



Résumé analytique

Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'Unicef à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015



octobre 2016







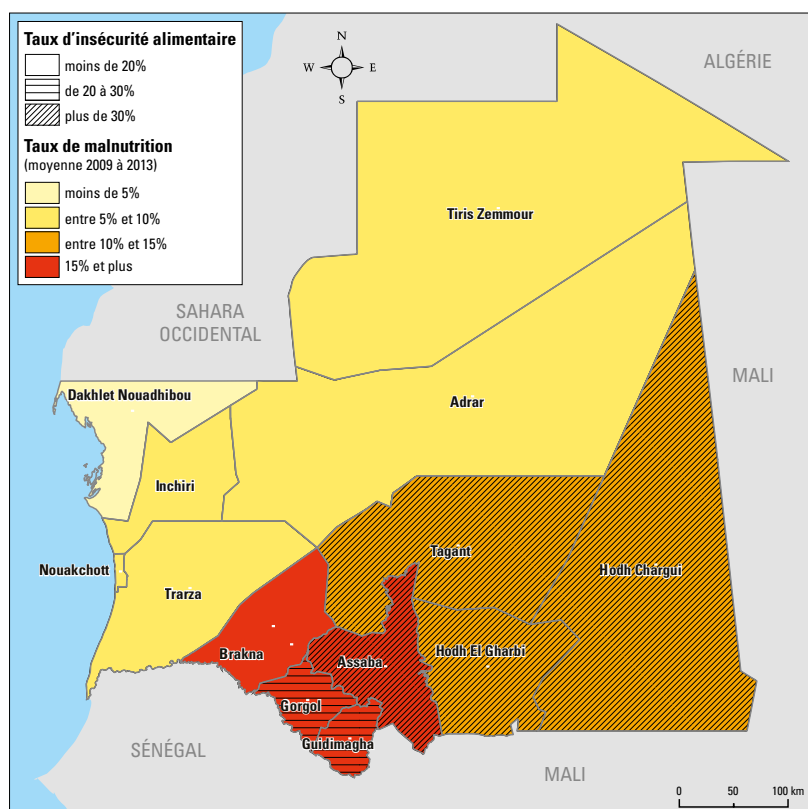
Résumé analytique - octobre 2016

Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'UNICEF à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015

Évaluation menée entre février et avril 2016

sommaire

Contexte et réponse humanitaire apportée par l'Unicef	P. 2
Objectifs, questions et méthodologie d'évaluations	P. 4
Résultats de l'évaluation	P. 6
Principales conclusions de l'évaluation	P. 16
Principales recommandations	P. 18
Matrice d'évidences, résultats-conclusions-recommandations	P. 20
Acronymes et abréviations	P. 24



Sources : RGPH 2013



Contexte et réponse humanitaire apportée par l'Unicef

La Mauritanie a enregistré de faibles niveaux de pluies au cours de l'hivernage 2011. Cela a eu pour conséquence une production alimentaire insuffisante ayant affecté la sécurité alimentaire dans les zones sud et sud-est du pays.

Les enquêtes SMART instaurées depuis 2008 - suivant une périodicité de 2 passages par an – ont permis d'objectiver une augmentation importante de cas de malnutrition aiguë en période de soudure. C'est le cas en 2011 où une prévalence élevée de la malnutrition aiguë a été notée dépassant, en période de soudure, les seuils d'urgence dans sept régions.

Cette situation de crise nutritionnelle est devenue cyclique puisqu'elle s'est prolongée sur la période 2012-2015. Notons qu'en 2012 est venue s'ajouter une autre situation humanitaire, à l'est du Pays, avec l'afflux de plus de 62 000 réfugiés fuyant le conflit au Mali.

En réponse à cette double crise humanitaire, **le Système des Nations Unies en Mauritanie a élaboré un plan de contingence inter-agences** visant à appuyer les efforts du Gouvernement et de ses partenaires humanitaires, avec pour objectif une réponse efficace à cette double situation humanitaire.

Les principales institutions onusiennes concernées par les questions de sécurité alimentaire et de nutrition ont été appelées à s'impliquer autour des deux priorités stratégiques à savoir « *Soutenir les communautés mauritaniennes vulnérables affectées par la crise alimentaire et nutritionnelle et l'afflux de réfugiés maliens* » et « *Répondre aux besoins de protection et d'assistance des réfugiés maliens* ».



Au sein de l'Unicef, un plan de 180 jours a été élaboré, servant de référence aux différentes actions menées dans le cadre de cette réponse, pour les six premiers mois d'avril à septembre 2012, couvrant ainsi la période critique de soudure.

Ce plan de 180 jours s'articulait autour de six composantes techniques:

Nutrition, Santé et Lutte contre le VIH/SIDA, Eau-Hygiène et Assainissement (EHA ou WASH), Protection et Communication pour Développement (C4D).

Il comportait en outre, trois composantes de gestion transversale (Gestion, Coordination, Suivi et évaluation) s'inspirant des engagements en faveur des enfants en situation humanitaire (CCC – Core Commitments for Children in humanitarian action).

Cette réponse humanitaire à la crise nutritionnelle a ciblé les sept régions du sud et du sud-est les plus touchées par l'insécurité alimentaire et la malnutrition, en plus de certaines zones périurbaines de Nouakchott et Nouadhibou connaissant un niveau important de vulnérabilité.



Objectifs, questions et méthodologie d'évaluation

Après quatre années de mise en œuvre, l'Unicef et ses Partenaires ont décidé d'évaluer cette réponse humanitaire à la crise nutritionnelle en Mauritanie afin de mieux renseigner l'élaboration du nouveau Programme de coopération Mauritanie/Unicef et d'accompagner le Gouvernement dans les choix stratégiques nationaux, dans l'élaboration en cours de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) à l'horizon 2030.

Cette évaluation a visé trois objectifs essentiels :

- I Évaluer l'adéquation de la réponse au cadre conceptuel de l'Unicef** sur la malnutrition et aux engagements de l'organisation en faveur des enfants en situation humanitaire ;
- I Évaluer la contribution de la réponse humanitaire de l'Unicef** au renforcement de la résilience des communautés et du système de santé ;
- I Évaluer le rôle et le leadership de l'Unicef** dans le renforcement de la coordination des interventions humanitaires dans le cadre de la crise nutritionnelle.

