

République Islamique de Mauritanie

Honneur-Fraternité-justice

PROJET DE LETTRE DE POLITIQUE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DE LA NUTRITION

Août 2004

INDEX

MAED :	Ministère des Affaires Economiques et du Développement
MCAT :	Ministère du Commerce et du Tourisme
MPEM :	Ministère de la Pêche et de l'Economie Maritime
MIT :	Ministère de l'Intérieur et des Télécommunications
MCRP :	Ministère de la Communication et des Relations avec le Parlement
MMI :	Ministère des Mines et de l'Industrie
MSAS :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
MEN :	Ministère de l'Education Nationale
SECF :	Secrétariat d'Etat à la Condition féminine
CDHLCPI:	Commissariat aux Droits de l'Homme à la Lutte Contre la Pauvreté et à l'Insertion
CSA :	Commissariat à la Sécurité Alimentaire
DDS :	Direction du Développement Social
DCESENS:	Direction des Cantines Scolaires et de l'Education Nutritionnelle et Sanitaire
DPCC :	Direction de la Protection des Consommateurs et de la Concurrence
DI :	Direction de l'Industrie
DH :	Direction de l'Hydraulique
DPF :	Direction de la Promotion Féminine
DFE :	Direction de la Famille et de l'Enfant
DLCP :	Direction de la Lutte Contre la Pauvreté
DRPSS :	Direction Régionale de la Protection Socio-Sanitaire
OSA :	Observatoire de Sécurité Alimentaire
CNH :	Centre national d'Hygiène
FAO :	Food and Agriculture Organisation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF :	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
PAM :	Programme Alimentaire Mondiale
CNDN :	Conseil National de Développement de la Nutrition
GTNC :	Groupe Technique National de Coordination de la PNDN
ANEPA :	Agence Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement
NUTRICOM:	Projet de Nutrition Communautaire
WILAYA:	Région, province
Wali :	Gouverneur
CDSS :	Comité de Développement Socio-Sanitaire
Moughataa:	Département
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
DPPP :	Direction de la Promotion des Produits de Pêche
CCN :	Cellule Chargée de la Nutrition
ONS :	Office Nationale de la Statistique
PNAN :	Plan National d'Action Pour la Nutrition
PNLS :	Programme National de Lutte contre le Sida
CNH :	Centre National d'Hygiène
JNV :	Journées Nationales de Vaccination
SR :	Santé de la Reproduction
PNDSE :	Programme National de Développement du Secteur Educatif
PIB :	Produit Intérieur Brut
IEC :	Information Education Communication
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PCM :	Prise en Charge de la Malnutrition
EDSM :	Enquête Démographique et Sanitaire Mauritanie
OSA :	Observatoire de Sécurité Alimentaire
ESIN :	Enquête de Suivi des Indicateurs de Nutrition
PPTTE :	Pays Pauvres Très Endettés
EPCV :	Enquête Permanente sur les Conditions de Vie de ménages
ASC :	Agent de Santé Communautaire
ONG :	Organisation Non Gouvernementale

PREAMBULE

Au cours de ces dernières décennies, l'impact des effets conjugués de la sécheresse et de la pauvreté a fait apparaître au grand jour en Mauritanie, les liens les plus évidents entre l'alimentation et la santé.

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel dont la malnutrition constitue l'un des indicateurs les plus représentatifs. Et autant elle peut être mesurée en termes monétaires, autant son aspect nutritionnel et alimentaire s'impose de plus en plus comme sa face la plus perceptible en terme d'incidence directe sur l'individu comme seuil au-delà duquel il perd toute sa dignité d'être HOMME. L'enquête qualitative sur la pauvreté en Mauritanie (PNUD/ONS, 2001) l'illustre parfaitement. Et compte-tenu du caractère multisectoriel et transversal de la nutrition, la seule approche sectorielle ne peut y apporter une solution en Mauritanie. En effet, les stratégies devant servir de cadre de développement de la Nutrition doivent faire appel à une synergie des différents intervenants (Départements ministériels, acteurs sociaux, les professionnels et partenaires au développement).

Dans un domaine où des possibilités d'intervention préventives existent, une volonté politique à la hauteur des enjeux des problèmes nutritionnels bien identifiés est plus que souhaitable. Et seule, une véritable " **Politique Nationale de Développement de la Nutrition** ", ambitieuse et rigoureuse sur le plan méthodologique, basée sur des objectifs précis ; associant le plus grand nombre d'acteurs, disposant de moyens à la hauteur de ses ambitions et faisant l'objet d'un pilotage par une équipe techniquement compétente peut permettre une évolution significative de la situation actuelle.

Introduction

La pauvreté et la faim engendrent la souffrance humaine, la malnutrition, la mauvaise santé et l'incapacité de produire le minimum vital, ce qui expose les individus, les familles et les collectivités à un manque de bien-être. Et le bien-être nutritionnel des populations pauvres ne doit pas simplement être vu comme une conséquence du développement mais plutôt, comme l'une de ses conditions préalables. Il en découle l'option stratégique que : lutter contre la malnutrition, donc la faim, c'est lutter contre la pauvreté.

Conscient de cette priorité de développement, le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie s'est engagé, au cours des dernières décennies, dans des réformes politiques et socio-économiques qui lui ont permis d'enregistrer d'importantes performances économiques et une amélioration des principaux indicateurs du développement humain. Ainsi, avec l'appui des partenaires au développement, un vaste élan de promotion social en faveur des couches défavorisées a été amorcé à travers l'éducation, l'alphabétisation, l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires, à l'eau potable, etc.

Mais, en dépit de ces acquis, la situation de la pauvreté en générale et la situation nutritionnelle en particulier reste toujours préoccupante. Le poids de la dette extérieure, la fragilité de l'écosystème, le niveau encore insuffisant d'accès aux services sociaux et la faiblesse des capacités institutionnelles sont des facteurs de contexte qui freinent la réduction de la pauvreté et de la malnutrition. Les problèmes liés à la sous-alimentation, aux carences en micronutriments, aux insuffisances d'approvisionnement en eau potable et aux faiblesses en matière de prise en charge et de suivi –évaluation, particulièrement de la santé du couple mère-enfant, en sont des facteurs endogènes.

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

Cet engagement politique du gouvernement est en ligne droite avec les Objectifs du Millénaire adoptés dans le cadre d'une Déclaration dite du Millénaire par le concert des nations lors de l'Assemblée générale du 13 septembre 2000. Le premier de ces objectifs est de réduire de 50% d'ici 2015 la pauvreté dans le monde et de 50% la proportion de personnes souffrant de la faim. De même qu'ils projettent de diminuer de trois quarts la mortalité maternelle et de deux tiers la mortalité des enfants en dessous de 5 ans sur la même période.

Les réformes mises en œuvre dans ce cadre ont permis d'enregistrer des performances macro-économiques encourageantes. Ainsi, la croissance économique en termes réels est estimée en moyenne à 4,1% par an entre 2001

et 2003 et le taux d'inflation se situe en moyenne à 4,6% par an sur la même période. Les déficits budgétaires et du compte courant extérieur ont été maîtrisés, malgré une conjoncture interne et externe peu favorable. Ces succès ont permis à la Mauritanie d'être déclarée éligible à l'Initiative renforcée pour la réduction de la dette des Pays Pauvres Très Endettés (Initiative PPTE) et d'atteindre le point d'achèvement en 2002. Cela a permis un allègement substantiel de notre dette extérieure.

Parallèlement aux réformes macro-économiques, le Gouvernement a entrepris d'importantes mesures spécifiques dans la plupart des secteurs. Cependant à ce jour, la nutrition n'a pas reçu une attention à la hauteur de son impact sur le bien-être de l'individu et sur le développement économique en général.

Afin de remédier à cette situation, le Gouvernement a décidé à travers une lettre d'intention adressée aux partenaires en développement en date du 17 avril 2003 de se doter d'une Politique Nationale de Nutrition. Cette volonté clairement affichée par le Gouvernement pour le développement de la nutrition et la sécurité alimentaire, constitue un facteur encourageant pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale. Dans ce cadre la Banque mondiale a mobilisé un consultant pour apporter l'assistance technique nécessaire au démarrage du processus d'élaboration de la dite politique.

