

**PROGRAMME DE COOPERATION
MAURITANIE - UNICEF**



2003 - 2008

CHAPITRE I

**PROGRAMME SANTE-NUTRITION
YH 101**

TABLE DE MATIERE

1. Contexte national, justification et opportunités	4
2. Objectifs	6
3. Stratégies	7
4. Structure du programme Santé-Nutrition	9
5. Couverture géographique et populations bénéficiaires	10
6. Partenariats et Alliances	11
7. Hypothèses et risques	12
8. Gestion du programme	13
9. Suivi et évaluation	14
10. Plan Intégré de Suivi et Evaluation du Programme Santé Nutrition pour le cycle 2003 – 2008	16
11. Budget du programme	18
12. Projet - PEV "Plus"	19
12.1 Présentation du projet PEV "Plus"	19
12.2 Couverture géographique et populations/groupes bénéficiaires	20
12.3 Cadre logique du PROJET PEV "Plus"	21
12.4 Indicateurs clé de suivi du projet :	24
12.5 Partenariats et alliances	24
12.6 Risques	25
12.7 Liens avec les autres projets et programmes	26
12.8 Gestion du projet	27
12.9 Budget du projet PEV Plus	28
13. Projet - Santé Maternelle & Infantile & VIH/Sida	29
13.1 Présentation du projet Revitalisation des Services SMI/SR	29
13.2 Couverture géographique, populations bénéficiaires et calendrier de mise en œuvre	30
13.3 Cadre logique du Projet - Santé Maternelle & Infantile & VIH/Sida	32
13.4 Indicateurs de suivi du projet	35
13.5 Partenariats et alliances	35
13.6 Risques	36
13.7 Liens avec les autres projets et programmes	36
13.8 Gestion du projet	37
13.9 Budget du projet Santé maternelle et Infantile et VIH/SIDA	38
14. Projet - Santé Communautaire & Lutte Contre Le Paludisme	39

14.1	Présentation du projet Santé Communautaire & Lutte Contre Le Paludisme	39
14.2	Couverture géographique et populations/groupes bénéficiaires	40
14.3	Cadre logique du projet « Santé Communautaire & Lutte contre le Paludisme »	42
14.4	Indicateurs de suivi du projet :	44
14.5	Partenariats et alliances	44
14.6	Liens avec les autres projets :	45
14.7	Risques	46
14.8	Gestion du projet	46
14.9	Budget du projet - Santé Communautaire & Lutte contre le Paludisme	47
15.	<i>Projet Nutrition</i>	48
15.1	Présentation du projet Nutrition	48
15.2	Couverture géographique et populations /groupes bénéficiaires	50
15.3	Cadre logique - Projet Nutrition	51
15.4	Indicateurs de suivi/évaluation	53
15.5	Partenariats et alliances	53
15.6	Risques	54
15.7	Gestion du projet Nutrition	55
15.8	Budget du projet - Nutrition	56
15.9	Plan Intégré Suivi & Evaluation	57

1. Contexte national, justification et opportunités

Le bilan sectoriel réalisé dans le cadre de la préparation du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) montre que durant la dernière décennie, le secteur de la santé a reçu une attention importante de la part du gouvernement mauritanien et des partenaires au développement. Cette attention s'est traduite notamment par une augmentation remarquable de la couverture sanitaire (plus de 80% en 2000 contre moins de 30% en 1990 pour la couverture des services à moins de 10km). Cependant la qualité des services, reflétée par le niveau des indicateurs de base reste préoccupante.

Les résultats définitifs de l'enquête démographique et de santé (EDSM 2000-01) montrent une réduction significative de la mortalité infantile qui serait passée de 144 pour mille naissances vivantes en 1991 à 118 pour mille en 1995 (enquêtes MICS) et à 74 pour mille en 2000 (enquête EDSM 2000). De la même façon, le taux de mortalité infanto-juvénile serait passé de 182 pour mille en 1995 à 116 pour mille en 2000. Cependant une analyse complémentaire est envisagée en 2003, incitant donc à la prudence quant à la magnitude réelle de cette réduction.

Trois affections, les infections respiratoires aiguës (21,5%), le paludisme (15,5%) et les maladies diarrhéiques (13,5%), potentialisées par un terrain de malnutrition endémique, représentent toujours à elles seules plus de 50% des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans. La couverture vaccinale a progressé lentement durant la dernière décennie. En 2000, selon l'EDSM, les taux de couverture des enfants de moins de un an en BCG, Rougeole et DTC3 sont respectivement de 44,7%, 62% et 39,9% (contre 65%, 32% et 29% en 1990). Cependant, des efforts très importants ont été développés durant la période 2001-2002, dans le contexte de la qualification du pays à l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE), permettant une augmentation rapide de la couverture vaccinale qui atteint en fin 2002, selon les données de routine du PEV un taux proche de 70% (DTC3) dans la plupart des Wilayas. La pérennité de ces résultats est maintenant recherchée.

Selon l'EDSM 2000, respectivement 35% et 32% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique et d'insuffisance pondérale dont environ 17% et 10% sous leurs formes sévères. Ces résultats mettent en évidence la persistance d'une situation nutritionnelle inquiétante des enfants mauritaniens. L'urgence nutritionnelle à laquelle sont confrontées plusieurs Wilaya du pays en 2002, confirme l'importance du renforcement des mécanismes de surveillance et de prise en charge des cas de malnutrition, notamment au profit des enfants de moins de 5 ans et des groupes de femmes à risque (femmes enceintes et allaitantes).

En 2000, l'allaitement exclusif au sein durant les 4 premiers mois ne bénéficie qu'à 21,6% des enfants, 58% des enfants ont reçu une supplémentation adéquate en Vitamine A (contre 81% en 1995- MICS) et seulement 1,9% des ménages consomment du sel iodé.

Les problèmes d'accessibilité et de qualité des services de Santé de la Reproduction perdurent. L'enquête EDSM a mis en évidence la persistance d'un taux de mortalité maternelle très élevé (747 décès maternels pour cent mille naissances vivantes pour la période 1994-2001) explicité en partie par la faible proportion des besoins en Soins Obstétricaux d'urgence (SOU) satisfaits (33,6% en 2001). En 2000, 64,6% des femmes ont bénéficié d'au moins une visite prénatale (49,9% en milieu rural) et seulement 56,9% des naissances ont été assistées par un personnel qualifié (33,3% en milieu rural).

L'enquête nationale VIH/SIDA menée chez 4755 femmes enceintes a montré une séroprévalence moyenne de 0.52% avec trois régions atteignant le seuil de 1% et 0,33% à Nouakchott, la capitale.

Le processus d'éradication de la dracunculose, maladie hydrique par excellence, est en bonne voie. Des résultats remarquables ont été obtenus grâce à des mesures simples d'éducation pour la santé combinées avec un renforcement de l'accès à l'eau potable dans les villages

d'endémie. Le nombre de cas recensés est passé de plus de 8300 en 1990 à seulement 94 en 2001.

Au niveau des soins de santé primaires, se pose encore de façon importante le problème de la qualité des services. Le niveau secondaire (Hôpitaux régionaux) n'arrive pas encore à jouer le rôle qui lui est théoriquement dévolu dans la référence, notamment concernant les urgences obstétricales.

Les effectifs en personnel, malgré un accroissement significatif ces dernières années restent encore insuffisants et mal répartis (Plus de la moitié des médecins et 63% des sages femmes sont concentrés dans la capitale). Malgré les efforts entrepris, le développement des ressources humaines souffre de capacités de gestion du personnel encore insuffisantes, des difficultés de redéploiement du personnel, notamment au profit du niveau décentralisé et de mécanismes de formation continue et de motivation insuffisants qui influent sur la qualité des prestations.

Si la revitalisation des services (Initiative de Bamako) de santé a permis d'augmenter significativement la disponibilité en médicaments essentiels au niveau des structures de santé, le système d'approvisionnement/distribution actuel ne permet cependant pas d'éviter les ruptures de stock. La création de la Centrale d'achat en Médicaments essentiels (CAMEC) devrait cependant permettre d'améliorer la situation. Le système de santé ne dispose pas d'un mécanisme performant pour faciliter l'accès des plus pauvres et les comités de santé communautaires qui sont en général peu fonctionnels, jouent faiblement le rôle de régulation sociale qui leur était dévolu à l'origine. Cette limite impose de trouver des solutions pour renforcer l'équité dans l'accès aux soins et notamment pour le système de référence obstétrical.

Les Directions Régionales de la Protection Sanitaire et Sociales (DRPSS), malgré les efforts déployés dans le cadre de décentralisation et de la réforme sectorielle sont encore peu opérationnelles, faute de ressources humaines, logistiques et financières encore suffisantes. Cependant, le renforcement des mécanismes de planification décentralisés, l'augmentation très significative des budgets régionaux inaugurés en 2002 et le renforcement en équipement et logistique en cours démontrent la priorité accordée au niveau déconcentré (DRPSS) et devrait porter ses fruits dans l'avenir.

Le système d'information sanitaire est encore insuffisamment sensible, performant et réactif pour permettre une véritable aide à la décision à tous les niveaux. Les rapports statistiques sont généralement publiés avec 2 à 3 ans de retard. L'établissement de cartes sanitaires et la mise en place d'un système d'information géographique (SIG) sont identifiés comme des priorités immédiates en vue de renforcer l'aide à la décision et le suivi des activités au niveau régional et central.

Fort de constat, la stratégie du secteur de la santé définie dans le cadre du CSLP pour la période 2001-2015, propose trois grands axes d'intervention :

- 1) l'amélioration des indicateurs de santé de la population mauritanienne avec un accent particulier sur les groupes les plus pauvres.
- 2) la limitation de l'impact des dépenses de santé sur les revenus des plus pauvres,
- 3) l'amélioration de la participation des populations dans la planification, la gestion et le suivi des activités de santé.

En réponse à ces orientations nationales, un cadre budgétaire à moyen terme (2002-2004) a été préparé ainsi qu'une projection des financements pour la période 2002-2010. Les ressources supplémentaires attendues au niveau national, dans le contexte de l'allègement de la dette devrait permettre aussi de contribuer significativement à l'atteinte des objectifs proposés par le Gouvernement.

Le programme Santé Nutrition 2003-2008 s'inscrit dans ce cadre programmatique national. Il bénéficiera du partenariat renforcé pour le développement et la mise en œuvre de la réforme

sectorielle. Les outils de planification, de suivi et d'évaluation proposés dans le cadre de la réforme (POAS, réunion de suivi trimestriel, semestriel et annuel, revue à mi-parcours, etc.) serviront directement au renforcement des mécanismes de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du programme.

Les plans d'action sectoriels annuels (POAS) sont maintenant établis au niveau décentralisé par les équipes régionales des DRPSS en collaboration avec les autres secteurs et partenaires (Agences SNU, bailleurs et ONGs) à l'occasion d'atelier régionaux et interrégionaux de programmation. C'est pourquoi, le présent document présente, au lieu des traditionnels plans d'action de projets, des cadres logiques d'intervention (objectifs, résultats attendus et principaux domaines d'activités) qui permettent le positionnement de l'UNICEF en réponse aux plans d'action proposés annuellement.

2. Objectifs

Tenant compte de la situation et des orientations nationales, des activités en cours du contexte programmatique, des partenariats potentiels et des avantages comparatifs de l'UNICEF et des autres partenaires, le programme Santé Nutrition 2003-2008 se concentrera principalement sur :

- **La lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile** notamment à travers l'appui aux services SSP du niveau primaire et notamment à : la vaccination (PEV), la lutte contre le paludisme, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la promotion de l'hygiène/assainissement, la lutte contre la malnutrition y compris les carences en micro-nutriments
- **La lutte contre la mortalité maternelle et périnatale** à travers l'appui aux services SMI/SR de niveau primaire et de référence dans les zones de concentration identifiées
- **La prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant**

En conformité avec les objectifs nationaux, le programme Santé/Nutrition contribuera à :

Au niveau national :

- Développer des politiques nationales en matière de Santé/Nutrition tenant systématiquement compte des besoins des enfants et particulièrement des jeunes enfants, en matière de survie, de développement et de protection
- Réduire la mortalité infanto-juvénile de 116 à 95 pour mille
- Réduire la mortalité maternelle de 747 à 500 pour cent mille naissances vivantes
- Eradiquer la poliomyélite d'ici 2005
- Eradiquer la dracunculose d'ici 2005
- Eliminer les troubles dus aux carences en iode

Au niveau des 4 régions de concentration du programme (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha):

- Atteindre une réduction de la mortalité infanto-juvénile de 15% en moyenne en fin 2005 et de 25% en moyenne d'ici 2008 dans les 4 wilayas de concentration du programme (couvrant une population d'environ 925.500 personnes dont 185.000 enfants de 0 à 5 ans) ou le paquet complet d'interventions sur les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes sera mis en œuvre dès le début 2003
- Atteindre une réduction de la mortalité maternelle de 20% en moyenne en fin 2005 et de 30% en moyenne d'ici 2008 dans les 4 wilayas de concentration du programme (couvrant une population d'environ 213.000 femmes en âge de procréer) ou le paquet complet de soins obstétricaux essentiels sera mis en œuvre début 2003

- 3) l'appui aux prestations de services du programme Elargi de Vaccination
- 4) le renforcement de la fonctionnalité du Système National d'Information Sanitaire en vue d'améliorer la collecte, la compilation et l'analyse d'informations désagrégées par Région et par sexe sur la santé des enfants et des femmes.

Une attention particulière sera accordée à la participation du Programme Mauritanie-UNICEF aux processus de planification, de suivi/évaluation et de coordination initiés et sous la responsabilité du MSAS dans le cadre du CSLP et de la réforme sectorielle Santé.

Au niveau des zones de concentration, le programme concentrera principalement ses activités dans les 4 Wilayas rurales du Brakna, de l'Assaba, du Gorgol et du Guidimakha.

Le programme contribuera au développement de stratégies adaptées aux différents niveaux déconcentrés et décentralisés (Wilayas, Moughataa, Communes rurales et villages/campements).

Des activités de plaidoyer et de mobilisation sociale visant la promotion de la santé, notamment la prévention des maladies évitables par la vaccination, du VIH/SIDA et l'hygiène/assainissement seront initiées en direction et avec l'appui de l'ensemble des services et partenaires ayant un rôle ou une vocation en matière de Survie des enfants et des femmes (DRPSS, DREF, IRJS, SECF, Elus locaux, Communes, ONG et associations communautaires, leaders traditionnels et religieux).

Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités des services décentralisés (DRPSS, CSM) en matière de planification locale et de suivi/évaluation des activités de santé/nutrition, et de renforcement des capacités techniques et managériales du personnel et des comités de santé.

La renforcement de la participation des communautés et des usagers sera recherchée à tous les niveaux et à toutes les phases (planification, mise en œuvre et évaluation des activités). Une attention particulière sera accordée à la préparation participative des cartes sanitaires et, à la revitalisation des comités de santé communautaires (mis en œuvre dans le cadre de l'Initiative de Bamako) en s'appuyant sur le décret révisant le rôle et le mandat de ces comités.

Le programme, en collaboration avec l'ensemble des partenaires contribuera à assurer l'accès, la qualité et l'utilisation des 5 paquets de services et prestations choisis pour leur fort potentiel en terme de réduction de la mortalité infantile et maternelle, la réduction de la malnutrition et de l'impact des maladies transmissibles (tels que définis dans le cadre budgétaire à moyen terme 2002-2004) :

- Paquet minimum « PEV Plus et prévention avancée »
- Paquet « Santé Communautaire »
- Paquet « SMI »
- Paquet « Référence »
- Paquet « Nutrition »

Ces paquets ont été identifiés par stratégie (mobile, avancée et fixe) et par niveau de prestation (primaire et secondaire) en vue d'un accès universel aux services de santé/nutrition de base.

Le programme appuiera aussi les activités en faveur du renforcement de l'action sociale et des mécanismes de solidarité visant à soulager les groupes les plus vulnérables et réduire l'exclusion, notamment à travers une expérimentation d'une mutualisation des risques-maladie (forfait obstétrical, mutuelles de santé, systèmes de micro-assurance communautaire).

Les activités des différents programmes et projets menées au niveau des zones de concentration seront coordonnées au niveau décentralisé dans le cadre des processus réguliers de planification et de revue des activités organisés au niveau de la région et des départements d'intervention. Ces mécanismes de coordination permettront notamment de s'assurer que les dimensions transversales du programme de pays (développement intégré du jeune enfant, lutte contre le VIH/SIDA et promotion de la dimension genre) sont correctement adressées.

Conformément aux orientations de la Revue à mi-parcours, une attention particulière sera accordée à la démedicalisation de certaines interventions dans le domaine de la santé/nutrition à travers notamment l'implication croissante des ONGs, des associations de la société civile, des groupements de jeunes et de femmes et des personnes relais dans les activités de sensibilisation et d'information.

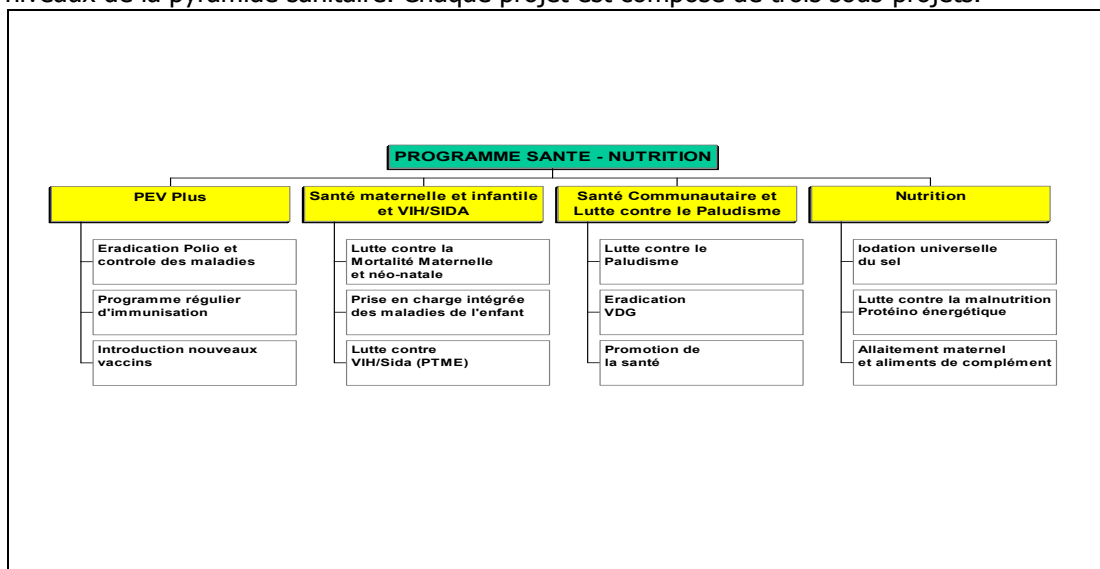
Des activités conjointes avec les autres programmes seront menées pour renforcer l'hygiène et l'assainissement au niveau des écoles, pour améliorer la qualité des services de santé en milieu scolaire, pour informer et sensibiliser les élèves (des secteurs formels et informels) des dangers du VIH/SIDA, pour identifier les enfants non scolarisés qui fréquentent les structures sanitaires, pour inciter à la déclaration des nouveaux-nés à l'Etat civil, etc.. Des activités d'éveil du jeune enfant seront initiées au niveau des structures sanitaires, notamment dans les centres de récupération nutritionnels et des centres d'alimentation communautaire (CREN et CAC).

Les mécanismes de coordination, et les partenariats et alliances avec les autres partenaires au développement opérant dans ces mêmes zones seront renforcés pour identifier au mieux les positionnements stratégiques et les synergismes en vue d'une couverture optimale des besoins des enfants et des femmes en matière de santé et de nutrition.

Une attention particulière sera accordée à la prise en compte accrue des besoins des plus pauvres et des plus vulnérables, notamment dans la zone de l'Aftout.

