



---

# **Systemes d'information alimentaire et nutritionnelle dans les pays du CILSS :**

## **Aide-mémoire de mission en Mauritanie**

(Nouakchott du 1<sup>ier</sup> au 8 juillet 2006)

**Hervé Delsol**, assistant technique, SCAC Ambassade de France-Ouagadougou

**Amadou Mactar Konaté**, expert en sécurité alimentaire CILSS/SE –Ouagadougou

**Yves Martin Prével**, chercheur IRD - Ouagadougou

13 juillet 2006

## **I. INTRODUCTION**

### **1.1 Aspects physiques généraux**

La Mauritanie, pays de transition entre le Sahel et le Sahara, couvre une superficie de 1.030.700 km<sup>2</sup> pour une population totale résidente de 2,8 millions d'habitants. Quatre grandes zones climatiques peuvent être distinguées dans lesquelles la diversité écologique est essentiellement liée à l'étagement de la pluviométrie depuis le nord saharien où elle est voisine de zéro, jusqu'à l'extrême sud soudano-sahélien où la moyenne des dernières trente années était inférieure à 450 mm.

### **1.2 Aspects économiques et sociaux**

La Mauritanie présente une situation économique et sociale assez différenciée des autres pays de la zone CILSS<sup>1</sup>. La population est principalement rurale et concentrée sur la bande sud du pays présentant un potentiel bio-physique agricole et pastoral limité à 25% de l'ensemble du territoire. La Mauritanie se caractérise par une croissance démographique proche de 2,8% et d'un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme en âge de procréer<sup>2</sup> ; avec une structure par âge assez jeune (32% de la population a moins de 8 ans), le pays enregistre un taux d'urbanisation en constante accélération (6 villes en 1960, 19 villes dorénavant répertoriées comme centres urbains) soit 40% de la population au minimum<sup>3</sup> vivant actuellement en ville.

Les modes de vie des populations rurales sont principalement tournés autour de l'élevage et déclinés en sous-systèmes agro-pastoraux à dominantes multiples et sous-systèmes agricoles diversifiés et grandement tributaires des pluies.

L'organisation administrative du pays est basée sur le principe de la décentralisation qui a démarré à la fin des années 80 soit plus de 25 années de pratique administrative de ce type. Le pays est divisé en 13 *wilayas* (ou régions), 52 *moughataas* (ou départements) et 208 communes.

Bien qu'appartenant au groupe des Pays les Moins Avancés (PMA), la Mauritanie a enregistré de nettes améliorations au cours des dernières années dans plusieurs domaines : l'Indice de Humain de Développement (IDH) s'est accru de 40% sur la période 1975-2003 dépassant nettement les pas de progression des autres pays de la sous-région ; le Produit Intérieur Brut (PIB) a augmenté régulièrement de plus de 5,5% par an, le budget national a quadruplé en 10 ans<sup>4</sup> (56 milliards UM en 1996, 200 milliards UM en 2006) améliorant par conséquent le relatif équilibre macro-économique du pays malgré une inflation soutenue, un taux de change défavorable et un déficit budgétaire aggravé par des engagements financiers antérieurs importants auprès de la communauté des bailleurs de fonds.

Les perspectives d'avenir encourageantes, outre les annulations récentes de la dette par la communauté financière internationale, portent sur le développement du secteur primaire comprenant la pêche, l'exploitation pétrolière et de nouvelles opportunités liées aux industries extractives existantes (fer) ou en projet (cuivre et or) ce qui pourrait procurer au pays un taux de croissance soutenu dans les prochaines années (10% par an) et un PIB<sup>5</sup> multiplié par 4 d'ici

---

<sup>1</sup> CILSS : Comité permanent Inter-états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel comprenant outre la Mauritanie, le Sénégal, Cap Vert, Gambie, Guinée Bissau, Mali, Burkina Faso, Niger et Tchad.

<sup>2</sup> EDSM,

<sup>3</sup> Les chiffres sur le taux d'urbanisation ne convergent pas : les fourchettes varient entre 40 et 50% de la population. En fait, il semblerait qu'il y ait un flux et reflux de migrants rural-urbain en fonction des saisons.

<sup>4</sup> Budget exprimé en « francs » courants

<sup>5</sup> PIB 2003 : 400 USD par an ; projection pour 2010 : 1 200 USD par an.

2010 ; la Mauritanie pourrait quitter le groupe des PMA à cette occasion. Cette croissance est un élément important dans la lutte contre la pauvreté (priorité du premier CSLP<sup>6</sup> de 2000) et bien que les tendances ne soient pas encore franchement perceptibles, quelques chiffres illustrent une situation des ménages en nette amélioration : l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV 2001) a calculé la pauvreté à partir des postes de dépenses et établie un seuil à 360 Euros par an et par personne ce qui porte à 47% la partie de la population mauritanienne vivant en dessous de cette ligne.

Une traduction de cet état de bien être relatif de la population, légèrement supérieur à celui de la moyenne des autres pays du CILSS, est confirmée par la baisse continue des indicateurs de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance et malnutrition chronique. *A contrario*, le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés d'Afrique illustrant la précarité du système de santé et pourquoi pas, la difficulté de recueillir certains indicateurs essentiels<sup>7</sup>. Enfin, pour tempérer cette analyse, la forte urbanisation permet par effet mécanique, de porter des populations rurales en grande précarité vers des centres urbains où les prestations sociales et opportunités économiques les rehaussent vers un état de bien être théorique dont elles ne bénéficient pas forcément.

### **1.3 Occurrence des crises alimentaires**

La Mauritanie se caractérise par la rareté des terres agricoles qui limite les potentialités de développement agricole. Le pays vit dans une situation permanente de dépendance alimentaire notamment céréalière et le taux de couverture des besoins nationaux en céréales n'atteint que 40% dans les années les plus favorables. Les ressources d'exportation (minerai de fer, produits de la pêche industrielle,...) doivent financer ces importations afin de combler ce déficit. L'urbanisation rapide déplace une main d'œuvre agricole vers des emplois urbains de service.

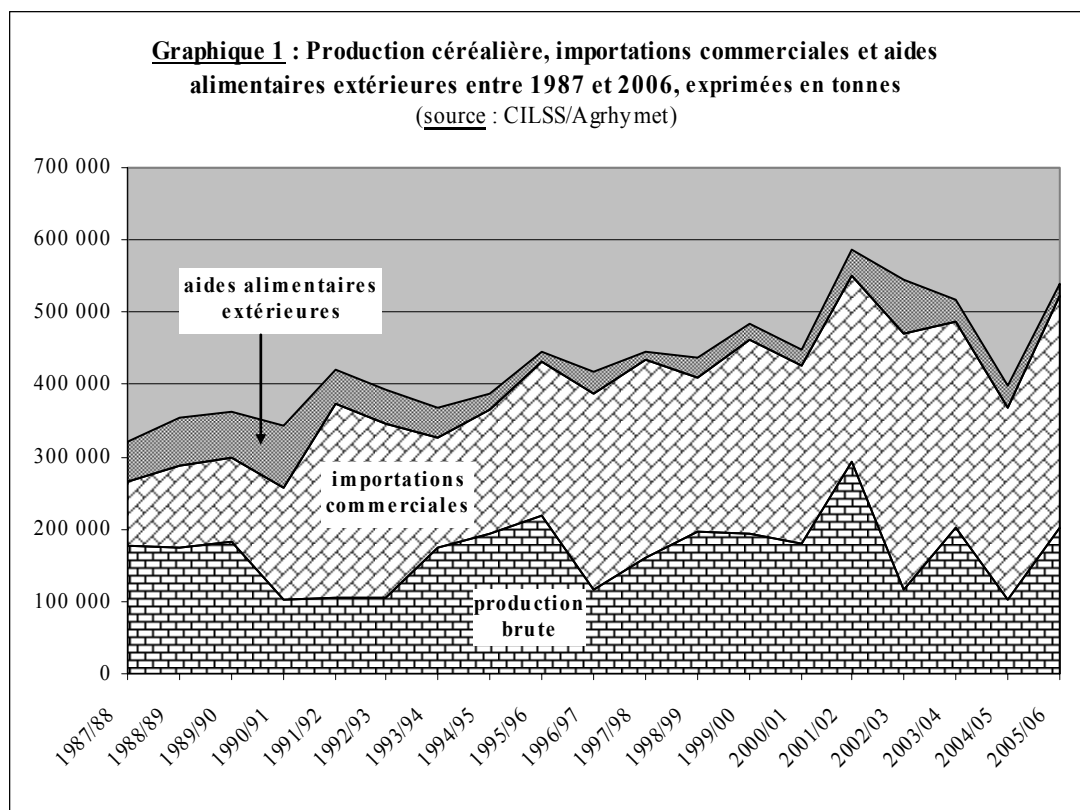
Le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) occupe encore près de 65 % de la population active mais ne représente, en moyenne, qu'un peu plus de 20 % du PIB. Le secteur agricole est caractérisé par les potentialités limitées des 500.000 ha de terres cultivables disponibles (dont 41% des surfaces sont en cultures pluviales, 28% en décrue, 27% en irrigué et 1% en cultures oasiennes) soit une superficie théorique de 0,20 ha par habitant. Seulement 0,08 à 0,1 ha par habitant sont mis en culture chaque année faute d'aménagements en ce qui concerne les terres irrigables et par manque de pluies ou de crues suffisantes pour les cultures pluviales ou de décrue. Le tableau 1 ci-dessous montre que la production en céréales n'augmente pas avec toutefois, des pics importants d'une campagne à l'autre liés en particulier aux variations interannuelles de la pluviométrie et aux calamités naturelles (criquet pèlerin, sécheresses, inondations, froid<sup>8</sup>).

---

<sup>6</sup> CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

<sup>7</sup> A titre d'exemple, l'EMIP est venue confirmer les résultats concernant la mortalité infantile relevés dans l'enquête EDSM ; cette double validation a confirmé les données des deux enquêtes dont les résultats sont similaires.

<sup>8</sup> Ces calamités naturelles ont été détaillées au CSA.



Avec l'application de la norme de consommation de 176 kg par personne et par an, norme fournie par l'Enquête sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV) menée en 1998 par l'Office Nationale des Statistiques (ONS), les besoins de consommation humaine céréalière en 2004/2005 sont pour l'année 2005, estimés à 500.000 tonnes toutes céréales confondues. Le graphique nous montre que ce volume estimé est atteint avec les importations commerciales et les aides alimentaires. Il illustre aussi le fait que les aides alimentaires semblent plutôt corrélées à la production céréalière nationale qu'aux importations commerciales. Sur la période des 20 dernières années, les importations commerciales augmentent en volume au détriment des aides alimentaires (en stagnation voire léger repli sur la période) à l'exception de l'année 2002-2003 où une aide massive a été reçue.

L'élevage représente une activité prédominante dans le secteur rural. Le cheptel représente environ 3,5 millions d'UBT<sup>9</sup>, soit de l'ordre de 1,4 UBT par habitant, ce qui place la Mauritanie en tête des pays de la sous-région. Ces chiffres sont à prendre avec précaution d'autant plus que le pays n'a jamais effectué un Recensement Général de l'Agriculture et de l'Élevage.

