

SOMMAIRE D'ACTIVITE DU PROGRAMME DU PAYS

Pays et numéro de l'activité	: Mauritanie CP 10209.0/ Activité 2
Titre	: Appui aux groupes vulnérables à la malnutrition
Durée de l'activité (années)	: 6 ans (01/01/03 au 31/12/2008)
Coût total pour le PAM	: 4 787 483 dollars EU
Coût total pour le gouvernement	: 446 340 dollars EU

RESUME

1. Cette activité correspond à l'objectif gouvernemental consigné dans le Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN), qui est de réduire la prévalence de la malnutrition.
2. En accord avec la décision 1999/EB.A/2 du Conseil d'administration du PAM, cette activité correspond à la priorité 1 de la politique du PAM visant à favoriser le développement qui est de permettre aux jeunes, aux femmes enceintes et aux mères allaitantes de satisfaire leurs besoins nutritionnels spéciaux et leurs besoin sanitaires.
3. L'objectif principal de cette activité est de lutter contre la détérioration nutritionnelle des enfants d'âge entre 6 et 60 mois et les femmes enceintes et allaitantes lors la période de pénurie alimentaire. Il est également escompté une mobilisation sociale des communautés bénéficiaires des Centres d'Alimentation Communautaires autour de micro-projets de développement qui leur sont proposés et la sensibilisation aux femmes bénéficiaires en notions d'hygiène, santé et nutrition. Elle ciblera cinq wilayas (régions) identifiées comme les plus vulnérables par l'étude de l'Analyse et la Cartographie de la Vulnérabilité (ACV). Elle bénéficiera 10 000 enfants modérément malnutris et 6000 femmes enceintes et allaitantes.

ANALYSE DU PROBLEME

Situation nutritionnelle des enfants

4. Selon les critères de l'OMS avec des taux de retard de croissance et d'insuffisance pondérale supérieurs à 30%, la prévalence de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans en Mauritanie, entre dans la catégorie « élevée » à « très élevée ». Selon l'enquête la plus récente (Enquête Démographie et Santé de Mauritanie de 2000-2001- EDSM¹), la prévalence de malnutrition s'établit comme suit : Plus de 35% des enfants présentent un

¹ Office National de Statistique (ONS) [Mauritanie] et ORC Macro 2001. Enquête démographie et Santé Mauritanie (EDSM) 2000-2001., Calverton, Maryland, USA: ONS et ORC. Macro.

retard de croissance témoignant d'une malnutrition chronique, soit plus de 15 fois ce qui devrait être observé chez une population bien nourrie. Environ 13% des enfants sont en état de maigreur, dont 3% sévèrement émaciés. Ces derniers devraient bénéficier d'une réhabilitation nutritionnelle thérapeutique. Enfin, 32% des enfants sont en insuffisance pondérale globale. Dans les zones retenues pour l'activité 2 du programme de pays, les résultats sont encore plus mauvais, particulièrement dans la zone du Fleuve regroupant le Trarza, le Brakna, le Gorgol et le Guidimakha.

5. La prévalence des maigreurs est plus forte chez les enfants de 6 à 24 mois et décroît ensuite, mais les formes sévères se maintiennent à un niveau très élevé jusqu'à 36 mois (4,6%). Elles sont encore de 2,6% à l'âge de 5 ans. Ces chiffres soulignent le niveau de gravité et de persistance de la malnutrition tout au long de la petite enfance. Ils révèlent également qu'il s'agit de formes de marasmes relativement équilibrées pour lesquelles la prise en charge médicale pose des problèmes difficiles qui ne peuvent être résolus que par des centres de re- nutrition médicalisés. Les retards de taille s'accroissent avec l'âge, jusqu'à 5 ans et probablement au-delà, traduisant aussi la persistance de la malnutrition.
6. Les infections sont très fréquentes chez les enfants après 6 mois. Environ 10 % des enfants enquêtés dans l'EDSM présentaient des symptômes évocateurs d'infection respiratoire aiguë (toux, polypnée), 18 % des diarrhées dont 4% de dysenterie et plus de 30% avait eu de la fièvre. L'enquête MMCHS (Mauritania Maternal and Child Health Survey, 1990-1991) indiquait une mortalité infantile de 95/1000 et infanto- juvénile de 137/1000. La comparaison de ces chiffres avec ceux de l'enquête précédente (Unicef 1996²) suggère fortement l'existence d'une dégradation récente de l'état nutritionnel des enfants avec une prévalence d'émaciation passant de 8,1 % en milieu rural à 14,2 %.
7. Une proportion importante (14 à 16 pour cent) des femmes présente une déficience énergétique chronique. Les régions du Sud Est, du Centre et au nord du fleuve Sénégal, retenues pour le programme de pays, sont les plus touchées (EDSM). Plus de la moitié des femmes ont des anémies (carence de fer). De nombreuses personnes font état de cécité crépusculaire en fin de saison sèche, révélatrice de déficience en vitamine A. Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) sont fréquents. Les poids à la naissance (< 2,5 kg) sont insuffisants pour 30 à 40 pour cent des naissances.
8. Les mariages précoces et les grossesses des adolescentes constituent un facteur de risque de dystocie qu'il faut prendre en compte. Le taux de mortalité maternelle est très élevé : il est estimé à 747/100 000. Le risque de décéder du fait de la grossesse est de 1/28. L'indice synthétique de fécondité est de 5 enfants par femme en milieu rural.
9. Plus de 94 % des enfants sont allaités dont 61 % dès la première heure. La durée médiane de l'allaitement est de 21,2 mois, mais l'introduction d'aliments autres que le lait maternel est trop précoce : elle survient dès le premier mois chez un tiers des enfants. L'allaitement exclusif ne concerne que 28% des enfants jusqu'à 3 mois. La teneur énergétique moyenne de bouillies données n'est que de 45 kcals/100 g³ (la recommandation étant d'au moins 80 kcals/100g). L'aliment de complément est bien ancrée dans les habitudes des populations.

