



**REACH**

ENDING CHILD HUNGER AND UNDERNUTRITION

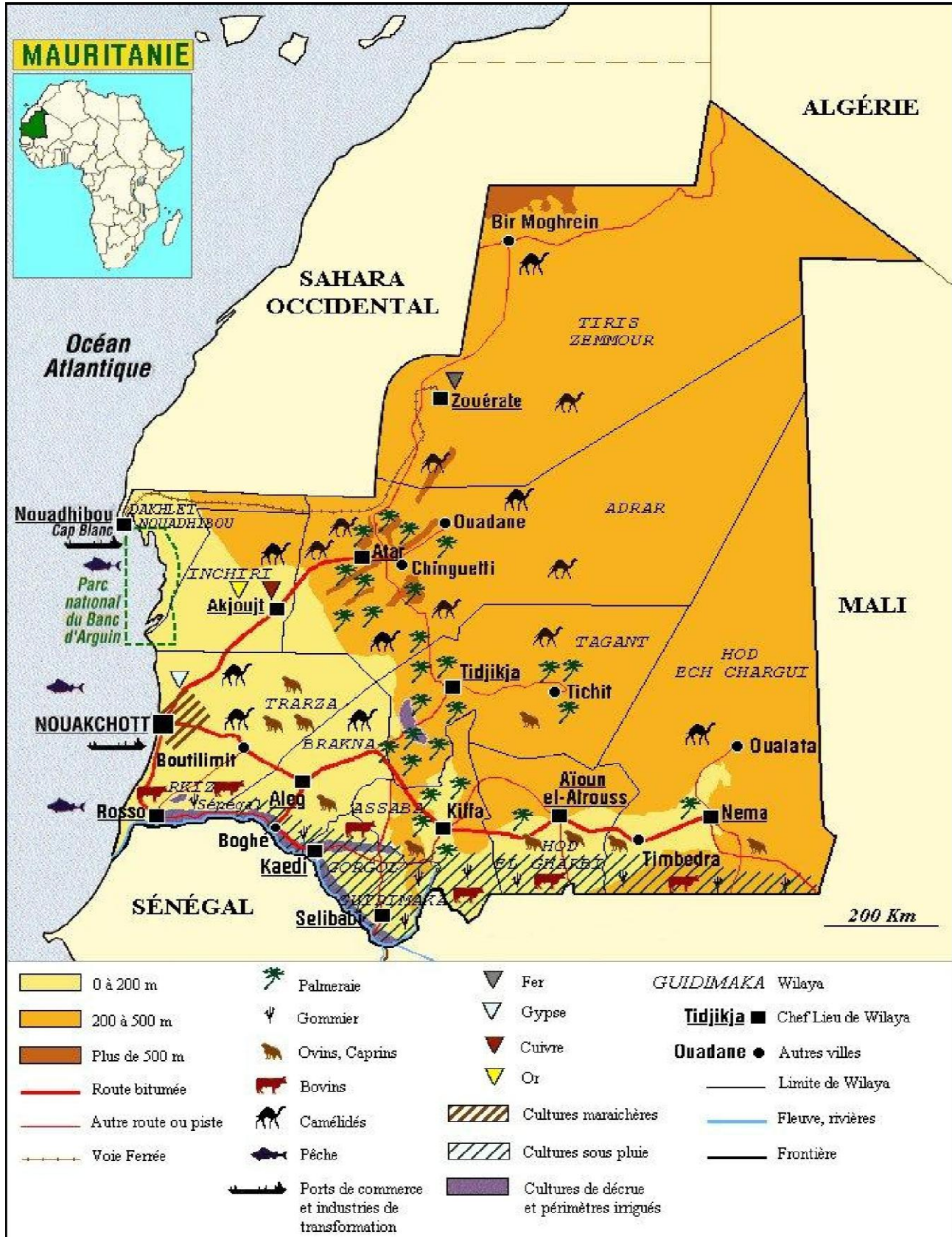
**Draft de TDR : Cas d'Investissement pour la Mauritanie**

