Nationale de Développement de la Nutrition*** finalisée en 2006 et l’engagement des plus hautes autorités nationales dans la lutte contre la malnutrition après les plaidoyers réalisées

Selon le rapport d’achèvement du projet rendu public en mars 2005 les résultats quantitatifs obtenus par rapports aux principaux indicateurs marquent certains résultats positifs :

| **indicateurs** | **H. Gharbi** | | **Assaba** | | **Gorgol** | | **Nouadhibou** | | **Nouakchott** | | **Ensemble** | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2000 | 04 | 2000 | 04 | 2000 | 04 | 2000 | 04 | 2000 | 04 | 2000 | 04 | Dif. |
| Pop+15 ans sans instruct. | 43 | 29 | 34 | 32 | 59 | 41 | 40 | 24 | 37 | 17 | 42 | 25 |  |
| % mariés | 78 | 85 | 71 | 80 | 66 | 87 | 67 | 79 | 64 | 67 | 68 | 75 | 7 |
| % inoccupés | 29 | 29 | 29 | 25 | 15 | 28 | 12 | 17 | 33 | 28 | 26 | 27 | 1 |
| Femmes écoutant RM | 61 | 69 | 53 | 84 | 55 | 89 | 68 | 49 | 69 | 75 | 63 | 75 | 12 |
| Femmes regardant TV | 14 | 12 | 26 | 34 | 15 | 45 | 58 | 64 | 63 | 68 | 41 | 53 | 12 |
| Femmes visitées | 11 | 55 | 44 | 23 | 13 | 16 | 70 | 17 | 6 | 7 | 21 | 17 | -4 |
| Femmes aux causeries | 25 | 77 | 71 | 41 | 46 | 79 | 34 | 36 | 9 | 12 | 31 | 36 | 5 |
| CPN/derniere grossesse | 79 | 87 | 69 | 81 | 78 | 93 | 91 | 92 | 92 | 89 | 83 | 88 | 5 |
| Utilisation fer dernières grossesses | 73 | 84 | 60 | 88 | 76 | 75 | 78 | 70 | 82 | 85 | 76 | 82 | 6 |
| Utilisation VAT | 71 | 71 | 39 | 69 | 68 | 81 | 76 | 77 | 65 | 60 | 63 | 68 | 5 |
| Vita A après accouchem. | 15 | 58 | 34 | 58 | 67 | 64 | 54 | 55 | 47 | 54 | 45 | 57 | 12 |
| Possession carte vaccina | 92 | 94 | 60 | 85 | 84 | 99 | 86 | 92 | 85 | 93 | 82 | 93 | 11 |
| Couverture rougeole | 64 | 92 | 56 | 85 | 61 | 97 | 52 | 91 | 65 | 80 | 61 | 86 | 25 |
| Couverture BCG | 97 | 98 | 91 | 100 | 90 | 100 | 97 | 100 | 95 | 99 | 94 | 99 | 5 |
| Couverture DTC 3 doses | 87 | 87 | 76 | 87 | 75 | 92 | 82 | 91 | 84 | 88 | 81 | 89 | 8 |
| Couverture polio 3 doses | 78 | 86 | 69 | 88 | 67 | 83 | 74 | 87 | 77 | 80 | 74 | 83 | 9 |
| Prévalence diarrhées | 6 | 22 | 32 | 24 | 17 | 19 | 18 | 25 | 19 | 24 | 19 | 23 | 4 |
| Enft participant/ programme alimentation | 1 | 89 | 4 | 78 | 25 | 73 | 27 | 40 | 5 | 19 | 11 | 49 | 38 |
| Approvisiont eau potable | 52 | 53 | 45 | 42 | 31 | 51 | 100 | 100 | 100 | 100 | 73 | 75 | 2 |
| Ménages possédant latrines,WC | 35 | 35 | 41 | 41 | 46 | 76 | 76 | 74 | 66 | 64 | 55 | 59 | 4 |
| Retard croissance T/A | 21 | 18 | 35 | 31 | 25 | 36 | 40 | 44 | 37 | 27 | 30 | 30 | 0 |
| Emaciation P/T | 10 | 16 | 5 | 10 | 8 | 14 | 8 | 1 | 11 | 2 | 9 | 10 | 1 |
| Insuffisance pondérale | 22 | 30 | 29 | 29 | 21 | 27 | 32 | 16 | 32 | 19 | 28 | 23 | - 5 |

Si la comparaison entre objectifs initiaux et indicateurs de résultats fait apparaître des progrès dans certains aspects socio-sanitaire, en matière stricto sensu de nutrition le bilan est plutôt mitigé ( cf les trois dernières lignes du tableau) et certaines willaya semblent même avoir régressé.

En matière d’Activités Génératrices de Revenus ou micro projet les résultats de TAGHDHIYA – NUTRICOM sont les suivants :

| **Willaya** | **Nbre bénéficiaires directes** | **Financement NUTRICOM en UM** | **Bénéfice globaux en UM** |
| --- | --- | --- | --- |
| Nouakchott | 1 488 | 6 097 300 | 1 275 574 |
| Nouadhibou | 599 | 3 750 000 | 1 811 870 |
| Hodh el Gharbi | 8 643 | 16 200 000 | 3 693 282 |
| Gorgol | 4 094 | 15 900 000 | 1 667 329 |
| Assaba | 3 453 | 13 160 000 | 3 672 762 |
| TOTAL | 18 277 | 55 1070300 | 12 120 817 |

Le bénéfice moyen dégagé par AGR a été de 487 675 UM

Dans le nouveau cadre du projet CN/PASN qui prend la suite de NUTRICOM Taghdiya, une unité de Suivi et Evaluation a été créée pour assurer la collecte, l’analyse, le partage et la diffusion des données statistiques et qualitatives concernant les activités menées en matière de communication nutritionnelle à caractère communautaire. Elle a pour objectifs de :

* Elaborer un cadre de suivi et d’évaluation pour les activités de communication ;
* Suivre et évaluer la mise en œuvre des activités de communication nutritionnelle

Un ensemble d’instruments de recueils de données existent. Certains comme les registres et fiches individuelles de croissance des enfants fréquentant les CNC ont été repris du projet NUTRICOM, d’autres ont été élaborés par le responsable de cette cellule : une fiche portant sur les causeries et les entretiens individuels, une fiche de supervision formative des activités des centres et une fiche permettant aux antennes régionales d’agréger les résultats enregistrés mensuellement dans les différentes CNC de leur Willaya.

La fiche dévolue au rapport sur les activités de causeries et entretiens individuels réalisés dans les CNC est remplie par les Agents de Nutrition Communautaire. Elle est relativement sommaire et ne laisse qu’une colonne «  observations » pour les informations qualitatives mais la simplicité de l’instrument est semble-t-il dictée par le niveau des ANC. L’instrument destiné à la supervision formative est beaucoup plus complet quant à la fiche récapitulative des activités de causeries menées par l’ensemble des CNC d’une willaya il permet normalement aux antennes régionales de faire le suivi des personnes exposées aux messages et des statistiques sur le nombre et la croissance des enfants que les mères présentent régulièrement au CNC.