² Ministère du plan, Direction des Ressources Humaines. Enquête nationale sur les indicateurs des objectifs à mi-terme en Mauritanie (MICS). Nouakchott, RIM, 1996.

³ Association Nutrition et Développement (M Barro, coordonnateur). Projet d'unité de production de farine infantile par cuisson-extrusion. Atelier de planification, 3-7 mars 2002, Nouakchott.

Assistance antérieure du PAM

10. L'appui aux groupes vulnérables (enfants malnutris, femmes enceintes et allaitantes) ne figurait pas dans le premier Schéma de Stratégie de Pays (mai 1996). Toutefois sur la base de chiffres alarmant de malnutrition dans les régions du sud Est et Centre du pays (enquête UNICEF 1996) une première intervention pilote a été approuvée en octobre 1997. Cette activité a démarré en 1998 pour quelques Centres d'Alimentation Communautaires (CAC) mais s'est surtout généralisée à partir de fin 1999. Elle se terminera en décembre 2002. Chaque CAC recrute 50 enfants et 25 mères. Une moyenne de 9000 enfants modérément malnutris et de 3000 femmes enceintes ou allaitantes auront été pris en charge par ces centres durant chaque année. Le coût total de cette activité qui finira fin 2002 s'élève à 4.2 millions de US\$. Les quantités de vivres à livrer a été de 4608 tonnes.

OBJECTIFS DE L'ACTIVITE

Objectif sur le long terme

11. L'objectif général de cette activité est de lutter contre la détérioration nutritionnelle des enfants d'âge entre 6 et 60 mois, des femmes enceintes et mères allaitantes. Sur le long terme cette, assistance réduira la prévalence de la malnutrition des enfants et améliorera la surveillances des grossesses des mères et les conditions de l'accouchement.
12. Ce double dispositif d'assistance vise donc à combattre directement la faim et la malnutrition chez les populations les plus défavorisés mais également à interrompre la transmission de la malnutrition d'une génération à l'autre.

OBJECTIFS IMMEDIATS

12. Les objectifs immédiats sont de :

- Réduire le risque de dégradation nutritionnelle chez les enfants de 6 à 60 mois (Ce qui est très fort au cours de la période de pénurie alimentaire dite de soudure);
- Prévenir le déficit énergétique des femmes enceintes et allaitantes ;
- Eduquer les mères sur les besoins de la famille en matière de santé et nutrition ;

13. Résultats attendus

Durant les 6 années du projet les résultats attendus sont:

i) la prise en en charge chaque année des 10 000 enfants et de 6 000 femmes les plus exposés à la malnutrition parmi les sept régions considérées comme les plus vulnérables, ii) la prévention de l'aggravation de la malnutrition durant la période de soudure, iii) l'adoption de bonnes pratiques en santé et nutrition par les mères par le biais de conseils et démonstrations.

ROLE ET MODALITES DE L'AIDE ALIMENTAIRE

14. L'aide alimentaire est destinée à :

- Lutter directement contre la malnutrition des enfants de 6 – 60 mois en prévenant la dégradation de leur état nutritionnel durant la période de pénurie alimentaire ;
- Permettre aux mères d'assumer leur grossesse et l'allaitement de leurs enfants dans de bonnes conditions nutritionnelles durant cette même période et d'éviter des petits poids à la naissance ;
- Sensibiliser les mères aux problèmes de nutrition et de santé et leur proposer des solutions pratiques faciliter l'accès au système de santé par l'intervention des agents de santé ;
- Stimuler la participation aux micro-projets proposés par les ONG ;

Apports Alimentaires

15. Les choix de rations ont été effectués en tenant compte d'un certain nombre de contraintes et réalités sociales qui sont i) l'existence d'une longue période de sécheresse et d'une situation de crise alimentaire latente affectant la quasi-totalité des familles de régions les plus vulnérables (Aftout) des mois de juin à août environ ; ii) la migration des hommes valides avec le bétail ou pour chercher du travail, laissant la responsabilité des ménages aux mères ; iii) l'existence de tradition de solidarité et de partage de vivres dans et hors de la famille. L'aide alimentaire pourra glisser ainsi si la situation de soudure empirait, d'une intervention ciblée vers les groupes défavorisés vers une assistance alimentaire de toutes les familles, c'est à dire vers une opération d'urgence. Ces facteurs ont été intégrés dans le calcul des rations que ce soit celles emportées par les femmes, ou celles consommées sur place par les enfants et pouvant constituer dans certains cas leur repas principal.