-----  
**« Investir dans la Nutrition »**

**Version -0- Avril 2011**



# MAURITANIE



## I. Contexte et Justification :

### Pourquoi investir dans la nutrition?

La réponse est simple: parce que les ressources consacrées à la nutrition constituent un investissement d'une bonne rentabilité, dès aujourd'hui et dans l'avenir. En outre, les résultats découlant de ce type d'investissement répondent aux objectifs fondamentaux de développement, à savoir l'allégement de la pauvreté et la promotion de la croissance économique.

L'amélioration de la nutrition agit directement sur certaines des conséquences les plus graves de l'état de pauvreté. Elle a un effet positif et concret sur le bien-être des populations, même lorsque les revenus restent bas, et elle offre la promesse d'un accroissement des revenus dans l'avenir puisqu'elle augmente la productivité. L'investissement dans la nutrition peut, en effet, aider les travailleurs à produire davantage et les enfants à apprendre plus à l'école. Un tel investissement dans le patrimoine humain est le fondement le plus solide du développement économique et social.

La malnutrition est avant tout provoquée par une insuffisance d'énergie d'origine alimentaire (calories) et de protéines, souvent associée à une forme ou une autre d'infection, et par un manque de micronutriments (iode, fer et vitamine A, surtout). Les effets, trop bien connus, sont un mauvais état de santé, l'arrêt de la croissance, la cécité, la débilité mentale et la probabilité d'un décès précoce. Les sujets les plus exposés à ces conséquences sont les enfants de moins de trois ans - en période de croissance critique - et les femmes enceintes et allaitantes, qui ont des besoins nutritionnels particuliers. Dans les pays pauvres, un tiers des décès infantiles enregistrés chaque année est dû en partie à la malnutrition; par ailleurs, une forte majorité des femmes enceintes dans les pays en développement souffrent d'anémie causée par des carences en fer et courent ainsi des risques plus élevés de décès à l'occasion des accouchements.

### Ce que peut faire l'investissement dans la nutrition.

Les investissements dans la nutrition destinés aux groupes vulnérables peuvent atténuer et, parfois, éliminer les effets débilissants et potentiellement mortels de la malnutrition. Simultanément, ces investissements peuvent commencer à remédier aux causes profondes de la pauvreté et de la malnutrition en permettant aux populations pauvres et mal nourries d'être plus productives et de bénéficier davantage de l'éducation - des aspects importants pour la croissance économique.

□ Productivité. Les enfants chroniquement mal nourris deviennent des adultes de petite taille, aux capacités physiques réduites, ce qui nuit évidemment à la productivité dans de nombreux métiers. Les avantages d'une nutrition correcte chez les adultes sont très nets: un plus grand nombre de jours de travail productif, moins de jours perdus pour cause de maladie, et une vie active plus longue. Les avantages qui en résultent se manifestent par des gains plus élevés et une plus longue participation à la vie active.

□ Santé. (à compléter)

□ Education. La malnutrition dans la petite enfance peut retarder ou perturber irrémédiablement le développement mental d'un enfant et diminuer sa capacité d'apprendre. L'investissement dans la nutrition au stade de la petite enfance a pour avantage, confirmé par des études, de prévenir de tels effets tout en améliorant la croissance et l'état de santé, et de contribuer à la qualité des résultats à l'école et, ultérieurement, dans la vie active. En revanche, la malnutrition et les maladies qui l'accompagnent nuisent, chez les enfants d'âge scolaire, à la capacité d'apprendre et même de fréquenter l'école. L'amélioration de la nutrition des enfants d'âge scolaire permet à un plus grand nombre d'entre eux d'être scolarisés pendant une plus longue période et avec de meilleurs résultats.

Justification d'une action directe.