La libéralisation du commerce des céréales (importation, achat de la production nationale, distribution, vente en gros et en détail), mise en route depuis la fin des années 80, a eu pour conséquence un approvisionnement régulier de toutes les zones du pays, même des zones relativement enclavées. Autrement dit, la disponibilité de céréales est assurée, pratiquement sans rupture des stocks, dans toutes les régions du pays et en toutes saisons. Toutefois, l'accessibilité n'est pas assurée pour autant. La faiblesse du pouvoir d'achat d'une large frange de la population réduit singulièrement la possibilité d'accès au niveau du commerce, d'autant plus que le prix des céréales disponibles augmente en fonction de l'éloignement des lieux de production ou d'importation. La politique du gouvernement mauritanien en matière

<sup>9</sup> UBT : Unité de Bétail Tropical, norme permettant de calculer sur une même base de calcul, tout le cheptel sur à partir de sa masse corporelle.

de sécurité alimentaire a connu des évolutions successives en vue de l'adapter au contexte international, régional et national qui a subi des modifications et changements profonds. La mise en œuvre de cette politique est assurée, depuis 1982, par le Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA).

#### **1.4 Mandat de la mission**

Les termes de référence présentant le mandat de la présente mission ont été préalablement transmis à l'ensemble des services de l'Etat et des partenaires œuvrant dans le domaine de la sécurité alimentaire. Les éléments significatifs du mandat ont été définis à partir de la crise alimentaire et nutritionnelle au Niger en 2005 qui a illustré la difficulté des dispositifs de suivi de la sécurité alimentaire à fournir une information fiable dans le temps et l'espace. Lors de la dernière réunion du réseau de prévention des crises alimentaires à Paris en décembre 2005, présidée par le Ministre Coordonnateur du CILSS<sup>10</sup> (MDRE<sup>11</sup> Mauritanie), une recommandation visait à améliorer le système de veille en envisageant l'intégration des informations de type nutritionnel.

Dans ce cadre, le Ministère français des Affaires Étrangères a exprimé son souhait de financer une initiative sous-régionale pour la prise en compte des aspects nutritionnels en matière de surveillance et d'alerte précoce au Sahel. Les systèmes de veille nationaux sont les bénéficiaires des activités sans que pour autant ils soient chargés de la maîtrise d'œuvre de l'ensemble des améliorations apportées. Par contre, assurant la maîtrise d'ouvrage des dispositifs d'alerte, les systèmes de veille assurent la cohérence des protocoles de mise en commun des données de surveillance nutritionnelle dans la détermination des zones à risque.

Afin de connaître les caractères spécifiques de chaque système de veille et proposer des solutions adaptées, diverses missions exploratoires dans les pays du CILSS ont été programmées afin de déterminer les aspects techniques et opérationnels d'une future action financée par la France.

#### **1.5 Déroulement de la mission**

La mission a séjourné en Mauritanie du 1<sup>er</sup> au 8 juillet 2006. Elle a effectué des visites de travail en étroite collaboration avec les responsables des différents services techniques impliqués dans le suivi de la sécurité alimentaire et nutritionnelle du pays ( MDRE, CSA<sup>12</sup>, MSAS<sup>13</sup>, MAED<sup>14</sup>), les partenaires techniques et financiers (SNU<sup>15</sup>, DCE<sup>16</sup> et pays membres de l'Union Européenne, USAID) ainsi que divers représentants des ONGs nationales et internationales. La liste des institutions et personnes rencontrées est jointe en annexe. La mission a présenté ses principales conclusions aux ministres en charge du Développement Rural et de l'Environnement, ministre coordonnateur du CILSS et celui de la Santé et des Affaires sociales, entourés de leurs proches collaborateurs, en présence du Commissaire Adjoint de la sécurité alimentaire et du représentant de l'Ambassade de France. Afin d'apprécier l'état des CAC et des CREN, la mission a effectué une sortie à la périphérie de Nouakchott.

La mission remercie les autorités mauritaniennes pour l'accueil chaleureux et les facilités qui leurs ont été accordées durant le séjour. Elle s'excuse aussi pour les oublis et les

<sup>10</sup> CILSS : Comité permanent Inter-états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel

<sup>11</sup> MDRE : Ministère du Développement Rural et de l'Environnement

<sup>12</sup> CSA : Commissariat à la Sécurité Alimentaire

<sup>13</sup> MSAS : Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

<sup>14</sup> MAED : Ministère des Affaires Économiques et du Développement

<sup>15</sup> SNU : Système des Nations Unies

<sup>16</sup> DCE : Délégation de la Commission Européenne

imperfections durant les visites de travail notamment auprès des services du MSAS/DLM<sup>17</sup>, SNIS<sup>18</sup>, DPSE<sup>19</sup>, ONS, Direction de la Pauvreté) qui n'ont pas pu être visités, faute de temps et/ou de disponibilité.

## **II. SYSTEMES D'INFORMATION EXISTANTS ET TYPOLOGIES DES REPONSES**

### **2.1 Etat des lieux sur les dispositifs d'information en matière de sécurité alimentaire**

Le suivi de la sécurité alimentaire est alimenté par différents dispositifs d'information ayant un fonctionnement plus ou moins régulier et produisant des informations dont la fiabilité n'est pas assurée dans tous les cas de figure. Ces dispositifs sont les suivants :

#### *Dispositifs d'information de l'Etat*

Le Ministère du Développement Rural et de l'Environnement (MDRE) procède chaque année à l'Enquête Ménages sur les Exploitations Agricoles (EMEA) qui fournit la production agricole nationale à partir d'un échantillon de ménages (2 500 ménages dans 9 wilayas) ; ce type d'enquête est généralisé dans l'ensemble de la zone CILSS et permet la confrontation des données par pays à partir de données provisoires en septembre et données définitives en février. Les résultats de ces enquêtes sont un élément déterminant dans l'exposition aux risques alimentaires puisque le déficit céréalier calculé par zone administrative (production locale sur nombre d'habitants) contribue à déterminer le degré de vulnérabilité alimentaire. La chaîne de transmission de l'information de l'EMEA ne semble pas homogène (difficultés de collectes et transmission des fiches) et les données non révélatrices des situations qu'elles semblent détailler.

Le service Agro météorologique, point focal du Centre Régional Agrhymet, utilise les outils de suivi de campagne relevant principalement de la cartographie satellitaire comme les cartes d'indice de poussée végétative, l'estimation des pluies, la modélisation des cultures (DHC, Diagnostic Hydrique des Cultures), le modèle d'estimation de la biomasse. Le programme Ibimet/Italie de « Suivi de la Vulnérabilité au Sahel (SVS) permettant de cartographier les zones à risque, a programmé sa mise en route effective sous peu. Le service agro-météorologique publie entre mai et octobre, un bulletin décadaire d'information. Ce dernier, certes sommaire (2 pages), gagnerait en pertinence si des cartes de couverture végétale et autres données sur la biomasse pouvaient être intégrées ; sa diffusion par courrier électronique à un plus large public serait un atout.

La Direction de l'Elevage (rattachée au MDRE) dispose d'un système d'information sur les prix du bétail qui est peu fonctionnel à ce jour. Il est à déplorer qu'aucune enquête cheptel n'existe en Mauritanie, situation paradoxale pour un pays d'élevage. Par contre, un réseau d'épidémiologie-surveillance efficace semblerait exister sous forme de projet.

Le Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA) par le biais de l'Observatoire de la Sécurité Alimentaire (OSA) publie des cartes de risques à l'insécurité alimentaire à partir d'enquêtes zonales par communes. Le type d'information collecté porte sur des fiches d'enquêtes adressées à des responsables administratifs locaux, autorités et services administratifs qui évaluent un profil général de la situation locale ; les sources de l'EMEA et du Système d'Information sur les Marchés de céréales (SIM) viennent compléter les profils. Les communes sont classées en fonction des risques alimentaires évaluées dès le mois de janvier

<sup>17</sup> Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Direction de Lutte contre les Maladies

<sup>18</sup> SNS : Système National d'Information Sanitaire

<sup>19</sup> DPSE : Direction des Prévisions et du Suivi Evaluation

et sont suivies par la collecte d'informations régulières sur l'évolution de la situation à partir de 8 critères principaux (ressources naturelles, cultures, pastoralisme, activités génératrices de revenus, prix et disponibilités alimentaires, situation sanitaire, situation nutritionnelle, éléments d'alerte). La gravité des constats par zone amène à des réponses sous forme d'aide alimentaire sous plusieurs formes : aide alimentaire en pleine population, ouvertures de Centres d'Alimentation Communautaires (CAC) ou depuis peu, distributions à prix subventionnés (année 2005).

Le Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED) est en charge des grandes enquêtes nationales permettant au pays de disposer de données de référence en matière de développement économique et social ; tous les indicateurs de suivi du Cadre Stratégique de lutte Contre la Pauvreté sont produits par l'Office National de la Statistique (ONS). Outre deux recensements généraux de population effectués en 1977 et 2000 qui permettent les projections et le suivi des indicateurs sociaux par structure de la population, l'ONS a exécuté 3 Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie des Ménages (EPCV) entre 1995 et 2005 ; les variables de pauvreté monétaire et caractéristiques socio-économiques des ménages ont été renseignées selon l'approche de la pauvreté par les dépenses dans 13 *wilayas* urbaines et rurales du pays. Les EPCV montrent une tendance à la réalisation « potentielle » des indicateurs du millénaire<sup>20</sup> notamment dans son objectif 1 qui porte sur la réduction de l'extrême pauvreté et la faim. Bien que la pauvreté reste le principal défi auquel soit confronté le gouvernement mauritanien, le pourcentage de pauvres est passé de 56% à 47% en 2000 en dessous d'un seuil fixé à 53.841 UM par tête et par an (360 USD par an équivalent à 1 \$US à l'époque). Ce recul de la pauvreté s'est aussi traduit par une diminution de la profondeur de la pauvreté, c'est-à-dire de l'extrême pauvreté (40.700 UM par tête et par an).

L'ONS publie un Indice des Prix à la Consommation (IPC) des principales denrées alimentaires afin de déterminer l'augmentation du coût de la vie (panier de la ménagère) permettant par exemple, de publier les termes de l'échange mil/bétail en francs constants (prix « déflatés » par l'IPC).

La première Enquête de Démographie et de Santé en Mauritanie (EDSM) a été réalisée en 2001 et fournit un large panel d'indicateurs de santé et nutrition à partir d'une méthodologie standard permettant les comparaisons internationales. L'EDSM est l'enquête de référence en Mauritanie bien que l'Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme (EMIP) ait été lancée deux années après l'EDSM dans le but de confirmer les données publiées sur la mortalité infantile.

Pour terminer, deux passages de l'Enquête Suivi des Indicateurs de Nutrition (ESIN) ont été effectués dans les villes de Nouadhibou et Nouakchott et 3 régions administratives du pays mais aucun intervenant rencontré pendant la mission n'a mentionné cette source.

#### *Dispositif d'information du Système des Nations Unies*

Au cours de l'année 2005, le Programme Alimentaire Mondial a développé ses outils d'identification des zones à risques à partir d'une méthodologie propre orientée sur les diagnostics au niveau des ménages. L'étude Analyse Globale de la Vulnérabilité Alimentaire (AGVA) a été menée afin de disposer des informations sur les différentes formes de malnutrition infantile, sur la santé de la mère et de l'enfant et sur les facteurs alimentaires, sanitaires et socio-économiques susceptible d'influencer le statut nutritionnel des enfants ; à noter que le rapport final de l'étude n'est pas encore disponible mais que la méthodologie est proche des enquêtes du type *Vulnerability Assessment Mapping* que le PAM utilise en général

<sup>20</sup> « Rapport sur les progrès dans la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement en Mauritanie », juillet 2005, Programme des Nations Unies pour le Développement, rapport, 39 pages

dans les pays voisins. Cette étude a été menée dans 8 régions sur 13, correspondant au programme-pays du PAM et l'échantillon a été tirée afin d'assurer la représentativité au niveau des zones agro-écologiques et des communes urbaines soit 5 800 enfants pesés et mesurés et près de 4 000 mères interviewées. Cette enquête a été menée afin de disposer d'une référence permettant le suivi des indicateurs par sondage entre deux passages prévus tous les cinq ans.