Le présent Projet de Politique de Développement de la Nutrition s'inspire des résultats et conclusions de ladite assistance, du processus d'élaboration et de révision du Plan National d'Action pour la Nutrition mais aussi des recommandations des responsables des différents secteurs de l'état, impliqués et celles des partenaires au développement. Elle servira de cadre de référence et de cohérence pour les interventions futures dans le domaine de la nutrition à travers des mesures concertées visant à s'attaquer spécifiquement aux causes multifformes de la malnutrition et à impliquer, dans une approche participative, les différents acteurs et partenaires concernés.

I. Constats et enjeux

Pays sahélo-saharien, situé dans l'Ouest Africain sur un vaste territoire de 1.030.700 Km², la Mauritanie est caractérisée par un climat chaud et sec. Les précipitations y sont rares et varient de 500 à 50 mm/an du Sud au Nord. Le fleuve Sénégal constitue le seul cours d'eau permanent dans le pays. La végétation, globalement très affectée par de rudes années de sécheresse, diminue du Sud au Nord. Le secteur agropastoral, l'un des piliers de l'économie nationale, se trouve alors très affecté et son impact sur la situation alimentaire et nutritionnelle est évident.

Bien d'autres déterminants sont aussi intimement liés à la situation alimentaire et nutritionnelle. Parmi ceux-ci figurent aux premiers rangs la démographie, la pauvreté, la sécurité alimentaire, la santé, l'éducation, l'habitat, les changements de style de vie et les situations d'urgence.

Au niveau démographique, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2003 à 2 746 913 habitants si on applique un taux de croissance démographique

de 2.6% par an à la population totale estimée lors du recensement général de la population en 2000 (2 548 157 habitants), dont 46% vivent en milieu rural. Elle pourrait atteindre 3,4 millions en 2010. La densité de population est de 2.4 habitants au Km² bien que 80% de la population habite un tiers du territoire. La population est jeune, avec 44% de moins de 15 ans (dont 31,7% de 0-8 ans) et seulement 6% de plus de 60 ans, créant ainsi des pressions importantes sur les services de base.

Quant à la pauvreté, sur la base des données du profil de pauvreté (MAED/CDHLCPI/ONS, 2000), environ 46,3 % de la population mauritanienne vit encore en dessous du seuil minimum de pauvreté. Elle a cependant connu globalement une nette diminution dans les centres urbains autres que Nouakchott, passant de 38,5% en 1996 à 25,7% en 2000. Cette amélioration significative du niveau de vie des populations est le fruit des projets de développement réalisés, notamment l'électrification des villes, l'hydraulique urbaine, les moyens de communication et l'infrastructure routière. (EPCV, 2001). Cependant pour le milieu rural, l'EPCV 2000 montre que la pauvreté reste toujours un phénomène rural. Ainsi, 6 personnes sur 10 dans ce milieu vivaient en 2000 dans les conditions en deçà du minimum vital requis. Particulièrement les femmes et leurs enfants, peu disposés à migrer et qui représentent la majorité de la population rurale et sont souvent les plus sujets à l'insécurité alimentaire.

En matière de sécurité alimentaire, la Mauritanie connaît un déficit structurel depuis la grande sécheresse de 1972/73. Le désert couvre 75 % du territoire, où le cumul pluviométrique est inférieur à 100 mm par an. Dans le reste du pays, la pluviométrie oscille le plus souvent entre 100 et 400 mm de pluie par an. Ces conditions climatiques et écologiques précaires aggravent l'état de pauvreté dans un pays qui enregistre un déficit alimentaire chronique et récurrent. Les cultures céréalières, largement dominées par les systèmes de production traditionnels et tributaires d'une pluviométrie irrégulière, se caractérisent par une faible productivité. La production de céréales, ne couvre, les bonnes années, que 40 % des besoins estimés. Le déficit brut céréalier est respectivement de l'ordre de 417.000 et 430.000 t en 2001 et 2002. Le volume moyen annuel des importations céréalières est de 280.000 tonnes (DPSE/MDRE).

Sur le plan pastoral, le cheptel a été fortement touché et on estime aujourd'hui que près de 2.300.000 bêtes, soit environ 16 % de l'effectif total du cheptel national, ont été décimées durant les deux années 2001 et 2002. Ces pertes énormes ont diminué sensiblement le revenu de milliers d'éleveurs et auront également des conséquences néfastes sur le volume de la production animale dans les années à venir. La production animale, qui joue un rôle important dans l'économie nationale (l'élevage représente environ 15% du PIB), constitue une part importante des ressources de la population rurale. L'apport nutritionnel potentiel de ses produits peut couvrir 4/5 des besoins en lipides de cette population, et la moitié de ses besoins en protéines. Cependant, elle reste particulièrement vulnérable aux sécheresses et aux catastrophes liées aux phénomènes climatiques.

La Mauritanie est malheureusement sujette à des sécheresses récurrentes qui engendrent une chute notable de la production agropastorale et par conséquent des crises alimentaires plus ou moins graves dans les zones rurales. C'est ainsi que le déficit pluviométrique important enregistré en 2001 et surtout en 2002 a eu pour conséquence une baisse drastique de la production céréalière avec respectivement des déficits bruts de 417.000 et 430.000 tonnes (Rapport GTSA/CSLP, 2003). Durant ces situations de crise, l'approvisionnement des populations a connu de fortes perturbations avec comme corollaire une importante hausse des prix des denrées alimentaires de base.

Concernant les ressources halieutiques, le potentiel de pélagiques pouvant être débarqué se situe entre 700.000 et 1 million de tonnes, la pêche actuelle étant de l'ordre de 600.000 tonnes. Aujourd'hui seule une part de cette pêche est ramenée à terre, celle de la pêche artisanale, soit 80.000 tonnes, la grande pêche ne ramenant que très peu ses prises à terre, même pour transiter avant exportation. Cette filière n'arrive pas encore à s'intégrer, comme il se devait, aux circuits commerciaux nationaux. Ceci se répercute sur son niveau d'impact en terme de sécurité alimentaire au niveau ménage avec un taux de consommation national de poisson per capita annuelle de 8,26 kg très faible par rapport aux potentialités. Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie de la population (surtout les régions du nord et de l'est) ne consomme presque pas de poisson.

Au niveau de la santé, la couverture vaccinale est passée de 40% (2000) à plus de 70% (2002). Le taux d'accès géographique aux structures de santé est supérieur à 70% au niveau national (79% et 73% respectivement pour une distance de 10 et 5 Km). Il faudrait souligner que ces dernières années, la disponibilité des médicaments a été sensiblement améliorée (création de la CAMEC), autant que la prise en charge des indigents. De même, l'introduction du forfait obstétrical, la création de mutuelles de santé et l'implication active de la société civile à travers la contractualisation des programmes prioritaires (Paludisme, SR, SIDA, Nutrition, etc.) ont eu un impact positif sur l'état de santé en général. Et dans ce contexte, l'espérance de vie a évolué, passant de 48 ans en 1988 à 54 ans en 2000 selon le dernier recensement. Seulement, l'insuffisance pondérale reste particulièrement élevée. Elle est en moyenne de 32% (EDSM 2001). Et toujours selon L'EDSM, seuls 32% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu toutes les vaccinations et toutes les doses contre les maladies du PEV et que la prévalence de la diarrhée pour le groupe d'âge 6-11 mois est de 30%, celle des IRA de 17%. La prévalence du SIDA est peu documentée. Elle est de 0,57% chez les femmes enceintes (PNLS/CNH, 2002).

Le système éducatif a connu lui aussi des progrès considérables sur le plan quantitatif: Le taux brut de scolarisation est passé de 45.5% en 1989/90 à 83.4% en 1999/2000 et celui des filles de 39.3% à 81.3%. La réforme de 1999 s'est fixé comme objectifs la correction des lacunes de l'ancien système par l'unification du système éducatif, le renforcement de l'enseignement de l'instruction civique, l'amélioration de l'enseignement des langues et le renforcement du niveau des élèves en augmentant d'une année le cursus du cycle secondaire et en favorisant l'enseignement des matières scientifiques.

Au niveau de l'eau et de l'assainissement, la dernière enquête démographique et de santé effectuée en 2000-2001, fait apparaître une situation nécessitant des améliorations. En effet, 66% des mauritaniens ont accès à une eau potable, plus de la moitié des ménages (53%) ne disposent pas de toilettes et que par ailleurs moins du tiers des ménages (30%) fait la cuisine au gaz butane et l'utilisation du sel iodé est limitée à 2% seulement des ménages.

