



REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
Honneur – Fraternité - Justice
Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)



CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
DE LA NUTRITION

Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition 2016-2025

Avant-propos	4
Abréviations	5
Résumé exécutif	6
Introduction	11
CHAPITRE I	
ANALYSE DE LA SITUATION	
1.1. Contexte National	14
1.2. Analyse de la situation nutritionnelle des populations	15
1.3. Principales causes des taux élevés de malnutrition	17
1.4. Conséquences des taux élevés de malnutrition	22
1.5. Analyse de la réponse nationale et défis	23
CHAPITRE II	
ORIENTATIONS STRATEGIQUES	
2.1 Cadres de référence du plan stratégique multisectoriel de nutrition	29
2.2. Vision	29
2.3. But	29
2.4 Résultats attendus	30
2.5 Principes directeurs	30
2.6. Groupes cibles et zones d'investissements prioritaires	30
2.7 Cadre d'action pour la lutte contre la malnutrition	31
2.8 Cadre commun de résultats	32
CHAPITRE III	
MISE EN OEUVRE, FINANCEMENT ET CADRE DE SUIVI-EVALUATION	
3.1. Cadre de mise en œuvre	46
3.2. Dispositif national de coordination et de suivi	47
3.3. Financement	49
3.4. Cadre de suivi et d'évaluation	50
ANNEXE	
Indicateurs associés au cadre commun de résultats	54
Projet de décret révisé du CNDN	60

Une bonne nutrition soutient l'équité intergénérationnelle. Alors, que devons-nous faire différemment, si nous voulons garantir au couple mère-enfant une nutrition optimale ?

L'accès à une bonne nutrition a été longtemps prôné au nombre des droits humains, mais aujourd'hui l'exercice de cas d'investissement dans le domaine de la nutrition permet de générer des arguments pour amener les décideurs à mieux investir dans la nutrition et surtout à adopter des politiques de gouvernance qui permettent de s'attaquer aux causes fondamentales de la malnutrition au niveau des pays.

La légitimité du plan stratégique multisectoriel de nutrition vient des conséquences souvent irréversibles du double fardeau de la malnutrition, de la complexité de ses causes et de la nécessité d'y faire face selon une démarche multisectorielle, multidimensionnelle, multifactorielle, transdisciplinaire et multi acteurs. C'est pourquoi, à travers l'appui de l'UNICEF, le Conseil National de Développement pour la Nutrition (CNDN) a entrepris la révision du Plan d'Action Intégré de Nutrition (PAIN) sous forme de Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition (PSMN) afin de :

→ *guider le choix et la mise en œuvre des interventions sectorielles et intersectorielles ; ce qui aura pour impact de réduire la malnutrition, de freiner ainsi ce cycle récurrent de crises nutritionnelles et de renforcer la résilience des communautés face aux crises alimentaires et nutritionnelles.*

→ *offrir aux acteurs un cadre d'interventions consensuel multisectoriel et multipartite intégrant un cadre commun de résultats et une budgétisation des interventions spécifiques pour la période 2016 –2025.*

Ce plan stratégique multisectoriel de nutrition sera le cadre d'orientation pour tous les acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition :

→ *pour les Départements ministériels, il servira de base pour l'élaboration des plans d'actions spécifiques de chaque Département en conformité avec les responsabilités qui leur sont assignés, renforçant ainsi la redevabilité envers les résultats attendus,*

→ *pour les acteurs communautaires et le secteur privé, il servira d'orientation dans les choix de zones, de cibles et d'actions dans un esprit de renforcement de l'action gouvernementale et de complémentarité entre leurs interventions,*

→ *pour les partenaires techniques et financiers, il sera la référence de leurs appuis et de leurs interventions en matière de nutrition en venant en appui et en complémentarité avec l'action des différents acteurs nationaux.*

Les activités retenues dans le PSMN s'alignent sur les priorités nationales telles que définies dans la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (2016-2030) et leurs mise en œuvre contribuera à l'atteinte des objectifs de développement du pays.

Le défi résidera dans notre capacité ensemble à traduire les options stratégiques en matière d'intervention de nutrition en plans d'action d'opérationnalisation budgétisés conduisant à l'atteinte des objectifs fixés. Toutes les parties prenantes sont vivement invitées à mieux s'investir dans cette voie.

Abreviation

AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
BM	Banque Mondiale
CII	Collaboration Intra et Intersectorielle
CIN	Communication Intégrée en Nutrition
CHR	Centre Hospitalier Régional
CRCN	Commission Régionale de Coordination pour la nutrition
CNDN	Conseil National de Développement de la Nutrition
CSA	Commissariat pour la Sécurité Alimentaire
CS	Centre de Santé
CTP	Comité Technique Permanent
CTNDN	Comité Technique National de Développement de la Nutrition
CRENAM	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour cas modéré de malnutrition aiguë
CRENI	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Interne
CRENAS	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour cas sévère de malnutrition aiguë
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture
HR	Hôpital Régional
IMF	Institutions de Microfinances
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MA	Ministère de l'Agriculture
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MAM	Malnutrition Aiguë Modérés
MASEF	Ministère des Affaires Sociales de l'Enfant et de la Famille
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MIDEC	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MP	Ministère des Pêches
MS	Ministère de la Santé
ND	Non Défini (nécessite une enquête /étude de base pour les valeurs des indicateurs concernés)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office National de la Statistique
OSC	Organisations de la Société Civile
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCMAS	Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère
PSMN	Plan stratégique multisectoriel de nutrition
PS	Poste de santé
PFE	Pratiques familiales essentielles
PHA	Pratiques d'Hygiène et d'Assainissement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
CSPL	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

1. Contexte

A l'image de la plupart des pays du Sahel, la malnutrition est un problème de santé publique en Mauritanie. En effet, au cours de la dernière décennie, les différentes formes de malnutrition ont connu des fluctuations assez importantes d'une année à l'autre et au cours d'une même année entre la période de soudure et celle post-récolte. S'ajoute à cela un retard de croissance chez plus de 20% des enfants de moins de 5 ans et des carences en micronutriments affectant une bonne frange de la population. Malgré les efforts entrepris par le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers, la réponse développée reste largement insuffisante au regard des besoins du Pays. C'est pourquoi, un processus de révision et d'actualisation du Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN) a été initié à travers un Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition (PSMN). Ce plan vise, à travers une approche multisectorielle, à identifier et regrouper les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition afin d'apporter une réponse concertée aux causes directes et sous-jacentes de la malnutrition et servir ainsi de cadre d'orientation pour tous les acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition.

2. Situation nutritionnelle du Pays

La prévalence de la malnutrition aiguë est marquée par une situation de crise avec des seuils qui dépassent 15% en juin-juillet dans certaines régions du Sud et Sud-Est du pays (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha, Hodh El Chargui et Hodh El Gharbi). La constance de cette variation en dépit des interventions d'urgence montre que les facteurs causaux sont plus structurels que conjoncturels, et justifie amplement la mise en œuvre d'une approche programmatique multisectorielle s'inscrivant à moyen et long terme.

L'insuffisance pondérale a connu une baisse significative de 66% passant de 48% à 20,4% entre 1990 et 2015. Bien que la réduction ait été conforme à l'Objectif 1 des OMD, elle cache des disparités régionales avec les régions du Sud, Centre et Sud Est qui restent encore fortement affectées.

Le retard de croissance connaît un rythme de réduction moins marqué que celui du déficit pondéral depuis 2008. Il est évalué en 2015 à 21 %¹ avec des situations critiques au niveau des Wilayas de Hodh el Chargui et Tagant où les prévalences sont comprises entre 30 et 40%. Certaines régions comme le Gorgol, le Trarza, Nouadhibou et Nouakchott ont des prévalences de malnutrition chronique considérées comme acceptables selon l'OMS car inférieures à 20%. Les régions restantes sont en situation sérieuse de malnutrition chronique avec des prévalences comprises entre 20 et 30%.

Pour les carences en micronutriments, on note (i) une anémie en période de soudure chez plus des deux tiers (71%) des enfants de 6 à 59 mois, (ii) une faible couverture des ménages (17,4 %) en sel adéquatement iodé (≥ 15 ppm d'iode) et (iii) une carence en vitamine A estimée à 48% chez les enfants en âge préscolaire.

Ces taux élevés de malnutrition sont liés à des causes immédiates au nombre desquelles on distingue les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants non encore optimales et la fréquence des maladies infectieuses et parasitaires ; et à des causes sous-jacentes qui comprennent (i) l'insécurité alimentaire, (ii) l'insuffisance d'accès et d'utilisation des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition par les enfants, les adolescentes et les femmes ainsi que (iii) les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement.

¹SMART 2015

Des causes structurelles constituent le socle de développement des différentes formes de malnutrition ; il s'agit en particulier de la pauvreté, de l'analphabétisme ; des catastrophes naturelles en particulier les sécheresses cycliques, de la dépendance alimentaire en matière de couverture des besoins alimentaires du Pays, et de l'insuffisance du pilotage, de la planification, de la coordination, du suivi et de l'évaluation de la réponse nationale en matière de nutrition.

3. Réponses apportées et principaux défis

L'action nationale de nutrition reste marquée par d'importants acquis et de nombreux défis qu'il faudrait prendre en compte dans le développement d'une réponse plus efficace et plus durable.

Le renforcement de la gouvernance de la nutrition à travers la mise en place du dispositif politique et technique de pilotage et de suivi, l'adoption de textes structurant (lutte contre la pauvreté, enrichissement des aliments, ..) et la mise en œuvre d'actions visant l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement sont autant d'opportunités venant compléter les acquis programmatiques intégrant (i) l'élaboration de stratégies nationales (de sécurité alimentaire, de protection sociale et de santé communautaire), (ii) l'existence d'un programme de supplémentation en vitamine A, (iii) la mise en œuvre d'intervention de transfert monétaire aux plus démunis et (iv) du suivi régulier de l'état nutritionnel et de la sécurité alimentaire.

Cependant, d'importants défis devraient être relevés par le PSMN afin d'atteindre ses objectifs ; il s'agit en particulier :

- des besoins de sensibilisation des planificateurs politiques sur les facteurs causaux de la malnutrition et ses conséquences sur le développement économique et social du pays, afin de les impliquer dans la lutte holistique contre le double fardeau nutritionnel;
- de la faible compréhension des liens entre les stratégies de sécurité alimentaire nationale – d'éducation de base – d'eau et assainissement – de santé d'une part et d'autre part, leur connexion avec les stratégies de nutrition;
- de la nécessité d'une amélioration de l'environnement législatif et réglementaire, afin de faire une place plus importante à la sécurité alimentaire et à la nutrition, notamment en ce qui concerne les allocations budgétaires ;
- de la non prise en compte de l'opportunité qu'offre le processus de budgétisation du Cadre des Dépenses à Moyens-Terme (CDMT) et des Plans Annuels d'Opérations pour l'accroissement du financement des programmes de nutrition ;
- de l'insuffisance en ressources adéquates (humaines, matérielles et financières) en matière de nutrition à tous les niveaux ;
- de l'insuffisance de synergies entre les différents partenaires ou parties prenantes du secteur de l'alimentation et de la nutrition et la verticalité des stratégies des programmes ;
- de l'approche conjoncturelle et une absence de planification holistique, conduisant ainsi à des interventions à spectres et impacts limités ;
- de l'insuffisance du suivi- évaluation des actions menées en faveur de l'alimentation et de la nutrition et de la faiblesse du système d'information sur la malnutrition.

4. Orientations stratégiques

Le plan s'inspire des cadres et directives visant l'amélioration de la nutrition des populations au niveau international, sous régional et national, en particulier (i) la Feuille de route 2016 - 2020 du Mouvement SUN, (ii) les Objectifs de développement durable (ODD) dont l'objectif 2 vise à « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable », (iii) les Objectifs de l'assemblée mondiale de la santé de 2012 qui fixe l'atteinte des objectifs mondiaux pour 2025 en matière de nutrition, (iv) la stratégie régionale africaine de nutrition (ARNS) 2015-2025 et l'initiative AGIR des pays sahéliens pour la résilience, ainsi que (v) la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (2016-2030) de la République Islamique de Mauritanie.

La vision du Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition est celle d'une République Islamique de Mauritanie exempte de faim et de malnutrition, en particulier chez les plus vulnérables que sont les enfants, les adolescentes et les femmes, avec un développement cognitif maximal chez ses enfants et une participation active des hommes et des femmes à son développement socio-économique durable. Tenant compte de cette vision, le PSMN vise à contribuer à assurer la survie et la qualité de vie des enfants à travers le cycle de vie et la mise en œuvre d'interventions multisectorielles dans le cadre de principes directeurs mettant en avant (i) l'engagement, l'appropriation et le leadership au plus haut niveau sur la vision et le but du PSMN, (ii) le respect des engagements internationaux, régionaux et nationaux de la Mauritanie en matière de sécurité alimentaire, de nutrition et de gouvernance, (iii) Un financement public à hauteur des enjeux et des engagements internationaux, régionaux et nationaux, (iv) le ciblage prioritaire des zones et des groupes les plus affectés par la faim et la malnutrition, (v) la multisectorialité impliquant quatre groupes d'intervenants : les secteurs gouvernementaux, les acteurs privés, la société civile et les partenaires techniques et financiers, (vi) l'approche communautaire avec implication des bénéficiaires dans les différentes étapes de gestion des programmes et projets de nutrition et (vii) la prise en compte du genre et de l'équité dans les différents programmes et projets de nutrition.

Pour cela, quatre résultats ont été fixés à ce PSMN d'ici 2025:

- La prévalence des enfants de faible poids de naissance est réduite de 37%² à 15%,
- La prévalence de la malnutrition aiguë globale sera réduite de 13%³ à 5%, en période de soudure;
- La prévalence de la malnutrition chronique sera réduite de 21%³ à 10%,
- La prévalence de l'anémie chez les enfants (6 à 59 mois) et chez les femmes en âge de procréer sera réduite d'environ 50%, c'est-à-dire, respectivement, de 71,6% et 72,6%⁴ à 35%.