#### *Autres sources d'information*

Fews Net analyse sur la base de zones d'économies alimentaires, les données provenant de profils de situation. Un bulletin mensuel sur la situation est publié chaque mois. Ce bulletin, avant tout destiné au gouvernement américain et partenaires extérieurs, fait en général office de source d'information de référence dans les pays couverts par Fews Net. La spécificité en Mauritanie tient au fait que les données proviennent entièrement des sondages et interviews par *screening* des populations (collecte et analyse interne) alors que dans les autres pays, les données de référence sont celles publiées par les états en plus de missions conjointes avec les services techniques des états. Ce fait autorise à dire que Fews Net se positionne en Mauritanie comme un producteur de données sur la sécurité alimentaire indépendant du dispositif institutionnel.

Les ONGs ont leur propre système d'information sur le terrain; elles ne se réfèrent que très rarement aux dispositifs d'informations nationaux accordant peu de crédits à la cartographie des zones à risques et à la représentativité des données au niveau local. A titre d'exemple, l'ONG SAPAS a réalisé sa propre enquête nutritionnelle dans deux *wilayas* rurales plutôt aux fins de justification et d'extension de programme que de contribution au suivi de la vulnérabilité. L'ONG CARITAS, sur financement français, a suivi pendant une année l'évolution de la malnutrition dans la ville de Nouakchott, enregistrant des taux de malnutrition chronique et aiguë nettement moins prononcés que ceux de l'enquête AGVA du PAM<sup>21</sup>.

#### *Indicateurs de santé et nutrition*

Comme dit précédemment, la lecture de plusieurs documents fait apparaître une évolution globalement positive sur les 15 ou 20 dernières années concernant un certain nombre d'indicateurs de base de la santé de la population en Mauritanie. A titre d'exemple, l'espérance de vie est passée de 48 ans en 1988 à 54 ans en 2000. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est quant à elle passée de 182/1000 en 1995 à 116/1000 en 2000 (EDSM). Cette évolution spectaculaire a conduit à mettre en doute la réalité de certains chiffres (sous-estimation supposée des taux de décès en milieu rural) et une étude complémentaire a été menée en 2002/2003 (EMIP). Cette dernière a confirmé une tendance baissière sur les 20 dernières années et montré que si certains des chiffres précédents pouvaient être effectivement mis en cause, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situait aux alentours de 123/1000 ; elle a montré en outre que la baisse des taux avait eu lieu principalement avant les années 1990. D'autres indicateurs évoluent positivement, mais dans l'ensemble on manque cruellement de statistiques fiables pour juger de l'importance des évolutions. Par ailleurs, une évolution favorable ne signifie pas pour autant une situation sanitaire satisfaisante : il reste des problèmes sanitaires importants, notamment de couverture vaccinale insuffisante (32% d'enfants correctement vaccinés en 2000), de mortalité maternelle (747/100.000 naissances vivantes en 2000, en progression par rapport à une estimation antérieure de 942/100.000, mais restant à un taux très élevé), de paludisme (première cause de mortalité, estimation de 250.000 cas par an, malgré une disponibilité accrue en moustiquaires imprégnées), de

---

<sup>21</sup> 11% de malnutrition chronique pour le PAM, 4,5% pour CARITAS en 2005



diarrhée (notamment chez les jeunes enfants ; y compris des épidémies de choléra), de MST/SIDA, même si la séroprévalence du VIH reste modérée, tandis qu'on observe une recrudescence de la tuberculose. Enfin, il semblerait que l'on observe également une plus grande fréquence de pathologies cardio-vasculaires, notamment de l'hypertension artérielle, mais peu de données permettent de l'étayer.

Le bilan des enquêtes nutritionnelles montre également une tendance globale d'amélioration, pour ce qui est de la malnutrition chronique tout du moins. Selon les enquêtes disponibles au niveau national, la prévalence du retard de croissance chez les moins de 5 ans aurait en effet subi une baisse impressionnante, passant de 57% en 1990 à 30% en 2005 (Tableau). En revanche, la malnutrition aiguë semble stagner autour de 13%, ce qui reste très préoccupant.

**Tableau 2 : Indicateurs de malnutrition dans les enquêtes nationales**

Année	Enquête	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale
1990	PAPCHILD	57 %	?	?
1995	MICS	44 %	?	?
2000	EDSM	35 %	13 %	32 %
2005	AGVSA	30 %	13 %	26 %

Toutefois, les taux nationaux masquent de grandes disparités régionales. Selon les zones et selon les enquêtes, la prévalence de la malnutrition chronique oscille entre 25 et 40%, celle de la malnutrition aiguë entre 10 et 20%. Le milieu rural est, comme attendu, plus touché que le milieu urbain. D'ailleurs, il est probable que l'urbanisation rapide et importante observée en Mauritanie soit en bonne partie responsable des évolutions positives observées. Une récente enquête à Nouakchott situait même la malnutrition aiguë en deçà de 5% (CARITAS) tandis que l'AGVSA la situe plutôt à 11%.

Parmi les autres indicateurs de nutrition, on retiendra une prévalence forte des troubles dus à la carence en iode (30%) et de l'anémie carencielle chez les enfants (50% pour l'OMS en 1995, 77% selon une enquête UNICEF/MI en 2004) et les femmes en âge de procréer (60% selon l'OMS, 40% selon UNICEF/MI). Cette dernière enquête fournit par ailleurs une estimation de prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de six ans de 15%. L'EDSM souligne aussi, chez les femmes, un niveau non négligeable de déficit énergétique (13% ayant un IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), mais également un surpoids fréquent (38% ayant un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, dont 16% d'obèses, i.e. IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>).

Au-delà d'une certaine « guerre des chiffres » qui se traduit par des contestations fréquentes des résultats des enquêtes, quelles qu'elles soient, la réduction des taux de malnutrition chronique en Mauritanie semble une réalité, qui est d'ailleurs en cohérence avec la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Mais nul doute que des zones du pays restent particulièrement touchées et que la malnutrition aiguë demeure un problème important au niveau national.

#### *Organisation et fonctionnement du système de santé*

L'organisation du système de santé en Mauritanie suit une structure pyramidale classique calquée sur le découpage administratif, avec au sommet un Centre Hospitalier National (CHN, 450 lits) et 3 autres centres hospitaliers, puis un hôpital régional dans le chef-lieu de chaque wilaya, puis une soixantaine de centres de santé de niveau d'équipements variable : niveau A (au nombre de 12) ou B (environ 50) ; ensuite on rencontre plus de 300 postes de santé dirigés par des infirmiers et enfin plus de 500 unités sanitaires de base (USB) au niveau communautaire (avec agent de santé communautaire). Le secteur privé, autorisé depuis 1988,

est en pleine expansion en milieu urbain (une vingtaine de cliniques, au minimum, des dizaines de cabinets médicaux, ou infirmiers ou dentaires) mais peu accessible financièrement pour le plus grand nombre. La médecine traditionnelle, forcément importante pour les populations, n'est cependant pas très valorisée par le système de santé.

Le personnel de santé comportait en 2001, d'après les chiffres du MSAS, plus de 3300 agents mais très inégalement répartis sur le territoire (47% d'entre eux étant à Nouakchott, qui représentait alors environ 1/3 de la population). On comptait alors pour l'ensemble du pays environ 1 médecin pour 7500 habitants, 1 sage-femme pour 10.000 habitants et 1 infirmier pour 1600 habitants. Une politique de motivation des agents en cas d'éloignement et d'enclavement a été mise en place pour tenter d'améliorer la couverture en zone rurale.

Au-delà des infrastructures et des ressources humaines, l'accessibilité des structures s'est améliorée, notamment grâce à une politique de recouvrement des coûts et à la mise en place d'une centrale d'achat des médicaments essentiels (CAMEC). Il reste qu'une estimation de 21% de la population se situe encore à plus de 10 km d'une structure sanitaire. En outre, la qualité médiocre des services et les équipements souvent vétustes sont à l'origine d'une faible fréquentation globale des services de santé (estimation de 0,3 contacts par habitant et par an en 1996).

Malgré un plan d'appui aux activités de la santé (PASS, financé par la Banque mondiale), un plan de renforcement des capacités institutionnelles (PRCI) et un plan de développement des ressources humaines (PRDH), la restructuration de l'ENSP (École Nationale de Santé publique), ainsi que la création d'une direction des ressources humaines, les performances du système de santé restent faibles dans leur ensemble. La mise en œuvre de la politique de décentralisation des services de l'État, qui touche également le secteur santé avec en particulier la création des DRASS, n'a pas (pas encore ?) produit les effets escomptés en terme d'amélioration du fonctionnement des services. Une certaine clarification des rôles et prérogatives des DRASS et du niveau central en matière de planification doit être faite. Les moyens alloués aux DRASS devraient en outre être revus à la hausse.

#### *Système d'informations sanitaires et surveillance épidémiologique*

Le SNIS, mis en place à partir de 1991 pour les activités de SMI et étendu depuis 1998 à l'ensemble des activités des structures de santé, fonctionne de façon très médiocre. Sa réputation est même très mauvaise auprès de la plupart des opérateurs du secteur de santé (taux de complétude insuffisant et surtout délais très importants de transmission, puis de traitement et enfin de publication des informations : dernier annuaire de statistiques sanitaires connu datant de 2004). Toutefois, il nous a été signalé une amélioration récente de ce système et la publication imminente de l'annuaire 2005. Nous n'avons cependant pas eu l'opportunité de nous faire notre propre opinion sur ce système et ceci est regrettable. Néanmoins, en ce qui concerne la malnutrition, les informations apparaissant dans l'annuaire des statistiques sanitaires sont tout à fait insuffisantes (elles mentionnent des taux de malnutrition de moins de 1%, ce qui évidemment ne fait référence qu'aux cas de malnutrition clinique).

Outre le SNIS, le MSAS dispose d'un système de surveillance épidémiologique hebdomadaire pour les maladies à fort potentiel épidémique, qui sont fréquentes en Mauritanie (notamment méningite et choléra), dont le fonctionnement semble plus satisfaisant (transmission rapide). Le bulletin épidémiologique hebdomadaire ainsi créé contient aussi des informations sur d'autres pathologies importantes non épidémiques (23 pathologies au total), dont les cas de malnutrition. Toutefois, cette information reste bien entendu conditionnée par l'identification de ces cas au niveau périphérique (fréquentation des structures de santé) et,

comme pour le cas du SNIS, seule la malnutrition clinique (marasme, kwashiorkor) est concernée, ce qui est très insuffisant.