Certes l’aspect qualitatif des activités est peu développé dans ces instruments mais ils constituent cependant une bonne base de travail pour l’élaboration d’un futur système de suivi et évaluation des activités de CCC.

Le problème est qu’actuellement ces instruments ne couvrent que des activités de causerie alors que la mise en oeuvre de la présente stratégie impliquera de nombreux autres types d’activités et d’autres structures d’intervention que les CNC.

Il y a donc lieu d’enrichir le dispositif existant afin de pouvoir rendre compte d’activités plus variées et surtout de développer des instruments d’évaluation d’impact qui, pour l’heure, font encore défaut.

La mise en œuvre du plan de recherche devrait permettre la définition des indicateurs d’impact au moment de l’élaboration des plans d’action. L’établissement de la situation de départ aussi bien au niveau des connaissances, des attitudes que des pratiques est indispensable dans les différentes zones d’intervention pour pouvoir évaluer régulièrement les progrès dans l’amélioration de la situation nutritionnelle et à l’issue du projet l’atteinte des objectifs initiaux.

Les instruments de suivi permettront de vérifier tout au long de l’intervention si les activités se déroulent selon les modalités et aux dates prévues. Cela suppose la mise au point de mécanismes efficaces de remontée et de traitement de l’information Un bon suivi constituant une des conditions de la réussite de l’évaluation, il convient généralement :

* de concevoir une matrice de rapports d’activités ou de fiches de CCC qui rende compte de la dimension non pas seulement quantitative mais aussi qualitative de ces activités
* d’élaborer des instruments prenant en compte la mesure de l’impact

L’évaluation qui peut être menée annuellement, à mi parcours et surtout à la fin de l’intervention de CCC devra porter sur les processus, les produits et les impacts. Elle permet de mesurer l’efficacité des interventions.

Exemples d’indicateurs de processus :

* Nombre d’activités réalisées par rapport aux activités prévues
* Cause des activités non réalisées ou reportées
* Taux de consommation des budgets disponibles
* Nombre d’intervenants dans la lutte
* Nombre de partenariats établis

Exemples d’indicateurs de produits :

* Nombre de formations réalisées et de personnes formées
* Nombre et nature des supports imprimés et audiovisuels produits
* Nombre des éléments sonores diffusés
* Nombre de curricula de formation conçus
* Nombre de séances de sensibilisation réalisées

L’évaluation de l’impact des activités de Communication pour le Changement de Comportement devra tenir compte du schéma des étapes de changement de comportement. En effet si l’objectif ultime des activités est, par exemple, de voir les mères adopter l’allaitement exclusif et mettre en oeuvre de bonnes pratiques alimentaires pour la famille on pourra évaluer les progrès enregistrés sur le chemin de ce changement de comportement à savoir :

* Le nombre de femmes et d’hommes bien informés sur la pratique de l’allaitement exclusif et ses avantages
* Le nombre de personnes (hommes, femmes) venues demander des informations aux agents compétents
* Le nombre de personnes déclarant avoir l’intention de mettre en pratique les informations fournies
* Le nombre de femmes ayant essayé les nouvelles pratiques
* Le nombre de personnes ayant effectivement changé leur comportement nutritionnel

| **Cibles** | **Indicateurs d’Impact** |
| --- | --- |
|  | **Indicateurs de connaissances** |
| Femmes allaitantes | Nombre ou % de femmes connaissant les bienfaits de l’allaitement maternel  Nombre ou % de femmes connaissant l’intérêt du colostrum pour le nouveau né  Niveau de connaissances des femmes sur l’allaitement exclusif  Nombre de femmes ayant des connaissances/croyances erronées sur le colostrum et sur l’allaitement exclusif  Nombre de femmes connaissant le moment adéquat du sevrage  Nombre ou % de femmes connaissant les besoins alimentaires de la femme allaitante  - etc… |
| Mères de familles | Nombre ou % de femmes connaissant le lien entre santé et nutrition  Nombre ou % de femmes connaissant la valeur des trois grands types d’aliments  Nombre de femmes capables d’élaborer une alimentation équilibrée  Nombre ou % de femmes connaissant l’existence et le rôle des micro – nutriments par rapport à la santé  Nombre ou % de femmes connaissant l’importance du sel iodé et de la vitamine A |
| Grands-mères, belles-mères et parentes | Nombre ou % de parentes âgées connaissant les avantages de :  La mise au sein dès la naissance  L’allaitement maternel exclusif  La valeur des aliments de compléments après 6 mois  Le sevrage progressif  La fréquentation régulière des structures de santé pour les mères  L’alimentation équilibrée |
| Hommes - maris | Nombre ou % de maris connaissant les avantages de :  La mise au sein dès la naissance  L’allaitement maternel exclusif  Le sevrage progressif  La fréquentation régulière des structures de santé pour les mères  Nombre ou % de maris faisant le lien entre santé et nutrition  Etc… |
| Jeunes scolaires | Le nombre de jeunes scolaires capables de citer :  Les différents types d’aliments  La valeur de chaque aliment et des exemples d’aliments par type  Le nombre ou % de jeunes scolaires connaissant l’intérêt de l’allaitement exclusif  Etc… |
|  | **Indicateurs d’attitudes** |
| Femmes enceintes | Attitudes favorables à la mise au sein immédiate après accouchement  Intention de fréquenter les CPN  Attitude favorable à l’allaitement maternel exclusif  Attitude favorable à une nutrition équilibrée  Etc… |
| Femmes allaitantes | Attitude favorable à l’allaitement exclusif  Attitude favorable à l’abandon d’introduction trop précoce d’aliments  Attitude favorable à la progressivité du sevrage  Attitude favorable à l’abandon des pratiques négatives  Etc… |
| Mères de famille | Attitude favorable à la connaissance du line nutrition et santé  Attitude favorable à la préparation de repas équilibrés  Attitude favorable à la consommation des produits locaux  Attitude favorable à l’hygiène alimentaire  Etc… |
| Grands-mères, belles- mères et parentes | Attitude favorable à l’allaitement exclusif  Attitudes favorables à la mise au sein immédiate après accouchement  Attitude favorable aux bonnes pratiques d’allaitement  Attitude favorable aux nouvelles pratiques  Attitude favorable à un renouvellement des connaissances et conseils  Etc…. |
| Hommes maris | Attitude favorable à une + grande implication dans la nutrition  Attitude favorable aux bonnes pratiques d’allaitement et de sevrage  Etc… |
| Jeunes scolaires | Attitude favorable face aux bonnes pratiques d’alimentation  Attitude favorable par rapport à la transmission au milieu familial des connaissances acquises à l’école  Etc… |
|  | **Indicateur de comportement** |
| Femmes enceintes | % de femmes fréquentant les CPN  % de femmes accouchant dans les structures sanitaires  % de femmes supplémentées en fer  Etc… |
| Femmes allaitantes | % de femmes ayant mis immédiatement l’enfant au sein à la naissance  % de femmes pratiquant l’allaitement exclusif  % de femmes pratiquant le sevrage progressif  Etc… |
| Mères de familles | % de femmes préparant la cuisine avc du sol iodé  % de femmes associant les trois types d’aliments  % de femmes respectant les règles d’hygiène  Etc… |
| Grands-mères, belles-mères et parentes | % de grands-mères conseillant l’allaitement exclusif, la mise au sein immédiatement après la naissance etc..  % de grands mères impliquées dans les activités de nutrition communautaire |
| Hommes -maris | % de maris soutenant leur femme pour de bonnes pratiques d’allaitement  % de maris s’intéressant à la nutrition |
| Jeunes scolaires | % de jeunes discutant de sujet de nutrition en famille  % de jeunes transmettant leurs connaissances sur la nutrition au milieu familial |
|  | **Indicateur final d’atteinte des objectifs du programme** |
|  | % de réduction de la malnutrition chronique |
|  | % de réduction de la malnutrition aigue et sévère |
|  | % de réduction de la morbidité et mortalité maternelle |
|  | % de réduction de la morbidité et mortalité infanto-juvénile |