Pour ce qui est des situations d'urgence, le gouvernement ayant été amené à faire face aux crises alimentaires consécutives aux années de sécheresse de 2001 et 2002, a engagé dès janvier 2003 un gigantesque plan d'urgence qui a concerné plusieurs volets (aide alimentaire, santé, secours du bétail, hydraulique et micro-projets). Le décret N°2002-17 du 31 mars 2002 instituant un Comité Interministériel pour les Situations d'Urgence (CISU) a servi de cadre aux dispositions du plan d'urgence de 2003. Il a parfaitement fonctionné, cependant les plans de sortie de crise n'ont pas été élaborés ce qui pourtant aurait permis de mieux appréhender l'impact réel des actions menées pour une capitalisation pouvant servir dans le futur. Le cadre réglementaire de ces dispositions d'urgence a été étoffé par un décret et plusieurs arrêtés dont certains n'ont pas été suivis d'effet (l'arrêté N°0430 du 25 avril 2002 créant les Cellules d'Urgence Régionales (CURE)).

Par ailleurs, on constate que c'est toujours les mêmes crises qui sont traitées alors que les inondations (en 2003 par exemple) et les problèmes liés à la césamine sont mal pris en compte car dans ces deux cas les mécanismes existants n'ont pas été utilisés en optimum.

En réponse à ces défis et en harmonie avec les objectifs du millénaire pour le Développement et les différents sommets et forums mondiaux en faveur de la nutrition¹, la Mauritanie a fait de la lutte contre la malnutrition et la sous alimentation l'une de ses préoccupations en matière de développement.

II. Situation nutritionnelle

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie révèle pour l'état nutritionnel de l'enfant et de la mère ce qui suit :

Malnutrition chronique ou Retard de croissance

La malnutrition chronique se manifeste par une taille trop petite pour l'âge qui traduit un retard de croissance. Elle est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période longue. L'indice taille pour âge rend compte des effets à long terme de la malnutrition et il n'est donc pas influencé par les effets de saisonnalité. La taille pour l'âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et du développement socioéconomique d'une population. Plus du tiers des enfants de moins de cinq

¹ Déclaration d'Alma Ata en 1978, l'Initiative de Bamako 1987, les Sommets mondiaux de l'enfance en 1990 et 2000, les Conférences de Rome en 1992, 1996 et 2002 sur la nutrition, le Sommet de Copenhague de 1995 sur l'élimination de la pauvreté, le Sommet de Hararé en 1996 sur les TDCI

ans (35%) souffrent de malnutrition chronique et environs 17% de sa forme sévère.

Malnutrition aiguë ou Emaciation

Cette forme de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, elle peut également provenir des maladies provoquant une perte de poids, comme la diarrhée sévère. Cet indice donne une mesure de la masse du corps par rapport à la taille donc traduit une situation actuelle qui n'est pas forcément relative à une longue durée. En ce sens où la malnutrition aiguë peut être influencée par l'effet de la saisonnalité (maladies et/ou sécheresse ou période de soudure). Un enfant atteint de cette forme de malnutrition est dit maigre ou émacié. La malnutrition aiguë ou émaciation touche près de 13% des enfants de moins de cinq ans dont 3% de sévère.

Malnutrition globale ou Insuffisance pondérale

La malnutrition globale ou poids pour l'âge est un indice qui reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. C'est donc un indice composite puisqu'un faible poids pour âge peut être provoqué par la maigreur ou par le retard de croissance, qui se traduit par une insuffisance pondérale chez les enfants. Cet indicateur comme le poids pour la taille, est sensible aux variations saisonnières. 32% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale dont 10% sous sa forme sévère

Etat nutritionnel des femmes

Un déficit énergétique chronique est mesuré chez l'adulte par un indice de masse corporelle (P/T^2) inférieur à 18,5. En Mauritanie, 13% des femmes se situent au dessous de ce seuil. On remarque aussi que 18% de ces femmes ont un IMC>30 signe d'obésité et 36% un IMC>25 signe de surpoids.

Carences en micronutriments

Anémie

En Mauritanie, très peu d'informations sont disponibles sur la prévalence de l'anémie. Des estimations récentes de UNICEF/MI en 2004 révèlent une prévalence nationale de 40% chez les femmes contre 75% chez les jeunes enfants. Ces chiffres indiquent une situation grave et inquiétante corroborée par une étude de prévalence menée au Gorgol (Université/OMS, 2000) indiquant un taux d'anémie de 67% chez les femmes en âge de procréer.

Troubles dus aux carences en iode

Au niveau national 30.9% de la population souffre de troubles dus à la carence en iode ou TDCI (OMS, 1995). Cette valeur est supérieure au seuil de sévérité de la maladie fixé par l'OMS à 30%. Les régions du Sud (Brakna) et de l'Est (Hodh El Chargui) sont plus affectées. En dépit de cette situation, les couvertures en sel iode demeure très faibles.

Avitaminose A

Les études ponctuelles portant sur le déficit en vitamine A montrent en général des prévalences de cécité crépusculaire et des tâches de Bitot supérieures au seuil faisant considérer cette carence comme un problème de santé publique. Les estimations les plus récentes donnent une prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de six ans de 15% (MI/UNICEF, 2004). Des campagnes de distribution de micronutriments, notamment la vitamine A, sont couplées aux JNVs depuis 1995 avec des couvertures très élevées. Toutefois cette opportunité n'a pas été saisie pour maintenir une couverture adéquate en vitamine A en assurant la deuxième dose de vitamine A six mois après le passage annuel des JNV.

Allaitement maternel

D'après les résultats de l'EDSM (2001), le taux d'allaitement maternel est de 94%, celui de l'allaitement précoce (1er heure après la naissance) de 61% tandis que l'allaitement exclusif jusqu'à six mois est pratiqué par seulement moins de 9% des femmes. Le défi actuel est de généraliser la pratique systématique de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et l'introduction à temps opportun d'une alimentation de complément adéquate.

Petits Poids à la naissance

Les données sur les poids à la naissance sont généralement très partielles car elles ne concernent que les mères ayant bénéficié d'une assistance médicale à l'accouchement. La proportion des faibles poids à la naissance est estimée entre 5% et 12% (UNICEF/MI, 2004).

Maladies chroniques liées à la nutrition

L'importance des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition comme le diabète et les maladies cardiovasculaires n'est pas documentée. Cependant, le contexte de vie en Mauritanie suspecte leur existence et leur poids élevé parmi les causes de la mortalité des adultes, justifiant la prise en compte de leur prévention dans le plan directeur de la santé et des affaires sociales 1998-2002.

III- Opportunités et Contraintes

A- Opportunités

Parmi les opportunités favorables à la lutte contre la malnutrition, on peut noter :

- ***L'amélioration de la production agricole***

La production agricole, quoi que toujours tributaire des précipitations, a connu un rythme de croissance de plus de 6% en moyenne par an au cours des dernières années. En outre, une stratégie nationale de développement du secteur rural à l'horizon 2015 est mise en œuvre. Elle vise à : (i) favoriser la croissance du

secteur pour assurer la sécurité alimentaire du pays, (ii) assurer un accès équitable aux ressources du secteur, (iii) accroître l'offre et la disponibilité des biens et services publics nécessaires au développement durable du secteur, et (iv) développer les capacités de gestion du développement rural intégré et participatif. Les programmes majeurs portent sur le développement de l'agriculture irriguée, la diversification agricole, la gestion durable des ressources naturelles dans les zones pluviales et oasiennes.

- ***Le maintien de l'autosuffisance en viande***

Plusieurs projets de développement de l'élevage sont en cours, notamment le projet PACE et le projet PADEL qui a démarré fin 2002. A terme, la politique de l'élevage vise une meilleure connaissance et un meilleur suivi du cheptel mauritanien, une répartition suffisante dans le temps et dans l'espace de la production en viande, en lait et autres sous produits (cuir, peaux ...): objectifs indispensables à la réalisation d'une autosuffisance dans ce domaine.