16. Les enfants de 6 –60 mois recevront deux bouillies par jour (matin et soir) d'une bonne qualité énergétique et nutritionnelle. Il s'agit d'un aliment composé enrichi en micro-nutriments (CSB) 140 g, de 15 g d'huile enrichie en vitamine A, 10 g du sucre et 3 g du sel iodé. Cette ration apportera 705 Kcal (14 % sous forme de protides et 30 % sous forme de lipides). La ration a été calculée de manière à couvrir la moitié des besoins nutritionnels des enfants de cette tranche d'âge que l'on peut estimer en moyenne à 1300 kcal pour un enfant de 2 ans.

17. Les femmes enceintes et allaitantes recevront une ration journalière sèche de céréales (350 g), composée de 50 % de riz et 50 % de blé bulgur, 50 g de haricots, 30 g d'huile et 50 g de CSB à distribuer sur une base mensuelle. Cette ration ne compensera pas seulement l'augmentation des besoins durant la grossesse et l'allaitement mais tiendra compte aussi du partage au sein de la famille Elle apportera 1829 Kcal (dont 8 % en forme de protéines et 21 % en forme de lipides).

18. Les auxiliaires et cuisinières, à titre de compensation pour leur travail, recevront une ration familiale sèche composées de 1000 g de riz ou blé, 80 g de haricots et 90 g d'huile pour chaque jour de travail et à distribuer sur une base trimestrielle. Ces rations ont été calculées en fonction de l'extrême pauvreté et l'insécurité alimentaire prédominant dans les zones retenues par l'étude ACV.

19. Pour tous les bénéficiaires, les rations seront distribuées durant 9 mois (mars à décembre) et une coupure faite janvier à mars, période de récoltes et de relative abondance.

Les différentes rations journalières peuvent être récapitulées comme suit (quantités en g)/ personne :

Denrées/ bénéf.	Blé Bulgur	Blé	Riz	CSB	Huile	Haricots	Sucre	Sel
Enfants				140	15		10	3
Mères		175	175	50	30	50		
Auxiliaires	500		500		90	80		
Total	500	175	675	190	145	130	10	3

Les quantités denrées à livrer son les suivantes (en tonnes métriques) :

Denrée	Quantité annuelle	Quantité pour 6 ans
Blé	54	324
Bulgur Blé	284	1 701
Riz	338	2 025
CSB	459	2 754
Légumineuses	90	540
Huile Végétale	99	594
Sucre	27	162
Sel Iodé	8	49
Total	1 358	8 149

En termes de tonnage, cette activité représente désormais 13 % du budget total du programme de pays. Le coût opérationnel directe de 4 452 383 dollars E-U. La contribution du Gouvernement est estimée à 446 340 dollars E-U.

STRATEGIE DE L'ACTIVITE

Mise en œuvre

20. Le Ministère de de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), sous la responsabilité de la Direction de la Protection Sanitaire et pour l'exécution le service de nutrition. Le MSAS apportera un soutien administratif et technique au projet (la formation des agents et le suivi technique, dépistage des enfants en état de malnutrition aiguë).
21. Les Directions régionales de Promotion Sanitaire et Sociale (DRPSS) des 8 régions retenues pour le projet seront responsables de la mise en œuvre du programme dans leurs zones d'influence. Les agents de santé auront la responsabilité de la sélection et du suivi des bénéficiaires en étroite collaboration avec les ONG et le comité de gestion villageois et seront responsables du suivi nutritionnel. Des comités techniques opérationnels seront mis en place auprès des DRPSS de chaque région.
22. Le projet sera exécuté à la base par des ONG compétentes dans le domaine des actions de santé et de nutrition. Trois ONG internationales (Fédération Luthérienne Mondiale; Caritas ; World Vision) et 4 ONG nationales (« Au Secours »; « Solidarité au Service des Activités Productives et à l'Action Sociale » - SAPAS ; « Union des Coopératives du Tagant »- UCT ; « Association pour le Développement de l'Asaba »- ASDA) sont déjà des

partenaires du PAM pour ce projet. Ces ONG ont une bonne expérience de la gestion des CAC. Elles ont été appuyées pour certaines par des ONG internationales ou la Banque Mondiale à travers son projet NUTRICOM. L'action des ONG gestionnaires de CAC sera renforcée et étendue.