Bien que, généralement, la nutrition s'améliore dans la plupart des pays avec la croissance économique, surtout dans les pays enregistrant les niveaux de revenus les plus faibles, cette voie est le plus souvent trop lente. Dans les hypothèses de croissance les plus optimistes, l'amélioration de la nutrition exige généralement plus que le temps d'une génération, alors que le moindre temps perdu dans ce domaine entraîne des conséquences onéreuses.

D'autre part, l'augmentation du revenu des familles pauvres, si nécessaire qu'elle puisse être pour améliorer durablement la nutrition, ne provoque pas automatiquement une meilleure nutrition, en particulier parmi les groupes de population les plus exposés aux risques. L'avantage du surcroît de revenu peut être anéanti par de mauvaises habitudes en matière d'alimentation et de soins, et par des problèmes résultant de maladies infectieuses, souvent causés par un manque d'hygiène environnementale ou par l'absence de services de santé appropriés.

De même, pour importante qu'elle soit, la hausse du niveau de la production alimentaire destinée à la consommation intérieure ne garantit pas non plus une nutrition adéquate. L'augmentation de l'offre totale de produits alimentaires ou l'ajustement des prix des produits alimentaires n'améliorent pas nécessairement, pour les individus menacés de malnutrition, la capacité de se procurer des produits alimentaires. Pour atteindre les familles souffrant d'un déficit alimentaire, il faut que les mécanismes de commercialisation et de distribution des produits alimentaires soient efficaces, ce qui n'est souvent pas le cas. En outre, les effets des variations des prix alimentaires sur les populations mal nourries sont incertains. Les ménages qui sont consommateurs nets de produits alimentaires peuvent bénéficier de la baisse des prix de ces produits mais ceux qui sont producteurs nets de produits alimentaires risquent d'en souffrir. D'autre part, même si les groupes à risque reçoivent des suppléments alimentaires, les causes comportementales et sanitaires de la malnutrition peuvent anéantir les effets bénéfiques espérés.

En bref, attendre que la croissance économique améliore la nutrition n'est pas une attitude satisfaisante et chercher à améliorer la nutrition en augmentant les revenus ou l'offre générale de produits alimentaires est une démarche insuffisante et qui prend trop de temps. Il faut y ajouter une action directe et immédiate pour remédier aux problèmes de la malnutrition.

Le développement durable auquel nous aspirons tous pour la Mauritanie s'appuie inévitablement sur la qualité des ressources humaines, à la fois les bras mais aussi la matière grise d'un développement rapide et durable. Les principaux problèmes nutritionnels en Mauritanie ont trait aux retards de croissance, au déficit pondéral, à la pratique inadéquate de l'allaitement maternel, et aux carences en vitamine A, iode et fer.

Habitudes alimentaires inappropriées, soins inadéquats, insalubrité, problèmes d'accès aux services de santé, insécurité alimentaire, telles sont les causes sous-jacentes de la malnutrition. Tout cela réduit considérablement la chance de survie et la potentialité de la mère et de l'enfant, ainsi que de l'écolier et de l'adulte travailleur.

## **Revoir le problème**

Le moment est venu pour la communauté internationale de reconsidérer le prix qu'elle attache à la nutrition. Le choix est désormais clair entre continuer à ne pas agir, comme l'a fait la communauté internationale plus d'une décennie durant dans le cas du VIH/SIDA, ou placer enfin la nutrition au cœur du développement, pour pouvoir ainsi réaliser tout un ensemble de progrès d'ordre économique et social qui en dépendent.

La communauté internationale a jusqu'ici considéré le problème de la nutrition purement sous l'angle de la consommation alimentaire ou de l'aspect social. L'argument qu'on doit avancer, c'est que la nutrition est un problème d'investissement. C'est une chose qui peut alimenter la croissance économique au lieu d'en découler, car les enfants bien nourris se sont avérés avoir un potentiel de revenu bien supérieur en tant qu'adultes.

La malnutrition coûte aux pays pauvres jusqu'à 3 % de leur PIB annuel. Comme les taux de croissance annuelle de beaucoup de pays en développement sont de 2 à 3 %, cela veut dire qu'une amélioration de la nutrition pourrait éventuellement multiplier ces taux par deux.

