



République Islamique de Mauritanie

Cas d'investissement sur la nutrition en Mauritanie

Note d'information sur les exclusions dans les interventions en nutrition en Mauritanie

Produit par

Anthony Hodges, Montserrat Saboya - Oxford Policy Management
Mohamed Ould Selmane – Consultant indépendant



Décembre 2012

Introduction

La réduction de la malnutrition reste un des défis majeurs pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et pour le développement socioéconomique de la Mauritanie.

Selon l'enquête SMART de juillet 2012, presque le quart des enfants de moins de 5 ans (23,5%) se trouvent en retard de croissance, un cinquième (20,7%) ont une insuffisance pondérale et plus d'un dixième (12,1%) souffrent de la malnutrition aiguë (en période de soudure). Les carences en micronutriments sont aussi très élevées.

Mis à part l'impact de la malnutrition sur la mortalité infanto-juvénile (une contribution d'environ 35% selon les évidences internationales), ses conséquences néfastes se manifestent pour le reste de la vie de ceux qui y survivent : diminution des aptitudes cognitives et de la performance scolaire, augmentation des risques de morbidité et réduction de la productivité et du niveau de vie à l'âge adulte.

La sous-nutrition en Mauritanie s'explique en partie par des pénuries alimentaires dans un pays où une grande proportion de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (42% selon l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie, de 2008) et souffre de l'insécurité alimentaire (32% selon la même source). Cette situation est largement de nature chronique mais elle est amplifiée chaque année en période de soudure, ainsi que par des chocs exogènes majeurs : des sécheresses répétées et les hausses des prix alimentaires sur les marchés mondiaux, desquels le pays et les ménages pauvres sont fortement dépendants.

La forte prévalence de certaines maladies infantiles (paludisme et maladies diarrhéiques notamment) dans un environnement défavorable, et certaines normes socioculturelles (surtout concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants) contribuent également aux niveaux élevés de malnutrition.

La pauvreté a aussi des effets sur le niveau d'instruction des populations, sur les connaissances et les pratiques (notamment en ce qui concerne l'hygiène et les pratiques des mères dans leurs soins des enfants), et sur l'accès à l'eau et à l'assainissement et sur l'utilisation des services de santé.

En 2011, le Gouvernement de Mauritanie a élaboré un Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN), de 2011 à 2015, en vue d'une mise à l'échelle des interventions en nutrition dans un cadre intégré et holistique. Cette note d'information présente les conclusions d'une analyse des problèmes d'équité dans la couverture des interventions en nutrition, qui a fait partie d'une étude plus large de « cas d'investissement » pour la mise en œuvre du PAIN à pleine échelle.¹

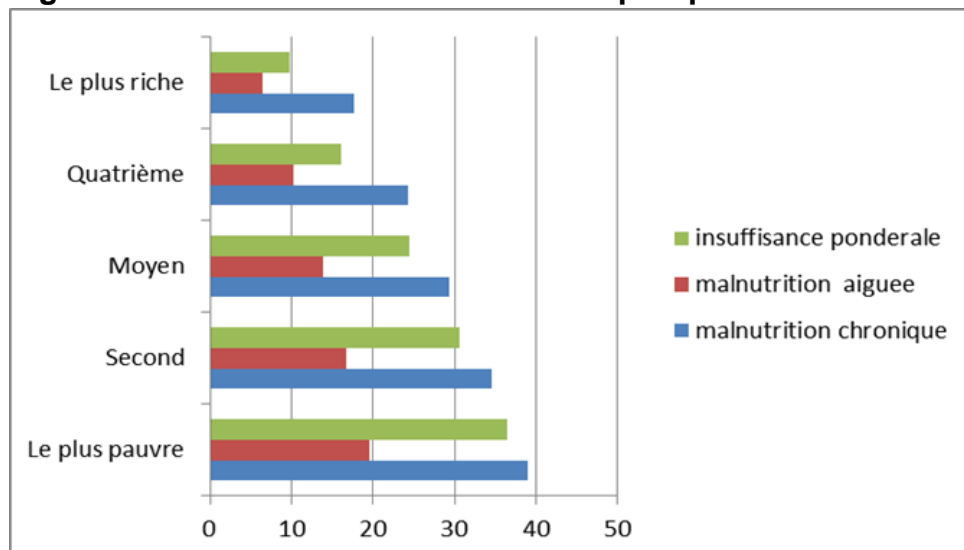
Le défi de l'équité dans la lutte contre la malnutrition

La pauvreté est fortement liée à la plupart des dimensions du statut nutritionnel. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en situation de malnutrition chronique est plus de 2 fois plus élevé dans le premier quintile (le plus pauvre) que dans le dernier quintile (le plus

¹ Conduite sous les orientations du Comité Technique Permanent du Conseil National de Développement de la Nutrition, cette étude a démarré en août 2012 et s'est terminée en décembre 2012, en bénéficiant des appuis de l'UNICEF, de la FAO, du PAM et de l'OMS dans le cadre de l'initiative REACH, un partenariat international contre la faim et la sous-nutrition chez les enfants. Six rapports ont été produits, sur (i) l'équité dans la mise en œuvre des programmes de nutrition, (ii) le cadre de suivi et évaluation du PAIN, (iii) le coût et le financement du PAIN ; (iv) les transferts en espèces et la nutrition ; et (v) l'analyse coût-bénéfice des programmes de nutrition.

riche). La malnutrition aiguë et l'insuffisance pondérale montrent la même relation et sont environ 3 fois plus élevées dans le premier quintile que dans le dernier (voir la Figure 1). Cependant, la plupart des problèmes nutritionnels en Mauritanie sont assez sérieux dans tous les quintiles, même s'ils sont plus graves (et quelquefois beaucoup plus graves) dans le premier et deuxième quintiles.