23. Pour permettre l'extension du projet, de nouvelles ONG internationales seront sollicitées et pourront parrainer des ONG nationales. La sélection des ONG bénéficiaires de l'activité est faite par le PAM en étroite collaboration avec le Service de Nutrition/MSAS. Les critères d'éligibilité relatifs à leur légalité dans le pays sont : i) un minimum d'expérience pratique de deux années en matière de mise en œuvre de micro-projets de développement communautaire, ii) une capacité de gestion financière et de transfert des compétences, iii) un personnel de terrain compétent, iv) un parrainage de l'ONG nationale par une ONG internationale.
24. Des protocoles d'accord seront signés tous les 2 ans. Le protocole précisera les villages les plus vulnérables où ces ONG auront à intervenir et les bénéficiaires sélectionnés à partir de critères de sélection définis par les partenaires et le PAM. La sélection des ONG pourra être revue lors de la signature des protocoles. Dans les villages retenus, des comités de gestion seront mis en place pour assurer le fonctionnement des CAC en coordination avec des activités de complément qui pourront être proposées par les ONG. Ces comités devront être constitués d'au moins 50% de femmes. Ils désigneront l'auxiliaire de nutrition qui après une formation, sera chargée du contrôle du bon déroulement des distributions des rations. Les cuisinières prépareront les bouillies pour les enfants, mais il est nécessaire d'envisager la participation des mères pour les impliquer plus activement dans la prévention de la malnutrition.

Fonctionnement de Centres d'Alimentation Communautaire

25. Les CAC, donnent une réponse rapide à une situation alimentaire aiguë qui est par définition changeante dans le temps et l'espace. Les CAC doivent être considérés comme des structures provisoires qui peuvent être supprimées ou déplacées selon les besoins.
26. Il est prévu d'ouvrir 200 CAC sur les 7 régions retenues. Ces CAC seront installés dans les gros villages. Les CAC pourront regrouper plusieurs villages dès lors que 50 enfants malnutris y auront été dépistés et que les distances ne seront pas supérieures à 3 km.
27. Les bénéficiaires seront sélectionnés par le responsable local de l'ONG en collaboration avec les responsables locaux de la Santé et le PAM. Ils contrôleront aussi trimestriellement leur état nutritionnel et les mesures. Une fiche d'inscription nominative des bénéficiaires (séparer enfants par sexe et mères) avec leur degré de nutrition sera tenu par le « superviseur » de l'ONG. Chaque CAC animé par une auxiliaire de nutrition assistée de la cuisinière, distribuera des rations à 50 enfants modérément malnutris et 30 femmes enceintes ou allaitantes.
28. Ces centres jouent bien leur rôle durant la soudure mais leur bon fonctionnement est limité de deux manières. i) en aval par l'absence de prise en charge correcte des enfants gravement malnutris dans des CREN, un effort du MSAS est absolument nécessaire, ii) en amont, l'extrême précarité des conditions de vie de certaines communautés, singulièrement celles vivant dans l'Aftout compromet leur subsistance et est un facteur limitant aux activités de développement en complément des CAC.

29. Lors du démarrage des CAC les enfants recevront une dose de vitamine A et un traitement anti-parasitaire qui pourront être renouvelés au bout de 6 mois. Ces traitements seront effectués sous la responsabilité des agents de santé. Les femmes enceintes recevront un supplément de fer. Ces médicaments sont disponibles dans le système de recouvrement des coûts de santé. Les textes concernant ce système sont en cours de révision et ces groupes vulnérables pourraient entrer dans la catégorie « indigents ». Dans ce cas le Fond de Sécurité des Comités de Santé pourra être utilisé pour mettre ces médicaments à disposition des CAC.

Formation

30. Dans chaque région, au début du programme, un atelier de formation sera organisé par le service de nutrition de MSAS avec l'aide du PAM et l'appui technique de l'UNICEF et l'OMS.

31. Les ateliers s'adresseront au personnel de santé du ministère, aux auxiliaires de nutrition des communautés et aux superviseurs des ONG. Des cours de recyclage seront assurés chaque année d'une durée d'une semaine. Le PAM et l'UNICEF assureront les coûts de formation.

32. Les formations devraient intégrer les points suivants et être adaptées au niveau de l'auditoire (agents de santé, responsables d'ONG, auxiliaires de nutrition) :

- Malnutrition : prévention (allaitement et alimentation de complément ; déroulement de la grossesse) ; dépistage (méthodes anthropométrique et interprétation) ; prise en charge sur les caractères de la malnutrition, les méthodes de dépistage, la prise en charge et le traitement⁴.
- Hygiène et propreté : propreté du milieu ; préparation des aliments ; propreté corporelle (lavage des mains) ; fécalisation du proche environnement (points d'eau) ; promiscuité avec les animaux ; maladies liées au manque d'hygiène.
- Gestion du programme : réception, stockage, mouvements de vivres. Tenue des registres , remplissage de fiches et rédaction des rapports.