Pour ce faire, neuf questions d'évaluation ont été élaborées pour couvrir les besoins d'information et répondre aux objectifs de cette évaluation (*voir encadré N° 1, page 26 du rapport complet*). La matrice d'évaluation définissait pour chaque point d'évaluation, la formulation des questions de travail, les indicateurs de mesure et les sources possibles d'information.

Une évaluation en trois étapes :

L'évaluation s'est déroulée de février à juin 2016 en trois étapes essentielles : une phase préparatoire (*avec recherches documentaires, élaboration et validation de la note de cadrage, voir Annexe 3 du rapport complet*), une phase de collecte d'informations puis une phase d'analyse et de production du rapport.

Méthodologie d'évaluation :

L'approche méthodologique suivie a combiné une enquête qualitative in situ et une analyse quantitative rétrospective permettant de croiser les données. Trois régions ont été retenues pour constituer un échantillon représentatif, sur la base des critères de prévalence initiale de la malnutrition et de son évolution durant la période 2012-2015, de couverture en services essentiels de santé et de nutrition, et de présence de partenaires de mise en œuvre.

Pour la collecte des données qualitatives, des entretiens semi-structurés ont été menés avec 88 informateurs clés, tant au niveau central qu'au niveau régional, local ou communautaire, ce qui a permis d'atteindre l'exhaustivité des réponses aux différentes questions de travail. Au niveau communautaire, 50 entretiens semi-structurés ont été menés individuellement auprès des responsables communautaires ainsi que des hommes et des femmes bénéficiaires du programme d'intervention.

Parallèlement, 27 Focus Groups (FG) constitués de 7 à 14 personnes ont été organisés, permettant de couvrir :

- * **les trois régions de l'échantillon** avec 9 FG au Brakna, 10 FG au Guidimakha et 8 FG en Assaba ;
- * **les trois ethnies essentiellement représentées** dans la zone avec 11 FG Maures et Haratine, 9 FG Halpulars et 7 FG Soninkés ;
- * **les trois catégories de personnes ciblées** comprenant 18 FG avec les mères, 4 FG avec les femmes plus âgées ou grands-mères et 4 FG avec les hommes de tous âges, et
- * **les deux milieux les plus vulnérables** ciblés par cette réponse avec 15 FG en milieu rural et 12 FG en milieu périurbain.



Au cours de ces réunions de Focus Groups, six récits de vie ont permis d'approfondir le vécu de six femmes ayant traversé ces crises et de mettre en évidence les formes de résilience développées.

La recherche documentaire a été la base d'une collecte rétrospective des données quantitatives. Dans certains cas, nous avons été amenés à exploiter, sur place, des registres et des rapports afin de compléter les données ou de les recouper avec des affirmations de responsables ou d'acteurs locaux. L'exploitation de ces registres nous a particulièrement servi à apprécier la question de l'équité en matière d'utilisation des services de nutrition et de santé par les ménages, au-delà du rayon d'accessibilité de 5 km.

L'analyse qualitative (analyse par fréquence de mots, analyse matricielle et requêtes) s'est basée sur des indicateurs d'appréciation dans chaque zone (appréciation des interventions, facteurs de résilience et d'équité).

La comparaison entre ces indicateurs par zone a permis de dégager les niveaux de convergence et de divergence sur l'appréciation de la réponse humanitaire. Elle a aussi permis d'apprécier le niveau d'équité et de dégager les formes de résilience développée, par les communautés, ce qui a permis de déterminer les aspects auxquels les populations accordent le plus d'importance.

Chaque fois que cela a été possible, la triangulation a été appliquée comme méthode de vérification, de consolidation et pour conclusions, entre les données qualitatives provenant de différentes méthodes (individuelles et collectives) ou entre données qualitatives et quantitatives.



Résultats de l'Évaluation



1 Adéquation de la réponse au cadre conceptuel de la nutrition

La réponse humanitaire développée par l'Unicef cible les principales causes immédiates et s'attaque en grande partie aux causes sous-jacentes en synergie avec d'autres agences du Système des Nations Unies comme le FAO, le PAM et en particulier l'OMS.

Cependant, toutes ces actions, y compris la prise en charge intégrée de la **malnutrition aiguë (PCIMA)**, dépendent fortement de ces appuis externes qui posent avec acuité les questions de la pérennisation des acquis et du renforcement des liens entre actions d'urgence et développement durable. Dans le même sens, il n'y a pas encore de ciblage spécifique des pratiques des mères en matière de préparation alimentaire, ce qui leur aurait permis un meilleur accès à certaines denrées locales bon marché (arachides, niébé, légumes, poissons, ...).

* En développant des accords de partenariat avec les ONG, l'Unicef apporte à ces acteurs un soutien financier pour une action de proximité, répondant ainsi directement aux besoins des populations. Cette collaboration a respecté les principes de partenariat tout en renforçant la prise en compte et l'application des principes et engagements de l'Organisation. Toutefois certaines ONG partenaires déplorent l'insuffisance de coordination et de suivi de leurs activités par l'Unicef, ainsi que des problèmes d'accès et de qualité pour certains programmes comme WASH (eau de javel, etc.).

“Quand je suis allée à Sélibaby, l'enfant était très fatigué, presque mourant, mais grâce au traitement reçu, il a repris des forces et s'est de mieux en mieux porté. Maintenant, il est fort et joue comme tous les autres enfants”
(FGD femmes, Agoueynit).





2 Efficacité des actions de prévention et de prise en charge de la malnutrition

L'impossibilité de reconstruire le cadre logique de la réponse n'a pas permis d'évaluer l'atteinte des différents objectifs ciblés. Cependant, l'évaluation a permis d'apprécier l'efficacité de cette réponse.

* Le dépistage actif au niveau communautaire a permis de détecter des cas de Malnutrition aiguë sévère (MAS) dont seuls un tiers est confirmé après transfert aux Centres de récupération nutritionnel en ambulatoire des malnutris sévères (CRENAS); les mères des enfants non confirmés bénéficient de conseils sur la nutrition et l'hygiène.

Les cas admis dans les CRENAS et dans les Centres de récupération nutritionnelle en interne (CRENI) des sept régions cibles ont connu une progression régulière allant de 10087 cas en 2012 à 17892 en 2015.

La prise en charge de ces cas de MAS paraît complète (avec ses cinq composantes), efficace, bien intégrée aux structures de santé et à la PCIME. Les taux de guérison, de décès et d'abandon se sont régulièrement améliorés entre 2012 et 2015, et sont significativement meilleurs dans la zone d'urgence, en comparaison avec une région témoin comme le Trarza.