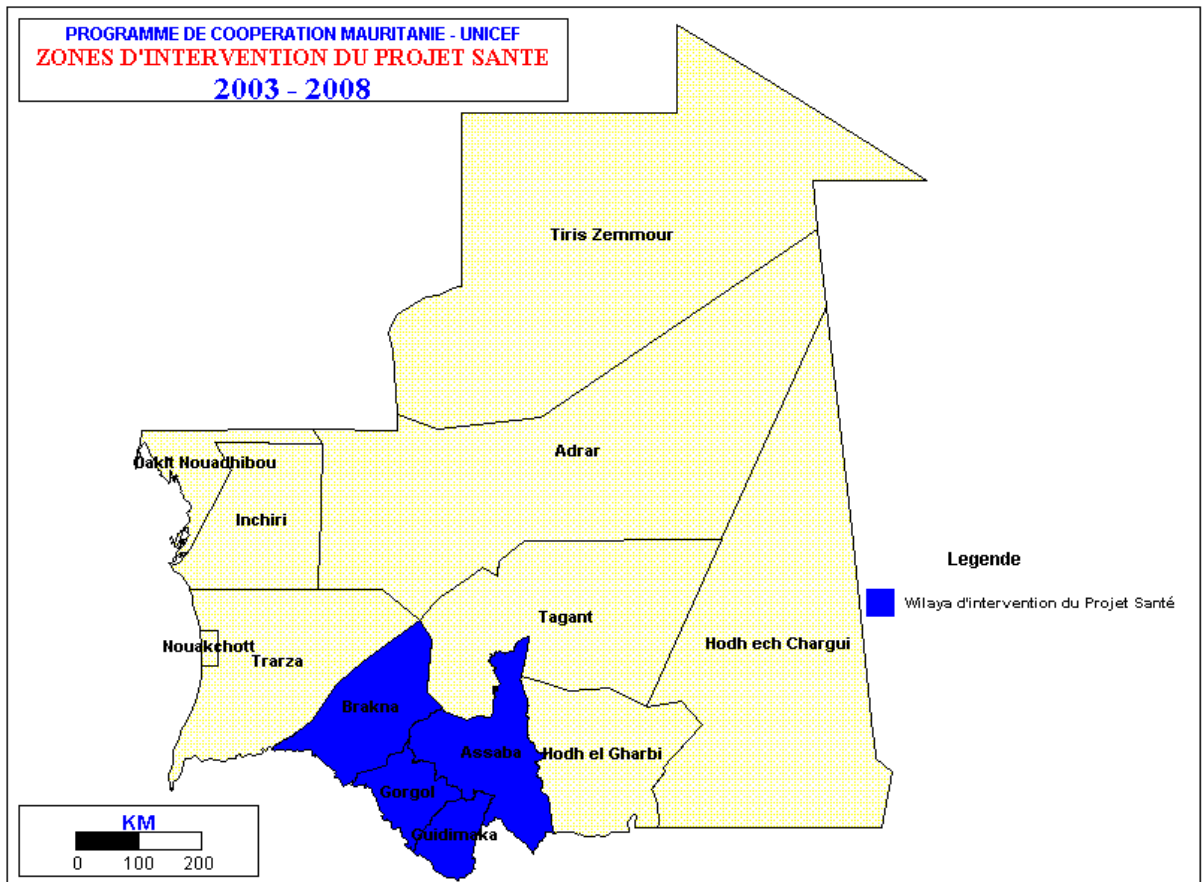
4. Structure du programme Santé-Nutrition

Le programme Santé-nutrition est constitué de 4 projets complémentaires et synergiques, qui visent à renforcer l'accès, la qualité des services et la participation des usagers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Chaque projet est composé de trois sous-projets.



5. Couverture géographique et populations bénéficiaires

PROJETS	Couverture géographique	Populations bénéficiaires
Projet 01 PEV PLUS	Nationale	101.000 Enfants de 0-1an (PEV) 510.000 Enfants de 0-5 ans (Polio, Vit A) 586.000 Femmes en age de procréer (VAT)
Projet 02 SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET VIH/SIDA	Zone de Concentration rurale (Brakna,Gorgol,Assaba, Guidimagha)	185.100 Enfants 0-5 ans 218.500 Femme en age de procréer
Projet 03 SANTE COMMUNAUTAIRE ET LUTTE CONTRE LE PALUDISME	Zones de concentration rurale (Brakna, Gorgol,Assaba, Guidimakha) Pour éradication de la dracunculose : 8 wilayas	925.500 personnes (36% population totale) dont 185.100 Enfants 0-5 ans 218.500 Femme en age de procréer 1.543.000 personnes (dracunculose)
Projet 04 NUTRITION	Zones de concentration rurale (Brakna, Assaba, Gorgol, Guidimakha) et péri-urbaine Nouakchott (DarNaim/ElMina) et Nouadhibou Pour iodation du sel (nationale)	1.147.000 personnes (45% population totale) dont 229.500 Enfants 0-5 ans 264.000 Femmes en age de procréer 57.500 femmes enceintes 2.548.000 personnes (sel iodé)



6. Partenariats et Alliances

Le programme Santé-Nutrition pour la période 2003-2008 se caractérise par un renforcement significatif des partenariats facilité d'une part grâce à la montée en puissance de la réforme sectorielle Santé qui renforce significativement les mécanismes de coordination et de programmation conjointe (BM, BAD, BID, Coopération bilatérales, agences SNU) et d'autre part grâce à la formulation du premier Plan cadre d'assistance des Nations Unies (UNDAF 2003-2008) qui a permis de renforcer et formaliser les axes de collaboration inter agences SNU .

Dans le cadre de la réforme sectorielle, le partenariat est global et s'inscrit au travers de l'exécution conjointe des Plans d'actions annuels du secteur (POAS) élaborés par les DRPSS, les Directions centrales et les programmes prioritaires qui en dépendent. Le positionnement des différents partenaires s'effectue au regard des activités planifiées et selon les avantages comparatifs et le niveau de ressources disponible. Généralement, une partie des ressources mises à disposition du gouvernement sous forme de prêts (BM, BAD, IPTE) est susceptible d'être utilisée sur le mode « bailleur de fonds de dernier recours » et garantit ainsi le financement des activités prioritaires.

Depuis 2002, l'intégralité des ressources du programme Santé-nutrition sont planifiées et exécutées dans le cadre des POAS. Ce partenariat global permet de sécuriser l'exécution des activités planifiées avec UNICEF, notamment en cas de non disponibilité des ressources supplémentaires (autres ressources) en activant notamment le mécanisme de transfert de responsabilité de financement lors des revues trimestrielles de l'exécution du POAS. Ce cadre global de planification permet aussi d'optimiser la complémentarité entre investissements (infrastructures, équipement, formations primaires) et activités opérationnelles.

Dans le cadre de UNDAF, deux domaines qui faisaient déjà l'objet d'un partenariat seront poursuivis et renforcés : le PEV y compris l'éradication de la poliomyélite, et, la lutte contre VIH/SIDA. Deux domaines d'intervention émergents bénéficieront aussi de cette approche inter agences :

La lutte contre la mortalité maternelle, à travers deux initiatives conjointes : « Le renforcement de la qualité des soins de la Reproduction » dans le cadre d'un partenariat FNUAP/OMS/UNICEF/BIT-STEP et l'« Initiative maternité sans risque » (OMS, UNICEF, FNUAP)

La lutte contre le paludisme à travers l'Initiative "Faites Reculer le Paludisme" (Roll back malaria) sous la coordination appuyée par OMS, Banque Mondiale et UNICEF.

Le partenariat existant entre OMS, UNICEF, Global 2000 en matière de lutte contre la dracunculose sera poursuivi jusqu'à l'arrêt total de la transmission (0 cas notifiés) et la certification finale de l'éradication.

Au niveau des zones de concentration, le partenariat avec les ONGs et les associations reconnues par l'Etat sera consolidé, notamment dans le cadre des activités de lutte contre la mortalité maternelle, de la santé communautaire et de la nutrition. Il sera facilité par la mise en place de mécanismes de contractualisation au niveau du MSAS et par la révision des procédures de collaboration avec les ONGs au niveau de l'UNICEF.

Les partenariats spécifiques à chacun des projets sont détaillés au niveau de ces projets.

7. Hypothèses et risques

- La disponibilité suffisante en ressources humaines qualifiées et la motivation du personnel de santé constitue des éléments clés pour la réussite des interventions planifiées et l'atteinte des objectifs fixés. Le déficit en ressources humaines au niveau opérationnel demeure un problème important. Le cadre budgétaire à moyen terme prévoit le renforcement des effectifs et leur amélioration qualitative par la formation continue, l'instauration de primes de technicité, d'encouragement aux résultats et d'éloignement pour parvenir à fixer le personnel dans les zones les plus enclavées. La mise en œuvre de cette composante développement des ressources humaines de la réforme sectorielle sera donc essentielle. Le programme contribuera au suivi de cette composante dans ses zones d'intervention en appuyant le suivi de la disponibilité et de la performance du personnel par niveau et de l'amélioration des conditions de travail et de vie et en facilitant le développement, l'ajustement et les échanges d'expériences dans ce domaine.
- Le renforcement effectif de la décentralisation est essentiel pour faire jouer au niveau opérationnel le rôle qui lui est dévolu et atteindre les objectifs, notamment en matière d'accès et de qualité des services, de mobilisation et de participation des communautés. Cette décentralisation bien qu'engagée depuis plusieurs années reste encore timide et en deçà des objectifs fixés. L'augmentation sensible des budgets décentralisés, le renforcement du rôle des collectivités locales (mairies), l'attention accrue de tous les partenaires pour les niveaux déconcentrés et décentralisés sont de nature à rendre effective cette décentralisation.
- L'évolution de la pandémie de VIH/SIDA peut compromettre les résultats positifs espérés, si des efforts intenses ne sont pas déployés pour maîtriser son évolution. A ce titre un accent particulier sera mis sur l'information et la sensibilisation des jeunes et des femmes ainsi que sur la prévention de la transmission mère enfant.
- Les catastrophes naturelles, et notamment dans le cas de la Mauritanie, la probabilité importante d'épisodes de sécheresse de grande envergure comme enregistrées ces deux dernières décennies peuvent remettre en question les gains obtenus pour la survie de l'enfant. Ce risque est particulièrement élevé dans la zone de concentration du programme qui englobe 4 des 5 régions les plus pauvres de Mauritanie où l'insécurité alimentaire est donc importante.
- Un accès limité à l'eau potable : Malgré les efforts importants dans le domaine qui ont conduit à une amélioration de la disponibilité en eau, des problèmes persistent (maintenance des ouvrages, contamination de la chaîne de l'eau, faible disponibilité de la ressource, notamment dans l'Aftout) et limitent les progrès en matière de réduction de la mortalité infantile.
- Faible niveau d'éducation des populations (notamment les femmes) et les difficultés rencontrées en matière de changement de certains comportements néfastes (ex :sevrage, alimentation des enfants, MGF)

Du côté de l'UNICEF, un retard ou un déficit en ressources supplémentaires (autres ressources) pour financer les activités planifiées au niveau des projets pourrait affecter l'atteinte des objectifs et des résultats attendus. Le renforcement des mécanismes de coordination entre les partenaires dans le cadre de la réforme sectorielle (programmation et suivi/évaluation conjoint) permet de limiter ce risque en offrant la possibilité d'une orientation des ressources des bailleurs de dernier recours vers le financement d'activités planifiées mais encore non financées.

8. Gestion du programme

Le Ministère de la Santé assurera la coordination générale du programme Santé-Nutrition. En accord avec les mécanismes mis en place dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, la Direction de la Planification, de la Coordination et des Statistiques (DPCS) sera en charge de la coordination générale et du suivi de l'exécution du programme Santé-Nutrition.

Afin de s'intégrer dans la réforme sectorielle, adopter une approche commune de suivi avec les autres partenaires et faciliter la coordination, les activités de planification annuelle, de revues périodiques (trimestrielles, semestrielles et annuelle) et de suivi/évaluation du programme Santé/Nutrition seront intégrées dans le mécanisme de suivi mise en œuvre du POAS tel que proposé par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

A titre de rappel, et sous réserve d'évolution ultérieure à la préparation du présent document, les étapes clés de ce mécanisme sont :

- Planification annuelle des activités par la combinaison d'ateliers régionaux (responsabilité DRPSS) et interrégionaux (responsabilité MSAS central)
- Revues trimestrielles, semestrielles et annuelles de la mise en œuvre des activités planifiées
- Réunion de coordination avec l'ensemble des partenaires en marge de ces Revues.

Les Directions responsables de la mise en œuvre des différents projets et sous projets constitutifs du Programme Santé-Nutrition seront tenues de produire et mettre à disposition de la DPCS en temps utile toutes les informations nécessaires à la bonne réalisation de ces activités.

Concernant les revues trimestrielles, semestrielles et annuelles de la mise en œuvre des activités planifiées, les Directions concernées devront disponibiliser les éléments suivants :

- une revue de l'état d'avancement de l'exécution physique des activités planifiées avec UNICEF et des contraintes et opportunités rencontrées
- si nécessaire, les suggestions de modification des activités planifiées dûment argumentées
- un état des dépenses effectuées sur le compte du projet.

Lorsque nécessaire, en plus des réunions et revues ordinaires planifiées dans le cadre du POAS, des réunions extraordinaires spécifiques sur le programme Santé-Nutrition (ou sur l'un de ses projets constitutifs pourront être sollicitées) par l'une ou l'autre des deux parties afin de traiter un point particulier. Ces réunions seront organisées sous l'égide du Comité de Coordination du programme Santé-Nutrition, constitué de :

- La Direction de la Protection Sanitaire (DPS) - Présidence du Comité
- La Direction de la Planification, Coopération et Statistiques (DPCS)
- La Direction de la médecine hospitalière (DMH)
- Les Directions (ou programmes prioritaires et services les représentants) impliquées dans la programmation, l'exécution et l'évaluation des différents projets représentées par le ou les homologues désignés pour chaque projet
- Le chargé de programme Santé-Nutrition à l'UNICEF
- Les cadres en charge du suivi de la mise en œuvre des projets au niveau de l'UNICEF.

Tableau : Responsabilité dans la coordination Programme/Projets/Sous projets

	Coordination Gouvernement	Coordination UNICEF
PROGRAMME SANTÉ/NUTRITION	Directeur de la Planification, de la Coopération et des Statistiques	Chargé de Programme Santé/Nutrition
Projet 01 : PEVPLUS SP : Eradication et contrôle accéléré des maladies SP : Programme régulier d'immunisation SP : Introduction des nouveaux vaccins	Directeur de la Protection Sanitaire Coordinateur national PEV Coordinateur national PEV Coordinateur national PEV	Chargé de Projet PEV TFT Polio (2003-2004)
Projet 02 : SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET VIH/SIDA SP : Mortalité maternelle SP : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant SP : Lutte contre le VIH/SIDA (PTME)	<u>Directeur de la Protection Sanitaire</u> Directeur de la Médec. Hospitalière Coordinateur PNSR Chef de Service SSP Coordinateur PNLS	Chargé de Programme Santé-Nutrition
Projet 3 : SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LUTTE CONTRE LE PALUDISME SP : Lutte contre le Paludisme SP : Eradication du VDG SP : Promotion de la Santé	<u>Directeur de la Protection Sanitaire</u> Coordinateur PNLP Coordinateur PNEVG Chef de Service SSP	Chargé de projet Santé
Projet 4 : NUTRITION SP Iodation universelle du Sel SP : Lutte contre la malnutrition protéino-énergétique (MPE) SP : Allaitement maternel et aliments de complément	<u>Directeur de la Protection Sanitaire</u> Chef Service Nutrition Chef de Service Nutrition Responsable du programme national d'Allaitement maternel	Chargé de projet Nutrition

Les autres dispositions pratiques relatives aux procédures financières et aux engagements des deux parties sont celles consignées dans le Volume I du Plan Cadre d'Opérations qui régit la coopération entre le Gouvernement mauritanien et l'Unicef.

9. Suivi et évaluation

Une attention toute particulière sera accordée au suivi du programme. Des indicateurs d'impact et de processus ont été identifiés pour chaque projet. Des revues trimestrielles, semestrielles et annuelles permettront de faire le point sur l'état d'avancement du programme. Ces revues seront renforcées par un système de monitoring incluant les différents volets du PMA. Certaines enquêtes seront menées au cours des deux premières années afin de disposer de données spécifiques (Voir tableau page suivante ; voir aussi le

PISE consolidé en annexe 1 du Volume I). Ces enquêtes permettront d'évaluer la situation initiale pour identifier les districts à risque et les populations vulnérables. Elles permettront aussi de collecter des informations socio-économiques dans les zones d'intervention du projet qui constitueront la base de l'évaluation sur le degré d'atteinte des objectifs. Les compétences régionales des DRPSS en matière de suivi/évaluation seront renforcées grâce à l'encadrement et à l'implication effective du projet dans la phase préparatoire des ateliers inter régionaux POASS, à la formation et à l'équipement en informatique.

Compte tenu de la forte implication de la société civile dans la mise en œuvre des activités du Département de la Santé (contractualisation), mais aussi de l'aspect innovant de certaines activités du programme notamment dans sa composante communautaire (micro assurances santé, imprégnation des moustiquaires à travers les coopératives féminines, vulgarisation du contenu du manuel Savoir pour Sauver à travers les pairs éducateurs ; etc.) une attention toute particulière sera accordée au suivi des activités sur le terrain.

Malgré le plan de développement des ressources humaines (DRH) entrepris par le Ministère de la santé depuis deux ans, le déficit en personnel et en logistique persiste encore au niveau des régions et constitue une contrainte majeure pour la mise en œuvre des activités du projet. Pour pallier à cela quatre (4) points focaux à raison d'un par région renforceront les équipes DRPSS. Chaque point focal assurera le suivi de l'ensemble des activités d'une région et participera à la planification et si nécessaire à la mise en œuvre des activités. Ils faciliteront la mise en place d'un système de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations sanitaires au niveau des DRPSS et des Moughataa. Les points focaux développeront aussi la composante recherche opérationnelle en collaboration avec l'équipe régionale, les partenaires et les communautés.

En fin de projet en 2008, des enquêtes seront réalisées en utilisant la même méthodologie que celle proposée au départ afin de permettre une évaluation de l'impact et des résultats des actions mises en œuvre.

10. Plan Intégré de Suivi et Evaluation du Programme Santé Nutrition pour le cycle 2003 – 2008

Activité	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Evaluations, Enquêtes par sondage	- Enquête sur la Mortalité Infantile et sur le Paludisme (EMIP)	<u>SMI/SR</u> : Evaluation du système de Référence dans les wilayas d'intervention	<u>Nutrition</u> : Evaluation de la mise en œuvre de la loi sur le sel iodé -			- Enquête par Sondage – MICS
	<u>Santé Com.</u> : Evaluation Externe du PNEVG		- Enquête par Sondage-EDSM			- Evaluation de fin de cycle du Programme
			<u>Santé Com.</u> : Enquête sur la chimiosensibilité dans les 5 sites pilotes			<u>Santé Com.</u> : Evaluation Externe du PNEVG
Evaluations rapides, études, recherches opérationnelles, revues et analyses	- Enquête CAP		- Enquête CAP		- Enquête CAP	
	<u>PEV</u> : Enquête sur la prévalence de l'Hépatite-B	<u>Santé Com.</u> :- Etude sur la sensibilité des moustiques aux insecticides dans les 5 sites pilotes	<u>Santé Com.</u> : Etudes(2) sur la qualité et le coût économique de la prise en charge du paludisme	<u>Santé Com.</u> : Etude bio-écologique sur la cartographie entomologique du pays	<u>Santé com.</u> : Enquête spécifique sur le Paludisme.	
	<u>PEV</u> : Enquête nationale de couverture vaccinale		Revue à mi-parcours du Programme			
	<ul style="list-style-type: none"> • Revue Semestrielle et Annuelle du Programme : Cette revue se tient en deux phases, en juillet et en décembre de chaque année et est combinée à la revue du PASS 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Revues trimestrielles du POAS 					

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

Activité	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration annuelle avec l'Université et les écoles professionnelles (ENSP, ESP) en appui à la réalisation d'activités de recherche opérationnelle (études, évaluations) dans les domaines d'intérêt du Programme Santé-Nutrition (Revue conjointe des thèmes à choisir annuellement et appui à un portefeuille de thèses et mémoires des étudiants en fin de cycle) 					
Utilisation des informations des études, enquêtes et analyses existantes	<ul style="list-style-type: none"> • Registres des structures de santé (à différents niveaux) des zones d'intervention • Rapports du SNIS • Publications ONS ; Base de données Sociales ; Mauritanie-Info (système SIG dérivé de ChildInfo) 					
	Elaboration d'un Plan Stratégique National de lutte contre la Malnutrition					
Renforcement des capacités en Suivi et Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'Organisation des Réunions de planification régionales de la santé • Elaboration des Rapports semestriels de suivi et de supervision des projets • Mise à jour des bases de données spécifiques (PEV, ver de guinée, paludisme/RBM) • Elaboration et Mise à jour de la carte sanitaire pour les 4 wilayas d'intervention 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Semaines nationales du Paludisme / Journée internationale du Paludisme (Roll Back Malaria) • Semaines nationales et internationales de l'allaitement maternel • Journée mondiale de la santé • Journée mondiale du VIH/sida 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête EPCV. • Revue Annuelle du CSLP 					
	<ul style="list-style-type: none"> • 					

11. Budget du programme

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Projet 1 PEV Plus	RR	60.000	60.000	57.000	55.000	57.000	55.000	344.000
	OR	280.000	295.000	300.000	295.000	280.000	190.000	1.640.000
	Tot P1	340.000	355.000	357.000	350.000	337.000	245.000	1.984.000
Projet 2 Santé maternelle et infantile et VIH/SIDA (PTME)	RR	65.000	60.000	60.000	60.000	68.000	67.000	380.000
	OR	150.000	175.000	175.000	170.000	156.000	108.000	934.000
	Tot P2	215.000	235.000	235.000	230.000	224.000	175.000	1.314.000
Projet 3	RR	60.000	60.000	60.000	60.000	62.000	65.000	367.000
Santé communautaire et Lutte contre le paludisme	OR	140.000	160.000	160.000	155.000	145.000	117.000	877.000
	Tot P3	200.000	220.000	220.000	215.000	207.000	182.000	1.244.000
Projet 4 Nutrition	RR	60.000	60.000	60.000	53.000	55.000	50.000	338.000
	OR	135.000	160.000	160.000	147.000	140.000	110.000	852.000
	Tot P4	195.000	220.000	220.000	200.000	195.000	160.000	1.190.000
Projet 5 Appui au programme	RR	95.000	100.000	103.000	112.000	103.000	108.000	621.000
	OR	55.000	60.000	61.000	58.000	58.000	55.000	347.000
	Tot P5	150.000	160.000	164.000	170.000	161.000	163.000	968.000
SOUS TOTAL RR	RR	340.000	340.000	340.000	340.000	345.000	345.000	2.050.000
SOUS TOTAL OR	OR	760.000	850.000	856.000	825.000	779.000	580.000	4.650.000
GRAND TOTAL (USD)		1.100.000	1.190.000	1.196.000	1.165.000	1.124.000	925.000	6.700.000

12.Projet - PEV "Plus"

Titre du Projet:	PEV Plus	
Code Identification du Projet :	YH101- H 150/ 01	
Ministères en charge de la coordination :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales Ministère de la Communication et des Relations avec le Parlement	
Couverture géographique :	Nationale	
Population bénéficiaire :	Enfants 0-11 mois	101.000
	Enfants de 0-5 ans	510.000
	Femmes en age de procréer	586.000
Budget (USD) :	RR	344.000
	OR	1.640.000
	Total	1.984.000

12.1 Présentation du projet PEV "Plus"

Le Projet PEV "Plus" ciblera principalement la vaccination du jeune enfant combinée avec la supplémentation en Vitamine A, contribuant ainsi directement à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et à la réduction de la fréquence des handicaps chez l'enfant. Il permettra aussi la vaccination anti-tétanique des femmes en âge de procréer.