Le cadre d'action de cette lutte contre la malnutrition aura quatre domaines d'intervention à savoir :

- L'accès aux aliments de qualité,
- Le développement de l'éducation y compris une communication pour le développement ciblée et adaptée,
- L'eau, l'hygiène et l'assainissement,
- Et l'amélioration des soins de santé et de nutrition.

²MICS 2015

³SMART 2015

⁴SMART 2012

5. Cadre de résultats

Cinq axes stratégiques d'action couvrent ces différents domaines et sont soutenus par un axe stratégique transversal garantissant à la réponse l'efficacité, l'efficience et la durabilité nécessaires.

Axe stratégique	Impacts	Effet	Secteurs clés
1. Disponibilité, accès durable et consommation d'une alimentation suffisante de qualité	<i>Les enfants, les adolescentes et les mères ont accès et consomment des aliments de qualité et en quantité suffisante en toute période en quantité suffisante</i>	1. La production alimentaire animale et végétale est suffisante et diversifiée pour prévenir les carences nutritionnelles	Sécurité alimentaire
		2. Les programmes de protection sociale contribuent à une alimentation équilibrée/variée des ménages, surtout des membres les plus vulnérables	Protection social/Santé & Nutrition
2. Adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	<i>Les mères adoptent des pratiques adéquates d'ANJE</i>	1. Les nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois et ensuite d'une alimentation complémentaire adéquate	Santé & Nutrition / Sécurité alimentaire Education
		2. La scolarisation des filles augmente et prépare suffisamment les adolescentes aux comportements adéquats en matière d'ANJE	
3 : Conditions d'hygiène, d'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les ménages, les écoles et les structures de santé favorables à la nutrition	<i>Les enfants, leurs mères et les adolescentes vivent dans des conditions d'hygiène acceptables</i>	1. Les femmes, adolescentes et enfants utilisent une source d'eau potable améliorée	Eau, hygiène, assainissement /Santé/ Education
		2. Les ménages ont une hygiène de vie acceptable, ne les exposant pas aux maladies (hydriques ou transmises par les selles) ou aux autres contaminations	
4. Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition	<i>Les enfants, les adolescentes et les mères bénéficient de soins adéquats de santé et de nutrition</i>	1. Les enfants, les adolescentes et les mères ont un accès géographique et financier à des services intégrés de santé et de nutrition répondant au besoin de prévention et de prise en charge	Santé & Nutrition/ commerce et industrie
		2. Les mères et les enfants bénéficient de mesures de prévention et de contrôle des carences en micronutriments	
		3. L'accès aux services de dépistage et de prise en charge de la malnutrition aiguë de qualité à travers des mécanismes durables est renforcé	
5. Prévention et prise en charge du surpoids/obésité	<i>Les conséquences du surpoids sont en réduction</i>	1. Les adolescents et les adultes adoptent des comportements en faveur d'un poids «adéquat» et de la réduction des conséquences du surpoids	Santé & Nutrition/ Jeunesse et sport
		2. Les d'adultes présentant un surpoids/obésité bénéficient du suivi, d'accompagnement et de pris en charge	
6. Engagement, Pilotage, coordination, suivi et évaluation de l'action de nutrition	<i>Le cadre de pilotage, de coordination, de suivi et évaluation favorise l'atteinte des résultats des cinq axes d'action</i>	1. Dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel et implique les principaux intervenants de la nutrition	Coordination multisectorielle
		2. Le Plan stratégique multisectoriel de nutrition est opérationnalisé à travers des Plans d'action sectoriels synergiques	
		3. Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel est mis en place et assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle et suivi efficace de l'action de nutrition	

6. Mise en œuvre, financement, suivi et évaluation

Quatre principaux groupes d'intervenants impliqués dans l'élaboration du présent plan stratégique, seront chargés de la mise en œuvre et du suivi et évaluation du Plan stratégique ; il s'agit : du secteur gouvernemental, du secteur privé, du monde académique et de la société civile. Les partenaires techniques et financiers des différents départements ministériels seront impliqués dans le pilotage, le financement, la coordination et le suivi et évaluation du PSMN.

Suivant l'orientation du PSMN, chaque acteur de mise en œuvre élaborera un plan de mise en œuvre plus détaillé intégrant les tâches à accomplir suivant un timing précis (mensuel, trimestriel, etc.) et selon le modèle sectoriel en vigueur.

Sur la base des évidences, 76 millions \$US seront nécessaires pour permettre aux interventions spécifiques de contribuer à l'atteinte des cibles fixés en 2025 soit un investissement de 7,6 millions \$US par an. Toutefois, l'analyse des allocations budgétaires en 2016, montre qu'en 2015, le budget dédié à la nutrition par rapport au budget annuel représentait 2.40% (2.19% dépensés). La part des interventions spécifiques par rapport au budget dédié à la nutrition représentait 7.40% (6.88% dépensés) soit un montant annuel de 824,300 \$US (294,275,500 Ouguiya). Ce qui représente 11% des besoins de 7,6 millions de dollars par an. À l'absence d'une contribution des partenaires techniques et financiers, une augmentation régulière de 45% sur 6 ans (2017 – 2022) des allocations budgétaires serait nécessaire pour atteindre le plan de financement des interventions spécifiques de nutrition. Toutefois, les sources de financement ciblées comprennent : le budget de l'état, des collectivités locales, les partenaires techniques et financiers, les ONGs, les fondations du secteur privé et la responsabilité sociale d'entreprise (secteur minier, télécommunications, banques etc.).

La coordination de cette mise en œuvre sera assurée par un dispositif institutionnel piloté par le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) qui implique des représentants des cinq groupes d'intervenants y compris le secteur privé et la société civile. Les démembrements nationaux (CTNDN) et régionaux (les CRCN) du CNDN, ayant une composition assez représentative de l'instance nationale, assurent techniquement le pilotage, la coordination, le suivi et l'évaluation des plans de mise en œuvre et rendent compte périodiquement au CNDN pour la prise des décisions qui s'imposent. Un accent particulier sera mis sur la recherche de financements innovants. Pour un suivi efficace de la mise en œuvre du PSMN et une évaluation régulière des progrès vers l'atteinte des cibles d'effets et de produits, un système de suivi clair, intégré et multisectoriel de nutrition sera développé autour des entités nationales et régionales de coordination et de suivi. Le cadre de performance et de redevabilité s'appuiera sur les indicateurs associés au cadre commun des résultats et un suivi multisectoriel annuel sera établi sous le leadership de l'instance nationale de coordination, sur la base des rapports annuels de performance élaborés par les organismes d'exécution et synthétisés par les CRCN et le CTNDN. Les systèmes d'information de la santé (SNIS), de l'éducation, de la sécurité alimentaire, de l'élevage, de l'agriculture, de la pêche et des autres départements, ainsi que les études et recherches, mettront à disposition les données qui alimenteront ces différents rapports.

Introduction

A l'image de la plupart des pays du Sahel, la malnutrition est un problème de santé publique en Mauritanie. En effet, au cours de la dernière décennie, les différentes formes de malnutrition ont connu des fluctuations assez importantes d'une année à l'autre et au cours d'une même année entre la période de soudure et celle post-récolte. Cette situation a connu son paroxysme en 2012 où certaines régions jusqu'ici épargnées ont connu une augmentation sans précédent des taux de malnutrition aiguë globale. Par ailleurs, le retard de croissance reste au-dessus de 20% depuis 2008 dans quasiment toutes les régions du pays avec les régions du nord qui affichent les taux les plus élevés. A cela s'ajoute des carences en micronutriments affectant une bonne frange de la population. En contrepartie, l'action reste largement insuffisante, avec, à titre d'exemple, trois quart des enfants qui ne bénéficient pas d'allaitement maternel exclusif.

Face à cette situation particulièrement préoccupante, le Gouvernement avec ses réformes socio-économiques donnant la priorité au développement humain, à l'amélioration de la situation des plus démunis et de la situation nutritionnelle, a pris un réel engagement dans la lutte contre la malnutrition en prenant en compte le caractère multisectoriel et multi-causal de la malnutrition à travers l'adoption du texte mettant en place le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) et ses démembrements. Par ailleurs, le pays s'est aussi engagé à soutenir les initiatives dans le domaine du renforcement de la nutrition par son adhésion à l'initiative « Renewed Effort Against Child Hunger » (REACH) et au mouvement « Scaling Up Nutrition » (SUN).

En 2011, le Gouvernement de Mauritanie a élaboré un premier draft du Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN), couvrant la période de 2011 à 2015, en vue d'une mise à l'échelle des interventions en nutrition dans un cadre intégré et holistique. Ce Plan incluait 17 interventions, structurées en cinq domaines prioritaires adressant les causes directes et sous-jacentes de la malnutrition. Malgré l'engagement étatique et les efforts consentis pour la conduite d'une étude de « cas d'investissement » pour soutenir les efforts d'opérationnalisation du PAIN, sa mise en œuvre a tardé à se mettre en place.

C'est pourquoi, sous les orientations du Comité Technique Permanent du Conseil National de Développement de la Nutrition, un processus de révision / actualisation du Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN) a été initié sous forme d'un Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition (PSMN). Il envisage, à travers une approche multisectorielle, d'identifier et de regrouper les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition afin d'apporter une réponse concertées aux causes directes et sous-jacentes de la malnutrition. Il cherche à opérationnaliser et à mettre à l'échelle des interventions à impact prouvé selon une approche de gestion axée sur les résultats.

CHAPITRE 1

ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. Contexte National

La République Islamique de Mauritanie se trouve dans l'une des régions agro-écologiques les plus contraignantes de la planète. Pays sahélo-saharien, situé dans l'Ouest Africain sur un vaste territoire de 1.030.700 Km², la Mauritanie dispose d'une façade maritime de 740 km. Il est caractérisé par un climat chaud et sec. Les précipitations y sont rares et la pluviométrie varie de 500 à 50 mm/an du Sud au Nord. Le fleuve Sénégal constitue le seul cours d'eau permanent dans le pays. Sous l'effet des sécheresses récurrentes, sa végétation s'amenuise globalement en allant du Sud vers le Nord. Le désert qui avance à grand pas (de 10 km par an), occupe déjà les 3/4 du territoire national et occasionne une chute notable des rendements du secteur agropastoral, l'un des piliers de l'économie mauritanienne. Les crises alimentaires qui en découlent se manifestent avec plus ou moins d'acuité selon les zones, avec des conséquences notables sur le statut alimentaire et nutritionnel des populations.

Le dernier recensement général de la population (RGPH) de 2013, estimait à 3.458.990 habitants, la population totale. Le taux de croissance démographique est de l'ordre de 2.9% par an, avec 18,5% d'enfants de moins de cinq ans et 23% de femmes en âge de procréer.

Cette population est très jeune avec 44 % âgés de moins de 15 ans, et 76% dont l'âge est inférieur à 35 ans. Avec une telle structure par âge de la population, le pays fait face actuellement à une forte demande d'accès aux services de base (éducation, santé, et l'emploi)⁵.

L'âge moyen du mariage entre 20 et 29 ans pour les femmes et à partir de 29 ans pour les hommes avec une prépondérance de la monogamie.

Nouakchott, la capitale du pays abrite au moins 23% de la population totale, suivi de Hodh El Chargui 11%. Les Wilayas d'Inchiri et Tiris Zemmour étant les moins peuplées avec moins de 1% de la population totale. Le sexe ratio est de 0,97 avec 49% d'hommes et 51% de femmes. La population mauritanienne se compose de quatre grandes ethnies que sont les Arabes, les Pullars, les Soninkés et les Wolofs.

Le taux de chômage, au sens du BIT s'établissait à 10,1% en 2012, avec de grandes différences entre milieu rural (4,4%) et urbain (16,6%). On constate que les jeunes et les femmes sont les premières victimes du chômage.

La Mauritanie demeure un pays à faible niveau de développement humain (avec un IDH de 0,467 soit 155ème rang sur les 187 pays classés)⁶. La Mauritanie est l'un des pays où les taux de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile sont les plus élevés. On estime la mortalité maternelle à 620 décès pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infanto juvénile à 118 pour 1000 avec 75 pour 1000 avant la 1^{ère} année de vie. Même si la tendance de ces indicateurs est à l'amélioration, le rythme de réduction des taux de mortalité est trop lent du fait entre autre des faiblesses du système de santé, de l'insuffisance d'utilisation des services préventifs et curatifs de santé, de la fréquence répétée des urgences et de la faible résilience des populations.

Le taux d'accès à une source d'eau améliorée est de 62%⁷. Ce taux cache des disparités entre les régions. Le taux de pratique de la contraception chez les femmes mariées est 11,4% (MICS) et l'indice synthétique de fécondité moyen de 4, 3% (RGPH 2013) avec une variation régionale.

⁵Rapport National sur le Développement Humain 2015

⁶Rapport mondial sur le développement humain de 2012

⁷MICS 2015

1.2. Analyse de la situation nutritionnelle des populations

→ La **prévalence de la malnutrition aiguë** est marquée par une situation de crise avec des seuils qui dépassent 15% en juin-juillet dans certaines régions du Sud et Sud-Est du pays (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha, Hodh El Chargui et Hodh El Gharbi)⁸. Cette situation a connu son paroxysme en 2012 où certaines régions jusqu'ici épargnées comme le Tagant ont connu une augmentation sans précédent des taux de malnutrition aiguë globale. Bien que les années 2011 et 2012 soient considérées comme des années particulièrement difficiles, les tendances montrent que la situation est similaire aux années antérieures avec une augmentation des taux de malnutrition aiguë pendant la période de soudure suivi d'une accalmie pendant la période post-récolte.