33. Les responsables des ONG devront restituer aux comités villageois les principes et les grandes lignes du contenu des formations.

Logistique des denrées alimentaires

34. Le coût des aliments importés est moins élevé pour le riz, le CSB, l'huile, le sucre, les haricots, que les coûts sur le marché local. Par conséquent, seul le sel fera l'objet, en principe d'un achat local.

35. Les denrées importées seront livrées au port de Nouakchott et déposées au magasin central de la DPA et aux magasins régionaux de la DPA. Elles seront ensuite acheminées dans les magasins départementaux des ONG qui les distribueront aux CAC, ou bien elles seront distribués directement de Nouakchott (magasin DPA) aux CACs.

⁴ Le manuel élaboré par le MSAS avec l'appui de l'UNICEF : Protocole de prise en charge de la malnutrition, MSAS, DPS, Nouakchott, octobre 2000, servira de référence.

BENEFICIAIRES ET AVANTAGES DE L'ACTIVITE

36. Les enfants modérément malnutris entre 6 et 60 mois, les femmes enceintes dans le dernier trimestre de grossesse et les femmes allaitantes pendant les 6 premiers mois seront pris en charge dans les CAC. Les enfants gravement malnutris devront être adressés aux CREN et n'entrent pas dans la programmation de cette activité⁵. Les **10000 enfants** et les **6000 mères** qui seront pris en charge durant les **9 mois** de fonctionnement des CAC représenteront donc une fraction que l'on peut estimer à 10 à 13 % des groupes les plus vulnérables.
37. Les bénéficiaires au niveau général seront choisis à partir de 2 ciblage successifs. Il y aura d'abord un ciblage géographique des zones les plus exposées à l'insécurité alimentaire. Les ONG's en collaboration avec les autorités administratives et les agents de santé sélectionneront les villages les plus défavorisés. Il y aura ensuite un ciblage individuel des individus souffrant de malnutrition modérée en utilisant les critères anthropométriques objectifs décrits plus haut.
38. Les enfants malnutris seront dépistés par les agents de santé selon les **critères** suivants:
- avoir un poids pour la taille (P-T) entre 70 et 80% de la référence (ou entre -2 et -3 z-scores) ;
 - avoir un périmètre de bras (PB) entre 12,5 et 11,5 cm. Dans tous les cas les enfants devront être exempts de signes cliniques de gravité tels qu'œdèmes ou manifestations cutanées⁶.
39. Les enfants retenus seront pris en charge, dans un premier temps, pour une durée de 6 mois. A l'issue de ces 6 mois ils seront remesurés : les enfants qui auront un P-T \geq à 85% ou un **PB** \geq 13 cm seront considérés comme guéris. Les enfants dont le P-T restera inférieur à 80 % pourront continuer le cycle pour 3 mois supplémentaires après avis du personnel de santé. Les enfants qui n'auront pas pris de poids ou resteront inférieurs à 75% devront être adressés à un centre de santé pour une recherche plus approfondie de facteurs associés.
40. Dans les zones où le nombre de femmes enceintes (trois derniers mois de grossesse) et allaitantes (six premières mois de allaitement) est très élevé (plus de 30), il faudra opérer une sélection selon des critères simples, c'est à dire: l'âge (mères de moins de 18 ans), la taille (mères de moins de 150 cm), l'état de santé (maigreur, pâleur des conjonctives, essoufflement), d'antécédents de complications obstétricales (césarienne, travail prolongé) et de leur situation sociale (femmes chefs de famille). Dans les zones à faible densité de peuplement et défavorisées (ces deux critères se recoupant) il ne devrait pas y avoir de sélection, toutes les femmes enceintes ou allaitantes demandeuses devraient être bénéficiaires.

⁵ A la différence des CAC ou des CNCR, les CREN sont des structures médicalisées du MSAS installées dans les hôpitaux et centres de santé.

⁶ Le choix de l'une ou l'autre méthode dépendra des conditions locales et du savoir-faire des agents. La décision sera prise par les autorités sanitaires et les ONG et figurera sur la fiche de dépistage. Une mesure correcte du tour de bras est préférable à une mauvaise mesure de la taille ou à une erreur grossière sur l'âge de l'enfant.

APPUI A L'ACTIVITE ET PARTENARIAT

Frais de logistique interne

41. Le PAM paiera directement aux divers exécutants des opérations de transport les frais de Transport intérieur, entreposage et manutention (TIEM) depuis Nouakchott jusqu'aux CAC pour les produits livrés au titre de la présente activité. Compte tenu du classement de la Mauritanie parmi les pays les plus pauvres et des contraintes financières très lourdes pesant sur le budget national, le TIEM continuera à être payé par le PAM pour couvrir cent pour cent des coûts, pour un montant maximum de 122 dollars la tonne. Ce montant sera révisé et ajusté si nécessaire.

