REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

SYSTEME DES NATIONS UNIES

RAPPORT SUR LES PROGRES 2010 VERS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT (OMD) EN MAURITANIE

Rapport final

Avril 2010

Sommaire

SIGLES ET ABREVIATIONS 3

APERÇU SUR LA SITUATION DES OMD EN MAURITANIE EN 2010 4

INTRODUCTION 5

CONTEXTE 7

OBJECTIF 1 : REDUCTION DE L'EXTREME PAUVRETE ET DE LA FAIM 10

CIBLE 1.A : REDUIRE DE MOITIE, ENTRE 1990 ET 2015, LA PROPORTION DE LA POPULATION DONT LE REVENU EST INFERIEUR A UN DOLLAR PAR JOUR 10

CIBLE 1.B : ASSURER LE PLEIN-EMPLOI ET LA POSSIBILITE POUR CHACUN, Y COMPRIS LES FEMMES ET LES JEUNES, DE TROUVER UN TRAVAIL DECENT ET PRODUCTIF. 17

CIBLE 1.C : REDUIRE DE MOITIE, ENTRE 1990 ET 2015, LA PROPORTION DE LA POPULATION QUI SOUFFRE DE LA FAIM 20

OBJECTIF 2 : ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS 24

CIBLE 2.A : D'ICI A 2015, DONNER A TOUS LES ENFANTS, GARÇONS ET FILLES, PARTOUT DANS LE MONDE, LES MOYENS D'ACHEVER UN CYCLE COMPLET D'ETUDES PRIMAIRES. 24

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES 29

CIBLE 3 : ELIMINER LES DISPARITES ENTRE LES SEXES DANS LES ENSEIGNEMENTS PRIMAIRE ET SECONDAIRE D'ICI A 2005 ET SI POSSIBLE A TOUS LES NIVEAUX DE L'ENSEIGNEMENT EN 2015 AU PLUS. 29

OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS : 33

CIBLE 4 : REDUIRE DES DEUX TIERS, ENTRE 1990 ET 2015, LE TAUX DE MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS. 34

OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE 37

CIBLE 5 A : REDUIRE DE TROIS QUARTS, ENTRE 1990 ET 2015, LE TAUX DE MORTALITE MATERNELLE. 37

CIBLE 5 B : L'ACCES UNIVERSEL A LA SANTE DE LA REPRODUCTION D'ICI A 2015. 41

OBJECTIF 6 : D'ICI 2015, AVOIR MAITRISE LE PALUDISME ET D'AUTRES GRANDES MALADIES, ET AVOIR COMMENCE A INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE 42

CIBLE 8 : D'ICI 2015, AVOIR MAITRISE LE PALUDISME ET D'AUTRES GRANDES MALADIES, ET AVOIR COMMENCE A INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE. 42

L'ANALYSE DE LA SITUATION D'ENSEMBLE DU SECTEUR DE LA SANTE 46

OBJECTIF 7 : ASSURER LA DURABILITE ENVIRONNEMENTALE 48

CIBLE 7.A : INTEGRER LES PRINCIPES DU DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU PAYS ET RENVERSER LA PERTE DES RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES 48

CIBLE 7.B : REDUIRE LA PERTE DE BIODIVERSITE, EN REALISANT, EN 2010, UNE REDUCTION SIGNIFICATIVE DU TAUX DE PERTE 51

CIBLE 7.C : REDUIRE DE MOITIE, EN 2015, LA PROPORTION DES GENS SANS ACCES DURABLE A L'EAU POTABLE ET A L'ASSAINISSEMENT DE BASE 53

CIBLE 7.D : AMELIORER SENSIBLEMENT, D'ICI A 2020, LES CONDITIONS DE VIE D'AU MOINS 100 MILLIONS D'HABITANTS DES TAUDIS 57

OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT 58

CIBLE 8 A : POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME COMMERCIAL ET FINANCIER MULTILATERAL 59

CIBLE 8 B : TRAITER GLOBALEMENT LE PROBLEME DE LA DETTE DES PAYS EN DEVELOPPEMENT. 59

CIBLE 8 C : EN COOPERATION AVEC LE SECTEUR PRIVE, FAIRE EN SORTE QUE LES AVANTAGES DES NOUVELLES TECHNOLOGIES, EN PARTICULIER DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, SOIENT ACCORDES A TOUS 60

SIGLES ET ABREVIATIONS

BM	Banque Mondiale
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DPS	Dépenses Publiques de Santé
DS	Dépenses de Santé
EDSM	Enquête Démographique et de Santé
EPCV	Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des ménages
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
MICS	Enquête à indicateurs multiples
OMD	Objectifs du millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONS	Office National de la Statistique
PAM	Programme alimentaire mondial
PIB	Produit Intérieur Brut
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
PANE	Plan d'Action National pour l'Environnement et le Développement Durable
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SNU	Système des Nations Unies
UE	Union Européenne
UNDG	United Nations Development Group
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	Dollar des Etats-Unis
VIH/Sida	Virus Immunodéficitaire Humain- Syndrome Immunodéficitaire Acquis

APERÇU SUR LA SITUATION DES OMD EN MAURITANIE EN 2010

Légende

Probablement Potentiellement Invraisemblablement

Objectifs	Cibles	Perspectives d'atteinte de la cible
Objectif 1 : Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	**Cible 1.A :** Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	
	Cible 1.B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	
	Cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous les enfants	**Cible 2.A :** D'ici 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	
Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	**Cible 3 :** Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans	**Cible 4 :** Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	**Cible 5.A :** Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	
	Cible 5.B : L'accès universel à la santé de la reproduction d'ici 2015	
Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	**Cible 6 :** D'ici 2015, avoir maitrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	**Cible 7.A:** Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	
	Cible 7.B : Réduire la perte de biodiversité, en réalisant, en 2010, une réduction significative du taux de perte	
	Cible 7.C : Réduire de moitié, en 2015, la proportion des gens sans accès durable à l'eau potable et à l'assainissement	
	Cible 7.D : Réussir, d'ici 2020, à améliorer sensiblement les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis	

INTRODUCTION

Le présent rapport vise à tirer le bilan de la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en Mauritanie dix ans après l'adoption solennelle de cette déclaration par les chefs d'Etat et de gouvernement à New York lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Le Rapport 2010 s'efforce d'obéir aux recommandations contenues dans la note complémentaire sur les Rapports de pays sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ROMD) diffusée par le Groupe des Nations Unies pour le Développement en novembre 2009, tout en tenant compte du contexte mauritanien. C'est ce qui explique que le Rapport apporte une attention particulière à l'explication des performances constatées, aux inégalités qui caractérisent chaque cible, à l'impact des crises, et comporte des suggestions destinées à accélérer la marche vers les OMD. Pour la première fois le Rapport traitera des tous les objectifs, et prendra en compte les cibles qui ont été tardivement introduites dans les OMD (l'emploi, la santé de la reproduction, notamment).

La préparation du Rapport a grandement bénéficié de la diffusion des résultats de l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) portant sur 2008 et publiée en novembre 2009. Cette enquête a permis d'ajouter une observation aux séries qui figuraient dans le dernier Rapport (2008), qui avait marqué une étape dans l'enrichissement des données et leur analyse.

Le suivi des indicateurs ne se pose pas dans les mêmes termes selon les objectifs. Le taux de mortalité maternelle s'impose évidemment lorsque l'on veut mesurer la situation relative à l'objectif 5 : Améliorer la santé maternelle. Mais il en va différemment pour l'objectif 6 : Combattre le VIH-SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Quelles sont les « autres maladies » visées ? Comment mesurer la « maîtrise » de la maladie, le renversement de la propagation ? La stagnation des indicateurs suffit-elle ? La situation est encore plus délicate lorsque l'on considère les objectifs 7 et 8. On se heurte à l'absence d'indicateurs et à la difficulté de porter un jugement qualitatif sur des variables dont certaines ne sont pas identifiées dans les directives concernant les ROMD. Les principales difficultés rencontrées pour l'élaboration de ce rapport tiennent à la quasi absence de données concernant l'environnement et l'évolution des écosystèmes.

En matière de genre, les données sexo-spécifiques manquent qui permettraient de mesurer les discriminations dont sont victimes les femmes dans le domaine économique, mais aussi les violences dont elles sont victimes. L'interprétation des données disponibles sur l'emploi, le taux d'activité des femmes, le chômage sont délicates étant donné l'absence de prise en compte d'une partie importante de leurs activités, notamment à l'intérieur des ménages. Les informations épidémiologiques disponibles sont en outre insuffisantes pour cerner la situation et la dynamique des grandes maladies que le ROMD entend suivre.

La préparation du Rapport s'est efforcée d'être participative, même si le cadre temporel retenu a constitué un obstacle. Un Comité de pilotage regroupant les représentants des différents Ministères concernés par la question et de la société civile a été mis en place par le Ministre des Affaires Economiques et du Développement (MAED). Le Comité de Pilotage s'est réuni à deux reprises avant le lancement du travail de préparation puis pour donner son avis sur la première version du Rapport qui lui a été soumise. La première version a largement circulé, et a été l'objet de commentaires et de suggestions précieuses de la part du Comité de Pilotage, du gouvernement, des PTF, notamment des partenaires du Système des Nations Unies, et d'organisations de la société civile. Les rédacteurs se sont efforcés de tenir compte des suggestions reçues.

La version améliorée du rapport a fait l'objet d'un atelier national de validation qui a réuni le 30 mars 2010 à Nouakchott les membres du Comité de pilotage, des Parlementaires et les représentants des PTFs. La version finale du rapport tient notamment compte des contritions recueillies au cours de cet atelier.

Au niveau du SNU, la coordination technique de l'élaboration du Rapport a été assurée par l'Economiste Principal du PNUD qui a bénéficié de l'appui des membres du Groupe Suivi-Evaluation de l'UNDAF regroupant les représentants des Agence Résidentes. En outre, les différentes versions du Rapport ont été

partagées avec le RBA, les Conseillers du Centre Régional de Dakar, ainsi que les Agences Non Résidentes, qui ont fait part de leurs observations.

A l'heure où se met en place le **processus de préparation du plan d'action 2011-2015 du CSLP**, l'avancement du pays en matière d'OMD met l'accent sur des déficits et défaillances dans le pilotage et la gestion du développement qui devraient être pris en charge par la prochaine stratégie. Les retards les plus importants concernent la santé, l'environnement et l'emploi. Les déséquilibres les plus forts sont attachés au monde rural, dont la pauvreté est persistante. L'accélération de la marche vers les OMD implique donc une révision des stratégies dans ces domaines, ce rapport suggérant des orientations allant dans ce sens. Au-delà des stratégies, une sensible amélioration de la gouvernance politique, économique et administrative semble indispensable, afin de garantir la mise en œuvre effective des orientations retenues, ainsi que le suivi et l'évaluation de leur impact. La Mauritanie dispose des atouts nécessaires pour relever ces défis.

Les perspectives économiques prometteuses, avec notamment la reprise de la coopération avec les principaux techniques et financiers, suite au retour à l'ordre constitutionnel en août 2009, avec à la clé l'amorce d'un ambitieux programme de réformes économiques et sectorielles, combinée à une évolution favorable de la conjoncture internationale, augurent de meilleurs espoirs quant à la mise en place des conditions favorables à l'atteinte des OMD. Le taux de croissance économique moyen attendu serait de 4,2% par an au cours des 4 prochaines années, après la contraction de -1,1% relevée en 2009. Toutes choses étant égales par ailleurs, cette dynamique permettrait de faire un pas considérable à l'horizon 2015 en ce qui concerne beaucoup de cibles des OMD.

CONTEXTE

La situation de la Mauritanie est contrastée. Le pays est effectivement en mesure de réaliser certains des Objectifs ; pour d'autres, il progresse et approchera les cibles qui ont été arrêtées. Mais il existe des domaines où les progrès sont très insuffisants et appellent des changements d'orientation et des efforts redoublés.

Les indicateurs disponibles montrent que les Objectifs peuvent être atteints en matière d'accès universel à l'enseignement fondamental (objectif 2), ce qui constitue une avancée remarquable dans la mesure où le taux net de scolarisation dans le primaire était de 49 % seulement en 1990 ! De même, toujours dans le secteur de l'éducation, la parité filles/garçons a été atteinte dans l'enseignement fondamental en 2000/2001 (composante de l'objectif 3). Le rapport filles/garçons était de 0,72 en 1990.
Dans le domaine de l'eau, on peut espérer atteindre une proportion d'accès à un approvisionnement en eau « amélioré » (satisfaisant) de l'ordre de 74 % en 2015, alors que cette proportion était de 37 % en 1990, ce qui serait conforme aux OMD (composante de l'objectif 7).

Enfin, les indicateurs disponibles en matière de VIH-SIDA, paludisme et tuberculose (objectif 6) montrent que ces maladies ne progressent plus et que l'on est en mesure de renverser la tendance à leur expansion et d'atteindre les OMD correspondants.

Dans d'autres domaines, des progrès importants ont été réalisés, mais ne permettront pas d'atteindre les OMD. Il s'agit de la réduction de la pauvreté (objectif 1). A partir d'une incidence de la pauvreté de 57% en 1990, la Mauritanie a atteint un taux de 42% en 2008, ce qui correspond à une baisse de 15 points. La parité filles/garçons (objectif 3) n'est toujours pas réalisée dans l'enseignement secondaire (33 % pour les garçons, contre 28% pour les filles en 2008). Les disparités sont encore plus affirmées dans l'enseignement supérieur. L'écart n'est pas tel dans le secondaire qu'il ne puisse pas être réduit dans les années qui viennent si une stratégie d'envergure est mise en œuvre. La participation des femmes aux décisions politiques a connu une remarquable amélioration depuis 2006, même si des progrès sont encore nécessaires par rapport aux OMD.

Pour un dernier groupe d'objectifs**, la situation demeure préoccupante et les évolutions ne sont pas satisfaisantes.** Il s'agit tout d'abord des objectifs 4 et 5 relatifs à la santé. Les progrès enregistrés laissent augurer des indicateurs éloignés des cibles retenues dans les OMD en matière de mortalité infantile (122‰ en 2007, alors que la cible est de 45‰ en 2015) et maternelle (686 pour 100 000 naissances vivantes en 2007, alors que la cible est de 232). Il en va de même en matière de santé de la reproduction, alors que le taux de prévalence de la contraception chez les femmes mariées de 15 à 49 ans était de 9% en 2008. On a vu que l'évolution de la situation dans le domaine des grandes maladies (Sida, tuberculose et paludisme) était pourtant sous contrôle. Mais il s'agit là de secteur fortement appuyés par la communauté internationale.

Les progrès ont été lents en matière de réduction de l'extrême pauvreté, qui frappait encore 39 % des enfants en 2008, selon l'indicateur d'insuffisance pondérale qui a été retenu pour mesurer le phénomène, au lieu de 47% en 1990.

La dégradation des écosystèmes et de la biodiversité n'a pas trouvé de réponse appropriée, sous l'effet non seulement de pressions anthropiques et d'une faible mise en œuvre des stratégies, mais aussi du bouleversement du système climatique en cours. Si l'approvisionnement des populations en eau progresse de façon satisfaisante (62 % des ménages avaient un accès à des approvisionnements en d'eau améliorées en 2008, contre 37% en 1990), la situation en matière d'assainissement reste très préoccupante (22 % des ménages avaient accès à un système amélioré d'assainissement en 2008). Les discriminations à l'égard des femmes demeurent fortes, notamment en matière économique, et il leur est toujours très difficile de faire reconnaître les droits qui sont légalement les leurs. Enfin, en matière d'emploi, la situation de la Mauritanie n'est guère satisfaisante, le taux de chômage (31% en 2008) et de sous-emploi (14% en 2008) étant élevé, et le secteur informel très dominant (85% de l'emploi en 2008).

Au total, le suivi des OMD montre que les déficits principaux concernent le secteur de la santé, de l'environnement, de l'emploi et de certaines composantes importantes du genre.

Ces forces et ces faiblesses trouvent leurs sources dans les caractéristiques du processus de développement à l'œuvre en Mauritanie.

Un des principaux enseignements de l'étude de ce processus concerne **le monde rural**. Les indicateurs disponibles montrent que la pauvreté se maintient à un haut niveau en milieu rural, qui accueille environ 50% de la population. 78% de la pauvreté en Mauritanie est concentrée dans le milieu rural, proportion qui a augmenté entre 2004 et 2008. Les stratégies successives de lutte contre la pauvreté (CSLP) ne sont donc pas parvenues à réduire le phénomène dans le milieu rural, ce que confirme l'enquête sur les conditions de vie des ménages de 2008. Cela s'explique par le très faible impact des stratégies de développement de la production agricole et pastorale, qui reste très irrégulière et qui recule sensiblement en tendance. Par ailleurs, le développement des services de base ne progresse guère en milieu rural, ce qui reflète une incapacité à cibler les interventions de l'Etat au profit des plus défavorisés. Il est clair qu'une accélération de la réduction de la pauvreté qui permettrait de se rapprocher de l'objectif 1 des OMD suppose une révision profonde de la stratégie de développement du monde rural, et une mise en œuvre effective de ces nouvelles orientations.

Le processus de développement mauritanien a été marqué par de graves difficultés au niveau des différentes dimensions de **la gouvernance**. Cela concerne tout d'abord la gouvernance politique, marquée par une forte instabilité depuis 2003, qui conduit à concentrer l'énergie des décideurs sur d'autres sujets que le développement. La gouvernance économique, telle qu'elle est mesurée par les principaux indicateurs internationaux (Banque mondiale, Transparency International…) montre que la Mauritanie appartient au groupe des pays dont le niveau est durablement faible.

Enfin, la gouvernance administrative n'est pas plus satisfaisante, l'administration ne constituant pas un acteur transparent, efficient et efficace aux yeux des autres acteurs. La mauvaise gouvernance des administrations de l'éducation, de la santé et du développement rural expliqueraient pour une bonne part les performances décevantes enregistrées dans ces domaines.

Un des aspects de cette mauvaise gouvernance est illustré par le faible rôle joué par les CSLP successifs dans la lutte contre la pauvreté et pour le développement. Malgré une analyse sans concession des faiblesses du CSLP I, le CSLP II n'est pas parvenu à s'imposer comme référence et instrument central du développement. Il est resté sans influence sensible sur les allocations budgétaires notamment les investissements publics. Alors que les données sur les inégalités spatiales et socio-économiques, et sur la situation très préoccupante du monde rural étaient largement diffusées, les CSLP n'ont pas permis d'affronter ces situations : le secteur rural a continué de se dégrader, et les créations d'emplois ont été sans commune mesure avec les besoins, conduisant à la poursuite de l'expansion d'un secteur informel. Une réorientation des stratégies, nourries par les enseignements des enquêtes sur les ménages, est donc nécessaire et devra être complétée par un renforcement du statut du CSLP et de sa mise en œuvre.

La Mauritanie a dû faire face à **des crises sérieuses** qui ont amenuisé sa capacité d'action. Il s'agit tout d'abord des crises climatiques, récurrentes depuis les années 1960, qui affaiblissent les capacités du secteur productif rural (agriculture, élevage) et installent le pays dans une situation de dépendance alimentaire croissante. Les stratégies de développement rural ne sont pas parvenues à prendre en charge les effets de ces crises. A partir de 2003, la Mauritanie s'est préparée à l'arrivée de l'ère pétrolière. Une surestimation importante des flux de recettes issues du pétrole a conduit à des décisions inappropriées en matière de finances publiques, sur lesquelles il a été difficile de revenir (effet de cliquet).

La Mauritanie a en outre été frappée par la crise alimentaire et énergétique de 2007-2008, qui a conduit à un brusque renchérissement des prix internationaux des denrées de base et de l'énergie. Les réponses d'urgence du gouvernement ont limité mais pas supprimé l'impact sur les populations pauvres. La crise financière mondiale qui sévit depuis 2008 a touché la Mauritanie, à un moment où le pays traversait une grave crise politique. Elle a conduit à un brusque retournement de l'évolution du PIB, qui régressera (-1 %

environ selon les données provisoires) en 2009. Ce résultat reflète notamment le retournement des marchés mondiaux, particulièrement celui du fer dont les recettes d'exportation sont passées de 823 millions de $ EU en 2008 à 521 millions en 2009 selon la BCM. La crise politique a par ailleurs conduit à un gel d'une partie de l'aide publique au développement de partenaires importants comme la BM et l'UE en 2008 et 2009. La combinaison de ces facteurs défavorables a donc induit une baisse du PIB, qui touchera inévitablement la population et retardera l'atteinte des OMD.

OBJECTIF 1 : REDUCTION DE L'EXTREME PAUVRETE ET DE LA FAIM

Cible 1.A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

L'objectif à atteindre est un taux d'incidence de la pauvreté de 28,3 % en 2015.

Indicateurs	*1990*	*1996*	*2000*	*2004*	*2008*
N°1 - Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour	56,6 %	54,3 %	51 %	46,7%	42%
N° 2 – Ecart de pauvreté *(Incidence* x *Profondeur)*	15,9 %	9,9%	8,7%	7,1%	6,1%
N°3 - Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale	4,6%	5,4 %	5 %	6,7%	6,3%

(Source : EPCV)

1. Le diagnostic

1.1 L'évolution de la pauvreté :

Selon les enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV) successives[1], la pauvreté monétaire a enregistré une diminution continue depuis 1990, le taux d'incidence de la pauvreté était de 56,6% en 1990, 54,3% en 1996, puis 51% en 2000, 46,7% en 2004 et 42% en 2008, soit une réduction de 14,6% en 18 ans et, donc, un rythme annuel moyen de régression d'environ 0,8 %.
Ce rythme a été faible entre 1990 et 1996, et s'est accéléré depuis 2000.

Le nombre de pauvres a toutefois continué à augmenter (1 382 200 en 2008), sous l'effet conjugué du rythme soutenu de la croissance démographique (2,4%), de l'insuffisance des taux de croissance économique réalisés sur la période par rapport aux objectifs et du faible ancrage de cette croissance dans la sphère économique des pauvres (milieu rural notamment).

Les indicateurs d'écart[2], qui reflètent l'évolution de l'inégalité au sein des pauvres, montrent que la profondeur de la pauvreté a baissé de 28,2% en 1990 à 17% en 2000 et à 14,5% en 2008. La sévérité de la pauvreté a eu une évolution relativement comparable, baissant de 18,1% en 1990 puis à 6,9% en 2004 pour se maintenir à ce même niveau en 2008.

L'extrême pauvreté, quant à elle, s'est réduite, passant de 36,1 % en 1996 à 25,9 % en 2008, mais à une rythme plus faible entre 2004 et 2008 (27,9 à 25,9 %).

Cependant, cette évolution, différenciée selon les périodes, cache d'importantes disparités.

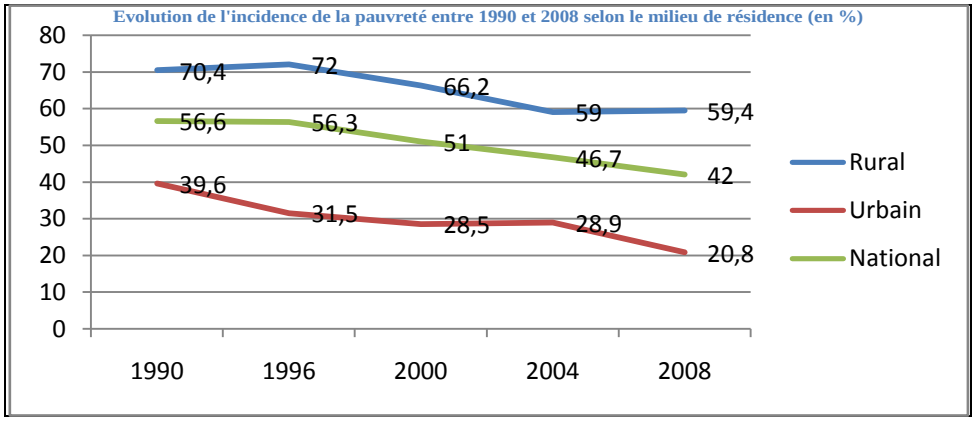
1.2 L'évolution selon le milieu de résidence, les wilayas, les groupes socioéconomiques et le genre

[1] Les EPCV ont été réalisées en 1990, 1996, 2000, 2004 et 2008 et ont permis l'élaboration de profils de pauvreté du pays. Le seuil de pauvreté retenu est celui de la Banque mondiale, qui est de 1 US$ par jour et par
[2] On se réfère ici aux indices de Foster, Greer et Thorbecke : P0 mesure l'incidence de la pauvreté, c'est-à-dire la proportion de la population dont les revenus estimés sont inférieurs au seuil de pauvreté ; P1 est un indicateur de profondeur de la pauvreté qui prend en compte l'écart entre les dépenses des pauvres et la ligne de pauvreté ; P2 est un indicateur de sévérité de la pauvreté, qui donne plus de poids aux revenus les plus faibles.

a) La pauvreté est massivement rurale et s'accentue dans ce milieu entre 2004 et 2008 :

L'analyse de l'évolution de la pauvreté selon le milieu de résidence montre que la pauvreté demeure massivement un phénomène rural : en 2008, le milieu rural contribuait à hauteur de 77,7% (2,9 points de plus qu'en 2004) à la pauvreté nationale. Près de 60% des ruraux (59,4%, soit une hausse de 0,4 point par rapport à 2004) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, alors que ce taux n'était que de 20,8 % pour les urbains.