### 2.3 Typologies des réponses aux urgences

L'aide alimentaire reste la réponse la plus utilisée en l'absence d'une panoplie de réponses graduées en fonction de la gravité des chocs ou crises attendues. L'origine des aides alimentaires est multiple :

- L'Union Européenne à travers le Programme d'Appui Communautaire à la Sécurité Alimentaire (PACSA) initié en 1997 pour un montant de 18 millions d'Euros, a financé un programme de microréalisations, l'appui à la mise en place d'un Système d'Alerte Précoce (SAP), la cartographie de la vulnérabilité alimentaire à travers l'Observatoire de la Sécurité Alimentaire ainsi que la constitution du stock national de sécurité alimentaire de 6000 tonnes de blé. L'ensemble de ces outils a été élaboré en vue d'assurer un meilleur ciblage pour une distribution alimentaire rapide effectuée par le CSA sur les communes et les populations identifiées comme étant les plus vulnérables. Le stock de sécurité alimentaire a été activé chaque année depuis 1997. En 2005, la France a contribué pour 1 200 tonnes de blé suite à la signature de l'Accord-cadre avec le gouvernement mauritanien.
- Le PAM à travers son Intervention Prolongée de Secours et de Redressement (IPSR) est en cours de distribution de 30 000 tonnes de vivres (chiffres 2005) dont 20 000 tonnes sous forme de vivres contre travail et stocks alimentaires villageois et 10 000 tonnes à travers des Centres d'Alimentation Communautaires (CAC) d'urgence.
- Les Etats-Unis procèdent à des opérations de monétisation des aides alimentaires sous diverses formes : financement de micro-projets (cellule du CSA) ou financement des ONG américaines dans le cadre d'un programme sur la sécurité alimentaire à moyen terme ;
- Enfin, d'autres modes d'approvisionnement ont des origines diverses : Japon, Italie, Chine et autres donateurs tels que les pays arabes, contribuent à fournir de l'aide mais les volumes ne sont pas connus ou répertoriés avec l'ensemble des donateurs.

Le CSA reste l'opérateur qui achemine sur le terrain l'aide alimentaire ; cette année, la distribution en cours porte sur 10 000 tonnes de vivres.

En parallèle à ces opérations d'urgences, certaines organisations (organes de coopération, ONG) ne partagent pas les diagnostics de crise « à répétition » et tiennent à apporter des réponses par des actions de développement à moyen ou long terme. A titre d'exemple, la coopération espagnole a ciblé ses interventions sur un programme d'hydraulique préférant les réponses contribuant à régler certaines contraintes structurelles et laissant au dispositif Etat le choix des opérations d'urgence. La France, lors de la signature de l'Accord-cadre de 2004 répondant à l'appel du gouvernement mauritanien à la communauté internationale suite à l'invasion acridienne, a déterminé trois types de réponses (aide alimentaire, relance agricole et programme d'appuis aux CREN) permettant d'étendre les réponses à des situations diversifiées de réhabilitation et d'urgence. Enfin, des ONG en charge de projets de développement rural ou de type communautaire, récusent les aides alimentaires en population et aides ciblées sur la base de fiabilité relative des informations de terrain (ambiguïté dans la chaîne de traitement des données entre « producteurs de l'information, décideurs, distributeurs et évaluateurs des aides<sup>22</sup> ») et sur les aspects néfastes de ces aides (perturbations des marchés céréaliers, attentisme de la population) sans pour autant rejeter un dispositif d'urgence et d'assistance humanitaire.

---

<sup>22</sup> Tiré d'un entretien oral

## **2.4 Une réponse structurelle en matière de nutrition : le projet Nutricom**

Le projet Taghdhia-Nutricom placé sous la tutelle du Secrétariat d'État à la Condition Féminine (SECF) a été initié sur fonds de la Banque mondiale en 2000 et sa première phase a pris fin le 30 avril 2005. Une seconde phase est en préparation et sera financée dans le cadre d'un nouvel appui de la Banque (cf. annexe 4).

Il s'agit d'un projet dont l'objectif est d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de 0-3 ans et des femmes allaitantes à travers des interventions nutritionnelles directes (distribution de micronutriments, démonstrations culinaires...), des programmes éducatifs et des microprojets générateurs de revenus pour assurer la pérennité des actions. Toutefois les responsables du projet reconnaissent que ce dernier volet a été initialement sous-estimé et que l'un des problèmes importants constatés est la déperdition en personnel.

Le projet est résolument communautaire et sa porte d'entrée est constituée par les coopératives féminines, pour l'établissement de Centres de Nutrition Communautaires (CNC) dont le personnel est formé, équipé et motivé par le projet. Deux constats principaux guident la façon d'agir du projet : le fait que la réponse systématique par l'aide alimentaire est jugée comme un assistanat à courte vue, même si souvent réclamée par les populations (dans les CNC les vivres ne sont là que pour servir à des démonstrations culinaires) ; la vision des problèmes de nutrition par les services de santé, qui les considèrent sous un angle purement médical, alors que des actions préventives à base communautaire doivent tenir compte des spécificités de chaque situation.

Au total, 117 CNC ont été mis en place par le projet, qui est engagé dans la prévention de la malnutrition à travers l'éducation des mères et leur participation à des activités de développement. Un recensement des bénéficiaires, effectué en collaboration avec les communautés au niveau de chaque CNC a montré qu'un bon pourcentage du groupe cible était touché par les actions du projet (60% des enfants de 0 à 36 mois résidents dans les zones d'implantation des CNC, 76% des femmes allaitantes et 91% des femmes enceintes au dernier trimestre). Nutricom s'est aussi attaqué à la réhabilitation ou à l'établissement de CREN, mais les responsables du projet reconnaissent un problème de fréquentation de ces structures. Un travail important de concertation avec tous les intervenants concernés par les problèmes de nutrition est fait à tous les niveaux, du plus central (MSAS, MAED) au plus périphérique (USB). L'Unicef, le PAM, mais également 23 ONGs différentes collaborent ou ont collaboré aux diverses activités.

Le projet Nutricom peut difficilement se prévaloir d'un impact sur l'état nutritionnel des populations, en raison notamment d'un problème de mise en place d'indicateurs pertinents. Ses réalisations sont considérées comme mitigées par certains services de l'État et pas beaucoup d'ONGs. Néanmoins, les responsables revendiquent d'avoir fait naître, au sein des communautés comme au niveau des structures de l'État, une prise de conscience de la réalité des problèmes de nutrition, de leur origine multifactorielle et de leur ancrage dans le fonctionnement de la société. Une expérience intéressante a été menée de suivi de l'état nutritionnel des enfants par la communauté elle-même. Il n'a pas été possible d'utiliser cette activité pour établir un réseau sentinelle, comme imaginé initialement, car l'information n'était que peu transmise au niveau des structures de santé, et insuffisamment centralisée et analysée, malgré l'implication de l'ONS (au début du moins). Toutefois, il semble que les communautés se soient appropriées l'instrument pour s'auto-informer à partir de leurs propres registres de surveillance. Une réflexion est menée pour améliorer ce point lors de la seconde phase du projet.

## **2.5 Une réponse institutionnelle en matière de nutrition : la Politique Nationale de Développement de la Nutrition**

La Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN) fait suite au PNAN (Plan National d'Action en Nutrition) qui avait été établi en 1995, conformément aux recommandations de la Conférence Internationale sur la Nutrition de Rome en 1992 ; ce plan, révisé en 2000, n'a en fait jamais été réellement appliqué. Suite à ce constat et tenant compte des nouvelles orientations issues des exercices du CSLP, le gouvernement a décidé dès 2003 de se doter d'une Politique Nationale de Développement de la Nutrition. C'est toutefois récemment que le processus s'est accéléré : atelier de validation du projet en août 2004, adoption en conseil des ministres le 15 décembre 2005, réunion d'un comité interministériel chargé de l'opérationnalisation en mars 2006, atelier de consolidation des plans d'action en mai 2006, rapport final concernant l'opérationnalisation remis le 10 juin 2006 (rapport qui doit être soumis pour approbation au comité interministériel dans les meilleurs délais).

*« La PNDN traduit un engagement de l'État de la Mauritanie à s'attaquer directement et indirectement aux causes multi - factorielles de la malnutrition, aux mauvaises habitudes et comportements néfastes, aux manques de données sur l'état nutritionnel pertinentes et fiables et à la sécurité des aliments par l'implication de tous les secteurs de développement. (...) Il s'agit pour l'État de la Mauritanie de faire du statut nutritionnel des groupes vulnérables un objectif de planification et un indicateur du développement socio-économique »<sup>23</sup>.*

La coordination de la mise en œuvre de la PNDN est confiée au MAED mais fait intervenir de nombreuses structures. La PNDN se décline en effets en 4 axes stratégiques d'intervention sectoriels, appuyés par 5 axes transversaux.

Les axes stratégiques sont les suivants :

- Nutrition et sécurité alimentaire, relevant du MDRE ;
- Nutrition et système de santé, relevant du MSAS ;
- Nutrition communautaire et de la petite enfance, relevant du SECF ;
- Nutrition en milieu scolaire, relevant du MEFS.

Les axes transversaux sont :

- Information-Education-Communication en matière de nutrition et alimentation (Ministère de la Communication)
- Système d'information (CSA)
- Promotion de la Recherche Appliquée et la Formation en Nutrition (MESRS<sup>24</sup>)
- Contrôle de qualité des aliments (MSAS/INRSP)
- Partenariat avec la société civile (Commissariat aux Droits de l'Homme)

Un Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN), placé sous la tutelle directe du Premier Ministre, est chargé de la planification et de la coordination de la mise en œuvre de la PNDN. Les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) sont représentés dans ce Conseil National. Des Commissions Régionales pour le Développement de la Nutrition (CRDN) seront créées au sein des Comités Régionaux de Développement (CDR). Au sein du MAED, le Directeur du Développement Social est Coordinateur National et responsable du suivi de la mise en œuvre. Il préside un « Groupe Technique National de Coordination (GTNC) ».

Chaque ministère est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de son programme d'action en rapport avec son mandat et ses responsabilités et en fonction des besoins des

<sup>23</sup> Préambule du plan d'opérationnalisation, juin 2006.

<sup>24</sup> MESRS : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

populations cibles. Pour chacun des axes sectoriels, comme des axes transversaux, le plan d'opérationnalisation se décline en objectifs, stratégies et activités. Certaines de ces activités sont déjà financées, d'autre en recherche d'un financement. Le budget global atteint les 4,7 milliards UM, mais à l'heure actuelle, seuls 1,2 milliard UM sont acquis, pour diverses activités, principalement au sein de l'axe 2 « Nutrition et système de santé ». Il est à noter en effet que pour cet axe le financement acquis représente une partie importante du budget (990 millions sur un total de 1,26 milliard), tandis que pour les axes 1 (nutrition et sécurité alimentaire) ou 4 (Nutrition en milieu solaire) aucun financement n'est acquis sur des budgets respectifs de 850 et 350 millions. Pour l'ensemble des activités non financées, divers bailleurs seront sollicités, mais il est envisageable qu'une partie non négligeable du budget vienne d'une participation de l'État qui a été annoncée comme pouvant atteindre 40% du montant total des engagements financiers.

Le suivi de la mise en œuvre de la PNDN sera centralisé au niveau du MAED à partir des rapports semestriels des départements sectoriels. Il est prévu que la structure de coordination nationale diffuse à l'ensemble des acteurs et des partenaires un bulletin d'information périodique sur la situation nutritionnelle et sur les activités mises en œuvre.