L’évaluation finale des activités de CCC devra donc être à la fois quantitative par la collecte d’une batterie d’indicateurs et qualitative par la réalisation régulière d’enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques et d’études qualitatives permettant de déterminer l’évolution de la situation au fur et à mesure des interventions.

**Un plan de suivi/évaluation sera élaboré qui :**

* détaille le cadre institutionnel et logique du S/E,
* décrive le but et précise les objectifs du S/E
* clarifie les changements de comportements sur lesquels doit porter le suivi-évaluation
* sélectionne les indicateurs nationaux
* suggère les méthodes qualitatives et quantitatives et les outils à utiliser
* détaille les données à collecter
* détaille le mécanisme de dissémination (audience, fréquence)
* détaille l’utilisation qui sera faite de l’évaluation pour la programmation, la prise de décision, le plaidoyer, la justification des fonds alloués

Les acteurs (ONGs, société civile, secteurs, partenaires au développement) intervenant dans la lutte aux différents niveaux national, régional, local doivent jouer un rôle dans la conception du système S/E, et dans l’exécution effective des activités d’évaluation de la performance et de l’efficience des activités.

**ANNEXES**

**ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DES WILAYAS**

* 1. **WILAYA DU HODH ECHARGUI**



Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Pour la malnutrition chronique le taux est de 32.3%.

- Pour la malnutrition aiguë le taux est de 11.3%.

- Pour la malnutrition globale le taux est de 37.3%

- Fort et ancien potentiel attractif touristique et culturel

- Willaya fortement enclavée

- Nema : capitale du Hodh oriental, cité des principales escales du commerce transsaharien

- Mosquée monument important construit au XIXè siècle.

- Oualata : pendant 7 siècles une métropole de trafic saharien,

- La nécropole de Tirzet sur la piste menant du Dhar à Tichitt.

- Koumbi - Saleh : serait selon certains l'ancienne capitale de l'empire de Ghana

- De Oualata jusqu'à Tagant, de nombreux villages en pierres sèches datant du néolithique

- Plusieurs sites rupestres le long de la falaise : Khadra, Chibé, Kedama et Gleibat.

- Ville de Nema dotée d'une centrale électrique et de réseau de distribution

- Large couverture du réseau de télécommunication satellisé.

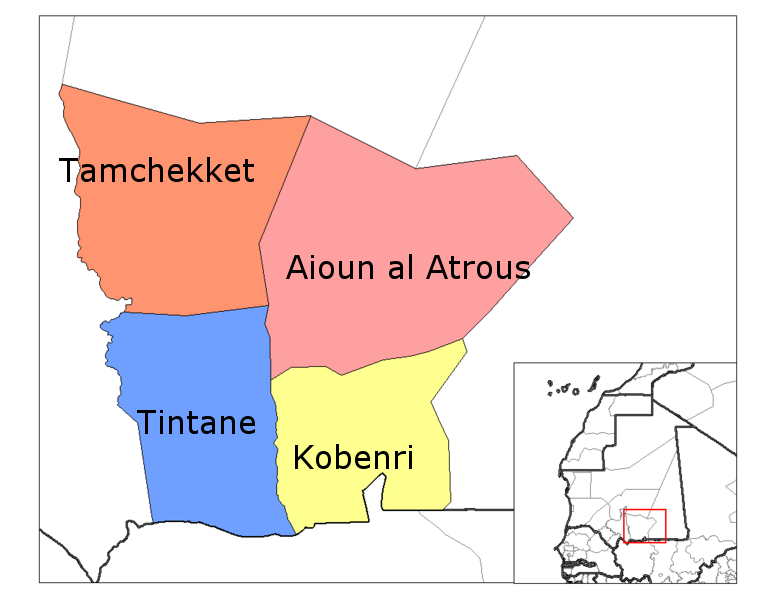
- Réseau routier très faible.

- Route de l'espoir : tronçon  de 250 Km environ traversant la région d'Ouest à l'Est  de Nouakchott par Kiffa et Nema en passant par Tintane et Aïoun

- Une dizaine de gares routières reparties dans les différentes Moughatas

- Un aéroport international.

* 1. **WILAYA DU HODH EL GHARBI**

**Caractéristiques de la willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Pour la malnutrition chronique le taux est de 30.6%.

- Pour la malnutrition aiguë le taux est de 9.7%.

- Pour la malnutrition globale le taux est de 32.1%

- Enclavement d’une large partie nord de la willaya

- Sévérité des conséquences des sécheresses passées.

- Flore ligneuse très dégradée au Nord mais relativement intacte au sud  
- Willaya classée dans la catégorie de moyenne pauvreté (45 à52%) selon le CSLP

- Climat de type sahelien, humide et chaud au Sud

- Climat de type saharo-sahelien sec et froid en hiver au nord.

- Températures estivales élevées du fait de la continentalité et l’absence de toute influence océanique.

- Mil, sorgho et niébé : principaux produits agricoles cultivés et bases de l’alimentation.

- Elevage peu développé localement et donc faible consommation de viande

- Consommation de lait possible pendant une courte période de l’année

- Aioun : point de passage des caravanes qui transportaient le sel de Tichit vers le Mali et les céréales du Mali vers le Nord.

- Région traditionnellement habitée par des nomades

- Histoire intimement liée à celle du hodh El charghi.

- Commune d’Aioun créée en 1986 avec un conseil municipal élu au suffrage universel.

- Un hôpital régional, un centre d’hygiène scolaire et un centre de santé

- Importance du chameau et l’élevage camelin dans les activités économiques passées

- Elevage camelin de type transhumant.