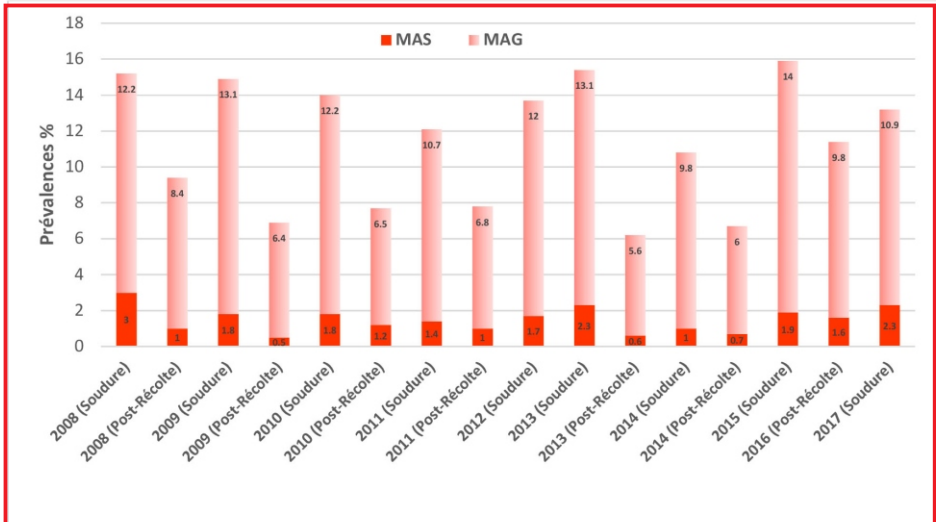


Figure 1 : Evolution de la malnutrition aiguë entre les périodes de soudure et post-récolte de 2008 à 2017.⁹

La constance de cette variation en dépit des interventions d'urgence montre que les facteurs causaux sont plus structurels que conjoncturels, et justifie amplement la mise en œuvre d'une approche programmatique multisectorielle s'inscrivant à moyen et long terme. Aussi, la récente crise au Mali avec l'afflux de réfugiés sur le territoire national a contribué à déstructurer le tissu économique en aggravant la pression sur les maigres ressources naturelles et le pâturage donc sur le cheptel, principal source de revenu des régions du Sud-Est du pays entraînant une insécurité alimentaire croissante et ses conséquences sur l'accès à une alimentation suffisante et de qualité.

⁸SMART 2015

⁹Enquêtes SMART de 2008 à 2017

→ **L'insuffisance pondérale** a connu une baisse significative de 66% passant de 48% à 20,4% entre 1990 et 2015. Bien que la réduction ait été conforme à l'Objectif 1 des OMD, elle cache des disparités régionales avec les régions du Sud, Centre et Sud-Est qui restent encore fortement affectées. régions comme le Gorgol.

→ **Le retard de croissance** connaît un rythme de réduction moins marqué que celui du déficit pondéral depuis 2008. Il est évalué en 2015 à 21 % avec des situations critiques au niveau des Wilayas de Hodh el Chargui et Tagant où les prévalences sont comprises entre 30 et 40%. Certaines le Trarza, Nouadhibou et Nouakchott ont des prévalences de malnutrition chronique considérées comme acceptable selon l'OMS car inférieur à 20%. Les régions restantes sont en situation sérieuse de malnutrition chronique avec des prévalences comprises entre 20 et 30%.

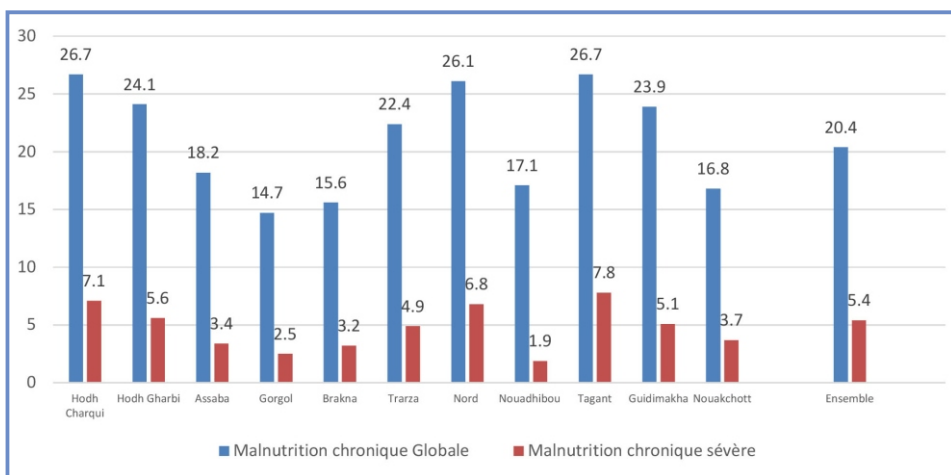


Figure 2 : Prévalence du retard de croissance par régions en Mauritanie (SMART, Juin 2015).

En ce qui concerne **les carences en micronutriments**, très peu de données récentes sont disponibles :

→ **Au sujet de l'anémie**, 71% des enfants de 6 à 59 mois étaient anémiés en période de soudure.¹⁰ Parmi ceux-ci, 28,5% étaient de forme légère, 40,0% de modérée et 3,1% de sévère. Toutes les régions avaient des taux d'anémie supérieures à 40%, seuil au-delà duquel la prévalence de l'anémie est considérée comme élevée. Les wilayas de Guidimakha (82,8%), du Hodh El Gharbi (81,7%) présentaient les taux les plus élevés alors que les taux les plus faibles se retrouvaient à Nouakchott (58,3%) et au Nord (55,4%). Cette prévalence de l'anémie était assez révélatrice du statut en micronutriments de la population en général et des enfants en particulier.

→ Pour ce qui est de la **carence en iode**, 52,7 % des ménages disposent du sel iodé.¹¹ L'analyse quantitative par titrimétrie a montré une faible teneur moyenne d'iode dans ce sel (11,5 ppm) et une faible couverture des ménages (17,4 %) disposant du sel adéquatement iodé (≥ 15 ppm d'iode). Bien que le niveau de goitre ait régressé de 30,9% en 1995 à 9,3% en 2012, des disparités sont observées entre les milieux urbains (8,2%) et ruraux (10,3%) et entre filles (8,1%) et garçons (10,7%).

¹⁰ SMART juillet 2012

¹¹ Enquête sur les troubles dus à la carence en iode (TDCI), avril 2012

→ Il n'existe pas d'enquête nationale documentant les **carences en vitamine A**, cependant, des données partielles estiment qu'elles seraient fréquentes chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. En effet, la carence en vitamine A a été estimée à 48% chez les enfants en âge pré-scolaire en 2009.¹²

La Mauritanie fait face au double fardeau de la sous nutrition chez les enfants et l'obésité chez les adultes. L'obésité est perçue en Mauritanie comme un véritable problème de santé publique. L'aspect esthétique du surpoids motive le gavage des jeunes filles. Il consiste à contraindre des jeunes filles à avaler de très grandes quantités de nourriture dès 9 à 11 ans. Les conséquences médicales du gavage sont multiples, facilitées par l'inactivité (maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, arthrose, Apnée du sommeil, le diabète et l'hypertension artérielle). La pratique du gavage des jeunes filles tend à disparaître dans les zones urbaines, mais elle reste présente dans les zones rurales même si les sécheresses consécutives ont décimé les cheptels d'animaux. En effet, dans ces dernières années, les femmes et les filles se tournent vers d'autres méthodes encore plus drastiques, comme la prise de produits contenant de la cortisone, incluant ceux destinés à attribuer un gain de poids aux bovins; des sirops développant l'appétit et même des médicaments psychotropes.

1.3. Principales causes des taux élevés de malnutrition

La figure 3 montre le cadre d'analyse de la situation nutritionnelle développé lors de l'atelier national de validation du Cadre de résultats. Conformément au cadre conceptuel des causes de la malnutrition, il en ressort que les déterminants de la situation nutritionnelle en Mauritanie sont multisectorielles.

¹² Global Nutrition Report ; Document de l'OMS de 2009

Situation nutritionnelle des enfants et des femmes en Mauritanie

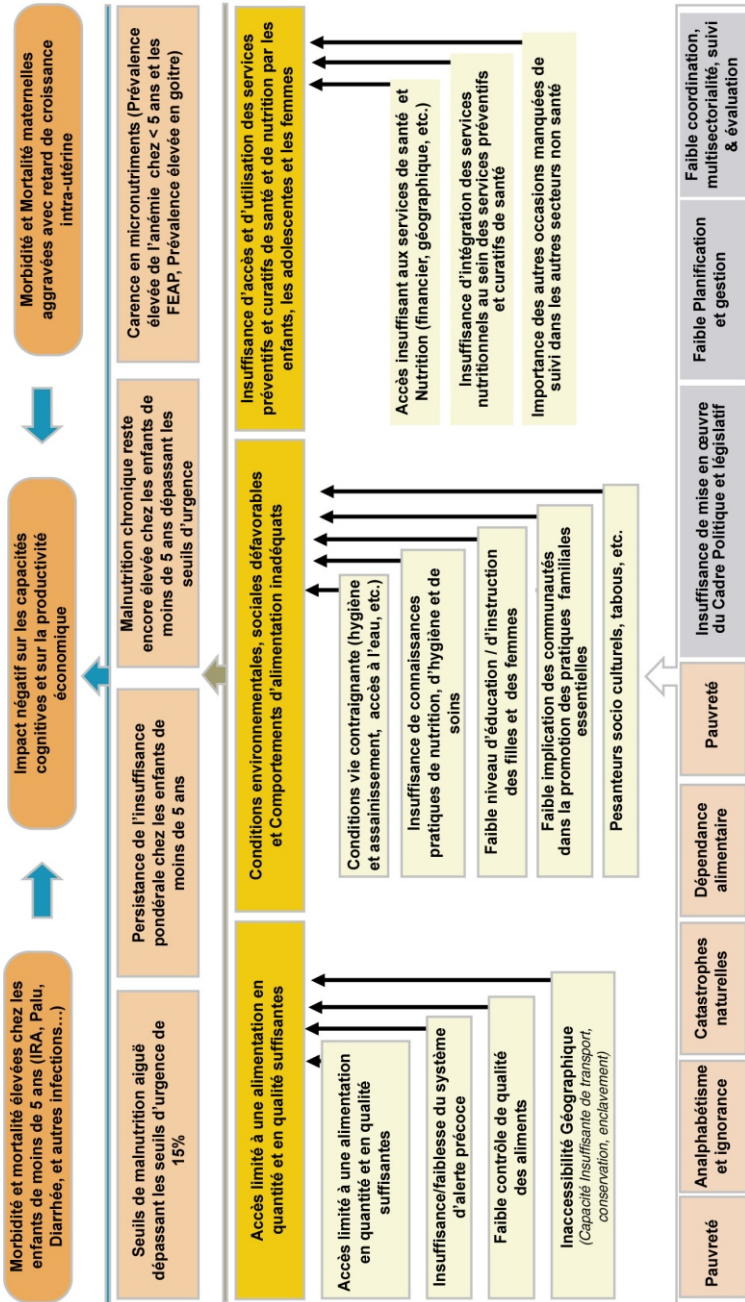


Figure 3 : cadre d'analyse de la situation nutritionnelle

Au nombre des causes immédiates, on distingue (1) les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants non encore optimales et (2) la fréquence des maladies :

(1) Les pratiques inappropriées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont parmi les obstacles majeurs au maintien d'un état nutritionnel adéquat, et contribuent aux niveaux élevés de malnutrition en Mauritanie. L'évolution des indicateurs clés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est inconsistante et très mitigée (Figure 4). En effet, ces indicateurs connaissent une évolution favorable en dents de scie qui ne semble pas être liée à une action de renforcement et de passage à l'échelle des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE. Ce qui laisse présager que des actions de consolidation sont nécessaires.

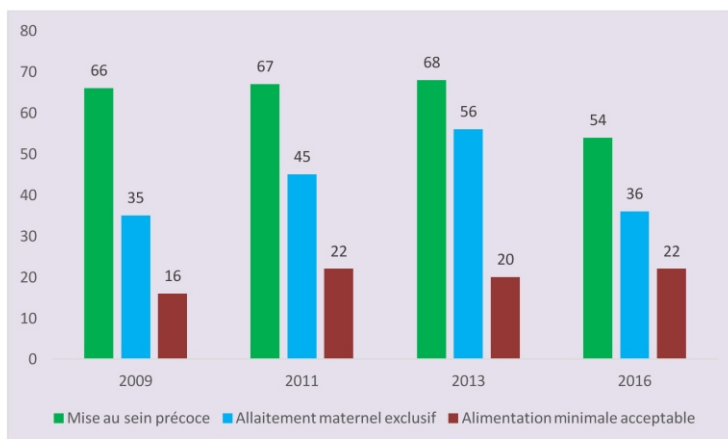


Figure 4 : Evolution des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant¹³

Certains éléments contextuels ne sont pas favorables à l'adoption des pratiques optimales d'ANJE :

- Faible niveau d'éducation / d'instruction des filles et des femmes,
- Surcharge de travail des femmes qui laisse peu de temps pour s'occuper des enfants,
- Pesanteurs socio culturelles, tabous, etc.

(2) Le profil épidémiologique du pays demeure marqué par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Le paludisme demeure la principale cause de maladie au niveau de la population avec des morbidités de 20,1% et 19,3% en milieu rural et urbain respectivement. Selon l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des ménages de 2014, la diarrhée représente la deuxième cause avec 9,3% des maladies affectant la population. Selon l'enquête SMART 2015, 16,6% des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédées l'enquête.

Au nombre des causes sous-jacentes, on distingue (1) l'insécurité alimentaire, (2) l'insuffisance d'accès et d'utilisation des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition par les enfants, les adolescentes et les femmes, (3) les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement :

(1) La période de soudure a un impact élevé sur la disponibilité des ressources alimentaires et les mécanismes de résilience des populations pour empêcher une dégradation de la situation nutritionnelle des enfants restent insuffisants.