On ne peut que conclure, à la lecture de ce qui précède, que la Mauritanie s'engage ici dans une politique ambitieuse. Une condition majeure de sa réussite sera sans nul doute la coordination de sa mise en œuvre, car dépendante de la bonne volonté et de l'engagement de tous les départements ministériels et partenaires concernés, ainsi que de l'obtention des financements. Mais pour beaucoup d'acteurs la PNDN est vue de toute façon comme un progrès par rapport à la situation actuelle où chaque structure agit à sa guise, sans concertation réelle. Elle présente par ailleurs le grand intérêt de reconnaître sans ambiguïté la dimension intersectorielle des problèmes de nutrition. Enfin, elle marque un engagement politique fort de l'État en faveur de la nutrition.

### **III. PRINCIPAUX CONSTATS**

Les constats suivants peuvent être dressés à la suite de ce qui a été mentionné précédemment.

#### *Une juxtaposition de systèmes d'information sectoriels en matière de sécurité alimentaire et de nutrition*

Diverses sources d'informations contradictoires qualifient la situation alimentaire et nutritionnelle de la Mauritanie ce qui discrédite à la fois le pays et la coordination de tous les partenaires qui contribuent à l'information sécurité alimentaire. Sur la base du recensement des diverses sources d'information, le corpus de données nécessaires à un diagnostic acceptable sur la sécurité alimentaire semblerait être collecté au stade primaire. Le nécessaire regroupement en analyse transversale à partir de ces données primaires sectorielles est généralement absent du contexte mauritanien sauf pour l'OSA qui utilise différentes sources d'informations regroupées au sein même du CSA, qui par là même, joue une fonction de centrale d'information.

La disparition du Groupe de Travail Disciplinaire (GTP), instaurée dans tous les pays du CILSS, avait le mérite de regrouper les représentants des services techniques des différents ministères rattachés à la sécurité alimentaire (Santé, Agriculture, Elevage, ...) pendant la campagne et de partager les informations en vue d'établir des diagnostics par région. Les actuels GTS (Groupe de Travail Sectoriel) ne sont pas opérationnels et aucun partage de diagnostic inter institutionnel n'est clairement opéré.

L'OSA joue le rôle d'une centrale d'information sur la sécurité alimentaire qui concentre en interne, tous les besoins d'information dont elle a besoin à savoir : prix sur les marchés, état nutritionnel des populations, diagnostics communaux, cartographie et détermination des seuils de risques, .... Cet excès de « *process* » interne limite la qualité du dispositif pour plusieurs raisons :

- les données des autres systèmes d'information ne sont pas prises en compte ou sont analysées sans pour autant valoriser les données primaires sur lesquelles elles reposent;
- les résultats sont donnés en valeur de référence absolue sans marge d'erreur possible ;
- le résultat final (carte des zones) peut être éventuellement validé par les partenaires extérieurs (coopération, ONG,...) lors de réunions ponctuelles sans que pour autant les résultats ne soient réellement cautionnés.

L'absence de diagnostic réellement partagé justifie et pérennise la juxtaposition de sources diversifiées d'informations autour des mêmes thèmes et appelle aux constats suivants :

- Les diagnostics de situation sont parfois contradictoires en matière d'intensité des risques : la carte OSA de mars 2006 sur les communes à risque (cf. annexe 3) n'a pas eu l'assentiment de tous les opérateurs de terrain au cours de la présente mission. Les résultats de l'enquête AGVA du PAM, avant même d'avoir été publiés, sont déjà sujets à caution (sur la méthodologie, sur des données redressées en décembre 2005, sur la représentativité et la précision des variables au niveau local,...).
- Les différents acteurs ne recherchent pas véritablement à confronter leurs données avec les informations fournies par d'autres dispositifs. Si c'est le cas, les échanges se font lors de réunions ponctuelles qui orientent les débats sur les résultats finaux du moment (par exemple : en pourcentage d'une valeur par zone sur l'année en cours) au lieu de porter les réflexions sur les points de convergence (ou détermination des *proxy* entre bases de données) aux fins d'analyse transversale. Dans des pays où les systèmes statistiques sont peu développés et les chaînes d'information pas toujours fiables, les recueils réguliers sur plusieurs années peuvent fournir des informations très appréciables même si leur collecte est sujette à caution; les analyses des séries historiques sont beaucoup plus instructives que les données brutes du moment.

Le constat sur le manque de rapprochement entre structures est à tempérer avec des opérations de confrontation des méthodologies en cours tel que le rapprochement du PAM avec l'OSA (mise à disposition de l'OSA d'un volontaire des Nations Unies qualifié en enquêtes-ménages). Des cadres de discussions existent telles les réunions du groupe Urgence du PAM plutôt fonctionnel en période de crise, les réunions préparatoires pour la PNDN qui ont rassemblé différents interlocuteurs à une même table (dont celles du Conseil National de Développement de la Nutrition –CNDN- placé sous la tutelle directe du Premier Ministre) et le sous-groupe des partenaires techniques et financiers rassemblé au sein de la Délégation de la Commission Européenne. Il n'en est pas moins sûr que ces réunions soient plutôt tournées autour des actions à prendre que sur le croisement des méthodologies.

- La diversité de méthodologies et critères employés ne facilite pas la prise de décision, tant pour l'État que pour les partenaires : les débats autour des approches (approche zonale *versus* approche ménages) ne clarifient pas le degré de précision ou d'exactitude des résultats publiés ; parmi les documents consultés lors de la mission, aucune information n'a été apportée sur la précision des résultats chiffrés. Ce degré de précision est pourtant un élément-clé et il est lié à de multiples causes telles que la faiblesse du système de collecte des données, de possibles biais de tous genres ; sur un plan statistique, il se détermine sous forme d'écart-types, seuils et intervalles de confiance, tests de cohérence

divers, etc.<sup>25</sup>. A titre d'exemple, un bilan de production céréalière est donné sans aucune valeur estimative (au moins un intervalle de confiance) ; les enquêtes nutritionnelles du PAM ne montrent pas les distributions de scores d'écart-type par région, permettant de mieux comprendre le phénomène de la malnutrition et de juger de la qualité de l'échantillon<sup>26</sup> (les résultats sont présentés en général en pourcentage par classe).

*Une absence d'approche normative dans les réponses aux crises*

Le recueil régulier d'indicateurs consensuels de vulnérabilité alimentaire et de sévérité des situations de nutrition peut permettre une analyse des fluctuations annuelles ou saisonnières et, par là, aider à établir des seuils différenciés pour le déclenchement d'interventions appropriées. Cette démarche normative n'est pas appliquée en Mauritanie, où l'aide alimentaire demeure une intervention habituelle, ne tenant pas compte des particularités des crises, de leurs causes, ni de leur répartition au sein de la population.

*Un continuum non assuré entre réponses d'urgence, actions de réhabilitation et programmes de développement*

Dans un pays dont la production agricole est aléatoire, les ménages sont affectés de façon différenciée par les chocs ou crises récurrentes. La construction d'une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable nécessite des mesures de protection des moyens de production, en période de réhabilitation, et de développement du capital productif, lors des années plus favorables. En Mauritanie, une certaine opposition entre programmes et acteurs d'urgence et de développement ne laisse pas de place pour des actions intermédiaires de sécurisation et de réhabilitation de l'outil de production.

De plus, la Charte de l'aide alimentaire signée à Bissau en 1990 par tous les états-membres du CILSS dont la Mauritanie, justifie l'aide alimentaire comme la réponse ultime à une situation de pénurie majeure de céréales dans une région donnée pouvant affecter toutes les couches de la population (adultes et enfants). Des actions palliatives appelées réponses non alimentaires, doivent être préalablement déployées telles que celles proposées par Few's Net dans son bulletin de mai 2006 publié sur Internet (<http://www.fews.net>) :

1. *Développer des mesures d'accompagnement pour atténuer les effets de la constante hausse des prix.*
2. *Favoriser les échanges transfrontaliers afin de permettre aux populations de renouer avec une de leurs principales bases de la gestion leur insécurité alimentaire.*
3. *Envisager des ventes au détail pour se rapprocher des possibilités d'achat des ménages pauvres.*
4. *Prendre les dispositions utiles pour aider les paysans à accéder aux semences et aux intrants agricoles.*
5. *Améliorer les disponibilités céréalières dans les zones enclavées de l'Adrar et de l'Inchiri.*
6. *Elargir la couverture hydraulique aux zones de pâturages du nord.*

Sans juger de la pertinence de ces recommandations, l'intérêt d'une telle approche est de rechercher des solutions palliatives tout en considérant que la situation est à suivre avec une attention particulière.

*Une prise en charge insuffisante des problèmes nutritionnels par le système de santé...*

Les structures de santé, d'une façon générale et sur la plupart du territoire, ne disposent pas de moyens humains et matériels suffisants pour assurer les missions de prévention de la malnutrition et de traitement des cas aigus. Plus grave, peut-être, il a été rapporté à la mission, et par plusieurs acteurs, que la plupart des agents de santé n'ont aucun intérêt pour les questions de nutrition en dehors, parfois, des cas cliniques. Il a été évoqué, *a contrario*, que

<sup>25</sup> Cette remarque ne concerne pas l'enquête CARITAS à Nouakchott.

<sup>26</sup> Le rapport final AGVA n'a pas été publié et cette remarque peut être erronée; cependant, le PAM dans les autres pays où il publie le même genre d'enquêtes, ne mentionne jamais les distributions de score d'écart-type (z-scores).



du personnel de santé formé en nutrition était disponible à tous les niveaux ou presque, mais sous-utilisé par les différents projets. Toutefois, force est de constater que la plupart des CREN fonctionnels se trouvent à Nouakchott et sont fortement soutenus par des ONGs. En dehors de la capitale, les cas de malnutrition sévère dépistés au niveau des CAC ou CNC ne peuvent le plus souvent pas être référés dans des structures adéquates, qui n'existent tout simplement pas au sein du système de santé.

Les agents de santé ne sont par ailleurs pas ou peu impliqués dans des actions d'éducation et de surveillance nutritionnelle, alors que chaque année des milliers d'enfants sont en contact avec les CAC ou les CNC. D'une façon générale, une approche conjoncturelle de la nutrition domine, vue sous l'angle de la prise en charge, avec un manque de vision à long terme, un faible intérêt pour les actions préventives et une trop faible implication des bénéficiaires, notamment des communautés de base.

Le très faible niveau des ressources humaines spécialisées en nutrition au niveau national fait partie des points cruciaux. Au niveau central, le service de nutrition du MSAS ne comporte qu'une seule personne et manque cruellement des moyens nécessaires à la coordination et à la supervision. Cette pénurie se répercute sur les niveaux intermédiaires où les structures ou personnels de nutrition sont inexistantes. Il y a, de plus, un manque de concertation évident qui fait que les services de nutrition de l'État ne sont souvent pas même informés de l'ouverture des CREN (sans parler des CAC), ni des procédures qui y sont appliquées. Ils se retrouvent totalement dépendants, en termes de simple information et sans même parler d'implication dans les activités, de la bonne volonté des ONGs ou autres acteurs, lesquels, en outre, n'agissent généralement pas non plus en synergie.

Pourtant, la lutte contre les problèmes nutritionnels fait clairement partie du mandat des services de santé qui, en outre, couvrent de façon assez satisfaisante l'ensemble du territoire (près de 80% de la population réside à moins de 10 km d'un poste de santé).