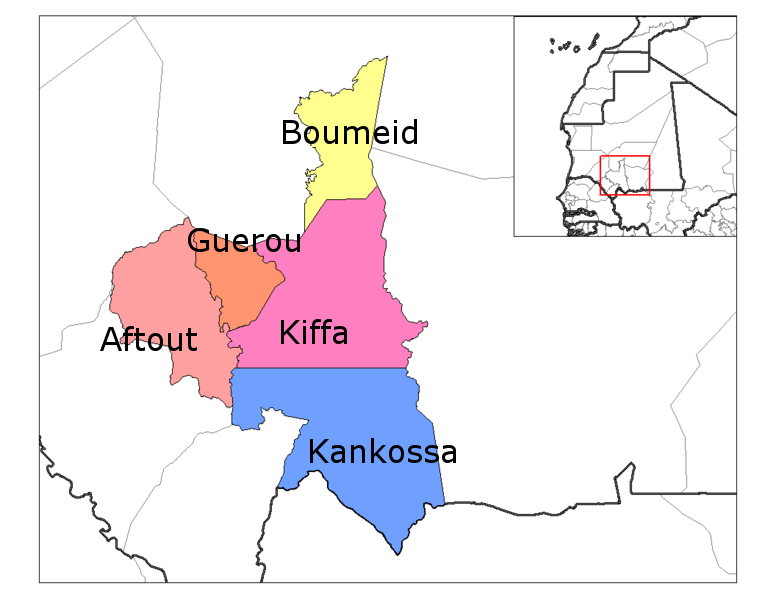
- Période d’Avril à Juillet : troupeaux dans le sud du pays à la frontière mauritano-malienne.

- Reste de l’année le cheptel camelin remonte au nord jusqu’au Tiris Zemmour.

- Existence d’itinéraires, couloirs de transhumance autour des puits ou des mares d’abreuvement.

-Assistance de la Coopération mauritano-allemande au travers du projet ProGRN GIRNEM (Gestion intégrée des ressources naturelles de l’Est mauritanien) thématiques aussi variées : agriculture, hydraulique, reboisement,….

* 1. **ASSABA**

**Caractéristiques de la Willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

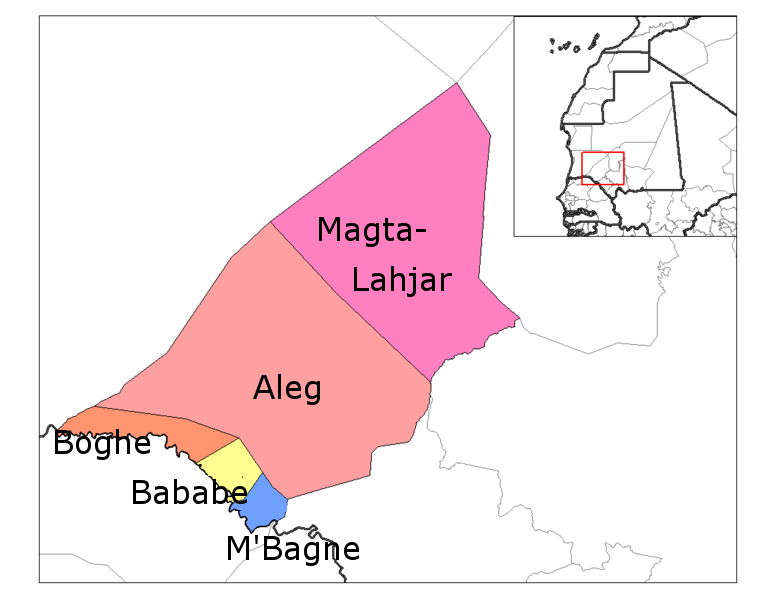
* Pour la malnutrition chronique le taux est de 30.7%.
* Pour la malnutrition aiguë le taux est de 15.7%.
* Pour la malnutrition globale le taux est de 36.9%
* Willaya classée la plus pauvre de la Mauritanie selon le CSLP
* Forte mortalité maternelle : infections post-partum (38,1%) hémorragies (anté et post-partum) 37,7%
* Accessibilité à moins de 5 km : 21% pour les CS, 33% pour les PS et 16 % pour les USB
* Concentration de nombreux programmes et PTF (SNU et ONG)
* 25 % personnes sans instruction
* 27% population formée dans les Mahadhraa
* 32% de femmes sans instruction aucune pour 18 % d’hommes
* Analphabétisme plus marqué en milieu rural (34%) qu’en milieu urbain (21,6%)
* Niveau secondaire en milieu urbain : 41 % contre 4,6% en milieu rural
* Deux zones très touchées par l’analphabétisme : Kankoussa ( 60%) et Nomade (40%)
  1. **WILAYA DU GORGOL**



**Caractéristiques de la Willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

* Pour la malnutrition chronique le taux est de 30.8%.
* Pour la malnutrition aiguë le taux est de 20.4%.
* Pour la malnutrition globale le taux est de 40.7%
* Présence des différentes ethnies du pays dans la willaya.
* Migration importante de la population vers les zones urbaine quelle que soit la Moughataa.
* Concentration à Kaédi de 42% de la population totale de la wilaya.
* Plus de la moitié de cette population vit sous le seuil d’extrême pauvreté
* Deuxième région la plus pauvre du pays profil de pauvreté établie par l’ONS, (1996).
* Enclavement notoire de la région excepté Kaédi Ville
* Moughataa la plus enclavée (5mois/12) : Maghama
* Couverture sanitaire faible et disparate selon les Moughataas
* Accès à l’eau potable très difficile (11%de la population) et 2 % en milieu rural
* Taux moyen de scolarisations des filles d’environ 53%
* Taux d’alphabétisation très faible ; 18% dans l’ensemble, 9% pour les femmes
* Fort peuplement Soninkés sur la vallée du fleuve. Ils sont les plus grands cultivateurs du pays
* Forte et ancienne tradition de migration
* Existence de nombreuses associations de migrants
* Organisation sociale très hiérarchisée avec fort pouvoir du chef de village
* Cultures pluviales dieri occupent plus de 90 % des terres (27 000 ha) surtout en sorgho
* Cultures sur walo, terres inondables sur 18 000 ha : maïs et niébé (Maghama et Monguel)
* Cultures irriguées sur 2000 périmètres villageois
* Zone de transhumance entre zone sud et nord
* Fort nombre de têtes de bétail : bovins 131.000 ; ovins/caprins 1.350.000 ; camelin  11.000
* Projets de tourisme durable ou tourisme solidaire et bonnes potentialités touristiques
* Artisanat dynamique avec nombreuses coopératives : orfèvres, tresseuses, teinturières
  1. **WILAYA DU BRAKNA**

**Caractéristiques de la Willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 25.5%

- Taux de malnutrition aiguë : 17.9%

- Taux de malnutrition globale : 33.5%

- Faible superficie totale de la Willaya  
- Existence d’une route bitumée reliant cette vaste zone productive à la grande route de l'espoir qui traverse la wilaya en passant par Aleg pour plier à l'est vers l'Assaba.

- Deux tiers du territoire occupé par le désert

- Un tiers restant au sud appartenant à la zone sahélienne.

- Willaya classée dans la catégorie médiane par rapport à la pauvreté selon le CSLP

- Vastes étendues occupées par des dunes fixes et une végétation steppique

- Topographie très plate, la structure des sols de la région est déterminée par la crue du fleuve.

- Cultures de saisons sèches sur décrues du fleuve.