¹³ Enquête SMART (2009-2016) .

Les résultats de la dernière enquête de suivi de la sécurité alimentaire des ménages de juillet 2013 révèlent que 23,7% de la population était en insécurité alimentaire soit pas moins de 800 000 personnes dont 190 000 en situation d'insécurité alimentaire sévère. Les Wilaya du Guidimakha (40%), Assaba (37,6%), Tagant (34,8%) et Gorgol (31,3%) enregistrent les taux d'insécurité alimentaire les plus élevés. Les autres facteurs limitant l'accès à une alimentation en qualité et en quantité suffisantes sont entre autres :

- la recherche limitée pour l'amélioration de la production animale et végétale,
- l'investissement limité dans les infrastructures de conservation et de transformation des productions alimentaires,
- l'incapacité des producteurs à lutter contre les fléaux (oiseaux granivores, etc.),
- la faible capacité de production intensive d'aliments (animale et végétale),
- le faible contrôle de qualité des aliments,
- l'accès limité à cause du coût élevé des aliments et du faible revenu des ménages,
- l'inaccessibilité géographique avec capacités insuffisantes de transport et de conservation, et enclavement de certaines zones.

(2) Le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est de 78%¹⁴; (ii) la proportion de ménages qui disposent d'une moustiquaire est de 45%. La densité des trois catégories de personnels sanitaires (médecins généralistes, de sage femme d'état et d'infirmiers ensembles) pour 10.000 habitants est restée durant les cinq dernières années en dessous de la norme de 23/10.000 habitants fixée comme seuil minimum requis pour l'offre de services de soins de santé maternelle et infantile. Cette densité théorique est passée de 7,6/10.000 habitants en 2011 à 11/10.000 habitants en 2016 et cache des grandes disparités entre les zones et les circonscriptions sanitaires du pays. Le suivi de la grossesse demeure insuffisant même si des progrès importants ont été réalisés si l'on sait que le taux de consultations prénatales est passé de 75,4% en 2007 à 84% en 2011. La carte sanitaire élaborée en 2014 a montré, l'existence de moughataa avec plusieurs structures sanitaires non pourvues par exemple en sage-femme et d'autres avec peu de formations sanitaires pourvues de grands nombres de sage-femme. Ce qui porte un sérieux préjudice à la disponibilité même des services de santé de base. La dispersion spatiale de la population occasionnée par la sédentarisation anarchique est un autre facteur qui vient compromettre aussi l'accessibilité aux personnels de santé qualifiés. En plus de l'insuffisance de la couverture en services de santé, l'accès insuffisant aux services de santé et nutrition (financier, géographique, etc.), les autres facteurs limitant sont entre autres :

- Ressources humaines compétentes en nutrition insuffisantes,
- Insuffisance d'intégration des services nutritionnels au sein des services préventifs et curatifs de santé,
- Importance des autres occasions manquées de suivi nutritionnel dans les autres secteurs non santé.

(3) L'accès à une eau potable et à une hygiène convenable, et l'élimination efficaces des selles sont d'importants facteurs de propagation des maladies transmissibles (maladies hydriques, paludisme, ...) qui peuvent affecter le statut nutritionnel des enfants.

¹⁴Rapport principal, évaluation du CSLP 2001-2015 ; juillet 2015

A l'échelle nationale, seuls 53% des ménages ont accès à l'eau potable avec forte disparité entre le milieu urbain et le milieu rural. La défécation à l'air libre et son corollaire de maladies diarrhéiques restent un problème de santé publique.¹⁵ En effet, selon l'EPCV de 2014 le pourcentage de ménages déféquant à l'air libre est évalué à l'échelle du pays à 35 % avec un taux de 58 % en milieu rural et 12 % en milieu urbain. La promotion de l'assainissement individuel est portée par l'ATPC (Assainissement Total Piloté par la Communauté). Depuis le démarrage de la mise en œuvre de l'ATPC en 2009, environ 2 500 localités ont été certifiées « Fin de la Défécation à l'Air Libre – FDAL » sur environ 7 200 localités de 20 à 5 000 habitants éligibles à l'ATPC soit 33% de réalisation. A la fin 2015, il reste environ 5 100 localités non certifiées FDAL dans le pays, sans compter les zones péri-urbaines dans lesquelles la situation de l'assainissement individuel n'est pas mise à jour. L'enquête MICS de 2011 a montré qu'à l'échelle du pays, un lieu spécifique pour le lavage des mains a pu être observé dans 53 % des ménages. Parmi ceux-ci, 56 % avaient à la fois de l'eau et du savon à l'endroit désigné, 18 % avaient de l'eau, mais pas de savon, 8 % avaient un savon disponible, mais pas d'eau et 13 % n'avaient ni eau ni savon. Au total, deux tiers des ménages (66 %) ont du savon quelque part dans le logement. Cette proportion est plus grande dans le milieu urbain (79 % contre 57 % dans le milieu rural).

Au nombre des causes structurelles des différentes formes de malnutrition, on distingue :

- (1) la pauvreté,
- (2) l'analphabétisme et l'ignorance ,
- (3) les catastrophes naturelles en particulier les sécheresses cycliques ,
- (4) la dépendance alimentaire avec une part considérable d'importation dans la couverture des besoins alimentaires du Pays ,
- (5) l'existence de monopole dans les importations de denrées alimentaires,
- (6) l'insuffisance de mise en œuvre du Cadre Politique et législatif ,
- (7) la faible qualité de planification et de gestion,
- (8) les difficultés dans la planification interdisciplinaire (insuffisance de cadres polyvalents) ,
- (9) l'insuffisance du système d'alerte précoce,
- (10) le manque de clarté dans l'établissement des priorités et dans l'attribution des responsabilités institutionnelles pour la mise en œuvre d'un plan d'action concerté en matière de nutrition pouvant avoir un impact réel sur les populations,
- (11) l'insuffisance de la coordination, de la multisectorialité, du suivi & de l'évaluation.

En dépit des retombées financières du pétrole et de l'exploitation minière, une frange importante de la population (31% en 2014) vit en dessous du seuil minimum de pauvreté et consomme moins de 2100 Kcal par jour ; « selon les différentes enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV), la pauvreté monétaire a enregistré une diminution continue : 51% en 2000, 46,7% en 2004, 42% en 2008, soit un rythme annuel moyen de régression d'environ 1,1% et 31% en 2014, soit un rythme annuel moyen de régression de 1,8% ; cette réduction a été plus forte dans le rural avec un taux moyen annuel de 2,5% contre seulement 0,7% en milieu urbain ».¹⁶

¹⁵MICS4, 2011

¹⁶Rapport d'évaluation globale du CSLP 2001-2015

L'urbanisation en Mauritanie s'accélère avec plus de la moitié de la population qui vit actuellement dans les villes. Contrairement aux ruraux, les citoyens dépendent entièrement du revenu monétaire pour leur survie, ce qui entraîne des écarts importants de revenus et d'accès aux services sociaux de base entre les différentes couches socio-économiques. Malgré une évolution favorable de l'incidence de la pauvreté, celle-ci constitue encore le lit du développement de la malnutrition sous toutes ses formes dans ces communautés pauvres, plus vulnérables. L'analphabétisme et l'ignorance assez marqués dans ces groupes accentuent leur vulnérabilité nutritionnelle quand on se rappelle le lien fort, et qui n'est plus à démontrer, entre le niveau de scolarisation de la mère et l'état de santé de ses enfants en bas âge. En effet, le taux net de scolarisation primaire est évalué à 61%. Le mariage avant l'âge de 15 est passé de 19% en 2007¹⁷ à 14,8% en 2011).¹⁸

Par ailleurs, et compte tenu de sa situation géographique, la Mauritanie est le pays du Sahel le plus affecté par les variations saisonnières de la pluviométrie et donc de la sécheresse et de la désertification. Les cycles répétés de sécheresse et la dégradation des ressources naturelles affectent structurellement et profondément les capacités productives des populations dans un pays où l'agriculture est majoritairement traditionnelle et peu rentable. Depuis la grande sécheresse de 1973, de nombreux facteurs structurels et conjoncturels impactent la sécurité alimentaire des populations les plus vulnérables et les rendent incapables de reprendre une situation normale et donc de renforcer leur résilience à ces phénomènes cycliques. Plus spécifiquement, le Sahel a été affecté en 2011 par une sécheresse qui, en Mauritanie, s'est traduite par une baisse de la production agricole de plus de 50% par rapport à la moyenne des cinq dernières années, d'importantes pertes de bétails dues à la raréfaction du pâturage et à l'assèchement des points d'eau.

1.4. Conséquences des taux élevés de malnutrition

En l'absence d'études nationales dégageant des corrélations et des causalités, les données mondiales sont mises à profit pour exposer les conséquences de la malnutrition tant sur les individus que sur le Pays, pour un meilleur investissement en faveur de la nutrition.

Au niveau individuel

Responsable de plus de 3 millions de décès chez les enfants dans le monde et contribuant pour 35% de morbidité infantile,¹⁹ la malnutrition serait donc responsable en partie du mauvais état de santé des enfants de moins de 5 ans et de la réduction lente des taux de mortalité infanto-juvénile.

Pour les adolescentes victimes de malnutrition, le retard de croissance qui en découle – et donc la petite taille – expose ces futures mères à des problèmes de santé lors des périodes de grossesse et d'accouchement.

Par ailleurs, la malnutrition aurait pour conséquence un retard de développement psychomoteur et cognitif des enfants des milieux les plus défavorisés le plus souvent vivant en insécurité alimentaire ; ce qui entretient cet état de pauvreté à cause des ruptures scolaires et de la faible productivité des adultes, en particulier les mères souffrant de malnutrition.

¹⁷MICS3 2007

¹⁸MICS4 2011

¹⁹Lancet series on maternal and child undernutrition, 2008

Au niveau national

La sous-nutrition est à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté.²⁰ La malnutrition a un coût économique lié à la fois (i) au coût de prise en charge des pathologies secondaires à l'état de malnutrition et (ii) au coût d'insuffisance de la productivité actuelle (adultes) ou future (enfants et adolescents) liée à cette situation. Il est estimé que la carence en vitamine A et en sels minéraux ferait perdre 38 millions de dollars au PIB du Pays²¹; le rapport mondial sur la nutrition de 2014²² estime de 8% à 20% de perte de PIB secondaire aux carences en vitamine A et en sels minéraux dans les pays d'Afrique connaissant un lourd fardeau de la malnutrition, y compris la Mauritanie. Par ailleurs, l'amélioration de l'état nutritionnel stimule la croissance économique.²⁰ En effet, la malnutrition en étant une cause de pauvreté, sa prévention constitue une action d'amélioration de l'état de pauvreté, et donc aura un impact positif sur la croissance économique.

1.5. Analyse de la réponse nationale et défis

1.5.1. Principaux acquis

L'engagement politique du développement de la nutrition se traduit par les actions suivantes de renforcement de la gouvernance de la nutrition :

- 1) Création en 2010 du Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) associé à un Comité Technique Permanent (CTP).
- 2) Adhésion de la Mauritanie au Mouvement international Scaling Up Nutrition (SUN) depuis le 19 mai 2011.
- 3) Conduite d'une phase pilote avec l'Initiative REACH. Il s'agit d'un partenariat multisectoriel entre le gouvernement le Système des Nations Unies, la société civile et le secteur privé visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants à travers le renforcement des capacités étatiques en matière d'analyse, planification, coordination et de mobilisation de ressources.
- 4) Elaboration d'une Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN).

²⁰Document de référence N°13, la lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure, CUE, septembre 2011

²¹Document de la Banque Mondiale 2011

²²Rapport Mondial sur la Nutrition - 2014

Par ailleurs, l'Etat mauritanien s'est engagé dans la mise en place de dispositifs et de mesures structurantes pour un environnement propices à l'amélioration du statut alimentaire et nutritionnel des populations intégrant les éléments suivants :

- *La loi d'orientation n°50-2001 du 18 juillet 2001 définissant l'éradication de la pauvreté comme la priorité première de toutes les politiques publiques dans un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté adopté en 2001, puis révisé en 2006 et en 2011;*
- *L'amélioration de l'accès des populations à l'eau potable;*
- *La mise en place par décret N°2002-17 du 31 mars 2002 d'un Comité Interministériel pour les Situations d'Urgence (CISU).*

Au nombre des acquis **programmatiques et institutionnels** figurent les éléments suivants :

- *l'élaboration d'une stratégie nationale de sécurité alimentaire,*
- *l'analyse et la révision des curricula de nutrition à l'Université et dans les écoles de santé publique,*
- *le renforcement du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë,*
- *le développement depuis 2007 d'une stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant,*
- *l'expérience dans la conduite d'intervention de supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage chez les enfants,*
- *l'adoption en 2004 du décret rendant obligatoire l'iodation du sel,*
- *l'adoption en 2010 du décret d'application pour l'enrichissement des aliments à grande échelle (farine de blé tendre en fer, acide folique, zinc et l'huile industrielle en vitamine A),*
- *la conduite d'interventions de transfert monétaire aux populations les plus démunies.*
- *la conduite périodique d'études stratégiques pour une visibilité de l'évolution des indicateurs de sécurité alimentaire et de nutrition (MICS, EDS, SMART et de l'étude sur le cas d'investissement en nutrition).*

1.5.2. Défis

Le niveau de couverture des interventions selon une approche multisectorielle reste encore limité. En effet, malgré les efforts du Gouvernement, l'amélioration du statut nutritionnel des populations n'est pas encore identifiée comme un objectif de planification de tous les secteurs de développement avec un niveau de financement approprié permettant d'infléchir ses effets délétères sur le bien-être de l'individu et le développement économique en général. Cette situation permet d'expliquer le faible niveau d'amélioration des indicateurs de nutrition et de pauvreté, rendant ainsi hypothétique l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et ceux de l'assemblée mondiale de la santé de 2012.