- ***L'augmentation de la consommation de poisson***

Le Gouvernement a élaboré depuis 1987 et actualisé en 1998 une politique de développement du secteur de la pêche en accordant la priorité à la pêche artisanale, à la recherche halieutique et à la surveillance maritime pour assurer une gestion durable des ressources. La politique de crédit mise en place, orientée dans ce sens et la formation de coopératives ont beaucoup aidé à l'augmentation de la productivité et à l'intégration du secteur à l'économie nationale. Aussi, des campagnes de sensibilisation pour la consommation de poisson ont-elles contribué, entre autres, à améliorer la part de poisson dans l'alimentation, même si le manque de moyens de conservation continue à limiter cette consommation à l'intérieur du pays. Il est à noter toutefois que l'électrification de la plupart des villes, a permis la création de nouvelles capacités de conservation.

- ***La vulgarisation des cultures de légumes***

Des programmes annuels de vulgarisation sont réalisés. La production de légumes dans certaines régions est excédentaire durant une période de l'année (de 4 à 5 mois). Cependant, beaucoup d'efforts restent à faire pour enrayer la périodicité des cultures maraîchères, par l'étalement de la production hors saison.

- ***Le potentiel manufacturier***

Le monde rural mauritanien et ses bases économiques sont en pleine mutation. Autrefois pays essentiellement pastoral, sans agriculture significative, la Mauritanie est en train à la fois de se doter d'une agriculture et de changer ses systèmes de production agricole pour faire face aux besoins alimentaires d'une population qui s'accroît, s'urbanise et élargit son modèle de consommation. De nouvelles techniques sont introduites, l'irrigation se développe, l'agriculture se diversifie, l'élevage intensif occupe une place de plus en plus grande et l'efficacité des productions est désormais un objectif de développement. Ces évolutions ont un impact déterminant sur les opportunités manufacturières.

L'agriculture et l'élevage sont désormais potentiellement pour l'industrie à la fois un marché et une source d'approvisionnement.

- ***L'amélioration de l'approvisionnement en eau potable***

Dans le cadre de la nouvelle politique de l'eau, d'importantes actions ont été entreprises. Il s'agit en particulier de : (i) la préparation d'un avant projet de code de l'eau, (ii) la séparation des activités eau et électricité de la SONELEC et la création d'une société d'eau (SNDE), issue de cette scission, (iii) la réorganisation du MHE, avec notamment la création du CNRE et de l'ANEPA, (iv) la mise en place d'un important programme d'investissement en milieux rural et péri-urbain, et (v) l'élaboration d'un plan décennal pour l'hydraulique rural.

- ***Le développement de la couverture sanitaire***

Globalement, la couverture sanitaire s'est beaucoup améliorée grâce notamment à la décentralisation, à la mise en œuvre des différents programmes de santé, à la politique de recouvrement des coûts, à la vaccination et aux campagnes de sensibilisation sur les comportements à risque. En perspective, le Gouvernement mettra en place les programmes inscrits dans le cadre des dépenses à moyen terme qui visent à : (i) améliorer les indicateurs de la santé, et à (ii) limiter les impacts des dépenses de santé sur les revenus des plus indigents.

- ***L'amélioration de la scolarisation***

Le taux de scolarisation qui avoisine désormais les 90%, la loi sur l'obligation de l'enseignement fondamental, la réforme du système éducatif national et les programmes d'appui (PNDSE, etc.), ainsi que les campagnes d'alphabétisation constituent des indices de progrès vers une meilleure éducation nutritionnelle.

- ***Les leçons apprises des principaux programmes pilotes***

L'existence des programmes nationaux de nutrition ou ayant une forte composante nutrition (cas par exemple le projet Nutricom, la lutte contre la pauvreté, le forfait obstétrical, les programmes alimentaires scolaires, la PCIME etc.) a permis de capitaliser certains acquis pouvant servir de cadre de développement de la nutrition.

B- Contraintes

En dépit des avancées significatives enregistrées et des opportunités offertes, des contraintes diverses sont à souligner. Il s'agit principalement de :

- L'insuffisance en ressources humaines qualifiées en matière de nutrition à tous les niveaux
- L'inexistante de structures de prise en charge adéquate des cas de malnutrition graves au niveau du système de Santé
- La faiblesse du système d'information sur la malnutrition (rareté des enquêtes scientifiques utilisant des données désagrégées)

- L'insuffisance de synergie entre les différents partenaires, qui s'est traduite assez souvent par des interventions mal coordonnées et disparates, une utilisation peu rationnelle des ressources. Cela a eu pour conséquence une faible efficacité et un impact limité des actions en faveur des bénéficiaires
- Une approche conjoncturelle de la nutrition dans certains programmes sectoriels. Et même le CSLP ne traite de la nutrition que sous l'angle prise en charge d'où un manque de vision à long terme
- La faible implication des bénéficiaires, notamment des communautés de base
- Sur le plan social une grande frange de la population mauritanienne (surtout les hommes) aborde encore aujourd'hui la notion « alimentation » avec une certaine pudeur la reléguant comme du domaine des femmes
- Les habitudes alimentaires peu soucieuses de la qualité nutritionnelle
- Les problèmes d'accès aux marchés et la valorisation des produits (revenus faibles des producteurs, etc)
- Le manque de contrôle de la qualité des produits agro-industriels
- L'absence de stratégie IEC appropriée dans le domaine nutritionnel
- L'insuffisance du suivi- évaluation des actions menées en faveur de L'alimentation et de la nutrition
- les changements rapides des habitudes alimentaires sous l'influence des déterminants multiples tels que la disponibilité alimentaire, les styles de vie, l'urbanisation et les effet néfastes de la publicité

IV. Objectifs de la politique

Dans sa Stratégie Globale de Lutte Contre la Pauvreté le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie s'engage à faire du développement de la Nutrition une priorité nationale pour contribuer à l'amélioration des conditions socio-économiques des populations, en particulier les plus vulnérables (enfants, adolescents, femmes en âge de procréer et personnes âgées) dans le cadre des actions menées pour l'atteinte des Objectifs Mondiaux de Développement.

L'objectif général de cette Politique de Développement de la Nutrition est d'améliorer l'accessibilité au niveau des ménages mauritaniens, en particulier les indigents, des produits alimentaires de première nécessité (en quantité et en qualité), de réduire de façon significative la mortalité et la morbidité liées aux problèmes de nutrition et de promouvoir des comportements alimentaires et nutritionnels adéquats.

La Politique de Développement de la Nutrition s'articule autour de 4 axes stratégiques programmatiques d'intervention :

- Sécurité alimentaire
- Nutrition dans les services de santé
- Nutrition Communautaire et programme de la petite enfance
- Nutrition scolaire

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

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

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

Axe Stratégique 1 : Sécurité Alimentaire

La sous-alimentation est une conséquence des problèmes liés à la pauvreté et au développement. Il en découle que la disponibilité de nourriture et l'accès à cette dernière, fonction de facteurs structurels, de l'évolution des revenus, de la production agricole et des échanges auxquels elle donne lieu, ont une incidence sur les mesures sanitaires et sur le contexte de santé en général, mais aussi sur le comportement et les connaissances de la population et du développement en général.

Objectif stratégique d'ici 2015 :

- i) Accroître la productivité et la production en milieu rural et péri-urbain ;
- ii) Améliorer l'accessibilité des produits alimentaires de première nécessité au niveau national, régional et au niveau ménage (en quantité et en qualité) ;
- iii) Atténuer les effets des crises alimentaires et des situations d'urgence

Stratégies prioritaires

- (a) Accroissement de l'offre et de la disponibilité des biens et services publics nécessaires au développement durable du secteur agropastoral ;
- (b) Renforcement des capacités de production au niveau des groupements et des petits producteurs ;
- (c) Valorisation des sous-produits de l'élevage, de l'agriculture et de la pêche ;
- (d) Développement de l'industrie de transformation des produits primaires de l'agriculture et de l'élevage ;
- (e) Promotion d'un programme d'enrichissement des aliments en micronutriments ;
- (f) Développement des moyens de maîtrise et de gestion de l'eau ;

- (g) Renforcement des mécanismes de contrôle de la qualité et de l'innocuité des aliments ;
- (h) Réduction de la pauvreté au niveau des ménages ruraux et urbain ;
- (i) Renforcement des capacités de prévention et de gestion des crises alimentaires et des situations d'urgence