- Zones sableuses non inondées occupées par pâturages et cultures pluviales.  
- Climat saharo-sahélien. Sahélien au sud est et sub-saharien au nord et à l'ouest. 

- Pluviométrie environ 200 à 300 mm.

- Un seul cours d'eau pérenne le fleuve Sénégal

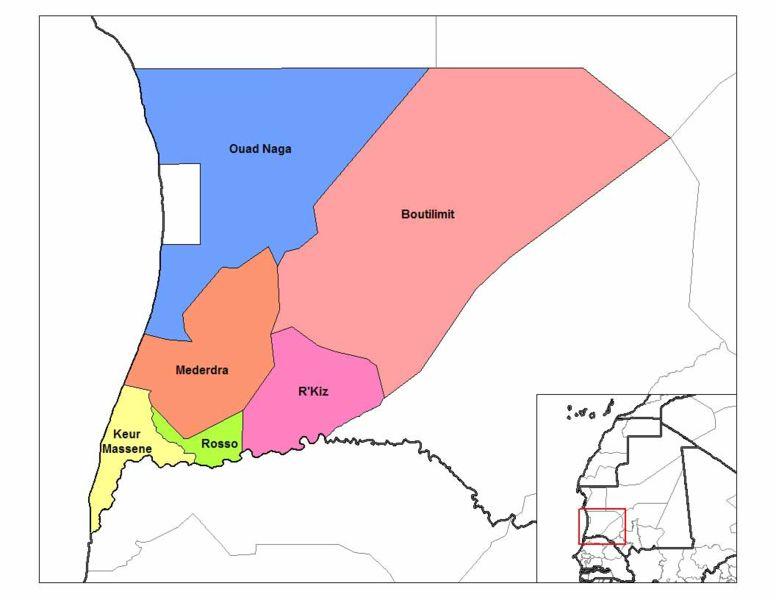
- Existence de lacs, mares et oueds temporaires : Lac d'Aleg, Lac de Mal, Mare de Gadel, Mare de Cheggar, Ouad ketchi.

- Coexistence de deux groupes humains : maures au nord et les halpulaar'en au sud

- Deux types de cultures : une négro-africaine et une arabe

- Deux grandes communautés : la Tijania et la Quadria.

* 1. **TRARZA**

[****](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/6f/TrarzaMoughataas.jpg)

**Caractéristiques de la willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 22.9%

- Taux de malnutrition aiguë : 10.9%

- Taux de malnutrition globale : 24.0%

- 70% de la surface soumis à un [climat désertique](http://fr.wikipedia.org/wiki/Climat_d%C3%A9sertique)

- 30% du territoire de la Willaya bénéficie d’un climat saharo-sahélien.

- Phénomène de désertification : végétation ligneuse disparaissant peu à peu sauf [euphorbes](http://fr.wikipedia.org/wiki/Euphorbe), balanites et tamaris sur façade atlantique.

- Willaya classée dans la catégorie moyenne pour la pauvreté (45-52%) selon le CSLP

- Population vivant principalement du commerce, de l’agriculture, de la pêche et de l’élevage

**-** Important métissage de la population et intégration de toutes les ethnies

- Fort rayonnement culturel : nombreux érudits, jurisconsultes, lettrés de grande renommée

- Echanges nombreux avec le Sénégal

- Rosso capitale régionale fondée dans les années 20 : quartiers  Escale, premier noyau de la ville, Médina, Ndiourbel, Satara plus récents

- Zone de commerce et d'échanges et lieu de brassage culturel et humain.

- Développement de nombreuse mahadras actuellement 269 réparties dans les 25 communes

- Bonnes infrastructures scolaires : de 5 lycées, 24 collèges et 449 écoles primaires avec 9213 élèves dont 4456 filles

- Accès des populations aux services sanitaires à 64 % : 1 HR, 6 dispensaires et 69 CS

- Willaya la plus pourvue au niveau agro-sylvo-pastrale : réservoir de productions agricoles.

- Maîtrise de l’eau grâce aux barrages de Manantali et de Diama

- Terres irrigables de l'ordre de 55 200 ha dont 28 000 ha aménagés et 15 000 ha cultures rizicoles

- Culture de décrue estimées à 18 000 ha : les cultures pluviales encore négligeables (4 à 500 ha)

- Cultures maraîchères en pleine expansion dans la vallée et dans les zones de sondage.

- Région locomotive de l'agriculture irriguée

- Zones d'élevage : chemama' Lekhcheum, El Khat, Iguidi, El Ariyé, Khatt Eddami, Adkour et l'Aouker

- Première expérimentation culture du riz en Mauritanie dans la plaine de Mpourié

- Cheptel : 100 000 bovidés, ovins et caprins : 950 000 camelins,  65 000 asins : et 15 000 équins.

- Grand essor de la filière lait : 3 centres de collecte, élevage semi intensif

- Existence d’un programme d'appui aux coopératives paysannes pauvres 299 projets AGR

- Encadrement par la SONADER (Société Nationale de Développement Rural)

- Nombreux projets de développement : projet biodiversité Mauritanie Sénégal (Mballal, El Khatt et Lexeïba), le PDIAM, le programme de développement rural communautaire (PDRC) 118 villages touchés dans 19 communes, le projet de gestion des parcours et développement de l'élevage (PADEL)

- Existence d’une délégation de  tourisme et de l'artisanat et fort potentiel touristique.

- Activité commerciale très développée : Escale et Médina les marchés les plus anciens riches en produits de l'agriculture locale

-Nombreux marchés modernes, établissements informels, micro- entreprises individuelles et familiales

- Dynamisme des moyens de transport dont la société du Bac

* 1. **ADRAR**



**Caractéristiques de la Wilaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 33.3%

- Taux de malnutrition aiguë : 12.0%

- Taux de malnutrition globale : 34.8%

- Région peu peuplée et très fortement touristique

- La willaya de l'Adrar a servi d'expansion au mouvement almoravide au XIème siècle.

- Création d’Atar au 15 ème siècle

- Grandes potentialités touristiques : imposantes montagnes, dunes multiformes, sensationnels oueds

- Rayonnement culturel et intense mouvement commercial

- Sites touristiques connus : tombeau de l'Imam El Hadrami, compagnon d'Abou Bekr Ibn Oumar, Chef des Almoravides ; passe de N'Tourvine à Aoujeft et célèbre mosquée de Chinguitty

- Plusieurs tribus sanhajiennes vivaient là d'agriculture et d'élevage.

- Culture essentiellement arabo-musulmane.

- Deux modes d'habitat dominent dans la wilaya de l'Adrar : la tente et la maison de pierre.

- Climat de type saharien et désertique.   
- Deux principales saisons : saison froide de novembre à mars, 12° C en décembre – janvier ;  
saison chaude avril à octobre avec 42°C en juillet

- Région habituée à une grande sécheresse.

- Sur sols rocheux couverts de sable ou superficiels : riches parcours d'accacia flava.  
- Dans les zones d'accumulation d'eau, la végétation luxuriante.  
- Existence de belles oasis de palmiers dattiers dans certaines vallées humides.