Le graphique ci-après montre l'évolution de l'incidence de la pauvreté selon le milieu de résidence.



Source : EPCV

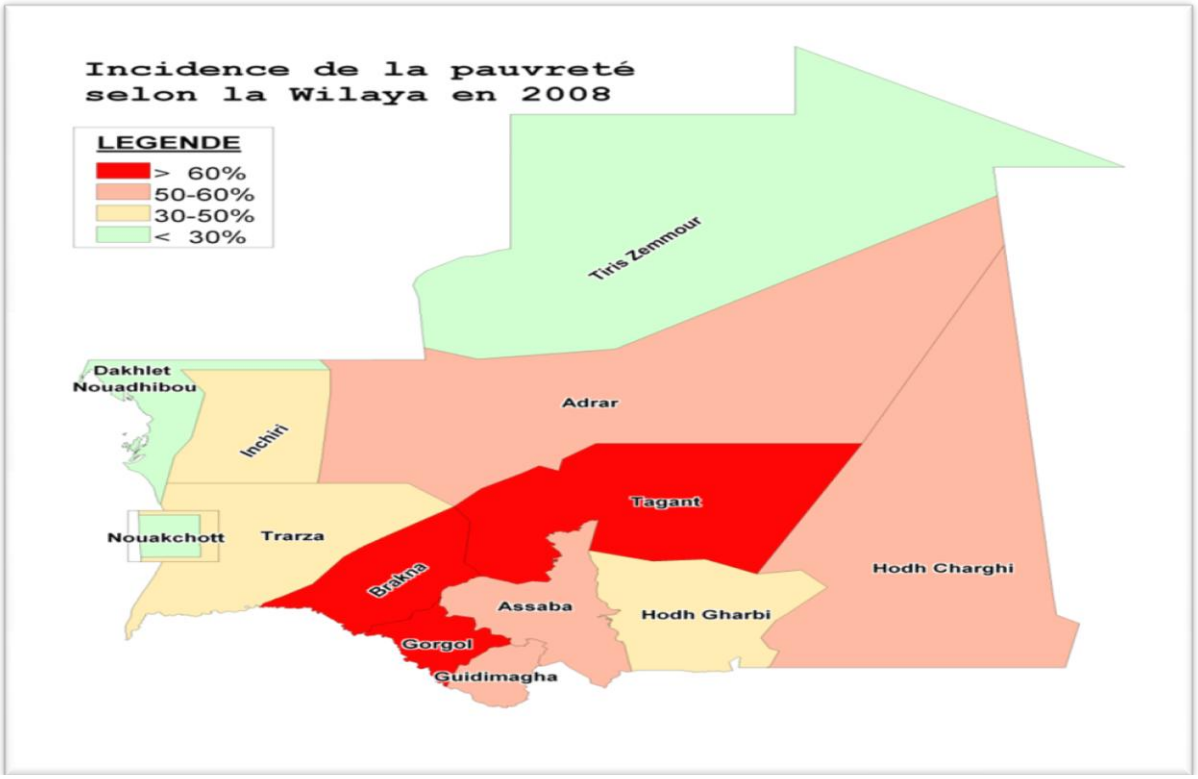
Sur l'ensemble de la période, l'incidence de la pauvreté a baissé à un rythme annuel moyen sensiblement plus modeste en milieu rural qu'en milieu urbain, et alors que l'incidence baissait de huit points en milieu urbain entre 2004 et 2008, elle s'accroissait très légèrement en milieu rural.

On peut également noter que les indicateurs d'écart montrent que la pauvreté est plus profonde et plus sévère dans le monde rural. Ainsi, les indicateurs de profondeur et de sévérité (P1 et P2) ont-ils augmenté entre 2004 et 2008 en milieu rural, passant respectivement de 20,6% à 22,3% et de 9,6% à 11,1%, alors que, sur la même période, ils baissaient en milieu urbain, passant respectivement de 7,6% à 4,9% et de 3% à 1,7%.

L'évolution de l'extrême pauvreté selon le milieu de résidence confirme aussi la forte prévalence de la pauvreté en milieu rural. Ainsi, alors que le pourcentage d'individus vivant au dessous du seuil d'extrême pauvreté baissait, entre 2004 et 2008, au niveau national et en milieu urbain, passant respectivement de 28,8% à 25,9% et de 13,8% à 7,7%, il augmentait en milieu rural, évoluant de 39,1% à 40,8%.

La répartition spatiale de l'incidence de la pauvreté, selon les wilayas, est en conséquence restée très inégalitaire et reflète le clivage rural/urbain, les wilayas essentiellement rurales (à économie agropastorale principalement) étant celles où la prévalence de pauvreté est la plus élevée. Ainsi, selon l'EPCV 2008, on distinguait quatre groupes de wilayas et on notait que sept de ces wilayas continuaient à afficher une incidence de la pauvreté supérieure à 50% :

- Le groupe 1 composé du Tagant, du Gorgol et du Brakna, soit les trois wilayas où l'incidence de la pauvreté dépasse 60 % ;
- Le groupe 2 où l'incidence se situe entre 55 et 60 % constitué de quatre wilayas : Hodh El Charghi, Adrar, Guidimagha et Assaba ;
- Le groupe 3 formé par les trois wilayas où l'incidence se situe entre 30 et 50 % : Hodh El Gharbi, Trarza et Inchiri ;
- Le groupe 4, incluant les trois wilayas où l'incidence est inférieure à 20 % : Dakhlet Nouadhibou ; Tiris Zemmour et Nouakchott.



Source : ONS, Profil de la pauvreté 2008-2009

Ainsi, le Tagant est la wilaya qui affiche l'incidence de la pauvreté la plus élevée (67,8%) suivie du Gorgol et du Brakna avec une incidence respective de 66,5% et 63,9%.

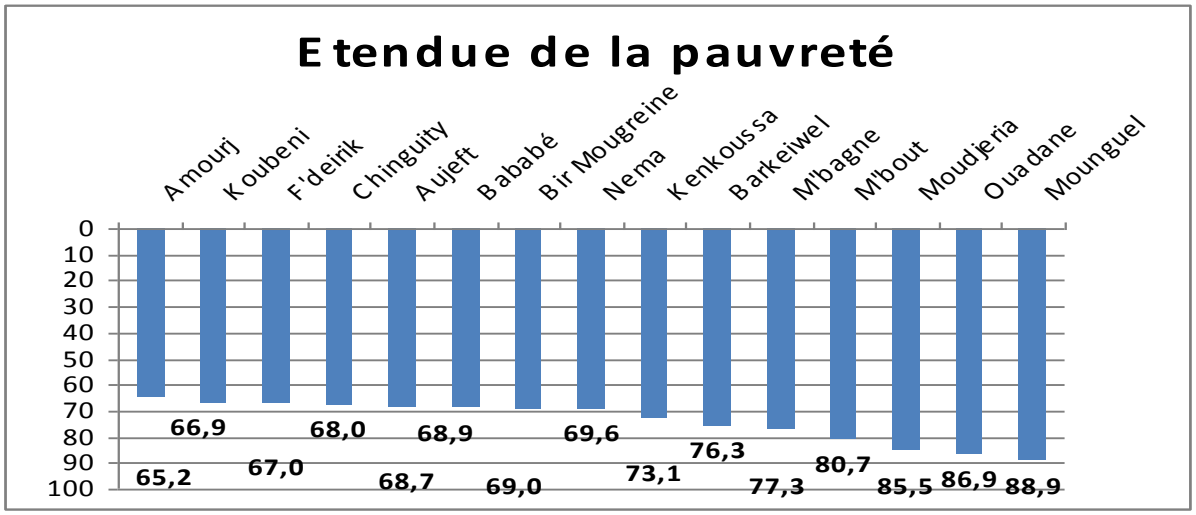
L'analyse de l'extrême pauvreté selon les wilayas montre les mêmes tendances que celles observées pour l'incidence de la pauvreté, sa profondeur et sa sévérité.

La comparaison des résultats de l'EPCV 2008 à ceux de l'édition 2004 fait ressortir une aggravation de la pauvreté dans trois wilayas du pays : l'Adrar, l'Assaba et le Hodh El Charghi (respectivement de 18 points, 12 points et 8 points).

Elle fait également ressortir que les wilayas de l'Inchiri, du Trarza, du Tiris-Zemmour et de Nouakchott sont celles qui ont enregistré les baisses de pauvreté les plus importantes, respectivement de 19, 15, 13 et 10 points.

L'analyse par moughataa, disponible uniquement pour 2008, montre que 28 des 53 moughataa du pays, soit plus de la moitié, affichaient un taux d'incidence de la pauvreté supérieur à 50%. Elle montre également qu'il y a un groupe 15 de moughataa où ce taux est supérieur à 65%. Le graphique ci-dessous en fournit les détails.

.



Source : ONS, Profil de la pauvreté 2008-2009

b) L'analyse comparative de l'évolution de l'étendue de la pauvreté selon le statut socio-économique du chef de ménage (GSE) et le genre présente des évolutions contrastées.

Entre 2004 et 2008[3], l'incidence de la pauvreté a augmenté de 5,5 points chez les ménages des ***indépendants agricoles***, qui sont les plus pauvres. En 2008, 70 % des membres de ces ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté.

A l'opposé, les ménages dirigés par des salariés du secteur public, groupe le moins pauvre, ont vu leur incidence de la pauvreté baisser de 3,5 points, passant de 25,3% en 2004 à 21,8% en 2005, sous l'effet notamment des hausses de salaires de 2006 et 2007.
L'incidence de la pauvreté a diminué de 6 points pour les indépendants non agricoles.

Les résultats indiquent que si l'incidence de la pauvreté varie évidemment selon les groupes socioéconomiques, c'est la différentiation spatiale qui est la plus spectaculaire. Mais il existe bien sûr un rapport étroit entre la pauvreté des agriculteurs et celle qui caractérise les wilayas rurales.

La caractérisation de la pauvreté selon le sexe du chef de ménage révèle que l'incidence de celle-ci est moins importante chez les ménages dirigés par une femme. L'examen de l'évolution montre que l'incidence de la pauvreté dans ces ménages a gardé pratiquement le même niveau durant la période 1996-2004. En effet, cette incidence est passée de 46,4% en 1996 à 45,6% en 2000, puis 44% en 2004, soit un recul de 2,4 points sur la période, bien moins important que la moyenne nationale (4,3 points). Entre 2004 et 2008, cette incidence a baissé de 3,7 points, soit une diminution plus accentuée.

La proportion de ménages dirigés par une femme a sensiblement diminué entre 1996 et 2004, passant de 27,7% à 19,2% (20,5% en 2000). En 2008, l'EPCV indique que cette proportion était de 31,3% et explique cette importante évolution, par rapport à 2004, par un effritement du modèle « couple avec enfants » vers des modèles principalement de type monoparentaux[4].

Diverses études suggèrent qu'il conviendrait de ne pas considérer le ménage comme une unité satisfaisante pour étudier la pauvreté. Des observations montrent en effet que la répartition des revenus au sein des

[3] Selon l'EPCV, les ménages constitués de couples avec enfants, qui représentaient 52% de l'ensemble des ménages en 2004, n'en représentaient plus que 41% en 2008. Parallèlement, on remarque entre 2004 et 2008, une augmentation de la part relative des ménages monoparentaux nucléaires (10% et 18% respectivement), des ménages monoparentaux élargis (6% et 9% respectivement). La part relative des autres types de ménages (unipersonnel, couples sans enfants, famille élargie) n'a quasiment pas varié entre 2004 et 2008.

ménages est inégalitaire et profite aux hommes. On peut donc avoir des femmes en situation de pauvreté au sein de ménages qui ne sont pas pauvres…

2. L'analyse des contraintes et obstacles à la réduction de la pauvreté

La Mauritanie fait face à plusieurs contraintes, pour la plupart structurelles, qui constituent autant d'obstacles sérieux à la réduction de la pauvreté à un rythme qui permettrait l'atteinte de la cible OMD.

La première contrainte réside dans le ***faible degré de mise en œuvre et l'inefficacité des politiques publiques de développement affichées***. Le CSLP, cadre de développement officiel, est marqué par un faible niveau d'appropriation de la part des acteurs concernés. Le CSLP n'a pas réellement été utilisé comme cadre de référence pour la programmation, le suivi et l'évaluation des politiques publiques. Les dépenses publiques ne reflètent pas les orientations des CSLP qui entendent lutter contre la pauvreté. Les deux CSLP n'ont pas permis d'inverser la tendance à l'aggravation de la pauvreté en milieu rural et ne sont pas parvenus à toucher les populations les plus démunies malgré les ciblages visés par les Programmes Régionaux de Lutte contre la Pauvreté (PRLP).

Cette contrainte pose le problème de la ***gouvernance globale du pays***, qui souffre de dysfonctionnements sérieux, tant sur le plan politique (l'instabilité domine depuis 2003), qu'économique (les indicateurs de la Banque Mondiale et de Transparency international illustrent les déficits) ou administratif.

Le deuxième obstacle tient au caractère peu redistributif de l'économie mauritanienne, dont la partie moderne est dominée par quelques groupes oligopolistiques, et dont la base productive est peu diversifiée, extravertie et faiblement intégrée. Cela limite les effets d'entraînement et donc l'impact de la croissance, tant en termes de création d'emplois que de génération de revenus.

Cet obstacle est d'autant plus difficile à surmonter qu'on assiste, notamment depuis le début des années 2000, à une forte tertiairisation de l'économie et au développement d'une croissance essentiellement tirée par des secteurs qui constituent, en grande partie, des rentes pour l'Etat et l'élite économique du pays et ne profitent pas directement aux pauvres, tant en termes de valorisation de leur potentiel productif (essentiellement rural) que de création d'emplois.

La troisième contrainte réside dans la forte dépendance du pays vis-à-vis de l'extérieur : cela se manifeste tout d'abord au niveau de l'aide publique au développement (APD). Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2009, la Mauritanie est un des pays dont l'APD par habitant est la plus élevée[5] : elle atteignait 116 $ EU par habitant en 2007, ce qui équivaut à environ 12 % du PIB. Les exportations reposent sur les produits de base (fer et autres métaux, produits de la pêche, pétrole) dont la fluctuation des cours a des incidences sensibles et déstabilisantes sur les finances publiques et la balance des paiements. Les facteurs de croissance endogènes sont faibles et peu dynamiques. La dépendance alimentaire s'accroît. Le développement du secteur rural reste dominé par des activités fortement liées à la pluviométrie, qui est incertaine et en recul depuis les années 1960. Les stratégies de développement rural, qui ont mobilisé une forte aide extérieure, ont été des échecs. Les perspectives de l'avènement de l'ère pétrolière ont été fortement surestimées.

A côté de ces contraintes structurelles, la crise alimentaire et énergétique de 2007-2008, la crise politique de 2008-2009, la crise financière mondiale et les effets des changements climatiques ont et auront au cours des prochaines années, un impact négatif sur le rythme de réduction de la pauvreté.

En effet, la crise alimentaire et énergétique, par le renchérissement brutal du prix de certaines denrées alimentaires de base (céréales…), a affecté le pouvoir d'achat des ménages, notamment les plus pauvres, malgré le plan d'urgence mis en place par le gouvernement.

[5] Si l'on excepte les petits Etats insulaires et les pays en sortie de crise.

La crise financière qui s'est fortement développée en 2008, couplée à la suspension de l'appui financier de certains des plus importants partenaires du pays, du fait du contexte politique mauritanien entre mai 2008 et août 2009, a eu pour effet de différer le démarrage d'importants programmes et projets de développement qui devaient contribuer à la croissance, à la création d'emploi, et, partant, à la réduction de la pauvreté.

La crise climatique, par ses différentes manifestations (sécheresse, intempéries, inondations,…), accentue le déficit alimentaire, déjà chronique, du pays et engendre des pertes de capital (bétail, champs de culture, habitation, etc.) qui appauvrissent davantage des milliers de mauritaniens et font basculer dans la pauvreté les plus vulnérables, notamment en milieu rural et périurbain.

3. Les propositions d'orientation pour améliorer le rythme de réduction de la pauvreté

Le processus d'élaboration de la troisième phase du CSLP, couvrant la période 2011-2015 (CSLP III), a été lancé début 2010. Il constituera une opportunité à saisir par les autorités mauritaniennes et leurs partenaires techniques et financiers (PTF) pour mettre, davantage que par le passé, l'accent sur les réformes indispensables à la réduction de la pauvreté. Cela implique notamment une amélioration sensible de la gouvernance globale du pays, de l'efficacité de ses politiques publiques, et de sa capacité de mobilisation et d'absorption des ressources financières.

La première proposition concerne le contenu du CSLP, qui doit tenir compte des échecs enregistrés dans la réduction de la pauvreté rurale. La réduction de la pauvreté passe par une ***transformation du monde rural,*** qui ne peut se réduire à un exode vers les villes. C'est la promotion d'une croissance ancrée dans le monde rural qui est ici indispensable, à côté de la promotion d'une croissance du secteur moderne et urbain. La lutte contre la pauvreté passe donc tout d'abord par l'identification des contours d'une telle croissance, impliquant le monde rural.

D'une façon plus générale, la réduction de la pauvreté passe par la promotion d'emplois. C'est de l'identification des caractéristiques d'un processus ***de croissance créateur d'emplois***, notamment en milieu rural que dépendra l'atteinte des objectifs de réduction de la pauvreté. La création d'emplois ne peut être considérée comme une résultante mécanique de la croissance. ***Le processus de croissance doit être défini en fonction de sa capacité à créer des emplois.*** Cette problématique était largement absente des deux premiers CSLP.

La réduction de la pauvreté ne passe pas uniquement par la croissance. Elle implique aussi qu'une ***redistribution s'opère au bénéfice des plus démunis***. Une croissance élevée, mais peu redistributive et peu créatrice d'emplois ne réduira guère la pauvreté. La redistribution, c'est notamment l'orientation d'une part croissante des dépenses publiques vers les plus démunis. Cela suppose par exemple que l'on développe l'offre de services de base dans le monde rural, en s'appuyant pour déterminer les priorités sur la carte de la pauvreté, afin de cibler les actions. Des initiatives d'envergure sont nécessaires dans le domaine de la santé, où les indicateurs sont particulièrement faibles, mais aussi dans l'éducation, l'eau, l'énergie et l'habitat. Les Programmes Régionaux de Lutte contre la Pauvreté devraient refléter ces préoccupations. L'allocation des ressources publiques consacrées à la santé, qui contribue à une concentration des moyens à Nouakchott et dans les villes au détriment des postes et centres de santé et du monde rural, illustre les changements qui sont nécessaires.

La ***deuxième recommandation*** suppose un changement du statut du CSLP. Un large consensus existe pour considérer que les deux premiers CSLP ont fort peu influencé les politiques sectorielles. Les priorités du CSLP n'ont guère eu de traduction dans les dépenses publiques, dans l'allocation des investissements et des ressources humaines. Il est indispensable que ***le CSLP ait un fort contenu en matière de réduction de la pauvreté et acquière un statut politique tel qu'il serve effectivement de référence aux décisions publiques*** dans des secteurs-clefs comme la santé, l'éducation, les infrastructures (transports, énergie, eau, assainissement…). Cela implique que les secteurs eux mêmes élaborent des stratégies de réduction de la pauvreté, dans un cadre participatif. Rendre effectif la réduction de la pauvreté suppose que le budget de l'Etat reflète cette préoccupation. Les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) constituent des outils appropriés dans une telle perspective. Le CSLP ne doit pas rester virtuel. Il doit être

mis en œuvre, suivi, évalué. Au niveau du monde rural, les PRLP constituent un cadre d'intervention susceptible de cibler les plus démunis, et d'engager des actions identifiées avec les populations, qui doivent être impliquées non seulement dans l'identification, mais aussi dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

4. Les perspectives

Pour apprécier la probabilité d'atteinte de la cible OMD, on peut tout d'abord envisager trois scenarios d'évolution, basés sur l'extrapolation sur la période 2008 - 2015 des rythmes de régression de la pauvreté observés entre 1990 et 2008.

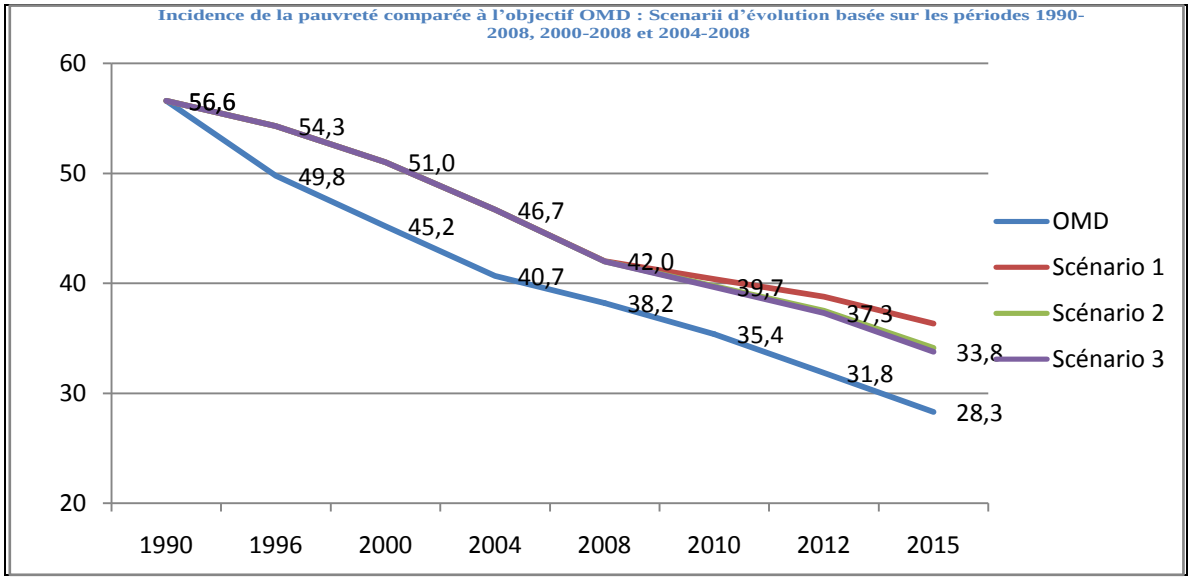
Le scenario 1 retient comme moyenne annuelle de régression de la pauvreté le taux annuel moyen de réduction de la pauvreté entre 1990 et 2008, alors que le scenario 2 est basé sur le taux moyen constaté entre 2000 et 2008, et que le scenario 3 prend comme hypothèse une diminution selon le rythme, plus soutenu, observé entre 2004 et 2008.

Le graphique ci-après, montre que même si l'on retient le scenario le plus optimiste (scenario 3), plus du tiers des mauritaniens (33,8%) vivront, en 2015, en deçà du seuil de pauvreté, soit 5,5 point de plus que la valeur cible de l'OMD.

Aucun de ces scénarios ne permet d'atteindre la cible.

On doit en outre prendre en considération que l'année 2009 , qui n'est pas prise en compte dans l'EPCV 2008, marque une rupture dans le processus de croissance, avec une baisse du PIB estimée à 1 % environ. La prévision de croissance pour 2010 est de 4,6% et l'objectif retenu pour la période 2010-2014, dans le cadre de l'accord avec le FMI, est de 5% en moyenne annuelle.

Globalement, on peut estimer que le rythme de croissance prévisible de 2009 à 2015 sera insuffisant pour accélérer un recul de l'incidence de la pauvreté susceptible d'atteindre l'OMD 1. De plus, la forte concentration de l'économie du pays et son caractère peu redistributif, comme déjà souligné, font que même si la croissance venait à s'accélérer sensiblement sur la période 2010-2015, on ne peut, pour autant, en espérer une réduction proportionnelle de l'incidence de la pauvreté, cette croissance bénéficiant insuffisamment aux catégories les plus pauvres (l'indice de Gini a peu évolué entre 2000 et 2008, passant de 0,390 à 0,380).



Il est donc très probable que l'objectif 1 ne sera pas atteint en 2015.