Le paquet d'activités « PEV Plus » tel que défini dans le cadre de ce projet est l'un des paquets d'activités de santé publique les plus coût efficaces à un coût estimé d'environ 25 USD par DALY gagné (DALY = année de vie sauvée ajustée à l'état de santé) et la composante supplémentation en Vitamine A est l'intervention la plus coût efficace de ce paquet avec 4 USD/DALY gagné.

L'existence d'un projet spécifique « PEV Plus » répond à la grande priorité accordée à la vaccination par Gouvernement à travers le MSAS, aux exigences techniques de la fonctionnalité du PEV et aux contraintes qui perdurent en matière de pérennité des activités vaccinales. De plus, la persistance d'une logique verticale (développée dans le contexte des processus d'éradication de la poliomyélite, d'élimination du tétanos néonatal et de contrôle de la rougeole), mais aussi l'envergure attendue de ce projet durant les prochaines années, la phase délicate d'introduction de nouveaux vaccins dans un avenir proche (Hépatite B, Hémophilus Influenzae), les partenariats d'envergure engagés et le renforcement nécessaire de l'assistance technique militent également dans ce sens.

Au niveau central, le projet appuiera les mécanismes de planification nationale des activités du PEV de routine et le bon fonctionnement des processus I.I.V (Initiative d'Indépendance Vaccinale) et GAVI. Il contribuera à la coordination des efforts nationaux en vue de l'éradication de la poliomyélite d'ici 2005. Une attention particulière sera accordée à la qualité de l'approvisionnement et de la distribution des vaccins, consommable et matériel de la chaîne du froid, à l'appui aux processus de planification des activités au niveau régional, à l'évaluation de la couverture vaccinale et de la qualité des services de vaccination au niveau central et décentralisé, à la fonctionnalité du système d'information de routine du PEV et au développement de plans de communication et mobilisation sociale.

Au niveau décentralisé, le projet interviendra principalement en appui au renforcement des capacités dans les domaines de la planification régionale des activités de vaccination, la formation du personnel, la surveillance épidémiologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA). Dans les zones de concentration du programme pays, il bénéficiera de l'action

synergique des autres projets du programme Santé-Nutrition mais aussi du programme "Participation communautaire et appui au développement local".

Le partenariat avec l'OMS, le Rotary, le CDC, l'UE et la Fondation Bill & Melinda Gates sera renforcé dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, de l'IIV et de GAVI.

12.2 Couverture géographique et populations/groupes bénéficiaires

Wilayas	Population Totale	Enfants 0-11 mois	Enfants 0-5 ans	Femmes en age de procréer
Hodh Chargui	275,288	11,012	55,058	63,316
Hodh Garbi	219,167	8,767	43,833	50,408
Assaba	249,596	9,984	49,919	57,407
Gorgol	248,980	9,959	49,796	57,265
Brakna	240,167	9,607	48,033	55,238
Trarza	252,664	10,107	50,533	58,113
Adrar	60,847	2,434	12,169	13,995
D. Nouadhibou	75,976	3,039	15,195	17,474
Tagant	61,984	2,479	12,397	14,256
Guidimakha	186,697	7,468	37,339	42,940
T.Zemmour	53,586	2,143	10,717	12,325
Inchiri	11,322	453	2,264	2,604
Nouakchott	611,883	24,475	122,377	140,733
Total Mauritanie	2,548,157	101,926	509,631	586,076

Source : RGPHM2000 / Données provisoires.

Le projet sera divisé en 3 sous projets.

- Eradication de la Poliomyélite et contrôle des maladies
- Programme régulier d'immunisation
- Introduction de nouveaux vaccins

Les interventions planifiées dans le cadre des sous projets « Programme régulier d'immunisation » et « Introduction de nouveaux vaccins » bénéficieront aux enfants âgés de 0 à 11 mois et aux femmes en age de procréer (14-44 ans). Les interventions du Sous-projet « Eradication de la Polio et contrôle des maladies » bénéficieront essentiellement aux enfants âgés de 0 à 5 ans et aux femmes en âge de procréer.

12.3 Cadre logique du PROJET PEV "Plus"

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus (Outputs)	Principales Activités (Inputs)
<p>D'ici 2008, porter et maintenir le taux de couverture vaccinale pour le DTC3 à 90%, le taux d'enfants complètement vaccinés à 70% et assurer une supplémentation adéquate en vitamine A à 70% des enfants âgés de 6 à 59 mois ainsi qu'à 70% femmes parturientes.</p>	<p>80% des structures sanitaires seront équipées, en chaînes de froid et dotées d'outils de gestion et de suivi du PEV, conformément aux normes établies.</p>	<p>Acquisitions et fournitures d'appareils de chaîne de froid, d'équipements, de matériel roulant, de consommables et de pièces de rechange. Conception et diffusion d'outils de gestion et de suivi de la chaîne de froid, des équipements et du matériel du PEV. Maintenance et réparation des appareils de la chaîne de froid, du matériel et des équipements.</p>
	<p>100% des structures de santé impliquées dans la vaccination disposeront continuellement de quantités adéquates d'antigènes, de capsules de vitamine A, de matériel d'injection et de collecte et de destruction des déchets.</p>	<p>Acquisitions et distributions d'antigènes, de capsules de vitamine A, de matériel d'injection, de collecte et de destruction des déchets. Conception et diffusion d'outils de gestion et de suivi des antigènes, des capsules de vitamine A, du matériel d'injection, de collecte et de destruction des déchets.</p>
	<p>100% du personnel de santé impliqué dans la vaccination auront reçu les compétences nécessaires pour une mise en œuvre adéquate du PEV</p>	<p>Conception et adoption des plans de mise en œuvre des activités de routine Elaboration et vulgarisation de modules de formation pour la planification, la gestion, la mise en œuvre, la supervision, le suivi/monitorage et évaluation des activités du PEV Formation du personnel de santé impliqué dans la vaccination sur la planification, la gestion des données, les techniques vaccinales, le suivi/monitorage des activités du PEV, l'utilisation, la maintenance ainsi que le dépannage, le suivi et la gestion de la chaîne de froid, du matériel et des équipements du PEV Mise en œuvre des activités d'immunisation. Supervision des activités du PEV, monitoring et évaluation de la couverture vaccinale.</p>
	<p>80% des ménages seront sensibilisés sur la vaccination des enfants de 0-5 ans et des femmes en âge de procréer</p>	<p>Elaboration et vulgarisation de modules de formation pour l'Information, l'Education et la Communication au profit du PEV. Conception et diffusion de supports didactiques pour la promotion du PEV. Conception et adoption des plans de mobilisation sociale et de communication du PEV de routine Formation des agents de santé et des relais (communautaires...) aux techniques de l'IEC et de la Communication InterPersonnelle pour la promotion du PEV. Mise en œuvre des activités des plans de mobilisation sociale et de communication pour la promotion du PEV. Supervision des activités de mobilisation sociale et de communication, évaluation et monitoring des connaissances, aptitudes et comportements des bénéficiaires des services du PEV.</p>

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus (Outputs)	Principales Activités (Inputs)
Eradiquer la Poliomyélite d'ici 2005 et d'ici 2008 réduire l'incidence de la Rougeole de 90% et éliminer le Tétanos Maternel et Néonatal.	<p>1 campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite (JNV) sera organisée annuellement et une réponse adéquate sera apportée lors de la découverte d'un cas de poliovirus sauvage avec à chaque passage des taux de couverture au moins égales à 90%</p>	<p>Conception et adoption des plans de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des JNV et campagnes de ratissage Polio</p> <p>Acquisitions et fournitures de vaccins (OPV), de capsules de vitamine A, d'outils de collectes de données, de petits équipements (glacières, porte vaccins, accumulateurs...) et autres intrants pour la mise en œuvre adéquate des JNV et campagnes de ratissage Polio.</p> <p>Formation des agents de santé, des volontaires et des relais (communautaires...) pour une mise en œuvre adéquate des JNV et des campagnes de ratissage Polio.</p> <p>Supervision des activités et évaluation de la couverture vaccinale, du processus d'implémentations ainsi que les connaissances, aptitudes et comportements des bénéficiaires des activités des JNV et des campagnes de ratissage Polio.</p>
	<p>90% des enfants âgés de 9 mois à 15 auront reçu une dose de vaccin antirougeoleux et la dose adéquate de Vitamine A au cours des campagnes de masses qui seront organisées au besoin.</p>	<p>Conception et adoption des plans de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des campagnes de vaccination contre la rougeole</p> <p>Acquisitions et fournitures de vaccins (Rougeole), matériel d'injection, de capsules de vitamine A, d'outils de collectes et d'analyse de données, d'équipements (glacières, porte vaccins, accumulateurs, réceptacles de seringues usagées, incinérateurs...) et autres intrants pour la mise en œuvre adéquate des campagnes de vaccination contre la rougeole.</p> <p>Formation des agents de santé, des volontaires et des relais (communautaires...) pour une mise en œuvre adéquate des campagnes de vaccination contre la rougeole.</p> <p>Supervision des activités et évaluation de la couverture vaccinale, du processus d'implémentations ainsi que les connaissances, aptitudes et comportements des bénéficiaires des activités des JNV et des campagnes de vaccination contre la rougeole.</p>
	<p>70% des femmes en age de procréer auront reçu une dose de vaccin antitétanique et la dose adéquate de vitamine A administrée à 70% des parturientes ciblées au cours des campagnes de masses qui seront organisées au besoin</p>	<p>Conception et adoption des plans de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des campagnes de vaccination antitétanique</p> <p>Acquisitions et fournitures de vaccins (Antitétanique), matériel d'injection, de capsules de vitamine A, d'outils de collectes et d'analyse de données, d'équipements (glacières, porte vaccins, accumulateurs, réceptacles de seringues usagées, incinérateurs...) et autres intrants pour la mise en œuvre adéquate des campagnes de vaccination contre le tétanos.</p> <p>Formation des agents de santé, des volontaires et des relais (communautaires...) pour une mise en œuvre adéquate des campagnes de vaccination contre le tétanos.</p> <p>Supervision des activités et évaluation de la couverture vaccinale, du processus d'implémentations ainsi que les connaissances, aptitudes et comportements des bénéficiaires des activités des JNV et des campagnes de vaccination contre le tétanos</p>

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus (Outputs)	Principales Activités (Inputs)
Introduire d'ici 2004 la vaccination contre l'Hépatite B dans le PEV de routine et porter le taux de couverture pour la 3ème dose de cet antigène à 70%.	100% des structures sanitaires impliquées dans la vaccination verront leurs équipements et matériel adéquatement redimensionnés et dotés d'outils actualisés de gestion et de suivi du PEV pour pouvoir intégrer la vaccination contre l'hépatite B dans le Programme régulier d'immunisation.	Acquisitions et fournitures d'appareils de chaîne de froid, d'équipements, de matériel roulant, de consommables pour l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B dans le programme régulier Actualisation, production et vulgarisation des outils de gestions, de suivi, de collecte et d'analyse des données du PEV de routine pour tenir compte de la vaccination contre l'hépatite B
	100% des structures de santé impliquées dans la vaccination disposeront continuellement de quantités adéquates de vaccins contre l'hépatite B, de matériel d'injection et de collecte et de destruction des déchets.	Acquisitions et distributions de vaccins contre l'hépatite B, de matériel d'injection, de collecte et de destruction des déchets.
	100% du personnel de santé impliqué dans la vaccination auront reçu les compétences nécessaires pour l'administration et la gestion du vaccin contre l'hépatite B.	Actualisation, production et diffusion des modules de formation pour la planification, la gestion, la mise en œuvre, la supervision, le suivi/monitorage et évaluation des activités du PEV
		Formation du personnel de santé impliqué dans la vaccination sur la planification, la gestion des données, les techniques vaccinales, le suivi/monitorage des activités relatives à la vaccination contre l'hépatite B.
		Mise en œuvre des activités d'intégration et de vaccination contre l'hépatite B dans le PEV de routine Supervision, monitoring et évaluation des activités d'intégration de la vaccination contre l'hépatite B dans le PEV de routine.
	80% des ménages seront sensibilisés sur la vaccination contre l'hépatite B et son intégration dans le programme régulier d'immunisation	Conception et adoption des plans de mobilisation sociale et de communication pour la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre du PEV de routine
		Actualisation, production et diffusion de supports didactiques pour la promotion du PEV intégrant la vaccination contre l'hépatite B.
		Formation des agents de santé et des relais (communautaires...) aux techniques de l'IEC et de la Communication InterPersonnelle pour la promotion du PEV.
		Formation des agents de santé et des relais (communautaires...) aux techniques de l'IEC et de la Communication InterPersonnelle pour la promotion de la vaccination contre l'hépatite B.
		Mise en œuvre des activités des plans de mobilisation sociale et de communication pour la promotion de la vaccination contre l'hépatite B. Supervision des activités de mobilisation sociale et de communication, monitoring et évaluation des connaissances, aptitudes et comportements des utilisateurs des services du PEV offrant la vaccination contre l'Hépatite B.

12.4 Indicateurs clé de suivi du projet :

- Taux de couverture vaccinale des enfants 0-11 mois en BCG, DTC3 et rougeole
- % des femmes enceintes ayant reçu deux doses de VAT (VAT2)
- % d'enfants 6 mois-5ans ayant reçu deux doses de Vitamine A
- % des nouvelles accouchées ayant reçu une dose de Vitamine A
- % de la population ayant accès à une structure fixe de vaccination (rayon de 5 km)
- % des mères connaissant le calendrier vaccinal des enfants
- % femmes 14-45 ans connaissant le calendrier de vaccination du VAT
- nombre de jours de rupture de stock pour chaque antigène (central, régional, UF)
- nombre de jours de rupture de chaîne de froid/structure fixe de vaccination
- % d'enfants 0-5 ans ayant reçu 2 doses de VPO lors des JNVs
- nombre de cas de PFA notifiés

12.5 Partenariats et alliances

Les interventions du projet s'inscriront dans le cadre global du Comité de Coordination Inter Agences du PEV, placé sous l'égide du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. La collaboration avec les partenaires et alliés traditionnels du PEV sera poursuivie (voir tableau ci-dessous) et de nouveaux partenariats seront recherchés.

Partenaires et alliés	Principaux domaines d'intervention/ collaboration
OMS	PEV et Erad. Polio : AT aux services centraux et décentralisés du PEV, microplanification des activités, surveillance épidémiologique, enquêtes de couverture vaccinale, réseau national de surveillance des cas de PFA ; etc.
BM, BAD, Coopérations bilatérales (Allemagne, Canada, Espagne, France et Japon)	PEV : appui à la mise en œuvre des interventions de vaccination à travers la réforme sectorielle/PASS : Equipements (logistique, chaîne de froid) ; formation ; assistance technique ; etc.
CDC	Erad. Polio : Approvisionnement en vaccins et assistance technique au processus d'éradication
Rotary International	Erad. Polio : Approvisionnement en vaccins ; mobilisation sociale et appui à la planification/mise en œuvre des JNVs
Fondation Bill & Melinda Gates	PEV: Accélération/renforcement du PEV à travers le processus GAVI ; introduction des nouveaux vaccins
Union Européenne/CATR	PEV: Appui à l'Initiative d'Indépendance Vaccinale (IIV) ; Assistance technique périodique et évaluation externe du PEV
Réseaux d'ONG internationales (WVI, TDH, MSF, etc.) et nationales (Scouts, AMPF, etc.)	Erad. Polio : Appui à l'organisation des JNVs (mobilisation sociale, et vaccination porte à porte) PEV: Mobilisation sociale

- Dans le cadre du sous projet "Eradication de la poliomyélite et contrôle des maladies », le projet en collaboration avec l'OMS encouragera la participation d'autres départements ministériels (Ministère de l'intérieur, Ministère de la défense, Ministère de la Communication, Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine...) et de la société civile en vue de maintenir la mobilisation sociale pour une amélioration de la qualité des JNV et du système de surveillance épidémiologique.

- Les interventions du sous projet "Programme régulier d'immunisation" seront développées en collaboration avec l'OMS et les autres partenaires du gouvernement pour le renforcement des services du programme PEV de routine et ce dans le cadre du processus GAVI. Le partenariat avec la JICA sera mis à profit pour le renforcement des aspects logistique et équipement du Programme. La collaboration renforcée avec les associations et les ONGs visera à améliorer l'utilisation des services et l'organisation de la demande. La collaboration avec l'OMS sera mise à profit pour l'expérimentation d'un paquet minimum d'activités supplémentaires en complément à la vaccination. Des stratégies novatrices telles que les services SOS au profit des populations non couvertes (Sustainable Outreach Services) ou les journées de santé de l'enfant (Child Health Days) seront mises en œuvre dans ce cadre.
- Les interventions du sous-projet "Introduction de nouveaux vaccins" seront aussi développées en collaboration avec l'OMS et la Fondation B&M Gates, dans le cadre du processus GAVI, en vue d'expérimenter dans un premier temps puis de favoriser l'introduction de nouveaux vaccins tels que l'Hépatite B, le Hémophilus Influenza B dans le PEV de routine.

12.6 Risques

Les principaux risques identifiés au niveau du programme Santé/Nutrition sont valides dans le cadre de ce projet PEV Plus. Compte tenu des objectifs ambitieux en matière de couverture vaccinale et d'éradication de la poliomyélite, on insistera particulièrement sur la nécessité d'adresser urgemment, dans le contexte de la réforme sectorielle, la question du déficit persistant en ressources humaines et en logistique au niveau décentralisé et de la motivation du personnel (compte tenu de l'impact avéré sur la réalisation des activités mobiles de vaccination), la fonctionnalité des unités fixes de vaccination, et la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel (essentiel dans la détection des cas de PFA notamment). On mentionnera aussi :

- L'accessibilité et l'utilisation des structures fixes de vaccination demeure un problème important dans certaines régions compte tenu de la dispersion des populations, de la répartition inégale des infrastructures sanitaires et des déficits de moyens de communication. Une attention particulière devra être accordée à la création et la mise à jour de la carte sanitaire en appui à la décision.
- Les difficultés persistantes de maintenance et de suivi de la chaîne de froid : Malgré les efforts déployés, le renforcement du parc de chaîne de froid et des mécanismes de suivi des équipements (inventaires), la formation d'agents de maintenance supplémentaires, l'amélioration de la gestion et de l'utilisation des vaccins et le contrôle de la continuité de la chaîne de froid au niveau périphérique doivent encore être renforcés.
- Les tensions sur le marché international des vaccins : Des tensions dues à l'inadéquation de l'offre et de la demande existent sur le marché international des vaccins et particulièrement pour les vaccins utilisés dans le contexte des pays en développement. Ces tensions si elles ne sont pas maîtrisées à court terme au niveau global conduiront inmanquablement à une augmentation des coûts et/ou à des ruptures de stocks répétées. Ce point doit être adressé au niveau global.
- L'importance de réussir la synchronisation des JNVs avec les pays voisins (effectif en 2002 mais pas en 2000 et 2001) afin de limiter les risques de transmission transfrontalière du virus sauvage par des groupes de populations en mouvement ayant échappé aux Journées nationales de vaccination.