- Atar, capitale de la région desservie à partir de Nouakchott par une route goudronnée

- Ressource économique : oasis avec culture du palmier, des légumes et des céréales.

- Atar zone commerciale : position de trait d'union entre les régions du Nord et le reste du pays.

- Avec la décentralisation du Pays en 1986, élection d’un conseil municipal présidé par un maire.

- Un hôpital régional, 2 centre de santé, 2 centres de PMI, 3 centres de nutrition infantile en plus d'une maison pour l'enfant

- 10 écoles primaires, un lycée, 2 collèges, 2 jardins d'enfants, 3 mahdhras.

- Existence de 16 écoles primaires à 16, de 3 collèges, de 3 jardins d'enfants et de 8 mahdhras

- Centre de formation informatique équipé de 10 unités informatiques.

- Stade omnisports et une maison de jeunes   
- Marché central avec 104 boutiques et 46 nouvelles et abattoir réhabilité

- Gare routière à la dimension du trafic automobile interurbain

- Réseau routier urbain goudronné de 30 kilomètres

- Nombreuses routes secondaires d'Atar vers localités de Toueizkt, Kseir Torchane et Teyarett

- Extension réseau d'alimentation en eau potable : la plupart des quartiers de la ville desservis

- Eclairage public étendu à la majeure partie de la ville.

- 12 hôtels, 10 restaurants, 5 cafés, 10 auberges, 2 agences bancaires et 5 bureaux de change.

- Existence d'un aéroport international

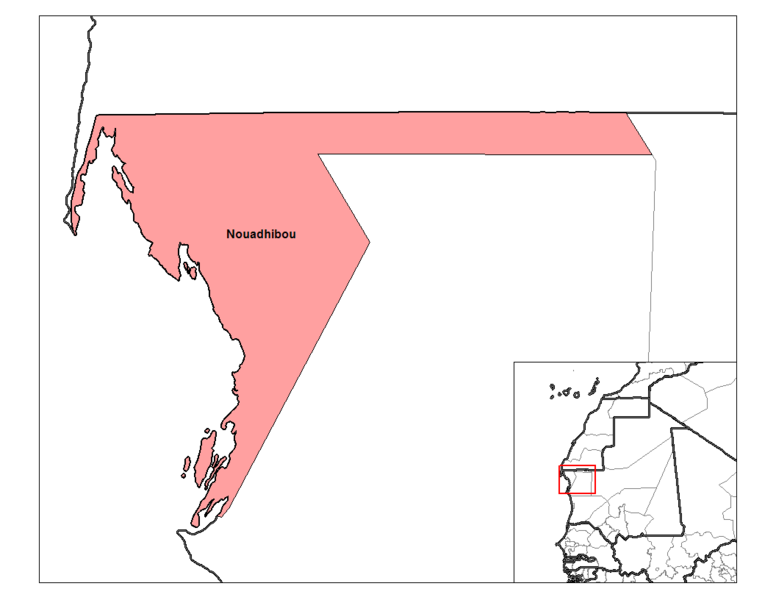
- Vols charters Atar-Marseille en saison touristique, entre octobre et avril.

- Autres localités (Chinguitty, Ouadane) accessibles par route goudronnée ou bonnes pistes

- Principales zones couvertes par opérateurs téléphonie (Mauritel, Mauritel Mobiles, Mattel)

- Eau courante et électricité disponibles 24 heures sur 24 à Atar

* 1. **WILAYA DU DAKHLET NOUADHIBOU**

[](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/2/2f/Dakhlet_Nouadhibou_department.png)

***Caractéristiques de la Wilaya***

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 18.2%

- Taux de malnutrition aiguë : .4.4%

- Taux de malnutrition globale : 14.0%

- Nouadhibou édifiée au nord de la côte, à l’abri du Cap Blanc sur les hauteurs surplombant la baie du Lévrier, rade large et profonde

- La baie du Lévrier abonde en poissons (thons, raies, truites de mer, mérous, courbines, petits requins, bars, bonites, maquereaux ...)

- Les habitants de Nouadhibou sont les "stéphanois" ancien nom de la cité : "Port-Etienne".

- Capitale économique du pays, Nouadhibou en a été le premier port.

- Concentration économie maritime (flottes de pêches, industries de transformation du poisson etc.)

- Nouadhibou est aussi un port minéralier.

- Siège de la Société nationale des industries minières (SNIM) à Cansado.

- Arrivée du train minéralier deux fois par jour, avec minerai de fer des gisements de Zouérate.

- Présence de très nombreux quartiers précaires péri-urbains :

- Historiquement zone de passage des tribus nomadisant entre Sahara occidental et Mauritanie

- Populations sédentaires établies le long de la côte pratiquant la pêche.

- Habitat de la wilaya de deux types : tente des nomades et le Tikit des Imraguens sédentaires. Plus tard, baraques et maisons en dur.

- Situation géographique de la région et latitude la placent dans un désert froid tropical.

- Températures globalement douces : moyenne des minimales 16,76 °C, celle des maximales 27,32°C.  
- Prédominance de l'alizé maritime et de l'alizé continental.

- A partir du mois de juillet, la mousson souffle du sud.

- Végétation de Tamaris Sénégalensis sur les terres salées d'une bande large le long du littoral

- Richesse exceptionnelle de la faune chlyologique et ornithologique sur le Banc d'Arguin

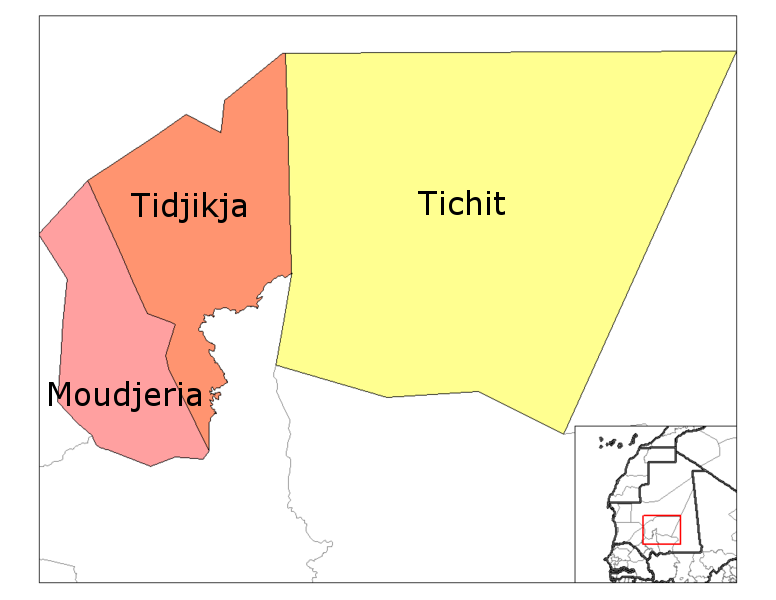
- En dehors du Banc d'Arguin, le tourisme dans la région se pratique aussi par le surf Casting

- Zone riche en vestiges archéologiques de presque tous les âges.