Toutefois, la préparation d'un nouveau CSLP ouvre des perspectives de révision du contenu de la stratégie, de son statut, et des conditions de sa mise en œuvre. Pour se rapprocher de l'objectif 1, des changements significatifs doivent intervenir dans le contenu de la stratégie : celle-ci a échoué à réduire la pauvreté rurale, alors qu'il s'agit là d'un point décisif pour le recul de la pauvreté. Une réorientation de la stratégie incluant la définition d'une croissance ancrée dans le monde rural, une redistribution des dépenses publiques (investissements et services de base) au profit des zones rurales de pauvreté que l'EPCV 2008 permet de cerner, et la promotion d'une croissance créatrice d'emplois (y compris dans le monde urbain) semblent susceptibles de contribuer à s'approcher de l'objectif 1.

Cible 1.B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif.

Indicateurs	*1990*	*1996*	*2000*	*2004*	*2008*
N° 2 – Proportion Emploi/population	nd	nd	nd	33%	27%
N°4 – Proportion des travailleurs pour leur propre compte et des travailleurs familiaux dans l'emploi total	nd	nd	nd	nd	69.6%
Chômage	nd	21,3 %	28,9 %	32,5 %	31,2 %

(Source : ONS, Projections de l'évolution de la population et EPCV)

1. Le diagnostic:

Les données disponibles

Les données sur l'emploi sont assez rares et proviennent essentiellement des EPCV. Elles ne permettent pas d'apprécier l'évolution des quatre indicateurs retenus pour suivre les progrès réalisés sur le chemin de l'atteinte de la cible, et ce d'autant plus que cette cible n'a été que récemment incluse dans les OMD.

Toutefois, les données disponibles indiquent une régression du taux d'activité, une faible progression de l'emploi salarié formel, une forte domination de l'emploi informel et une accentuation du chômage.

Ainsi, selon les données de l'EPCV, en 2008 le taux d'activité était de 52,2%, enregistrant un recul de 7 points par rapport à son niveau de 2004 (59,2%), alors que le travail régulier (salarié) ne représentait que 35,2% et que.45,2% des occupés travaillaient pour leur propre compte.

L'analyse selon l'activité principale montre que le secteur du commerce est devenu, en 2008, le premier pourvoyeur d'emploi avec 24,6%, soit le même niveau qu'en 2004 (24,7%), supplantant le secteur de l'agriculture[6] avec 20,4%, dont presque la moitié (9.9%) dans le sous-secteur de l'élevage. En 2008, l'administration publique offrait 15,2% des emplois au niveau national (14,3% en 2004 et 17,6% en 2000) et les services, qui prennent de l'ampleur depuis 2000, accueillaient 14,9% des occupés (8,6% en 2004).

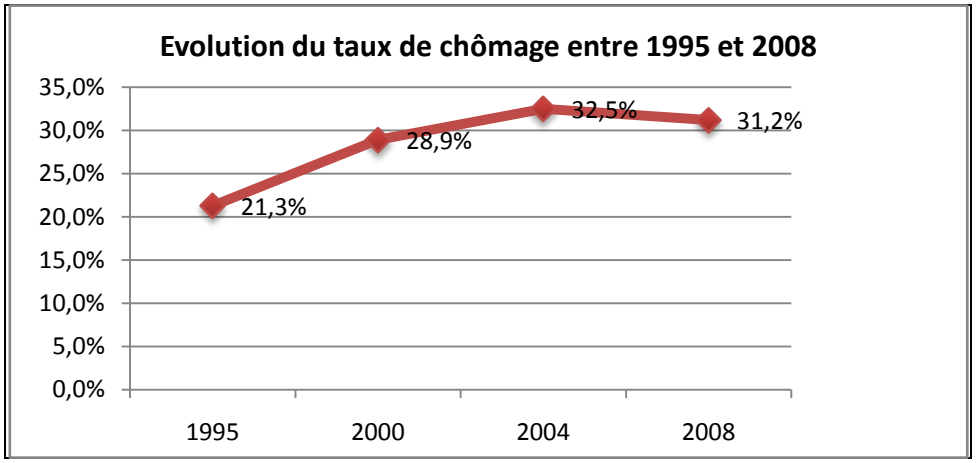
Selon l'évaluation du climat de l'investissement en Mauritanie (ICA Review), réalisée par la Banque mondiale en 2007, le secteur informel pesait 30% du PIB du pays et représentait environ 70% des actifs urbains (on comptait ainsi 4,2 emplois informels pour 1 emploi dans le secteur formel).

L'Organisation internationale du travail (OIT), notait qu'en 2001, près de 30.000 jeunes entraient chaque année sur le marché du travail, alors que la capacité d'absorption annuelle du secteur moderne (formel) ne dépassait pas 2.000 emplois.

[6] Selon l'EPCV, le secteur agricole (agriculture et élevage) était le premier pourvoyeur d'emplois avec respectivement 49,4% et 31% du total des emplois en 2000 et 2004. Ce secteur aurait donc perdu près de 30 points en 8 ans… L'important déclin de l'emploi agricole (la part de l'élevage ayant augmenté de 3,6 points entre 2004 et 2008) pourrait s'expliquer, selon l'ONS, par une différence de périodes d'enquête entre les EPCV de 2000 et 2004 (août) et celle de 2008 (mai) et la migration des ruraux vers les centres urbains à la recherche de travail mieux rémunéré.

Parallèlement à la prédominance de l'emploi informel, synonyme de sous-emploi car précaire, peu rémunéré et de n'offrant pas de protection sociale, on note une accentuation du chômage, du fait de la jeunesse de la population mauritanienne qui entraîne une augmentation croissante de la population active à la recherche d'emploi, et du faible contenu en emplois de la croissance.

Ainsi, selon les données de l'EPCV, le taux de chômage est passé de 21,3% en 1995 à 28,9% en 2000, puis 32,5% en 2004, avant de diminuer légèrement pour se situer à 31,2% en 2008.



Source : ONS, EPCV

Tout comme pour la pauvreté, la situation globale de l'emploi cache d'importantes disparités selon le genre, l'âge, le milieu de résidence et les wilayas.

Les disparités selon le sexe, l'âge, le milieu de résidence et les wilayas

L'EPCV 2008 indique que le taux d'activité variait très sensiblement selon le sexe, se situant à 74,6% pour la population masculine et à seulement 34,4% pour les femmes (respectivement 81,9% et 39,1% en 2004).

Chez les femmes, les plus âgées (50 à 65 ans) et les plus jeunes (15 à 24 ans), affichaient le taux d'activité le moins important (respectivement 28,6% et 30,3).

Le taux d'activité des ruraux était de plus de 10 points moins élevé que celui des urbains, respectivement 46,9% et 57,6%.

Les données concernant les femmes, notamment leur taux d'activité, peuvent sembler surprenantes, alors que toutes les enquêtes de terrain, notamment celles qui comportent des budgets-temps, montrent à quel point les femmes sont occupées. Les données relevées par l'EPCV et les statistiques sur l'emploi et le chômage ne tiennent en effet pas compte des nombreuses tâches non rémunérées qu'effectuent les femmes, notamment en milieu rural. Les données officielles sous-estiment donc fortement les activités des femmes et des filles au sein des ménages. Cela montre les progrès qui sont encore nécessaires en matière de production de données intégrant la dimension genre.

Les données de l'EPCV 2008 montrent également que le sous-emploi était plus répandu en milieu rural (15%) qu'en milieu urbain (13,1%).

En milieu rural, les principales branches d'activité pourvoyeuses d'emplois étaient l'agriculture et le commerce, avec respectivement 42,7% (dont 21% pour l'élevage) et 20,7%.
En milieu urbain, les trois branches principales d'activité étaient le commerce, l'administration et les services, avec respectivement 27,8%, 22,9% et 19,7%.

L'analyse des branches d'activité selon le sexe montre que 23,5% des emplois des hommes se situaient dans l'agriculture (9,9% dans l'élevage), 19,9% dans le commerce et 16,3% dans l'administration. Chez les

femmes 35,6% des emplois relevaient du commerce, 15,5% des services et 13,1% de l'agriculture (1,2% dans l'élevage).

Pour ce qui est du chômage, il était globalement sensiblement plus élevé chez les femmes : il touchait 44 %, d'entre elles entre 15 et 65 ans, contre 24 % chez les hommes.

L'analyse du chômage selon l'âge montre qu'il affectait largement les jeunes et décroissait avec l'âge, et ceci indépendamment du sexe et du milieu de résidence. Ainsi 66,7% des femmes actives âgées de 15 à 24 ans et 44,1% des hommes du même âge étaient au chômage en 2008.

2. L'analyse des contraintes et obstacles

La croissance du secteur moderne est fort peu créatrice d'emplois (notamment dans le secteur minier).
En fait la croissance alimente essentiellement le secteur informel, qui ne fournit pas d'emplois « décents » au sens du BIT, mais est marqué par la précarité et les bas revenus. Le passage des unités économiques du secteur informel au secteur formel demeure l'exception.

En termes de stratégie, le CSLP II soulignait déjà l'un des principaux enseignements tirés de la mise en œuvre du CSLP I 2001-2004 : l'absence d'un lien entre l'axe majeur de la stratégie, à savoir l'accélération de la croissance et son ancrage dans la sphère des pauvres, d'une part, et l'objectif global de création d'emplois, d'autre part.

Il y était indiqué que la création d'emplois « n'a jamais été érigée en objectif de politique économique mais s'est trouvée comme un effet dilué dans un ensemble de programmes sectoriels ou de programmes ciblés» et que ceci s'explique, en grande partie, « par l'inexistence d'une véritable politique globale de l'emploi, conçue conjointement avec les opérateurs économiques et assise sur des objectifs clairs à atteindre, pour les principales branches de l'économie, dans le domaine de l'emploi et de la formation professionnelle».

Les crises qu'a connu le pays depuis 2007 (crise alimentaire et énergétique, politique et financière) ont eu un impact négatif sur l'emploi, notamment suite à la baisse du PIB enregistrée en 2009.

On note plus généralement que le taux d'activité a baissé entre 2004 et 2008 et que le nombre de chômeurs est en hausse continue depuis 1995 (malgré le léger repli du taux de chômage entre 2004 et 2008, repli qui est bien insuffisant eu égard à la demande croissante d'emploi du fait de l'accroissement naturel de la population et de sa jeunesse, couplé à la forte prévalence de la pauvreté).

3. Les propositions

La réalisation d'avancées significatives en matière de promotion de l'emploi et du travail décent, au cours des prochaines années, suppose qu'un lien solide soit établi entre la croissance économique et la création d'emploi.

A cet effet, le CSLP III en cours de préparation devra définir des objectifs précis de création d'emploi dans les secteurs prioritaires qui seront retenus, et notamment en milieu rural où la pauvreté est massive.

Ceci implique, en premier lieu, l'élaboration d'une stratégie cohérente de développement de l'emploi, basée sur l'indentification des secteurs porteurs en la matière et sur des mécanismes opérationnels de mise en œuvre qui améliorent la coordination entre les différents acteurs institutionnels concernés, y compris les opérateurs économiques privés et les organisations de la société civile compétentes. La promotion d'une stratégie de développement d'activités utilisant des techniques à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) devrait constituer un axe prioritaire.

En deuxième lieu, cette stratégie devra être déclinée en programmes précis ciblant les zones de concentration de la pauvreté et du chômage et agissant simultanément sur l'investissement en infrastructures de base et la diversification de l'offre de formation professionnelle et l'amélioration de sa

qualité, ainsi que sur la promotion de l'accès aux facteurs de production, notamment l'accès au financement (développement de la micro finance) et à la propriété foncière. L'approfondissement des réformes engagées pour promouvoir un système de micro-crédit adapté aux besoins et capacités des populations les plus démunies devrait constituer une autre priorité. La promotion d'emplois, d'activités génératrices de revenus pour les femmes en milieu rural devrait constituer une priorité.

Il conviendra donc que la priorité à accorder à l'emploi soit bien reflétée dans le contenu des stratégies et lors de la programmation des ressources dans le cadre des futurs CDMT et PIP et que cela se concrétise dans les lois de finances annuelles dès 2011.

4. Les perspectives

La cible relative à l'emploi est fort ambitieuse eu égard à la situation qui prévaut en Mauritanie. La forte prévalence du chômage, la prépondérance de l'emploi informel, la faiblesse du système de protection sociale[7], la croissance naturelle de population et sa jeunesse, combinées aux perspectives de croissance économique moyenne sur la période 2010-2015 (de l'ordre de 5%), au faible lien constaté entre croissance et emploi, et à l'absence dune stratégie de promotion de l'emploi, sont autant de facteurs qui conduisent à penser que ***la cible ne sera pas atteinte, même si le CSLP III se montre ambitieux en matière d'emploi.***

Cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

L'objectif à atteindre est une proportion des enfants de moins cinq ans présentant un déficit pondéral de 23,5 % en 2015.

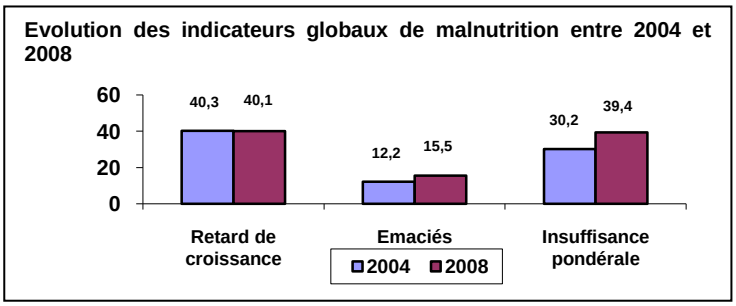
Indicateur OMD	*1990*	*2000*	*2004*	*2007*	*2008*
N°8 - Proportion des enfants de moins de cinq ans présentant un déficit pondéral	47%	32%	30,2%	29,8%	39,4%

(Sources : Enquêtes MICS, EDSM, EPCV.)

1. Le diagnostic

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 mois 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 un taux 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%.



(Sources : Enquêtes MICS, EDSM, EPCV.)

[7] Le système de protection sociale couvre une faible partie de la population, eu égard à la modestie du poids relatif des emplois salariés du secteur formel dans la population active totale, et exclue notamment les couches les plus pauvres et vulnérables, dont les revenus proviennent essentiellement de l'agriculture familiale et du secteur informel.

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.

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[8]. Ainsi, l'écart entre les deux sexes est de 3,8 points pour l'insuffisance pondéral, 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. Elle sévissait le plus au Tagant, wilaya la plus pauvre du pays en 2008, avec 56,1%, au Guidimagha (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%).

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%).

Les enquêtes que mènent régulièrement le PAM et le Gouvernement mauritanien montrent que, selon les années et périodes de l'année, entre 18% et 31% de la population rurale (environ 290 000 à 490 000 personnes) sont dans une situation d'insécurité alimentaire. Cette variabilité s'explique par les périodes de soudure entre deux récoltes (variabilité intra-annuelle) et la forte dépendance des niveaux de récolte des conditions météorologiques ou d'éventuelles invasions acridiennes. L'insécurité alimentaire en milieu périurbain est stable au long de l'année et estimée à 3,4% de la population par l'enquête VAM[9] du PAM de Juillet 2009.

L'analyse par wilaya montre qu'en 2008, selon l'EPCV, 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. L'analyse des contraintes et obstacles

La faim et la malnutrition renvoient à la problématique de la sécurité alimentaire.

Une première contrainte réside dans l'insuffisance des terres arables, leur sous utilisation et la faible évolution de l'irrigation. Ainsi, sur une surface totale de 1 030 700 km², le pays ne compte que 488 000 ha

[8] Certaines analyses y voient la permanence de l'effet du gavage des filles qui persiste dans certains milieux.
[9] Vulnerability assessment mission.

de terres arables, dont une faible partie (en baisse continue), est exploitée pour la production céréalière selon le profil de sécurité alimentaire établi en avril 2008 par la FAO.

Cette étude ajoute que le potentiel en terres irrigables était estimé à 221 000 ha (dont 74 000 ha de décrue) et que la superficie aménagée, en faible évolution sur les 30 dernières années, ne représentait que 49 000 ha, soit 21,4% des terres irrigables. Les superficies irriguées cultivées fluctuaient entre 15 et 20 000 ha selon les années.

A cette insuffisance de superficies cultivées s'ajoute une faible productivité du secteur rural (y compris l'élevage), du fait notamment de la précarité des conditions d'exploitation (dégradation des sols, faible mécanisation et importants coûts de production, absence de conseil agricole, faible accès au crédit agricole et absence de crédit à l'élevage qui demeure, presqu'entièrement hors de l'économie formelle, absence d'appui à la commercialisation, etc.), de la baisse continue de la pluviométrie et de son irrégularité (de 30 à 40 % sur la période 1960-2007 selon une étude récente sur l'impact des changements climatiques en Mauritanie[10]) et de la fréquence des catastrophes naturelles (invasions acridiennes, intempéries, inondations, …) .

Une autre contrainte réside dans le faible impact de l'investissement public dans le secteur rural, malgré son fort taux d'exécution financière, du fait notamment de la mauvaise qualité de sa gouvernance financière et du ciblage défectueux des populations bénéficiaires des programmes et projets qu'il met en œuvre, alors qu'il absorbe, depuis 1990, un volume considérable de ressources d'investissement, tant sur financement extérieur que sur ressources propres de l'Etat. Selon la revue des dépenses publiques sectorielle de 2008[11], le secteur rural, l'un des cinq domaines prioritaires du CSLP, a été l'un des principaux secteurs de concentration des crédits d'investissement publics, absorbant en moyenne 11,5% et 13,4% des investissements de l'Etat programmés et exécutés respectivement durant la période 1999-2006.

Ce faible impact s'explique également par l'absence d'études systématiques de l'impact des différents projets et par la faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation au niveau des différentes structures et projets.

Une autre contrainte, de taille, soulignée par le CSLP II, tient à la faiblesse de la coordination au niveau gouvernemental qui se traduit par un chevauchement de compétences entre les différents intervenants : ministère de l'agriculture, commissariat à la sécurité alimentaire (CSA), ministère chargé de l'enfance, qui pilote la politique nationale de nutrition, autres départements techniques, administration territoriale, services déconcentrés, projets, etc.

Ce déséquilibre institutionnel qui caractérise le climat dans lequel s'inscrivent les diverses politiques de sécurité alimentaire ne favorise pas l'émergence d'une stratégie cohérente, efficace et opérationnelle.

Le caractère erratique de la production agricole, notamment céréalière, et la tendance historique au déclin de la production, conduisent à une dépendance structurelle à l'égard des importations de céréales et de l'aide alimentaire. La grande pauvreté des populations rurales fait dépendre pour l'essentiel leur nutrition de l'auto-consommation. Dès lors que celle-ci est insuffisante, les ménages ruraux manquent des revenus monétaires qui leur permettraient d'accéder au marché céréalier.

En matière d'aide alimentaire, faute d'un régime fiscal et douanier spécifique au CSA, on constate des retards importants dans la réception de l'aide. La faiblesse des capacités de transport et de stockage du CSA, l'insuffisance du système national d'information sur la sécurité alimentaire limitent les capacités d'intervention.

---

[10] Etude rétrospective stratégique « Changements climatiques », rapport provisoire, juin 2008, Projet « Mauritanie Vision 2030 » Etude Nationale des Perspectives à Long Terme (ENPLT), Ministère de l'économie et des finances.

[11] République Islamique de Mauritanie, Ministère de l'agriculture et de l'élevage, Unité de coordination du PDIAIM, Revue des dépenses du secteur rural de 1994 à 2006, Rapport définitif, PDA/COG Consulting, février 2008.

Comme pour les cibles 1 A et 1 B, il n'existe pas de données qui permettent d'établir l'impact direct de la crise alimentaire et énergétique de 2007-2008, de la crise financière qui persiste depuis 2008 et de la crise du réchauffement climatique, sur l'évolution de la proportion de la population mauritanienne qui souffre de la faim.

Néanmoins, il est raisonnable de penser que le renchérissement des prix des produits alimentaires de base, le retard dans la mobilisation de l'aide publique au développement et l'accentuation de la précarité de situation alimentaire du pays expliquent, en partie, l'accroissement du taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq constaté entre 2004 et 2008 et l'augmentation sensible, sur la même période, de la proportion des ménages ayant des difficultés chroniques pour satisfaire leurs besoins alimentaires.

3. Les propositions

La Mauritanie dispose d'une marge sensible de progression en matière agricole, du fait notamment de la sous exploitation des terres arables et des potentiels de développement de l'élevage et de la pêche artisanale. Elle pourrait donc réduire sensiblement, au cours des cinq prochaines années, la proportion de sa population souffrant de la faim.

A cet effet, il est impératif qu'une véritable stratégie transversale de sécurité alimentaire sur le long terme soit élaborée et effectivement mise en œuvre. De nombreux travaux récents existent, développés notamment dans le cadre de la préparation du CSLP II, du plan triennal de développement 2008-2010 et des CDMT global et sectoriels.

La mise en œuvre effective de cette stratégie exigera une amélioration très sensible de la gouvernance globale et financière des secteurs concernés

Elle nécessitera également une amélioration du ciblage des populations bénéficiaires, amélioration qui sera favorisée, d'une part, par l'exploitation des données de l'EPCV 2008 et, d'autre part, par une meilleure implication des organisations spécialisées de la société civile. Cette implication réduit les coûts de mise en œuvre des projets et assure une plus grande durabilité de leurs résultats, grâce à l'appropriation et à la responsabilisation des populations.

Par ailleurs, le dispositif institutionnel de prévention et de gestion des situations de crises, notamment les crises alimentaires et les catastrophes naturelles, mérite d'être parachevé le plus vite possible et doté des ressources nécessaires, et les mesures nécessaires en termes de renforcement des capacités mises en œuvre.

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 est seule susceptible de permettre une réduction rapide de la proportion de la population souffrant de la faim.

OBJECTIF 2 : ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Cible 2.A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.

Indicateurs	*1990*	*1993*	*1996*	*2000*	*2002*	*2003*	*2004*	*2006*	*2007*	*2008*
N° 2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	49%	51%	62,6%	65%	68%	70%	71%	72,2%	76,7%	71,6%
N° 2.2 Proportion des élèves commençant la première année et qui atteignent la dernière année du primaire	73,8%	74%	64%	59%	45,3%	47,3%	48%	46,5%	49,3%	49,3%
N° 2.3 Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans, femmes et hommes	45,8%	46,7%	48,3%	56,4%	58,9%	60,1%	69.7% *	63,7%	57,6%	77.5%

(Sources: EDSM 2000, MEN, EPCV, MICS 2007)

1. Le diagnostic

Les évolutions

Les principaux indicateurs du secteur éducatif présentent d'importants écarts selon que l'on se réfère aux statistiques annuelles établies par la Direction des stratégies, de la planification et de la coopération (DSPC) du ministère de l'éducation nationale (MEN), ou aux enquêtes de l'ONS, notamment les EPCV 2004 et 2008, l'EDSM 2000 et l'enquête MICS 2007.

Même si les données issues des enquêtes de l'ONS devraient être plus fiables, les données du MEN pouvant être biaisées, par manque de professionnalisme ou dans un souci d'afficher une performance croissante du secteur qui justifie le volume important de ressources publiques qui lui est alloué[12], elles ne permettent pas d'établir avec précision la tendance de l'évolution des indicateurs OMD retenus.

Aussi, mettrons-nous en exergue, dans les développements qui suivent et chaque fois que les données le permettent, les différences entre les niveaux des différents indicateurs.

S'agissant du taux net de scolarisation (TNS), indicateur fondamental pour suivre les progrès accomplis depuis 1990 sur le chemin de la scolarisation universelle, il a connu une évolution assez différente, selon la source des données.

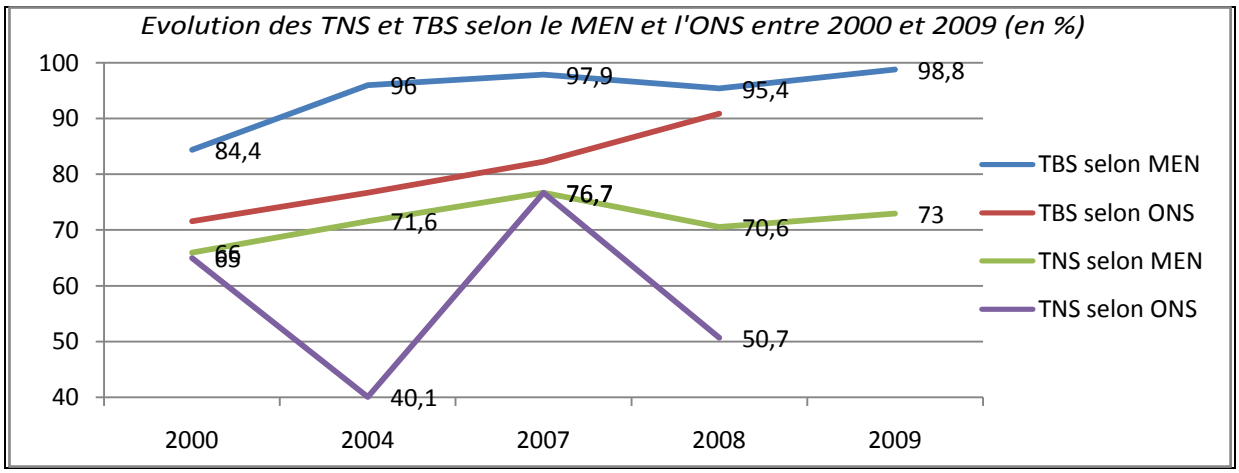
Ainsi, il aurait sensiblement augmenté, passant de 49% en 1990 à 73% en 2009, selon les données de la DSPC, soit une progression de près de 24 points sur la période.