Décisions prioritaires à prendre

- Financer le Programme d'appui pour la promotion de la consommation du poisson et des légumes ;
- Faciliter et encourager l'octroi de crédits agropastoraux aux paysans et éleveurs propriétaires terriens et vivant dans le terroir ;
- Créer un mécanisme d'évaluation précoce de l'insécurité alimentaire améliorant et pérennisant les activités de l'OSA et du CNC (CSA) ;
- Dynamiser le dispositif permanent de secours d'urgence déjà existant en mettant à sa disposition les moyens d'intervention (stock de sécurité et fonds d'action humanitaire) ;
- Simplifier les procédures d'exécution de l'article 6 de l'arrêté n°0429 relatif aux seuils de gravité des situations d'urgence du 25 avril 2002 et de l'article 5 du décret n°2002-042 du 5 juin 2002 relatif à la création du Fond National pour l'Action Humanitaire pour la réhabilitation des capacités et moyens de production en cas de catastrophe naturelle ou choc climatique ;
- Rendre fonctionnel les cellules d'urgence régionales (CURE) comme le stipule l'arrêté N°0430 du 25 avril 2002 issu du décret n°2002-17 relatif à l'organisation des secours d'urgence ;
- Renforcer les Cellules Permanentes de Coordination et de Suivi (CPCS), créé par l'arrêté N°0431 du 25 avril 2002, par un Réseau Sentinelle Régional d'Evaluation des Situations d'Urgence pour une alerte et une réponse rapide ;
- Mettre en place un plan de lutte contre la césamine ;
- Gérer les inondations comme n'importe quelle autre catastrophe naturelle comme stipulé par l'article premier du décret n°2002-17 du 31 mars 2002 ;
- Développer des programmes d'AGRs en milieu rural ;
- Mettre en place des programmes de maîtrise d'eau de ruissellement dans les zones à biseau sec pour la réalimentation des nappes ;
- Appliquer les clauses de l'Article 1246 de la loi 05-2000 du 18 janvier 2000 du code de commerce relatif au contrôle de qualité ;
- Elaborer et adopter le décret relatif aux normes devant régir le contrôle de qualité ;
- Vulgariser le code de l'hygiène ;
- Définir les normes et réaliser les études de faisabilité d'enrichissement des aliments en vitamine A et en fer ;
- Assistance technique et incitation financière et fiscale aux opérateurs économiques pour les unités industrielles engagées dans l'enrichissement de leurs produits en micronutriments (fer, vit A) ;
- Appliquer les textes réglementaires relatifs à l'iodation du sel et au contrôle de qualité du sel iodé produit, commercialisé et consommé localement ;
- Vulgariser le décret 2003-030 fixant les conditions d'agrément d'associations des consommateurs ;

- Adopter le décret fixant la liste des produits et services faisant exception au jeu de la concurrence conformément à l'article 1215 du code de commerce ;
- Appliquer le livre 5 du code du commerce relatif à la liberté des prix et à la concurrence pour une meilleure stabilité des prix ;
- Mettre en place un système de contrôle et de vérification des instruments de mesure ;
- Fédérer et rendre fonctionnelles les associations de consommateurs.

Axe Stratégique 2 : Nutrition et Système de Santé

Les seules carences en iode et en fer entraînent en Mauritanie une perte annuelle du PNB estimée à 1,5% (MI/UNICEF, 2004). Les malnutritions sont associées à 54% de décès d'enfants ages de moins de cinq ans. Les acteurs du système de soins occupent donc une place privilégiée et leur soutien est essentiel pour lutte contre ce fléau. Ils doivent relayer avec d'autres partenaires auprès de la population les campagnes d'information nutritionnelle, appliquer les recommandations et directives nationales. Ils assurent la prise en charge précoce des problèmes nutritionnels.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

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

Stratégies prioritaires

- a) Amélioration de la prise en charge de la malnutrition : curative (prestation de soins) et préventive (suivi nutritionnel, surveillance de la croissance) des enfants de moins de 5 ans et en situation d'urgence ;
- b) Prévention et prise en charge des carences en micronutriments notamment l'anémie, la carence en vitamine A et les TDCI ;
- c) Prévention et prise en charge des maladies chroniques liées à l'alimentation (obésité féminine, diabète et maladies cardio-vasculaires) ;
- d) Amélioration de la couverture sanitaire notamment au niveau rural par la construction, l'équipement, conformément aux normes nationales et la formation continue du personnel ;
- e) Redynamisation du programme allaitement maternel et promotion de l'allaitement maternel exclusif ;

- f) Promotion d'une alimentation de complément de qualité ;
- g) Prévention du faible poids à la naissance et lutte contre le déficit chronique énergétique chez les femmes enceintes ;
- h) Recyclage et formation des ASCs en nutrition, pour améliorer l'accessibilité géographique en milieu rural ;
- i) Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des groupes vulnérables (Femmes enceintes et allaitantes indigentes, tuberculeux et sidéens) et redynamiser la prise en charge alimentaire des malades hospitalisés.

Décisions prioritaires à prendre

- Elaborer et intégrer le PMA/Nutrition incluant la composante nutrition de la PCIME comme activité de routine dans toutes les structures sanitaires ;
- Prendre en charge et récupérer nutritionnellement des enfants souffrant de malnutrition grave et en situation d'urgence ;
- Créer des structures de récupération nutritionnelle dans toutes les zones et redynamiser celles existantes au niveau décentralisé ;
- Evaluer l'ampleur des maladies chroniques liées à l'alimentation (obésité, diabète et maladies cardio-vasculaires) et développer des approches stratégiques de lutte novatrices ;
- Renforcer les capacités du personnel de santé en matière de PCM et des autres maladies liées à la nutrition (Anémie, TDCI, Avitaminose A, obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires) ;
- Equiper toutes les structures sanitaires en matériels de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel du couple mère - enfant ;
- Renforcer les capacités de prise en charge nutritionnelle en milieu hospitalier ;
- Mettre en place un réseau sentinelle d'évaluation de la malnutrition au niveau régional ;
- Intégrer la distribution gratuite de la vitamine A dans le PEV de routine et lors des campagnes de masse ;
- Systématiser le suivi nutritionnel des femmes enceintes en SR ;
- Intégrer la supplémentation systématique en vitamine A des femmes en post-partum dans le forfait obstétrical et dans les services de santé ;
- Mettre en place un Comité National de Suivi des Carences en Micronutriments ;
- Impliquer les ASC dans le suivi de la nutrition, distribution des micronutriments (Fer, Iode et Vitamine A) et dans la Communication pour le Changement de Comportements (CCC) ;
- Créer un site Internet pour la nutrition en Mauritanie ;
- Mettre en application l'article 3 de l'Arrêté N° R660/MMI du 06 septembre 2000 relatif aux boulangeries et définitions des normes ;
- Appliquer le code international de commercialisation des substituts au lait maternel ;
- Mettre en place et appliquer des directives adéquates en matière d'alimentation des nourrissons des mères VIH+ ;
- Organiser un atelier national pour l'adoption d'une stratégie nationale de prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes pauvres, les personnes âgées, les hospitalisés de longue durée, les malades en post-traumatique, les tuberculeux, les sidatiques, les

handicapés physiques et mentales, les enfants de rue, les prisonniers de droit civil et les très pauvres des villes.

Axe Stratégique 3 : Nutrition communautaire et programme de la petite enfance

Pour améliorer la couverture des besoins d'intervention en nutrition, l'approche de la nutrition communautaire se pose comme l'alternative la plus appropriée. La Mauritanie a l'avantage de l'existence d'un réseau de coopératives féminines étendu pouvant servir de support aux différentes de nutrition en communauté. De même le processus d'élaboration et d'adoption d'une politique de la petite enfance offre l'opportunité de développer une composante de nutrition accès sur cette tranche d'âge.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

- ❖ Améliorer les interventions de nutrition communautaire et le statut nutritionnel de la petite enfance ;
- ❖ Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux carences en micro-nutriments ;
- ❖ Promouvoir de bonnes habitudes et comportements alimentaires.

Stratégies prioritaires

- (a) Généralisation des acquis positifs de l'approche du projet NUTRICOM aux autres Wilayas ;
- (b) Développement des composantes du Paquet Minimum d'Activités Intégrées de Nutrition pour la petite enfance (0 à 9ans) ;
- (c) Amélioration de la situation nutritionnelle des groupes vulnérables comme les personnes âgées, les enfants de rue et les très indigents, les femmes enceintes, allaitantes et les orphelins ;
- (d) Création d'une structure spécialisée en formation et perfectionnement en matière de nutrition communautaire ;
- (e) Appui à la production, la conservation et la commercialisation d'aliments locaux riches.