Ce présent plan stratégique se propose d'inciter à la mise en œuvre effective et à l'échelle des interventions directes et à renforcer les interventions sensibles à la nutrition qui sont souvent non optimisées en raison de défaillances d'engagement et de coordination. Le contexte d'intervention pour arriver à une situation optimale est très complexe avec la multiplicité des initiatives et d'acteurs. C'est pourquoi dans le domaine de la nutrition nous avons besoins d'acteurs qui ont non seulement de compétences techniques mais aussi de leadership (habilité à travailler avec et à travers les secteurs, gestion des relations, compétences collaboratives, gérer la résistance au changement et la bipolarité, résilience positive face aux obstacles).

De manière spécifique, les défis à relever par le Plan stratégique sont relatifs à :

- 1) l'insuffisance de synergies entre les différents partenaires ou parties prenantes du secteur de l'alimentation et de la nutrition ; ce qui se traduit assez souvent par (i) des interventions mal coordonnées et disparates et (ii) une utilisation peu rationnelle des ressources. Cela a eu pour conséquence une faible efficacité et un impact limité des actions en faveur des bénéficiaires,
- 2) l'approche conjoncturelle (de court terme des interventions) de la nutrition dans certains programmes sectoriels qui se focalisent sur les situations d'urgence et donc, une absence de planification holistique, conduisant ainsi à des interventions à spectres et impacts limités,
- 3) la verticalité des stratégies de bien des programmes avec une absence de la prise en compte de la nutrition comme un indicateur d'effet ou d'impact,
- 4) la faible compréhension des liens entre les stratégies de sécurité alimentaire nationale – d'éducation de base – d'eau et assainissement – de santé d'une part et d'autre part, leur connexion avec les stratégies de nutrition,
- 5) les besoins de sensibilisation des planificateurs politiques sur les facteurs causaux de la malnutrition et ses conséquences sur le développement économique et social du pays, afin de les impliquer dans la lutte holistique contre le double fardeau nutritionnel,
- 6) l'insuffisance en ressources adéquates (humaines, matérielles et financières) en matière de nutrition à tous les niveaux. Ceci rend difficile le travail au niveau communautaire et nécessite des actions immédiates et concertées entre gouvernement, secteur privé, partenaires techniques et financiers, monde académique, associations professionnelles et autres parties prenantes pour leur amélioration,

- 7) l'absence de ligne budgétaire spécifique à la nutrition ,
- 8) l'insuffisance dans l'application des politiques sur la gratuité de la prise en charge globale de la malnutrition (prise en charge du transport des accompagnants, prise en charge des accompagnants...),
- 9) l'insuffisance dans la coordination de la prise en charge de la malnutrition intégrée (CRENAM/CRENI/CRENAS),
- 10) la faiblesse de la surveillance de la malnutrition au niveau communautaire,
- 11) la faiblesse du système d'information sur la malnutrition (rareté d'enquêtes fiables ou scientifiquement éprouvées générant des données désagrégées, système d'Information Sanitaire peu performant),
- 12) l'insuffisance du suivi- évaluation des actions menées en faveur de l'alimentation et de la nutrition,
- 13) la nécessité d'une amélioration de l'environnement législatif et réglementaire, afin de faire une place plus importante à la sécurité alimentaire et à la nutrition, notamment en ce qui concerne les allocations budgétaires,
- 14) la prise en compte de l'opportunité qu'offre le processus de budgétisation du Cadre des Dépenses à Moyens-Terme (CDMT) et des Plans Annuels d'Opérations pour des actions de plaidoyer en faveur de l'accroissement du financement des programmes de nutrition.

CHAPITRE 2

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

2.1 Cadres de référence du plan stratégique multisectoriel de nutrition

Le plan s'inspire de tous les cadres et directives visant l'amélioration de la nutrition des populations au niveau international, sous régional et national :

→ **La Feuille de route 2016 - 2020 du Mouvement SUN** qui assigne aux pays des compétences associées à des résultats pour mesurer ladite ambition.

→ **Les Objectifs de développement durable (ODD)** dont l'objectif 2 vise à « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ».

→ **Les Objectifs de l'assemblée mondiale de la santé de 2012** qui fixe l'atteinte de 6 objectifs d'ici 2025 :

- (1) réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance,
- (2) réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer,
- (3) réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance ;
- (4) pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale,
- (5) porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %,
- (6) Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant.

→ **La stratégie régionale africaine de nutrition (ARNS) 2015-2025** qui réaffirme les objectifs de l'assemblée mondiale de la santé de 2012, et l'initiative AGIR des pays sahéliens pour la résilience.

→ **La Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (2016-2030)**: l'amélioration de l'état de santé et du statut nutritionnel des groupes les plus vulnérables que représentent les femmes et les enfants pourraient être de bons indicateurs de cette vision ou objectif de prospérité partagée.

→ Et tout autre document stratégique sectoriel incluant la nutrition ou la sécurité alimentaire tel que la stratégie nationale de la protection sociale,...

2.2. Vision

La vision du Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition est celle d'une République Islamique de Mauritanie exempte de faim et de malnutrition, en particulier chez les plus vulnérables que sont les enfants, les adolescentes et les femmes, avec un développement cognitif maximal chez ses enfants et une participation active des hommes et des femmes à son développement socio-économique durable.

2.3. But

Contribuer à assurer la survie et la qualité de vie des enfants à travers le cycle de vie et la mise en œuvre d'interventions multisectorielles.

2.4 Résultats attendus

Le plan stratégique multisectoriel de nutrition se propose d'atteindre les résultats suivants d'ici 2025 :

- La prévalence des enfants de faible poids de naissance est réduite de 37%²³ à 15%
- La prévalence de la malnutrition aigüe globale sera réduite de 13% à 5%, en période de soudure;
- La prévalence de la malnutrition chronique sera réduite de 20%²⁴ à 10%;
- La prévalence de l'anémie chez les enfants (6 à 59 mois) et chez les femmes en âge de procréer sera réduite d'environ 50%, c'est-à-dire, respectivement, de 72% et 73%²⁵ à 35%.

2.5 Principes directeurs

Pour être efficace, la mise en œuvre du PSMN sera guidée par les principes directeurs suivants :

- l'engagement, l'appropriation et le leadership au plus haut niveau sur la vision et but du PSMN ;
- le respect des engagements internationaux, régionaux et nationaux de la Mauritanie en matière de sécurité alimentaire, de nutrition et de gouvernance ;
- un financement public à hauteur des enjeux et des engagements internationaux, régionaux et nationaux ;
- le ciblage prioritaire des zones et des groupes les plus affectés par la faim et la malnutrition ;
- la multisectorialité impliquant quatre groupes d'intervenants : les secteurs gouvernementaux, les acteurs privés, la société civile et les partenaires techniques et financiers ;
- l'approche communautaire avec implication des bénéficiaires dans les différentes étapes de gestion des programmes et projets de nutrition ;
- la prise en compte du genre et de l'équité dans les différents programmes et projets de nutrition.

2.6. Groupes cibles et zones d'investissements prioritaires

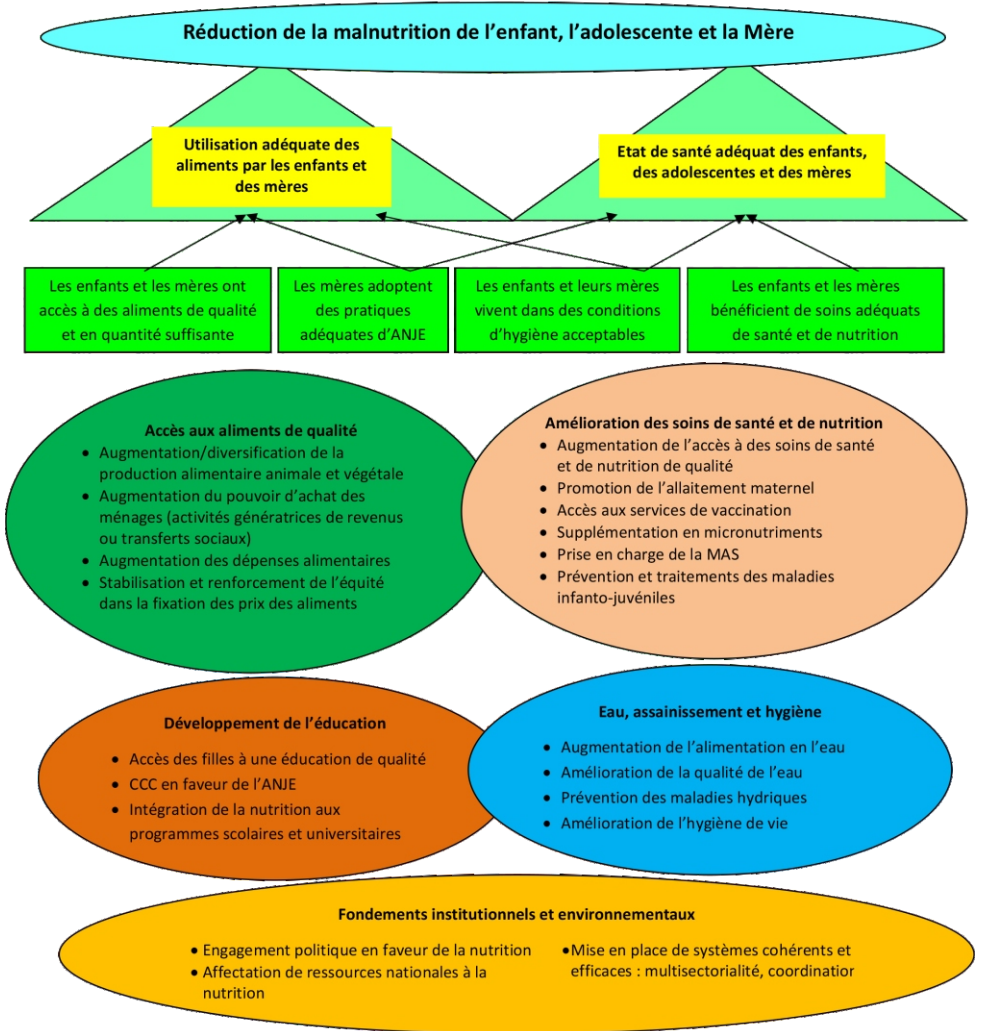
Tenant compte des orientations internationales, trois groupes seront au centre des intérêts de ce plan stratégique à travers le cycle de vie :

- les femmes en âge de procréer avec un accent particulier pour les adolescentes ;
- les femmes enceintes, accouchées récentes ou allaitantes ;
- les enfants de moins de 5 ans avec deux tranches distinctes en termes d'interventions prioritaires (0 - 23 mois et 24- 59 mois).

Concernant les zones prioritaires, le ciblage se basera sur l'évidence de l'analyse de la situation et sera périodiquement adapté à l'évolution de la situation nutritionnelle.

²³MICS 2015
²⁴SMART 2016
²⁵SMART 2012

2.7. Cadre d'action pour la lutte contre la malnutrition²⁶



²⁶inspiré du cadre d'action relatif à la nutrition, document de référence N° 13- Lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure : une approche intégrée par secteurs et modalité de l'aide, septembre 2011

2.8 Cadre commun de résultats

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés
1. Disponibilité, accès durable et consommation d'une alimentation suffisante de qualité	Les enfants, les adolescents et les mères ont accès et consomment des aliments de qualité et en quantité suffisante en toute période	1. La production alimentaire animale et végétale est suffisante et diversifiée pour prévenir les carences nutritionnelles	1) <i>La production en céréales et en légumes est augmentée</i>	Sécurité alimentaire
			2) <i>La production en viande animale et en lait est augmentée</i>	
			3) <i>La production en viande de poisson est augmentée</i>	
			4) <i>La politique nationale d'industrialisation a favorisé la transformation locale du poisson, de la viande bovine, du lait de vache et de certaines céréales et légumes essentiels</i>	
			5) <i>Les ménages utilisent une alimentation diversifiée grâce aux programmes de communications sociales</i>	
			6) <i>Les aliments mis sur le marché sont soumis au contrôle de qualité</i>	
		2. Les programmes de protection sociale contribuent à une alimentation équilibrée/variée des ménages, surtout des membres les plus vulnérables	1) <i>Les ménages les plus démunis bénéficient d'appuis financiers, renforçant leur sécurité alimentaire</i>	Protection sociale/Santé & Nutrition
			2) <i>Les ménages urbains et ruraux sont touchés par des programmes de communication pour un changement de comportement autour de l'importance de la consommation d'une alimentation variée dans la couverture des besoins nutritionnels pour la santé et le développement du ménage</i>	
			3) <i>Les augmentations des prix sont accompagnées de contremesures pour atténuer les conséquences négatives sur la sécurité nutritionnelle des ménages./</i>	



La production alimentaire animale et végétale est suffisante et diversifiée pour prévenir les carences nutritionnelles (effet attendu du secteur de la sécurité alimentaire)