Considérant que le TNS sous-estime la couverture scolaire, du fait qu'il ne prend pas en compte les enfants de moins de 6 ans et de plus de 11 ans et eu égard au manque de fiabilité des données sur les tranches d'âge, le MEN privilégie le suivi de l'évolution du taux brut de scolarisation dans l'enseignement primaire.

Selon les données de la DSPC, le TBS a sensiblement augmenté, passant de 71,3% en 1994 à 84,4% en 2000 puis 98,8% en 2009, soit une progression de plus de 27 points sur les quinze dernières années, rendant fort probable l'atteinte de l'objectif de scolarisation universelle en 2015.

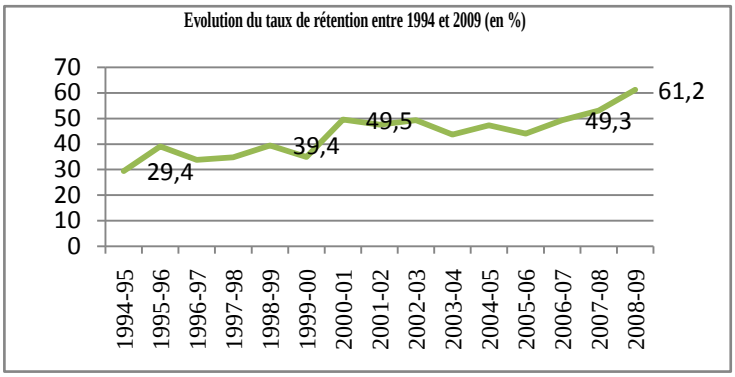
[12] En termes nominaux, le budget du secteur éducatif a été multiplié par 6 durant la période 1995-2008, avec un rythme annuel moyen d'accroissement de 17% pour les dépenses de fonctionnement et de 13% pour celles d'investissement.

Selon les EPCV et l'enquête MICS 2007, le TBS était de 71,6% en 2000, 76,7% en 2004, 82,3 en 2007 et de 90,9% en 2008.



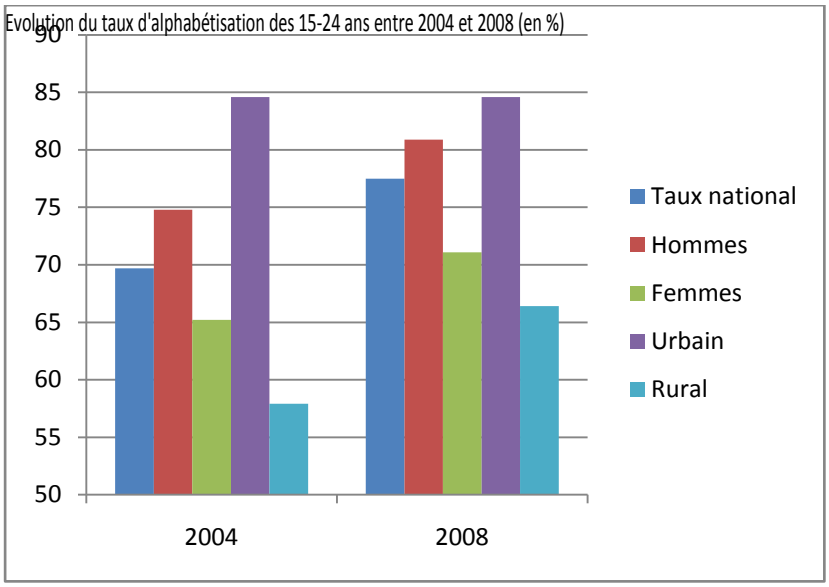
Pour ce qui est de la proportion d'enfants commençant la première année et qui atteignent la dernière année du primaire, elle aurait évolué selon les données de la DSPC/MEN (ce sont les seules données disponibles), de 50% au cours de l'année scolaire 2000/2001 à 69,4% en 2008/2009, soit une nette amélioration, de près de 20 points.

Cette amélioration s'explique, au-delà de celle de l'accès reflétée par l'évolution du TBS, par une amélioration lente mais régulière du taux de rétention, qui est passé de 29,4% en 1994-95 à 61% en 2008-2009. Cette amélioration a été assez sensible entre 2007-08 et 2008 -09 (près de 12 points).



L'alphabétisation globale des plus de 15 ans connait des progrès modestes mais réguliers depuis deux décennies, son taux étant passé de 45,8% en 1990 à 61,5% en 2008..

Pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans, le taux d'alphabétisation est passé de 69.7 % en 2004 à 77.5 % en 2008. L'enquête MICS 2007 évaluait ce taux à 58,1%, alors que l'ERAM 2008, enquête de référence sur l'alphabétisation, le fixe à 78% pour la tranche 10-20 ans.



Les disparités selon le milieu de résidence, les wilayas et le degré de pauvreté

Les différents indicateurs reflétant l'évolution de la scolarisation dans le primaire montrent des disparités qui se réduisent beaucoup selon le genre et qui restent assez marquées selon le milieu de résidence, les wilayas ou le degré de pauvreté.

De nettes disparités persistent entre le milieu rural et milieu urbain. Ainsi, selon les données de l'EPCV 2008, le TBS affichait un important écart, atteignant 108,5% en milieu urbain contre 79,6 % en milieu rural, soit une différence de 28,9 points, en nette régression par rapport à 2004 où cet écart était de 44,3 points.

L'analyse du TBS par wilaya en 2008, fait ressortir des disparités considérables. Les deux valeurs minimale et maximale de ce taux sont enregistrées dans les wilayas de l'Assaba (67,7 %) et du Tiris-Zemmour (122,6 %). Les données de la DSPC confirment les fortes disparités entre wilayas, même si les taux diffèrent de ceux de l'EPCV.

Six wilayas (Hodh El Charghi, Hodh El Gharbi, Assaba, Gorgol, Guidimagha et Inchiri) avaient des TBS en dessous de la moyenne nationale, alors qu'une, le Brakna, se situait, à peu près, à cette moyenne et que les six autres wilayas affichaient des taux supérieurs aux taux national.

Entre 2004 et 2008, toutes les wilayas du pays, exception faite du Hodh El Gharbi, ont enregistré des progrès.

Selon les moughataas, des disparités très importantes sont également constatées. Ainsi, les taux varient entre 38,2 % à Barkéwol à 133 % à Aoujeft. Des progrès sensibles avaient été également enregistrés dans les moughataas de Rosso, F'Dérick, Zouérate et Bababé.

L'analyse selon les quintiles de dépenses montre que le TBS croit avec le quintile, variant entre 72,4 % pour le 1er quintile à 106,6 % pour le 5ème quintile. Ainsi, les avancées en matière de scolarisation profitent sensiblement plus aux enfants des catégories les plus aisées qu'à ceux des pauvres.

Les données disponibles ne permettent pas une analyse de l'évolution du TAP selon les wilayas. Cependant, l'examen de la structure du taux de rétention en 2008/09 par wilaya, fait ressortir des disparités régionales importantes. Ainsi, le taux varie entre 39,6% au Hodh Charghi et 115,5% à Nouakchott. La mesure des écarts régionaux par rapport à la moyenne nationale, permet de distinguer deux groupes de wilayas :

Le premier groupe est celui des wilayas affichant des taux de rétention supérieurs à la moyenne nationale. Il s'agit de : Nouakchott, Inchiri, Tiris Zemour, Adrar, Nouadhibou et Trarza. Parmi ces six wilayas, les quatre premières enregistraient des taux de rétention supérieurs à la cible du PNDSE en 2010 (78%).

Le second groupe est composé des wilayas en retard par rapport à la moyenne nationale. Il s'agit des deux Hodhs, de l'Assaba, du Gorgol, du Brakna, du Tagant et du Guidimakha. Contrairement aux autres wilayas de ce groupe, seule le Guidimagha a connu une baisse de son taux de rétention entre 2008 et 2009.

Pour l'alphabétisation, le taux était, en 2008, de 73,3% en milieu urbain contre 50,3% en milieu rural. Selon le statut de pauvreté, il existe des disparités importantes au niveau national où il atteint 70,6 % chez les non pauvres contre 46% chez les pauvres.

1- L'analyse des obstacles et contraintes

L'enseignement primaire mauritanien a connu, particulièrement depuis le lancement du PNDSE en 2001, un essor quantitatif important, résultant notamment de l'amélioration de l'offre (construction de milliers de salles de classe, recrutement massif d'instituteurs et ouverture de cantines scolaires). La loi rendant obligatoire la scolarisation pour les enfants de 6 à 14 ans n'a pas encore eu d'effet direct, la loi n'étant pas accompagnée de mesures concrètes spécifiques pour assurer le respect de l'obligation de scolarisation.

Cet essor, auquel a contribué le dynamisme de l'enseignement privé (qui accueillait plus de 9% des effectifs scolarisés en 2008/2009), s'est traduit par une augmentation soutenue des taux net et brut de scolarisation mais n'a pas été accompagné d'une amélioration de la qualité de l'enseignement qui fait face à de plusieurs contraintes. Au-delà de la gouvernance globale du secteur, régulièrement décriée, elles tiennent notamment (i) au grand nombre d'écoles à cycle incomplet, (ii) à la mise en œuvre inefficiente de la réforme de 1999 et (iii) à l'absentéisme des enseignants au niveau de leur lieu d'affectation.

La vaste étendue du territoire, l'éparpillement des populations et leur sédentarisation anarchique, ont entrainé, depuis le lancement du « processus démocratique » en 1991, un développement considérable du nombre d'écoles à cycles incomplets, l'implantation des écoles obéissant plus à des critères politiques qu'aux effectifs des enfants et à l'existence d'autres écoles à proximité[13].

La proportion d'écoles publiques ayant une structure complète (les six niveaux de l'enseignement fondamental) est estimée à 28 % en 2008/09 contre 25,2 % en 2007/08 confirmant le même rythme d'amélioration, relativement lent, constaté ces dernières années et restant largement inférieur à la cible du PNDSE en 2010 qui est de 45% pour cet indicateur. Malgré cette amélioration, due probablement aux efforts déployés, ces dernières années, en matière de construction des salles de classe et d'introduction du multigrade, il sera difficile d'atteindre l'objectif du PNDSE en 2010, du fait de la forte corrélation entre le taux de rétention et de la proportion d'écoles complètes.

L'inefficience de la mise en œuvre de la réforme de 1999 réside dans le fait que le bilinguisme qu'elle instaure n'a pas encore pu être effectif, faute d'enseignants bilingues en quantité suffisante. En effet, les deux écoles nationales d'instituteurs, malgré les efforts consentis, ont une capacité de formation encore assez limitée et de très modeste qualité et les autorités du pays n'ont pas eu le courage politique de faire appel à la coopération régionale et internationale pour pourvoir aux besoins du secteur en enseignants qualifiés.

Par ailleurs, et malgré les importants efforts consentis dans le cadre du PNDSE, les manuels scolaires et autres outils pédagogiques demeurent disponibles en quantité insuffisante pour couvrir les besoins.

L'instabilité des enseignants sur leur lieu d'affectation s'explique par le niveau de rémunération assez modeste, malgré les différentes augmentations indiciaires des dernières années et l'introduction de primes d'éloignement différenciées et de prime de craie. Le niveau de rémunération incite les enseignants à rester à Nouakchott ou dans les grands centres urbains, où ils peuvent avoir une activité lucrative

[13] Dans une logique électoraliste, les autorités accédaient aux demandes d'installation d'écoles, collèges, voire même lycées, de centres de santé, de réseaux d'adduction d'eau potable ou de forages hydrauliques, juste pour fidéliser telle ou telle communauté ou fraction. Les dissensions politiques au sein des communautés, tribus et groupes favorisaient la multiplication des demandes.

complémentaire (enseignement dans les établissements privés ou à domicile ou activités commerciales). Cette instabilité reflète les importants problèmes de gouvernance du secteur. Elle se manifeste notamment par le manque de contrôle et de sanction, du fait de la forte politisation de l'administration et des réseaux sociaux de solidarité (les suspensions de salaires des enseignants en situation d'abandon de postes ne durent généralement pas et ils bénéficient d'un rappel de solde), ainsi que de la dilution des responsabilités entre l'administration centrale du ministère de l'éducation et les autorités territoriales qui sont gestionnaires des effectifs d'enseignants mis à leur disposition.

Ainsi, selon les données de 2007/2008, 22% des cas d'affectation des enseignants du primaire et du secondaire répondaient à une logique autre que le nombre d'élèves dans les établissements, alors que l'objectif fixé par le PNDSE était d'avoir, en 2005, 85% des affectations basées sur ce critère afin d'améliorer l'équité dans la répartition des enseignants entre les établissements scolaires.

Selon ces mêmes données, on observait des situations très variées, dans lesquelles des écoles scolarisent un même nombre d'enfants avec un effectif enseignant différent (449 élèves pour 19 enseignants et le même nombre d'élèves pour 3 enseignants) et d'autres avec un effectif enseignant identique scolarisant un public d'élèves différent (61 élèves avec 8 enseignants et le même nombre d'enseignants pour 652 élèves).

La question de l'allocation des ressources consacrées par l'Etat à l'éducation constitue une dimension importante de la mal gouvernance du secteur.

2. Les propositions

L'amélioration de la qualité de l'éducation devra constituer pour les autorités mauritaniennes et leurs PTF l'un des principaux défis à relever au cours des cinq prochaines années.

A cet effet, au-delà des améliorations urgentes dans la gestion globale et le pilotage du système éducatif[14]et de la nécessaire augmentation des ressources allouées au secteur, la gestion pédagogique devra recevoir une attention particulière. Dans ce cadre, il y aura lieu notamment de :

- ✓ former davantage d'instituteurs et professeurs bilingues qui pourront être recrutés parmi les diplômés de l'enseignement supérieur ;
- ✓ recourir aux enseignants retraités encore valides pour combler le déficit en enseignants bilingues et à la coopération régionale et internationale pour le complément (enseignants bilingues et en langue française) ;
- ✓ réviser les critères d'affectation des enseignants et leur mise en œuvre afin de les rendre plus précis et plus objectifs; mener une campagne de sensibilisation sur ces critères et suivre de près leur stricte application, en impliquant les syndicats professionnels et les associations de parents d'élèves ;
- ✓ veiller au strict respect des critères de répartition des ressources financières (budget), matérielles (équipements pédagogiques) et humaines (enseignants) entre les établissements d'enseignement, et assurer la transparence de cette répartition en impliquant notamment les syndicats professionnels ;
- ✓ rendre complètes les écoles n'offrant pas aujourd'hui une continuité pédagogique, par la mise à disposition d'enseignants supplémentaires et, si nécessaire, la construction de salles de classe. Le regroupement de certaines de ces écoles doit être une piste à explorer, notamment en milieu rural et périurbain, des solutions d'accompagnement comme le transport des élèves ou l'ouverture de cantines scolaires supplémentaires pouvant y aider. Il est évident que l'ouverture de nouvelles écoles incomplètes doit être définitivement abandonnée ;
- ✓ améliorer les conditions de travail des enseignants, notamment par une augmentation de leurs traitements, en vue de réduire l'écart par rapport aux taux de rémunération proposés par les établissements d'enseignement privé, une stricte observation des critères d'obtention des indemnités de craie et d'éloignement. Les niveaux de cette dernière prime devront être davantage

[14] Meilleure précision des responsabilités de l'échelon central, des autorités administratives régionales et départementales et des services extérieurs du ministère, gestion financière, transparence, …

différenciés afin de rendre le service dans les zones les plus reculées moins répulsif pour les enseignants ;

- ✓ favoriser davantage l'amélioration de la rétention et de l'acquisition des connaissances par les élèves, notamment à travers un meilleur ciblage dans l'implantation des cantines scolaires, l'institutionnalisation de mécanismes d'aide financière pour les enfants des familles les plus défavorisées (comme des bourses d'études ou le mécanisme du fonds d'appui à la scolarisation des filles qui avait conduit à de bons résultats en termes d'accès et de poursuite des études), la mise en place de services de transport scolaire dans certaines zones, etc. ;
- ✓ mobiliser les moyens humains et financiers nécessaires pour le développement de l'enseignement préscolaire et, de manière plus large, pour la mise en œuvre du Programme national de développement de la petite enfance

3. Perspectives

Les indicateurs liés à l'accès à l'enseignement primaire ont connu une évolution très positive au cours des dernières années. Donner, d'ici à 2015, à tous les enfants mauritaniens, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires reste un objectif assez ambitieux.

En l'absence de données fiables, il n'est pas possible d'établir des projections d'évolution des trois indicateurs retenus pour la cible sur la période 2010-2015.

Néanmoins, on peut souligner que même si le rythme le plus favorable de progression du TNS (selon le MEN) observé entre 2008 et 2009 (2,4 points d'augmentation) se perpétuait au cours de la période 2010-2015, le TNS ne sera que de 84,1% en 2015.

Si on intéresse au TAP, qui renseigne mieux sur la capacité des enfants entrant en première année à finir le cycle primaire, on observe que, selon les données du MEN, il a progressé entre 2004 et 2009 de 5,1 points en moyenne annuelle. Si l'on suppose que ce rythme pourra être réédité de manière continue jusqu'en 2015, le TAP s'établira à 93,5%

S'agissant du taux d'alphabétisation des 15-24 ans, si l'on applique, de manière linéaire, la moyenne d'évolution annuelle constatée sur la période 2004-2008, en prenant comme référence les données de l'EPCV, ce taux devrait s'établir à 92,3% en 2015.

Les tendances à l'œuvre indiquent que la Mauritanie est en mesure de s'approcher de l'objectif 3 en 2015. Atteindre l'objectif supposerait que les contraintes qu'affronte le système éducatif, notamment en matière de gouvernance, d'allocation des ressources, soient combattues avec détermination, et que la pauvreté recule en milieu rural.

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Cible 3 : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 et si possible à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus.

Au-delà de la question soulevée par la cible, on examinera la situation de la Mauritanie à l'égard des principales discriminations dont sont victimes les femmes.

1. Le diagnostic :

La Mauritanie a réalisé des progrès remarquables dans deux domaines-clefs, sources de fortes discriminations : l'éducation et l'accès à la vie politique. Par contre, la situation demeure très préoccupante en matière de santé, notamment la santé de la reproduction, et de participation à la vie économique.

1.1. *L'éducation* :

Le Programme national de développement du secteur éducatif (PNDSE), stratégie nationale qui couvre la période 2002-2011, se proposait notamment d'assurer « la promotion de la scolarisation des filles et de l'équité entre les régions ». Selon les données du Ministère de l'éducation nationale (MEN), la parité filles/garçons a été atteinte dans l'enseignement fondamental en 2000/2001[15]. Depuis lors, le taux brut de scolarisation est plus élevé pour les filles. Ceci est confirmé par l'EPCV (et par l'enquête MICS 2007), qui montre qu'en 2008 comme en 2004, le TBS des filles dépasse celui des garçons de cinq points.

Indicateurs :	1990	1992	1997	2000	2001	2003	2007	2008
Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire	0,72	0,80	0,91	0,92	0,92	0,93	1,10	1,02
Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes (en %)			49	77	77	78	78	77,5

Sources : MEN, SECF, PNUD, EPCV 2008, Sénat et Assemblée nationale.

L'évolution du TBS dans **l'enseignement primaire** est résumée par le tableau ci-dessous :

	EPCV 2004	MICS 2007	EPCV 2008
Filles	79	86,1	93,5
Garçons	74,5	78,5	88,4
Ensemble	76,7	82,3	90,9

Sources : EPCV 2004 et 2008 et MICS 2007

Dans l'enseignement secondaire, le rapport filles/garçons reste défavorable aux filles. L'écart qui était de quatre points en 2004 est demeuré au même niveau en 2008 : le TBS des garçons est de 32,8 % et celui des filles de 28,4 % selon l'EPCV 2008. Le taux de participation des filles au niveau du secondaire a évolué très faiblement en faveur des filles au cours de la dernière décennie.

Dans l'enseignement supérieur, la participation des filles demeure encore plus faible : elles représentaient un peu moins de 25 % des effectifs en 2008/2009[16], contre, il est vrai, 13 % en 1991/1992.

Au total**, la parité filles/garçons dans l'enseignement fondamental est effective depuis 2001. Des progrès sensibles restent à effectuer pour le secondaire et le supérieur, et les tendances actuelles ne laissent pas présager que la parité sera réalisée à ces deux niveaux en 2015.**

Les données examinées se réfèrent uniquement aux inscriptions. Les taux d'admission aux examens nationaux sont assez défavorables aux filles dans le secondaire : En 2004, 37 % des garçons et 24 % des filles étaient admis au BEPC ; l'écart est du même ordre au niveau du Baccalauréat : 17 % des garçons furent admis en 2004, contre 7 % des filles.

Le taux d'alphabétisation illustre une forte discrimination à l'égard des femmes. Pour la population adulte (15 ans et plus), 70 % des hommes étaient alphabétisés en 2008, selon l'EPCV, contre 54 % des

[15] Si la parité dans l'enseignement primaire est effective depuis plusieurs années, la date de sa réalisation varie selon les sources.
[16] Données officielles. En effet, il existe toutefois des effectifs non comptabilisés et non boursiers dans certains pays limitrophes (Maroc et Sénégal en particulier).

femmes. Pour la classe d'âge 15-24 ans, la différence hommes/femmes est restée identique (10 points) en 2008 par rapport à 2004.

1.2. L'accès aux responsabilités politiques :

En matière de **représentation politique**, une étape importante a été franchie à la faveur de l'adoption en juillet 2006, au cours de la « transition », d'une loi organique relative à la promotion de l'implication des femmes dans le processus de décision. Cette loi impose un quota minimum de 20 % pour la représentation des femmes sur chaque liste municipale et législative. La proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national a ainsi atteint 18 % en 2007, contre 0 % en 1992 et 4% en 2003. C'est au niveau des conseils municipaux que les progrès ont été les plus importants : 30% des conseillers municipaux sont aujourd'hui (2010) des femmes.

Au cours de la décennie 1980, il y avait tout au plus une femme ministre, souvent chargée de la « condition féminine ». Au cours des deux dernières décennies et au gré des circonstances, le nombre a été porté à 3 ou 4 femmes sur 25 ou 26 membres du gouvernement, soit une moyenne de l'ordre de 15%. Depuis 2007, les portes du commandement (Gouverneur, préfet) et de la diplomatie (Ambassadeur) ont été, pour la première fois, ouvertes aux femmes. Le gouvernement actuel (2010) est composé de 26 membres dont cinq femmes et une sixième qui a rang de ministre, soit environ 20%. Ce qui représente une avancée sensible par rapport à la dernière décennie.

Indicateurs :	1990	1992	1997	2000	2001	2003	2007	2008
Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national (Assemblée N + Sénat, en %)		0	0,75	0,75	4,5	4	18	17,8 (2009)
Proportion de femmes au Gouvernement	4%					15%		20%

Au total, partie d'une situation au début des années 1990 où les femmes n'avaient que symboliquement accès aux responsabilités politiques, la Mauritanie occupe aujourd'hui une place honorable par rapport à des pays comparables en matière d'accès des femmes aux responsabilités politiques, notamment à cause de la loi de 2006.

1.3. La situation économique des femmes :

C'est au niveau de la participation **économique** que les femmes accusent de grands retards, notamment en matière d'accès aux ressources économiques et financières, aux facteurs de production et à **l'emploi**.

Les **taux d'activité** illustrent une forte disparité selon le genre : Ce taux est de 74,6% pour la population masculine entre 15 et 65 ans, alors qu'il n'atteint que 34,4% pour les femmes des mêmes classes d'âge, selon l'EPCV 2008. Cet écart ne reflète nullement un plus faible niveau d'activités des femmes, mais leur implication dans des tâches quotidiennes, notamment su sein du ménage, qui ne sont pas comptabilisées et ne donnent pas lieu à rémunération.

Concernant **l'emploi**, l'analyse des données de l'EPCV 2008 montre que 35, 6% des emplois féminins relèvent du secteur du **commerce,** 15,5% des autres services marchands et 13,1% de **l'agriculture**. La situation a évolué favorablement dans la fonction publique : Les femmes représentaient 23% des effectifs en 1998 (contre 5% à la fin de la décennie 1960), et 34,1 % en 2008[17] .Mais, il est vrai que le taux de représentation des femmes dans la fonction publique demeure particulièrement faible dans la catégorie A (10 % de la catégorie), et élevé dans la catégorie C (82 % du secrétariat).