*... malgré un engagement politique et financier pour la nutrition*

La Mauritanie s'est dotée récemment d'une Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN). La volonté de prise en compte de l'aspect multifactoriel des problèmes de nutrition se traduit par une déclinaison en quatre plans d'action sectoriels coordonnés au niveau du MAED et exécutés par les services techniques des ministères (MDRE, MSAS, SECF<sup>27</sup>, MEN<sup>28</sup>) ainsi que 5 axes transversaux. Le défi de cette politique ambitieuse réside dans la collaboration de tous les acteurs et dans la coordination pour sa mise en œuvre, ainsi que dans l'obtention des financements nécessaires. Le manque de concertation est en effet un point qui a été souligné de façon récurrente par la grande majorité des personnes rencontrées. Il y a là un certain paradoxe puisque d'une part des cadres de concertation institutionnels existent à plusieurs niveaux, d'autre part la plupart des acteurs déplorent cette absence de concertation, disent en souffrir et se déclarent prêts à travailler en synergie avec l'ensemble des partenaires. La question peut donc légitimement être posée de savoir si la PNDN, en imposant une structure centrale de coordination au niveau du MAED, parviendra à résoudre, ou du moins améliorer, ce problème de concertation limitée. Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs ont souligné qu'il y avait urgence à ce que soit définie également une politique nationale de sécurité alimentaire (le MDRE y travaille activement) car cette dernière doit impérativement être articulée avec la PNDN.

<sup>27</sup> SECF : Secrétariat d'État à la Condition Féminine

<sup>28</sup> MEN : Ministère de l'Éducation Nationale

#### **IV. RECOMMANDATIONS GENERALES DANS LE CADRE DU MANDAT DE LA MISSION**

Un éventuel appui de la France en matière de surveillance nutritionnelle pourrait se profiler autour des 2 options suivantes en fonction du diagnostic des systèmes d'information et des constats précédemment évoqués :

**Option 1** : la surveillance nutritionnelle est bâtie aux fins de renseigner le dispositif de veille et de réponse aux crises alimentaires (CSA-OSA).

Dans ce cas, la mission recommande de repositionner le MSAS au cœur du dispositif de collecte de l'information nutritionnelle.

Cet appui à la surveillance nutritionnel ne prendra sa force que dans le cadre de la préparation d'un plan des réponses aux situations de déséquilibre sous une forme graduée et alimenté par des variables spécifiques. Ces dernières seront établies en fonction de seuils et normes à déterminer au sein d'un cadre de concertation technique inter-institutionnel à large assise (communes, société civile, Etat, PTF, ONG), assurant ainsi une plus grande cohérence des différents dispositifs.

Il ne s'agit pas là de réaliser le plan des réponses en soi mais d'utiliser les atouts existants actuels qui sont : (i) : le démarrage du programme du PNUD/BPCR (Bureau de Prévention des Catastrophes et des Risques) ; (ii) : tirer les leçons du précédent plan des urgences réalisés par la DCE en 2002 et non appliqué à ce jour.

La limite de cette option touche au fait que la qualité de l'information obtenue n'obère pas de la qualité des réponses apportées : un plan des réponses normatif performant ou un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel ne légitimeront pas pour les décideurs d'autres réponses que les seules aides alimentaires jugées efficaces et concrètes dans les relations entre l'Administration et les administrés. C'est pourquoi, les élus locaux sont des acteurs indispensables dans le processus du plan des réponses.

**Option 2** : la surveillance nutritionnelle est bâtie aux fins de renseigner les indicateurs de suivi des impacts de la nouvelle politique de sécurité alimentaire (MDRE, CSA, en cours d'élaboration) et de la PNDN, dans le cadre d'un système régulier de collecte des données nutritionnelles. Eventuellement, les données de surveillance nutritionnelle pourront alimenter le dispositif de réponses aux crises alimentaires du CSA sans que pour autant la collecte des données ne soit organisée dans cette perspective.

Les avantages d'une telle option portent principalement sur le fait que les données nutritionnelles peuvent servir avant tout à suivre des politiques en long terme à partir d'indicateurs de résultats, c'est-à-dire tardifs dans leur évolution et moins sensibles que les autres types d'indicateurs d'effets couramment utilisés. Les données de surveillance nutritionnelle sont aussi essentielles dans le suivi de la pauvreté et à terme, pourraient être comprises dans les indicateurs de décaissement pour l'appui budgétaire.

En dépit du fait que la stratégie opérationnelle de sécurité alimentaire de la Mauritanie élaborée en 2002 pour le cadre stratégique de sécurité alimentaire du CILSS n'ait jamais été publiée, une politique de sécurité alimentaire permettrait de porter des réponses structurelles aux problèmes récurrents de pauvreté et de faim.

En ce qui concerne la PNDN, le CSA est l'organe désigné en charge des systèmes d'information, ce qui n'est pas contradictoire avec ce qui est proposé dans l'option 2. La coordination des différents systèmes ne veut pas dire que le CSA est en charge de la mise en œuvre des dispositifs sectoriels, la malnutrition étant rattachées avant tout au MSAS (voir les justifications dans le paragraphe suivant).

Pour chaque option, des activités différentes peuvent être envisagées. Cependant, elles devront répondre aux recommandations transversales suivantes :

*Positionner, ou repositionner, les services de santé au sein du processus de recueil de l'information primaire en nutrition.*

Bon nombre d'acteurs rencontrés, partant du constat de chiffres de malnutrition souvent divergents, incomplets, insuffisamment désagrégés par rapport aux aspects opérationnels, avec parfois des indicateurs non standardisés, ont exprimé le souhait que soit réalisée une vaste enquête nationale sur le statut nutritionnel des populations, de façon concertée pour certains, par un opérateur indépendant pour d'autres. Ceci est inscrit dans la PNDN et l'objectif est avant tout d'obtenir une « ligne de base » permettant d'évaluer de façon plus juste la sévérité des évolutions et l'impact des interventions. Si l'on souscrit au fait que l'information est à l'heure actuelle assez parcellaire et qu'une ligne de base serait utile pour la mise en place des activités de surveillance, il ne nous semble pas qu'une telle enquête soit une priorité (ce qui ne veut pas dire qu'elle ne serait pas bienvenue malgré tout). Il semble en revanche plus opérationnel de poser les bases d'un recueil en routine d'information sur l'état nutritionnel des populations dans le cadre d'un système de surveillance, bien que celui-ci soit nécessairement imparfait par nature.

Afin d'obtenir le recueil de l'information primaire en nutrition, il est donc recommandé de replacer le système de santé du MSAS au cœur du dispositif. Plusieurs arguments militent en ce sens : (i) il s'agit de la seule structure de l'état disposant d'un réseau de structures déconcentrées au maillage suffisamment fin pour assurer une couverture désagrégée du territoire ; (ii) les aspects de nutrition et le recueil d'informations afin de renseigner des indicateurs de base fait partie intégrante du mandat du système de santé ; (iii) les services de santé sont parmi les utilisateurs potentiels (et devraient être les utilisateurs premiers) de l'information nutritionnelle, aux fins de planification ou d'intervention directe ; (iv) il existe déjà un système de recueil d'information, qui pourrait être amélioré sans qu'il soit nécessaire de créer une nouvelle architecture ; (v) en qualité d'utilisateur de l'information nutritionnelle et d'intervenant direct, le personnel de santé doit être à même de traiter et analyser succinctement l'information à chaque niveau, tout en la transmettant à l'échelon supérieur, et ce aux fins de pouvoir réagir immédiatement au niveau décentralisé.

Toutefois, au vu du fonctionnement actuel du système de santé en matière de nutrition, il est clair qu'un travail important reste à accomplir, nécessitant un engagement fort du MSAS et de ses partenaires. Plusieurs étapes apparaissent nécessaires : (i) développer les capacités humaines et matérielles en matière de nutrition au niveau central et intermédiaire ; développer notamment les outils de formation et de supervision ; (ii) assurer une formation minimale et un équipement de base au niveau des structures de santé périphérique, à la fois pour le recueil de l'information nutritionnelle et pour la prise en charge des malnutritions aiguës, mais aussi celle des malnutritions chroniques, y compris toutes les activités préventives ; (iii) obtenir la collaboration des différents acteurs au niveau communautaire et entamer un dialogue entre structures de santé et populations ; (iv) impliquer tous les niveaux des structures de santé dans la transmission et l'analyse de l'information nutritionnelle ; obtenir, autant que nécessaire, la collaborations de structures spécialisées telles que l'ONS pour le traitement de l'information.

Par ailleurs, il faut éviter que l'information nutritionnelle ne soit considérée comme la propriété d'une structure, quelle qu'elle soit ; le problème principal ne se situe pas tant au niveau des indicateurs à choisir, ni même au niveau de leur recueil, mais surtout au niveau de l'implication des différentes structures. Une possibilité serait d'envisager de rassembler au niveau des centres de santé des informations en provenance des CAC, CREN, CNC, en plus des activités propres de ces centres en matière de suivi de la croissance ou de traitement des

malnutritions. Cette information, traitée a minima et partagée au niveau local, pourrait ensuite être transmise, par exemple, via une fiche spécifique annexée, une fois par mois, au relevé des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO). Au niveau central, l'information pourrait être reversée au niveau du CSA (OSA) pour intégration et croisement avec des données du SAP.

*Parvenir à un partage, par l'ensemble des acteurs, d'un schéma conceptuel et des diagnostics en matière de situation alimentaire et nutritionnelle.*

La nécessaire collaboration des différents secteurs impliqués dans la surveillance et l'alerte passe par une compréhension commune des mécanismes aboutissant à la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations. Au cours de la mission, deux constats se sont imposés : d'une part, des visions très sectorielles et mono-disciplinaires des phénomènes de malnutrition, qui sont pourtant par essence multifactoriels, tel que cela est d'ailleurs clairement acté au niveau de la PNDN ; d'autre part, en corollaire et comme déjà évoqué, une vision généralement conjoncturelle et à court terme des problèmes de nutrition et des réponses à apporter, alors que les processus aboutissant à la malnutrition trouvent leurs racines dans l'ensemble des conditions de vie des ménages et dans le tissu socio-économique et culturel du pays. Mais il apparaît donc que cette vision globale développée au sein de la PNDN n'est pas partagée par la plupart des acteurs, loin de là. On en veut pour preuve, par exemple, le fait que, lors de la réunion de restitution de la mission, les intervenants du MSAS ont évoqué avant tout la malnutrition « maladie », sous ses formes cliniques les plus visibles (marasme et kwashiorkor), tandis que les intervenants du MRDE ou du CSA faisaient implicitement référence à la sécurité alimentaire des ménages comme facteur essentiel, sinon exclusif, de l'état nutritionnel des populations. Si, au niveau central des structures de l'état, les différents intervenants ne partagent pas un même schéma conceptuel des causes de malnutrition, tel que celui qui fait consensus au niveau international depuis la conférence de Rome (1992), il y a peu de chances qu'aux niveaux inférieurs et décentralisés une vision commune soit obtenue. Or, en Mauritanie, en dehors des quelques nutritionnistes de santé publique rencontrés au cours de la mission (Service de Nutrition du MSAS, coordination du projet Nutricom) ou de divers responsables d'ONGs et PTF, cette vision globale de la malnutrition n'est guère partagée.