Il convient de fournir aux pays en développement un important volume de financements par les circuits existants, afin de passer à l'échelle supérieure dans les mesures de lutte contre la malnutrition. Les budgets nationaux doivent commencer à prévoir un espace budgétaire adéquat au développement de la Nutrition.

### **I. Profil de vulnérabilité économique et sociale de la Mauritanie**

En 2010 la population résidente de la Mauritanie est estimée à 3 340 627 (pour atteindre 3 814 144 en 2015) individus inégalement répartis sur un territoire de 1.030.700 km<sup>2</sup> partagé entre un espace désertique saharien couvrant les trois quarts du pays et une zone sahélienne couvrant le dernier quart. Le nombre de mauritaniens sera multiplié par deux tous les 23,6 ans, sous l'effet d'un taux d'accroissement annuel moyen estimé à 2,9% depuis 1977. Ce taux de croissance restant aujourd'hui élevé, même s'il est en diminution, pose un défi majeur : celui du déséquilibre entre la croissance économique et la croissance de la population.

Près de 46,7 %) de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La mise en œuvre du Cslp2 (2006-2011) a permis de réduire le niveau de pauvreté en 2008, à 42%, (dont les ruraux constituent 77,7%), une baisse moins importante de l'extrême pauvreté entre 2004 (28.8%) et 2008 (25.9%) et des inégalités au sein des pauvres.

La santé économique du pays reste en conséquence, très fragile et implique que l'économie soit relancée pour freiner la dégradation du niveau de vie des populations tout en leur fournissant les biens et les services essentiels.

Outre les changements au niveau des institutions politiques au cours de la décennie écoulée, des réformes en profondeur visant le renforcement du paysage économique et social ont été engagées.

Cependant en dépit des progrès tangibles dans la réalisation des OMD, seuls deux objectifs, l'accès universel à l'enseignement fondamental (objectif 2) et le renversement de la tendance du VIH/SIDA, paludisme et tuberculose (objectif 6) pourront être atteints à l'horizon 2015. Les chances d'atteindre les autres objectifs restent très faibles, en l'absence d'un financement supplémentaire substantiel des OMD.

Tout ceci souligne l'impératif pour le Mauritanie d'aller vers une croissance forte, afin de renforcer les acquis et offrir d'autres opportunités aux populations pour satisfaire leurs droits humains les plus élémentaires (accéder à l'eau potable, aux soins de santé et à l'éducation de base; avoir l'opportunité de travailler et manger à sa faim).

## II. OMD 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la Faim

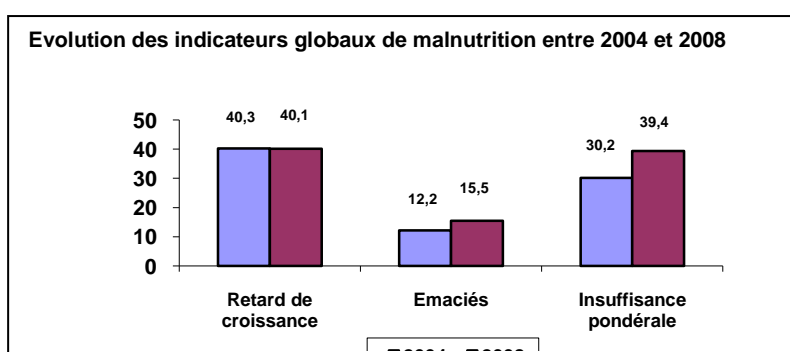
### 1. Le diagnostic

#### a) Les évolutions :

L'indicateur retenu pour appréhender la population qui souffre de la faim est la proportion des enfants de moins de cinq ans présentant un déficit pondéral, qui a des liens étroits avec la malnutrition.