12.7 Liens avec les autres projets et programmes

- **Avec le projet revitalisation des services SMI/SR** : La revitalisation des services SMI/SR permettra une meilleure utilisation de ces derniers par les populations. La phase initiale de l'Initiative de Bamako a montré que l'amélioration de la qualité des prestations renforce de façon très significative la fréquentation des services et permet d'augmenter les opportunités de contact et de réduire les opportunités manquées en matière de vaccination. Par ailleurs le projet PEV Plus développera des synergies avec le projet revitalisation des services SMI/SR pour la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles et l'expérimentation de stratégies novatrices (SOS, Child Health Days...), qui visent à couvrir les populations n'ayant pas accès aux structures fixes de vaccination en leur offrant un paquet minimum d'activités comprenant des interventions SMI/SR (« Paquets PEV Plus et Prévention avancée »)
- **Avec le projet Santé communautaire/ Lutte contre le paludisme** : le projet PEV Plus collaborera avec le projet « Santé communautaire et lutte contre le Paludisme » en vue de renforcer l'implication des agents et volontaires communautaire (ASC, auxiliaires de nutrition, etc.) dans la recherche active des enfants à vacciner, le renforcement du système de surveillance épidémiologique à base communautaire des maladies (notamment paralysies flasques aiguës (PFA), Tétanos néonatal, rougeole, paludisme, dracunculose), et la promotion de la vaccination.
- **Avec le projet nutrition** : Le projet PEV Plus développe en synergie avec le projet nutrition un système d'orientation et de suivi des usagers des services. Les utilisateurs des services de la vaccination feront l'objet d'un suivi systématique de la croissance et seront orientés vers les services de la nutrition (CAC, CREN) si nécessaire et vice versa. Par ailleurs, le projet PEV collaborera avec le projet nutrition en matière de renforcement des stratégies nationales de supplémentation en vitamine A (en perspective de l'arrêt prochain des campagnes JNV qui donnaient l'opportunité de distribution d'une des deux doses annuelles de VitA).
- **Avec le Programme « Appui au développement local et participation communautaire »**: la mise en œuvre de ce nouveau programme donnera l'opportunité de renforcer l'implication directe de la société civile (Communes , ONG locales) et des communautés dans la recherche active des enfants à vacciner et dans le changement de comportement des usagers des services de la vaccination. Pour ce faire, les communes – à travers l'intégration de la vaccination parmi les priorités des plans communaux de développement, mais aussi les réseaux des Nissa Banques, les associations de jeunes et les ONGs appuyées par le programme, constitueront des partenaires stratégiques en vue de renforcer, l'information, la mobilisation et l'implication des communautés et des familles dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de vaccination.
- **Avec le Programme « Education pour Tous »** : Les réseaux régionaux Petite Enfance seront des partenaires de choix pour la promotion des activités de vaccination et le contrôle du statut vaccinal des jeunes enfants (garderies communautaires, crèches, jardins d'enfants). La promotion de Savoir pour Sauver au niveau des écoles donnera l'opportunité de renforcer l'implication des élèves et des enseignants dans l'information des familles mais aussi dans la recherche active et le suivi des jeunes enfants à vacciner à travers des activités pédagogiques et ludiques. Dans le premier cycle du secondaire, une attention particulière sera accordée à la promotion de la vaccination anti-tétanique chez les jeunes filles.

12.8 Gestion du projet

PROJETS	Ministères/ Directions impliqués	Responsabilités des Structures partenaires	Assistance technique UNICEF
Projet 1 PEV Plus	<u>MSAS</u> , Dir. Protection Sanitaire (DPS) *Coordination PEV *Service EPS DRPSS <u>MCRP</u> *Comité National IEC	Coordination, Planification centrale, Approvisionnement Suivi/Evaluation, Recherche de financements ; outils de communication Micro Planification, Mise en œuvre, Supervision Coordination, planification, suivi de la mise en œuvre et évaluation des activités de mobilisation sociale (PIC ; validation des outils de communication)	* 1 chargé de projet national NOB * 1 chargé de projet international L3 (TFT)

La coordination générale du projet est assurée par la Direction de la Protection Sanitaire du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

La coordination technique et le suivi de la mise en œuvre de ce projet à vocation nationale, incombe au niveau central, à la Coordination nationale du PEV à la Direction de la Protection Sanitaire (MSAS) en coordination avec les autres services du MSAS concernés (Services EPS et Maladies transmissibles notamment) et au niveau régional aux DRPSS qui coordonnent les activités des équipes spécialisées du niveau régional impliquées dans le PEV (équipes mobiles et service SSP des DRPSS et des équipes départementales des CSM).

La coordination des activités de mobilisation sociale, essentielles à la performance, à l'efficacité et à la pérennité du projet, mais qui ont souvent été très insuffisantes dans le passé, sera assurée par le Comité National IEC (CNIIEC), nouvellement créé au niveau du Ministère de la Communication et des relations avec le Parlement en vue de la coordination de toutes les activités de communication initiées par le Gouvernement.

La coordination des activités entre les partenaires et institutions impliquées dans le PEV est assurée par un comité qui est appelé Comité National de Coordination inter agences du PEV (CCI/PEV), présidé par le Ministre de la santé et des Affaires Sociale et dont le secrétaire est le Coordinateur national du PEV.

Compte tenu du déficit persistant en ressources humaines tant au niveau central que régional en rapport à la magnitude et à la complexité des interventions, le Ministère de la Santé a requis auprès de OMS et UNICEF une assistance technique spécifique transitoire dans le domaine de la vaccination.

- Après concertation entre les parties, et tenant compte des avantages comparatifs de chacun, il a été convenu :
Que l'OMS concentre son assistance technique en appui à la micro planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation du processus d'éradication de la poliomyélite, ainsi qu'au renforcement de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV y compris des cas de Paralyse Flaque Aiguë (PFA).
- En complémentarité, l'UNICEF renforcera son appui technique
 - 1) à la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation du PEV de routine,
 - 2) à la mobilisation sociale en matière de vaccination et d'éradication de la polio et
 - 3) à la planification et au suivi opérationnel des JNVs. Pour faire le projet mettra à disposition une assistance technique composée de deux cadres. Un cadre de niveau NOB pour la durée totale du programme et un cadre de niveau L3 pour une durée initiale de 2 ans (2003-2004) reconductible pour une autre période de deux ans après réévaluation objective des besoins par les deux parties. Lorsque nécessaire, trois

techniciens supérieurs expérimentés viendront en appui, de façon intermittente, aux DRPSS pour l'encadrement et le suivi de la mise en œuvre de proximité des activités vaccinales.

12.9 Budget du projet PEV Plus

Le budget total du projet est 1.984.000 USD dont 344.000 USD prélevé sur les ressources régulières du programme et 1.640.000 USD à rechercher auprès des partenaires traditionnels de l'UNICEF :

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Sous Projet 1 : Eradication de la Poliomyélite et contrôle des maladies	RR	15.000	15.000	15.000	15.000	10.000	10.000	80.000
	OR	90.000	100.000	100.000	45.000	45.000	30.000	410.000
	Tot SP1	105.000	115.000	115.000	60.000	55.000	40.000	490.000
Sous Projet 2 : Programme régulier d'immunisation	RR	30.000	35.000	37.000	30.000	27.000	35.000	194.000
	OR	150.000	150.000	150.000	200.000	170.000	106.000	926.000
	Tot SP2	180.000	185.000	187.000	230.000	197.000	141.000	1.120.000
Sous Projet 3 : Introduction de nouveaux vaccins	RR	15.000	10.000	10.000	10.000	20.000	10.000	75.000
	OR	40.000	45.000	50.000	50.000	65.000	24.000	274.000
	Tot SP3	55.000	55.000	60.000	60.000	85.000	34.000	349.000
TOTAL RR	RR	60.000	60.000	57.000	55.000	57.000	55.000	344.000
TOTAL OR	OR	280.000	295.000	300.000	295.000	280.000	190.000	1.640.000
GRAND TOTAL* (USD)		340.000	355.000	357.000	350.000	337.000	245.000	1.984.000

* (Budget hors Assistance technique qui est prise en charge dans le Projet Appui au Programme)

13.Projet - Santé Maternelle & Infantile & VIH/Sida

Titre du Projet:	Santé maternelle et Infantile et VIH/SIDA
Code d'identification du projet :	YH101- H 121 / 02
Ministère en charge de la coordination :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Couverture géographique :	4 Wilayas rurales de concentration : Assaba, Brakna, Gorgol et Guidimakha
Population bénéficiaire :	925.000 personnes soit 36% de la population totale de la Mauritanie dont : 185.000 enfants de 0-5 ans 213.000 femmes en age de procréer
Budget (USD) :	RR : 445.000 OR : 955.000 Total : 1.400.000

13.1 Présentation du projet Revitalisation des Services SMI/SR

Le projet Revitalisation des Services SMI/SR aura une vocation résolument décentralisée et focalisera son intervention sur le renforcement de la qualité des services de santé maternelle et infantile et de santé de la reproduction (SMI/SR). Il ciblera les 4 wilayas rurales de concentration du programme pays 2003-2008 (Assaba, Brakna, Gorgol et Guidimakha), en continuité avec le programme en cours. Il visera la revitalisation des services de Soins de Santé Primaire (SSP) existants et dans un souci d'équité et de réponse aux orientations nationales, contribuera à l'objectif de couverture universelle en services sociaux de base.

Les stratégies et moyens visant à améliorer la qualité des soins à travers notamment un partenariat renforcé entre les prestataires de services et leur client feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la collaboration inter agences SNU entre le FNUAP, l'OMS, le BIT-STEP et l'UNICEF appuyée par la Fondation des Nations Unies (UNF).

Le projet adoptera une approche systémique couvrant l'ensemble de la pyramide sanitaire depuis le niveau régional (Hôpital de référence) jusqu'au niveau communal (Poste de santé). Il favorisera l'extension de la couverture et de la qualité des services SMI/SR en faveur des populations les plus vulnérables et l'expérimentation de mécanismes de solidarité tels que proposés dans le cadre budgétaire à moyen terme (mutuelles de santé à base communautaire, forfait obstétrical, fonds de solidarité hospitalier pour les indigents, et, mécanismes de tiers payant (fonds pauvreté). Dans l'optique d'améliorer la qualité des services, le projet renforcera la fonctionnalité des comités de santé communautaire en matière de planification, de gestion, et pour la mise en place de mécanismes de solidarité à base communautaire.

Le projet contribuera à la lutte contre le VIH/SIDA (qui est un objectif transversal du programme de Coopération Mauritanie-Unicef 2003-2008) en focalisant principalement sur la prévention de la transmission mère enfant (PTME).

Pour ce faire, une attention particulière sera accordée à l'appui à la mise en œuvre :

- du "Paquet minimum de prise en charge de la santé maternelle, infantile et néatale" au niveau des centres et postes de santé revitalisés incluant: le PEV, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PECIME) au niveau centre de santé et poste de santé, les soins obstétricaux de base (consultations prénatale/postnatale, accouchement assisté avec enregistrement des naissances,

dépistage précoce des urgences obstétricales, prise en charge néonatale), la lutte contre le VIH/SIDA- y compris la prévention de la transmission mère enfant, l'information pour le changement de comportement, notamment en matière de soins et d'éveil du jeune enfant (éducation parentale).

- du « Paquet Référence » incluant la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, l'organisation des systèmes de référence, le partage du risque obstétrical et l'accès renforcé à des centres de référence fonctionnels.

Une priorité accrue sera aussi accordée au renforcement des capacités régionales et locales de gestion de l'information sanitaire (SNIS) en vue de d'améliorer la planification et l'aide à la décision au niveau local, mais aussi en vue de mieux évaluer l'impact et les résultats des interventions mises en œuvre.

Le projet contribuera à l'expérimentation et à la validation des approches proposées dans le cadre de la réforme sectorielle et renforcera le positionnement du programme dans la définition et l'orientation des politiques sectorielles.

13.2 Couverture géographique, populations bénéficiaires et calendrier de mise en œuvre

Wilaya	Pop. Totale	Enfants de moins 5 ans	Femmes en age de procréer	Mise en œuvre Paquet SMI/SR	Mise en œuvre Paquet Référence
Assaba	249.600	49.900	58.900	2003	2005
Brakna	240.200	48.000	56.700	2003	2003
Gorgol	249.000	49.800	58.800	2003	2003
Guidimakha	186.700	37.400	44.100	2003	2005
Total	925.500	185.100	218.500		

Globalement, le projet bénéficiera à environ 185.000 enfants de 0 à 5 ans et 218.500 femmes en age de procréer dans les 4 régions de concentration du programme en milieu rural.

Les actions visant la mise en œuvre du Paquet complet d'activités SMI/SR seront initiées simultanément dans les 4 régions et bénéficieront de l'expérience dans le domaine acquise dans le département de Bababé (région du Brakna) en 2002 et des interventions déjà en cours dans chacune des régions concernant certaines interventions constitutives de ce paquet SMI/SR. Bien entendu, la couverture totale des 4 régions avec le paquet SMI/SR ne pourra être atteinte dès la première année, mais dans les 4 régions, des communes ou des départements pilotes seront choisis simultanément dès 2003 pour initier la mise en œuvre de ce Paquet.

Le choix des zones bénéficiaires en priorité s'effectuera en collaboration avec chacune des DRPSS concernées dans le cadre de la préparation des plans d'action annuels 2003 sur la base de critères objectifs (résultats du RGPH, revue des disparités, dynamique communautaire en place, valorisation d'infrastructures existantes ou opportunités de partenariat) et aussi en tenant compte du niveau de mobilisation des ressources supplémentaires du projet.

Les actions visant la mise en œuvre du Paquet « Référence » seront initiées en 2 phases. Une première phase 2003-2004, durant laquelle le projet appuiera la mise en œuvre du Paquet Référence au niveau des Wilayas du Brakna et du Gorgol (avec Kaédi et Aleg comme hôpitaux de référence). Il s'appuiera sur les activités déjà initiées dans le cadre du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et des projets « Maternité sans risque » et « Amélioration de la qualité des soins SR à travers un partenariat renforcé entre

les prestataires de service et leurs clients » développés à partir de 2002 dans le cadre inter agences SNU (préparation de UNDAF).

Dans un deuxième temps, à partir de 2005, si les ressources le permettent, le projet étendra ses interventions en matière d'appui aux activités SOU aux deux régions de l'Assaba et du Guidimakha (avec Kiffa et Sélibaby comme hôpitaux de référence) en capitalisant sur les approches, méthodologies et résultats obtenus dans les deux premières régions et en complémentarité des interventions déjà initiées par le FNUAP (Assaba) et la Coopération chinoise (Assaba et Guidimakha).

Bien entendu, en fonction de l'évolution des partenariats et en tenant compte des ressources nationales accrues dans le cadre de l'Initiative d'allègement de la dette (IPPTE), le rythme et les responsabilités dans la mise en œuvre de ce paquet « Référence » pourraient être réévalués à l'occasion des réunions de concertation semestrielles entre partenaires.

13.3 Cadre logique du Projet - Santé Maternelle & Infantile & VIH/Sida

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus	Principales activités
1. Assurer des soins pré et post natals à 60% des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nouveaux nés dans les zones du Projet.	1.1 Les femmes et les hommes des 16 Moughataas (Départements) sont sensibilisés sur l'ampleur, les causes et les réponses possibles à la mortalité maternelle élevée.	1.1. 1 Elaboration d'un plan de communication en collaboration avec les utilisateurs et les promoteurs des services 1.1.2 Conception, validation et production d'outils de sensibilisation et d'information 1.1.3 Information /sensibilisation des populations, des élus locaux, des ONGs et associations et du personnel socio-sanitaire sur l'ampleur de la MM en Mauritanie 1.1.4 Réalisation d'enquêtes CAP périodiques
	1.2 Les services de Soins Obstétricaux d'Urgence et le système de référence sont fonctionnels dans les 4 wilayas de la zone du projet.	1.2.1 Définition de la carte sanitaire de la zone du projet (et visualisation SIG/ChildInfo) 1.2.2 Plaidoyer auprès des autorités centrales, régionales et locales pour une utilisation effective de la carte sanitaire dans la zone du projet 1.2.3 Formation et supervision du personnel des HRs 1.2.4 Organisation du système de référence en collaboration avec les usagers des services et les ONGs/associations locales 1.2.5 Equipement des structures sanitaires qualifiables (HR, CS et PS) en Radio de Communication 1.2.6 Conception et mise en œuvre du forfait obstétrical au niveau des hôpitaux 1.2.7 Equipement des services SOU des Hôpitaux 1.2.8 Renforcement de la logistique de référence (ambulances)
	1.3 Les structures sanitaires au niveau des 16 Moughataas disposent de plateaux techniques appropriés pour la prise en charge des soins obstétricaux de base –y compris les soins du nouveau-né.	1.3.1 Révision/production et multiplication des protocoles et outils didactiques en matière de Soins Obstétricaux de Base 1.3.2 Renforcement des capacités régionales (DRPSS et chefs de CSM) en matière de formation/supervision des activités de SOB 1.3.3 Equipement des structures sanitaires (CS/PS) en matériel gynéco obstétrical 1.3.4 Fourniture de médicaments et consommables essentiels (Kits SR, Fer/Acide folique, Chloroquine, Vitamine A, ...) 1.3.5 Formation et supervision du personnel des CS/PS/USB sur le paquet d'activités SMI/SR par niveau (suivi des grossesses, accouchement propres, soins au nouveau-né, suivi des femmes dans le post partum, etc.)