Il apparaît donc nécessaire de trouver les moyens appropriés pour que, par des actions d'information et sensibilisation, l'ensemble des acteurs partagent une vision commune et globale des phénomènes de malnutrition, telle qu'évoquée au sein même de la PNDN et justifiant d'ailleurs en grande partie l'articulation de celle-ci. Cette vision commune devrait permettre ensuite qu'aux niveaux des différents cadres et procédures de concertation les intervenants partagent un consensus sur la situation nutritionnelle, son évolution, les causes principales qui y président et les réponses à apporter.

*Orienter les systèmes d'information vers la prise de décision*

Un plan de réponses graduées et différenciées, en fonction des types de situations et de leur gravité, pourrait être préparé et validé en groupe inter institutionnel par les décideurs et les partenaires. Les systèmes d'information de tous types concernant la situation alimentaire et nutritionnelle pourraient prendre en compte ce plan de réponses de façon à fournir les indicateurs retenus pour le déclenchement des actions d'urgence, d'atténuation ou de réhabilitation.

Enfin, pour permettre leur appropriation par les différents services de l'État et les communautés, la mise en œuvre de ces recommandations doit impérativement prendre en considération deux processus en cours en Mauritanie : la Politique Nationale de Développement de la Nutrition et la Politique de Décentralisation.

#### **IV. CONCLUSION**

Toutes les institutions rencontrées au cours de la présente mission se sont dites concernées par l'amélioration de l'information sécurité alimentaire en Mauritanie ; la plupart des personnes interrogées se sont déclarées prêtes dans le cadre de leur mandat, à contribuer à un meilleur partage et fluidité des informations dont elles disposaient. A ce titre, elles pourraient former le noyau dur pour une réflexion en profondeur concernant le partage et la validation des méthodologies et résultats (sans oublier les collectivités locales ou leurs représentants). Sans rechercher la perfection dans l'immédiat, une action salutaire et immédiate consisterait à contacter chaque institution de la liste reproduite en annexe 1 et de déterminer ensemble un protocole de partage et validation des méthodologies dans le cadre d'un groupe de réflexion (au démarrage informel). Cette volonté de changement dans la recherche de transparence en matière de collecte des données sur la sécurité alimentaire aurait le mérite de montrer à tous les partenaires de la Mauritanie mais aussi aux populations locales et à leurs représentants, que les systèmes d'informations nationaux recherchent résolument à s'orienter vers des actions de bonne gouvernance en matière de sécurité alimentaire.

**ANNEXES**

**Annexe 1 : liste des institutions/services et personnes rencontrées**

Institutions/Services	Nom et Prénoms	Adresse
<b>MINISTERE DU DEVELOPPEMENT RURAL ET DE L'ENVIRONNEMENT (MDRE)</b>	<b>S.E.M Gandega Samba Silly</b> , Ministre, Ministre Coordonnateur du CILSS	Email : <a href="mailto:Silly_gandega@yahoo.fr">Silly_gandega@yahoo.fr</a>
	<b>Gilles Peyron</b> , Conseiller	Cel. 610 41 14 Email : <a href="mailto:peyrondt@mauritel.mr">peyrondt@mauritel.mr</a>
	<b>Gandega Yelli</b> , Conseiller	Email : <a href="mailto:yellima@yahoo.fr">yellima@yahoo.fr</a>
	Mme <b>Mariam Mint El Nourid</b> , chef DPCSE	Email : <a href="mailto:khady@cslp.mr">khady@cslp.mr</a>
	<b>Dr FALL Mokhtar</b> Directeur Service Elevage	Tél (+222) 529 08 08/529 32 93 Cel. 633 39 08 Email : <a href="mailto:se.dsa@mauritel.mr">se.dsa@mauritel.mr</a>
	<b>Dr. Lemrabott O. Mekhalla</b> Directeur Adjoint Elevage	Tél/Fax (+222) 529 08 08 Email : <a href="mailto:se.dsa@mauritel.mr">se.dsa@mauritel.mr</a>
	<b>Limam Ould Abdawa</b> , chargé de mission MDRE	
	<b>Cheikh Mbodj</b> , Chef service Agro-météorologie	
	<b>Hassan Ould Hassan</b> , Président des éleveurs de la Mauritanie	
	<b>Ahmed Zeidane</b> , Conseiller MDRE	Email : <a href="mailto:ahzeidane@yahoo.fr">ahzeidane@yahoo.fr</a>
	<b>Mohamed Ould Nemine</b> , Directeur de l'Agriculture	<a href="mailto:mohamednemine@yahoo.fr">mohamednemine@yahoo.fr</a>
<b>MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES (MSAS)</b>	<b>S.E.M Sandna Ould Baheida</b> , Ministre MSAS	MSAS
	<b>Dr. Abderrahmane O. JIDDOU</b> , Directeur de la Lutte contre les Maladies (DLM/MSAS)	Email : <a href="mailto:ajiddou@toptechnology.mr">ajiddou@toptechnology.mr</a>
	<b>Dr Kane Moustapha Mohamed</b> Directeur de la Nutrition	Cel (+222) 632 14 12 Email 1 : <a href="mailto:mmkane@toptechnology.mr">mmkane@toptechnology.mr</a> Email 2 : <a href="mailto:mmkane@mauritel.mr">mmkane@mauritel.mr</a>
<b>SECRETARIAT D'ETAT A LA CONDITION FEMININE (SECF)</b>	<b>Mme Mounina Mint Abdellah</b> , Secrétaire d'Etat	Email : <a href="mailto:mounina11@yahoo.fr">mounina11@yahoo.fr</a>
	<b>Sidi O Sidi Bouna</b> , conseiller	Email : <a href="mailto:sidibounasidi@yahoo.fr">sidibounasidi@yahoo.fr</a>
	<b>Dr Sall Alioune</b> Directeur Nutricom	Tél (+222) 529 24 32/646 42 50 Email : <a href="mailto:sallalioumamadou@yahoo.fr">sallalioumamadou@yahoo.fr</a>
<b>COMMISSARIAT A LA SECURITE ALIMENTAIRE (CSA)</b>	<b>M Sidaty Ould Tar</b> Commissaire Adjoint CSA	
	<b>Mohameden O Zein</b> , Directeur de l'Observatoire de la Sécurité Alimentaire (OSA)	Cel. (+222) 630 30 01 Email : <a href="mailto:zein@csa.mr">zein@csa.mr</a>
	<b>Babah O</b> , Conseiller technique CSA	
	<b>Cheikh Sid Taher O BOUDBOUD</b> Coordinateur Cellule chargé de la Nutrition	Tél (+222) 529 53 68/641 16 03 Email : <a href="mailto:sidtaher@csa.mr">sidtaher@csa.mr</a>
	<b>Mohamed Lemin</b> Chef Système d'Alerte Précoce (SAP)	Tél (+222) 529 53 68 Email : <a href="mailto:osa@csa.mr">osa@csa.mr</a>
	<b>Pape Moussa NDOYE</b> , expert VAM/PAM mis à la disposition de l'OSA.	
<b>MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET DEVELOPPEMENT (MAED)</b>	<b>Cheikh Ould Sidi</b>	Cel. (+222) 630 40 78

Institutions/Services	Nom et Prénoms	Adresse
<b>SERVICE DE COOPERATION ET D'ACTION CULTURELLE/ AMBASSADE DE FRANCE</b>	<b>M . Colin de Verdière</b> , chef de service SCAC	Tél.(222) 529 96 01 Email : <a href="mailto:scac.nouakchott-amba@diplomatie.fr">scac.nouakchott-amba@diplomatie.fr</a>
	<b>Mme Marie Suzanne Bourgeade</b> , conseillère culturel	
<b>AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT (AFD)</b>	<b>M.Gilles Chausse</b> , Directeur	Tél (+ 222)525 7791 Email <a href="mailto:afd@mauritel.mr">afd@mauritel.mr</a>
<b>COOPERATION FRANÇAISE</b>	<b>Christophe REILHAC</b> , Conseiller technique du Directeur du Budget et des Comptes Ministère des Finances Projet PAFIEM	Tél (+222) 679 18 84
	<b>François Kieffer</b> , conseiller technique, Délégation régionale à la promotion sanitaire et sociale	Tel : (+222) 529 32 55 Cel. 631 54 33 Email : <a href="mailto:f.kieffer@mauritel.mr">f.kieffer@mauritel.mr</a>
<b>DELEGATION DE LA COMMISSION EUROPEENNE</b>	<b>Wolfgang SCHLAEGER</b> Deuxième Secrétaire, Développement rural et Sécurité alimentaire	Tél. (+222) 525 27 24 Email : <a href="mailto:wolfgang.schlaeger@cec.eu.int">wolfgang.schlaeger@cec.eu.int</a>
	<b>Anne Simon</b> , chargée de programme	Tél (+222) Email : <a href="mailto:Anne.simon@cec.eu.int">Anne.simon@cec.eu.int</a>
	<b>Mme Amparo LAISECA GARCIA</b> Expert Médical ECHO, Bureau Régional Afrique de l'Ouest – Dakar/Sénégal	tél (+221) 869 80 03 Cel. 644 75 94 Email : <a href="mailto:amparo.laiseca@echoce.org">amparo.laiseca@echoce.org</a>
<b>COOPERATION ESPAGNOLE</b>	<b>David Casanova</b>	
<b>UNICEF</b>	<b>Dr Youssouf Koïta</b> Nutrion Project Officer	Tél (+222) 641 20 82/525 63 60/525 13 46 Emali : <a href="mailto:ykoita@unicef.org">ykoita@unicef.org</a>
<b>OMS</b>	<b>Dr Kane Amadou</b>	
	<b>Lemlih O. Baba</b> , chargé des programmes d'urgences	
<b>FAO</b>	<b>Ahmeda O. Med Hamed</b> , Chargé de programme	Tél (+222) 649 16 02 Email : <a href="mailto:mohamedahmed.Ahmeda@fao.org">mohamedahmed.Ahmeda@fao.org</a>
<b>PNUD</b>	<b>Maouloud Ndiaye</b> , chargé des programmes	Tel. (+222) 525 24 09 Email : <a href="mailto:maouloud.ndiaye@undp.org">maouloud.ndiaye@undp.org</a>
<b>BANQUE MONDIALE</b>	<b>Amadou Oumar</b> BA Spécialiste Principal des Services Agricoles	Tél (+222) 525 70 30 Email : <a href="mailto:aba@worldbank.org">aba@worldbank.org</a>
<b>PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL (PAM)</b>	<b>Mme Nicole Jacquet</b> , Directrice Adjointe	Tél. (+222) 525 27 93/525 36 49 poste 4100 Email <a href="mailto:nicole.jacquet@wfp.org">nicole.jacquet@wfp.org</a>
	<b>Jean Martin BAUER</b> chargé de programme	Cel. 658 70 02 Email : <a href="mailto:jean-martin.bauer@wfp.org">jean-martin.bauer@wfp.org</a>
	<b>Abdoulaye Sarr</b> Chargé de programme	Email : <a href="mailto:abdoulaye.sarr@wfp.org">abdoulaye.sarr@wfp.org</a>
<b>Projet FEWS NET USAID</b>	<b>Sy Hamady Samba</b> Représentant Mauritanie	Tél (+222) 525 39 18 Email : <a href="mailto:hsy@fewsn.net">hsy@fewsn.net</a>
	<b>Ouatara NFA</b> Assistant	
<b>ONG WORLD VISION</b>	<b>Denis Brown</b> Commodities Manager	Tél. (+222) 525 69 88/525 30 55 Cel. 662 03 86 Email : <a href="mailto:denis_brown@wvi.org">denis_brown@wvi.org</a>
<b>COMMUNAUTE DOULOS</b>	<b>Mme Karen Boyle</b> , Directrice projet SMI	Tél (+222) 640 45 31 Email : <a href="mailto:karenboyle@cs.com">karenboyle@cs.com</a>