La stimulation psycho émotionnelle est insuffisamment intégrée aux CRENI par manque de personnes qualifiées.

* Les kits WASH ont été largement distribués aux couples mère-enfants et aux centres nutritionnels, cependant des problèmes de coordination régionale ont été à l'origine de ruptures de stocks plus ou moins longues; leur utilisation est freinée par l'insuffisance d'accès à l'eau.

* Les Cash transferts sont positivement appréciés par les bénéficiaires et les responsables des niveaux déconcentrés. Un suivi rigoureux des distributions a permis une certaine objectivité dans le ciblage et la transparence dans la gestion des Cash transfert.

* La C4D (communication for development) est largement utilisée en accompagnement des autres activités; la multiplicité et la diversité des relais communautaires (RC) engagés et l'absence de convergence entre connaissance et comportement constituent de réels obstacles au changement de comportement.





3 Apports de la réponse en matière de résilience des communautés

La C4D a sensiblement permis aux populations cibles d'acquérir les connaissances de base en matière des principales Pratiques Familiales Essentielles (PFE).

* Malgré l'absence de données sur le passage de la connaissance au comportement, on constate une nette amélioration des comportements par l'utilisation spontanée des centres nutritionnels en cas de malnutrition de l'enfant.

* Bien que le degré de satisfaction des communautés soit en augmentation, les apports de Cash transfert restent insuffisants au regard de l'ampleur des besoins et des considérations socioculturelles obligeant un certain partage des revenus. Au sein du ménage, l'utilisation de son montant de 12 000 UM par mois (pendant la période de soudure de juillet et août qui peut maintenant s'élargir à six mois) est parfois détournée pour des actions, souvent très résilientes comme l'acquisition de chèvres, le développement de jardins ou de petites activités commerciales. Ces investissements peuvent avoir des effets résilients et durables sur la crise nutritionnelle qui est devenue cyclique.



*“Cet argent nous a servis à sauver les enfants durant cette période mais d'autres sont nés depuis et qui ne sont plus appuyés”
(une femme lors d'un focus group à Hassi Chegar provoquant l'hilarité chez les autres participantes).*





4 Apports de la réponse en matière de renforcement des capacités des acteurs locaux

Les interventions menées en partenariat avec les ONG ont couvert, de manière inégale, les sept domaines de la réponse humanitaire et les sept régions en zone d'urgence.

* L'action nutrition occupe toujours une place centrale, à grande échelle pour répondre aux besoins humanitaires elle concerne plus du tiers des interventions. Par contre, la priorité est donnée aux régions du Brakna, du Guidimakha et de l'Assaba, en raison de leur alarmant niveau de malnutrition.

* Les interventions des Partenaires ont permis de façon quasi-systématique, de former les acteurs locaux qu'ils soient communautaires ou travaillant dans le cadre de services gouvernementaux. Ces formations, souvent de courte durée, ne correspondant pas toujours au niveau d'instruction des participants, sont jugées insuffisantes et ne bénéficient pas de manière équitable à tous les acteurs communautaires engagés dans la réponse humanitaire.

Par ailleurs, ces interventions ont aussi permis le versement, à des degrés et à des formes très diverses, de primes aux relais communautaires, ce qui a participé à une certaine forme de fidélisation.

Au-delà de ces formations et de ces primes, aucun mécanisme de pérennisation de ces acteurs communautaires n'a été mis en évidence.



5 Apports de la réponse en matière de résilience des systèmes, en particulier le système de santé

La réponse humanitaire aux crises nutritionnelles a permis de sauver de nombreux enfants atteints de malnutrition.

* Mais, seule la formation du personnel soignant et la mise en place de processus et d'outils parallèles ont permis de **renforcer la résilience du système de santé** qui reste totalement tributaire de l'appui de l'Unicef pour la prise en charge des cas de MAS. Aucun système d'alerte précoce fonctionnel n'a été mis en évidence ni au niveau national, ni au niveau déconcentré (régional ou départemental).

Par ailleurs, ces actions ne favorisent que très partiellement la connexion entre l'urgence et le développement durable. Les actions menées dans le cadre de cette réponse humanitaire restent globalement de type ponctuel, répondant aux impératifs des crises nutritionnelles.

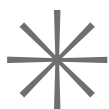
* Le système de santé – avec ses CRENAS, ses CRENI et son personnel formé – a les capacités techniques minimales pour la prise en charge des cas. Le renforcement des capacités du personnel soignant autour des actions de stimulation psycho émotionnelle contribue à développer la capacité de résilience du système de santé, cependant elles restent très limitées à certains CRENI.

Les actions de réinsertion des abandons scolaires et d'accompagnement au niveau communautaire des enfants en difficulté, malgré leur importance, restent ponctuelles et entièrement menées par les ONG.

* Les mesures de renforcement de la PCIMA ont des impacts très positifs sur l'offre de services dans les structures périphériques et intermédiaires de santé, mais aussi sur la demande des services grâce aux actions de C4D et au dépistage des cas de MAS. Le seul impact négatif perceptible sur l'offre de services de santé maternelle et infantile résulte de l'affectation de personnel spécifique des autres services en faveur de cette prise en charge, et ce dans un contexte de déficit général en personnels qualifiés de santé.

* L'action ponctuelle menée au niveau préscolaire avait été à l'origine d'une forte augmentation du nombre d'écoles de petite enfance en périphérie des grandes agglomérations telle que Kiffa. Cependant, ce développement de l'offre et de la demande préscolaire a subitement régressé avec l'arrêt des actions menées dans ce domaine.





6 Équité de la réponse humanitaire aux crises nutritionnelles

La PCIMA a été totalement intégrée au système public de santé. En conséquence un quart des ménages en sont exclus, souvent les plus démunis qui habitent en milieu rural, à plus de 5 km d'une structure de santé.



* Malgré tout, les dépistages actifs de cas de malnutrition sévère (MAS), menés de manière large et soutenue, ont permis d'atteindre une grande partie de ces ménages touchés par la crise nutritionnelle. Cela a amélioré l'utilisation de ces services par les ménages habitant à plus de 5 km de ces structures de santé.

* Cependant, après le « diagnostic » de MAS, la plupart des mères supportent l'effort de déplacement jusqu'au CRENAS. Il s'ensuit une déperdition, en particulier concernant les enfants les plus éloignés du système de soins, souvent les plus pauvres qui peuvent difficilement supporter les coûts de déplacement (en temps et en argent).