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus	Principales activités	
2. Assurer des soins préventifs et curatifs de qualité à 70% des enfants de 0-5 ans dans les zones du projet.	2.1 Les services de santé du niveau primaire (CS, PS) sont revitalisés selon le concept SSP/IB dans les 4 régions	2.1.1 Sensibilisation et mobilisation des communautés bénéficiaires, des autorités, des élus locaux et des ONGs et associations	
		2.1.2 Renforcement des capacités régionales (DRPSS et chefs de CSM) en matière de formation/supervision des activités SSP/IB	
		2.1.3 Relance de la fonctionnalité des comités de santé communautaires (capacités de planification/gestion, mise en place de systèmes de prise en charge des indigents, etc.)	
		2.1.4 Equipement des structures de santé (matériel, MEG et consommables)	
	2.2 Le personnel de santé des structures sanitaires des 16 moughataas ont acquis les compétences pour la mise en œuvre adéquate de la PCIME	2.2.1 Formation du personnel de santé sur la PCIME.	
		2.2.2 Mise à jour/production/dissemination des guides et outils PCIME en collaboration avec OMS.	
		2.2.3 Supervision trimestrielle formative des structures de santé primaire	
	2.3 100% des enfants qui visitent les structures sanitaires bénéficient d'une prise en charge adéquate conformément à la PCIME	2.3.1 Mise en place d'un système performant d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments essentiels génériques et consommables	
		2.3.2 Renforcement du système d'information sanitaire (focus sur maladies cibles PCIME) au niveau des structures de santé et au niveau régional	
		2.3.3 Evaluation périodique de la qualité des prestations au niveau des prescripteurs et au niveau des familles utilisatrices des services	
	3. Réduire les risques de transmission mère-enfant (PTME) du VIH/SIDA dans les zones du Projet	3.1 Les transfusions sanguines sont sécurisées dans 4 hôpitaux régionaux des régions couverts par le projet (Guidimakha, Assaba, Brakna et Gorgol) et dans l'hôpital d'Atar (continuité du programme précédent).	3.1.1 Appui à conception, à la diffusion et à la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine (dialogue politique, formation/supervision du personnel hospitalier)
			3.1.2 Participation à la fourniture des équipements et consommable pour la sécurité transfusionnelle au niveau de 4 Hôpitaux régionaux
3.2 Au moins un service de dépistage volontaire, gratuit et confidentiel du VIH/SIDA est disponible dans chaque région au profit des femmes enceintes et les femmes dépistées séropositives sont prises en charge		3.2.1 Contribution à l'équipement et à l'approvisionnement en anti-rétroviraux et consommables de laboratoire de 4 centres régionaux expérimentaux de dépistage volontaires du VIH/SIDA au profit des femmes enceintes et des mères	

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus	Principales activités
	correctement	3.2.2 Formation du personnel des centres de dépistage en technique de laboratoire et counselling des personnes vivant avec le VIH/SIDA
		3.2.3 Appui à la prise en charge des nouveaux-nés issus de mères vivant avec le VIH/SIDA en matière d'allaitement et de santé
		3.2.4 Appui aux ONGs impliquées dans la prise en charge communautaire des PVVIH
	3.3 Le personnel de santé ainsi que les femmes en âge de procréer dans les zones du projet sont informés sur les voies de transmission et les moyens de prévention du VIH/SIDA.	3.3.1 Information/sensibilisation des services régionaux de santé et des affaires sociales, des collectivités locales et de la société civile (groupements de femmes, Nissa Banques) sur la prévention du VIH/SIDA
		3.3.2 Formation du personnel de santé sur la prévention, le diagnostic, la prise en charge et la surveillance des IST-VIH/SIDA y compris la sécurité des injections et la prévention de la transmission iatrogène
		3.3.3 Appui aux ONGs travaillant dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA

13.4 Indicateurs de suivi du projet

- % de la population ayant accès aux SOE
- % des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 2 CPN
- % d'accouchements assistés par un personnel qualifié
- % de grossesses à risque dépistées à temps et orientées dans les délais
- % de césariennes
- % de structures sanitaires par niveau avec normes en personnel respectées
- % des comités de santé communautaire fonctionnels
- Taux d'utilisation des services SMI
- % d'enfants 0-5ans pris en charge de façon adéquate (selon protocole PCIME)
- nombre de jours de rupture de stock pour les molécules essentielles PCIME
- nombre de femmes enceintes dépistées volontairement pour le VIH/SIDA
- % de femmes séropositives parmi les femmes ayant subi un dépistage volontaire
- disponibilité en médicaments anti-rétroviraux
- % des femmes en âge de procréer connaissant au moins deux méthodes de prévention du VIH/SIDA

13.5 Partenariats et alliances

- **Dans le domaine des soins obstétricaux essentiels (soins obstétricaux de base et soins obstétricaux d'urgence)** : la collaboration avec l'OMS, le FNUAP, la GTZ, la Coopération française et la Coopération chinoise sera renforcée par la définition d'un cadre de concertation régulier et d'échange d'informations et d'expériences. En effet, chacune de ces agences intervient déjà en appui aux activités opérationnelles dans ce domaine dans une ou plusieurs régions du pays. Les questions de plaidoyer relatives à ce domaine seront débattues au cours des réunions du groupe thématique qui sont présidées par le ministre de la santé et des affaires sociales. Les interventions dans le domaine seront facilitées par les investissements importants planifiés au niveau des hôpitaux régionaux par le gouvernement, la Banque Mondiale et la BAD dans le cadre de la réforme sectorielle (réhabilitation et équipement des HR). Le projet bénéficiera aussi de l'approche inter agences SNU initiée en matière de renforcement de l'implication des usagers dans l'amélioration de la qualité des services SR en collaboration avec le FNUAP, l'OMS, et le BIT-Step et la Fondation des Nations Unies (UNF) dans le cadre UNDAF.
- **Dans le domaine de la PECIME** (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants) : le projet collaborera principalement avec l'OMS pour l'adaptation de l'approche au contexte mauritanien, la production des outils, la formation du personnel, et la documentation des résultats obtenus en matière de réduction de morbidité et de mortalité infanto-juvénile.
- **Dans le domaine de la lutte contre le SIDA** : la collaboration avec la FLM, l'AMPF, et l'ONG STOP SIDA sera renforcée pour une diffusion des messages éducatifs à travers leurs réseaux (notamment les pairs éducateurs) en faveur de la prévention de la contamination, du dépistage volontaire mais aussi pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la transmission mère enfant (appui aux centres expérimentaux régionaux, conseils/aide psychologique et pris en charge des mères et des nouveaux nés vivants avec le VIH. La collaboration traditionnelle avec l'OMS, le FNUAP et l'ONUSIDA sera renforcée en vue d'une évaluation et documentation régulière des tendances de la maladie, des connaissances, des attitudes et des pratiques de la population face à l'affection.

Partenaires et alliés	Principaux domaines d'intervention /collaboration
Partenaires Réforme Santé (BM, BAD, FIDA, Coopération bilatérales, etc.)	Equiper des structures de santé primaires (CS,PS) et secondaires (HR) ; formation du personnel ; mise en œuvre des normes (personnel, décentralisation)
OMS	Réduction de la mortalité maternelle ; PCIME ; PTME du VIH/SIDA
FNUAP	Réduction de la mortalité maternelle et Santé Reproductive
BIT-Step et UNF	Prise en charge du risque obstétrical et mutuelles de santé ; implication des usagers dans SMI/SR
Coopération française	Lutte contre la mortalité maternelle en milieu périurbain défavorisé (Nouakchott)- échange d'expériences
Coopération allemande	Réduction de la mortalité maternelle et SR ; SSP/IB et PCIME en milieu rural (Hodh El Garby)- échange d'expériences
ONG Amade	Expérimentation des mutuelles de santé et système de référence obstétrical dans la wilaya du Brakna (Bababé)
Stop SIDA, AMPF, FLM	VIH/SIDA : Information/communication ; PTME ; Counselling ; accès des personnes dépistées aux traitements anti-rétroviraux et prise en charge des NN et des orphelins issus de PVVIH.
Groupe thématique VIH/SIDA du Cyberforum des ONGs	Coordination des intervenants en matière de lutte contre le VIH/SIDA ; identification/formation/organisation des partenaires et alliés en matière de PTME.

13.6 Risques

Les principaux risques identifiés au niveau de la description du programme Santé-Nutrition sont valides dans le cadre de ce projet. Un certain nombre de facteurs spécifiques peuvent aussi peser sur sa mise en œuvre, notamment :

- Le manque de personnel qualifié dans les zones du projet notamment les chirurgiens obstétriciens et les sages femmes ne permet pas une adéquation entre l'offre et la demande croissante en SOE. Toutefois, un début de réponse est amorcé avec l'affectation en 2002 de chirurgiens et de sages-femmes dans des régions ou départements jusque la dépourvus, la mise en place de primes de technicité et d'éloignement pour stabiliser les spécialistes. La stabilisation de ce personnel qualifié est en effet un enjeu important.
- La faiblesse des systèmes d'orientation recours des urgences obstétricales et les contraintes logistiques dans les zones enclavées. Le renforcement de la participation effective des communautés dans l'organisation de la référence est un élément stratégique choisi pour lever ce risque.
- Les rôles et les responsabilités respectives entre le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Service SMI doivent être clarifiés pour faciliter la mise en œuvre des interventions.

13.7 Liens avec les autres projets et programmes

- ***Avec le projet PEV Plus :*** La revitalisation des services SMI/SR induit une fréquentation/utilisation renforcée de ces services et donc bénéficiera aux activités de vaccination en augmentant les contacts et par conséquent en réduisant les perdus de vue et les occasions manquées (CPN/Détection des grossesses à risque ; vaccinations

enfants et femmes/mères). Certains activités avancées et mobiles seront réalisées par des équipes mixte PEV/SMI-SR

- **Avec le projet Santé communautaire et lutte contre le paludisme:** le projet santé communautaire complète l'action du projet revitalisation des services SMI/SR en intervenant au niveau le plus périphérique (Unités de santé de base-USB, santé familiale et communautaire). Les agents communautaires qui sont principalement des femmes (Accoucheuses traditionnelles, ASC, AVG) bénéficieront de l'appui technique et de l'encadrement nécessaire (formation, supervision) des services des niveaux supérieurs en matière de SR, de PCIME et contribueront à étendre la couverture au niveau des populations non/faiblement desservies par les structures de santé (CS/PS).
- **Avec le projet nutrition :** La réduction effective de la mortalité infantile telle que recherchée à travers la PCIME exige une détection et une prise en charge adéquate des cas de malnutrition (la malnutrition est associée à près de 50% des cas de décès d'enfants de 0-5 ans). L'amélioration de la qualité des services SSP et l'implication croissante des communautés dans la gestion de ces services (à travers notamment la revitalisation des comités de santé communautaire, et la mobilisation des ONGs) permettra une meilleure détection des cas de malnutrition qui seront orientés chaque fois que possible vers les CREN et les CAC existants. La collaboration sera aussi effective en matière de prise en charge adaptée de l'allaitement des enfants de mères /parents vivant avec le VIH
- **Avec le projet développement des femmes :** Le réseau des Nissa banques (qui compte en 2002 plus de 80.000 femmes organisées dans 3 des 4 régions d'intervention) sera mobilisé en appui à l'information et à l'action en matière de SMI/SR et de lutte contre le VIH/SIDA. Il garantira que les femmes sont au cœur de négociation et de la décision en matière d'organisation de la référence et de financement du forfait obstétrical pour une prise en charge appropriée des parturientes.
- **Avec le projet Education de base :** Les réseaux des enseignants, des associations d'élèves ou de parents d'élèves seront mobilisés en matière d'information sur la SR, de promotion des messages de Savoir pour Sauver et sur la prévention du VIH/SIDA.

13.8 Gestion du projet

En réponse aux trois objectifs définis dans le cadre logique (voir 3.), le projet sera divisé en trois sous projets :

- Sous projet 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale
- Sous projet 2 : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- Sous projet 3 : Lutte contre le VIH/SIDA (Prévention de la transmission mère-enfant)

La coordination globale du projet est assurée par la Direction de la Protection Sanitaire (DPS). Les responsabilités dans la mise en œuvre des différents sous projets peuvent se résumer comme suit :

Tableau : Gestion du Projet Santé maternelle et Infantile et VIH/SIDA

	Ministères/ Directions partenaires	Responsabilités des Structures partenaires	Assistance technique UNICEF
Sous-Projet 1 Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	<u>DPS</u> PNRSR <u>DPM</u> <u>DRPSS</u>	Coordination/appui aux activités SMI/SR ; Soins obstétricaux de base au niveau primaire; Organisation de la référence Organisation des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) au niveau des Hôpitaux R. Planification, mise en œuvre des SOE	Un cadre national de niveau NOD en appui à la planification, mise en œuvre et suivi des 3 sous projets.
Sous-Projet 2 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	<u>DPS</u> Service SMI Service SSP <u>DRPSS</u>	Coordination/appui à la revitalisation des structures de santé primaire (SSP/IB) et mise en œuvre de la PCIME Planification, mise en œuvre PCIME	
Sous-Projet 3 Lutte contre le VIH/SIDA (PTME)	<u>DPS</u> PNLS <u>DRPSS</u>	Coordination et appui à la mise en œuvre de la PTME Planification, mise en œuvre PTME	

13.9 Budget du projet Santé maternelle et Infantile et VIH/SIDA

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Sous Projet 1 Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	RR	10.000	10.000	10.000	25.000	30.000	27.000	112.000
	OR	75.000	85.000	95.000	80.000	70.000	43.000	448.000
	Tot SP1	85.000	95.000	105.000	105.000	100.000	70.000	560.000
Sous Projet 2 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	RR	40.000	40.000	40.000	25.000	28.000	30.000	203.000
	OR	60.000	70.000	60.000	60.000	56.000	40.000	346.000
	Tot SP2	100.000	110.000	100.000	85.000	84.000	70.000	549.000
Sous Projet 3 Lutte contre le VIH/SIDA (PTME)	RR	15.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	65.000
	OR	15.000	20.000	20.000	30.000	30.000	25.000	140.000
	Tot SP3	30.000	30.000	30.000	40.000	40.000	35.000	205.000
TOTAL RR	RR	65.000	60.000	60.000	60.000	68.000	67.000	380.000
TOTAL OR	OR	150.000	175.000	175.000	170.000	156.000	108.000	934.000
GRAND TOTAL* (USD)		215.000	235.000	235.000	230.000	224.000	175.000	1.314.000

(* Hors assistance technique qui est comptabilisée au niveau du projet 5 : Appui au programme Santé-nutrition)

14.Projet - Santé Communautaire & Lutte Contre Le Paludisme

Titre du Projet:	Santé Communautaire & Lutte Contre Le Paludisme
Code d'identification du Projet :	YH101 - H120 /03
Ministère en charge de la coordination :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
Couverture géographique :	Wilayas (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha) (8 régions d'endémie pour la composante dracunculose)
Population bénéficiaire :	Santé communautaire et lutte contre le paludisme : 925.500 personnes (36% population totale) dans 4 régions 185.100 Enfants 0-5 ans 218.500 Femme en age de procréer Eradication dracunculose : 1.543.000 personnes vivant dans les 8 régions d'endémie
Budget (USD) :	RR 580.000 OR 1.020.000 Total 1.600.000

14.1 Présentation du projet Santé Communautaire & Lutte Contre Le Paludisme

Le Projet Promotion de la Santé et Santé Communautaire interviendra principalement dans la zone de concentration du programme de pays en milieu rural (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha). Il complètera l'intervention du projet SMI/SR précédent en focalisant son intervention sur le niveau communautaire le plus périphérique (les Unités de Santé de Base villageoise -USB) et la promotion de la santé au niveau familial.

Il contribuera notamment à l'extension de la couverture sanitaire vers les populations enclavées et vulnérables non ou insuffisamment couvertes par le réseau des structures sanitaires publiques. A ce titre, une attention particulière sera accordée aux populations pauvres des Moughataa (Départements) couvrant la zone de l'Aftout mauritanien.

Le projet s'inscrit dans la continuité du projet d'appui au Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG) développé dans le cadre du programme précédent. Il saisira l'opportunité de l'existence de 897 villages déjà sous surveillance communautaire dans le cadre de l'éradication du VDG, pour poursuivre et intensifier les efforts de diversification/intégration des activités de santé communautaire initiées dans ces villages. Le projet ciblera en priorité les interventions à base communautaire ayant un impact important sur la réduction de la mortalité infantile, répondant ainsi mieux aux besoins ressentis par les populations et les élus en matière de prise en charge des problèmes prioritaires et à l'intérêt exprimé par les agents communautaires pour une diversification de leurs activités.

Dans cet esprit, et en conformité avec les orientations du Cadre budgétaire à moyen terme, le projet favorisera la promotion du « Paquet minimum d'activités à base communautaire » permettant ainsi une meilleure prise en charge des principales affections responsables de la mortalité infanto-juvénile. A travers les activités d'éducation pour la santé, il favorisera l'émergence de comportements favorables en matière d'hygiène et d'assainissement. Pour ce faire, le projet renforcera les capacités (qualité et performance) des agents de santé communautaires polyvalents, des accoucheuses traditionnelles et des agents VDG existants dans les zones de concentration.

Le moteur du projet sera la promotion de la lutte contre le paludisme. C'est pourquoi, le projet s'inscrit dans le « Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2006 », en accordant une attention prioritaire aux interventions menées au niveau des structures de santé primaires et communautaires (en complément et synergie des activités développées au niveau supérieur par les autres projets et par d'autres partenaires). Il cible d'une part la prévention à travers l'augmentation de la disponibilité et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, la mise en place de systèmes de distribution /commercialisation /imprégnation des moustiquaires à base communautaire, et le renforcement des mesures d'assainissement appropriées, et d'autre part la prise en charge primaire et précoce des cas simples de paludisme.

En s'inscrivant dans la promotion et la mise en œuvre du "Paquet d'activités à base communautaire", Il permettra aussi la prise en charge des cas simples de fièvres, diarrhées et IRA, la distribution de Vitamine A, la supplémentation en fer des femmes enceintes ainsi que le déparasitage systématique des jeunes enfants.

Dans le contexte des processus d'éradication de la dracunculose, de la poliomyélite et de l'élimination du tétanos néonatal, le projet renforcera le réseau de surveillance épidémiologique à base communautaire mis en place pour la détection et l'alerte rapide des cas de VDG, PFA et TNN et indispensable à la réussite de ces processus.

Simultanément, il développera des activités de promotion de la santé dans les domaines de l'hygiène, de la prévention du VIH/SIDA, de la promotion du sel iodé mais aussi de toutes autres informations relatives à la promotion des Droits, à la lutte contre les pratiques néfastes et à l'éducation parentale sur les compétences essentielles de vie (life skills). Le manuel « Savoir pour Sauver » sera vulgarisé au niveau des agents communautaires, et des ONG et associations locales des villages sélectionnés.

Les accoucheuses traditionnelles renforceront les mécanismes de consultations prénatales et seront formées aux accouchements propres et aux soins des nouveaux-nés.

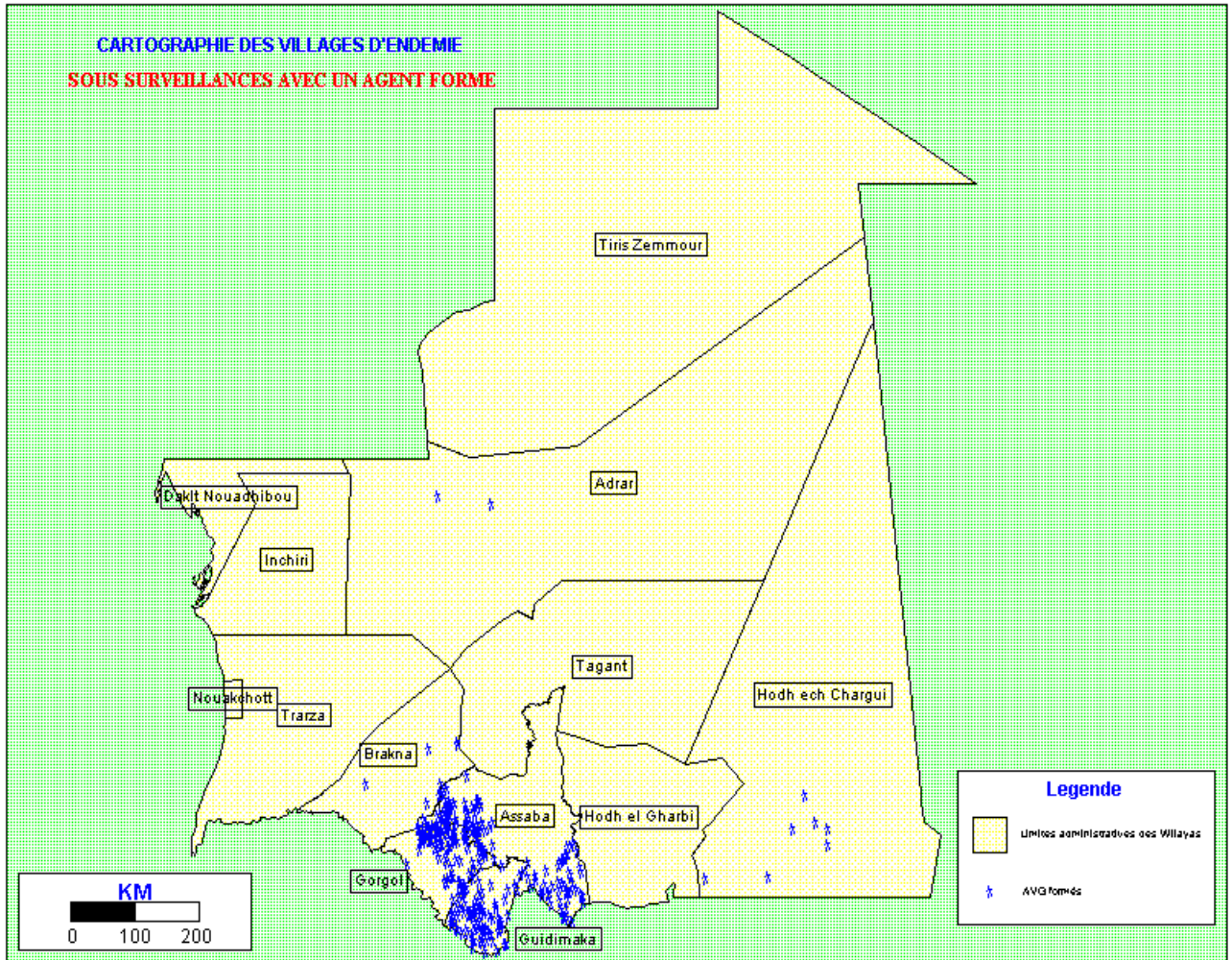
Pour superviser et encadrer les Unités de santé de base et les agents communautaires, le projet s'appuiera principalement sur le personnel des structures sanitaires de référence (PS et CS). Les structures régionales et départementales de la DAS, du SECF et de la DRJs mais aussi les communes rurales, les ONGs locales et les associations villageoises seront aussi mobilisées en matière de promotion de la prévention et de l'hygiène/assainissement.

14.2 Couverture géographique et populations/groupes bénéficiaires

Dans ses composantes Lutte contre Paludisme et Promotion de la santé au niveau communautaire, le projet couvre les 4 régions de l'Assaba, du Brakna, du Gorgol et du Guidimakha, bénéficiant ainsi à une population totale estimée d'environ 925.500 personnes dont 185.100 enfants de 0-5 ans et 218.500 femmes en âge de procréer.