Décisions prioritaires à prendre

- Evaluer et capitaliser les acquis positifs du projet NUTRICOM pour aller à une plus grande échelle ;
- Développer la composante communautaire de la PCIME ;
- Renforcer la composante nutrition de la politique du développement de la petite enfance à travers les garderies communautaires ;
- Promouvoir des styles de vie sains (activité physique) ;
- Promouvoir au niveau communautaire la production, la conservation et la consommation des aliments locaux et en particulier le poisson ;
- Promouvoir la consommation du sel iodé ;
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et l'utilisation des farines de compléments ;

- Développer des interventions pilotes de nutrition en faveur des personnes âgées, des enfants de rue, des orphelins, des plus indigents, des femmes enceintes et allaitantes ;
- Créer des marchés municipaux pour la commercialisation des produits alimentaires ;
- Vulgariser des recettes culinaires équilibrées à base de produits locaux ;
- Développer la composante IEC au niveau communautaire ;
- Développer le partenariat avec la communauté ;
- Renforcer les capacités des ressources humaines locales en matière de nutrition communautaire.

Axe Stratégique 4 : Nutrition scolaire

Une situation nutritionnelle et sanitaire précaire compromet le développement cognitif des enfants et leur chance d'avoir une bonne éducation. Un programme de nutrition scolaire approprié et appliqué, contribue à l'amélioration de la qualité de l'enseignement et les performances scolaires

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

- (i)- Améliorer les conditions de vie en milieu scolaire et universitaire par :
- (a) Assurer une alimentation suffisante et saine en milieu scolaire et universitaire
 - (b) Assurer progressivement par le gouvernement le financement du volet alimentation en milieu scolaire comme activité de routine du département de l'éducation
 - (c) Assurer la prise en charge intégrée de la nutrition de l'enfant et de l'adolescent scolarisé
 - (d) Promouvoir l'éducation en matière de nutrition et d'hygiène en milieu scolaire
 - (e) Mettre en place une infrastructure adéquate pour les cantines et restaurants universitaires
 - (f) Améliorer les conditions de santé en milieu scolaire et universitaire

Stratégies prioritaires

- a) Généraliser les cantines aux mahadras, écoles fondamentales et collèges en milieu rural, péri-urbain et semi-urbain ;
- b) Généraliser les restaurants dans l'Université et les écoles professionnelles ;
- c) Lutter contre les carences en micronutriments à travers les cantines scolaires et les restaurants universitaires (supplémentation en fer, vitamine A, sel iodé) et le déparasitage ;
- d) Vulgariser et promouvoir les jardins scolaires à proximité de chaque cantine ;
- e) Renforcer l'enseignement de la composante nutrition dans le primaire et le secondaire ;
- f) Renforcer l'enseignement de l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires et formation continue ;

- g) Généraliser les infrastructures d'eau potable et l'assainissement en milieu scolaire ;
- h) Promouvoir les infirmeries scolaires.

Décisions prioritaires à prendre

- Construire des cantines scolaires et restaurants universitaires ;
- Mettre en place des outils de collecte de données sur le statut nutritionnel des élèves ;
- Sensibiliser la communauté et les parents d'élève sur l'intérêt des cantines et leur rôle dans la gestion ;
- Former en matière d'hygiène alimentaire les responsables de cuisine dans les cantines ;
- Utiliser les cantines pour la promotion de bonnes habitudes et comportements en matières de nutrition, alimentation et d'hygiène au sein des communautés ;
- Mettre en place un système opérationnel de suivi et contrôle des cantines et restaurants universitaires ;
- Instaurer une pause repas sur le lieu de travail publique et privé.

Axe Stratégique 5 : IEC

L'accès à la nourriture et aux soins de santé n'est pas une fin en soi pour une amélioration palpable du statut nutritionnel des populations. Il se doit d'être accompagné par une stratégie d'IEC techniquement correcte, ciblée et coordonnée.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

(i)- Renforcer les Programmes IEC et Changement de Comportement

Stratégies prioritaires :

- a. Information Education Communication en matière de nutrition et alimentation;
- b. Mobilisation Sociale
- c. Plaidoyer

Décisions prioritaires à prendre

- Elaborer une stratégie nationale d'information, éducation et communication dans le domaine de la nutrition, avec des approches différenciées selon les publics cibles ; et ce en étroite collaboration avec les leaders religieux et communautaires, les élus, les associations, les ONG, les medias formels et informels et les réseaux qui exercent un leadership social ;
- Mettre en place de programmes IEC assurant l'implication et l'engagement des populations, particulièrement des femmes, des jeunes, pour favoriser les changements de comportement ;
- Préparer et utiliser l'outil profile pour assurer le plaidoyer ;

- Intégrer des modules en matière nutrition dans les programmes d'alphabétisation ;
- Développer des Programmes IEC adaptés au milieu scolaire et au système de santé ;
- Développer des mécanismes de coordination des activités d'IEC en matière de nutrition ;
- Intégrer l'IEC nutrition dans le curriculum d'enseignement des structures de formation des personnels de le santé, de l'éducation et du développement rural.

Axe Stratégique 6 : Amélioration des Systèmes d'Information en matière de nutrition

Des systèmes d'information performants sont indispensables pour détecter les évolutions anormales de la situation nutritionnelle et alimentaire et pour renseigner adéquatement la décision en conséquence. Ils permettent d'optimiser la qualité des interventions.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

(i)- Système opérationnel de collecte, d'analyse et de diffusion des données en matière de nutrition

Stratégies prioritaires

- a) Renforcement et développement des capacités de collecte sur la nutrition;
- b) Renforcement du cadre de centralisation de l'analyse et de la diffusion de l'information.

Décisions prioritaires à prendre

- Renforcer l'OSA pour le développement de systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques sur la nutrition ;
- Définir des indicateurs relatifs à la Nutrition ;
- Renforcer la composante nutrition du SNIS ;
- Mettre en place un système de contrôle de la fiabilité des informations sur le terrain (OSA, DRPSS, MDRE, DREN, SECF, etc.) ;
- Créer une base de données sur la nutrition au sein de la DDS.

Axe Stratégique 7 : Recherche Appliquée et Formation en nutrition

L'amélioration de la qualité du processus d'identification et de mise en œuvre des interventions passe par l'existence de ressources humaines bien formées et expérimentées et la disponibilisation de données de référence.

Objectif Stratégique d'ici 2015 :

(i)- Promouvoir la Formation et la Recherche en matière de Nutrition

Stratégies prioritaires :

- a. Renforcement des capacités des ressources humaines aux niveaux national et communautaire en nutrition;
- b. Réalisation d'études de faisabilité et enquête de référence en matière de nutrition et alimentation ;
- c. Développement de la recherche en matière de nutrition et alimentation.

Décisions prioritaires à prendre :

- Réaliser des études spécifiques sur la nutrition et des enquêtes nationales de référence sur le statut nutritionnel des populations ;
- Mener des études/recherches d'identification des besoins spécifiques des groupes cibles ;
- Répertorier l'ensemble des produits locaux et estimation de leur composition ;
- Mise en place d'une table de composition des aliments locaux ;
- Elaborer un Cadre Stratégique pour le développement de la Recherche en matière de Nutrition et Alimentation ;
- Encourager la recherche sur la qualité et l'innocuité des aliments ;
- Disponibiliser les moyens humains et matériels pour le développement de la recherche en matière de nutrition et alimentation ;
- Impliquer d'avantage l'Université dans le cadre de la formation et de la recherche ;
- Accorder des bourses de formation initiale a l'étranger ;
- Mettre en place des plans de formation initial et continue au niveau national et communautaire ;
- Renforcer les programmes d'enseignement en nutrition au niveau des écoles de formation et au niveau universitaire.

Axe Stratégique 8 : Contrôle de la qualité des aliments

La consommation des denrées alimentaires saines est essentielle pour la santé des populations. Un système de contrôle de la qualité de la production/importation à la consommation est nécessaire pour protéger les consommateurs. Il est donc nécessaire qu'une importance particulière soit accordée à la qualité et à la sécurité des aliments.