- Paléolithique dans la zone de Boulenoir et sur le littoral   
- Néolithique, sites de Morzouba, Boulenoir, Tintane, N'Talfa, le Tasiast, Chami, Bguent, Nouamghar.

- Ile de Tidra : sites néolithiques mais aussi vestiges almoravides du 11ème siècle.

* 1. **WILAYA DU TAGANT**

[****](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/7/7d/Tagant_Departments.png)

**Caractéristiques de la Willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 36.1%

- Taux de malnutrition aiguë : 13.3%

- Taux de malnutrition globale : 40.2%

- Occupation de l'espace expliqué par les cités du passé.

- Tichitt, Tidjikja et Rachid : trois cités dominantes de la région. Fondées et habitées par les Idaw Ali, les Chorfas, les Awlad Billa et les Kuntas.

- Les Bakhouga qui donneront les Idaw Aïch, ont fondé l'Emirat du Tagant.

- Habitat des principaux sites : de la paillote à la maison en banco ou en pierre.

- Le site de Ksar El Barka date du 18ème et 19ème siècle.

**-** Le Tagant est riche en gravures et peintures rupestres néolithiques et protoberbères.

- Climat sous la dépendance des anticyclones des Açores et de Sainte Hélène.

- A la fois influence de la latitude et de la continentalité.

- Températures élevées, dépassant parfois les 38°C entre avril et mai.

- Moyenne des minimales est de 21,4 °C, celle des maximales 34,9°C, soit une moyenne de 29,5°C.

- Au sud, végétation de steppe parsemée de touffes d'herbes, d'épineux du baobab et de buissons

- Végétation ligneuse assez intacte alors que les pâturages sont entamés par la sécheresse

- Tagant est relativement enclavé malgré la construction de la route goudronnée jusqu'à Tidjikja

- Plusieurs pistes reliant les localités mais en hivernage, accès chaotique à certaines zones

- Principales zones couvertes par les opérateurs de téléphonie (Mauritel, Mauritel Mobiles, Mattel).

- Eau courante et électricité sont disponibles 24 heures sur 24 dans la capitale et principales villes

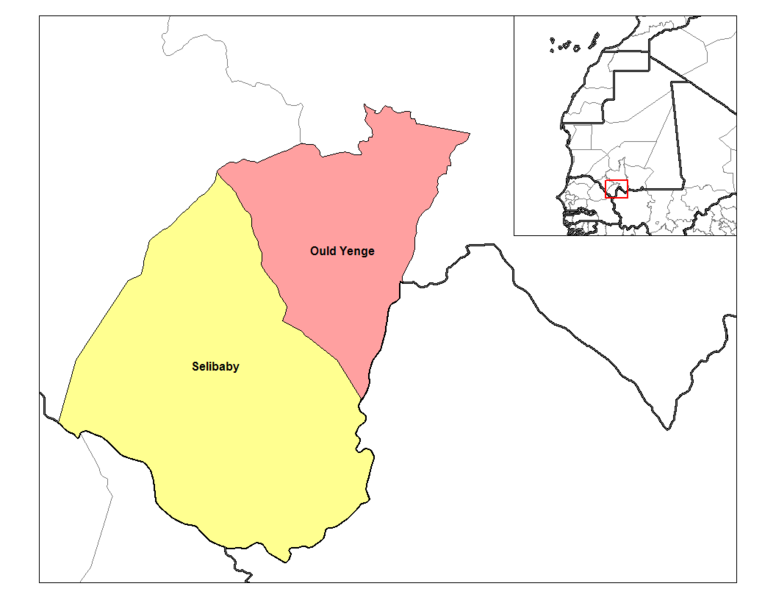
- Prolongement de l'Adrar, en matière d'activités touristiques,

- Attraction touristique du désert et des lieux historiques.

- le Dhar Tichitt et alentours : une aire culturelle continue datant du Néolithique.

- Principaux sites de cette aire sont : Akreïjit, Imdel, Akhdar et Touejineb.

* 1. **GUIDIMAGHA**

[](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/5/53/Guidimaka_departments.png)

**Caractéristiques de la Willaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 34.5%

- Taux de malnutrition aiguë : 16.0%

- Taux de malnutrition globale : 41.8%

- Exode migratoire très important en particulier en milieu Soninké :

- 60% le montant rapatrié par an par les travailleurs du Guidimakha résidant à l'extérieur.

- Les revenus de la migration se traduisent par une capacité d'investissement importante

- Investissement dans bétail, mosquée, maisons, barrages, prêts aux coopératives, réhabilitation d’infrastructures.

- Région qui reçoit cependant plus d'immigrants des régions limitrophes qu'elle n'envoie d'émigrants.

- Population composée  de trois communautés : Maure (Beidanes et Haratines), Al Poular et Soninké.

- Enclavement important, consécutif à l'érosion hydrique en période d'hivernage.

- Région la plus arrosée du pays (environ 500 mm/an en moyenne).

- Ecoulement saisonnier de nombreux cours d'eau (oueds, affluents du fleuve)

- Réservoir agro-sylvo-pastoral important pour l'économie du pays

- Erosion du relief et dégradation de la végétation.

- Difficultés de communication tant avec les wilayas du pays et entre les villes de la wilaya

- Evolution progressive baissière de la moyenne annuelle de pluviométrie entre 1980 et 2000,

- Températures dépassant parfois les 40°C en avril et mai, la moyenne se situant à 29,5°C.

- Evapotranspiration élevée.

* 1. **TIRS EZZEMOUR**



**Caractéristiques de la Wilaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 33.2%

- Taux de malnutrition aiguë : 4.3%

- Taux de malnutrition globale : 28.0%

- Tiris Zemour n'a jamais dans le passé constitué une entité politique distincte.

- Zone de confluence de tribus nomadisant entre la Saghia el hamra et les wilayas actuelles de Dakhlet Nouadhibou, de l'Adrar et de l'Inchiri .

- Peuplement berbérophone apparaissant entre 2 ème et 3 ème siècle de l'ère chretienne.

- Invasion de groupes arabes au 15 ème et début du 16 ème siècle

- Culture fondamentalement arabo-sanhajienne dominée largement par l'empreinte musulmane   
- Région qui offrait autrefois d'excellents pâturages et mode de vie nomade

- Elevage de camelidés occupant toutes les tribus.

- Aires des parcours connues et déplacements dictés par la rotation des saisons.

- Pénéplaine de faible altitude (250 à 400 m )

- Quelques reliefs résiduels : blocs de quartzite riche en fer de Guelbs Zednes Kedja d'idjil (900 m)  
- Plateaux du Zemour et pointe nord -Est taillés dans les grés et calcaires du bassin de Tindouf avec des tassilis , des crustas et des crêtes rocheuses ..   
- Alternance de regs pierreux et minces, granitiques et de massifs dunaires abondants : El Hammani au Sud-Ouest et Iguidi à l'est   
- Existence de sebkhas : dépression argilo-gypso-salifères. Sebkha D'Idjil d'Oum Dfèrat .