Cependant, le projet bénéficiera plus directement et en priorité aux populations n'ayant pas ou un faible accès aux structures de santé (habitant à plus de 10km d'une structure de santé) qui représentent environ 20% de la population des 4 régions de concentration du programme, soit 185.000 personnes dont environ 37.000 enfants de 0-5 ans et 42.500 femmes en âge de procréer.

Dans sa composante Eradication de la Dracunculose (VDG), le projet assurera la protection d'environ 1,543,000 personnes vivant dans les 8 régions d'endémie de la maladie et bénéficiera directement aux populations de 897 villages sous surveillance (ayant notifié au moins une fois un cas de ver de Guinée)- voir carte de répartition spatiale des Agents ver de guinée ci dessous.



14.3 Cadre logique du projet « Santé Communautaire & Lutte contre le Paludisme »

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus	Principales Activités
<p>1. D'ici 2008 assurer que 60% des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes utilisent des moustiquaires imprégnées, 90% ont un accès permanent aux médicaments antipaludiques et 90% des femmes enceintes ont reçu une chimioprophylaxie adéquate</p>	<p>1.1 Les cas de paludisme chez les enfants sont correctement et précocement pris en charge</p>	<p>1.1.1 Approvisionner les structures sanitaires en matériel, médicaments antipaludiques et consommables pour une prise en charge adéquate des cas de paludisme</p>
		<p>1.1.2 Former le personnel (intégré à la PCIME)</p>
		<p>1.1.3 Informer et sensibiliser les mères</p>
		<p>1.1.4 Former/recycler les ASC / et informer la société civile sur la prise en charge des cas de paludisme simples au niveau communautaire</p>
	<p>1.2 60% des enfants de moins de 5 ans et 60% des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires imprégnées</p>	<p>1.2.1 Approvisionner les structures en produit d'imprégnation</p>
		<p>1.2.2 Former le personnel en technique d'imprégnation</p>
		<p>1.2.3 Former les membres des associations des jeunes des femmes et des ONG aux techniques d'imprégnation</p>
		<p>1.2.4 Conduire des recherches opérationnelles sur le paludisme</p>
		<p>1.2.5 Disponibiliser les moustiquaires à imprégnation de longue durée à des coûts abordables</p>
		<p>1.2.6 Assurer le plaidoyer pour la détaxation des tulles de moustiquaire et du produit d'imprégnation</p>
		<p>1.2.7 Création de centres d'imprégnation au niveau communautaire</p>
		<p>1.2.8 Mettre en place un système de contractualisation impliquant la société civile et la communauté sur la gestion le marketing et la commercialisation des moustiquaires imprégnées de longue durée.</p>
	<p>1.3 90% des femmes enceintes reçoivent une prophylaxie contre le paludisme</p>	<p>1.3.1 Informer et sensibiliser les mères</p>
		<p>1.3.2 Assurer une disponibilité de la chloroquine au niveau des structures et au niveau communautaire</p>
		<p>1.3.3 Concevoir et multiplier des outils de d'information et de sensibilisation</p>
	<p>1.4 Les populations connaissent le mode transmission et de prévention du paludisme</p>	<p>1.4.1 Participer aux Journées de Mobilisation en faveur du Paludisme</p>
	<p>1.4.2 Concevoir et multiplier des outils de mobilisation en faveur de l'hygiène collective et individuelle</p>	
	<p>1.4.3 Former le personnel de santé et la société civile à l'utilisation des supports de mobilisation</p>	
	<p>1.4.4 Superviser les activités de lutte contre le paludisme</p>	

Objectifs Projet	Résultats Clés attendus	Principales Activités
2. Stopper la transmission de la maladie du ver de Guinée d'ici 2005 et assurer un suivi adéquat des villages sous surveillance jusqu'à la certification de l'éradication de la maladie en 2008	2.1 100 % des villages endémiques disposent d'un AVG formé	2.1.1 Former et recycler les AVG dans chaque village endémique 2.1.2 Organiser des ateliers inter régionaux de formation/ recyclage du personnel de santé et planifier les activités d'éradication 2.1.3 Renforcer et diversifier le système de surveillance épidémiologique à base communautaire à d'autres affections : TNN, rougeole, PFA etc.
	2.2 100 % des ménages des zones endémiques disposent d'au moins un filtre pendant la saison de transmission	2.2.1 Confectionner et distribuer les filtres avant la saison de transmission 2.2.2 Informer et sensibiliser les populations
	2.3 100 % des cas de VDG sont détectés et isolés a temps	2.3.1 Superviser régulièrement les AVG
		2.3.2 Approvisionner les AVG en trousse de pansement
		2.3.3 Appuyer les activités de mobilisation sociale
		2.3.4 Elaborer et mettre en place des supports de collecte de données et de mobilisation sociale
		2.3.5 Traiter les points d'eau à l'Abate
		2.3.6 Renforcer le suivi des villages par une utilisation adéquate du Système d'Information Géographique (ChildInfo)
		2.3.7 Evaluation externe du programme
3. Etendre et renforcer le système de santé à base communautaire avec une responsabilisation effective des populations bénéficiaires	3.1 Les agents des réseaux communautaires sont formés et offrent un PMA aux populations bénéficiaires	3.1.1 Former/ recycler les ASC (au niveau des USB)
		3.1.2 Diversifier les compétences des AVG et des agents des réseaux communautaires sur la prise en charge des cas de paludisme, des IRA, des diarrhées, etc..
		3.1.3 Former/ recycler les accoucheuses auxiliaires et les matrones des PS sur la promotion et la mise en œuvre adéquate des activités du paquet SMI
		3.1.4 Superviser régulièrement les USB
		3.1.5 Former et superviser régulièrement les comites de santé
		3.1.6 Fournir du matériel et des médicaments essentiels
		3.1.7 Evaluer la fonctionnalité des USB
		3.1.8 Réviser des modules de formation et des outils de gestion

14.4 Indicateurs de suivi du projet :

- Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
- Nombre de décès liés au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
- % d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée
- % des cas de paludisme chez l'enfant de 0-5ans correctement pris en charge
- % des femmes enceintes recevant une chimioprophylaxie contre le paludisme
- % de la population connaissant une méthode de prévention du paludisme

- Nombre de cas de VDG
- % de villages d'endémie VDG disposant d'un AVG formé
- % des ménages disposant d'au moins un filtre
- % des cas de VDG détectés et isolé à temps

- % des USB ayant reçu une formation adéquate sur le PMA communautaire
- Fréquentation des services USB (nb contacts/hab/an)
- % USB ayant reçu au moins deux supervisions par an
- % disponibilité permanente en médicaments essentiels (5 molécules témoin)

14.5 Partenariats et alliances

PROJET	Agences SNU	Multi/Bil	ONGs/Associations
Sous Projet 1 : Lutte contre le paludisme	OMS/BM/ FNUAP/FIDA	Coopération allemande Coopération française Coopération espagnole Coopération japonaise	AMPF ; ADECOM l'Union des Coopératives de Bouilly et Ould Yengé ADIG ; Coopérative Oumoukala Wane, Assaba Espoir, Les Nissa Banques SEPT ^{III}
Sous Projet 2 Eradication du VDG	OMS	Coopération espagnole Corps de la Paix	Global 2000
Sous Projet 3 : Promotion de la santé	OMS/FNUAP/ ONUSIDA	GTZ/ Coopération française	STOP/SIDA/ World Vision International, FLM, Caritas, AMPFSE, L'Union des Coopératives de Bouilly et Ould Yengé ADECOM

Les activités seront développées en collaboration avec le Gouvernement et ses différents partenaires intervenant dans les domaines du projet :

- **Dans le domaine de la lutte contre le paludisme** : La collaboration initiée avec l'OMS, le FNUAP, la GTZ et la Coopération française en appui à la mise en œuvre de la phase pilote de l'Initiative Roll Back Malaria (Initiative Faire Reculer le Paludisme) sera poursuivie et renforcée dans le cadre du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2006 et dans le cadre de la soumission de la Mauritanie au Fond Mondial (VIH-SIDA/Paludisme /Tuberculose). Sous la direction des DRPSS et en s'appuyant sur les acquis et orientations des 3 (parmi 5) Moughataa pilotes situés dans la zone de concentration du projet (Boghé, Sélibaby, et Kankossa), le projet étendra progressivement ses interventions de lutte contre le paludisme dans les 4 régions de concentration. Le projet collaborera étroitement avec les ONGs locales (AMPF ; ADECOM ; l'Union des Coopératives de Bouilly et Ould Yengé ADIG ;

Coopérative Oumoukala Wane, Assaba Espoir, Les Nissa Banques ;etc) pour la confection et la commercialisation des moustiquaires imprégnées longue durée à des coûts abordables. Dans le domaine de la recherche opérationnelle, la collaboration avec l'OMS et les institutions nationales (CNH, ENSP, etc.) sera renforcée pour détecter les tendances indésirables liées à la morbidité et à la mortalité du paludisme et organiser des ripostes appropriées (évaluation de la qualité prise en charge, études de chimiorésistance, connaissance des populations, etc.).

- **Dans le domaine de l'éradication du ver de Guinée** : le projet poursuivra la collaboration avec l'OMS et le Corps de la paix américain pour le renforcement de la surveillance épidémiologique de la maladie, l'amélioration de la qualité de la notification des cas et de la prise en charge des cas et, l'archivage des données en vue de la préparation de la certification de l'éradication de la maladie. Le projet bénéficiera du partenariat avec Global 2000 pour assurer un approvisionnement adéquat des ménages en filtres et le traitement chimique à l'Abate des points d'eau suspects qualifiable.
- **Dans le domaine de la santé communautaire/promotion de la santé** : le projet collaborera étroitement avec les ONGs nationales et internationales impliquées au niveau régional dans la formation et la supervision des agents de santé communautaires (CRM, FLM, WVI, Caritas). La collaboration avec WVI sera poursuivie pour l'adaptation des thèmes du manuel SAVOIR POUR SAUVER, et pour la production et la diffusion des messages éducatifs. La collaboration avec l'AMPF, l'AMPFSE, l'ADECOM, l'UCDOB et l'ONG STOP SIDA sera renforcée pour assurer la diffusion des messages éducatifs au niveau des quartiers et des ménages dans zones de convergence avec le projet.

14.6 Liens avec les autres projets :

Liens avec le projet PEV : Les réseaux communautaires appuyés par le projet (ASC/ associations et ONGs) participeront à la mobilisation des populations autour de la vaccination. Ils contribueront à l'enregistrement et à la recherche active des enfants lors du passage des équipes mobiles de vaccination dans les quartiers et dans les hameaux et campements. Ils contribueront également au renforcement de la qualité de la surveillance épidémiologique des PFA, du TNN et de la rougeole dans le contexte des processus d'éradication, d'élimination ou de contrôle en cours. A ce titre, l'extrapolation des résultats obtenus au niveau communautaire permettra d'évaluer la qualité de la surveillance nationale mise en place.

Liens avec le projet revitalisation des services SMI : Les ASC (principalement des femmes) et les matrones (accoucheuses traditionnelles) compléteront l'action des structures publiques en permettant un suivi des grossesses et des accouchements au niveau des populations n'ayant pas ou peu accès à ces structures. Les grossesses à risque et les accouchements dystociques seront orientés à temps vers les structures publiques qui devraient assurer l'appui technique nécessaire aux ASC/ matrones. Les gestes simples appris concernant les accouchements propres et les soins aux nouveaux-nés contribueront directement à l'élimination du tétanos néonatal et à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Liens avec le projet nutrition : Les ASC et les réseaux communautaires contribueront à la surveillance nutritionnelle et au dépistage actif des enfants malnutris. Les cas de malnutrition graves seront plus facilement orientés vers les CAC et les CRENS. Les réseaux communautaires, notamment les Nissa Banques pourront constituer un relais important dans la promotion, et la distribution du sel iodé et des farines de complément au niveau des quartiers et des ménages.

Liens avec le Programme Appui au Développement local et Participation Communautaire:

Dans sa composante lutte contre le paludisme, le projet collaborera avec le Programme « Appui au développement local et participation communautaire » pour la promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement au niveau individuel et collectif. Les coopératives féminines, seront impliquées dans la prévention du paludisme, dans la confection, la promotion et la distribution moustiquaires imprégnées, dans la recherche active des cas de Ver de Guinée au niveau des ménages, et dans les activités de promotion de la santé.

Liens avec le projet Education de Base : les enseignants et les élèves bénéficieront d'une formation ou d'une information appropriée selon les thèmes (paludisme, dracunculose, Promotion de la santé) pour obtenir le changement de comportement désiré à leur niveau et au niveau de leurs familles, et faciliter la diffusion des messages éducatifs au niveau des ménages et au niveau individuel.

14.7 Risques

Le projet Promotion de la Santé/Santé communautaire complète l'action des 3 autres projets du programme Santé-Nutrition. Il intervient essentiellement en milieu rural au niveau des populations qui n'ont pas accès aux structures sanitaires et qui généralement ne participent pas à la prise de décision même pour des problèmes qui les concernent.

Il s'inscrit dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté qui vise une couverture universelle en services sociaux essentiels. Cependant, à moyen terme, une définition plus explicite de la politique sanitaire du Gouvernement en matière de couverture adéquate des populations les plus pauvres et isolées est nécessaire. Les risques auxquels la mise en œuvre du Projet « Santé Communautaire et lutte contre le Paludisme » pourrait être confrontée peuvent se résumer par :

- l'aggravation de la profondeur de la pauvreté réduisant ainsi la pouvoir d'achat des ménages,
- la non valorisation par les autorités sanitaires et administratives des prestations fournies par les agents et volontaires communautaires,
- la faible adhésion des familles aux soins curatifs et préventifs à base communautaire en les qualifiant de soins au rabais,
- le nombre élevé de volontaires communautaires associés à la dispersion de l'habitat et à l'enclavement de certaines localités pourrait affecter la qualité du suivi et de l'encadrement technique des volontaires,
- les difficultés des structures sanitaires à assurer un approvisionnement et un encadrement technique adéquats aux réseaux communautaires (logistique, motivation, etc.)

14.8 Gestion du projet

En réponse aux trois objectifs définis dans le cadre logique (voir 3.), le projet « Santé communautaire et lutte contre le paludisme » sera divisé en trois sous projets :

- Sous projet 1 : Lutte contre le paludisme
- Sous projet 2 : Eradication du Ver de Guinée
- Sous projet 3 : Promotion de la santé

La coordination globale du projet est assurée par la Direction de la Protection Sanitaire (DPS). Les responsabilités dans la mise en œuvre des différents sous projets peuvent se résumer comme suit :

	Directions et services partenaires	Responsabilité	Assistance technique UNICEF
Sous-Projet 1 Lutte contre le paludisme	<u>DPS</u> PNLP, Service MT <u>DRPSS/ONGs</u>	Coordination/appui aux activités de lutte contre le Paludisme Planification, mise en œuvre des activités de LC paludisme par région	Un cadre national de niveau NOC en appui à la planification, mise en œuvre et suivi des 3 sous projets.
Sous-Projet 2 Eradication du Ver de Guinée	<u>DPS</u> PNEVG, Service MT <u>DRPSS</u>	Coordination/appui au processus d'éradication du VDG Planification, mise en œuvre activités VDG	
Sous-Projet 3 Promotion de la Santé	<u>DPS</u> Service SSP <u>DRPSS/ONGs</u>	Coordination et appui à la mise en œuvre des activités SSP niveau communautaire Planification, mise en œuvre des activités SSP niveau communautaire	

14.9 Budget du projet - Santé Communautaire & Lutte contre le Paludisme

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Sous Projet 1 Lutte contre le Paludisme	RR	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	120.000
	OR	90.000	90.000	90.000	90.000	90.000	50.000	500.000
	Tot SP1	110.000	110.000	110.000	110.000	110.000	70.000	620.000
Sous Projet 2 Eradication du Ver de Guinée	RR	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	20.000	170.000
	OR	30.000	30.000	30.000	20.000	20.000	40.000	170.000
	Tot SP2	60.000	60.000	60.000	50.000	50.000	60.000	340.000
Sous Projet 3 Promotion de la Santé	RR	10.000	10.000	10.000	10.000	12.000	25.000	77.000
	OR	20.000	40.000	40.000	45.000	35.000	27.000	207.000
	Tot SP3	30.000	50.000	50.000	550.000	47.000	52.000	284.000
TOTAL RR	RR	60.000	60.000	60.000	60.000	62.000	65.000	367.000
TOTAL OR	OR	140.000	160.000	160.000	155.000	145.000	117.000	877.000
GRAND TOTAL* (USD		200.000	220.000	220.000	215.000	207.000	182.000	1.244.000

(* Hors assistance technique qui est comptabilisée au niveau du projet 5 : Appui au programme Santé-nutrition)

15. Projet Nutrition

Titre du Projet :	PROJET NUTRITION
Code d'identification du Projet :	YH101 / N105 - 04
Ministère en charge de la coordination :	MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES
Couverture géographique :	<u>Lutte contre les carences en iode</u> : Nationale <u>Lutte contre la malnutrition et promotion allaitement/sevrage</u> : 4 régions rurales (Brakna, Assaba, Gorgol, Guidimakha) et zones périurbaines défavorisées de Nouakchott (Dar Naim, El Mina et Nouadhibou)
Population bénéficiaire :	<u>Lutte contre les carences en iode</u> : 2.548.000 personnes <u>Lutte contre la malnutrition et promotion allaitement/sevrage</u> : 1.147.000 personnes (45% population totale) don't 229.500 Enfants 0-5 ans 264.000 Femmes en age de procréer 57.500 femmes enceintes
Budget (USD) :	RR : 338.000 OR : 852.000 Total : 1.119.000

15.1 Présentation du projet Nutrition

La Mauritanie à l'instar des autres pays du Sahel, compte tenu, de la faible pluviométrie, de l'exiguïté des terres agricolement exploitables et des faibles performances du secteur agricole est largement tributaire des importations pour satisfaire les besoins alimentaires de sa population.

De larges zones de concentration humaine établies dans le diéri (zone de culture sous pluie) et s'adonnant aux cultures de légumineuses et de céréales ne produisent souvent pas suffisamment pour satisfaire l'autoconsommation, du fait de l'insuffisance et de l'irrégularité des pluies, mais aussi de la faible qualité des terres et de la pression des déprédateurs (sauteriaux, oiseaux, parasites des cultures). Ces populations sont dans une situation d'insécurité alimentaire importante et font l'objet d'une attention renforcée dans le contexte du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Ce sont notamment les populations de l'Aftout mauritanien, des zones de diéri en retrait du fleuve et de poches de population dans les Wilayas des 2 Hodhs.

Dans ce contexte, la malnutrition protéino-énergétique (MPE) est quasiment endémique dans de nombreuses zones et contribue largement à la mortalité infantile et infanto-juvénile. Les taux de malnutrition publiés dans l'Enquête Démographique et de Santé 2002 (EDSM) donne la mesure de cette situation chez les enfants de moins de 5 ans:

- 35% souffrent de malnutrition chronique (dont 17 sévèrement)
- 13% sont émaciés (dont 3 sévèrement)
- 32% présentent une insuffisance pondérale (dont 10 sévèrement)

Pour les femmes, l'analyse de l'indice de masse corporelle (IMC) indique que: 12,8% des femmes enquêtées sont maigres.

En Mauritanie, et particulièrement dans les zones les plus vulnérables et les moins accessibles, les carences en micro nutriments (fer, vitamine A et iode, essentiellement) sont fréquentes. L'anémie ferriprive affecte environ 60% des femmes enceintes, des cas

généralisés d'héméralopie (Avitaminose A) sont fréquemment rapportés par le personnel de santé, et la fréquence du goitre (30,9% au niveau national) témoigne de la profondeur des troubles dus aux carences en iodes (TDCI).

Depuis la grande sécheresse de 1983-85, les épisodes d'urgence alimentaire sont récurrents. En 2002, suite au déficit important en pluie en période utile, le Gouvernement a déclaré officiellement l'urgence alimentaire et requis une assistance alimentaire en céréales et compléments alimentaires auprès des partenaires de la Mauritanie. Une attention particulière doit donc être accordée au renforcement des mécanismes de prévention, de détection et de réponse à l'insécurité alimentaire des populations et de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes/allaitantes..

Le Projet Nutrition visera à répondre simultanément à l'urgence de finaliser et mettre en place une politique nationale de nutrition cohérente et multi sectorielle et à la nécessité de renforcer les activités de nutrition (encore très limitées) sur le terrain.