* Concernant le Cash transfert, le critère de « village à proximité d'un CRENAS », malgré son apport en termes d'utilisation des services, pourrait être paradoxalement à l'origine d'exclusion de ces populations n'ayant pas accès à ces structures de santé. Quelques partenaires entreprennent un transport, non systématique, des enfants dépistés et nécessiteux jusqu'au CRENAS.

“

“J’ai fait plusieurs aller et retour pour soigner mon enfant... C’était difficile de suivre tous les rendez-vous mais c’était la vie de mon enfant qui était en jeu; autrement, il aurait pu mourir”

(Z. M. M., Dar el Bedha, Chegar, Aleg)

”



Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'Unicef à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015

Résumé analytique





7 Coordination et complémentarité au sein de la réponse humanitaire aux crises nutritionnelles

La réponse humanitaire aux crises nutritionnelles a bénéficié d'un dispositif de coordination impliquant la plupart des intervenants et à différents niveaux. Néanmoins, d'importantes disparités subsistent en fonction des composantes, des niveaux, des régions, de même au sein d'une même institution ou d'une même région.

* **Au niveau national:** des groupes de coordination ont été mis en place impliquant les acteurs gouvernementaux, la société civile et les Partenaires techniques et financiers (PTF). Des groupes Nutrition, Santé, WASH, Protection, Cash transferts et Éducation ont été prévus dans l'organisation initiale de la réponse.

Le groupe Nutrition paraît être le plus régulier dans ses rencontres et le plus fonctionnel dans ses actions de suivi et de pilotage.

Ceux du WASH et de la Santé sont moins réguliers, avec un faible engagement des secteurs gouvernementaux concernés.

Pour le Cash transfert, les acteurs impliqués de la société civile se sont organisés dans un Forum d'échanges d'expériences associant les agences des Nations Unies. Quant au groupe Éducation, il est considéré comme non-fonctionnel.

* **Au niveau régional:** des Comités régionaux de coordination auraient été mis en place sous la présidence des Walis dont la fonctionnalité est très variablement appréciée entre les régions. Les Directions régionales de l'action sanitaire (DRAS) assurent une coordination technique des acteurs de nutrition élargie en fonction des cas au WASH ou à la protection.

Dès le niveau régional, et de manière plus prononcée au niveau local, la complémentarité des actions lors des planifications centrales disparaît au fur et à mesure des niveaux, pour ne plus exister au niveau communautaire local.

* En mettant en place les groupes de coordination dont elle a le leadership (Nutrition et WASH) et en organisant techniquement et logistiquement les réunions, l'Unicef déploie ses efforts pour une coordination renforcée entre acteurs. Pour les autres groupes, peu d'actions de redynamisation ont été engagées par l'Unicef dans ce sens.

“

*“Nous sommes des cultivatrices.
Nous n'avions aucune ressource.
Cet apport d'argent a permis
d'améliorer la vie des enfants en leur
achetant des habits et de la nourriture”
C. Hassi Chegar*

”



8 Intégration et synergie des interventions soutenues par l'Unicef

* L'analyse de l'intégration des composantes de la réponse humanitaire a mis en évidence de timides mécanismes formalisés garantissant une certaine transversalité entre les différentes sections au cours des différentes étapes de planification, de mise en œuvre et de suivi de cette réponse.

Certaines actions intersectorielles comme

- la mise en place – au début de la crise – d'une instance de coordination entre les sections impliquées,
- la tenue de rencontres régulières dans le cadre des réunions du Programme de coopération,
- l'organisation de missions conjointes ou
- l'échange d'information

ont connu des avancées par rapport à la situation de 2012-2013, mais restent insuffisants au regard des besoins.

Cependant, plusieurs exemples d'intégrations des actions sur le terrain (Wash-in nut, Protection et Nutrition, Cash transfert et C4D), constituent des avancées notables mais de nombreuses occasions manquées d'intégration méritent d'être prises en compte.



“Quand les ONG viennent, ils nous donnent des sacs de nourriture pour les enfants, cela nous aide à renforcer la nutrition des enfants lors des périodes de soudure. Mais cela fait longtemps que ces ONG ne sont pas revenues. Avant, ils venaient, pesaient les enfants et donnaient des vitamines et des poudres aux enfants ayant un faible poids... Ces ONG nous ont beaucoup apporté”
(Z. M. M., Chegar, Aleg)





9 Adéquation de la réponse aux engagements en faveur des enfants

Malgré le caractère cyclique et attendu de ces crises nutritionnelles, il demeure :

■ que la réponse apportée par l'Unicef n'a pu être planifiée qu'après le déclenchement de la crise,

■ que son apport participe au redressement précoce des ménages les plus touchés et

■ que les actions de nutrition, de WASH, de protection et de Cash transfert se prolongent au-delà de la crise, sans pour autant pouvoir s'attaquer aux causes structurelles de la crise et éviter sa réapparition.

Toutefois, certaines utilisations du Cash transfert permettent à certains ménages d'acquérir des ressources durables (chèvre, jardins, vente de couscous) et de développer ainsi des stratégies d'adaptation structurelle pour faire face aux futures crises.

* Des passerelles entre urgence et développement ont été mises en place au sein des actions de nutrition, comme la PCIMA qui est globalement intégrée dans les structures régulières de santé.

* Il en va autrement pour le dépistage des cas de MAS et pour les autres composantes de la réponse (WASH, Protection, Cash transfert, Éducation et C4D) où les actions restent au stade de projets spécifiques menés en partenariat, limité à la durée de la crise ou de la post-crise.

Principales conclusions de l'Évaluation

Les résultats ont été synthétisés en huit conclusions qui ont conduit à des recommandations développées dans un projet de plan d'action qui devra être validé et adopté par les parties prenantes.



1 * En référence aux directives internationales (OMS, Unicef), la crise nutritionnelle serait réelle et récurrente et la réponse de l'Unicef paraît adaptée au cadre conceptuel de la malnutrition et aux besoins prioritaires du Pays. Cependant, certains acteurs (PTF, ONG) et certaines personnes rencontrées au niveau communautaires émettent des doutes quant à l'existence réelle de cette crise et au besoin de maintenir une réponse d'urgence.

2 * La réponse développée par l'Unicef a œuvré en faveur du renforcement de la résilience des communautés à travers une C4D largement connue et une large distribution de kits WASH. Les stratégies de résilience développées par les familles, en utilisant parfois le Cash Transfert reçu, relèvent d'actions structurelles en faveur de la lutte contre la précarité et l'insécurité alimentaire.