- Présence de quartzites ferrugineux, leptinites du précambrien

- Du point de vue hydrologique, pas d’eau de surface ; quelques sources comme à Cheggate

- Réseau hydrographique ancien développé uniquement dans la portion nord-ouest

- Oueds qui se perdent généralement dans les sebkhas   
- Rareté des eaux de pluie : le Gallemane dépourvu de tout chenaux d'écoulement.

- Maigre végétation d’accacias (Talhs, Tamaths ) et Salsolacée (scaff, khardeg) présente dans les lits d'oueds asséchés .

- Climat désertique aux rigueurs un peu atténuées par la proximité relative de l'océan

- Volumes annuels pluviométriques très faibles : 57.78 mm à Fdérick en 1942 et 38.5 mm en 1970

- Fortes variations journalières et saisonnières des températures de 5 ° en hiver à plus de 50° en été

- Vents dominants : alizés soufflant du nord -Est : Irifi en saison chaude, et Jeriba en saison froide

- Mousson au mois de juillet.

- Site touristique de Tenoumer : 200 km à l’Est de Zouérate : impact d’une météorite. Cratère de 1800 mètres de diamètre et plus de 100 m de profondeur

* 1. **WILAYA DE L’INCHIRI**





**Caractéristiques de la Wilaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 24.6%

- Taux de malnutrition aiguë : 15.1%

- Taux de malnutrition globale : 23.2%

- Eau courante principale source d'approvisionnement (43, 27 %) des ménages,

- 2,64 % des ménages seulement s'approvisionnent à partir de l'eau de surface (source).

- 31,58 % des ménages procèdent à l'achat d'eau à partir des citernes on des fûts.

- Principaux modes d'éclairage des ménages (78,90 %) : lampe à pétrole et bougie

- Electricité utilisée que par 0,44 % des ménages

- Télécommunications gérées par sociétés privées (Mauripost, Mauritel, Mattel, EMS, DHL).

- Réseau interurbain permettant des liaisons téléphoniques entre les villes du pays et l'extérieur

- Un central téléphonique, un réseau urbain, un relais radio et télévision à Akjoujt

- Cabines téléphoniques tenues par des privés et installées ça et là à travers la ville

- Acheminement du courrier assuré par les services de la Mauripost,

- EMS assure l'expédition rapide du courrier à l'intérieur du pays

- Pas de ports, ni aéroport ; la circulation des biens et des personnes par voie terrestre

- Transport terrestre des passages assuré par bus et taxis privés

- Transport des marchandises effectué par des gros camions remorques privés

- Volet tourisme qui s'inscrit dans le programme de développement et d'aménagement du littoral

- Activités touristiques basées sur les circuits de visite et d'ouverture élargis aux régions limitrophes

- Création de villages relais pour stimuler la réorganisation et modernisation de ceux existants.

* 1. **NOUAKCHOTT**

| [http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/f/f8/Mauritanie_carte.gif/300px-Mauritanie_carte.gif](http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:Mauritanie_carte.gif) |
| --- |

**Caractéristiques de la Wilaya**

Situation nutritionnelle chez les enfants 0 à 5 ans

- Taux de malnutrition chronique : 18.0%

- Taux de malnutrition aiguë : 6.1%

- Taux de malnutrition globale : 15.8%

**-** Nouakchott ville très récente située sur une ancienne zone de campement nomade

- Capitale aux fonctions politiques, administratives et culturelles (administration, justice, armée, enseignement...).

- Ville située au bord de l'[océan Atlantique](http://fr.wikipedia.org/wiki/Oc%C3%A9an_Atlantique).

- À l'origine *Ksar*, petit fort colonial surveillant la route commerciale reliant le [Maroc](http://fr.wikipedia.org/wiki/Maroc) au [Sénégal](http://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9n%C3%A9gal).

- Nouakchott : produit de la fusion entre ce Ksar et la cité administrative construite à partir de 1958

- Situation favorable du site: le plateau dunaire sur lequel est installé la capitale était fixe à l'époque

- Climat influencé de l'océan et plus doux qu'à l'intérieur des terres

- 1958 ; pose de la première pierre en présence du Général Charles De Gaulle et du Président mauritanien Mokhtar Ould Daddah :

- 500 habitants en 1958, 40 000 en 1970, 80 000 en 1980, 800 000 environ en 2008

- Entre 1962 et 1990, la superficie de la ville est passée de 240 à 8000 hectares

- Entre 1962 et 1990 : population a été multipliée par 81

- Migration vers la capitale des habitants des zones désertiques

- Lieu de concentration d'habitants et d’attraction pour de nouveaux migrants

- Grandes sécheresses des années 70 – 80 d’où migration des éleveurs nomades

- Importantes mutations sociales en 50 ans et forte sédentarisation

- La population urbaine représentait 6,4% de la population totale en 1962

- En 1962, Nouakchott représentait alors 0,6% de la population

- Aujourd'hui Nouakchott représente entre 25 et 30% de la population mauritanienne

- Dépassement des plans successifs d'urbanisation de la ville

- Entre 1962 et 1985 le nomadisme est passé de 75% à 15% environ de la population

- Incapacité du milieu naturel et de l’agriculture à nourrir l’ensemble de la population

- Problème majeur de la ville : le manque de gestion de sa croissance.

- Habitat informel massif et en augmentation régulière dans les quartiers péri-urbains

- Grande pauvreté dans les quartiers périphériques

- Population actuelle extrêmement cosmopolite

- Concentration des infrastructures sanitaires et sociales publiques et privées

- Activités commerciales très développées

1. FMI : Rapport sur les économies nationales : Mauritanie : N°07/40, janvier 2007 [↑](#footnote-ref-0)
2. EMIP, 2004 [↑](#footnote-ref-1)
3. BEIER C. "Assistance au secteur éducatif de base en Mauritanie", Rapport Mission inter agence PAM/OMS/FAO/UNESCO Novembre 2000 [↑](#footnote-ref-2)
4. Ould Dehah CMH. Profil de pauvreté alimentaire. Office National de la Statistique, Projet EPCV, Mauritanie Septembre 2001 [↑](#footnote-ref-3)
5. CSLCP : Volet Nutrition, 2001 [↑](#footnote-ref-4)
6. MS/DSSB : Atelier Survie de l’Enfant en Mauritanie, juin 2008 [↑](#footnote-ref-5)
7. ONS : Mauritanie en chiffres, 2006 [↑](#footnote-ref-6)
8. Ould Dehah CMH, Benzerrough N : Anémie chez les femmes en âge de procréer au Gorgol ; Université de Nouakchott/OMS, 2000 [↑](#footnote-ref-7)
9. Enquête nutritionnelle MS/UNICEF, 2008 [↑](#footnote-ref-8)
10. MI/UNICEF, 2004 [↑](#footnote-ref-9)
11. La faim cachée, OMS, 1995 [↑](#footnote-ref-10)
12. EDSM, 2000-2001 [↑](#footnote-ref-11)
13. Toutes ces informations sont tirées du document « Les habitudes d’exposition aux médias en Assaba et Nouakchott »réalisée par BEAS et Ministère de la Communication et des Relations avec le Parlement. Appui du FNUAP –Juin 2004 [↑](#footnote-ref-12)