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés
2. Adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	Les mères adoptent des pratiques adéquates d'ANJE	1. Les nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois et ensuite d'une alimentation complémentaire adéquate	<p>1) Un paquet intégré de services d'ANJE est effectivement mise en œuvre au niveau communautaire</p> <p>2) Les ménages les plus démunis ont des capacités de production vivrière pour atténuer l'impact des périodes de soudure (micro jardinage pour la disponibilité de produits maraichers à haute teneur nutritive, petit élevage amélioré)</p> <p>3) Le cadre juridique est favorable à la promotion et à la protection de l'allaitement maternel</p> <p>4) Les structures de santé au niveau communautaire (USB) primaire (PS et CS), secondaire (HR et CHR) et tertiaire (CHN) disposent de personnels de santé formés sur la conduite et la protection de l'allaitement maternel</p> <p>5) Les 10 conditions de succès de l'allaitement maternels sont mises en œuvre au niveau des structures de santé au niveau communautaires (USB) primaire (PS et CS), secondaire (HR et CHR) et tertiaire (CHN)</p> <p>6) Les femmes en grossesse ou en post-partum ont bénéficié de CCC ciblées autour de l'ANJE</p>	Santé & Nutrition / Sécurité alimentaire
		2. La scolarisation des filles augmente et prépare suffisamment les adolescentes aux comportements adéquats en matière d'ANJE	<p>1) Les écoles publiques au niveau rural ont un environnement favorable pour la scolarisation des filles.</p> <p>2) Les adolescentes ne se marient pas avant l'âge légal (18 ans) et terminent au moins l'enseignement secondaire</p> <p>3) Les femmes bénéficient de sessions d'alphabétisation</p> <p>4) Les programmes scolaires primaire et secondaire aussi bien que les cours informels de préparation à un métier intègrent systématiquement des leçons relatives à la nutrition et aux PFE</p>	Education



Photo : Araia Tamayo Alvarez

*Les nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois ensuite d'une alimentation complémentaire adéquate
(effet attendu des secteurs de la santé, de la nutrition et de la sécurité alimentaire)*



©UNICEF/Mauritanie/D. Corera/2015



©UNICEF/Mauritanie/A. Dragaj/2015

*La scolarisation des filles augmente et prépare suffisamment les adolescentes aux comportements adéquats en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
(effet attendu du secteur de l'éducation)*

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés
3 : Conditions d'hygiène, d'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les ménages, les écoles et les structures de santé favorables à la nutrition	Les enfants, leurs mères et les adolescents vivent dans des conditions d'hygiène acceptables	1. Les femmes, adolescentes et enfants utilisent une source d'eau potable améliorée	1. <i>Les ménages, écoles et structures de santé disposent de source d'eau améliorée offrant l'eau potable en quantité suffisante</i>	Eau, hygiène, assainissement /Santé/ Education
		2. Les ménages ont une hygiène de vie acceptable, ne les exposant pas aux maladies (hydriques ou transmises par les selles) ou aux autres contaminations	1. <i>Les ménages, écoles et structures de santé disposent d'installations sanitaires (latrines) améliorées</i> 2. Les femmes, adolescentes et enfants ont les connaissances minimales en matière de PFE liées à l'hygiène 3. <i>Les risques de contamination de l'environnement ont été définis et prévenus, et maîtrisés en cas d'apparition</i>	
4. Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition	Les enfants, les adolescentes et les mères bénéficient de soins adéquats de santé et de nutrition	1. Les enfants, les adolescentes et les mères ont un accès géographique et financier à des services intégrés de santé et de nutrition répondant au besoin de prévention et de prise en charge	1. <i>Les structures de santé au niveau communautaire (USB) primaire (PS et CS et secondaire (HR et CHR), ont les capacités nécessaires pour une offre adaptée de services intégrés de santé et de nutrition de qualité</i> 2. <i>Les services prioritaires de santé infantile et de nutrition sont gratuitement offerts aux enfants de moins de 5 ans</i>	Santé & Nutrition/ commerce et industrie
		2. Les mères et les enfants bénéficient de mesures de prévention et de contrôle des carences en micronutriments	1. <i>Le suivi prénatal et post-natal est mis à profit pour la meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant. (supplémentation en fer, acide folique, TPI.....)</i> 2. <i>Les enfants bénéficient de campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage</i> 3. <i>La fortification à domicile est introduite et passée à l'échelle en utilisant des systèmes adaptés de distribution</i>	



© UNICEF/Mauritanie/A.Dragaj/2015

Les femmes, adolescentes et enfants utilisent une source d'eau potable améliorée (effet attendu des secteurs Eau/hygiène/assainissement, Santé et Education)



© UNICEF/Mauritanie/A.Dragaj/2015



© UNICEF/Mauritanie, Centre d'Hygiène/Maui/2016

Les ménages ont une hygiène de vie acceptable, ne les exposant pas aux maladies (hydriques ou transmises par les selles) ou aux autres contaminations (effet attendu des secteurs Eau,hygiène,assainissement/Santé /Education)

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés
<p>4. Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition (suite)</p>			<p>4. Le secteur privé respecte le caractère obligatoire de la fortification de farine de blé en fer/acide folique, de l'huile en vitamine A et de sel en iode</p>	<p>Santé & Nutrition/ commerce et industrie</p>
		<p>5. Les mesures de lutte contre le paludisme sont renforcées</p>		
		<p>3. L'accès aux services de dépistage et de prise en charge de la</p>	<p>1. Le protocole de prise en charge et de suivi des enfants atteints de MAM ou de MAS est régulièrement adapté au besoin et aux avancées mondiales</p>	
		<p>malnutrition aiguë de qualité à travers des mécanismes durables est renforcé</p>	<p>2. Les communautés villageoises et les quartiers périurbains disposent de relais communautaires formés au dépistage et à la prise en charge communautaire des cas de malnutrition</p>	
			<p>3. Les membres de la communauté connaissent les conséquences de la malnutrition et peuvent identifier les signes précoces et chercher un traitement immédiat</p>	
			<p>4. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR), ont les capacités nécessaires pour une prise en charge et un suivi adéquats de la MAS</p>	
	<p>5. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR) ainsi que les structures communautaires, assurent le suivi, la prise en charge et le traitement des cas de malnutrition aiguë (MAM et MAS).</p>			



©UNICEF/Mauritanie/D Cissé/2016

Les mères et les enfants bénéficient des mesures de prévention et de contrôle des carences en micronutriments (Effet attendu des secteurs de la santé, de la nutrition, du commerce et industrie)



©UNICEF/Mauritanie/A Dragaj/2015

L'accès aux services de dépistage et de prise en charge de la malnutrition aiguë de qualité à travers des mécanismes durables est renforcé (attendu des secteurs de la santé et de la nutrition)

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés
5. Prévention et prise en charge du surpoids/obésité	Les conséquences du surpoids sont en réduction	1. Les adolescents et les adultes adoptent des comportements en faveur d'un poids « adéquat » et de la réduction des conséquences du surpoids	<p>1. Les adolescents et adultes ont bénéficié de CCC ciblées sur les dangers de la vie sédentaire et les bénéfices d'une activité physique régulière.</p> <p>2. Les adolescents et adultes ont accès à des périmètres et des infrastructures adaptés pour la pratique d'activités physiques</p> <p>3. Les adolescents et adultes ont bénéficié de CCC ciblées sur l'importance d'une alimentation équilibrée</p>	Santé & Nutrition/ Jeunesse/ sport
		2. Les d'adultes présentant un surpoids/obésité bénéficient du suivi, d'accompagnement et de prise en charge	<p>1. Les adultes présentant un surpoids sont informés sur l'importance et le processus de suivi et de prise en charge</p> <p>2. Les adultes présentant un surpoids ont accès à des structures de santé capables d'assurer le suivi et la prise en charge</p>	
6. Engagement, Pilotage, coordination, suivi et évaluation de l'action de nutrition	Le cadre de pilotage, de coordination, de suivi et évaluation favorise l'atteinte des résultats des cinq axes d'action	1. Dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel et implique les principaux intervenants de la nutrition	<p>1. L'instance nationale de coordination est réaménagée et redynamisée pour la rendre fonctionnelle</p> <p>2. L'allocation budgétaire annuelle pour la nutrition est en progression constante dans les différents départements ministériels</p> <p>3. Les entités décentralisées et déconcentrées de coordination sont réaménagées, mises en place et rendues fonctionnelles</p> <p>4. La situation nationale et les situations régionales de la malnutrition sont régulièrement suivies par l'instance nationale de coordination et par les entités régionales et départementales de coordination</p> <p>5. Un système d'alerte précoce est fonctionnel et permet la mise en œuvre précoce d'une réponse adaptée (de prévention et de contrôle) en cas de</p>	Coordination multisectorielle



Les adolescents et les adultes adoptent des comportements en faveur d'un poids « adéquat » et de la réduction des conséquences du surpoids et les d'adultes présentant un surpoids/obésité bénéficient du suivi, d'accompagnement et de prise en charge (effets attendus des la santé, de la nutrition, Jeunesse et sport)



Le dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel et implique les principaux intervenants de la nutrition (effet attendu Ministère de l'économie et de finances abritant le point focal SUN en charge de coordination multisectorielle)

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés
			<i>le changement de comportement pour une meilleure nutrition est élaboré et mis en œuvre.</i>	
		2. Le Plan stratégique multisectoriel de nutrition est opérationnalisé à travers des Plans d'action sectoriels synergiques	<i>1. Le processus d'élaboration des plans opérationnels sectoriels est validé, mis en œuvre par les secteurs concernés en collaboration avec l'instance nationale de coordination et lesdits plans sont intégrés dans les plans d'action de ces secteurs</i> <i>2. Les besoins d'assistance technique – nationale ou internationale – sont synthétisés dans un plan d'assistance technique validé et piloté par l'instance nationale de coordination</i>	
		3. Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel est mis en place et assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle et suivi efficace de l'action de nutrition	<i>1. Le système unifié de suivi et évaluation est adopté par l'instance nationale de coordination, formalisé et vulgarisé auprès des différents intervenants</i> <i>2. Un plan de recherche est adopté et conjointement mis en œuvre</i> <i>3. Les principales informations stratégiques en relation avec la situation et l'action de nutrition sont périodiquement diffusées aux différents intervenants</i>	

Principales stratégies associées au cadre commun de résultats

- Partenariat avec le secteur privé
- Promotion de l'innovation
- Renforcement de capacité
- Renforcement des systèmes
- Prestation de services essentiels
- Passage à l'échelle des interventions
- Production, transformation, distribution, tarification
- Financement adéquat et pérenne
- Plaidoyer & communication institutionnel
- Communication pour changement social et de comportement
- Participation communautaire
- Coordination, renforcement de la multisectorialité
- Recherche, suivi-évaluation
- Décentralisation des interventions
- Renforcement de l'implication des collectivités locales
- Recours à des organisations communautaires de base
- Partenariat entre les acteurs communautaires et le système de santé
- Renforcement de la gouvernance de la nutrition au niveau central et local
- Contractualisation



Les programmes de protection sociale contribuent à une alimentation équilibrée/variée des ménages, surtout des membres les plus vulnérables (effet attendu des secteurs de Protection sociale, Santé & Nutrition)

CHAPITRE 3

**MISE EN OEUVRE, FINANCEMENT
ET CADRE DE SUIVI ET EVALUATION**

3.1. Cadre de mise en œuvre

Cette section vise à passer en revue les modalités de mise en œuvre du Plan stratégique tenant compte de la complexité de l'action de nutrition et de la nécessité d'une approche multisectorielle.

3.1.1. Pré-requis à la mise en œuvre

La mise en œuvre efficace du Plan stratégique nécessite :

- Un engagement politique et financier efficaces partant de l'impact négatif de la malnutrition sur le développement socio-économique du Pays et du retour d'investissement d'une action efficace en matière de nutrition ;
- L'appropriation de ce Plan stratégique par les différents acteurs, en particulier les Départements Ministériels tant au niveau national que régional et local ;
- La mise en place d'un cadre institutionnel garantissant une coordination, un suivi et une évaluation efficaces grâce à un ancrage institutionnel lui assurant à la fois « leadership » et souplesse.

3.1.2. Stratégie de mise en œuvre

Le plan stratégique multisectoriel est un outil qui donne une orientation globale et des éléments essentiels pouvant guider les acteurs dans la planification de leurs interventions. Pour faciliter le ciblage dans le Plan stratégique, et assurer la redevabilité dans l'atteinte des résultats, la colonne «secteurs clés» du cadre commun des résultats déterminent le ou les responsables de l'atteinte dudit produit ; en cas de plusieurs intervenants pour le même produit, la coordination prendra toute son importance en particulier au niveau opérationnel.

3.1.3. Principaux intervenants

Cinq groupes d'acteurs sont impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan stratégique.

a. Le secteur gouvernemental

Le texte mettant en place le Conseil National du Développement de la Nutrition prévoyait déjà l'implication des Départements ou institutions en charge de la justice, des affaires étrangères et de la coopération, de l'intérieur et de la décentralisation, des finances, de l'enseignement fondamental, des affaires islamiques, de la santé, de la pêche, du Commerce, de l'artisanat et du tourisme, du développement rural, de l'hydraulique et de l'assainissement, de l'industrie, de la communication, des affaires sociales, enfance et famille, de la sécurité alimentaire, des droits de l'homme et de l'action humanitaire. Ces différents ministères ont chacun un rôle à jouer dans la mise en œuvre de ce Plan stratégique ou sa facilitation.

b. Le secteur privé

L'accès aux aliments de qualité dépendant essentiellement des entreprises privées de l'agroalimentaire, ces intervenants sont déjà représentés au sein du Conseil National du Développement de la Nutrition et devraient jouer un rôle essentiel dans l'atteinte de certains résultats du Plan stratégique. Les sous-secteurs de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage, de la transformation et du commerce sont les principaux intervenants privés qui le feront à travers les Plans d'actions de leurs Départements de tutelle.

c. Le Monde académique

Au vu de l'insuffisance des données, la recherche en matière de nutrition constitue une des priorités du Plan stratégique ; mieux connaître sa situation pour mieux y répondre. C'est dans ce cadre que le monde académique prend toute son importance et qu'une collaboration plus étroite entre les autres secteurs et les institutions universitaires permettra de mieux orienter les actions et d'évaluer leur pertinence, leur efficacité et leur efficience.

d. Le secteur de la société civile

Les associations de la société civile intervenant dans le domaine de la nutrition sont prévues pour être représentées au sein du Conseil National du Développement de la Nutrition. Au vu de la place occupée par la communication et l'accompagnement pour un changement des comportements, ces acteurs de la société civile seront appelés, à côté des acteurs communautaires, à jouer un rôle essentiel au niveau local. Ces associations doivent également s'engager dans le plaidoyer, la mobilisation des ressources et veiller à l'application des engagements et textes réglementaires.

e. Les Partenaires techniques et financier

La diversité des domaines et des Départements concernés par l'action de nutrition justifie l'implication de la quasi-totalité des Partenaires techniques et financiers.