[17] Ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration : Rapport final sur le recensement des fonctionnaires et agents de l'Etat mauritanien, Juin 2008.

Si le niveau global de **chômage** a été estimé en 2008 (EPCV) à 31,2%, il est nettement plus répandu chez les femmes (44 %) que chez les hommes (23,9 %). Toutefois, il décroît avec l'âge et ce, indépendamment du sexe. La discrimination à l'égard des femmes est particulièrement nette pour les jeunes : Au sein de la population active, 66,7% des personnes de sexe féminin âgées de 15 à 24 ans étaient au chômage contre 44,1% pour le sexe masculin, selon l'EPCV 2008.

Le caractère très fragmentaire des données sur les revenus et l'emploi limite fortement la capacité de diagnostic et d'analyse. On constate néanmoins que malgré les initiatives prises notamment à partir de 2003 pour réduire la pauvreté des femmes et développer des activités génératrices de revenus (appui au microcrédit, au développement des micro-entreprises…), **les discriminations qui frappent les femmes en matière économique sont fortes : elles sont peu présentes sur la marché du travail ; elles sont plus touchées par le chômage (notamment les plus jeunes), elles occupent des emplois peu qualifiés et sont donc très peu présentes au niveau des prises de décisions économiques.**

1.4. Les violences à l'égard des femmes et les droits fondamentaux des femmes :

La Mauritanie a ratifié en 2000 la convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF). Par ailleurs, un Code du Statut Personnel (CSP) a été adopté en 2001. Le pays a en outre adhéré à divers textes juridiques internationaux et régionaux qui protègent les droits des femmes.

Ces progrès n'ont pas mis fin à diverses formes de violence à l'égard des femmes mauritaniennes, dont l'existence est désormais reconnue :

- L'excision demeure largement pratiquée (elle touche 72 % des femmes) ;
- Le mariage précoce : 19 % des femmes ont été mariées avant l'âge de 15 ans et 43 % avant 18 ans. Cela contribue à un niveau d'étude faible et les grossesses précoces sont sources de difficultés à l'accouchement ;
- Le gavage : selon l'EDSM 2000 20 % des mères ont gavé leurs filles ou ont l'intention de le faire. Cette pratique est en recul.
- Les violences à caractère sexuel sont désormais reconnues, et des actions de prise en charge sont peu à peu mises en place.

2. Les enjeux, les contraintes et limites :

Le faible statut socio-économique des femmes constitue un fort handicap en matière d'accès à l'information et de capacité à revendiquer les droits. D'une manière plus générale, les dispositions légales nationales ou internationales sont faiblement mises en œuvre, faute de moyens, de capacité et de volonté des décideurs. Il existe fort peu de possibilités pour les femmes de faire valoir leurs droits, même quand elles les connaissent, faute notamment de structures d'accueil (à des fins d'écoute et de conseil) et de structures judiciaires accessibles et fonctionnelles. Enfin, il subsiste un certain nombre de dispositions légales(CSP) qui sont discriminatoires : gestion et transmission des biens ; caractère légal de la répudiation et de la polygamie.

Au total, **les principaux progrès enregistrés en Mauritanie en matière de genre concernent l'accès à l'éducation fondamentale, où la parité est réalisée depuis 2001, l'accès aux décisions politiques (loi électorale de 2006), la reconnaissance des principales violences à l' égard des femmes et l'adoption de conventions internationales (CEDEF) et d'un statut personnel (CSP) qui protègent les femmes, même si certaines discriminations subsistent légalement.**

Mais **les discriminations demeurent fortes en matière économique, pour l'enseignement secondaire et supérieur, et, comme on va le voir, en matière de santé.**

C'est par une **volonté politique et par la loi** que la participation des femmes au pouvoir de décision a été améliorée en si peu de temps. La résistance dans certains milieux traditionnels ou religieux subsiste. **La capacité et la volonté de mettre en œuvre les dispositions légales en vigueur est en sensible décalage par rapport aux avancées qui ont été réalisées au niveau du cadre légal.**

Parmi les goulots d'étranglement, on peut aussi noter, au plan institutionnel, les difficultés que rencontre le secteur de **la promotion féminine** : (i) la faiblesse des allocations budgétaires et des moyens humains et matériels ; (ii) le déficit en matière de coordination avec les autres secteurs et (iii) les insuffisances du système de suivi et d'évaluation.

3. Les orientations :

En dépit des efforts réalisés au cours des deux dernières décennies, les défis sont encore nombreux.

- La promotion de la situation socio-économique et culturelle des femmes constitue une priorité, qui implique la définition et la mise en place de stratégies et de plans d'action spécifiques dans les secteurs concernés. La promotion de l'approche genre aura d'autant plus d'impact que des progrès seront réalisés au niveau de la situation socio-économique des femmes. Cela suppose au niveau de la promotion économique, des actions mieux définies et convenablement gérées (microcrédit, activités génératrices de revenus) et la mobilisation de ressources sans commune mesure avec ce qui a été constaté jusqu'ici. En matière d'éducation, la priorité devrait être centrée sur l'enseignement secondaire et sur la dimension qualitative de l'enseignement.
- Des progrès dans la mise en œuvre d'une approche genre supposent un renforcement des capacités et du rôle des organisations féminines représentatives. Des clarifications doivent être apportées sur un certain nombre de thèmes sensibles : violences liées au genre, maîtrise de la fécondité, santé de la reproduction, à l'aide de vastes campagnes d'information-éducation-communication adaptées au contexte mauritanien. L'arsenal juridique existant est désormais important, même s'il doit être complété. Il s'agit donc surtout de créer les conditions de sa mise en œuvre, cet aspect étant pour une large part lettre morte.

4. Les perspectives :

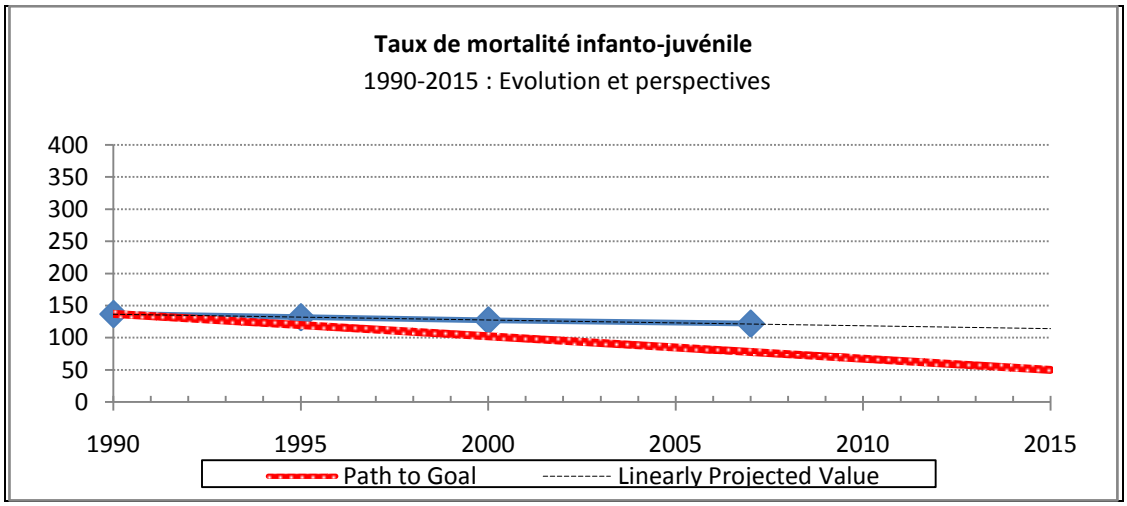
Si la parité est déjà atteinte au niveau de l'enseignement primaire, il n'en est pas de même dans le secondaire et à fortiori dans le supérieur. Par contre, il est possible qu'on puisse s'approcher de la parité en matière de taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes en 2015.

OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS :

Les objectifs 4, 5 et 6 relèvent du secteur de la santé. Une partie essentielle des problèmes qui sont rencontrés ne sont pas spécifiques aux sous secteurs de la santé concernés (santé infantile, santé maternelle, santé de la reproduction). Ils renvoient à des difficultés qui concernent l'ensemble du secteur de la santé. On ne pouvait répéter ces contraintes pour chaque OMD. On trouvera en conséquence une présentation globale des principaux obstacles qui ralentissent le progrès vers les OMD dans le secteur de la santé à la fin de la présentation des objectifs 4, 5 et 6.

Cible 4 : Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

L'objectif à atteindre en 2015 est de 45‰.



1. **Le diagnostic[18] :**

Indicateurs :	1990	1995	2000	2003	2007
Taux de mortalité infanto-juvénile au niveau national (en nombre pour 1000)	137	132	127	123	122
Taux de mortalité infantile au niveau national (en nombre pour 1000)	144 (1991)	118	107 (1997)	78 (EMIP 2004)	77

Sources : EMIP 2004 ; EDSM 2001 ; MICS2007 et Rapport de la décennie de l'enfance (UNICEF, 2001)

Les données disponibles (l'enquête la plus récente, MICS, a été réalisée en 2007) apportent trois enseignements principaux :

a) Les progrès réalisés depuis 1990 sont très **lents** : en 17 ans, le gain a été seulement de 15 points : de 137 à 122**‰**. Les comparaisons avec les pays de la région (pour 2005), montrent que le TMIJ en Mauritanie est de loin le plus élevé du Maghreb (40 au Maroc ; 39 en Algérie ; 24 en Tunisie contre 125 en Mauritanie[19]). Par contre les données pour le Sénégal (136), le Mali (218) et le Burkina (191) sont plus défavorables.

b) **On constate des disparités considérables, reflet d'une forte inégalité** face à la mortalité infanto-juvénile[20] : (i) entre le milieu **rural** et le milieu **urbain** (13 points en 2007 : 114 et 127 **‰, respectivement**) ; (ii) entre les **régions** (le plus faible TMIJ a été enregistré à Nouadhibou avec 85,8 **‰** et le plus élevé au Guidimagha avec 170,1). Les résultats de l'enquête MICS de 2007

[18] L'Annuaire des statistiques sanitaires 2008donne des chiffres incomplets qui ne concernent que 60 Centres et 480 postes de santé avec un taux de couverture de 77%. A titre indicatif, le niveau national des décès en 2008 était de 0,36% (page 27). C'est pour ces raisons et pour la continuité des séries et des sources que les données de l'Annuaire n'ont pas été souvent citées.

[19] Chiffres tirés du Rapport mondial sur le développement humain 2007 cité par le document CIPD+15

[20] L'Annuaire des statistiques sanitaires de 2008 (Ministère de la santé, Décembre 2009, page 38) indique que sur 49 457 enfants nés vivants, 30 sont décédés dans les 28 jours ayant suivi la naissance, soit un taux moyen de 0,06%.

montrent **une bonne superposition entre la carte de la pauvreté avec celle des TMIJ** ; (iii) entre les plus **riches** (87 **‰)** et les plus **pauvres** (144 **‰**) ; (iv) suivant le **niveau d'instruction** de la mère (49 points de différence) ou le **sexe** (134,8 et 108,4 respectivement pour les garçons et les filles);

c) L'examen des performances du programme élargi de vaccination (PEV) montre un recul sensible de la vaccination entre 2004 et 2008[21]. **Selon les données de l'EPCV 2008, le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois complètements vaccinés est de 68,8% (69,3 pour les garçons et 68,3 chez les filles), en baisse par rapport à 2004 où il était de 79%.** Ces données cachent elles aussi de profondes inégalités : les revenus constituent ici encore une variable fortement discriminante : entre le premier quintile et le cinquième, l'écart est de 28,2 points (54% et 82,2%). Les régions à forte proportion de pauvres enregistrent de faibles taux de couverture vaccinale : Taguant (41,8%) ; Gorgol (43,4%) et Hodh El Gharbi (43,8%). Les écarts entre le milieu urbain et le milieu rural sont tout aussi importants, soit respectivement 77,1% et 62,9%. Si on pousse la désagrégation au niveau des moughataa, on s'aperçoit que les disparités sont encore plus criantes : on passe de 6% à Kobenni (Hodh El Gharbi) à 100% à Ouadane (Adrar).

2. L'analyse des contraintes et limites :

L'analyse des données disponibles montre que **les plus grands écarts** de mortalité infanto-juvénile sont liés à des différences de **conditions de vie et de nutrition**, **de niveau d'instruction de la mère**, **de milieu de résidence**, **d'indice de richesse** et **de sexe** de l'enfant.

La situation précaire de nombreux ménages en matière d'habitat illustrée par l'EPCV 2008 explique la stagnation de l'indicateur, ainsi que le niveau insatisfaisant des indicateurs de santé en général. L'accès à l'eau du robinet reste encore modeste (20,7% en 2008) ainsi que l'accès à l'éclairage (le taux d'accès à l'électricité est estimé à 30,6%, contre 50,1% pour la « lampe torche »). Le type de toilettes est révélateur de l'état des conditions de vie des ménages : moins de 7% disposent de toilettes avec chasse d'eau et plus de 45% n'ont pas de toilettes. L'eau, l'hygiène et l'assainissement, qui sont traités ailleurs dans ce document, ont en effet un rôle déterminant en matière de santé, et notamment en matière de mortalité infanto-juvénile.

Les enquêtes sur la situation nutritionnelle[22] entre 2000 et 2008 ont révélé des prévalences annuelles de malnutrition aiguë qui se situent entre 12% en période de soudure et 8% pendant les périodes après récoltes. Quant à la malnutrition aigüe sévère, sa prévalence varie entre 1,6% et 0,5%.

Mais il est des **causes directes** et **évitables** qui entrent en considération pour expliquer les hauts niveaux des TMIJ : (i) la fréquence des infections respiratoires aiguës (IRA) ; (ii) les diarrhées ; (ii) le paludisme ; (iii) la malnutrition ; (iv) et la rougeole. Il s'agit ici d'une traduction indirecte des carences du système de santé et plus globalement des insuffisances d'autres secteurs dont la situation reflète les retards du pays en matière de développement humain (eau, assainissement, éducation, sensibilisation, pauvreté).D'autres insuffisances jouent un rôle important : (i) la faiblesse de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et de la lutte ciblée sur les causes de mortalité citées plus haut ; (ii) l'offre des services de santé insuffisamment adaptée aux besoins spécifiques des enfants en matière de personnel spécialisé (pédiatres), d'infrastructures et d'équipements spécifiques et aux exigences de l'urgence pédiatrique ; (iii) les défaillances en matière d'implication des communautés les plus touchées dans des actions durables de proximité et (iv) les insuffisances des activités d'IEC ayant pour finalité les changements de mentalités et de comportements.

[21] L'Annuaire des statistiques sanitaires 2008, qui ne couvre que les Centres et les Postes de santé, donne des taux de couverture plus élevés (89% pour le BCG ; 73% pour la polio 3 et 74% pour le DTC 3 (pages 34 et 35).
[22] Ministère de la santé : « Stratégie nationale de survie et de développement de l'enfant en Mauritanie », Mai 2009.

3. Les orientations :

Il découle de l'évolution de la situation sanitaire des enfants et de l'analyse des principales causes de mortalité infantile et infanto-juvénile que les efforts doivent être orientés vers :

(i) La lutte contre la pauvreté et la malnutrition ;

(ii) L'efficacité et la généralisation des programmes de vaccination, de façon à renverser la tendance constatée entre 2004 et 2008. Pour cela il y lieu d'assurer une meilleure participation des populations, un meilleur suivi et des évaluations périodiques de leur impact réel ;

(iii) La disponibilité d'une offre de services adaptée aux besoins spécifiques des enfants, y compris en matière d'urgences pédiatriques. Il faut pour cela assurer la présence de pédiatres, d'infrastructures et d'équipements adéquats et la prise en charge intégrée des principales causes de mortalité infantile : les IRA ; les Diarrhées et le paludisme ;

(iv) L'implication active des communautés dans les activités programmées et le recours aux techniques d'IEC pour promouvoir des changements positifs dans les attitudes, mentalités et comportements.

Mais les expériences réalisées dans d'autres pays montrent que c'est en mettant l'accent sur le niveau de **la prévention** que les efforts sont les plus payants. L'OMS estime en effet que 94% des cas de diarrhées peuvent être évités moyennant une modification de l'environnement et de l'hygiène de vie. Il s'agit notamment d'un meilleur accès à une eau salubre et à l'assainissement.

Une étude réalisée en 2005 par Fewtrell et Coll[23]avait conclu que les épisodes diarrhéiques sont réduits de 25% par une amélioration de l'approvisionnement en eau ; de 32% par un assainissement amélioré ; 45% par la pratique du lavage des mains et de 39% par un traitement adéquat et une bonne conservation de l'eau à domicile.

4. Les perspectives :

Sur la base des données disponibles et des difficultés structurelles qui caractérisent le secteur de la santé en Mauritanie (voir plus loin), la cible est clairement hors d'atteinte.

Les dernières informations relatives au programme de vaccination sont mêmes inquiétantes.
L'évolution des données au cours du dernier quart de siècle (1981-2007) montre que le TMI et le TMIJ ont respectivement été réduits de 15% et 34%, soit un taux moyen annuel respectivement de -0,64% et -2,3% (Hypothèse 1) ou bien les taux réalisés entre les deux dernières enquêtes (Hypothèse 2) .
Les tableaux ci-dessous donnent les projections des taux de 2008 à 2015 dans les deux hypothèses retenues :

Hypothèse 1

Année	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TMIJ	122	121	120,4	119,7	118,9	118,1	117,4	116,6	**115,9**
TMI	77	75,2	73,5	71,8	70,2	68,5	67,0	65,4	**63,9**

Hypothèse 2 :

Année	**2000**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TMIJ	127	122	120,4	118,8	117,3	115,7	114,2	112,7	111,2	**109,8**
TMI		77	74,1	71,3	68,6	65,9	63,4	61,0	58,7	**56,5**

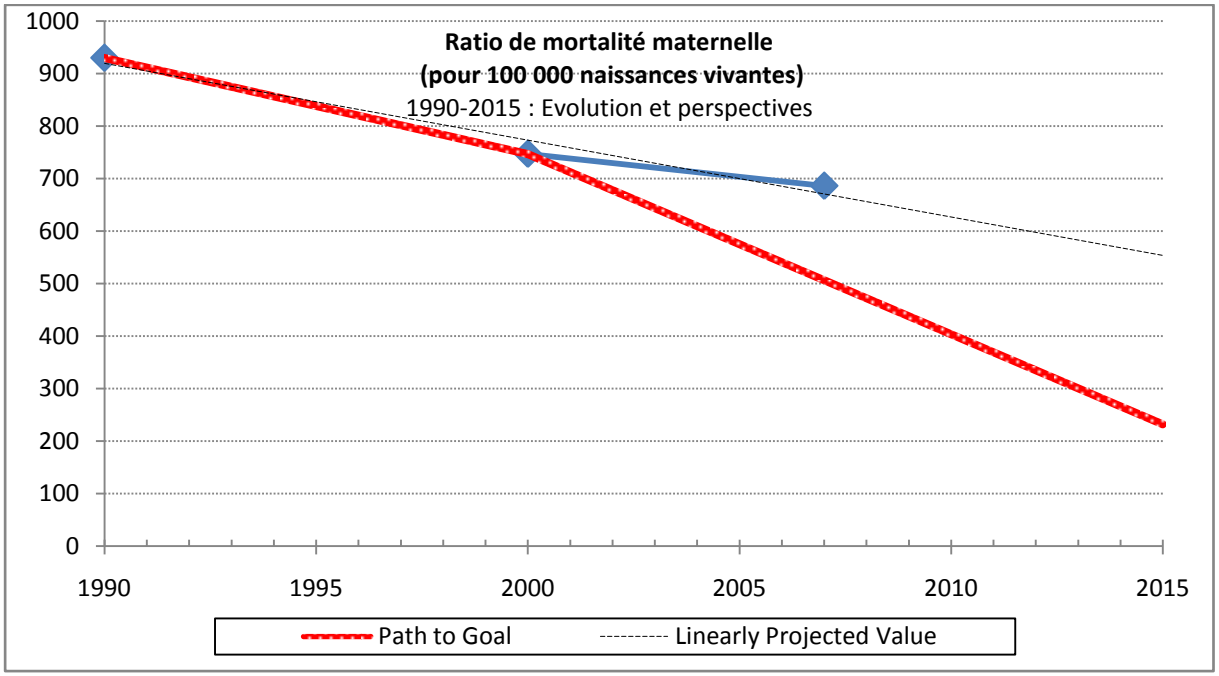
[23] Citée dans le document « Stratégie nationale de survie et de développement de l'enfant en Mauritanie », Mai 2009 (Ministère de la santé).

OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Cible 5 A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

L'objectif à atteindre en 2015 est de 232 décès pour 100 000 naissances vivantes.

1. **Le diagnostic** :



Indicateurs	1990	2000	2007	2008
Ratio de mortalité maternelle (pour cent mille naissances vivantes)	930	747	686	
Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	40%	57%	61%	60,2
Proportion des femmes (15-49 ans) ayant accès à des soins prénatals adéquats[24]	28 %(1991)			87 %
Pourcentage de femmes enceintes ayant : - Reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse - Reçu 4 consultations prénatales au moins pendant la grossesse			80,8% 72,9%	

Sources : Enquêtes EPCV 2008, MICS 2007, EDSM 2000-2001, MICS 1995

La lecture de ce tableau, que le manque de données n'a pas permis d'actualiser pour tous les indicateurs, révèle que les progrès réalisés entre 1990 et 2007 sont modestes. La comparaison avec la moyenne des RMM[25] en Afrique subsaharienne (900 en 2005) montre que le RMM en Mauritanie est dans une situation

[24] Voir plus bas les données de l'enquête MICS 2007.
[25] Ratio de mortalité maternelle.

plus favorable. Mais il est nettement plus élevé que ceux observés en Afrique du Nord (160 en 2005) ou dans les pays développés (9 pour 100 000 naissances vivantes en 2005)[26]. Le Burkina Faso montre qu'avec des moyens réduits, on peut parvenir à de bons résultats : le RMM a atteint 307[27] en 2009 et a été réduit de moitié en 15 ans. Depuis 2006, les frais d'accouchement sont pris en charge à 80% pour toutes les femmes et à 100% pour les femmes indigentes[28].

Les données illustrent deux phénomènes :

a) ***Un décalage très sensible entre la progression des soins et leur impact.***

En effet, on constate que :

- la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 40 à 61 % entre 1990 et 2007 ;
- 87 % des femmes entre 15 et 49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours de l'année précédant l'enquête (EPCV 2008) ont déclaré avoir bénéficié de soins prénatals. Cette proportion était de 28 % en 1991 ;
- Le taux de consultation post-natal est passé de 15 % en 1996 à 22 % en 2007 ;
- La couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes est passée de 26 % en 1996 à 75 % en 2007.

Ces indicateurs tendent à montrer que les soins apportés aux femmes enceintes (prévention), à la naissance et aux soins post-natals se sont sensiblement développés depuis une quinzaine d'années. Or, les indicateurs de mortalité maternelle ne diminuent que lentement. Ce paradoxe renvoie aux dysfonctionnements qui caractérisent l'ensemble du système de santé et qui seront abordés plus loin.

b) Les fortes inégalités face aux soins et à la mortalité maternelle.

Le taux d'accès théorique aux soins est en général élevé. Il est estimé à 67% dans un rayon de 5 Km, mais varie d'une Wilaya à une autre (52% au Hodh El Gharbi et 98% à Nouakchott).En termes de temps mis pour accéder à un établissement de santé, conformément aux normes de l'OMS (30 minutes au plus), la proportion de ménages dans cette situation est très liée au niveau de pauvreté : 32,5% pour les pauvres contre 44,9% pour les non pauvres[29]. Par rapport aux quintiles de dépenses, les taux d'accessibilité varient de 28% à 52,4%. Dans les moughataa qui affichent les plus grandes proportions de ménages touchés par **l'extrême pauvreté,** les taux atteignent 9% à Barkéol ; 15 % à M'Bout et 28 % à Mounguel. Il se trouve, que ce sont aussi les moughataa où réside une forte concentration des villages « Adwabas », peuplés essentiellement d'anciens esclaves.

L'accès aux soins prénatals révèle des écarts importants entre les pauvres et les autres, entre les régions et les groupes d'âges. Ainsi, l'écart est de 54,8 points entre la moughataa de Ryad (Nouakchott) et celle de Chinguetti ; de 18 entre le premier quintile de pauvreté et le cinquième et de 10,4 points entre le milieu rural et le milieu urbain. Si on considère les moughataa les plus pauvres, les taux d'accès des femmes enceintes aux consultations prénatales sont paradoxalement relativement élevés : 67,6% à Moudjéria ; 74,8 à M'Bagne ou 83,1% à M'Bout.