Objectif Stratégique d'ici 2015 :

(i) Assurer de façon permanente l'innocuité des aliments consommés en Mauritanie

Stratégies prioritaires :

(a) Adoption ou renforcement des textes normatifs et législatifs pour le contrôle de la qualité des aliments;

(b)- Renforcement des capacités des services de contrôle et de suivi de la qualité des aliments ;

(c)- Formation du personnel intervenant dans les activités de contrôle de qualité et d'innocuité des aliments ;

(d)- Renforcement de la collaboration avec les partenaires au niveau national, régional et international sur le contrôle de qualité des aliments (secteur public, privé et associations des producteurs et consommateurs) ;

(e)- Promotion de la création des groupes de producteurs et de consommateurs sur les normes, la qualité et l'innocuité des aliments

Décisions prioritaires à prendre :

- Mettre en place une stratégie intégrée et actualisée de contrôle des aliments par les différentes administrations (au niveau local et au niveau des portes d'entrées du Pays) ;
- Sensibiliser régulièrement tous les intervenants sur la qualité hygiénique des aliments tout au long de la chaîne alimentaire ;
- Définir et adopter un cadre réglementaire et les mesures d'accompagnement nécessaires pour inciter la mise en place de laboratoires privés de contrôle de qualité (Service Codex) ;
- Mettre en place un laboratoire de référence en matière de contrôle de qualité des aliments en Mauritanie ;
- Engager une réflexion sur l'usage des OGM dans l'agriculture et l'alimentation humaine ;
- Mettre en place un cadre réglementaire (sécurité biologique des aliments, contrôle de la publicité alimentaire, taxe des produits alimentaires de faible intérêt nutritionnel, étiquetage etc.) pour préserver les droits des populations à l'alimentation et à la nutrition (cas de la réglementation sur le sel iodé) ;
- Encadrer les associations des consommateurs engagées dans les activités portant sur la qualité et l'innocuité des aliments.

Axe 9 : Partenariat avec la société civile

La société civile a un rôle important à jouer dans le développement de la nutrition. Elle doit servir de relais pour le changement des comportements et l'adoption de style de vie en faveur d'une bonne nutrition. Elle doit en conséquence être encadrée, renforcée, organisée pour mener à bien sa nouvelle mission.

Objectif stratégique d'ici 2015 :

(i)- Développer un partenariat constructif avec les Collectivités locales, les ONGs, les Associations et le Secteur privé dans la mise en oeuvre de programmes de lutte contre la malnutrition

Stratégie prioritaire

(a)- Développement de l'approche du *faire-faire* (contractualisation) ;

(b) Appui à la création et à la dynamisation de ligues fortes et organisées des consommateurs

Décisions prioritaires à prendre

- Elaborer un cahier de charge pour les interventions des acteurs locaux ou nationaux dans la lutte contre la malnutrition ;
- Renforcer les capacités et définir un cadre d'intervention des ONG et des autres segments de la société civile en matière de nutrition ;
- Contractualiser pour le développement d'interventions pilotes ;
- Créer un réseau mauritanien des intervenants en nutrition.

V- SUIVI ET EVALUATION

Le suivi de la mise en œuvre s'effectuera selon les méthodes classiques de monitoring. Chaque département sectoriel devra produire un rapport semestriel d'activités. La structure de coordination nationale, élaborera un rapport annuel de suivi des activités. Ces différents rapports seront complétés par un rapport de synthèse annuel que tous les départements devront rédiger au plus tard dans le mois qui suit la période écoulée.

Les informations sur la situation nutritionnelle et sur les activités mises en œuvre feront l'objet de rapports périodiques sous forme de bulletin d'information à diffuser auprès des acteurs de la mise en oeuvre et des partenaires au développement par la DDS.

Annuellement il sera procédé à une revue interne sur la base des rapports de synthèse annuelle des secteurs, suivie de la reprogrammation des interventions. Le rapport de cette revue interne devra être diligenté et diffusé par le MAED.

Divers mécanismes de suivi seront mis en œuvre selon le cas :

- Supervision par les autorités hiérarchiques
- Suivi interne
- Suivi externe
- Suivi par la DDS

L'évaluation externe est prévue, trois mois avant la fin de la troisième année. Une seconde évaluation est prévue à la fin de la cinquième année pour la période 2005-2008 et la période 2009-2012 tandis qu'une seule évaluation est prévue 6 mois après la dernière année de mise en œuvre (en 2016). En plus de ses éléments de suivi-évaluation de la politique chaque secteur développera une composante de suivi-évaluation dans son programme périodique.

Un canevas incluant les indicateurs de suivi et évaluation sera produit et diffusé auprès de tous les intervenants et des partenaires pour application.

VI. Cadre institutionnel et juridique

Dans un souci de créer un cadre organisationnel qui assure l'impulsion et la convergence des efforts des différentes parties concernées pour un développement réel et durable de la nutrition : le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie crée par décret au niveau de la Primature :

Un Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) sous la tutelle directe de Monsieur le Premier Ministre, (Annexe 1), chargé de la planification et de la coordination de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Développement de la Nutrition dans le pays.

Au sein du MAED, le Directeur du Développement Social est Coordinateur National et responsable du suivi de la mise en œuvre de la Politique de Développement de la Nutrition. À cet effet, il rend compte au MAED qui rend compte au Président du CNDN, par la production des rapports périodiques de suivi, de même que les évaluations de la réalisation des plans d'action des différents secteurs.

A- Organes

1- Organes de décision

Au niveau national

Les orientations stratégiques et l'approbation des programmes de développement de la Nutrition relèvent du Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN), présidé par Monsieur le Premier Ministre.

La composition du CNDN est représentative de l'ensemble des secteurs impliqués dans le domaine de la nutrition au plus haut niveau (public, privé, communauté et société civile). Les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) sont représentés dans le Conseil National.

Au niveau régional

Au niveau régional, le CNDN est représenté par une Commission Régionale pour le Développement de la Nutrition (CRDN). Elle est créée au sein du Comité Régional de Développement (CDR) et est présidée par le Wali. Elle est l'organe d'orientation et de suivi des activités au niveau régional.

2- Organes de coordination

Au niveau national

La structure technique de coordination, chargée de développer et de faire appliquer la politique de développement de la nutrition, est dénommée « Groupe Technique National de Coordination (GTNC) », présidé par la Direction du Développement Social (DDS/MAED). Le mandat du président du GTNC se trouve en annexe 2

Au niveau régional

La mission actuelle du Comité Régional de Développement (CRD) est élargie à la coordination régionale des activités de développement de la nutrition. A ce niveau, la Commission Régionale pour le Développement de la Nutrition (CRDN) dont les attributions sont définies dans l'Annexe 3 tient lieu d'organe de coordination régionale. Son secrétariat est assuré par la DDS ou à défaut le DRPSS.

B- Modalités de mise en œuvre de la Politique Nationale

Chaque ministère est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de son programme d'action en rapport avec son mandat et ses responsabilités et en fonction des besoins des populations cibles. Le Secrétariat du GTNC (DDS) encouragera le partenariat entre les ministères, afin de mener les actions les plus efficaces possibles. Compte tenu de la dimension multisectorielle et multidisciplinaire de la nutrition, les départements ministériels ci-après seront impliqués (MAED, MSAS, MDRE, MPEM, MEH, MCAT, MEN, MCRP, MMI, MAOI, SECF, CSA, CDHLCPI). Ces ministères devront être, de ce fait responsables de la mise en œuvre des programmes d'action sectoriels, élaborés selon les orientations définies dans la Politique Nationale. Ces programmes d'action des services, des projets et des programmes devront tenir compte des axes stratégiques et objectifs spécifiques aux différents secteurs selon leurs mandats respectifs. Les programmes sectoriels d'action seront mis en œuvre par les structures du ministère au niveau national et régional, ainsi qu'en collaboration avec les projets et les organisations de la société civile existant à ces niveaux.

C- Structures d'exécution

Au niveau de chaque département sectoriel, l'ensemble des actions prioritaires sera planifié par la structure désignée ci-dessous. Les activités programmées seront intégrées aux plans réguliers de ladite structure.