3.2. Dispositif national de coordination et de suivi

a. L'instance nationale de Coordination et de suivi

La mise en œuvre de ce plan repose sur l'intégration d'un ensemble d'interventions relevant de plusieurs secteurs regroupés en plateforme multisectorielle dans le cadre d'une instance nationale, le CNDN.

Selon le Décret N° 2010-208, ce Conseil National de Développement de la Nutrition a pour mission d'adopter la politique et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de nutrition; dans ce cadre, il assure le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le suivi du développement de la nutrition .

Pour mener à bien sa mission, le CNDN a pour attributions de créer un environnement institutionnel pouvant servir de cadre de discussion, d'ordonnancement et de coordination des démarches pour une participation effective dans la mise en œuvre de la politique définie. Le même décret précise que le Conseil approuve les politiques et plans de nutrition et veille à leur prise en compte dans l'ensemble des stratégies nationales (SCAPP, politiques sectorielles, ...) ; par ailleurs, il est chargé de :

- veiller à la multisectorialité et l'intersectorialité de l'action de nutrition ;
- assurer la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires au développement de la nutrition et à leur utilisation efficiente ;
- inciter chaque secteur à mener les actions qui lui sont spécifiques ;
- assurer le suivi et l'évaluation des actions de nutrition ;
- assurer l'arbitrage nécessaire dans le pilotage de l'action de nutrition.

Le CNDN est présidé par le Premier Ministre ; le Ministre en charge de l'Economie et du Développement en assure la vice-présidence; ses réunions régulières seront annuelles facilitant ainsi la reprogrammation annuelle sur la base de l'évaluation de l'année écoulée. Un consensus des parties prenantes a souhaité son allègement pour le rendre plus fonctionnel ; un projet de révision du décret est en annexe du PSMN.

b. Les démembrements du CNDN

Le CNDN est techniquement secondé par un Comité Technique National de Développement de la Nutrition (CTNDN). Ce CTNDN est l'organe technique national en charge de l'élaboration des documents de planification, de l'harmonisation de l'action de nutrition, de son suivi et de son évaluation, et de la préparation des réunions du CNDN. Les représentants des ministères en charge de l'économie et développement et de la santé assureront, à tour de rôle annuel, la présidence et la vice-présidence du Comité ; tous les départements concernés y sont représentés, en plus des secteurs privé, académique et de la société civile. Le CTNDN tient des réunions trimestrielles de suivi.

Le CNDN et le CTNDN sont appuyés dans leurs fonctions par un Comité technique permanent (CTP) jouant le rôle de secrétariat permanent ; il se compose de cinq membres permanents nommés par le Premier Ministre à cet effet, et s'élargira en cas de besoin à d'autres responsables gouvernementaux ou acteurs de la nutrition.

Au niveau régional, la Commission Régionale de Coordination de la Nutrition (CRCN) a pour mission de piloter, coordonner et suivre l'action de développement de la nutrition dans la région et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources au niveau régional. Elle est présidée par le Wali avec comme rapporteur, le Directeur Régional de l'Action Sanitaire (DRAS), et comme membres, les responsables des services régionaux des Départements et Institutions représentées au CNDN, y compris les représentants de la société civile et du privé. Le CNDN et le CTNDN sont appuyés dans leurs fonctions par un Comité technique permanent (CTP) jouant le rôle de secrétariat permanent ; il se compose de cinq membres permanents nommés par le Premier Ministre à cet effet, et s'élargira en cas de besoin à d'autres responsables gouvernementaux ou acteurs de la nutrition.

Au niveau régional, la Commission Régionale de Coordination de la Nutrition (CRCN) a pour mission de piloter, coordonner et suivre l'action de développement de la nutrition dans la région et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources au niveau régional. Elle est présidée par le Wali avec comme rapporteur, le Directeur Régional de l'Action Sanitaire (DRAS), et comme membres, les responsables des services régionaux des Départements et Institutions représentées au CNDN, y compris les représentants de la société civile et du privé.

3.3. Financement

Les sources de financement ciblées comprennent : le budget de l'état, des collectivités locales, les partenaires techniques et financiers, les ONGs, les fondations du secteur privé et la responsabilité sociale d'entreprise (secteur minier, télécommunications, banques etc.). Un accent particulier sera mis sur la recherche de financements innovant pour combler les gaps de financement.

Le coût des interventions spécifiques a été estimé en utilisant les coûts unitaires supplémentaires calculés au niveau mondial pour atteindre les objectifs de l'assemblée mondiale de la santé en matière de nutrition dans 10 ans comme ci-après :

- réduction de 40% de la prévalence du retard de croissance ;
- réduction de 50% de la prévalence de l'anémie au sein des femmes en âge de procréer ;
- augmentation du taux d'allaitement maternel pendant les six premiers mois à au moins 50% ;
- augmentation du nombre de cas de malnutrition aiguë sévère traités (91 millions de cas de MAS traités).

Les interventions spécifiques prises en compte dans l'estimation des coûts intègrent les éléments suivants

- **Pour la femme enceinte et allaitante** (conseils en matière d'allaitement maternel, éducation à l'alimentation complémentaire, suppléments de fer et d'acide folique, l'accès aux micronutriments pendant la grossesse, supplémentation équilibrée en protéine et énergie pendant la grossesse, traitement préventif intermittent contre le paludisme pour les femmes enceintes).
- **Pour l'enfant** (suppléments de vitamine A, supplémentation prophylactique en zinc, fortification à domicile avec les poudres de micronutriments, l'accès à une alimentation complémentaire adéquate, traitement de la malnutrition aiguë sévère).
- **Pour la population générale** (fortification des denrées de base, politiques sociales favorables à l'allaitement maternel, stratégie médiatique pour promouvoir l'allaitement maternel).

L'analyse des allocations budgétaires en 2016, montre qu'en 2015, le Budget dédié à la nutrition par rapport au budget annuel représentait 2.40% (2.19% dépensés). La part des interventions spécifiques par rapport au budget dédié à la nutrition représentait 7.40% (6.88% dépensés) soit un montant annuel de 824,300 \$US (294,275,500 Ouguiya). Ce qui représente 11% des besoins de 7,6 millions de dollars par an. À l'absence d'une contribution des partenaires techniques et financiers, une augmentation régulière de 45% sur 6 ans (2017 – 2022) des allocations budgétaires serait nécessaire pour atteindre le plan de financement des interventions spécifiques de nutrition.

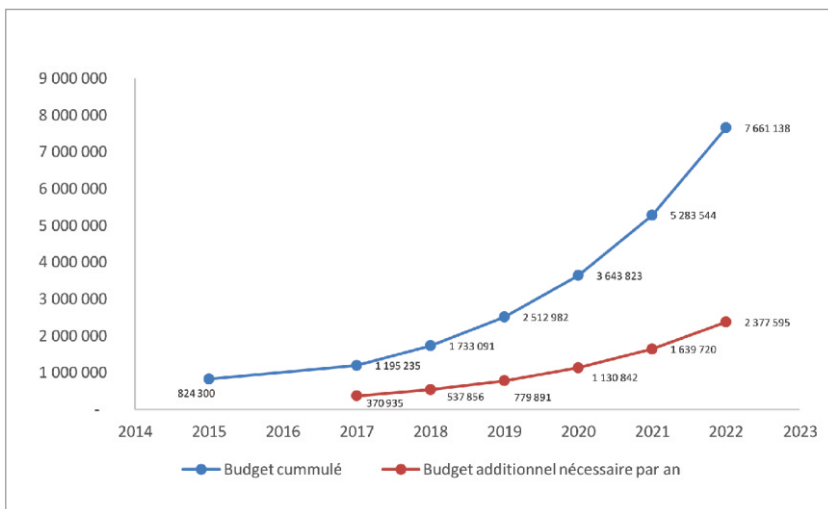


figure5 : Projection des allocations nécessaires pour satisfaire les besoins annuels en ressources pour les interventions spécifiques de nutrition.

3.4. Cadre de suivi et d'évaluation

Le système actuel de suivi et d'évaluation des actions de nutrition se compose de systèmes fragmentés entre les Départements ministériels, les acteurs de la société civile, les intervenants du privé et les partenaires techniques et financiers. Pour un suivi efficace de la mise en œuvre du Plan et une évaluation régulière des progrès vers l'atteinte des cibles d'effets et de produits, un système de suivi clair, intégré et multisectoriel de nutrition sera développé autour des entités de coordination et de suivi de la nutrition. De manière plus spécifique :

→ La Commission Régionale de Coordination de la Nutrition est en charge de collecter les rapports des différents départements qui seront analysés au cours d'une réunion trimestrielle présidée par le Wali (qui transmettra le rapport trimestriel y inclus des propositions au Comité Technique National du Développement de la Nutrition).

→ Le Comité Technique National du Développement de la Nutrition analyse les rapports trimestriels régionaux et prend les dispositions techniques qui s'imposent ou au besoin se réfère au CNDN.

→ Le Conseil National du Développement de la Nutrition reçoit les rapports semestriels du Comité Technique National du Développement de la Nutrition synthétisant les réalisations, les contraintes et les innovations durant le semestre écoulé. Il prend des décisions d'orientation nationale lors de la reprogrammation annuelle.

3.4.1. Cadre de performance et de redevabilité

Le cadre de performance et de redevabilité s'appuiera sur les indicateurs associés au cadre commun des résultats qui sont présentés en annexe.

3.4.2. Cadre institutionnel de suivi et évaluation

Un suivi multisectoriel annuel sera établi sous le leadership de l'instance nationale de coordination, le CNDN. Tous les organismes d'exécution présenteront des rapports annuels sur l'état d'avancement et la performance des indicateurs cibles au Comité Technique National du Développement de la Nutrition qui le synthétisera dans un rapport annuel unique et le présentera au CNDN ; une cellule permanente de traitement de l'information, de suivi des recommandations et de capitalisation sera mise en place à cet effet au sein du Comité Technique National du Développement de la Nutrition. Une revue annuelle permettra à l'ensemble des intervenants dans le cadre de la nutrition de prendre connaissance des actions menées et des progrès notés sur la voie de l'atteinte des résultats du Plan stratégique.

Les systèmes d'information de la santé (SNIS), de l'éducation, de la sécurité alimentaire, de l'élevage, de l'agriculture, de la pêche et des autres départements, ainsi que les études et recherches, mettront à disposition les données qui alimenteront ces différents rapports. Un manuel de procédures détaillera les différents circuits d'information et déterminera les différentes responsabilités dans la collecte, la synthèse, l'analyse et la diffusion de l'information stratégique.

ANNEXE

Indicateurs associés au cadre commun des résultats

Le processus d'élaboration a permis, de manière inclusive, d'adopter un cadre de résultats dégageant par axe stratégique les résultats attendus, les stratégies et les principaux intervenants.

Axe stratégique N°1 : Disponibilité, accès durable et consommation d'une alimentation suffisante de qualité.

Impact du 1^{er} axe stratégique : Les enfants, les adolescentes et les mères ont accès et consomment des aliments de qualité et en quantité suffisante en toute période.

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion des femmes 15-49 ans qui consomment des aliments appartenant au moins à 5 des 10 groupes (MDD-W).	ND	40% (progression de 5points par an)
Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant une alimentation minimum acceptable.	22% ¹	60%
Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu des aliments riches ou enrichis en fer le jour précédent.	ND	50% (progression de 5 points par an)

Effet 1.1. La production alimentaire animale et végétale est suffisante et diversifiée pour prévenir les carences nutritionnelles

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Part de couverture des besoins grâce à la production alimentaire nationale	20% à 50% ²	75%

Effet 1.2. Les programmes de protection sociale contribuent à une alimentation équilibrée/variée des ménages, surtout des membres les plus vulnérables

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion de ménages ayant une fréquence alimentaire minimale acceptable	76% ³	92%

¹Enquête SMART 2016

²Rapport d'évaluation globale du CSLP 2001-2015, MAED, juillet 2015

³FSMS Mauritanie 2015 (23,7% des ménages au Guidimakha consomment un seul repas par jour)

Axe stratégique N°2 : Adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Impact du 2^{ème} axe stratégique : Les mères adoptent des pratiques adéquates d'ANJE

Indicateur de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Pourcentage du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	20.4% ⁴	< 10%

Effet 2.1. Les nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire adaptés

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois mis au sein dans l'heure qui suit la naissance	54% ⁵	80%
Proportion de nourrissons de 0 à 6 mois alimentés exclusivement au lait maternel	36% ⁶	Au moins 75%
Proportion de nourrissons de 6 à 8 mois qui consomment des aliments solides, semi-solides ou mous	67% ⁷	75%

Effet 2.2. La scolarisation des filles augmente et prépare suffisamment les adolescentes aux comportements adéquats en matière d'ANJE

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Taux de scolarisation des filles	36% ⁸	80%
Proportion de filles achevant le cycle secondaire	23,7% ⁹	40%
Taux de mariage précoce (mariage des enfants < 18 ans)	14, % ¹⁰	<5%

⁴SMART Juin 2016

⁵SMART Juin 2016

⁶SMART Juin 2016

⁷SMART Juin 2016

⁸MICS 2015

⁹MICS 2011

¹⁰MICS, 2015

Axe stratégique N°3 : Conditions d'hygiène, d'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les ménages, les écoles et les structures de santé favorables dans les ménages

Impact du 3^e axe stratégique : Les enfants, leurs mères et les adolescentes vivent dans des conditions d'hygiène acceptables

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2020
Prévalence des maladies diarrhéiques	19,5% ¹¹	< 10%
Prévalence de la malnutrition chronique	20,4% ¹²	< 10%

Effet 3.1. Les femmes, adolescentes et enfants utilisent une source d'eau potable améliorée

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion de ménages ayant accès à une source d'eau améliorée	62% ¹³	90% ¹⁴
Proportion de structures de santé ayant accès à une source d'eau améliorée	ND	100%
Proportion d'écoles ayant accès à une source d'eau améliorée	<10%	70% ¹⁵

Effet 3.2. Les ménages ont une hygiène de vie acceptable, ne les exposant pas aux maladies (hydriques ou transmises par les selles) ou aux autres contaminations

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion de ménages ayant accès et utilisant des installations sanitaires améliorées (latrines)	40,4% ¹⁶	60%
Proportion villages/quartiers de villes déclarée FEDAL	ND	48%

Axe stratégique N°4 : Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition

Impact du 4^{ème} axe stratégique : Les enfants, les adolescentes et les mères bénéficient de soins adéquats de santé et de nutrition

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Prévalence du petit poids de naissance	37% ¹⁷	15%
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	72,6% ¹⁸	36%

¹¹MICS 2015.