Selon l'EPCV 2008, 39,4% des enfants de moins de cinq ans présentaient un déficit pondéral, soit 7,2 points de pourcentage de plus qu'en 2004 (30,2%). Toutefois, l'enquête MICS de 2007 avait établi de 29,8%, soit une légère régression par rapport au niveau de 2004 .

Plus globalement, l'EPCV 2008 montrait que, par comparaison à 2004, le taux d'enfants ayant un retard de croissance (malnutrition chronique) n'a que légèrement



diminué, passant de 40,3% à 40,1%, alors que la malnutrition aiguë (émaciation), tout comme l'insuffisance pondérale, a augmenté, évoluant de 12,2% à 15,5%.

L'EPCV 2008 indiquait également que la proportion des ménages ayant souvent ou toujours des difficultés pour satisfaire leurs besoins en nourriture était de 32,7% (dont 10,2% pour toujours) contre 38,6% en 2004 (dont 6,7% pour toujours), soit une augmentation de 3,5 points de pourcentage des ménages les plus démunis, chez lesquels les difficultés de satisfaction des besoins alimentaires sont chroniques.

Si l'on considère que l'indicateur le plus pertinent de la malnutrition est le retard de croissance, on constate que la situation a stagné entre 2004 et 2008. L'insuffisance pondérale, qui est l'indicateur qui est suivi historiquement en Mauritanie, révèle quant à lui une forte dégradation entre 2000 et 2008.

#### **b) Les disparités selon le sexe, le milieu de résidence, les wilayas et le degré de pauvreté**

Selon l'EPCV 2008, les garçons étaient plus touchés par la malnutrition que les filles, quel que soit l'indicateur retenu. Ainsi, l'écart entre les deux sexes est de 3,8 points pour l'insuffisance pondérale, 3,4 points pour l'émaciation et 3 points pour le retard de croissance.

L'analyse selon le milieu de résidence montre que les taux étaient plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain, notamment pour l'insuffisance pondérale et la malnutrition aiguë.

L'insuffisance pondérale avait un taux supérieur à la moyenne nationale dans neuf des treize wilayas du pays et qu'elle sévissait le plus au Tagant, wilaya la plus pauvre du pays en 2008, avec 56,1%, au Guidimaga (51,3%) et au Gorgol (48,9%). Les taux les plus bas étaient observés dans les wilayas de Nouakchott (33,7%), Tiris-Zemmour (32,7%), Trarza (31,0%) et Dakhlet-Nouadhibou (15,6%). ( à mettre à jour selon les données récentes)

Les données (par wilaya et par quintile) montrent qu'il existe un lien entre insuffisance pondérale et pauvreté.

Pour ce qui est de la proportion des ménages ayant souvent ou toujours des difficultés pour satisfaire leurs besoins en nourriture, l'EPCV montre qu'elle avait baissé, entre 2004 et 2008 plus sensiblement, en milieu rural qu'en milieu urbain, passant respectivement de 40% à 33,2% et de 36,2% à 32%. Néanmoins, la proportion de ménages ayant toujours des difficultés pour satisfaire leurs besoins alimentaires a augmenté, entre les deux dates, de près de deux points en milieu rural (passant de 7,2% à 9,1%) et de près de 6 points, soit un rythme trois fois plus fort, en milieu urbain (de 5,8% à 11,7%).

L'analyse par wilaya montre qu'en 2008, huit des treize wilayas du pays avaient une proportion de ménages ayant souvent ou toujours des difficultés de satisfaction des besoins alimentaires supérieure à la moyenne nationale, alors qu'elles n'étaient que cinq en 2004.

## 2- Les perspectives

La cible OMD relative à la réduction de moitié, à l'horizon 2015, de la proportion de la population qui souffre de la faim, est ambitieuse.

Les tendances à l'œuvre en matière d'insuffisance pondérale conduisent à penser que la cible ne sera pas atteinte.