3 * Malgré cet apport jugé nécessaire et efficace, les efforts menés pour le renforcement de la résilience des systèmes de santé, des affaires sociales, d'hydraulique et d'assainissement, face à la crise nutritionnelle restent insuffisants. Les réponses développées par ces secteurs restent entièrement tributaires des appuis de l'Unicef et de ses partenaires.

4 * En s'intégrant au système de santé, la PCIMA hérite de son manque d'équité en matière d'accessibilité des plus pauvres, les plus exposés à la malnutrition, aux services de prise en charge et de suivi. Le développement de dépistages actifs en activités avancées et mobiles atténue l'exclusion des populations éloignées des centres urbains, disposant de faibles capacités de desserte (transport). La quasi-inexistence de suivi communautaire des cas (par non-fonctionnalité des CRENAM) porte un réel préjudice à l'efficacité de cette PCIMA.

5 * La réponse humanitaire a bénéficié d'un dispositif de coordination impliquant la plupart des intervenants, à tous les niveaux (national, régional, local ou communautaire). Cependant, d'importantes disparités existent en fonction des composantes, des régions et au sein d'une même institution ou d'une même région.

La complémentarité des actions (lors des planifications centrales) diminue au fur et à mesure des niveaux pour disparaître au plan communautaire local. Le plaider en faveur d'une meilleure coordination n'aurait pas été suffisamment mené pour les secteurs comme l'éducation et la protection de l'enfant où l'Unicef en assure le leadership.





6 * La **stratégie d'intégration engagée** dans le cadre de cette réponse humanitaire a permis :

- au niveau central, de mener la plupart des planifications de manière conjointe entre sections et/ou sous-composantes et
- au niveau déconcentré, de réussir des tentatives d'intégration qui méritent d'être mieux formalisées et élargies à d'autres occasions manquées.

7 * **Les accords de partenariat avec les ONG** ont été privilégiés et respectent les principaux engagements en faveur des enfants. Cependant, des insuffisances dans le suivi de la mise en œuvre et la désorganisation dans le recrutement et la gestion des RC engagés ont constitué de véritables obstacles à la performance de ces partenariats.

8 * **La réponse apportée par l'Unicef n'a pu être planifiée** qu'après déclenchement de la crise, par contre, elle a facilité le redressement précoce des ménages les plus touchés.

En post-crise certaines interventions continuent sans pour autant s'attaquer aux causes structurelles et prévenir l'apparition de nouvelles crises.

Il faut retenir que certaines utilisations du Cash transfert permettent à certains ménages de mieux s'adapter et d'anticiper les effets de ces crises sur la nutrition des enfants.

Principales recommandations

Cette évaluation de la réponse humanitaire à la crise nutritionnelle en Mauritanie propose des recommandations à l'Unicef et à ses partenaires, gouvernementaux et non gouvernementaux dans l'orientation de la nouvelle vision de l'Unicef. Elles serviront à définir les choix et orientations stratégiques pour élaborer la SCAPP et constituent une véritable opportunité pour donner à la nutrition l'importance nécessaire pour engager les différents secteurs et acteurs concernés dans des actions durables.



À l'attention du Gouvernement et des ministères concernés

(Ministère de l'économie et des finances, Ministère de la santé, Ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille, Ministère de l'éducation nationale et Ministère de l'hydraulique et de l'assainissement)

- 1 * Mettre en œuvre un Plan multisectoriel de nutrition** impliquant les différents secteurs (agriculture, pêche, élevage, hydraulique, santé, éducation et sécurité alimentaire), apportant les réponses à la fois structurelles et conjoncturelles à ces crises et permettant la mise en place d'un système d'alerte précoce efficace et inclusif.
- 2 * Développer une approche communautaire** garantissant l'accès de toutes les populations à l'information et aux services de santé et de nutrition de base.
- 3 * Assurer le leadership indispensable** à une réponse efficace, coordonnée et durable.



À l'attention de l'Unicef

1 * Renforcer le plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales afin de rendre effectif le leadership gouvernemental au sein des différents cadres de coordination. Accompagner le Gouvernement dans la mise en œuvre du Plan multisectoriel de nutrition, avoir une approche communautaire multisectorielle et renforcer ses capacités à différents niveaux.

2 * Développer davantage d'intégration entre les différents volets du Programme et le continuum entre les actions d'urgences et de développement. Tirer les leçons de cinq dernières années de réponse à ces crises nutritionnelles.

3 * Participer au renforcement de la coordination et de la complémentarité entre les actions soutenues et/ou menées par les différents PTF engagés dans le domaine de la nutrition.