- Le MAED à travers la DDS assure :
 - La coordination de la mise en oeuvre de la PNDN
 - La planification
 - Le plaidoyer
 - La mobilisation des partenaires
 - Le suivi-évaluation
 - Le secrétariat
- Le MSAS à travers les Structures de Santé, le Service National de Nutrition, le Service Santé Scolaire et le CNH assure :
 - La surveillance épidémiologique
 - La prise en charge curative et préventive
 - La lutte contre les carence en micronutriments
 - La sensibilisation
 - La formation
 - La collecte de données sur la situation nutritionnelle
 - La santé scolaire
 - L'IEC
 - Le Contrôle de qualité
 - La définition des normes de qualité
 - La Recherche épidémiologique
- Le MDRE à travers les Directions de l'Agriculture et de l'Elevage assure :
 - Les actions liées à la sécurité alimentaire
 - La Formation
 - L'IEC
 - Le Contrôle de qualité
 - La collecte de données sur la situation alimentaire
 - La sensibilisation
 - La vulgarisation
 - La Recherche-action
- Le MEN à travers la DCSENS et l'Université assure :
 - La nutrition scolaire
 - L'IEC en matière de nutrition
 - La lutte contre les carences en micronutriments
 - La Recherche en Nutrition
 - La Formation en matière de Nutrition
- Le MCAT à travers la DPCC assure :

- Le contrôle de qualité et le respect des normes
 - La sensibilisation sur les normes de consommation et leur respect
 - La stabilité des prix des denrées de première nécessité
- Le MMI à travers la DI assure :
- La capitalisation normative et le contrôle de son application
 - Le Contrôle de qualité
 - L'encadrement technique de la filière agro-industrielle
 - La promotion et le développement de la filière agro-industrielle
 - Le volet enrichissement et fortification des aliments
- Le MEH à travers la DH assure :
- l'hydraulique villageoise
 - L'assainissement
- Le MPEM à travers la DPPP assure :
- Des actions liées à la sécurité alimentaire
 - La formation aux techniques de transformation et de conservation
 - La promotion de la consommation du poisson
 - La sensibilisation à l'hygiène et le contrôle de qualité des produits de la pêche
- Le SECF assure à travers la DFE et DPF :
- La Nutrition communautaire
 - La coordination des actions visant la petite enfance
 - La promotion des bonnes habitudes et comportements
 - La contribution à la lutte contre la malnutrition
- Le CSA à travers la CCN et l'OSA assure :
- La collecte des données alimentaire et nutritionnelles
 - L'alerte précoce
 - La Gestion des crises alimentaires
- Le CDHLCPI à travers la DLCP
- Les activités liées à la lutte contre la pauvreté rurale (AGRs etc...)

D- Mandat et responsabilité de la société civile dans le développement de la nutrition

La société civile est un partenaire à part entière pour le développement de la nutrition. Dans le cadre des interventions pilotes programmées par chaque secteur, les représentants de la société civile pourront dans une approche de contractualisation, encadrer les communautés à préparer et proposer de mini-projets dans le cadre de l'action en nutrition communautaire. Cependant, ces mini-projets doivent s'intégrer dans les axes prioritaires définis dans la politique.

E- Mécanismes d'approbation des programmes d'action sectoriels

Les programmes seront traduits annuellement en plans opérationnels élaborés aux différents niveaux. Ils seront approuvés, financés, exécutés, suivis et contrôlés selon le mécanisme proposé dans l'annexe 4. Ceci consacre une autonomie et une gestion décentralisée des ressources

F- Mobilisation et gestion des ressources

1- Ressources humaines

Toutes les compétences nationales en matière de nutrition seront mises à contribution à tous les niveaux, avant de recourir à l'aide de la communauté internationale. Il sera, cependant, nécessaire de mettre à niveau les connaissances et les aptitudes. Il sera également nécessaire que le Gouvernement fournisse quelques personnes ressources qui appui les ONGs relais qui jouent pleinement leur rôle d'appui technique à toutes les étapes de la mise en œuvre des plans opérationnels. Il sera utile de limiter les effets de la mobilité des ressources humaines, en prenant les dispositions adéquates.

2- Ressources financières

Toutes les possibilités de financement devront être explorées. Cependant, le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie s'engage, dans le cadre de l'approche appui budgétaire en matière de nutrition, à assurer une partie importante du financement des programmes annuels d'action sectoriel et de mobiliser aux niveaux des partenaires au développement les financements complémentaires. Le Ministère des Finances budgétisera les interventions par secteur de manière à ce qu'elles soient programmées dans le budget national.

ANNEXE 1

CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA NUTRITION (CNDN)

MISSION

Adopter la politique et les orientations stratégiques et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources dans le cadre du développement de la nutrition

ATTRIBUTIONS

1. Approuver les politiques et stratégies nationales et les plans d'action sectorielle de développement de la Nutrition
2. 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, voire pour faire des propositions d'amendement de certains aspects
3. Faire le plaidoyer pour une mobilisation nationale pour la nutrition
4. Veiller à la multisectorialité de la lutte
5. Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources, de toute nature, nécessaires au développement de la Nutrition et son allocation
6. Évaluer l'impact des actions de développement de la nutrition
7. inciter chaque secteur à mener les actions qui lui sont spécifiques
8. de concilier les points de vue qui peuvent être divergents et trouver des compromis positifs
9. Décider de la continuité ou de l'arrêt d'un programme au vu des rapports d'évaluation
10. L'arbitrage institutionnel en cas de besoin

FONCTIONNEMENT

Le CNDN se réunit 1 fois/semestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Il est appuyé dans sa fonction par le MAED à travers la DDS.

COMPOSITION

Présidence : Premier Ministre
Vice- Président : Ministre des Affaires Economiques et du Développement

Membres

- Un représentant du Sénat
- Un Représentant de l'Assemblée Nationale
- Les ministres des secteurs impliqués (MINT, MSAS, MDRE, MPEM, MCAT, MEN, MEH, MCRP, MMI, MAOI, SECF, CSA, CDHLCPI, MF)
- Le Président de l'Association des Maires
- Le président du réseau des ONG intervenant dans le domaine de la nutrition
- Un représentant des partenaires bilatéraux et un représentant des partenaires multilatéraux

ANNEXE 2

COORDINATION DE LA PNDN

Attributions

Le Directeur du Développement Social (DDS) est chargé de :

1. Assurer le Secrétariat du CNDN
2. Préparer les différentes réunions de concertation des organes impliquées dans la nutrition
3. Coordonner l'élaboration du cadre stratégique et des plans d'action sectoriels
4. Donner un avis technique avant approbation par le CNDN des programmes d'action sectorielle en matière de nutrition
5. Développer les politiques et les mécanismes de gestion de l'action pour la nutrition
6. Superviser l'application des politiques de gestion de l'action pour la nutrition
7. Veiller à ce que les plans d'action de chacune des composantes tiennent compte des orientations, des objectifs et des actions prioritaires de la Politique
8. Favoriser l'harmonisation des différents plans d'action et la complémentarité des moyens mis en œuvre ;
9. Coordonner et dynamiser la mise en œuvre des différents plans d'action.
10. Soutenir la concertation entre le secteur public et le secteur privé et la société civile
11. Mettre en place au-niveau de chaque département sectoriel les outils indispensables au suivi-évaluation
12. Organiser le suivi et l'évaluation des programmes sectoriels et la réalisation des plans d'action
13. Superviser la mise en œuvre des activités au niveau national en collaboration avec les hiérarchies administratives concernées (revues, suivi, rapports périodiques, évaluation..).
14. Assurer la coordination des activités de l'appui technique nécessaire à tous les intervenants
15. Évaluer les besoins des intervenants nationaux et faciliter toutes les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions.
16. Rédiger un rapport semestriel au Comité National de Développement de la Nutrition sur le déroulement du programme.

ANNEXE 3

COMISSION RÉGIONALE DE COORDINATION DE LA PNDN (CRC/PNDN)

Mission

Donner les orientations des actions pour le développement de la nutrition et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources au niveau régional.

Attributions

- Veiller à la multisectorialité de l'action au niveau régional
- Assurer la concertation périodique entre les différents intervenants
- Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources, de toute nature, nécessaires au niveau régional et veiller à leur répartition;
- Apprécier les impacts des actions au niveau régional.

Fonctionnement

Présidé par le Wali, le Comité se réunit 1 fois/semestre ou exceptionnellement sur convocation de son Président. Le rapporteur est le Chef de la Cellule Régionale de Coordination du MAED ou à défaut le Directeur Régional de la Protection Socio-sanitaire (DRPSS).

Composition

Présidence : Le Wali

Membres :

- Les responsables des services régionaux impliqués dans la nutrition
- Un (1) représentant du collectif des ONG/Associations intervenant dans la nutrition
 - Un (1) représentant des Imams
- Un (1) représentants des associations de jeunes
- Les représentants des partenaires au développement présents au niveau régional
- Un (1) représentant des opérateurs économiques

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