Là encore, le CSLP III peut contribuer à renverser les évolutions. La lutte contre la pauvreté dans le monde rural, à travers une stratégie productive et un développement des infrastructures et des services de base adéquat et un investissement considérable dans la Nutrition avec une mise à l'échelle des interventions et l'encouragement de programmes et de travail conjoints.

### III. Déroulement de la Consultation

#### Objectif global

L'**objectif global** de la consultation est d'évaluer les progrès en matière de Nutrition, leur coût, les gaps à rechercher pour l'atteinte des objectifs, la nécessité et les mécanismes d'investir dans la Nutrition et les défis en la matière.

#### Les objectifs spécifiques sont de :

- analyser les tendances d'évolution et les écarts au niveau de la cible OMD,
- identifier les principales contraintes à l'investissement dans la Nutrition,
- évaluer l'impact de la non prise en compte de la Nutrition,
- analyser les exemples de bonne pratique qui accélèrent l'atteinte de la cible et en étudier les conditions de répliation et de mise à échelle.
- Proposer un cadre d'investissement en matière de Nutrition prenant en compte la nomenclature et les échéances budgétaire de la Mauritanie et basée sur les intervention inscrites dans le Plan d'Action intersectoriel de la Nutrition ( PAIN)

#### Résultats et produits attendus

Le rapport devra refléter le contenu des présents TDR à cet effet :



- Introduction – avec un bref exposé sur la méthodologie et le processus de préparation du rapport,
- Contexte économique et social national, incluant:
  - *Avancées, points critiques et défis pour l'atteinte de L' OMD 1,*
- Pour la cible concernée, le rapport devra mettre l'accent sur:
  - *Tendance d'évolution et l'année la plus récente au cours de la laquelle les données sont disponibles,*
  - *Identification des goulots d'étranglement clés / contraintes de mise en œuvre limitant les progrès réalisés au niveau de la cible , au regard des tendances, ainsi que les propositions pour lever ces contraintes,*
  - *Identification des principaux facteurs qui peuvent contribuer à l'accélération des progrès vers l'atteinte de la cible, en vue de souligner les meilleures pratiques au niveau national,*
- Un cadre de financement à moyen terme et les moyens devant être mis en œuvre au niveau national.

### **Méthodologie de travail**

La méthodologie générale qui sera retenue pour l'étude consistera à :

- une revue de la documentation pertinente
- des entretiens approfondis auprès des responsables des départements techniques, des partenaires techniques et financiers, de la société civile, et du secteur privé,
- une analyse quantitative des tendances en matière de financement de la Nutrition depuis 1990.
- 

Le consultant, présentera plus en détail l'approche qu'il envisage d'appliquer lors de la première réunion d'un Comité de pilotage regroupant les différentes parties prenantes. L'organisation et la répartition des responsabilités au sein de l'équipe seront alors précisées.

#### **IV. Organisation et calendrier de la consultation**

##### **Responsabilités**

Les Agences du Système des Nations Unies assureront le suivi des travaux, en coordination avec ..... Elles mettront à la disposition des consultants toute la documentation pertinente et fourniront l'appui nécessaire pour l'organisation des rendez vous et des différentes séances de travail.

Les commanditaires siégeront au sein d'un Comité de pilotage avec les représentants de la partie nationale, de la société civile, du secteur privé et des autres partenaires techniques et financiers. Ce Comité pourra être présidé par le MAED.

## Production de rapports et durée des prestations

Les Consultants devront fournir dans les délais, au Comité de pilotage, les documents suivants :

- **Un projet de rapport provisoire**, en dix (10) exemplaires, **vingt cinq (25) jours** après la signature du contrat, reprenant les différentes parties du rapport, et faisant le point sur les difficultés rencontrées et les perspectives de continuation des travaux. Ce rapport fera l'objet d'une présentation au Comité de pilotage.
- **Un rapport provisoire**, en dix (10) exemplaires, **cinq (07) jours** après la réception des observations du Comité de pilotage sur le projet de rapport provisoire. Ce rapport fera l'objet d'un atelier national de validation regroupant les différentes parties prenantes. Les Consultants présenteront le rapport au cours de l'atelier.
- **Un rapport final**, en dix (10) exemplaires, accompagné de la version électronique du document, prenant en compte les observations de l'atelier et du Comité de pilotage, **dix (10) jours** après notification de celles-ci.