¹²SMART 2016

¹³MICS 2016

¹⁴La SCAPP (CTS hydraulique) prévoit 100% en 2030

¹⁵La SCAPP (CTS éducation : 70% en 2025)

¹⁶MICS 2015

¹⁷MICS 2015

¹⁸SMART 2012

Effet 4.1. Les enfants, les adolescentes et les mères ont un accès géographique et financier à des services intégrés de santé et de nutrition répondant au besoin de suivi et de prise en charge

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Couverture sanitaire à moins de 5 km	78% ¹⁹	95%
Proportion de PS, de CS et d'hôpitaux intégrant un service de suivi et de prise en charge de la MAS	80%	100%
Proportion d'enfants malades de moins de 5 ans couverts par la gratuité des soins et ou une assurance maladie	0%	50%

Effet 4.2. Les mères et les enfants bénéficient de mesures de prévention et de contrôle des carences en micronutriments

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'enfants (12 à 59 mois) qui reçoivent les antiparasitaires adaptés	77,4% ²⁰	95%
Proportion d'enfants (6 à 59 mois) qui ont bénéficié d'une ou de deux doses de supplément en vitamine A dans l'année	83,9% ²¹	95%
Proportion de femmes qui ont reçu du fer et de l'acide folique durant la grossesse	ND	80%
Proportion d'enfants 6- 23 bénéficiant de la fortification à domicile	7% ²²	50%

Effet 4.3. Les enfants atteints de MAM et de MAS sont pris en charge de manière adéquate

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'enfants souffrant d'une MAM bénéficiant de prise en charge et de suivi adéquats	ND	80%
Proportion d'enfants souffrant d'une MAS bénéficiant de prise en charge et de suivi adéquats	60%	80%
Proportion d'enfants atteints de MAS pris en charge et guéris	>75%	>75%
Proportion d'enfants atteints de MAS pris en charge et en abandon	<15%	<15%
Proportion d'enfants atteints de MAS pris en charge et décédés	<10%	<10%

¹⁹DPCIS/MS

²⁰SMART décembre 2014

²¹SMART décembre 2014

²²Phase test d'introduction de la fortification à domicile au niveau de Guidimakha

Axe stratégique N°5 : Prévention et prise en charge du surpoids/obésité

Impact du 5e axe stratégique : Les conséquences du surpoids sont en réduction

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Prévalence du surpoids chez les adolescents	ND	AD
Prévalence du surpoids chez les moins de 5 ans	1,3% ²³	0%

Effet 5.1. Les adolescents et les adultes adoptent des comportements en faveur d'un poids « adéquat » et de la réduction des conséquences du surpoids

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'adolescents et d'adultes pratiquant périodiquement une activité physique	ND	AD
Augmentation d'espaces et structures de Sport	ND	AD

Effet 5.2. Les d'adultes présentant un surpoids/obésité bénéficient du suivi, d'accompagnement et de pris en charge

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'adultes présentant un surpoids et régulièrement suivis et pris en charge par un personnel de santé qualifié	ND	AD

Axe stratégique N°6 : Engagement, Pilotage, coordination, suivi et évaluation de l'action de nutrition

Impact du 6e axe stratégique : Le cadre de pilotage, de coordination, de suivi et évaluation favorise l'atteinte des résultats des cinq axes d'action

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion du budget dédié à la nutrition par rapport au budget annuel de l'Etat	2.40% ²⁴	> 20%
Part des interventions spécifiques par rapport au budget dédié à la nutrition	7.40% ²⁵	> 20%
Nombre de département Ministériel membre du Conseil National de Développement de la Nutrition ayant un point focal nutrition	3	10
Au moins 4 réunions de coordination multisectorielle par an	1	4
Au moins une revue annuelle de progrès avec les membres du Conseil National de Développement de la Nutrition.	Non	Oui

²³MICS 2015

²⁴Suivi Analyse Budgétaire 2013, 2014 et 2015 dans le cadre de l'atelier SUN de Nairobi 2016 sur le financement de la Nutrition.

²⁵Suivi Analyse Budgétaire 2013, 2014 et 2015 dans le cadre de l'atelier SUN de Nairobi 2016 sur le financement de la Nutrition

Effet 6.1. Dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel et implique les principaux intervenants de la nutrition

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Le dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel	Non	Oui
Le dispositif institutionnel de coordination et de suivi implique les principaux intervenants de la nutrition	Non	Oui

Effet 6.2. Le Plan stratégique multisectoriel de nutrition est opérationnalisé à travers des Plans d'action sectoriels synergiques

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
% de secteurs ayant intégrés les objectifs et actions de nutrition du Plan stratégique dans leurs plans sectoriels propres	0%	100%

Effet 6.3. Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel est mis en place et assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle et un suivi efficace de l'action de nutrition

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel est mis en place	Non	Oui
Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle	En partie	Oui
Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel assure un suivi efficace de l'action de nutrition	Non	Oui

PROJET DE DECRET REVISE DE CNDN

République Islamique de Mauritanie
Premier Ministère

Honneur-Fraternité-Justice

DGL

DGB

CF

Décret n°..... portant création, organisation et fonctionnement du Conseil National de Développement de la Nutrition

Le Premier Ministre,

Sur rapport du Ministre de l'Economie et des Finances

- Vu la constitution du 0 juillet 1991 rétablie et modifiée aux termes de la constitution n°2006-04 du 12 juillet 2006 ;
- Vu le décret n°157-2007 du 6 septembre 2007 relatif au conseil des Ministres et aux attributions du Premier Ministre et des Ministres ;
- Vu le décret n°094-2009 du 11 aout 2009 portant nomination du Premier Ministre
- Vu le décret
- Vu le décret
- Vu le procès verbal de réunion du comité interministériel en date du 11 février 2008 et à l'examen des documents relatifs au Conseil National de Développement de la Nutrition.

Le conseil des Ministres entendu le

DECRETE

Article Premier : Le présent décret crée, organise et fixe les attributions et règles d'organisation, de fonctionnement du Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN).

Article 2 : Le CNDN a pour mission d'adopter la politique et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de nutrition. Il assure le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le suivi du développement de la nutrition.

Article 3 : Le CNDN a pour attributions de créer un environnement institutionnel pouvant servir de cadre de discussion, d'orientation, d'ordonnancement et de coordination des démarches pour une participation effective dans la mise en œuvre de la politique définie. A cet effet, il est chargé de :

- Approuver les politiques et les plans d'actions sectoriels de développement de la nutrition et veiller à leur prise en compte dans l'ensemble des stratégies nationales (CSLP, politiques sectorielles....).
- Faire le plaidoyer pour une mobilisation nationale pour la nutrition ;
- Veiller à la multisectorialité de l'action dans le domaine de la nutrition ;

- Veiller à la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires au développement de la nutrition et à leur allocation efficace ;
- S'assurer que chaque secteur mène les actions qui lui sont spécifiques ;
- Assurer le suivi et l'évaluation des actions de nutrition ;
- Assurer l'arbitrage nécessaire en cas de besoin.

Article 4 : Le CNDN se réunit en début de chaque année afin d'évaluer le plan de l'année écoulée et adopter le plan de l'année en cours ; il peut se réunir exceptionnellement sur convocation de son président.

Article 5 : Le CNDN est composé comme suit :

- **Président : Le premier Ministre ;**
- **Vice président : Le Ministre en charge de l'Economie et du Développement**
- **Membres :**
 - Cinq ministres des cinq départements clés ; un arrêté du Premier Ministre fixera les Départements concernés
 - Le Conseiller chargé du dossier de la nutrition à la Présidence de la République et celui à la Primature
 - Un représentant de l'Association des Maires de Mauritanie (AMM)
 - Un représentant du secteur de l'agroalimentaire auprès de la chambre de commerce, d'industrie et de l'agriculture de Mauritanie
 - Un représentant du monde académique
 - Deux représentants de la société civile intervenant dans le domaine de la nutrition.

Article 6 : Le CNDN est appuyé par un Comité Technique National de Développement de la Nutrition (CTNDN).

Article 7 : Le CTNDN est chargé de :

- Coordonner l'élaboration et la mise à jour de la politique nationale de développement de la nutrition et du plan stratégique national de nutrition ;
- Donner un avis technique avant l'approbation par le CNDN, des plans d'actions sectoriels en matière de nutrition en veillant à ce que ces plans d'actions tiennent compte des orientations, des objectifs et des actions prioritaires ;
- Favoriser l'harmonisation des différents plans d'actions et la complémentarité des moyens mis en œuvre ;
- Coordonner et dynamiser la mise en œuvre des différents plans d'actions ;
- Soutenir la concertation technique régulière entre les différentes composantes (secteur public, secteur privé et société civile) ;
- Superviser la mise en œuvre des activités au niveau national en collaboration avec les hiérarchies administratives concernées (revue, suivi/évaluation, rapports périodiques...)
- Evaluer les besoins des intervenants nationaux et faciliter toutes les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions ;
- Rédiger un rapport semestriel au CNDN sur l'état de mise en œuvre de la politique nationale de développement de la nutrition et du Plan Multisectoriel National de Nutrition ;
- Veiller à la constitution et à la mise à jour d'une base de données nationale sur la nutrition.
- Préparer les différentes réunions du CNDN.

Article 8 : Le CTNDN est composé comme suit :

- **Président et vice-président :** Le Directeur représentant le Ministère en charge de l'Economie et du Développement ou Le Directeur représentant le Ministère en charge de la santé (à tour de rôle annuel)

- **Membres :**
 - Les Directeurs ou chefs de services représentant les Ministères en charge de la Justice, de l'Intérieur, de la Pêche, de l'Agriculture, de l'Elevage, du Commerce, de l'Hydraulique, de l'environnement, de la Communication, des Affaires sociales et de l'éducation, ainsi que le Département ou Institution en charge de la Sécurité Alimentaire
 - Un représentant de l'Association des Maires de Mauritanie (AMM)
 - Deux représentants du secteur privé
 - Un représentant du monde académique
 - Deux représentants de la société civile intervenant dans le domaine de la nutrition.

Article 10 : Le CTNDN se réunit une fois par trimestre ou exceptionnellement sur convocation de son président.

Article 11 : Le CNDN et le CTNDN sont appuyés dans leurs fonctions par un Comité technique permanent (CTP) jouant le rôle de secrétariat.

Article 12 : Le comité technique permanent se compose nominativement de cinq membres permanents et mis en place par arrêté du Premier Ministre

Article 13 : Le CNDN est représenté au niveau régional par des commissions régionales de coordinations du Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition.

Article 14 : La CRC du plan stratégique multisectoriel de nutrition a pour mission de piloter, coordonner et suivre l'action de développement de la nutrition dans la région et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources au niveau régional.

Article 15 : la CRC du plan stratégique multisectoriel de nutrition est chargée de :

- Veiller à la multisectorialité de l'action au niveau régional et assurer la concertation périodique entr les différents intervenants ;
- Piloter le processus de planification régionale de l'action de nutrition
- Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources de toute nature, nécessaires au niveau régional et veiller à leur répartition adéquate ;
- Suivre, évaluer et rendre compte au CNDN des résultats, obstacles et contraintes de l'action de Nutrition dans la région.

Article 16 : LA CRC du plan stratégique multisectoriel de nutrition se réunit une fois par trimestre ou exceptionnellement sur convocation de son président.

Article 17 : La CRC du PSMN est composée comme suit :

- Président : Le Wali
- Vice-Président : le Directeur Régional en charge de l'Action Sanitaire (DRAS)
 - o Membres : les responsables des services régionaux des Ministères et Institutions nationales représentés au sein du CTNDN et présents dans la région.
 - o Les Maires des communes centrales des Moughataas
 - o Deux représentants du secteur privé (agriculture ou élevage ou pêche ou commerce)
 - o Deux représentants de la société civile nationale

- o Deux représentants des partenaires au développement et ONG internationales présents dans la Région

Article 18 : La CRC du plan stratégique multisectoriel de nutrition peut décider de la mise en place de Groupes de Travail comprenant des experts membres ou non de la commission pour étudier des projets et des divers dossiers, apporter un appui à l'élaboration de plans d'actions et mener des études et enquêtes ponctuelles.

Article 19 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Article 20 : Les Ministres sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République Islamique de Mauritanie.

Fait à Nouakchott, le

_____ /

Le Premier Ministre

Le Ministre de l'Economie et des Finances

Ampliatiions :

- MSG/PR.....02
- MSGG.....02
- Départements.....10
- DGL.....02
- IGE.....02
- A.N.....02
- J.O.....02



© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
www.unicef.org/french/infobycountry/mauritania.html

 : nouakchott@unicef.org

 Unicef Mauritanie

 @UNICEF_MTA