Bien que logé au sein du programme Santé/Nutrition, ce projet aura une vocation transversale et contribuera au renforcement des activités de nutrition identifiées dans plusieurs programmes et projets du programme pays 2003-2008. Une collaboration et une complémentarité optimale sera recherchée entre le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, le Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine et le Commissariat aux Droits de l'Homme et à la lutte contre la Pauvreté (CDHLCPI). Le Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies (UNDAF) donne aussi des opportunités de renforcer la collaboration inter agences en vue de permettre une avancée définitive dans ce domaine prioritaire et incontournable pour la survie et le développement du jeune enfant. La collaboration initiée avec le Programme Nutricom (coordonné par le SECF sur financement BM) sera renforcée.

Au niveau national, le projet appuiera le développement des politiques nationales en matière de nutrition. Une attention particulière sera accordée au plaidoyer et au renforcement des capacités en matière de lutte contre les carences en micro nutriments (Iode, Vitamine A et Fer). Les objectifs d'iodation universelle du sel et d'élimination des carences en Vitamine A seront poursuivis. Le plaidoyer en faveur de l'allaitement exclusif au sein durant les 6 premiers mois sera renforcé.

Au niveau des zones de concentration rurales, et compte tenu de ses ressources financières limitées, le projet interviendra dans un nombre restreint de Moughataa (Départements) de l'Aftout en vue de développer une véritable approche de surveillance nutritionnelle et de prise en charge des cas de malnutrition protéino-énergétique (MPE) couplée avec des activités d'éducation nutritionnelle de qualité telles que définies dans le "Paquet d'activités de Nutrition".

Les résultats préliminaires du projet expérimental de Barkéol (Assaba) lancé en 2001 en collaboration avec le PAM et les ONG partenaires opérant dans la zone, mais aussi le dispositif de 250 centres d'alimentation communautaires (CAC) mis en place dans la zone Aftout en réponse à l'insécurité alimentaire structurelle aggravée par l'urgence nutritionnelle en 2002 serviront de base à l'orientation des activités et au phasage de leur extension.

En milieu périurbain défavorisé (Nouakchott, Nouadhibou), le projet renforcera les activités d'éducation, de surveillance et de prise en charge nutritionnelle mais aussi les initiatives en matière de promotion des aliments de sevrage. Il appuiera d'une part les initiatives communautaires de mises en place d'Unités de Production d'Aliment de Sevrage (UPAS) par les groupements féminins et les ONGs (en insistant sur la qualité, la sécurité et la gestion), mais aussi les activités très prometteuses de formation des femmes et des associations de femmes à la production familiale des farines de sevrage enrichies. Ces formations sur la production familiale d'aliments de sevrage seront dispensées aussi dans les zones

d'intervention en milieu rural, en s'appuyant sur le réseau des Nissa Banques (plus de 80.000 femmes organisées en groupements).

Le projet est composé Nutrition est composé de 3 sous projets :

- Sous projet 1 : Iodation universelle du sel
- Sous projet 2 : Lutte contre la malnutrition protéino-énergétique
- Sous projet 3 : Allaitement maternel et aliments de sevrage

15.2 Couverture géographique et populations /groupes bénéficiaires

Globalement le projet de nutrition cible en priorité des zones de grande vulnérabilité de la zone de concentration rurale du programme (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha), notamment celles mises en évidence par le CSLP- à savoir les poches de pauvreté et de malnutrition de l'Aftout ainsi que certains quartiers périphériques de Nouakchott (El Mina, Dar Naim) et Nouadhibou (Kraa-boudou).

Dans ces zones, le programme donnera la priorité aux interventions ciblant les femmes en situation physiologiques (femmes enceintes et allaitantes) et les jeunes enfants (0-5 ans).

- Le sous-projet Iodation universelle du sel visera l'universalité de la consommation du sel iodé et donc la population générale, toutefois, en dehors des campagnes nationales à travers les médias de masse qui concerneront tout le territoire national, certaines interventions plus spécifiques (communication de proximité ; mise en place de réseaux de distribution) cibleront les zones de concentration du projet de nutrition ainsi que Nouakchott ou les foyers de résistance à l'utilisation du sel iodé. Ce sont les ménages en général qui seront visés, mais aussi les décideurs, les leaders traditionnels, les responsables de réseaux communautaires, les enseignants, et toutes personnes susceptibles d'amener au changement de comportement en faveur de la consommation du sel iodé.
- Les sous projets « Lutte contre la malnutrition (MPE) » et « allaitement maternel/aliments de complément » concentreront leurs interventions au niveau des communautés les plus vulnérables des zones de concentration du programme en milieu rural et périurbain défavorisé. A terme, la stratégie du Paquet Minimum d'Activités Nutrition (PMA/N) qui englobe ces deux sous projets et qui est actuellement en phase d'expérimentation sera progressivement généralisée dans ces zones, en collaboration avec les partenaires (Nutricom, BM, ONGs). Elle vise essentiellement les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.

PROJET	Couverture géographique	Populations bénéficiaires
Sous-projet 1 Iodation Universelle du Sel	Nationale	2.548.000 personnes
Sous-projet 2 Lutte contre la malnutrition protéino-énergétique (MPE)	Zones de concentration rurale (Brakna, Assaba, Gorgol, Guidimakha) et péri-urbaine (DarNaim/ElMina/Nouadhibou)	1.147.000 personnes (45% population totale) dont : 229.500 Enfants 0-5 ans 264.000 Femmes en age de procréer 57.500 femmes enceintes
Sous-Projet 3 Allaitement maternel et Aliments de compléments	Zones de concentration rurale (Brakna, Assaba, Gorgol, Guidimakha) et péri-urbaine (DarNaim/ElMina/Nouadhibou)	1.147.000 personnes (45% population totale) dont : 229.500 Enfants 0-5 ans 264.000 Femmes en age de procréer 57.500 femmes enceintes

15.3 Cadre logique - Projet Nutrition

Objectifs Projet	Résultats attendus	Principales Activités	
1. Réduire de 20% le taux de malnutrition protéino énergétique chez les enfants de 0-5 ans dans les zones de concentration du projet	1.1 80% des structures sanitaires mettent en œuvre correctement le PMA/N.	Former le personnel de santé de 16 CS, 16 CREN et 149 PS sur le PMA/N dans les zones du programme	
		Doter les structures sanitaires en matériels de dépistage de la malnutrition et de suivi de la croissance.	
		Superviser les activités de nutrition (intégré avec PCIME)	
	1.2 Tous les enfants malnutris qui sont admis dans les CRENs ou dans les CAC sont pris en charge correctement	1.2 Tous les enfants malnutris qui sont admis dans les CRENs ou dans les CAC sont pris en charge correctement	Equiper les CREN dans les quatre régions cibles
			Former/recycler le personnel des CREN et les auxiliaires de nutrition des CAC
			Superviser, évaluer et documenter les activités des CREN et des CAC
			Appuyer les ONGs et les associations locales impliquées dans les activités d'éducation et de supplémentation nutritionnelle
	1.3 80% des mères d'enfants de 0-5 ans disposent de connaissances suffisantes pour préparer correctement des aliments de complément à domicile.	1.3 80% des mères d'enfants de 0-5 ans disposent de connaissances suffisantes pour préparer correctement des aliments de complément à domicile.	Organiser des campagnes de promotion des techniques et des aliments de complément au niveau des ménages
			Former des monitrices communautaires issues des coopératives féminines et des ONGs sur la préparation et la vulgarisation des aliments de complément
			Organiser des séances de démonstration sur la préparation des aliments de complément au niveau des ménages.
			Superviser, évaluer et documenter les activités relatives à la promotion des aliments de complément
	1.4 90% des femmes en age de procréer sont sensibilisées sur l'importance de l'allaitement maternel et 50% des femmes qui allaitent pratiquent l'allaitement maternel exclusif.	1.4 90% des femmes en age de procréer sont sensibilisées sur l'importance de l'allaitement maternel et 50% des femmes qui allaitent pratiquent l'allaitement maternel exclusif.	Elaborer un plan annuel de promotion de l'allaitement maternel
Elaborer des manuels de formation pour les agents et associations communautaires (ASC, associations, ONGs) sur l'allaitement maternel exclusif (AME)			
Organiser des formations sur l'AME au profit des ASCs, des ONGs et associations communautaires (activité intégrée avec d'autres thèmes)			
Lancer le programme de labélisation des centres de santé des 4 wilayas cibles			
Organiser les semaines nationales et internationales de l'allaitement maternel			
2. Réduire de 80% la prévalence de la carence en vit A chez les enfants	2.1 90% des enfants de 6 à 59 mois auront reçu chacun 2 doses de vit A par an.	Assurer une disponibilité permanente en Vit A au niveau des structures sanitaires et des USB des 16 moughataas	

Objectifs Projet	Résultats attendus	Principales Activités
de 0-5ans et de 50% l'anémie chez ferriprives chez les femmes gravides dans les zones du projet.		Sensibiliser/former le personnel de santé et les ASC des zones cibles sur la vit A et les modes d'administration (intégré formation PMA/N) Appuyer l'administration de VitA durant les JNV
	2.2 50% des femmes gravides bénéficient d'une supplémentation adéquate en Fer/Acide folique.	Assurer une disponibilité permanente en Fer/acide folique au niveau des structures sanitaires et des USB des 16 moughataas . Sensibiliser et former le personnel de santé sur l'utilité du Fer et de la vit A chez les femmes gravides (intégré formation PMA/N). Mener une enquête sur les carences en micro nutriments chez les femmes enceintes et chez les enfants des écoles(Programme Suivi et Evaluation).
3. Accroître le niveau de consommation du sel iodé de 2% à 85% dans la zone d'application du projet (et 60% au niveau national).	3.1 La loi sur la Commercialisation du Sel iodé est adoptée et mise en application.	Appuyer l'élaboration du décret réglementant la commercialisation du sel
		Sensibiliser les décideurs sur l'importance de la loi de commercialisation du sel
		Mettre en place une structure de contrôle de qualité du sel iodé
	3.2 90% des ménages dans les zones du projet ont accès au sel iodé et 85% en consomme effectivement	Créer et animer une structure de coordination et d'organisation des filières de production, de distribution et de commercialisation du sel iodé
		Appuyer les structures en charge de la production, de la commercialisation, de la distribution et de la promotion du sel iodé Appuyer l'organisation d'enquêtes de mesure régulière de disponibilité en sel iodé au niveau des distributeurs et de la consommation du sel iodé au niveau des ménages
	3.3 90% des ménages des zones du projet auront été sensibilisés sur l'utilité du sel iodé et les méfaits des carences en iode.	Elaborer un plan de communication en appui à la promotion du sel iodé
Organiser des campagnes de sensibilisation, de promotion et de marketing du sel iodé. Appuyer les réseaux communautaires, associations, ONGs et personnes ressources (personnel de santé, enseignants, etc.) impliquées dans la promotion du sel iodé		

15.4 Indicateurs de suivi/évaluation

- % des structures de santé de la zone d'intervention du projet disposant de l'équipement nécessaire pour une surveillance nutritionnelle adéquate des enfants de 0-5 ans
- % du personnel des postes et centres de santé de la zone d'intervention du projet ayant reçu une formation sur le PMAN (par rapport au nombre prévu)
- Taux de malnutrition chez les enfants 6 mois-5 ans
- Nombre d'enfants fréquentant les CREN et les CAC
- Evolution du statut nutritionnel des enfants fréquentant les CREN et les CAC
- % des mères d'enfants de 0-5 ans qui savent préparer les aliments de complément à domicile
- % d'enfants 6 mois-5ans ayant reçu deux doses de Vit A
- % femmes enceintes ayant reçu une supplémentation adéquate en fer
- % foyers consommant du sel iodé

15.5 Partenariats et alliances

Le projet Nutricom/Banque Mondiale de par ses objectifs et ses interventions dans le domaine de la surveillance nutritionnelle, de l'information des mères et de la supplémentation nutritionnelle est un partenaire de choix. Il concourt à l'atteinte des même objectifs que le projet. Les ponts de concertation qui sont déjà établis avec ce programme devront être concrétisés et renforcés pour harmoniser et mieux coordonner les interventions dans l'avenir. La collaboration avec l'OMS se concentre principalement dans le domaine de la définition des politiques et normes en matière de nutrition, des enquêtes de surveillance nutritionnelles ou des activités de recherche (TDCI, Avitaminose A, déparasitage).

En matière de lutte contre la malnutrition (MPE) : Les interventions dans ce domaine sont multisectorielles et complexes compte tenu des nombreux déterminants incriminés. La mesure de l'impact est souvent difficile, de même que l'attribution d'un résultat à une action ou à un acteur donné. Dans le domaine de l'appui aux centres d'alimentation communautaires (CAC), le projet poursuivra la collaboration étroite initiée avec les DRPSS, le PAM, et les ONGs partenaires impliquées des CACs (FLM, Caritas, WVI, ALPD, SAPAD, UCT, etc.). L'UNICEF soutiendra principalement la formation du personnel (DRPSS/ONGs/auxiliaires de nutrition), l'équipement en matériel anthropométrique des structures. Les activités d'évaluation de l'impact devront être renforcées et bénéficieront pour cela de la création d'ONGs spécialisées dans le domaine. L'appui aux CREN se fera en collaboration avec le programme Nutricom/Banque Mondiale qui a planifié de réhabiliter une partie des infrastructures (Wilaya de l'Assaba et du Gorgol). L'UNICEF interviendra principalement au niveau des équipements, de la formation et du suivi.

Dans le domaine de l'allaitement maternel et de la promotion des aliments de sevrage, la collaboration concernera principalement Nutricom/BM et le réseau des Nissa Banques pour les activités de promotion et de sensibilisation, et, les ONGs locales opérant dans les zones de concentration du projet qui seront formées et outillées en ce sens. Le projet renforcera la collaboration avec les structures (ONGs et privées) s'investissant dans la production et la promotion des aliments de sevrage (UPAS de Hay Saada à Nouakchott, de Kra El Kheir à Nouadhibou, Unités de production des ONG's Actions et Association Nutrition et Développement, Centre de Formation des Producteurs Ruraux de Boghé) .

Dans le domaine de la lutte contre les carences en iode, la collaboration existe avec le PAM (sel iodé au niveau du réseau des cantines scolaires et des CACs), avec Nutricom/BM dans le domaine de la promotion du sel iodé, et avec l'Association nationale des producteurs et distributeurs de sel dans le domaine de la législation, de la mise en conformité de l'outil de production et du renforcement des réseaux de distribution. Un partenariat financier solide existe aussi avec les Kiwanis (Comité américain pour l'Unicef) qui soutiennent le projet.

PROJET	Agences SNU (UNDAF)	Multi/ Bil	ONGs/Associations
Sous Projet 1 Iodation Universelle du Sel	OMS, PAM	NUTRICOM(BM) Coopération française	AMPF, réseau des Nissa Banques, CARITAS, WVI, FLM, MSF, ACTIONS, autres ONG nationales à identifier. Association nationale des producteurs et distributeurs de sel.
Sous Projet 2 Lutte contre la malnutrition Protéino-énergétique (MPE)	OMS, PAM	NUTRICOM (BM) Aftout/Karakoro (FIDA)	AMPF, réseau des Nissa Banques, CARITAS, WVI, FLM, SAPAS, ACTION, autres ONG nationales et réseaux à identifier
Sous Projet 3 Allaitement maternel et Aliments de Complément	OMS, PAM	NUTRICOM (BM)	AMPF, réseau des Nissa Banques, CARITAS, WVI, FLM, Nutrition et Développement, Actions Associations professionnelles de la Santé, Centre des Producteurs Ruraux de Boghé, autres ONG nationales à identifier

15.6 Risques

- L'effectivité de la décentralisation, la professionnalisation des ONGs locales et la responsabilisation des communautés vis à vis de la sécurité alimentaire sont des éléments clés pour la réussite de ce projet. La rapidité de ces acquis conditionnera le rythme de mise en œuvre des interventions.
- La nécessité impérieuse de renforcer l'équipe du Service de Nutrition au niveau du MSAS est une demande réitérée par la plupart des partenaires et une conditionnalité au renforcement de la quantité et de la qualité des interventions dans le domaine. Le déficit en ressources humaines compétentes dans le domaine de la nutrition tant au niveau central, régional qu'au niveau des ONGs est une contrainte à laquelle il faudra faire face par des efforts importants dans le domaine de la formation.
- La motivation du personnel et l'engagement des décideurs au niveau régional (DRPSS, CSM) à intégrer les activités de nutrition dans les plateaux de compétences et des services délivrés par les structures de santé sont essentiels pour la réussite des interventions.
- La récurrence des épisodes d'urgence nutritionnelle ainsi que leur magnitude sont des facteurs exogènes qui peuvent compromettre très sérieusement l'atteinte des objectifs de ce projet en matière de lutte contre la MPE. Le renforcement parallèle des mécanismes de sécurité alimentaire sous la coordination du CSA et en collaboration avec les bailleurs (aide alimentaire, production agricole, lutte contre la pauvreté) est indispensable. Il est nécessaire de concevoir/renforcer les plans

d'urgence, permettant une mobilisation adéquate des moyens humains, financiers et logistiques nécessaires à une réponse de qualité aux urgences (dont les urgences nutritionnelles).

15.7 Gestion du projet Nutrition

PROJET	Ministères/ Directions partenaires	Responsabilités des Structures partenaires	Assistance technique UNICEF
<p>Sous Projet 1</p> <p>Iodation Universelle du Sel</p>	<p><u>MSAS</u> (DPS, CNH)</p> <p><u>MCAT</u>(Direction du contrôle et de la répression des fraudes)</p> <p><u>SECF</u>(Direction Promotion Féminine/ Nutricom)</p> <p><u>MCRP</u></p>	<p>Coordination des activités, mise en œuvre du volet sanitaire.</p> <p>Contrôle de qualité et aspects législatifs.</p> <p>Mobilisation des réseaux NB pour promotion du sel iodé.</p> <p>Programmation et mise en œuvres des activités de mobilisation sociale</p>	<p>Un cadre NOC qui participe à la programmation, mise en œuvre, suivi et évaluation des activités</p> <p>+ 1 TFT pour une période de deux ans en appui aux activités Iodation du sel.</p>
<p>Sous Projet 2</p> <p>Lutte contre la malnutrition Protéino-énergétique (MPE)</p>	<p><u>MSAS</u> DPS (Service de Nutrition) Nutricom</p> <p>DRPSS des wilayas couvertes par le projet)</p>	<p>Programmation, coordination mise en œuvre du volet, formation, supervision, évaluation</p> <p>Planification, mise en œuvre, supervision</p>	
<p>Sous Projet 3</p> <p>Allaitement maternel et Aliments de Complément</p>	<p><u>MSAS</u> DPS, DRPSS des zones couvertes par le projet</p> <p><u>SECF</u> Nutricom DPF Antennes régionales</p>	<p>Coordination des activités et mise en œuvre du volet sanitaire.</p> <p>Mobilisation des réseaux (NB, coop fem et des ONGs) pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif et des aliments de complément.</p>	

15.8 Budget du projet - Nutrition

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Sous Projet 1 : Iodation universelle du sel	RR	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	60.000
	OR	60.000	75.000	75.000	70.000	68.000	55.000	403.000
	Tot SP1	70.000	85.000	85.000	80.000	78.000	65.000	463.000
Sous Projet 2 : Lutte contre la malnutrition Protéino-énergétique	RR	30.000	30.000	30.000	28.000	30.000	20.000	168.000
	OR	35.000	40.000	40.000	37.000	35.000	25.000	212.000
	Tot SP2	65.000	70.000	70.000	65.000	65.000	45.000	380.000
Sous Projet 3 : Allaitement maternel et aliments de complément	RR	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	120.000
	OR	40.000	45.000	45.000	40.000	37.000	30.000	237.000
	Tot SP3	60.000	65.000	65.000	60.000	57.000	50.000	357.000
TOTAL RR	RR	60.000	60.000	60.000	53.000	55.000	50.000	338.000
TOTAL OR	OR	135.000	160.000	160.000	147.000	140.000	110.000	852.000
GRAND TOTAL *(USD)		195.000	220.000	220.000	200.000	195.000	160.000	1.190.000

*Hors assistance technique qui est comptabilisée au niveau du projet 5 : Appui au programme Santé Nutrition