Matrice d'évidences résultats-conclusions-recommandations

Référence dans le rapport Synthèses des résultats	Conclusions	Recommandations
Encadré 2: - La réponse humanitaire développée par l'UNICEF cible les principales causes immédiates et s'attaque en bonne partie aux causes sous-jacentes en complémentarité avec d'autres agences du SNU (FAO, PAM et OMS en particulier). Encadré 11: - Les interventions menées en partenariat avec les ONG ont couvert, de manière inégale, les sept domaines de la réponse humanitaire et les sept régions de la zone d'urgence. - L'action nutrition confirme sa place d'action centrale et à grande échelle de cette réponse humanitaire en occupant plus du tiers des interventions alors que la priorité donnée aux régions du Brakna, du Guidimakha et de l'Assaba est en cohérence avec l'importance du niveau de malnutrition.	* En référence aux directives internationales (OMS, UNICEF), la crise nutritionnelle serait réelle et récurrente et la réponse de l'UNICEF paraît adaptée au Cadre conceptuel de la malnutrition et aux besoins prioritaires du Pays. Cependant certains acteurs (PTF, ONG) et certaines personnes rencontrées au niveau communautaire émettent des doutes quant à l'existence réelle de cette crise et au besoin de maintenir une réponse d'urgence.	* Faire participer les principaux acteurs dans la conduite et l'interprétation des résultats des enquêtes nutritionnelles (SMART). * Formaliser un système d'alerte précoce intégrant le suivi nutritionnel basé sur les enquêtes SMART. * Continuer à développer une réponse adaptée au besoin en impliquant les Départements ministériels concernés dans les choix de cibles et de zones. * Renforcer la complémentarité avec les actions « structurelles » appuyées par les autres agences (PAM, FAO, BM).
Encadré 10: - La C4D a sensiblement permis aux populations cibles d'acquérir des connaissances leur permettant de développer des stratégies de prévention et de lutte contre les effets néfastes des crises nutritionnelles (AME, hygiène et lavage des mains, nutrition complémentaire, MILDA, SRO, utilisation spontanée des centres nutritionnels en cas de malnutrition de l'enfant). Cependant, le passage de la connaissance au comportement protecteur des enfants paraît largement insuffisant à causes de facteurs multiples dont en particulier l'accès aux ressources et aux services de base. L'utilisation spontanée des centres nutritionnels en cas de malnutrition de l'enfant constitue un des comportements qui serait en nette amélioration. - Les stratégies d'adaptation développées par certains ménages ont essentiellement concerné l'acquisition de biens pouvant être facilement liquidés en cas de besoin et leur procurant immédiatement un apport dans l'alimentation du ménage (chèvre, jardin, vente de couscous,...) et qui leur ont permis, de manière très diversifiée, de faire face à certains effets de la crise nutritionnelle qui est de plus en plus considérée comme une fatalité. - L'utilisation du montant (de 12000 UM par mois) est parfois détournée de son objectif pour des actions, souvent très résilientes, à type d'acquisition de chèvres, de développement de jardins ou de petites activités commerciales. Encadré 3: - Les kits WASH ont été largement distribués aux couples mère-enfants et aux centres nutritionnels, cependant, leur utilisation est freinée par l'insuffisance d'accès à l'eau.	* La réponse développée par l'UNICEF a œuvré en faveur du renforcement de la résilience des communautés à travers une C4D largement mise en œuvre et une large distribution de kits WASH. Les stratégies de résilience développées par les familles, en utilisant parfois le Cash reçu, relèvent d'actions structurelles en faveur de la lutte contre la précarité et l'insécurité alimentaire.	* Mener un plaidoyer soutenu en vue d'une réponse plus adaptée aux besoins d'accès des communautés à une eau suffisante en quantité et en qualité. * Assurer une complémentarité plus effective – ou mieux une intégration – entre la réponse développée par l'UNICEF et les interventions financées/appuyées par les autres agences directement concernées par les causes structurelles (accès à l'eau, agriculture, élevage, amélioration du revenu). * Appuyer, en coordination avec les autres PTF concernés (ex: PAM, OMS, FAO), la mise en œuvre d'enquêtes auprès des bénéficiaires de C4D afin d'apprécier l'impact réel des actions de C4D sur la réponse des ménages aux situations de crises nutritionnelles et d'hygiène défectueuse.

Référence dans le rapport Synthèses des résultats	Conclusions	Recommandations
Encadrés 3 et 12: - Le système de santé – avec ses CRENAS et ses CRENI et avec son personnel formé – a les capacités techniques minimales pour la prise en charge des cas. La prise en charge de ces cas de MAS paraît complète (avec ses cinq composantes), efficace, bien intégrée aux structures de santé et à la PCIME. Les mesures de renforcement de cette PCIME ont des impacts très positifs sur l'offre de services dans les structures périphériques et intermédiaires de santé, mais aussi sur la demande des services grâce aux actions de C4D et au dépistage actif des cas de MAS. Encadré 12: - Malgré les efforts de formation des personnels de santé sur la PCIME et de renforcement de certains processus, les acteurs nationaux à différents niveaux considèrent que peu d'efforts ont été spécialement menés pour renforcer la résilience des systèmes, en particulier du système de santé qui reste, en matière de PCIME, totalement tributaire de l'appui de l'UNICEF - Il n'a pas été mis en évidence de système d'alerte précoce fonctionnel ni au niveau national, ni au niveau déconcentré (régional ou départemental). - Les actions de réinsertion des abandons scolaires et d'accompagnement au niveau communautaire des enfants en difficulté restent ponctuelles, entièrement menées par les ONG et ne participent pas au renforcement de la résilience du système éducatif. - L'action limitée menée au niveau préscolaire avait été à l'origine d'une forte augmentation du nombre d'écoles de petite enfance en périphérie des grandes agglomérations telle que Kiffa ; cependant cet impact – sur l'offre et la demande – a subitement régressé à l'arrêt des actions menées en cette direction.	* Malgré l'apport jugé nécessaire et efficace, les efforts menés en direction du renforcement de la résilience des systèmes de santé, des affaires sociales, de l'hydraulique et assainissement face à la crise nutritionnelle restent insuffisants et les réponses développées par ces secteurs restent totalement tributaires des appuis de l'UNICEF et de ses partenaires.	* Mettre l'appui apporté au secteur santé en matière de formation, d'équipement, d'infrastructures et de mise en place des processus (ex: approvisionnement et stockage) dans le cadre d'un volet plus transversal de renforcement du système de santé en complémentarité avec les projets similaires appuyés par d'autre composantes (santé et VIH) ou par l'UE, par GAVI et par certains bilatéraux. * Appuyer la mise en application effective du module de nutrition par les enseignants des écoles primaires avec utilisation de jeux, de crates à images ou d'outils audiovisuels. * Evaluer les besoins de renforcement structurel des services déconcentrés relevant des départements des affaires sociales, de l'hydraulique et de l'assainissement, et cibler les volets devant être pris en charge dans le cadre des plans d'action de la SCAPP en cours d'élaboration.
Encadré 13: - En étant totalement intégrée au système public de santé, la PCIMA devient de fait inaccessible en stratégie fixe au quart des ménages, souvent les plus démunis, habitant en milieu rural à plus de 5 km d'une structure de santé. Les dépistages actifs de cas de MAS menés de manière large et soutenue permettent d'atteindre la quasi-majorité de ces ménages les plus touchés par la crise nutritionnelle. - Après le « diagnostic » de MAS, la plupart des mères supportent l'effort de déplacement jusqu'au CRENAS ; des déperditions sont constatées en particulier concernant les enfants les plus éloignés du système de soins, souvent plus pauvres et dont les coûts de déplacement sont importants (en temps et en argent). Certains partenaires assurent un transport – non systématique – des enfants dépistés et nécessiteux jusqu'au CRENAS malgré qu'il a été prévu dans la quasi-totalité de ces PCA. La non fonctionnalité des CRENAM ne permet pas d'assurer aux enfants MAS « libérés » par les CRENAS de bénéficier d'un suivi nutritionnel communautaire réduisant ainsi ces besoins de transport et les cas de rechute.	* En s'intégrant au système de santé, la PCIMA hérite de son manque d'équité en matière d'accessibilité des plus pauvres, plus exposés à la malnutrition, aux services de prise en charge et de suivi. Le développement de dépistage actifs en activités avancées et mobiles atténue cet état d'exclusion dans les cas où un transport est périodiquement assuré aux enfants suivis dans le programme, ce qui n'est pas toujours le cas. La quasi-inexistence de suivi communautaire des cas (par non fonctionnalité des CRENAM) porte un réel préjudice à l'efficacité de cette PCIMA.	* Favoriser une prise en charge locale des enfants MAS suivis dans le programme et habitant au-delà d'un rayon de 10 km d'un CRENAS, grâce en particulier au développement d'une approche sectorielle multisectorielle, efficace et pérenne. * Assurer la mise en place d'équipes mobiles intégrées (nutrition, vaccination, suivi pré et post-natal) dans les zones de crises nutritionnelles et à faible couverture sanitaire (moins de 60% dans un rayon de 5 km). * Développer des PCA intégrés avec les mêmes partenaires impliquant à la fois les trois structures de la PCIMA (CRENI, CRENAS et CRENAM) en élargissant la distribution des kits WASH aux CRENAM.