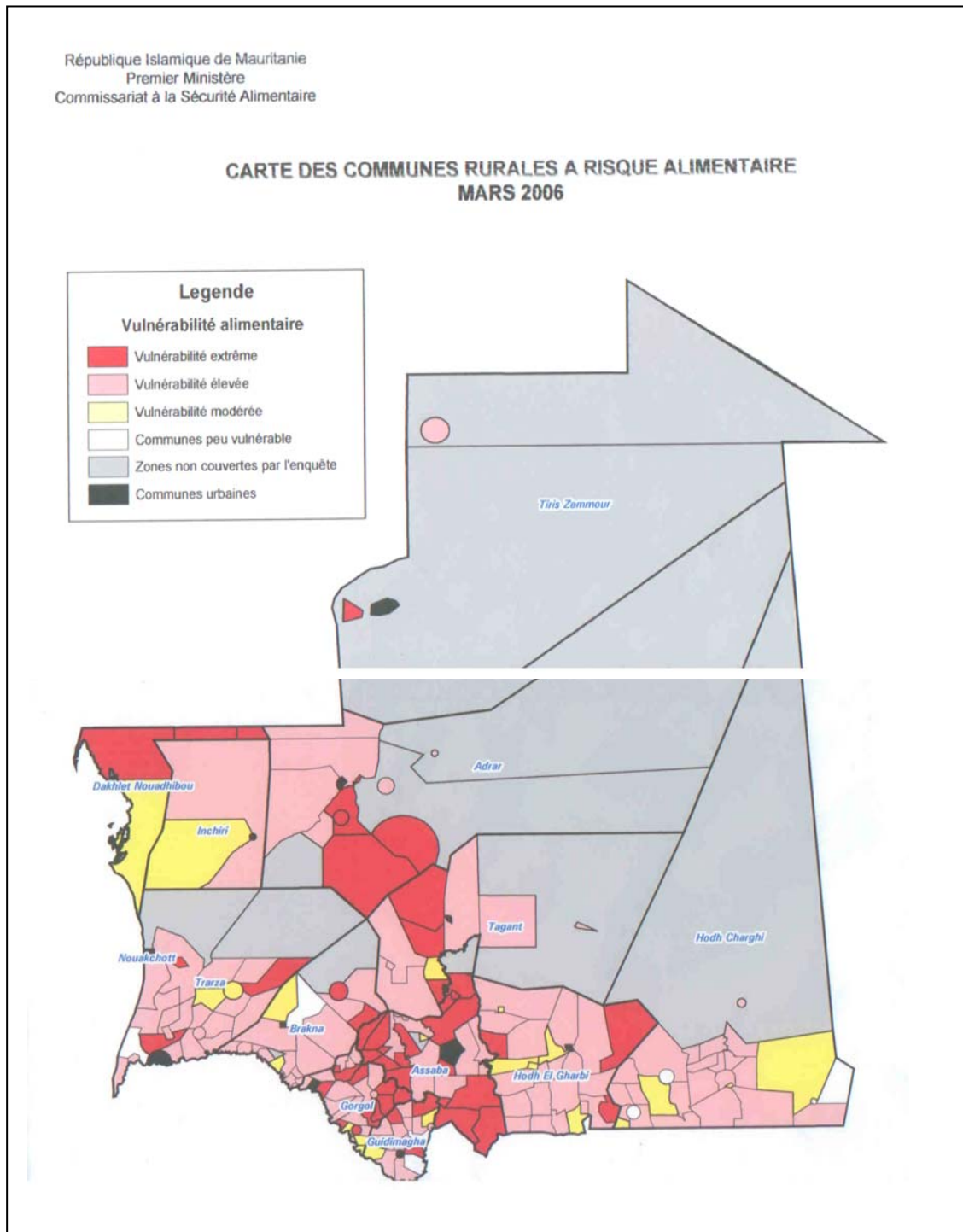
Institutions/Services	Nom et Prénoms	Adresse
<b>ONG AU SECOURS</b> (Association Humanitaire pour l'Environnement)	<b>Baba Fall Ould Yedaly</b> Directeur Exécutif	Tél. (+222) 647 40 05/633 21 12 Email : <a href="mailto:ausecours.2006@yahoo.fr">ausecours.2006@yahoo.fr</a>
	<b>Mme Fatou Kane Sow</b> Assistante	Tél. (+222) 525 02 79 Cel. 640 72 39
	<b>Amadou Kalidou SY</b> Administrateur	Cel. (+222) 603 37 76
<b>ONG CROIX-ROUGE FRANÇAISE</b>	<b>Mohamed BARO</b> Délégué de la Mission	Tél (+222) 529 74 93/644 83 61 Email : <a href="mailto:crf@mauritel.mr">crf@mauritel.mr</a>
<b>ONG FEDERATION LUTHERIENNE MONDIALE</b>	<b>Dr. Colette Bouka Coula</b> Représentante	Tél (+222) 525 29 90/525 18 68 Email : <a href="mailto:coletteb@lwfrim.org">coletteb@lwfrim.org</a>
	<b>Ahmed Salem O. Khtour</b> Coordinateur des urgences	Tél. (+222) 644 50 29 Email : <a href="mailto:khtour@lwfrim.org">khtour@lwfrim.org</a>
<b>ONG A.C.O.R.D</b> (Association de Coopération pour la recherche et le développement)	<b>Mohamed Lemine Ould El Houssein</b> Coordinateur de programmes	Tél : (+222) 630 62 55 /652 30 87/525 85 17 Email : <a href="mailto:acord@opt.mr">acord@opt.mr</a>
<b>GRDR</b>	<b>Arezki Harkouk</b>	<a href="mailto:grdr@mauritel.mr">grdr@mauritel.mr</a>
<b>ONG SAPAS</b>	<b>M. Diagaly</b>	Tél (+222) 643 35 27 Email : <a href="mailto:ongsapas@yahoo.fr">ongsapas@yahoo.fr</a>
<b>ONG CARITAS</b>	<b>François Sorba</b> , Directeur général	Tél (+222) 649 76 19 Email : <a href="mailto:cpr@caritas.mr">cpr@caritas.mr</a>
	<b>Sidy Mohamed</b> , Coordinateur projet ruraux	Tél (+222) 649 76 19 Email : <a href="mailto:cpr@caritas.mr">cpr@caritas.mr</a>
<b>ONG ACTION</b>	<b>Yacouba Diagana</b>	

**Annexe 2 : liste des acronymes**

AGVA	Analyse Globale de la Vulnérabilité Alimentaire
BPCR	Bureau de Prévention des Catastrophes et des Risques
CAC	Centre d’Alimentation Communautaire
CAMEC	Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels
CDHLCPI	Commissariat aux Droits de l’Homme à la Lutte Contre la Pauvreté et à l’Insertion
CRD	Comité Régional de Développement
CILSS	Comité permanent Inter-états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
CNC	Centre de Nutrition Communautaire
CNDN	Conseil National de Développement de la Nutrition
CREN	Centre de Récupération et d’Education Nutritionnelle
CSA	Commissariat à la Sécurité Alimentaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DCE	Délégation de la Commission Européenne
DHC	Diagnostic Hydrique des Cultures
DRASS	Direction Régionale de l’Action Sanitaire et Sociale
EDSM	Enquête de Démographie et de Santé en Mauritanie
EMEA	Enquête Ménages sur les Exploitations Agricoles
EMIP	Enquête sur la Mortalité infantile et le Paludisme
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPCV	Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie des Ménages
ESIN	Enquête Suivi des Indicateurs de Nutrition
FAO	Food and Agriculture Organisation
GTNC	Groupe Technique National de Coordination
GTP	Groupe de Travail Pluri disciplinaire
GTS	Groupe de Travail Sectoriel
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IDH	Indice de développement Humain
IPC	Indice des Prix à la Consommation
IRD	Institut de recherche pour le Développement
MAED	Ministère des Affaires Economiques et du Développement
MDRE	Ministère du Développement Rural et de l’Environnement
MEFS	Ministère de l’Enseignement Fondamental et Secondaire
MESRS	Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
MSAS/DLM	Ministère de Santé et des Affaires Sociales/Direction de la Lutte contre les Maladies
NUTRICOM	Projet de Nutrition Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office Nationale de la Statistique
OSA	Observatoire de Sécurité Alimentaire
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASS	Plan d’Appui aux Activités de Santé
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Pays Moins Avancés
PNAN	Plan National d’Action sur la Nutrition
PNDN	Plan National de Développement de la Nutrition
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires techniques et Financiers
SAP	Système d’Alerte Précoce

SCAC	Service de Coopération et Action Culturelle
SECF	Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine
SIM	Système d'Information sur les Marchés
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
UBT	Unité de Bétail Tropical
UM	Ouguiya
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development

**Annexe 3 : carte des zones à risque en mars 2006, CSA/OSA, mai 2006**



#### **Annexe 4 : Synergie avec d'autres actions comme celle de la Banque Mondiale ?**

**WASHINGTON, le 1<sup>er</sup> juin 2006** – Le Conseil des Administrateurs de la Banque mondiale a approuvé aujourd'hui l'octroi d'un crédit de l'Association internationale de développement (IDA) d'un montant équivalent à 10 millions de dollars à l'effet d'aider le Gouvernement mauritanien dans la mise en œuvre du volet développement des ressources humaines de sa stratégie de réduction de la pauvreté.

L'objectif général du Projet d'appui à la santé et à la nutrition consiste à renforcer le système sanitaire et la capacité de ce dernier à améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des populations, notamment les femmes, les enfants et les pauvres.

Le projet contribuera à développer les ressources humaines dans le secteur de la santé par le soutien à la formation et le renforcement de la gestion des personnels de santé. Il s'intéressera également au financement adéquat du secteur sanitaire et au respect de l'équité dans l'affectation des ressources aux zones pauvres et mal desservies. Il permettra de renforcer les mesures visant à garantir l'accessibilité financière des services de santé et en accroître l'utilisation par les couches les plus pauvres et vulnérables. Enfin, il contribuera à élargir l'accès aux services de santé de qualité et à moindre coût dans les zones mal desservies, promouvoir et développer des systèmes de communication à assise communautaire afin d'améliorer l'état nutritionnel.

« *Le Projet d'appui à la santé et à la nutrition soutiendra la mise en œuvre de la Politique nationale d'action sanitaire et sociale 2005-2015 (NHSAP) et la Politique nationale de développement de la nutrition (NNDP). L'assistance de la Banque à la Mauritanie est donc essentielle pour promouvoir le progrès dans les domaines de la santé et de la nutrition et poursuivre les efforts visant à offrir des services équitables aux populations mal desservies* », a déclaré **Astrid Helgeland-Lawson, le chef d'équipe du projet de la Banque mondiale.**

« *Nous maintiendrons l'accent sur la prévention, notamment les changements de comportement, qui permettent d'obtenir des améliorations dans les domaines de la santé et de la nutrition. Le projet va également permettre d'accroître la participation communautaire afin d'amener les prestataires de soins de santé à mieux satisfaire les besoins des populations* », a ajouté **Helgeland-Lawson**