Figure 1 Indicateurs de malnutrition par quintiles de richesse, 2011



Source : MICS 2011.

L'analyse par milieu de résidence montre que la malnutrition aiguë et l'insuffisance pondérale sont presque 2 fois plus élevées en milieu rural, et le retard de croissance est 30% plus élevé. En ce qui concerne les disparités par wilayas, il y a une grande diversité de situations selon les indicateurs, mais la situation reste préoccupante partout, sauf pour quelques indicateurs dans les wilayas du nord.

Mais le constat le plus frappant est le fait que les taux de couverture de la plupart des interventions du PAIN restent globalement faibles ou même, dans quelques cas, très faibles (voir la Figure 2), impliquant des « exclusions » à large échelle.

Réduction des exclusions

Une réponse efficace exige des mesures à plusieurs niveaux, allant du renforcement du niveau de vie des ménages les plus pauvres au renforcement du cadre institutionnel, du financement, de la mise en œuvre et du suivi des programmes.

La réduction de la pauvreté, cause structurelle de la malnutrition et facteur de risque pour l'exclusion de certaines interventions (en raison des coûts directs et indirects d'accès à certains services), dépendra non seulement du développement économique et social de manière générale, mais surtout du renforcement de l'économie familiale des plus pauvres et de mesures de protection sociale, telles que les transferts en espèces.

Le fait que la couverture des interventions est presque partout faible, bien que souvent pire en milieu rural et dans certaines wilayas, souligne l'importance du renforcement des systèmes de prestations de services, notamment dans le secteur de la santé.

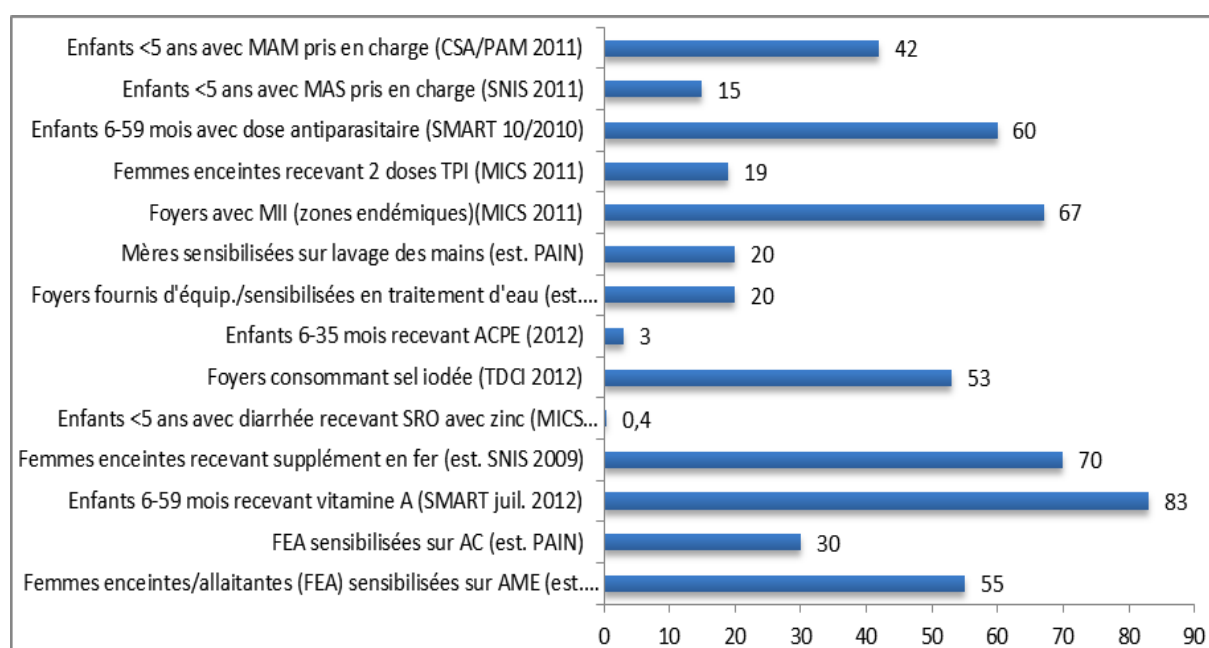
Des mesures institutionnelles et processuelles sont requises pour améliorer la mise en œuvre des programmes. Il s'agit notamment de traduire le PAIN en cadre effectif de planification intégrée et plurisectorielle des interventions en nutrition. Ce n'est pas

uniquement une question d'adoption officielle du Plan, qui est importante en soi, mais aussi celle de le rendre réellement opérationnel.

Cela signifie une planification annuelle et glissante, liée au processus budgétaire, la mise en place d'un système intégré d'information en nutrition et la création de mécanismes de coordination opérationnelle qui promeuvent des synergies entre les acteurs, notamment pour assurer la complémentarité des interventions.

Ces mesures devraient être accompagnées d'améliorations de gestion des programmes, notamment pour améliorer le ciblage, promouvoir la participation communautaire (pour assurer l'appropriation, l'adhésion et la durabilité des programmes) et faciliter un meilleur rapprochement des services aux communautés, par exemple par des mesures d'incitation pour les agents de santé communautaire afin de faciliter l'accès aux services.

Figure 2 Taux de couverture des interventions du PAIN (taux les plus récents en % des populations cibles)



Sources : MICS 2011 ; SMART déc. 2010 et juil. 2012 ; SNIS ; étude TDCI 2012 ; CSA ; PAM ; estimations PAIN.