En matière de taux d'accouchements assistés les écarts sont encore une fois considérables entre les pauvres et les non pauvres, soit respectivement 39,8% et 78,4%. Entre le premier quintile de pauvreté et le

[26] Rapport 2009, Objectifs millénaires pour le Développement, Nations unies
[27] Pour 100 000 naissances vivantes.
[28] Données de l'OMS, citées par Amnesty International et JA, N°2560.
[29] Expression utilisée dans l'EPCV 2008. Les pauvres sont ceux dont le niveau de dépenses est inférieur au seuil de pauvreté (129 600 UM/an), les autres étant considérés comme des « non pauvres » ou « moins pauvres ».

cinquième, l'écart est de 64,5 points. La corrélation est forte entre le niveau d'extrême pauvreté et les taux d'accouchements assistés, comme l'illustre le tableau ci-dessous[30] :

Tableau : Niveau de pauvreté extrême et Accouchements assistés (10-49 ans)

Moughataa	% de ménages extrême pauvreté	Accouchements assistés
Mounguel	71,2	15,3%
Moudjéria	65,3	34,4%
M'Bagne	61	46,2%
Barkéol	60,4	18,4%
M'Bout	59,9	13,9%
National	**25,9**	**60,2%**
Tevragh Zeina	0,7	99,2%
Nouadhibou	3,8	96,6%
Zouerate	6,2	91,5%

Source : A partir des données de l'EPCV 2008

2. L'analyse des causes et des contraintes

Au cours de la dernière décennie, **les principales causes** des décès maternels n'ont pas beaucoup varié comme le montre le tableau ci-dessous[31] :

	1998	2007
Hémorragies	**30%**	**40%**
Eclampsies	**28%**	**36%**
Infections	7%	7,2%
Autres	35%	16,8%

Sources : Enquête MICS 2007 et Rapport national pour la décennie de l'enfance, 2001

Les données les plus récentes montrent la faible proportion des décès liés aux grossesses extra utérines (1,4%) et aux complications de l'avortement (1,1%).

Les réponses nationales face à cette situation demeurent faibles à en juger par le taux officiel de césariennes au niveau national qui est estimé[32] à 1,1% alors que la norme est comprise entre 5 et 15%.
En outre, on a vu à quel point **les disparités géographiques** et de **conditions socioéconomiques** sont **importantes**.

Par ailleurs, le taux des décès consécutifs à une complication obstétricale au niveau national est estimé à 1,3% (la norme étant de 1%) avec d'importantes disparités géographiques.

Si on exclut la pratique, encore répandue en milieu rural (61,3% en 2008 contre 7,1% en milieu urbain), de l'accouchement à domicile sans assistance spécialisée, estimé au niveau national à 39,2% selon les données de l'EPCV 2008, il y a d'autres facteurs qui expliquent l'importance du ratio de mortalité maternelle: (i) les insuffisances du plateau technique à tous les niveaux ; (ii) les grossesses précoces, rapprochées et répétées ; (iii) l'analphabétisme et la pauvreté. Mais la cause indirecte la plus citée est **le faible accès des grossesses à risque aux soins maternels de bonne qualité, notamment, en cas de besoin, à la Césarienne.**

Comment alors répondre à tous ces défis ?

[30] Il n'a pas été possible de reconstituer des tableaux similaires avec les indicateurs d'impact (TMIJ et TMM) faute de données désagrégées au niveau des moughataa.
[31] L'Annuaire des statistiques sanitaires 2008 (page 27) indique que sur 108 décès maternels enregistrés, les causes seraient : les anémies (50) ; les hémorragies (37) les infections (28) ; les éclampsies (27) ; les avortements (20) et les autres (18). Il est à rappeler que le taux de couverture a été de 77% des centres et postes de santé contre 90% en 2005.
[32] Ministère de la Santé.

3. Les orientations

Il se dégage des analyses ci-dessus développées que deux facteurs essentiels jouent des rôles déterminants dans la santé maternelle : **les conditions de vie** et **le niveau d'instruction**. Il est donc nécessaire d'agir simultanément sur ces deux variables, **notamment en milieu rural et auprès des couches les plus pauvres de la population.**

Au niveau des soins, l'introduction du **forfait obstétrical, même non généralisé,** a des **incidences positives**, et sa généralisation aura un effet sensible sur la mortalité maternelle. Une meilleure couverture fonctionnelle implique l'existence d'un « **paquet de référence obstétrical et néonatal »** ainsi que la disponibilité d'un ensemble de soins qui intègrent la **pré-natalité**, les **accouchements assistés** et les **soins néonatals, notamment au niveau des zones de grande pauvreté ou enclavées**. Les principales orientations s'articulent autour des points suivants :

(i) L'assurance d'une meilleure couverture **fonctionnelle** des formations sanitaires sur le plan géographique (les endroits les plus reculés ou enclavés).

(ii) **La maîtrise de la fécondité** (information et disponibilité des moyens et de personnel compétent) ;

(iii) La disponibilité **des médicaments** et de soignants **qualifiés** pour faire face aux causes les plus fréquentes de mortalité maternelle ci-dessus énumérés, notamment les hémorragies et les éclampsies ;

(iv) L'amélioration de la prophylaxie **antipaludéenne** pour les femmes enceintes ;

(v) La prise en charge des signes de **malnutrition** dans le cadre des **examens prénatals** ;

(vi) L'intensification des activités IEC relatives aux attitudes et comportements liés aux rapports sociaux de genre.

4. Les perspectives :

Le ROMD 2008 estime que, si les tendances passées (entre 1990 et 2007) se poursuivent à l'horizon 2015, on aura par extrapolation un RMM de l'ordre de 616 pour 100 mille naissances vivantes en 2015, soit près de trois fois le niveau ciblé qui est de 232 décès pour 100 mille naissances vivantes.

Les calculs repris sur la base d'une poursuite du même rythme de réduction du RMM que celui observé entre 2000 et 2007 (-1,2% par an) et dans l'hypothèse d'un doublement des performances (-2, 4%) aboutissent aux conclusions ci-dessous :

Hypothèse d'un taux de réduction du RMM de -1,2% par an

Année	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
TMM	686	677,8	669,6	661,6	653,7	645,8	638,1	630,4	622,8

Hypothèse d'un taux de réduction du RMM de -2,4% par an

2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
686	669,5	653,5	637,8	622,5	607,5	593,0	578,7	564,8

Source : Calculs des auteurs

L'objectif 5 relatif à la santé maternelle ne sera donc pas atteint en 2015. Une modification radicale des stratégies et leur mise en œuvre effective ne permettrait pas de modifier les conditions qui expliquent la faible évolution de l'indicateur, les blocages qui caractérisent le secteur de la santé étant ce qu'ils sont.

Cible 5 B : L'accès universel à la santé de la reproduction d'ici à 2015.

1. Le diagnostic

	1994	2000	2007	2008
Proportion de femmes mariées (15-49 ans) utilisant une méthode contraceptive		5%	9,3%	9 %
Besoins à couvrir en matière de planning familial			24,6%	
Indice synthétique de fécondité	5,1	4,7	4,6	

Sources : EDSM (2000) ; MICS (2007) et EPCV (2008)

L'indice synthétique de fécondité (ISF) stagne depuis 10 ans à un niveau élevé (5,1 en 1994 ; 4,7 en 2000 (EDSM) et 4,6 en 2007 (MICS), ce qui, vu les faiblesses du système de santé, contribue au maintien d'un ratio de mortalité maternelle élevés.

Comparés aux autres pays de la région, l'ISF est deux fois plus élevé[33] qu'au Maroc (2,5), en Algérie (2,5) ou en Tunisie (2). Il est toutefois moins élevé que les indices observés pour la même période dans les pays voisins du Sud du Sahara : Sénégal (5,2) ; Mali (6,7) et Niger (7,4).

L'utilisation de la contraception est encore à un très bas niveau. Les données de l'enquête MICS 2007, montrent qu'en dépit du fait que 67,3% des femmes connaissement au moins une méthode contraceptive, la prévalence en la matière n'est que de 9,3% parmi les femmes mariées. Ce chiffre n'a connu qu'une légère progression par rapport à l'an 2000 où il était de 5, 1% (EDSM). Les pays maghrébins, qui évoluent dans un environnement socioculturel et religieux proche de celui de la Mauritanie enregistrent des taux sept fois plus élevés (63% au Maroc ; 66% en Tunisie). Par Wilaya, les écarts sont élevés : 1% au Guidimagha contre 21% à Nouakchott. Mais ce sont les niveaux de vie et d'éducation qui constituent les facteurs les plus déterminants en matière de disparités d'utilisation de la contraception: en moyenne 2% chez les pauvres à 33% chez les moins pauvres et 4% chez les femmes non scolarisées contre 22% chez celles qui ont un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (MICS 2007).

Les autres dimensions de la santé de la reproduction : La couverture vaccinale et le suivi prénatal ont été traités plus haut. Le taux d'allaitement maternel exclusif (TAM) est faible (11% selon les données de l'enquête MICS 2007).

Une stratégie en matière de santé de la reproduction a progressivement été mise en œuvre depuis l'adoption du plan d'action de la CIPD en 1994. Parmi les actions les plus déterminantes, on peut citer : (i) l'introduction partielle du forfait obstétrical en 2002 ; (ii) la mise en œuvre d'un plan de formation en SR et l'acquisition d'équipements spécialisés par plusieurs structures à différents niveaux ; (iii) la contractualisation avec des ONG pour la mise en place d'embryons de mutuelles de santé (2003) et d'un programme de lutte contre les fistules obstétricales(2005) et (iv) la mise en œuvre d'un programme spécifique relatif à la santé de la reproduction dans la Wilaya du Trarza (2007).

2. Les contraintes

La situation en matière d'accès à la contraception est négativement influencée par : (i) les prises de position défavorables de certains milieux religieux[34] ; (ii) l'indisponibilité des produits contraceptifs ; (iii) les faibles capacités techniques des prestataires et par (iv) l'absence d'IEC, le rôle ambigu de l'Etat et le manque de dynamisme des OSC sur ces questions.

[33] Chiffres de 2005, RMDH, 2007
[34] Cette variable joue un rôle considérablement plus faible dans les autres pays du Maghreb.

3. Les perspectives

Les efforts entrepris, notamment à travers le FNUAP, ont permis la prise de certaines mesures : (i) la création du PNSR ; (ii) l'intégration des produits contraceptifs dans la liste des médicaments essentiels ; (iii) la célébration d'une semaine de la SR depuis 2003 et (iv) le renforcement des capacités techniques des prestataires en matière de planification familiale.

Pour l'avenir, il s'agit d'en consolider la mise en ouvre et d'en étendre géographiquement la portée, notamment au niveau des couches sociales les plus vulnérables.

Il est clair toutefois que la cible 6 visant à rendre l'accès à la santé de la reproduction universelle en 2015 ne sera pas atteinte en Mauritanie.

OBJECTIF 6 : D'ICI 2015, AVOIR MAITRISE LE PALUDISME ET D'AUTRES GRANDES MALADIES, ET AVOIR COMMENCE A INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE

Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

1. Le paludisme

Comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, le paludisme constitue un défi majeur de santé publique. Non seulement il représente en moyenne 22% des causes de morbidité et plus de 51% des causes de décès dans les formations sanitaires des 8 wilayas endémiques du pays, mais il affecte aussi les conditions socioéconomiques des populations. Les données officielles lui attribuent la troisième place en matière de motif de consultation et la première dans les régions de l'Est et du Sud du pays. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les plus affectés par la maladie.

Un programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a été adopté en 1998 et en 2000 l'initiative « Faire reculer le paludisme en Mauritanie » s'est accompagnée de campagnes nationales de promotion des moustiquaires imprégnées dans toutes les régions endémiques. Depuis 2004, l'essentiel des financements des actions provient du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria.

Indicateurs OMD	1987[35]	2000	2001	2005	2006	2007	2009
Nombre de cas de paludisme détectés sur 1000 personnes (estimé)	**127**	**111**			**63**		
Nombre de décès parmi les enfants de moins de 5 ans dus au paludisme sur le nombre total				**28%**		**6%**	
Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée dans les régions endémiques			**10,5%**		**50,9%**		**50%**
Proportion de femmes enceintes dormant sous une moustiquaire imprégnée dans les régions endémiques			**15%**		**47,1%**		
Proportion de femmes enceintes utilisant un traitement préventif contre le paludisme dans les régions endémiques			**44,7%**		**95,2%**		

Sources : OMS, GFATM, MSAS, RMDH 2003.

Les indicateurs ci-dessus montrent que des progrès significatifs ont été enregistrés, notamment au niveau de la prévention (protection des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes). Les bilans jugent toutefois que ces résultats ne sont pas à la hauteur des efforts entrepris et des financements mobilisés.
Les enquêtes réalisées (EMIP 2003/2004 et MIS-OMVS de Juin 2009) ont révélé un faible taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées au niveau national (4,1%) **mais ce taux est de 50% chez les enfants de moins de 5 ans (contre 10,5 % en 2001), et atteint 47 % pour les femmes enceintes (contre 15 % en 2001). En outre, la disponibilité des moustiquaires imprégnées est de 66% au niveau des ménages résidents dans les wilayas du fleuve** (Enquête 2009).

Globalement, on constate une couverture insuffisante en moustiquaires traitées aux insecticides (moustiquaires imprégnées) et des insuffisances en matière de plaidoyer et d'implication au niveau communautaire.

Devant l'apparition de phénomènes de résistance à la chloroquine, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ont été introduites. Bien que disponible, **l'accès des populations les plus pauvres au traitement se heurte au problème de recouvrement des coûts**. Les services officiels estiment le taux d'accès aux traitements à environ 12,9 % entre fin 2008 et début 2009.

Malgré la fragilité des données sur les taux de prévalence du paludisme, et sur le taux de mortalité due au paludisme, la cible d'une inversion des tendances historiques au développement de la maladie semble accessible, si les efforts en cours sont poursuivis avec détermination et efficience.

2. Le VIH/ Sida

La situation épidémiologique se caractérise par une stabilité de la prévalence autour de 0,60 % des adultes entre 15 et 49 ans depuis une dizaine d'années. Il est cependant important de noter qu'aucune enquête nationale de grande envergure n'a été jusqu'ici réalisée pour connaître la situation réelle en matière de

[35] Région du fleuve. Ce chiffre atteint 244 pour les enfants de 1 à 9 ans selon une enquête (Gasquet).

séropositivité. Il existe toutefois, dans diverses données officielles, quelques indications qui permettent de la jauger :

(i) Les données de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en 2007 ont révélé un taux de prévalence du VIH de 0,61%. En outre, l'évolution entre 2001 (0,57 %) et 2007 est peu significative (le taux était de 0,80 % en 2005);

(ii) L'étude combinée (biologique et comportementale) sur les groupes mobiles (pêcheurs, marins et camionneurs) a révélé un faible taux de prévalence (moins de 1%). Toutefois, leur bas niveau de connaissances sur le VIH en fait un groupe vulnérable. Par contre chez les prostituées, le taux est élevé (7,64%) comme chez les prisonniers où il était de 3,7% et les tuberculeux[36], avec un taux de 4,6%. (données de l'INRSP, 2007).

Les mécanismes de transmission de la maladie sont encore peu connus par les populations, à en juger par le fait que seuls 20,1% des femmes et 40,4% des hommes ont affirmé connaître au moins deux méthodes de prévention du VIH. En outre, seuls 5% des femmes et 9% des hommes ont déjà subi le test du VIH[37].

Les réponses nationales au défi du VIH/Sida combinent la prévention (PTME[38] et mise à disposition de préservatifs) et le traitement de la maladie. Elles sont accompagnées d'une prise en charge économique (AGR[39]), d'une approche communautaire et institutionnelle (dimension multisectorielle).

La stratégie du dépistage, même en supposant dépassés les tabous, se heurte aux limites et contraintes en matière de sensibilisation, de ressources humaines qualifiées, de supervision, de suivi et d'évaluation, de décentralisation. En 2009, il existait 17 centres de dépistage, qui connaissaient un faible taux d'utilisation. En outre, trois ONG nationales disposent désormais de capacités dans le cadre du dépistage volontaire.

Au niveau de **la prise en charge des personnes vivant avec le VIH,** d'importants progrès ont été réalisés, le nombre de cas cumulés de malades suivis par le CTA, en juin 2009 étant de 2600[40] dont 1500 sous traitement, la gratuité des antirétroviraux étant assurée pour les malades identifiés. Le traitement est mis en œuvre au niveau de trois structures hospitalières (Kaédi, Kiffa, Nouadhibou).

Les facteurs de risques restent largement présents et la vigilance s'impose. C'est un des défis majeurs que de les contenir au cours des années à venir.

Bien qu'aucune étude n'ait eu lieu pour déterminer le poids réel de chacun des modes de transmission, il et vraisemblable que le mode le plus répandu en Mauritanie soit la transmission sexuelle, en particulier hétérosexuelle.

Les facteurs de risque sont multiples. On peut en retenir les plus importants :

(i) La pauvreté et la promiscuité jouent un rôle de facteur aggravant et entraînant. Elles peuvent être à l'origine de pratiques dangereuses comme la prostitution ;

(ii) Le manque d'information, particulièrement chez les personnes analphabètes ;

(iii) La forte prévalence des MST et les insuffisances de leur prise en charge constituent un facteur important de risque ;

(iv) Les mouvements migratoires avec des pays à haut risque de la région Africaine favorisent la transmission du VIH. C'est le cas de la Côte d'Ivoire, du Burkina Faso, du Congo et du

[36] Dont l'état peut d'ailleurs s'expliquer par les défaillances de leur système immunitaire (Sida)
[37] Données du Ministère de la santé.
[38] Prise en charge de la transmission mère-enfant.
[39] Activités génératrices de revenus.
[40] Chiffre modeste comparé aux nombre estimé de séropositifs ou malades du Sida.

Gabon notamment. Le développement des voies de communication au Nord comme au Sud peut favoriser la diffusion du VIH ;

(v) La précarité de la Condition Féminine a des effets pervers sur les possibilités de transmission du VIH. La grande mobilité conjugale[41] avec des divorces et remariages fréquents, sans aucune vérification de l'état sérologique des mariés, est aussi un facteur de risque non négligeable, tout comme la grande précarité de nombreuses femmes isolées. Les femmes sont d'autant plus vulnérables en tant que conjoints et partenaires sexuels des catégories jugées à risque qu'en général elles ont un faible niveau d'éducation ;

(vi) Le vagabondage sexuel des Hommes ;

(vii) La qualité des soins est une nécessité impérieuse. La sécurité des injections, la stérilisation consciencieuse du matériel médical, la gestion des déchets hospitaliers sont autant d'actes porteurs de risque dans un environnement peu habitué à la rigueur et au geste qui sauve la vie ;

(viii) La résistance plutôt socioculturelle des hommes à utiliser le préservatif, à en parler et à apprendre à s'en servir correctement. Le déni de la maladie et la perception négative des séropositifs.

Un cadre stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA a été mis en place fin 2002. Sa mise en œuvre a bénéficié d'importants financements extérieurs, provenant essentiellement de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria. Un audit financier du Fonds Mondial a identifié une gestion frauduleuse (une procédure judiciaire est en cours) de certains de ces fonds en 2009, ce qui a entraîné le gel des financements du Fonds. La pérennisation des financements et l'amélioration sensible de leur gestion constituent un objectif important. Les principales faiblesses résident dans la persistance d'un faible niveau d'information des populations par rapport aux modes de transmission et de prévention, dans l'absence de plans d'action spécifiques à l'égard des populations à risque et dans la faiblesse du dispositif de surveillance épidémiologique.

Une remobilisation des responsables politiques et administratifs semble indispensable, de manière à impulser notamment des actions d'envergure de sensibilisation (IEC), en liaison avec les organisations de la société civiles compétentes et représentatives.

La cible relative au VIH-SIDA, au total, semble accessible, dans la mesure où les données épidémiologiques montrent une stagnation de la prévalence depuis une dizaine d'années et vu la mise ne place d'un dispositif de lutte. Cela requiert une actualisation de la stratégie, l'engagement plus ferme de l'Etat et de la société civile et le développement des moyens de sensibilisation et d'intervention.

3. La tuberculose :

Jusqu'en 1987, on connaissait peu de choses sur l'ampleur de la maladie en Mauritanie. Une première enquête avait alors permis de situer le RAI (risque annuel d'infection) entre 2,8% et 5,6% selon les Wilayas. Un programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) a été défini et mis en place en 1990 par le gouvernement avec l'appui de l'OMS. En 1999, les services officiels estimaient l'incidence des cas de tuberculose à microscopie positive à 240 cas pour 100 000 habitants. Plus tard, le programme du Fonds Mondial GFATM (acteur financier principal depuis 2004) a estimé le pourcentage de décès causés par toutes les formes de tuberculose dans les structures de santé à 7% en 2004 et à 2% en 2007.

[41] Selon EDSM 2000-2001, le taux de prévalence du divorce chez les femmes est de 11%, une femme sur quatre a déjà été mariée au moins deux fois. A Nouakchott, cette proportion est de 39%.

L'évolution de la prévalence de la tuberculose à partir du nombre estimé de cas détectés () pour 100 mille habitants est retracée par le tableau ci-dessous (la prévalence est mesurée pour 100 000 et la mortalité spécifique en %) :

	1997	2001	2004	2007
Cas notifiés		3521		3000
Prévalence	140	130	128	100
Mortalité spécifique			7	4

Source : GFATM et CIPD

Mais les données officielles (Ministère de la santé, 2008) estiment à 200 pour 100 000 habitants la prévalence de la tuberculose. Elle connaitrait un certain regain qu'on impute à ses liens étroits avec la présence du VIH (terrain rendu favorable par les défaillances du système immunitaire). Ce qui inquiète le plus les spécialistes, **c'est la forte proportion d'échecs thérapeutiques et de « perdus de vue », qui serait supérieure à 38%.**

La stratégie nationale adoptée par les pouvoirs publics pour le contrôle de la maladie est basée sur le traitement court, directement supervisé (DOTS). On estimait le taux de couverture à 82% en 2006.
Mais l'implication du secteur privé et de la société civile semble faire défaut.

Toutefois, le défi majeur est en réalité celui de trouver des parades devant la multiplicité des cas de co-infection TB/VIH et les multi ou ultra résistances secondaires du bacille. En effet, selon une étude de l'INRSP parue en 2008, les cas de résistances primaires étaient de 9% ; les secondaires de 31% ; le taux de MDR de 5,2% au moment où le taux de co-infection Tuberculose/VIH était de 4,6%.

Il existe toutefois une note d'espoir : selon les données de l'enquête MICS (2007), la couverture vaccinale des enfants contre la tuberculose avait atteint 85,6%.

Malgré la fragilité des données épidémiologiques, on semble constater une tendance à la baisse de la prévalence, ce qui laisse penser que la cible concernant la tuberculose pourrait être atteinte. Cela implique que le VIH-SIDA demeure sous contrôle, que la stratégie définie soit mise en œuvre et que le système global de santé s'améliore.

L'analyse de la situation d'ensemble du secteur de la Santé

Le niveau des indicateurs de santé, et leur faible progression au cours de la période récente, conduit à interroger la conception et le fonctionnement de l'ensemble du système de santé mauritanien.
Les documents disponibles conduisent à identifier quatre caractéristiques principales qui sont susceptibles d'expliquer qu'une partie des OMD relatifs à la santé ne seront pas atteints en 2015.

a) La faible mobilisation de ressources consacrées à la santé :

Les dépenses de santé en 2000-2006 : comparaison internationale

Pays	Mauritanie		Maroc		Algérie		Tunisie		Sénégal		Mali		Burkina	
Années	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	**2006**
DS/ PIB	2,8	**2,2**	4,2	**5,3**	3,5	**4,2**	5,6	**5,1**	4,3	**5,8**	6,3	**5,8**	5,1	**6,3**
DPS/habitant	**28**	**29**	**32**	**54**	**138**	**255**	**131**	**157**	**20**	**52**	**17**	**33**	**16**	**41**

En $ EU constants PPA ; DS : dépenses de santé ; DPS : dépenses publiques de santé.
Source : Base de données OMS 2009.