15.9 Plan Intégré Suivi & Evaluation

Objectifs	Indicateurs				
	Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale	Valeur finale
Objectifs stratégiques du Programme Santé Nutrition					
Au niveau National					
Contribuer à développer des politiques nationales en matière de santé/ nutrition tenant systématiquement compte des besoins des enfants, et particulièrement des jeunes enfants, en matière de survie, de développement et de protection	Une politique claire est définie en matière de santé nutrition et appliquée au niveau des quatre régions d'intervention et à Nouakchott et Nouadhibou d'ici 2008.	Evaluation de fin de cycle du Programme de Coopération MAURITANIE UNICEF.	Une fois en fin de cycle		
Contribuer à Réduire la mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle respectivement de 116 /1000 à 95/1000 et 747/100000 à 500/100000 naissances vivantes	Taux de Mortalité Infantile	Enquête par sondage	Deux fois durant le cycle : 2005 et 2008	74	
	Taux de Mortalité Infanto-Juvénile			116	95
	Taux de mortalité maternelle			747	600
Contribuer à Eradiquer la poliomyélite d'ici 2005	Nombre de nouveaux cas PFA confirmés enregistrés annuellement sur l'ensemble du territoire	Rapport annuel de supervision de l'éradication de la polio – OMS	Annuelle	1	0
Contribuer à Eradiquer la dracunculose d'ici 2005	Nombre de cas de ver de guinée enregistrés annuellement au niveau national	Base de données du Programme Ver de guinée	Annuelle	31	0
	Nombre de localités endémiques au niveau national			15	0
Contribuer à Eliminer les troubles dues aux carences en iode	Prévalence du Goitre en Mauritanie	Enquête spécifique sur la prévalence du goitre	2005	30	
	Faible niveau en iode dans les urines (enfants d'âge scolaire	Enquête sur les micro nutriments / milieu scolaire	Début /fin cycle		
Au niveau des zones de convergences					
Atteindre une réduction de la mortalité infanto-juvénile de 15% en moyenne en fin 2005 et de 25% en moyenne d'ici 2008 dans les 4 wilayas de concentration du programme (couvrant une population d'environ 185.100 enfants de 0 à 5 ans)	TMI en milieu urbain et rural dans les zones de concentration du Programme	Enquête par sondage	Deux fois durant le cycle : 2005 et 2008		
	TMM5 en milieu urbain et rural dans les zones de concentration du Programme	Enquête par sondage		Deux fois durant le cycle : 2005 et 2008	
Atteindre une réduction de la mortalité maternelle de 20% en moyenne en fin 2005 et de 30% en moyenne d'ici 2008 dans les 4 wilayas de concentration du programme (couvrant une population d'environ 213.000 femmes en âge de procréer)	TMM en milieu urbain et rural dans les zones de concentration du Programme	Enquête par sondage	Deux fois durant le cycle : 2005 et 2008		
Prévenir la transmission mère enfant du VIH/SIDA et augmenter l'information des populations sur le VIH/SIDA.	Taux de prévalence du HIV/SIDA chez les femmes enceintes dans les zones du Programme	Rapport des centres de test du SIDA	Annuelle		
	Nombre d'enfants nés séropositifs				
	Pourcentage de femmes de 14-49 ans pouvant citer trois moyens de prévention VIH/SIDA	Enquête CAP	Annuelle		
1.1	Effets (Objectifs) du Projet 1. PEV Plus				

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs			
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale
1.1.1	<i>Objectif 1</i> : Porter le taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes à 70 % en 2005 et le maintenir jusqu'à 2008	% population ayant accès aux structures de vaccination fixe (dans un rayon de 5km)	Carte sanitaire	Tous les trois ans : 2005-2008	
		Taux de couverture en DTC3 pour les enfants de 12-23 mois	Enquête par sondage Et Rapport de routine (SNIS)		
		% femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de VAT Taux d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les antigènes		Annuelle	
1.1.2	<i>Objectif 2</i> : Eradiquer la polio d'ici 2005	Nombre de cas de polio enregistrés	Rapport de Supervision pour la certification	Semestrielle	
		% des enfants de 0-5ans ayant reçu deux doses de polio lors des JNV.	Rapports JNV	Annuelle	
1.1.3	<i>Objectif 3</i> : Administrer annuellement 2 doses de Vitamine A à 70% des enfants âgés de 6 à 59 mois et à 70% des femmes gravides	% d'enfants de 6-59 mois ayant reçu deux doses de Vit A	Rapport de routine (SNIS) / JNV	Annuelle	
		Nombre de décès du à la rougeole enregistrée chez les enfants de 0-5ans.	Rapport de routine (SNIS)	Annuelle	
1.1.x.x	Résultats attendus (extrants)				
1.1.1.1	<i>Extrant 1</i> : 80% des structures sanitaires seront dotées d'équipements de chaîne de froid et d'outils de gestion et de suivi.	Nombre de structures de santé équipées en chaîne de froid fonctionnelle	Rapport de supervisions semestrielles et trimestrielles	Semestrielle	
		Proportion de structures de santé dotées d'outils adéquats de gestion et suivi.			
1.1.1.2	<i>Extrant 2</i> : Toutes les commandes de vaccins et matériels d'injection sollicités par les partenaires (Govt) seront exécutées dans le délai.	Nombre d'achats remboursables exécutés dans les délais	Rapport supply	Annuelle	
		Niveau de satisfaction des partenaires	Enquête auprès des partenaires	Annuelle	
1.1.1.3	<i>Extrant 3</i> : Les conditions favorables au fonctionnement des unités fixes de vaccination sont assurées.	Nombre de jour de rupture de stock pour chaque antigène au niveau central, régional et des unités fixes	Rapport trimestriel de supervision	Trimestrielle	
		% d'unités ayant enregistré des ruptures de seringues			
		Nombre de jours de rupture de chaîne de froid par structure fixe de vaccination			
1.1.1.4	<i>Extrant 4</i> : 80% des femmes en âge de procréer sont sensibilisées sur la vaccination contre le tétanos néonatal	% de femmes connaissant le calendrier du VAT	Enquête CAP	Annuelle	
1.1.1.5	<i>Extrant 5</i> : 80% des ménages seront sensibilisés sur la vaccination des enfants de 0 – 5 ans.	% de mères connaissant le calendrier vaccinal des enfants de 0-11 mois.	Enquête CAP	Annuelle	
1.1.2.1	<i>Extrant 6</i> : Tous les intrants (vaccins, porte vaccins, outils etc.) sont disponibles pour l'organisation annuelle des JNV et des campagnes de ratissage.	Nombre de doses de vaccins commandés annuellement pour chaque antigène pour les campagnes.	Rapport annuel supply	Annuelle	
1.1.2.2	<i>Extrant 7</i> : La contribution à la prise en charge des coûts opérationnels est assurée.	Montant annuel du Budget dépense pour la prise en charge des coûts opérationnels	Rapports COGNOS/PROMS	Mensuelle	
1.1.2.3	<i>Extrant 8</i> : Tous les nouveaux cas de PFA dépistés dans les quatre régions cibles(Brakna, Gorgol, Assaba et Guidimakha) sont notifiés.	Nombre de supervisions effectuées dans les quatre régions pour les dépistages de PFA	Rapport de supervision	Semestrielle	
		Nombre de cas PFA notifiés			
1.1.3.1	<i>Extrant 9</i> : Les directives nationales sont établies, disponibles et diffusées auprès de tous les acteurs	Nombre de séances d'information et de sensibilisation des autorités	Revues Annuelles du Projet	Annuelle	
		Nombre de circulaires, arrêtés et/ou directives portant sur ce volet		Annuelle	

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs				
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale	Valeur finale
		% des budgets du PEV consacrés à ce volet		Annuelle		
1.1.3.2	<i>Extrant 10</i> : Le nombre de doses nécessaires de vit A pour couvrir annuellement (avec 2 doses par enfant) 70% des enfants de 6 à 59 mois et 70% des femmes gravides (une dose par femme) sera disponible.	Nombre de doses de VitA Commandés et distribués aux unités de santé.	Rapport supply	Annuelle		
1.1.3.3	<i>Extrant 11</i> : Le personnel de 80% des structures de santé sera formé sur les modes d'administration et l'utilité de la vit A.	Nombre de personnel ayant bénéficié de la formation	Rapport de projet	Semestrielle		

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs			
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale
1.2	Effets (Objectifs) du Projet 2. SMI /SR				
1.2.1	<i>Objectif 1 : Assurer des soins pré et post natals à 60% des femmes et des NN dans les zones du Projet</i>	% de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 3 CPN	Enquête CAP	Annuelle	
		% de la population ayant accès au SOE	Carte Sanitaire (SIG)	Annuelle	
		% d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Enquête CAP	Annuelle	
		% de structures sanitaires par niveau avec des normes en personnel respectées	Rapports de supervision	Semestrielle	
1.2.2	<i>Objectif 2 : Assurer des soins préventifs et curatifs à 70% des enfants de 0-5 ans dans les zones du projet</i>	% des enfants de 0-5 ans dans les zones du projet et ayant accès aux soins	Carte sanitaire (SIG)	Annuelle	
		Taux d'utilisation des services par les enfants de 0-5 ans	Enquête CAP	Annuelle	
1.2.3	<i>Objectif 3 : Réduire les risques de transmission verticale du VIH/SIDA dans les zones du Projet.</i>	Le nombre annuel de cas de VIH /SIDA chez les femmes enceintes par région	Rapport des Hôpitaux régionaux.	Annuelle	
		% de femmes de 14-49 ans connaissant au moins deux méthodes de prévention du VIH/sida	Enquête CAP	Annuelle	
1.2.x.x	Résultats attendus(Outputs)				
1.2.1.1	<i>Extrant 1 : Les femmes et les hommes des 16 moughataas sont sensibilisées sur l'ampleur et les causes de la mortalité maternelle.</i>	% d'hommes et de femmes sachant les principales causes favorisant la mortalité maternelle	Enquête CAP	Annuelle	
		Taux d'utilisation des SMI			
1.2.1.2	<i>Extrant 2 : Le système de référence est fonctionnel dans les 4 wilayas de la zone du projet.</i>	% de grossesses à risque dépistées à temps et orientées dans les délais	Evaluation des systèmes de référence des wilayas	Annuelle	
		% de césariennes par rapport aux accouchements enregistrés	Rapports d'activités des structures de santé	Annuelle	
1.2.1.3	<i>Extrant 3 : Les structures sanitaires au niveau des 16 moughataas disposent de plateaux techniques appropriés pour la prise en charge des soins obstétricaux essentiels et des soins du nouveau-né.</i>	Nombre de structures disposant de plateaux techniques adéquats	Rapports de supervision	Semestrielle	
1.2.2.1	<i>Extrant 4 : L'IB est réactivée dans l'ensemble des structures sanitaires (y inclus les USB) dans les zones du projet.</i>	Nombre des structures de santé fonctionnelles et appliquant l'IB.	Rapports de supervision	Semestrielle	
		% de comités de santé communautaire fonctionnels			
1.2.2.2	<i>Extrant 5 : Le personnel des structures sanitaires des 16 moughataas ont acquis la compétence pour la mise en œuvre de la PCIME</i>	Nombre de jours de rupture de stock pour les X molécules essentielles en PCIME	Rapports de supervision	Semestrielle	
		Nombre de personnel de santé formé sur le protocole PCIME	Rapport de formation	Selon le nombre de formations organisées	
1.2.2.3	<i>Extrant 6 : 100% des enfants qui visitent les structures sanitaires sont prise en charge conformément à la PCIME</i>	% d'enfants de 0-5 ans pris en charge de façon adéquate (selon le protocole PCIME)	Rapports de supervision	Semestrielle	

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs				
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale	Valeur finale
1.2.3.1	<i>Extrant 7</i> : Transfusion sanguine est sécurisée dans les hôpitaux des régions couverts par le projet (Guidimakha, Assaba, Brakna et Gorgol).	Nombre d'Hôpitaux (sur les quatre) disposant de Banque de Sang fonctionnelle	Rapport de suivi du Projet	Semestrielle		
1.2.3.2	<i>Extrant 8</i> : Toutes les femmes gravides et séropositives sont prises en charge correctement	% de femmes gravides dépistées pour le VIH/sida	Registres des SMI	Semestrielle		
		% de femmes séropositives parmi les femmes dépistées				
		Taux d'accès aux anti-rétroviraux pour les femmes séropositives détectées	Rapport d'activités de l'Hôpital	Annuelle		
1.2.3.3	<i>Extrant 9</i> : Le personnel de santé ainsi que les femmes en âges de procréer dans les zones du projet sont informées sur les voies de transmission et les moyens de prévention du VIH/SIDA.	Nombre de personnel de santé ayant bénéficié de programme de sensibilisation sur le VIH/SIDA	Rapport de formation	Selon le nombre de formations organisées		
		Nombre de femmes de 14-49 ans ayant bénéficié de séances de sensibilisation sur le VIH/SIDA	Rapport de suivi du Projet	Semestrielle		

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs				
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale	Valeur finale
1.3	Effets (Objectifs) du Projet 3. Santé Communautaire					
1.3.1	<i>Object 1</i> : D'ici 2008 réduire de 30 % la morbidité et la mortalité liées au paludisme chez les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes	La prévalence du Paludisme chez les enfants de 0-5ans dans les zones du Projet.	Enquête CAP/Enquête spécifique sur le paludisme et auprès des ménages	Annuelle		
		Nombre de décès liés au paludisme chez les enfants de 0-5 ans				
		La prévalence du Paludisme chez les femmes enceintes dans les zones du Projet				
		Morbidité proportionnelle liée au palu chez les enfants de moins de 5 ans	Données de routines SNIS(Annuaire statistiques Sanitaire)	Annuelle		
		Morbidité proportionnelle liée au palu chez les femmes enceintes				
1.3.2	<i>Object 2</i> : Arrêter la transmission de la maladie du ver de Guinée d'ici 2005 et assurer le suivi des villages sous surveillance jusqu'à la certification de l'éradication de la maladie en 2008	Nombre villages endémiques	Base de données PEVG	Mensuelle		0
		Nombre de cas de ver de guinée notifié				0
		Nombre de cas isolés				0
1.3.3	<i>Object 3</i> : Etendre et renforcer le système de santé à base communautaire avec une responsabilisation effective des populations bénéficiaires	Nombre d'USB fonctionnelles	Supervision de routine	Semestrielle		
		Taux d'utilisation des services des USB(nombre de contacts / hab / an)	Enquêtes rapides CAP	Annuelle		
1.3.xx	Résultats attendus (Extrants)					
1.3.1	<i>Extrant 1</i> : Les cas de paludisme chez les enfants sont correctement et précocement pris en charge	%d'enfants ayant été consultés pour un palu et ayant reçu le traitement adéquat	Registres des Structures de santé	Annuelle		
		% de mères ayant pris la décision de traiter l'enfant dans les 24 h après l'apparition des premiers symptômes	Enquête CAP/Enquête spécifique sur le paludisme et auprès des ménages	Annuelle		
1.3.1.1	<i>Extrant 2</i> : 60% des enfants de moins de 5 ans et 60% des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires imprégnées	%d'enfants qui dorment sous une moustiquaire imprégnée dans les zones du Projet	Enquête CAP/Enquête spécifique sur le paludisme et auprès des ménages	Annuelle	15	60
		%de femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée dans les zones du Projet			**	60
1.3.1.2	<i>Extrant 3</i> : 60% des femmes enceintes reçoivent une prophylaxie contre le paludisme	% de femmes enceintes ayant reçu une prophylaxie contre le paludisme	Enquête CAP/Enquête spécifique sur le paludisme et auprès des ménages	Annuelle	**	60
1.3.1.3	<i>Extrant 4</i> : Les populations connaissent le mode transmission et de prévention du paludisme	%de personnes sachant les modes de transmission du Paludisme	Enquête CAP/Enquête spécifique sur le paludisme et auprès des ménages	Annuelle		80
		%de personnes sachant au moins deux modes de prévention du Paludisme				80
1.3.2.1	<i>Extrant 5</i> : 100 % des villages endémiques disposent d'un AVG formé	% de villages endémiques avec un d'AVG formé	Rapport de suivi du projet	Semestrielle		
1.3.2.2	<i>Extrant 6</i> : 100 % des ménages des zones endémiques disposant d'au moins un filtre pendant la saison de transmission	% des ménages disposant de filtres pendant la saison de transmission	Rapport de suivi et de supervision du projet	Semestrielle		
		Nombre de filtres distribués				
1.3.2.3	<i>Extrant 7</i> : 100 % des cas de VDG sont détectés et isolés à temps	% de cas de ver de guinée Isolés	Rapport de suivi et de supervision du projet	Semestrielle		
1.3.3.1		Nombre d'ASC formé au PMA	Rapport de suivi et de supervision du projet	Semestrielle	**	500

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs				
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale	Valeur finale
	<i>Extrait 8</i> : Les agents des réseaux communautaires sont formés et offrent un PMA aux populations bénéficiaires	% USB ayant reçu au moins deux supervisions par an				
		% disponibilité permanente en médicaments essentiels (x molécules témoins)				

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs			
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale
1.4	Effets (Objectifs) du Projet 4. Nutrition				
1.4.1	<i>Object 1</i> : Réduire de 50% le taux de prévalence de la malnutrition protéino énergétique chez les enfants de 0-5 ans et dans les 16 moughataas des zones du projet	Taux d'enfants de 0-5 ans émaciés (sévéres et modérés)	Enquête par sondage au près des ménages	Tous les trois ans : 2005 – 2008	
		Taux d'enfants de 0-5 ans souffrant retards de croissance (sévéres et modérés)			
		Taux d'enfants de 0-5 ans souffrant d'insuffisance pondérale (sévéres et modérés)			
1.4.2	<i>Object 2</i> : Réduire de 30% la prévalence de la carence en vit A chez les enfants de 0-5ans et de 50% l'anémie chez les femmes gravides dans les zones du projet.	% d'enfants souffrant de trouble visuel au crépuscule	Enquête rapides auprès des ménages dans les zones du projet	Annuelle	
		Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant du sérum rétinol inférieur à 20mcg/100ml	Enquête sur les micro nutriments	Deux fois : Début et Fin du cycle	
		% de femmes gravides souffrant de trouble visuel au crépuscule	Enquête rapides auprès des ménages dans les zones du projet	Annuel	
1.4.3	<i>Object 3</i> : Accroître le niveau de consommation du sel iodé de 2% à 80% dans la zone d'application du projet.	Proportion de ménages qui consomme d'une manière adéquate du sel iodé	Enquête auprès des ménages	Tous les trois ans : 2005 – 2008	
1.4.x.x	Résultats attendus (extrants)				
1.4.1.1	<i>Extrant 1</i> : 80% des structures sanitaires sont rendues opérationnelles pour appliquer le PMA/N.	% des structures de santé disposant de matériels de mesures anthropométriques adéquats par niveau	Rapport de suivi et de supervision	Semestrielle	
		% de personnel ayant reçu une formation sur le PMAN (par rapport au nombre prévu)			
1.4.1.2	<i>Extrant 2</i> : Tous les enfants dépistés malnouris dans les zones du projet sont pris en charge correctement.	Nombre d'enfants pris en charges au niveau des CREN	Rapport d'activités des CAC et CREN	Trimestrielle	
		Nombre d'enfants fréquentant les CAC			
1.4.1.3	<i>Extrant 3</i> : 80% des femmes de ménages des zones du projet ont les qualifications pour préparer des aliments de sevrage de qualité	Proportion de femmes sachant comment préparer un aliment de sevrage adéquat	Enquête CAP	Annuelle	
1.4.1.4	<i>Extrant 4</i> : 80% des femmes allaitantes sont sensibilisées sur l'importance de l'allaitement maternel et particulièrement l'allaitement maternel exclusif.	Taux d'allaitement exclusif (jusqu'à 6 mois) dans les zones du Projet	Enquête auprès des ménages	Tous les trois ans : 2005 – 2008	
1.4.2.1	<i>Extrant 5</i> : 90% des enfants de 6 à 59 mois auront reçu chacun 2 doses de vit A par an.	% d'enfants de 6-59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A / an	Rapport d'activité des structures de santé	Semestrielle	
1.4.2.2	<i>Extrant 6</i> : 50% des femmes gravides supplémentées en fer.	% de femmes ayant reçu des suppléments de fer durant la dernière grossesse.	Rapport d'activité des structures de santé	Semestrielle	
1.4.3.1	<i>Extrant 7</i> : La loi sur la Commercialisation du Sel iodé est adoptée et mise en application.	La loi est adoptée et appliquée ?	Evaluation de la mise en œuvre de la loi	Une fois : revue à mi-parcours	
1.4.3.2	<i>Extrant 8</i> : 90% des ménages dans les zones du projet auront accès au sel iodé	Prix du KG du sel iodé dans les zones du projet par rapport au marche national	Enquête Rapide sur le Marche local	Trimestrielle	

Programme de Coopération Mauritanie - UNICEF 2003 -2008

	Objectifs	Indicateurs				
		Description	Sources de vérification	Périodicité de collecte	Valeur initiale	Valeur finale
		% de ménages n'ayant aucune difficulté pour obtenir du sel iodé	Enquête CAP	Annuelle		
1.4.3.3	<i>Extrait 9</i> : 90% des ménages des zones du projet auront été sensibilisés sur l'utilité du sel iodé et les méfaits de la carence en iode.	Proportion des chefs de ménages et de mères de ménages sachant les méfaits de la carence en iode sur les enfants.	Enquête CAP	Annuelle		