Intrants Non Alimentaires

42. Le PAM, sous réserve des disponibilités financières, mettra à la disposition du projet certains intrants non-alimentaires (INA) dont la valeur est estimée à environ 100 000 \$ US. Il s'agira d'ustensiles permettant la préparation des bouillies (bidons, marmites, fourneaux, cuillères), les repas (gobelets, assiettes, cuillères, nattes), de produits de nettoyage (eau de javel, savons, balais...) ainsi que du matériel de papeterie (stylos, cahiers, papier, registres...). Les petits équipements des anciens CAC (120) seront renouvelés et les 80 nouveaux CAC équipés à neuf.

Suivi-évaluation et rapports

43. Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) et la DPS assurera le suivi nutritionnel de l'activité en étroite collaboration avec le PAM et les ONG. L'agent de santé local des centres et postes sanitaires, assisté par les responsable de l'ONG et l'auxiliaire, effectueront le dépistage des enfants, et trimestriellement la mensuration des enfants des CAC. Les responsables régionaux, départementaux (Moughaatas) et les agents locaux du développement rural apporteront également leur contribution dans la détermination des villages à haute insécurité alimentaire.

44. Les ONG assureront le suivi de l'activité dans ses aspects logistiques et techniques. Le responsable local de l'ONG visitera chaque mois les CACs afin de superviser les activités et de collecter les données nécessaires pour l'élaboration des rapports trimestriels, (fiches récapitulative, fiches de sorti de vivres, participation de l'agent de santé local, les activités d'apprentissage et des activités de développement complémentaires effectuées pour et par les femmes etc.). Une copie en sera laissée à l'auxiliaire de nutrition. Ces fiches seront complétées chaque trimestre lors des séances de pesée et une fiche récapitulative sera envoyée au PAM. Les ONG effectueront une formation continue sur le terrain des agents villageois d'exécution.

45. Après une réunion avec un comité de suivi regroupant les principaux partenaires, le Bureau du PAM à Nouakchott réalisera une mission trimestrielle de suivi de l'activité dans les différentes régions.

46. Des enquêtes nutritionnelles seront faites selon les besoins dans les différents régions d'interventions, avec l'appui du Ministère de la Santé, l'UNICEF et l'OMS ainsi que les ONG performantes.

VIABILITE ET DURABILITE DE L'ACTIVITE

47. Les vivres devront être mis à disposition en temps et en quantité suffisante de manière à permettre la mise en fonctionnement rapide des nouveaux CAC et la bonne continuation des anciens. Un effet très positif peut être obtenu si tous les centres fonctionnent en même temps.
48. Comme il a été dit, les CAC ne sont pas des structures permanentes. Ils correspondent en réalité à une programmation de l'aide d'urgence dans ces régions. Leur fonctionnement est relativement simple et les principes semblent avoir été progressivement bien assimilés par les villageois et les responsables d'ONG. Le contrôle et le suivi sont correctement assurés à ce jour. Il est important de maintenir des critères de sélection et de surveillance simples. Les activités de formation au moments d'ouverture de nouveaux centres est déterminant.

RISQUES

49. Trois types de risques peuvent être identifiés dans la conduite de ces projets qui mobilise le service public mauritanien, des ONG et des agences internationales :
- Le premier est le manque de coordination entre les activités des divers intervenants. Ce risque sera évité si une large concertation a lieu avant l'ouverture des CAC rappelant les responsabilités de chacun et si un comité technique opérationnel installé au niveau des DRPSS facilite le suivi des opérations.
 - Le deuxième, qui a été déjà mentionné, concerne le fonctionnement des CREN. Ceux ci doivent devenir (ou redevenir) rapidement fonctionnels sinon l'activité des CAC et des CNCR sera perturbée ;
 - Enfin, la lutte contre la malnutrition supposant un effort de longue haleine, la défaillance d'un acteur (services de l'état ou ONG) peut bloquer tout le système. Les comités opérationnels pourraient dans ce cas jouer un rôle de conseiller pour trouver une solution acceptable.
50. En dépit de la désertification et du déboisement, il n'existe pas d'alternative au bois de chauffe pour la préparation des bouillies des CAC. L'activité encouragera le reboisement dans le villages, dans le cadre de l'Activité Appui au Développement Rural du PAM, la où les conditions le permettent.

EFFETS NEGATIFS, PERTURBATION DES MARCHES ET DEPENDANCE

51. Les quantités de vivre prévues pour ce projet sont limitées et diluées dans l'espace, (environ 1400 tonnes distribuées annuellement dans 8 régions). Ce n'est pas de quantités suffisantes pour provoquer de perturbations au marché.