Référence dans le rapport Synthèses des résultats	Conclusions	Recommandations
Encadrés 15: • Au niveau central, le groupe nutrition paraît être le plus régulier dans ses rencontres et le plus fonctionnel dans ses actions de suivi et de pilotage ; ceux du WASH et de la santé sont moins réguliers, avec un faible engagement des secteurs gouvernementaux concernés. Pour le Cash transfert, les acteurs impliqués de la société civile se sont organisés dans un forum d'échanges d'expériences impliquant les agences des NU alors que le groupe éducation est considéré comme non fonctionnel. • Des Comités régionaux de coordination ont été mis en place sous la présidence des Walis dont la fonctionnalité est très variablement appréciée entre les régions ; les DRAS assurent une coordination technique des acteurs de nutrition élargie en fonction des cas au WASH et/ou à la protection. • Des problèmes de coordination régionale ont été à l'origine de ruptures de stocks plus ou moins longues en kits WASH. • En mettant en place les groupes dont elle a le leadership (nutrition et WASH) et en organisant techniquement et logistiquement les réunions, l'UNICEF déploie des efforts en vue d'une coordination renforcée entre acteurs ; pour les autres groupes (éducation et protection), peu d'actions de redynamisation ont été engagées par l'UNICEF dans le même sens.	✱ La réponse humanitaire a bénéficié d'un dispositif de coordination impliquant la plupart des intervenants et à différents niveaux ; cependant, d'importantes disparités existent en fonction des composantes, des niveaux, des régions et au sein d'une même institution ou d'une même région. La complémentarité des actions (lors des planifications centrales) disparaît au fur et à mesure des niveaux pour ne plus exister au niveau communautaire local. Le plaidoyer en faveur de plus de coordination n'aurait pas été suffisamment mené pour des secteurs (éducation et protection) où l'organisation détient le leadership.	✱ Renforcer le dispositif de coordination existant : - en mettant en place une instance nationale de pilotage de ces différents groupes et - en assurant les passerelles nécessaires entre ces groupes de coordination. ✱ Donner à ces groupes de coordination plus de pouvoir de décision et les rendre conjointement redevables des résultats de la composante et du programme. ✱ Renforcer le plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales et auprès des chefs d'agences de coopération (onusiennes ou bilatérales) afin de rendre le leadership gouvernemental effectif au sein des différents cadres de coordination.
Encadré 16: • De timides mécanismes ont été formalisés garantissant une certaine inter-sectorialité entre les différentes sections du Programme Mauritanie-UNICEF et aux différentes étapes de planification, de mise en œuvre et de suivi de cette réponse. Ces timides avancées ont concerné : - la mise en place d'une instance de coordination entre les sections impliquées, - la tenue de réunions régulières dans le cadre des réunions du Programme, - l'organisation de missions conjointes, ou - l'échange d'information à travers le canal approprié qui se sont améliorés au regard de la situation de 2012-2013. • Plusieurs exemples d'intégrations des actions sur le terrain constituent des avancées notables mais de nombreuses occasions manquées d'intégration méritent d'être prises en compte.	✱ La stratégie d'intégration engagée dans le cadre de cette réponse humanitaire a permis : - au niveau central, de mener la plupart des planifications de manière conjointe entre sections et/ou sous-composantes et - au niveau déconcentré, de réussir des tentatives d'intégration qui méritent d'être mieux formalisées et élargies à d'autres occasions manquées.	✱ Mettre en place un dispositif interne spécifique d'inter-sectorialité entre les composantes de la réponse humanitaire avec : - une instance formelle (commission) de coordination regroupant les responsables des sections et composantes impliquées et ayant les pouvoirs d'approbation et de décision, - des points focaux « urgence » dans ces différentes sections ou composantes et - un mécanisme formel et régulier d'échange d'information à travers le canal le plus approprié (ex : réseau d'information). ✱ Lister les différentes occasions manquées d'intégration et engager les sections et/ou composantes concernées à développer des stratégies et interventions permettant d'en assurer l'intégration.