Ces différents rapports devront être rédigés en langue française.

La durée globale des prestations (hors délais de réaction des commanditaires sur les différents rapports intermédiaires) est fixée à **quarante cinq (45) jours**.

## Profil des Consultants

Les travaux seront confiés à une équipe de Consultants ayant une expérience confirmée en matière d'analyses économiques, de santé publique, de formulation et d'évaluation des politiques publiques axées sur les OMD . Cette équipe comprend :

- **Un (01) Consultant international**, Economiste, spécialiste des questions internationales, titulaire d'un Diplôme d'un niveau Bac + 5 ans, minimum, ayant une expérience professionnelle d'au moins quinze (15) ans. Il doit avoir une bonne pratique de la formulation et de l'évaluation des politiques publiques axées sur la réalisation des OMD et familier des méthodes de l'approche participative. Il sera chargé en tant que chef d'équipe de la coordination des travaux et garant de la qualité des différents rapports. Une bonne connaissance de la Mauritanie ou des économies africaines sera un atout.
- **Un Consultant national**, titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur en Santé publique, Economie ou en Statistique, d'un niveau Bac + 5 ans, minimum, et ayant une expérience générale d'au moins 10 ans et une expérience spécifique dans les

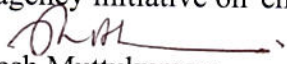
questions économiques et le traitement des indicateurs et des questions liées au financement de la Santé d'au moins 7 ans.

Chacun des deux (03) Consultants devra :

- Maitriser la langue française et avoir une bonne capacité de rédaction de rapports ; la connaissance de l'anglais sera un atout ;
- Avoir une bonne aptitude du travail en équipe.

To: Mr. Björn Ljungqvist  
Global Coordinator  
REACH  
UN Interagency initiative on 'ending child hunger and under nutrition'

Date: 26 September 2011

From:   
Mr. Romesh Muttukumar  
Deputy Assistant Administrator  
Partnerships Bureau, UNDP

Subject: REACH Mauritania Proposal Final Approval

## I. Approval Status

On behalf of the MDG-F Secretariat I am pleased to inform you that your proposal "*Development of an equity-focused investment case for the multisectoral Nutrition Action Plan (2012 – 2016) in Mauritania*" in the amount of USD 153,830 has been approved and is now ready for signature and release of funds. In order to proceed with transfer of funds, please submit the following:

- the signed project document/annual work plan required by your organization to apply for funding;
- designated programme manager/responsible person for this initiative; and
- bank account details.

Upon receipt of the requested information and signed project document/AWP, we will proceed to the disbursement of the funds.

## II. Design comments

The proposal has taken account of the comments and suggestions made by the Secretariat on June 7, 2011. These were the following:

- The MDG-F strongly promotes inter-agency efforts, at the moment the proposal seems to be more a UNICEF proposal than a REACH proposal that includes all the other partners. We are eager to contribute to UNICEF roll-out of the equity approach but more importantly we are eager to support this interagency effort with the value added of respective UN agencies;
- Grateful if in the paper you could refer to the current efforts of MDG-F supported programme in Mauritania; and
- Perhaps the issue of ethnicity and equity could be further developed in the TOR since Mauritania is rich in ethnicities and the impact of child survival and development might differ depending on these;

The MDG-F looks forward to working closely with REACH in the presentation and sharing of the findings of the case study and we trust we will be able to use and share the study with MDG-F relevant stakeholders.

### **III. Management arrangements and delegation of authority**

On receipt of a copy of the signed document, the Fund Secretariat will transfer the full allocation to your organization as indicated in instructions provided by you.

With best wishes.

cc.: MDG-F Secretariat