COORDINATION ET CONSULTATION

52. Le Plan National de Nutrition a été élaboré en 1995, en cours d'actualisation en 2002-2003, avec l'assistance de l'OMS et de la FAO , le coordonnateur du PNAN est le Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED). Il avait été proposé

65 activités ayant pour objectif « d'éliminer la faim et de réduire la malnutrition ». Entre les activités, l'activité 14 concerne directement la lutte contre la malnutrition par la prise en charge des enfants dans les CAC (Centre d'alimentation communautaire) et les CREN (Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle) sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS).

53. Les agences spécialisées du système des Nations Unis et la Banque Mondiale ont participé aux étapes de l'élaboration de ce projet ils ont révisé le document et ils ont apporté leurs commentaires. Les différents agences vont continuer à appuyer l'activité.

- **L'OMS** qui est un intervenant important dans le domaine de la nutrition intervient à l'appui à la formation à la participation aux activités du PNAN à la mise en place du paquet minimal d'action en nutrition et fournis une aide directe sur des projets de recherche concernant les aliments de complément.
- **L'UNICEF** a financé la formation lors du précédent projet et a fourni les instruments anthropométriques pour réaliser les mesures. Ce fond peut procurer également les antiparasitaires et la vitamine A qui seront utilisés par l'agent de santé lors du dépistage et des vaccinations ;
- **Le FNUAP** intervient au niveau de la santé de la reproduction en formant les matrones et les accoucheuses. Il sensibilisera également les femmes sur l'intérêt des visites prénatales et leur en facilitera l'accès ;
- **La Banque Mondiale** sera un partenaire important à travers son projet NUTRICOM.

54. L'objectif du projet **NUTRICOM** est d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de 0-3 ans et des femmes allaitantes à travers des interventions nutritionnelles directes, des programmes éducatifs et des micro-projets générateurs de revenus. Il est placé sous la tutelle du Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine. Le projet prévoit d'ouvrir 30 CNCR ruraux dans les régions de l'Assaba, du Gorgol et du Hodh el Gharbi. Il y aurait une cinquantaine de centres ouverts à la fin 2002. Chaque centre devrait prendre en charge 850 à 1000 enfants par an et 200 à 300 femmes allaitantes, recrutés par cohortes.

55. Il est important que les deux projets de lutte contre la malnutrition, CAC et CNCR puissent recouper leurs activités et partager leurs domaines. Le projet NUTRICOM est plus engagé dans la prévention de la malnutrition à travers l'éducation des mères et leur participation à des activités de développement alors que les CAC sont une réponse directe à une situation d'urgence alimentaire. Toutefois les points en commun sont nombreux, que ce soit dans le ciblage et la prise en charge des enfants, les thèmes abordés dans le paquet d'action en nutrition ou les activités proposées aux femmes (démonstrations culinaires, formation, petits projets de développement, etc.)

APPROBATION SOUS L'AUTORITE DELEGUEE DU DIRECTEUR EXECUTIF

Cette activité est recommandée pour approbation sous l'autorité déléguée du Directeur Exécutif, par le Représentant du PAM.

Monsieur PHILIPPE GUYON LE BOUFFY

Représentant et Directeur du PAM en MAURITANIE

Nouakchott, Le ___/___/2002

ANNEXE 1

PREVISION BUDGETAIRES POUR LE PROGRAMME DU PAYS DE LA MAURITANIE(2003-2008) ACTIVITE II -GROUPES VULNERABLES

Produits alimentaires (tonnes)	8 149
Produits alimentaires (valeur en dollars)	2 099 561
Transport extérieur	834 100
TTEM (total)	993 427
TTEM (coût par tonne)	122
Autres COD	525 295
Total, coûts opérationnels directs	4 452 382
CAD ¹	0
CAI ²	335 100
Total coûts pour le PAM	4 787 483
Contribution du gouvernement	446 340

¹ = 13% du montant du CAD du Programme de Pays ² = 13% du montant du CAI du Programme de Pays
--

ANNEXE 2

Activité 2 » Appui alimentaires aux groupes vulnérables à la malnutrition »—MAURITANIE (2003–2008)—CADRE LOGIQUE

Hiérarchie des résultats	Indicateurs de performance	Hypothèses et risques
But au niveau national Réduction la pauvreté à l'horizon 2015 dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) qui vise le développement des infrastructures et des ressources humaines pour garantir des taux de croissance élevés		
But du programme de pays Soutenir les efforts du gouvernement dans sa lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire en se concentrant sur le développement rural et les secteurs sociaux (éducation, nutrition) dans les sept régions ciblées	Diminution de l'incidence de la pauvreté rurale de 55 à 50 pour cent	
Objectifs du programme de pays 1. Promouvoir l'éducation des enfants dans les zones rurales pauvres en mettant un accent particulier sur la scolarisation des filles 2. Réduire le taux de malnutrition des enfants en milieu déshérité en y associant une éducation sanitaire et nutritionnelle des mères 3. Améliorer la sécurité alimentaire des ménages ruraux pauvres et atténuer la vulnérabilité aux aléas climatiques en protégeant l'environnement	Évolution de la carte scolaire de l'enseignement de base et répartition par sexe Évolution de la prévalence protéino-énergétique grave chez les enfants de moins de 5 ans Évolution de la couverture des besoins alimentaires par la production nationale	Investissements gouvernementaux et extérieurs dans le secteur de l'éducation de base sont maintenus Absence d'aléas climatiques majeurs lesquels entraîneraient un manque de ressource vivrières disponibles Absence de catastrophes naturelles exceptionnelles.