Référence dans le rapport Synthèses des résultats	Conclusions	Recommandations
Encadré 2 : • En développant des accords de partenariat avec les ONG, l'UNICEF apporte un soutien financier à ces acteurs pour une action de proximité répondant directement aux besoins des populations. Cette collaboration a respecté les principes de partenariat tout en renforçant la prise en compte et l'application des principes et engagements de l'Organisation. • Cependant certaines ONG partenaires déplorent l'insuffisance de coordination et du suivi de leurs activités par l'UNICEF et des problèmes d'accès et de qualité de certains intrants WASH.	* Malgré l'apport jugé nécessaire et efficace, les efforts menés en direction du renforcement de la résilience des systèmes de santé, des affaires sociales, de l'hydraulique et assainissement face à la crise nutritionnelle restent insuffisants et les réponses développées par ces secteurs restent totalement tributaires des appuis de l'UNICEF et de ses partenaires.	* Mettre l'appui apporté au secteur santé en matière de formation, d'équipement, d'infrastructures et de mise en place des processus (ex: approvisionnement et stockage) dans le cadre d'un volet plus transversal de renforcement du système de santé en complémentarité avec les projets similaires appuyés par d'autres composantes (santé et VIH) ou par l'UE, par GAVI et par certains bilatéraux. * Appuyer la mise en application effective du module de nutrition par les enseignants des écoles primaires avec utilisation de jeux, de crates à images ou d'outils audiovisuels. * Evaluer les besoins de renforcement structurel des services déconcentrés relevant des départements des affaires sociales, de l'hydraulique et de l'assainissement, et cibler les volets devant être pris en charge dans le cadre des plans d'action de la SCAPP en cours d'élaboration
Encadré 11 : • Les interventions des Partenaires ont permis, quasi-systématiquement de former les acteurs locaux qu'ils soient communautaires ou travaillant dans le cadre de services gouvernementaux. Ces formations, souvent de courte durée, sont jugées insuffisantes ne bénéficiant pas de manière équitable à tous les acteurs communautaires engagés dans la réponse humanitaire. • Ces interventions des partenaires ont aussi permis le paiement, à des degrés et à des formes très disparates, de primes aux relais communautaires, ce qui a participé à une certaine forme de fidélisation. • Au-delà des formations et des primes au profit des relais communautaires engagés dans la réponse, aucun mécanisme de pérennisation de ces acteurs communautaires n'a été mis en évidence.		
Encadrés 17 : • Malgré le caractère cyclique de la crise, la seule action de préparation consiste en l'organisation d'une enquête SMART avec le MS. Cependant, sur certains aspects, cette réponse a facilité le relèvement précoce des ménages les plus touchés. • Les actions de nutrition, de WASH, de protection et de Cash transfert continuent au-delà de la crise, sans pour autant pouvoir s'attaquer aux causes structurelles de la crise et éviter sa réapparition ; cependant, certaines utilisations du Cash permettent à certains ménages d'acquiescer des sources de production alimentaire (chèvre, jardins, vente de couscous) et de développer ainsi des stratégies d'adaptation structurelle à ces crises. • Des passerelles entre urgence et développement ont été développées au sein des actions de nutrition telle que la PCIMA globalement intégrée dans les structures régulières de santé ; ce n'est pas le cas pour le dépistage des cas de MAS et pour les autres composantes de la réponse (WASH, protection, Cash transfert, éducation et C4D) où les actions restent à type de projets spécifiques menés à cet effet en partenariat limité dans le temps aux mois de la crise ou de la post-crise.	* La réponse apportée par l'UNICEF n'a pu être planifiée qu'après déclenchement de la crise, cependant, elle a facilité le relèvement précoce des ménages les plus touchés. En post-crise certaines interventions continuent sans pour autant s'attaquer aux causes structurelles et prévenir l'apparition de nouvelles crises ; il faut cependant noter que certaines utilisations du Cash transfert ont permis à certains ménages de mieux s'adapter et de prévenir les effets de ces crises sur la nutrition des enfants.	* Mettre en œuvre un Plan multisectoriel de nutrition impliquant les différents secteurs (agriculture, pêche, élevage, hydraulique, santé, éducation et sécurité alimentaire) et apportant les réponses à la fois structurelles et conjoncturelles à ces crises. * Inscrire davantage les actions d'urgence menées en matière de santé, d'éducation nutritionnelle, de WASH et de protection dans la durée en les intégrant aux programmes réguliers de l'UNICEF et en collaboration avec les autres PTF de ces secteurs. * Tirer les leçons des deux années de mise en œuvre du Cash Transfert et revoir : (i) les critères d'inclusion, (ii) les domaines d'utilisation du cash et (iii) le système de suivi.



Acronymes et abréviations*

AGR	Activité génératrice de revenu
AME	Allaitement maternel exclusif
C4D	Communication pour le Développement
Cash Transfert	Transfert monétaire
CCC	Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire ou Core Commitments for Children in humanitarian action
CNC	Centre de Nutrition Communautaire
CODEP	Comité Départemental de Coordination
CPN	Consultation prénatale
CR-MASEF	Coordinatrice Régionale du MASEF
CRENAM	Centre de récupération nutritionnel en ambulatoire des malnutris modérées
CRENAS	Centre de récupération nutritionnel en ambulatoire des malnutris sévères
CRENI	Centre de récupération nutritionnel en interne
CS	Centre de santé
CSA	Commissariat à la Sécurité Alimentaire
DRAS	Direction/Directeur Régional de l'Action Sanitaire
DREN	Direction/Directeur Régional de l'Éducation Nationale
DRHA	Direction/Directeur Régional de l'Hydraulique et de l'Assainissement
FAO	Food and Agriculture Organization
FEFA	Femmes enceintes et femmes allaitantes
FG	Focus group
FSMS	Food Security Monitoring System ou Enquête de suivi de la sécurité alimentaire
ICP	Infirmier-chef de poste de santé
IDEN	Inspection/Inspecteur Régional de l'Éducation Nationale
MAED	Ministère des Affaires économiques et du Développement
MAG	Malnutrition Aiguë globale
MAM	Malnutrition Aiguë modérée
MAS	Malnutrition Aiguë sévère
MASEF	Ministère des Affaires sociales, de l'Enfance et de la Famille
MCM	Médecin chef de Moughata
MHA	Ministère de l'hydraulique et de l'assainissement
Moughata	Département administratif
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire mondiale
PCA	Accord de coopération au titre des programmes
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDM	Post-distribution monitoring
PEC	Prise en charge
PFE	Pratiques familiales essentielles
PS	Poste de santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RC	Relais communautaire
SCAPP	Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SRO	Solution de réhydratation orale
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene ou Eau hygiène et assainissement
Wilaya	Région administrative

*Acronymes et définitions utilisés dans le rapport complet "Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'UNICEF à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015" et pour partie dans le présent résumé analytique.



Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'UNICEF à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015
Évaluation menée entre février et avril 2016
© Unicef Mauritanie 2017

Conception graphique et réalisation : ClairmabStudio // Claire Mabile – editing, rédaction : Denis Thiébaud
Cartographie : EdiCarto
Impression : STIPA
Crédits photos : © Unicef Mauritanie/ADragaj/2015



Connectez-vous avec nous :



www.unicef.org



www.twitter.com/unicef_mta
[twitter/voicesofyouth](https://twitter.com/voicesofyouth)



www.facebook.com/Unicef-Mauritanie
[www.facebook.com. voicesofyouth](https://www.facebook.com/voicesofyouth)

Unicef Mauritanie

Unicef Nouakchott
Îlot K Parcelle 146-151, BP 620
Mauritanie