Les données de l'OMS montrent que le niveau des dépenses de santé en Mauritanie est sensiblement plus faible que dans les pays de la sous-région. La place de la santé dans les dépenses publiques suggère que ce secteur n'est pas considéré comme prioritaire dans la stratégie de développement du pays. Une part importante du financement public repose sur les PTF (27 % en 2008) et des domaines entiers sont pour l'essentiel pris en charge par ces partenaires: tuberculose, malaria, VIH-SIDA.

b) Une allocation des ressources biaisée :

La répartition des médecins est très défavorable aux niveaux primaire et secondaire. D'une façon générale, les médecins occupent très fréquemment des fonctions administratives : c'était le cas de la moitié d'entre eux en 2000 (147 sur un total de 292). La répartition du personnel médical est très asymétrique, en faveur de Nouakchott, qui regroupait 37 % des effectifs en 2008. 195 sages-femmes d'Etat exercent à Nouakchott contre 95 dans le reste du pays. Cette allocation très inégalitaire des ressources humaines conduit à des déficits de personnels dans de nombreuses structures, notamment primaires : 73 % des postes de santé et 57 % des centres de santé ne satisfont pas aux normes d'encadrement. La situation n'est pas plus satisfaisante au niveau des équipements et des moyens de fonctionnement. En 2009, seuls 7 % des centres de santé et 25 % des postes sont équipés selon les normes. L'approvisionnement en médicaments et consommables souffre aussi de distorsions.

c) De fortes discriminations à l'égard des populations pauvres et vulnérables :

Les indicateurs par wilaya, par CSP ou par niveau de quintile montrent tous à quel point la pauvreté est un handicap dans l'accès à la prévention et aux soins. Pour ne donner qu'un exemple, l'enquête MICS de 2007 établit que 21 % des femmes du quintile le plus pauvre bénéficient d'un accouchement assisté par un professionnel, contre 90 % des femmes du quintile le plus aisé. L'inadéquation de l'allocation des ressources consacrées à la santé explique une partie de ces écarts. Mais cela n'épuise pas le sujet. Il existe fort peu de dispositions effectives visant à faciliter l'accès aux services de santé aux populations les plus démunies. Les procédures d'assistance aux indigents sont lourdes et en fait, pour l'essentiel, inaccessibles à ceux qui en ont besoin.

d) Les défaillances de la gouvernance du secteur :

Le secteur de la santé souffre de graves problèmes de gouvernance. Ceux-ci reflètent des conditions plus générales défavorables à la bonne gestion publique : l'instabilité politique qui règne depuis 2003 constitue un obstacle à la réflexion et à l'action stratégique ; l'instabilité ministérielle, particulièrement sensible dans le département de la santé, est contre productive. Le choix des hauts responsables sur des critères qui relèvent trop souvent de l'opportunisme et du clientélisme est dénoncé par tous les observateurs.

En dehors de l'allocation des ressources, qui relève de la gouvernance, le secteur de la santé se caractérise par une gestion des personnels globalement contre-productive : pas de stratégie efficace de motivation ; des rémunérations insuffisantes, qui induisent des comportements qui affectent sensiblement l'offre de soins publics ; une gestion des carrières insatisfaisante. Cette situation contribue à un important détournement des moyens publics (ressources humaines et équipements) au profit de pratiques privées[42],

[42] On estime que le secteur privé est aujourd'hui composé d'une quinzaine de cliniques médico-chirurgicales dotées de lits d'hospitalisation, basées pour l'essentiel à Nouakchott et où on y exerce plusieurs spécialités. Il y a en outre 47 cabinets médicaux de consultation externe ; 37 cabinets dentaires et 15 lieux de soins. Le sous secteur pharmaceutique est pour sa part composé de 114 pharmacies et 187 dépôts pharmaceutiques éparpillés sur l'ensemble du territoire national. Il assure l'approvisionnement du pays en médicaments dont la qualité a souvent été jugée douteuse. Les insuffisances en matière de régulation du secteur privé de la santé ne permettent pas d'apprécier la réalité de l'offre. Les quelques données disponibles (EPCV 2008) indiquent toutefois que : (i) 4,4% des accouchements assistés (femmes de 10-49 ans) ont été réalisés dans une structure de santé privée (près de 16% à Nouadhibou ; 10,5% pour le 5ème quintile de pauvreté) ; (ii) en cas de maladie, 8,3% des personnes interrogées s'adressent à des cliniques ou à des cabinets privés (autour de 15% à Nouakchott et dans le Tiris ainsi que 16,1% du 5ème quintile de pauvreté). En outre, 3,7% consultent des pharmacies (7% pour le 5ème quintile de pauvreté et 8,8% pour Nouakchott).

dont l'accès est réservé aux catégories privilégiées. On a en outre assisté à la mise en place à une large échelle de systèmes de paiements parallèles pour l'accès aux soins et aux médicaments. De nombreuses critiques ont été enfin adressées au système de passation des marchés publics, à l'approvisionnement et à la distribution des médicaments et des consommables, et à la gestion et à l'efficacité et efficience de certains projets.

Les principales victimes de cette mauvaise gouvernance sont les populations les plus défavorisées.

C'est en relevant ces quatre défis que la Mauritanie pourra accélérer les progrès en matière de santé, notamment dans les domaines-clefs de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile.

OBJECTIF 7 : ASSURER LA DURABILITE ENVIRONNEMENTALE

Cible 7.A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes du pays et renverser la perte des ressources environnementales

Indicateurs	*1990*	*1996*	*2000*	*2004*	*2006*	*2008*
N° 7.1 – Proportion du territoire couverte par la forêt	0.4%	0.35%	0.30%	nd	0.20%	nd
N° 7. 2 – Emissions CO2, totales (en Mt)	2.6			2.6		
– Emissions CO2 per capita (en t)	1.3	1.3	1.2	0.8		
– Emissions CO2 par $1de PIB (PPP)	0.7			0.44		

(Sources :** MDRE, World Bank Data Base, Rapport su le développement humain 2007/2008**)

1. Le diagnostic

Depuis la fin des années 1960, la Mauritanie, pays sahélo-saharien aux trois quarts désertique, connait une évolution inquiétante de son profil environnemental, caractérisé notamment par une poussée de la désertification, une dégradation continue des terres agricoles et pastorales et une diminution des ressources halieutiques. Cette évolution conduit à la rupture de l'équilibre des écosystèmes et à la perte de la biodiversité, particulièrement au niveau des forêts classées et des zones humides. A cela s'ajoutent une dégradation de l'environnement urbain et péri urbain et des risques de pollution de l'environnement marin et côtier liés à l'exploitation des nappes pétrolifères en mer.

Du fait de la sécheresse récurrente et de la surexploitation des forêts pour les besoins agricoles, pastoraux et énergétiques[43], la désertification progresse à un rythme inquiétant : entre 1974 et 2004, 150.000 Km², soit 15% du territoire national, se sont transformés en zone désertique.

L'urbanisation accélérée et anarchique de la population a entraîné, quant à elle, de multiples problèmes environnementaux urbains et péri urbains, liés notamment à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ainsi qu'aux ordures ménagères et à la pollution.

S'agissant de l'évolution des indicateurs retenus pour la cible, les données statistiques disponibles sont assez rares.

Ainsi, pour ce qui est de la proportion du territoire couverte par la forêt, le seul inventaire mené en Mauritanie sur la base des imageries Landsat complétées par des missions de terrain avait été réalisé par l'USAID dans le Sud du pays, en 1982, soit il y a près de 30 ans.

[43] Selon la stratégie de développement du secteur rural à l'horizon 2015, les besoins en bois pour l'énergie domestique représentent dix fois la production naturelle des formations ligneuses du pays et les combustibles ligneux fournissent 80 à 90% des sources d'énergie domestique. Malgré les efforts gouvernementaux de promotion du gaz butane comme combustible de cuisson de substitution, l'écart de prix entre le gaz et le charbon fait que l'utilisation du gaz est demeurée essentiellement limitée aux consommateurs urbains aisés

Les données disponibles sont des estimations selon lesquelles il y a eu une réduction sensible de la superficie des zones forestières qui est passée de 0,40% du territoire national en 1990 à 0,30% en 2000 et à 0,20% en 2006, soit un taux de déforestation d'environ 2 ,5% par an. Cette surexploitation des forêts engendre un déboisement annuel de l'ordre de 70 000 ha, alors que, parallèlement, l'effort annuel de reboisement reste inférieur à 5 000 ha. Le taux annuel de déboisement atteindrait 2,9% contre 0,9% pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.

S'agissant des émissions de CO_2, les données disponibles, tirées du ROMD 2008 pour la Mauritanie et du rapport mondial 2007, indiquent une légère diminution entre 1990 et 2004. Par tête d'habitant, ces émissions représentaient, en 2004, le double de celles du Sénégal (0,4 t) et près des deux tiers de celles observées au Maroc.

Relativement à la consommation de substances détruisant la couche d'ozone, on peut noter que la Mauritanie a ratifié, en 1994, la Convention de Vienne pour la Protection de la Couche d'Ozone et le Protocole de Montréal relatif à des substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO), ainsi que les amendements de Londres, de Copenhague et de Montréal, le 22 juillet 2005 (l'amendement de Beijing reste à ratifier). Quelques projets ont été ou sont mis en œuvre, notamment avec l'appui de la Coopération française, du PNUE et du PNUD, pour satisfaire aux normes prévues par ces accords internationaux.

2. L'analyse des contraintes et obstacles

Les contraintes tiennent en premier lieu à une prise de conscience tardive, chez les décideurs politiques du pays, de l'ampleur des enjeux environnementaux et du lien étroit qu'ils ont avec le développement du pays.

Une deuxième contrainte réside dans la dilution des responsabilités en matière de politique environnementale entre plusieurs institutions publiques (ministères chargés de l'environnement, du développement rural, des pêches, du transport, de l'équipement, de l'hydraulique, de la santé,…) et dans la faiblesse des mécanismes de coordination entre ces institutions.

Cette contrainte est exacerbée par l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, la modestie des moyens logistiques et financiers et la faiblesse des systèmes d'information et de suivi, auxquels s'ajoute la faible efficacité des politiques publiques du fait des caractéristiques de la gouvernance globale du pays.

Ces contraintes sont d'autant plus pesantes que la croissance naturelle de la population et son urbanisation accélérée engendrent de fortes pressions sur les ressources naturelles et que le réchauffement climatique mondial entraîne en Mauritanie de lourdes conséquences en termes de pertes de ressources environnementales.

La crise du réchauffement planétaire engendre, depuis près de quatre décennies, une dégradation des ressources naturelles en Mauritanie. Cette dégradation, accentuée par les modes d'exploitation inadéquats des ressources, a provoqué un grave déséquilibre entre l'homme et son milieu par la détérioration des systèmes productifs agro-sylvo-pastoraux et la paupérisation des populations rurales.

La perte de ressources naturelles est assez inquiétante, qu'il s'agisse des ressources en eau, des ressources en sol ou de la biodiversité.

Ainsi, l'étude récente sur l'impact des changements climatiques en Mauritanie, déjà citée, notait une baisse généralisée du total pluviométrique allant de 30 à 40 %, sur la période 1960-2007. Elle ajoutait que cette diminution de la pluviométrie a « entrainé une augmentation du taux de ruissellement de l'ordre de 45 à 50 % au détriment de l'infiltration, provoquant ainsi une baisse considérable du niveau des nappes phréatiques ». Ce phénomène, couplé à la dégradation du couvert végétal, exposé à l'érosion hydrique et éolienne, fait que la pression devenait considérable sur les eaux de surface et qu'on assistait à un bouleversement du régime hydrique de certains lacs et réservoirs.

L'étude ajoutait également que les changements climatiques auront des impacts majeurs sur les ressources en eaux de surface et eaux souterraines, notamment :

- ✓ l'irrégularité et la tendance à la baisse des débits de crues et des volumes annuels écoulés et la dégradation de la qualité par salinisation, eutrophisation ou contamination ;
- ✓ les faibles recharges annuelles des nappes phréatiques, entrainant une dégradation des ressources en eau douce renouvelable, la baisse continue des niveaux des nappes d'eau superficielles et phréatiques et l'enfouissement de ces dernières, ainsi que l'assèchement des oueds, sources et puits ;
- ✓ la mortalité de la flore et de la faune par stress hydrique ou par longue submersion et la prolifération des plantes aquatiques.

S'agissant des pertes de ressources en sols, il est établi que la baisse importante des pluies et leur forte variabilité, en relation avec les changements climatiques, ont entrainé une réduction drastique des ressources en sols, comme en témoigne l'avancée du désert, et une diminution sensible de la fertilité des terres agricoles.

3. Les propositions et les perspectives:

Face à l'étendue des problèmes environnementaux et à la faveur d'une prise de conscience grandissante de l'ampleur de leurs enjeux, la Mauritanie a adopté, en 2000, une loi portant code de l'environnement. Le pays a ratifié la quasi-totalité des conventions internationales relatives à l'environnement et repris les OMD y afférant dans sa stratégie globale de développement (CSLP II). En août 2006, une structure ministérielle (secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre) chargée de la gestion transversale des problèmes environnementaux a été créée. En 2007, le secrétariat d'Etat a été érigé en Ministère délégué dont les attributions ont été élargies pour couvrir l'environnement urbain et marin et le développement durable, afin de parfaire la prise en charge institutionnelle de la problématique environnement/développement.

Une Stratégie Nationale de Développement Durable (SNDD) à l'horizon 2015 a été adoptée, en octobre 2006, qui vise l'intégration des différents principes de durabilité environnementale dans les politiques de développement du pays. Elle prévoit une approche stratégique intégrant à la fois les dimensions sociale, économique et environnementale.

En plus de cette stratégie, un plan d'action national pour l'environnement (PANE), accompagné d'un plan de lutte contre la désertification, a été adopté en 2006. En 2007 un nouveau Code forestier a été promulgué et le décret de 2004 rendant obligatoire la réalisation préalable d'études d'impact environnemental a été révisé. Parallèlement, le pays mettait en œuvre plusieurs plans, projets et programmes visant à relever les différents défis environnementaux.

Par ailleurs, le conseil des ministres de l'OMVS a adopté, en juillet 2008, un Plan d'action stratégique visant la préservation durable de l'environnement dans le Bassin du fleuve Sénégal et appuyé par un important financement de près de 346 millions US $. Ce plan s'ajoutera à l'initiative similaire déjà prise dans le cadre du CILS pour traiter la contrainte environnementale dans un cadre supranational, mettant en commun les efforts de différents Etats.

Dans ce contexte, et eu égard aux contraintes ci-dessus soulignées et aux effets prévisibles de la crise du réchauffement planétaire, atteindre, à l'horizon 2015, **l'objectif d'intégration des principes du développement durable et d'inversion de la tendance à la perte des ressources naturelles semble hors d'atteinte.**

En termes de stratégie, il est impératif qu'à l'occasion de l'élaboration du CSPL III, les différentes stratégies sectorielles tiennent effectivement compte des principes de développement durables et des objectifs fixés par la SNDD. Cela suppose également l'amélioration des mécanismes institutionnels de coordination entre les différentes institutions concernées, afin de garantir cohérence globale des politiques sectorielles et la synergie nécessaire entre leurs programmes et projets de mise en œuvre.

Enfin, eu égard à l'ampleur des défis à relever et aux capacités limitées des administrions en charge des questions d'environnement et de développement durable, un renforcement sensible des capacités du MDEDD est indispensable. Cela suppose une évaluation des besoins et leur prise en compte dans le cadre du CDMT global qui accompagnera le CSLP III et leur inscription effective dans les lois de finances des cinq prochaines années.

En tout état de cause, une attention particulière devra être accordée à :

- ✓ la lutte contre la désertification, qui devra être intensifiée, notamment à travers une plus grande mobilisation des ONG spécialisées et des associations communautaires et l'adoption de mécanismes opérationnels pour la mise en œuvre de la Convention sur la lutte contre la désertification ;
- ✓ la préservation des ressources halieutiques et du milieu marin, notamment à travers une gestion plus équilibrée de l'effort de pêche et une exploitation écologique des gisements pétroliers off shore ;
- ✓ la protection de la biodiversité, à travers une politique plus efficace de reforestation et la protection des zones humides et des parcs naturels ;
- ✓ la préservation de l'environnement urbain dans un contexte d'urbanisation accélérée, particulièrement à travers la promotion de systèmes collectifs fiables d'assainissement et de traitement des ordures et déchets ménagers ;
- ✓ la nécessité, au plan juridique, d'adopter et de mettre effectivement en vigueur les textes réglementaires d'application des différentes lois portant sur le développement durable et l'environnement ;
- ✓ la définition de mécanismes opérationnels de mise en œuvre de la SNDD et du PANE qui garantissent la participation effective de organisations de la société civile concernées par leurs différents volets ;
- ✓ la promotion de dispositifs d'IEC, de formation et de sensibilisation en matière de développement environnemental.

Cible 7.B : Réduire la perte de biodiversité, en réalisant, en 2010, une réduction significative du taux de perte

Indicateurs	*1990*	*1996*	*2000*	*2004*	*2008*
N° 7.6 – Proportion de zones terrestres et marines protégées				0,6%	

(Source : MDEDD***)***

La diversité biologique ou biodiversité, représente l'ensemble des espèces vivantes présentes sur la Terre (plantes, animaux, micro-organismes, etc.), les communautés formées par ces espèces et les habitats dans lesquels ils vivent. De façon formelle, la Convention sur la diversité biologique (CDB) définie la biodiversité comme étant la "variabilité des organismes vivants de toute origine, y compris, entre autres, les écosystèmes terrestres, marins et autres écosystèmes aquatiques et les complexes écologiques dont ils font partie; cela comprend la diversité au sein des espèces, et entre les espèces et ainsi que celle des écosystèmes".

Comme déjà mentionné au titre de la cible 7.A relative à l'intégration des principes du développement durable dans les politiques et programmes du pays et au renversement de la tendance de perte des ressources environnementales, les données statistiques ne permettent pas de suivre l'évolution des indicateurs retenus pour la cible portant sur la réduction de la perte de biodiversité, et ce d'autant plus que cette cible n'a été ajoutée qu'en 2009.

Pour ce qui est de la proportion des zones terrestres et marines protégées, elles représentent 0,6% du territoire et sont composées essentiellement des deux aires protégées, situées le long des côtes de l'Atlantique, que sont le Parc National de Banc d'Arguin, au nord, et le Parc National de Diawling, au sud. Ces deux parcs nationaux sont classés zones humides d'importance mondiale en vertu de la convention de

RAMSAR et sont les seules réserves de faune et de flore encore bien conservées du fait de ce statut. Ils sont dotés, chacun, d'un plan d'aménagement et de gestion dont la mise en œuvre, tout comme le fonctionnement des deux parcs, est largement dépendante de l'aide extérieure.

Il existe également deux réserves naturelles : El Aguer, dans la wilaya de Hodh El Gharbi, et de Chott Boul, dans la wilaya de Trarza, qui sont des aires protégées, auxquelles s'ajoutent les projets de réserves de Tilemsi, de Guelb Er Richât et d'El Atf, respectivement dans les wilayas de Hodh Ech Charghi, de l'Adrar et de Gorgol.

Le phénomène de déforestation, du fait de l'avancée du désert ou du prélèvement de bois pour les besoins énergétiques, déjà souligné, engendre la disparition progressive de plusieurs espèces animales (rien que par la perte de leur refuge et de leurs sources d'alimentation) et végétales, entrainant ainsi une importante perte de biodiversité des espèces et des écosystèmes.

La biodiversité marine, quant à elle, est soumise à la surexploitation des ressources, du fait de la forte pression de la pêche artisanale et industrielle, et aux risques croissants de la pollution marine.

En raison de la surexploitation des ressources, la faune halieutique ne se reproduit plus dans de bonnes conditions, particulièrement depuis le début des années 1990. Les données disponibles indiquent que bien que la ressource demeure assez importante, on assiste à une baisse du rendement pour les espèces les plus recherchées, baisse compensée par le dépassement de l'effort de pêche autorisé. Ainsi, l'IMROP estimait en 2006 que l'effort de pêche sur les céphalopodes (espèce la plus lucrative en raison de ses prix attractifs sur le marché mondial) était de 30% supérieur au niveau optimal.

Afin de permettre à la ressource de mieux se reconstituer, les autorités mauritaniennes ont instauré, dès 1993, un arrêt biologique annuel de un, puis deux, puis quatre mois (2 fois deux mois) selon les espèces et élaborent annuellement des plans d'aménagement des différentes pêcheries qui fixent les niveaux de prélèvement autorisés. Une Délégation à la surveillance des pêches et au contrôle en mer, dotée de moyens relativement importants dans le cadre de l'accord de pêche avec l'Union européenne et de la coopération bilatérale (particulièrement avec l'Espagne), veille au respect des conditions d'exploitation de la ressource.

Cependant, la concurrence entre la pêche artisanale et la pêche industrielle, couplée aux fréquentes incursions illégales des flottilles dans les zones interdites et à l'utilisation d'engins prohibés font peser des risques sérieux sur la pérennité de la ressource.

Ces risques sont aggravés par les rejets de déchets et d'eaux usées et plus particulièrement d'émissions liquides et solides liés à l'activité pétrolière off shore.

Par ailleurs, il est établi aujourd'hui que la ville de Nouakchott, qui abritera près de 28% de la population totale du pays en 2015 selon les projections de l'ONS, fait face à de sérieux risques d'inondation par incursion de l'océan, liés notamment au fait qu'elle soit située au dessous du niveau de la mer, à l'érosion du cordon dunaire sur le littoral et à l'impact de la crise climatique mondiale sur l'élévation du niveau de la mer.

Pour faire face à ces risques, et après constat de la faible efficacité des actions entreprises depuis plusieurs années pour la sauvegarde du littoral à Nouakchott, les autorités mauritaniennes ont adopté, en janvier 2010, un **programme spécial de protection de la capitale, avec un financement de 3,8 milliards d'ouguiyas (plus de 10 millions d'euros). Ce programme, qui doit démarrer en juin 2010,** vise à renforcer le cordon dunaire du littoral sur une longueur de 40 km, fixer des dunes sur une superficie de 2.235 hectares et planter un million d'arbres.

L'ampleur des problèmes, le faible niveau de ressources effectivement mobilisées, et l'éparpillement institutionnel des acteurs impliqués laissent penser que cette cible ne sera pas atteinte en 2015.

Cible 7.C : Réduire de moitié, en 2015, la proportion des gens sans accès durable à l'eau potable et à l'assainissement de base

L'objectif à atteindre est une proportion des gens sans accès durable à l'eau potable de 36,5 % en 2015.

Indicateurs	*1990*	*1996*	*2000*	*2004*	*2008*
N° 7.8 - Proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau potable	37%	%	50,4 %	52%	62%
N° 7.9 – Proportion de la population utilisant une installation d'assainissement améliorée	%	%	%	19.7 %	21.8 %

(Source : EPCV)

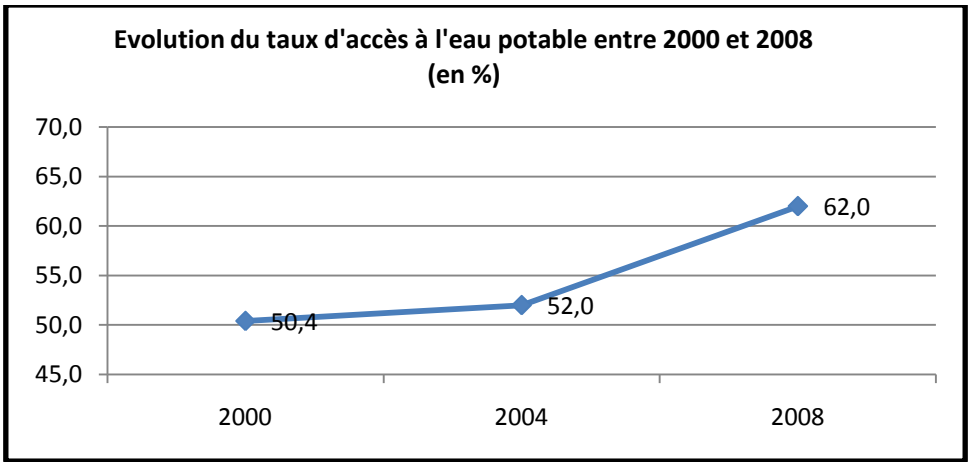
1. Le diagnostic

L'évolution des données

Avant 2000, les données disponibles ne permettaient pas de suivre avec fiabilité l'évolution de l'accès à l'eau potable. Les objectifs de l'hydraulique rurale et semi urbaine étaient exprimés essentiellement en nombres de forages et puits, avec ou sans équipement d'exhaure, et les réseaux d'hydraulique urbaine étaient peu développés.

Depuis 2000, l'EPCV permet d'évaluer le taux d'accès à l'eau potable, qui est définie comme obtenue par robinet (interne ou externe au logement), citerne, revendeur ou fontaine publique[44].

Selon les données des EPCV, le taux d'accès à l'eau potable est passé de 50,4% en 2000 à 52% en 2004 à et 62% en 2008 (l'enquête MICS 2007 établissait ce taux à 50,7%).