Activité 2 » Appui alimentaires aux groupes vulnérables à la malnutrition »—MAURITANIE (2003–2008)—CADRE LOGIQUE

Hiérarchie des résultats	Indicateurs de performance	Hypothèses et risques
Objectifs spécifiques de l'activité 2 « appui alimentaire aux groupes vulnérables à la malnutrition »		
2.1 Réduire le risque de malnutrition modérée chez les enfants de 6 à 60 mois	Mise en place de 200 CAC avec un bon fonctionnement.	Identification correcte et à temps de la malnutrition
2.2 Prévenir le déficit énergétique des femmes enceintes et des mères allaitantes	90 pour cent des enfants (6 à 60 mois) et 90 pour cent des mères pris en charge chaque année ont amélioré leur état nutritionnel	Mise en place rapide des 200 CAC, des comités villageois, formation des auxiliaires de nutrition et sélection correcte des bénéficiaires
2.3 Éduquer les mères sur les besoins de la famille en matière de santé et de nutrition	<p>Réduction du taux de mortalité infantile de 105 à 90 pour 1 000 naissances vivantes assistées</p> <p>Réduction du taux de mortalité maternelle de 800 à 700 pour 100 000</p> <p>Réduction du taux de malnutrition infantile de 22 à 18 pour cent</p> <p>Augmentation de 35 pour cent du taux de fréquentation des services de santé par les mères</p> <p>Nombre d'auxiliaires et des agents de santé formés</p> <p>Taux de fréquentation pour les activités complémentaires (formation)</p>	<p>Préparation et distribution des rations conformes aux normes. Disponibilité des vivres et des intrants non alimentaires en temps opportun</p> <p>Capacités techniques adéquates des auxiliaires, des agents de santé et des animateurs ONG</p> <p>Tenue régulière des séances de sensibilisation et de formation</p> <p>Participation effective de la communauté</p> <p>Les partenaires opérationnels (Ministère de la santé et des affaires sociales, ONG) assument leur mission pendant toute la durée du programme</p>
RÉSULTATS PRINCIPAUX PAR ACTIVITÉ		
Assistance alimentaire à 10 000 enfants de 6 à 60 mois et 6 000 femmes enceintes et mères allaitantes dans 200 CAC, chaque année	Nombre de bénéficiaires par tranche d'âge et par sexe. Quantités et qualité de denrées distribuées par période sur l'ensemble des CAC	Implication des agents de santé et des animateurs des ONG

ANNEXE 3

LISTE DES SIGLES UTILISES DANS LE DOCUMENT

ACV	Analyse et cartographie de la vulnérabilité
ASDA	Association pour le développement de l'assaba
CAC	Centre d'alimentation communautaire
CAD	Coût d'appui direct
CCA	Bilan commun de pays
CNC	Centre de nutrition communautaire
CREN	Centre de réhabilitation et de d'éducation nutritionnelle
CSA	Commissariat à la sécurité alimentaire
CSB	Corn Soya Blend
CSLP	Cadre de stratégie nationale de lutte contre la pauvreté
DPA	Direction des projets d'assistance aux cantines scolaires et à l'éducation sanitaire et nutritionnelle
DPC	Direction de la planification et de la coopération
DREF	Direction régionale de l'enseignement fondamental
DRPSS	Direction régionale de promotion sanitaire et sociale
EDSM	Enquête démographie et santé en Mauritanie
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FEWS	Famine early warning systems
FIDA	Fonds international de développement agricole
GTP	Groupe de travail pluridisciplinaire
IEF	Inspecteur départemental de l'enseignement fondamental
INA	Intrants non alimentaires
MAED	Ministère des affaires économiques et de développement
MEN	Ministère de l'éducation nationale
MMCHS	Mauritania, maternal and child health survey
NUTRICOM	Nutrition communautaire
MSAS	Ministère de la santé et des affaires sociales
ODM	Objectifs de développement du millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSA	Observatoire de sécurité alimentaire
PAM	Programme alimentaire mondial
PB	Périmètre brachial
PLA	Points de livraison avancés
PNAN	Plan national d'action de nutrition
SAPAS	Solidarité au service des activités productives et à l'action sociale
SSP	Schéma de stratégie du pays
TDCI	Troubles dus à carence en iode
TIEM	Transport intérieur, entreposage et manutention
UCT	Union des coopératives du tagant
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VCT	Vivres contre travail
VNU	Volontaire des Nations Unies