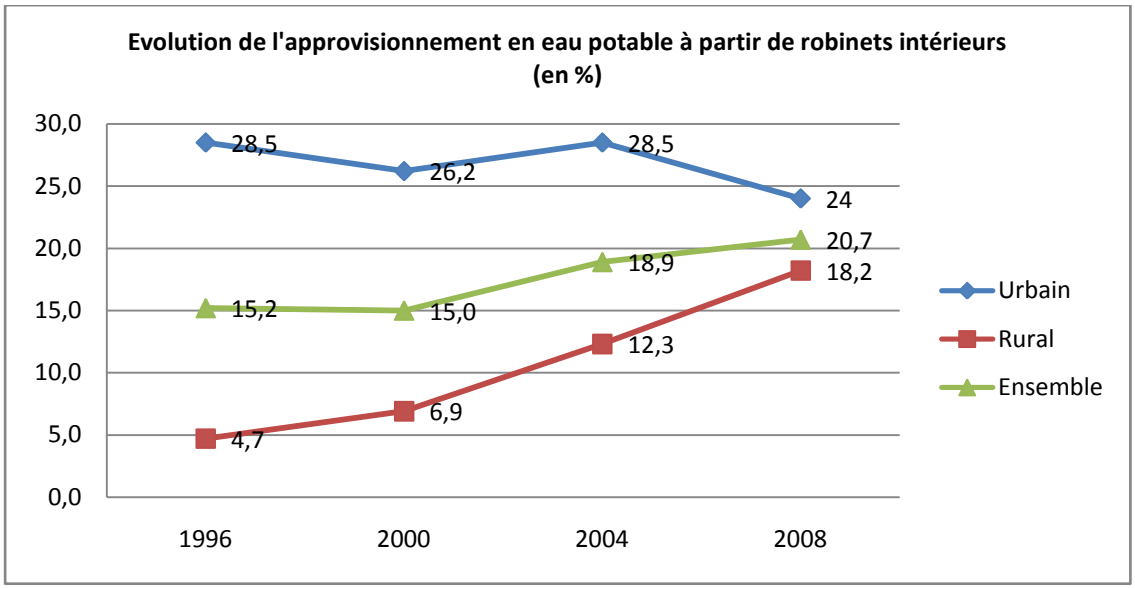


Source : EPCV

Ainsi, l'accès à l'eau potable s'est sensiblement amélioré entre 2004 et 2008, le rythme moyen d'augmentation ayant été de 2,5 points par an, alors qu'il n'avait été que de 0,4 points entre 2000 et 2004.

Cependant, l'analyse par source d'approvisionnement montre que des progrès importants demeurent à réaliser pour fournir aux populations une eau de qualité à travers les robinets, l'approvisionnement par revendeur, citerne ou fontaines publiques pouvant présenter certains risques. En effet, en 2008, seulement 20,7% des ménages avaient accès à l'eau à travers des branchements privés, contre 15,2% en 1996, soit un rythme de progression très faible.

[44] Cette définition diffère de celle adoptée pour le ROMD 2008 qui consacre une définition internationale ne tenant pas comte de l'approvisionnement par revendeurs, citernes ou fontaines publiques.



Source : EPCV

S'agissant de la proportion de la population utilisant une installation d'assainissement améliorée, l'EPCV 2008 soulignait que la disponibilité des services d'hygiène et d'assainissement restait encore faible au niveau national (21,8 %), malgré une amélioration par rapport à 2004 (19,7 %). Notons, toutefois, que l'enquête MICS chiffrait la proportion de la population utilisant un système d'assainissement amélioré à 31% en 1990 et 34% en 2004.

C'est donc dire la faiblesse des systèmes collectifs et modernes d'assainissement, avec les conséquences que cela peut avoir en termes d'hygiène et de santé publiques et de qualité du cadre de vie.

Les disparités selon le milieu de résidence, les wilayas et le degré de pauvreté

Les données de l'EPCV montrent d'importantes disparités en termes d'accès à l'eau potable et à l'assainissement selon le milieu de résidence, les wilayas et moughataa et selon le degré de pauvreté.

Ainsi, en 2008, le taux d'accès à l'eau potable n'était que de 36,8% en milieu rural alors qu'il était de 95,9% en milieu urbain. Notons, toutefois, que l'accès par robinet intérieur a augmenté de 13,5 points de pourcentage entre 1996 et 2008 en milieu rural, alors qu'il a baissé, sur la même période, de 4,5 points en milieu urbain.

Cette évolution divergente s'explique notamment par les effets conjugués de la démographie et de l'urbanisation et des importants investissements publics dans l'hydraulique rurale au cours des années 1990, décennie de l'eau.

La faiblesse du taux d'accès en milieu rural se justifie par le fait que la moitié des localités de plus de 500 habitants, qui constituent plus de 80% des localités rurales du pays, n'ont pas de réseau d'eau potable, entraînant ainsi l'approvisionnement de près de la moitié des ménages ruraux (49,5%) par puits sans pompe, et par l'arrêt fréquent, temporaire ou définitif, du fonctionnement des infrastructures, faute de maintenance et d'entretien (les charges récurrentes de fonctionnement n'étant pas couvertes par l'Etat et les populations, pauvres, ne pouvant les supporter).

L'analyse selon les wilayas montre que plus de la moitié des wilayas (7), utilise comme première source d'approvisionnement les puits sans pompe (eau non potable) ; il s'agit des wilayas de l'Est (Hodh El Charghi et Hodh El Gharbi), du Sud-Est (Gorgol, Brakna et Guidimagha) et du Centre (Assaba et Tagant). Dans ces wilayas, essentiellement rurales et dont 6 affichent une incidence de la pauvreté de plus de 50% (au Hodh El Gharbi elle est de 45,2%), le taux d'accès est relativement faible et est bien inférieur à la moyenne nationale.

Au Trarza et en Adrar, le taux est assez élevé et est supérieur à la moyenne nationale. A Nouakchott, Nouadhibou, en Inchiri et au Tiris Zemmour, wilayas essentiellement urbaines, le taux d'accès est très élevé.

L'analyse selon les moughataas montre que 30, sur 53, affichent un taux d'accès inférieur à la moyenne nationale et des disparités très marquées, ce taux étant particulièrement faible à Maghama (6,9%), Koubenni (12,3%), Ould Yengé (14,3%), Amourj (15,8%), Sélibaby (18,5%) et Kankossa (20,2%).

Le faible accès du monde rural à l'eau potable est corroboré par l'analyse selon le statut de pauvreté des ménages qui montre qui montre, qu'en 2008, 39% seulement des ménages pauvres, essentiellement ruraux, ont accès à l'eau potable, contre 74% des ménages non pauvres. Chez les plus pauvres (appartenant au premier quintile), ce taux est de 30%, alors qu'il est de près de 87% chez les ménages les moins pauvres.

S'agissant de l'accès au service d'hygiène et d'assainissement, d'importantes disparités existent entre le milieu rural et le milieu urbain et entre les wilayas. Ainsi, le pourcentage de ménages ayant accès à ce service atteignait, en 2008, un niveau très élevé à Nouakchott (69%), alors qu'il n'était que de 22% à Nouadhibou (bien que 90% des ménages déclarent son existence dans leur quartier) et de moins de 0,5% dans sept wilayas (les 2 Hodh, l'Assaba, le Gorgol, le Brakna, le Tagant et le Guidimagha). Au Trarza, ce taux était de 4,8 %, alors qu'il était de 1,7 % en Assaba et de 0,5 % au Tiris Zemmour et qu'il était indéfini en Adrar.

2. L'analyse des obstacles et contraintes

Plusieurs contraintes limitent les progrès vers l'atteinte de la cible relative à l'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base. Ces contraintes sont exacerbées par la crise financière internationale et la crise du réchauffement climatique.

En matière d'accès à l'eau potable, les principales contraintes résident, au-delà de la disponibilité des ressources en eau et de la qualité de la gouvernance du secteur de l'hydraulique, d'une part, dans la gestion de la demande d'infrastructures et, d'autre part, dans la capacité d'absorption et la faiblesse de la régulation.

L'urbanisation désordonnée et sans considération de la disponibilité des ressources en eau a eu pour effet la multiplication de la demande d'infrastructures d'eau potable, souvent satisfaite sans prise en compte des critères de densité de population et de viabilité des infrastructures.

Il en a résulté la multiplication, notamment durant les années 1990, de forages et de réseaux d'adduction d'eau en zones semi-urbaine et rurale. La non prise en compte des charges récurrentes de l'entretien des ouvrages d'exhaure et des réseaux de distribution engendra souvent leur arrêt au bout de quelques années et la nécessité d'investir dans de nouveaux ouvrages et réseaux.

La contrainte de la capacité d'absorption a été plus forte dans le secteur de l'hydraulique qu'ailleurs eu égard, au-delà des lenteurs des procédures de marchés publics, au nombre limité d'entreprises spécialisées et aux faibles capacités de la direction centrale et des services régionaux de l'hydraulique qui assuraient la réalisation des travaux avant le désengagement de l'Etat après la réforme de 1998.

La régulation du secteur de l'eau demeure limitée à la sélection, depuis 2007, par l'Autorité de régulation, d'opérateurs pour l'exploitation technique et commerciale des nouvelles installations d'alimentation en eau réalisées sur financement public dans les petites et moyennes localités (délégation selon la formule de gérance) ne relevant pas du périmètre de l'ANEPA. Dans le périmètre ANEPA, le cahier des charges approuvé consacre le mode de gestion de l'ANEPA, qui est délégataire et qui supervise des gestionnaires de réseaux qu'elle a recruté elle-même. Ce mode de gestion entraîne, tout comme celui de la gérance, une hausse régulière des coûts d'accès à l'eau[45], alors que l'Etat supporte les charges liées aux travaux de

[45] Dans les localités semi urbaines ou rurales où le service de l'eau est géré par des délégataires ou des gestionnaires relevant de l'ANEPA, le tarif du m^3 peut dépasser 300 UM, alors que le tarif SNDE à Nouakchott

maintenance et d'extension. Dans le périmètre SNDE, la régulation n'est pas effective, le cahier des charges prévu par le décret n° 2008-070 du 07 février 2008, relatif à la durée et aux conditions d'exercice de la délégation de la distribution publique d'eau potable à la SNDE, n'ayant toujours pas été adopté, pour des raisons liées notamment à la tarification.

Ces contraintes, cumulées, font que les opérateurs privés demeurent non intéressés par le secteur et que le coût de l'eau devient, d'année en année, plus cher, tant pour l'Etat que pour les populations, notamment les plus pauvres.

Pour ce qui est de l'assainissement, ces mêmes contraintes sont pertinentes et s'y ajoutent des considérations techniques, liées à la nature des sols, et financières, liées aux importants coûts de mise en place et de fonctionnement des réseaux collectifs d'évacuation des eaux usées.

La crise financière mondiale a pu avoir des effets négatifs sur l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base, dans la mesure où elle entraîne une réduction et/ou un retard de mobilisation de l'aide publique au développement, qui a toujours constitué la principale source de financement de l'hydraulique. Les besoins, pour atteindre l'OMD, avaient été évalués, en 2005, à près de 500 millions US $.

La crise climatique, notamment par ses effets sur la baisse de la pluviométrie, concourt à la limitation des ressources en eau, comme déjà souligné, alors que ces ressources sont, par nature, assez limitées.

3. Les propositions

Dans le domaine de l'accès à l'eau potable, il convient, en premier lieu de sauvegarder l'existant, à travers la programmation régulière des ressources financières nécessaires pour la maintenance et l'entretien des ouvrages d'exhaure et des réseaux de distribution.

La bonne connaissance relative des ressources hydrogéologiques du pays (plusieurs études avaient été réalisées avant la mise en place, en 2001, du Centre National de Ressources en Eau, puis par celui-ci, pour établir des cartes hydrogéologiques détaillées des différentes régions du pays) devra guider les autorités dans la gestion de l'implantation des nouvelles zones d'habitation et des mesures vigoureuses devront être prises pour empêcher les constructions anarchiques de nouveaux villages.

Une importance particulière devra être accordée à l'amélioration de la capacité d'absorption du secteur.

Par ailleurs, il serait opportun de faire un audit de la réforme du secteur, d'améliorer sa régulation et de rechercher davantage d'efficacité dans la gestion de la SNDE et de l'ANEPA, à travers la conclusion d'un contrat programme entre l'Etat et la première et la révision du cahier des charges de la seconde.

Le contrat programme et le cahier des charges révisé devront prévoir également des obligations en matière d'extension des réseaux[46], d'augmentation du taux de raccordement et de maintenance des ouvrages et réseaux, en liaison avec les efforts financiers considérables que l'Etat consent.

4. Les perspectives

Si la tendance à l'augmentation du taux d'accès à l'eau potable observée entre 2004 et 2008, selon l'EPCV, se maintenait, de manière linéaire, au cours de la période 2009-2015 on peut penser que la Mauritanie atteindra l'objectif, le taux devant avoisiner 74% en 2015.

Cet optimisme est conforté par l'avancement des travaux du Projet Aftout Essahili et l'engagement de partenaires financiers du pays à mobiliser les financements nécessaires au développement des réseaux de

---

est de 99 UM/ m^3. A ce tarif, très élevé eu égard aux revenus des populations, s'ajoutent les redevances bimensuelles (3.500 UM par mois et parfois plus selon les localités) et l'abonnement (jusqu'à 35.000 UM).

[46] Pour Nouakchott cette extension revêt un caractère d'urgence eu égard à l'avancement des travaux d'Aftout Essahili qui rendent l'amenée de l'eau aux portes de la ville possible en 2012 ou 2013

distribution et à l'exploitation des ressources en eau, notamment au Nord et dans le Dhhar, dans l'Est du pays, zones où l'accès à l'eau potable est le moins élevé.

Pour ce qui de l'assainissement, même si on note la préparation d'un important projet centré sur Nouakchott afin de faire face à la forte augmentation de la consommation d'eau qui résultera d'Aftout Essahili, les perspectives sont moins prometteuses pour le reste du pays.

Cible 7.D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis

1. Le diagnostic

La Mauritanie a connu une urbanisation accélérée, la part de la population urbaine dans la population totale étant passée de 9,1% en 1965 à 22% en 1977 puis 38,1% en 2000 et 50,7% en 2008. A l'horizon 2015, selon les projections de l'ONS, la population urbaine serait de 60%, soit une augmentation de près de 140% entre 2000 et 2015, contre 52% pour la population totale.

Cette urbanisation a entraîné une extension anarchique des grandes villes du pays, notamment Nouakchott et Nouadhibou, et l'apparition de plusieurs quartiers spontanés ne disposant pas des infrastructures collectives minimales nécessaires au bien être (eau, centres de santé, écoles, routes, marchés, logement, électricité, assainissement, ...).

Les pouvoirs publics avaient essayé d'accompagner cette extension des villes par des programmes d'équipements collectifs, mais l'ampleur des besoins, la modestie relative des ressources financières et la faible efficacité des politiques publiques ont fait que, dans chaque grande ville, des quartiers sont demeurés pauvres.

Les données statistiques disponibles ne permettent pas préciser la proportion de la population urbaine vivant dans ces quartiers pauvres. Toutefois, le ROMD 2008 mentionnait qu'en 2000, près de 300.000 personnes, soit environ 10% de la population, vivaient dans des quartiers précaires où prévalaient des conditions de vie et d'hygiène particulièrement difficiles.

La perception de la pauvreté confirme l'importance du phénomène de précarité des quartiers urbains. Ainsi, selon l'EPCV 2008, 20,5% des ménages urbains estimaient que la totalité des habitants de leurs quartiers étaient pauvres, soit, à peu près, le même taux qu'en 2004.

Face à la forte prévalence de la pauvreté dans ces quartiers et à la précarité des conditions de vie des citoyens qui y résidaient, les autorités mauritaniennes ont élaboré, notamment avec l'appui de la Banque mondiale, un ambitieux programme décennal de développement urbain (PDU) couvrant la période 2001-2010 et dont la première phase, centrée essentiellement sur Nouakchott et Nouadhibou, est financée par l'IDA à hauteur de 75 millions US $.

Les principales composantes du PDU sont : (i) l'extension de l'infrastructure de base (voirie, eau, électricité, latrines) aux quartiers spontanés ; (ii) la fourniture des services publics (centres de santé, centres de lutte contre le HIV/SIDA , éducation, récréation, et marchés) ; (iii) une opération d'installation des populations déplacées par la mise en place de sites aménagés et d'un système de compensation financière ; (iv) l'adressage des quartiers ; (v) la régularisation foncière ; (vi) la gestion des déchets solides ; (vii) la viabilisation de terrains pour éviter l'émergence de nouveaux quartiers spontanés ; (viii) la fourniture d'eau et d'électricité ; (ix) et la mise en place d'un système de microcrédit pour la régularisation foncière ou l'achat de terrain viabilisé, etc.

Après plus de huit années de mise en œuvre, perturbée par les aléas politiques du pays, les différentes composantes du programmes affichent un taux d'exécution relativement élevé et les autorités espèrent qu'une seconde phase viendra, à partir de 2013, consolider les résultats acquis et parachever les importantes réformes et actions menées dans le cadre de ce programme, améliorant ainsi davantage les

conditions de vie des populations dans les quartiers précaires à Nouakchott et Nouadhibou et engageant de nouveaux projets d'infrastructures essentielles dans les autres capitales régionales.

D'autres projets, de moindre importance financière, ont été également mis en œuvre pour promouvoir la résorption du déficit d'infrastructures de base et l'amélioration des conditions de vie dans les quartiers périphériques des différentes grandes villes du pays, conditions qui demeurent assez préoccupantes selon la dernière EPCV.

2. L'analyse des obstacles et contraintes et l'impact des crises

Tout comme les autres politiques sectorielles, la politique de développement urbain fait face à de sérieuses contraintes qui entravent sa mise en œuvre. Ces contraintes résident, au-delà des contraintes générales déjà évoquées et de l'immensité des besoins, notamment dans la faible application des normes relatives à l'urbanisme et à l'affectation des sols, la limitation des réserves foncières, l'importance des ressources financières nécessaires pour la restructuration des quartiers précaires, la faiblesse des capacités des entreprises du BTP et la limitation de l'offre publique d'électricité, d'eau, de santé, d'assainissement, éducation, etc. Elles résident également dans l'insuffisance des ressources humaines nécessaires pour l'animation des infrastructures déjà réalisées et dans la lenteur des procédures du fait des imperfections de la coordination entre les différentes structures concernées et des lourdeurs des procédures des marchés publics.

La crise climatique affecte les quartiers précaires, à travers l'exode rural qu'elle favorise du fait de la paupérisation croissante du milieu rural et les risques qu'elle fait peser sur les infrastructures collectives, eu égard à la fréquence, ces dernières années, des catastrophes naturelles (notamment les inondations).

3. Propositions et perspectives

L'engagement politique fort en faveur des populations pauvres et des quartiers précaires et la lutte déclarée contre la mauvaise gestion des ressources publiques pourraient se traduire au cours des dix prochaines années par des avancées significatives en matière d'amélioration des conditions de vie dans ces quartiers, si la contrainte financière venait à se desserrer.

Un autre élément de contexte favorable réside dans la restructuration institutionnelle opérée il y a quelques jours dans le secteur de l'habitat et qui consisté en la fusion en une même entité publique (établissement public) de la Société nationale de construction et de gestion immobilière, SOCOGIM, chargée de la promotion de l'habitat de moyen standing, avec l'Agence nationale d'aménagement des terrains, chargée de la viabilisation des réserves foncières destinées au relogement des habitants des quartiers périphériques.

Cet élément, couplé, à la volonté politique et à l'amélioration du cadre juridique de l'urbanisme (nouveau code de l'urbanisme adopté et schémas d'aménagement urbain des principales villes élaborés), pourra donner une impulsion à la politique de développement urbain du pays, et notamment au volet requalification des quartiers précaires.
Pour que la proportion des la population urbaine vivant dans les quartiers pauvres diminue sensiblement à l'horizon 2020, une politique volontariste devra être mise en œuvre au cours des dix prochaines années afin, d'une part, de développer l'offre d'infrastructures et de services de base dans ces quartiers et, d'autre part, de promouvoir les opportunités d'emplois et d'activités génératrices de revenu au profit des habitants de leurs habitants, notamment les jeunes.

Ceci renvoie aux problématiques de réduction de la pauvreté et de la faim et de promotion de l'emploi et du travail décent traitées dans le cadre de l'objectif 1.

OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

Cible 8 A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire.

La Mauritanie a engagé depuis les années 1990 des négociations avec ses principaux partenaires pour établir des accords commerciaux réduisant les obstacles aux échanges extérieurs.
Au niveau régional, la Mauritanie bénéficie des dispositions de l'Union du Maghreb Arable (UMA). Elle est également, en tant que pays ACP, bénéficiaire des accords de Cotonou qui relient les ACP à l'Union Européenne.
Avec cette dernière, un Association de Partenariat Economique (APE) est en cours de négociation.

Au niveau multilatéral, la Mauritanie est partie prenante aux accords réalisés dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC).

Au niveau bilatéral, la Mauritanie a négocié des accords avec le Sénégal, le Mali, la Gambie, l'Egypte, le Maroc, la Tunisie, l'Algérie, la Turquie, le Yémen et la Chine.

Au niveau sectoriel, des accords de pêche ont été signés, notamment avec l'Union Européenne.

Cible 8 B : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement.

La Mauritanie a bénéficié de procédures d'allègement de la dette dans deux cadres :

- Le processus réservé aux Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), lancé en 1996, qui allège la dette de pays surendettés dans le cadre de conditionnalités gérées par les Institutions de Bretton Woods (Banque Mondiale et Fonds Monétaire International). Ces pays sont éligibles aux prêts IDA de la Banque Mondiale. Les principales conditionnalités sont liées à l'adoption de politiques macro-économiques « saines » et de politiques de lutte contre la pauvreté. Les pays éligibles doivent adopter et mettre en œuvre de façon satisfaisante des Documents de Stratégie de Lutte contre la Pauvreté (DSRP). Les allègements sont pour l'essentiel liés à la mise en œuvre de DSRP, et sont fonction de l'atteinte d'un « point de décision », puis d'un « point d'achèvement » attesté par le FMI. Les allègements obtenus doivent permettre de réduire la dette extérieure à un niveau « soutenable » calculé à partir de ratios dette/exportations de biens et services et dette/ recettes budgétaires. La Mauritanie a été un des premiers pays à bénéficier de l'initiative PPTE et a atteint le point d'achèvement en juin 2002. L'initiative PPTE a permis la mise en place d'allègements de la part des institutions de Bretton Woods, de la BAD et du Club de Paris. Cela a également déclenché des allègements d'institutions multilatérales africaines et arabes et de gouvernements non membres du Club de Paris (Arabie Saoudite) entre 2001 et 2003.

- L'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM), adoptée par le G8 de Gleneagles en septembre 2005, suite au sommet des Ministres des Finances du G7 tenu à Londres en juin 2005. Il s'agit d'annuler la dette multilatérale due à la Banque Mondiale, au FMI et à la BAD. Les bénéficiaires furent dans un premier temps 18 pays engagés dans l'initiative PPTE et ayant atteint le point d'achèvement. Les allègements deviendront effectifs en janvier 2006 (FMI) et en juillet 2006 (BM et BAD). La Mauritanie figure parmi les bénéficiaires, même si les créanciers différeront de quelques mois la mise en œuvre suite à des différends sur les données fournies par le pays aux IBW.

Au total, la Mauritanie a pleinement bénéficié des deux grandes initiatives d'allègement de la dette engagées par la communauté internationale depuis 1996. Son niveau d'endettement est aujourd'hui considéré comme soutenable. Une partie (1,15 milliards de $ EU fin 2009) de la dette extérieure est

caractérisée de « passive », car liée à des négociations toujours en cours avec des pays arables (essentiellement le Koweit). Notons que le ratio prévu pour 2010 inclut les conséquences du traitement de la dette passive à l'égard du Koweit et de la Lybie, qui devrait être effectif en 2010.

Années	2006	2007	2008	2009	2010
Dette /PIB	1,11	0,83	0,81	0,93	0,58

Sources : BCM

La dette publique (Etat, BCM et SNIM) active atteignait 1,71 milliards de $ EU fin 2009, dont 1,5 milliards à la charge de l'Etat. Elle est constituée pour ¾ environ de dette multilatérale. La charge de la dette représentait 4,2 % des exportations de biens et services en 2008.

Cible 8 C : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous

L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC) a explosé en Mauritanie au début des années 2000. Une politique sectorielle a été définie et une loi adoptée en 1999, qui a permis de structurer et développer le secteur.
La vente de licences de téléphonie mobile à deux (2000), puis à un troisième opérateur (2006) a conduit à une explosion spectaculaire de la densité téléphonique, le taux d'équipement atteignant 67% en 2008. La couverture du pays s'est rapidement étendue.

Années	1994	1999	2001	2004	2006	2007	2008
Nb postes téléphoniques	8 300	17 000	138 000	552 000	1 090 000	1 550 000	2 076 000
Dont téléphones mobiles					1 060 000	1 510 000	2 000 000
Taux de pénétration		0,6 %			35%	50%	67%
Clients internet							

Sources Rapport ARE relatif à l'année 2008.