ETUDE SUR LA PROTECTION SOCIALE
En MAURITANIE

Analyse de la situation
et
Recommandations Opérationnelles

Carol WATSON et Ould Brahim Ould Jiddou FAH

Rapport final et validé

UNICEF

Mars 2010

TABLE DES MATIERES

Liste des encadrés, tableaux et figures……v
Sigles et abréviations……vii
Remerciements……x

RESUME EXECUTIF……xi

PARTIE I : CONTEXTE

1. INTRODUCTION ET CADRE D'ANALYSE ……1
1.1 La protection sociale : Définitions et cadre conceptuel
1.2 Buts de l'étude
1.3 Méthodologie, démarches et organisation de l'étude
1.4 Organisation du rapport

2. CONTEXTE DU DEVELOPPEMENT EN MAURITANIE ……..…….….. 7
2.1 Données générales
2.2 Contexte juridique et politique
2.3 Cadre macroéconomique

3. PAUVRETE ET VULNERABILITES EN MAURITANIE ……...10
3.1 Introduction
3.2 La pauvreté monétaire
3.3 Dimensions sociales de la pauvreté
3.4 Implications pour la protection sociale

PARTIE II : ANALYSE DE PROGRAMMES ET POLITIQUES

4. DE L'ACTION SOCIALE A LA PROTECTION SOCIALE…….……19
4.1 Introduction et contexte
4.2 Evolution des politiques nationales de la protection sociale
4.3 Etapes de réflexion nationale sur la protection sociale et l'action sociale
4.4 Configurations historiques et cadre institutionnel courant
4.5 Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

5. SECURITE SOCIALE……29
5.1 Introduction et contexte
5.2 Le système formel de sécurité sociale
5.3 Analyse, recommandations et actions à entreprendre
5.4 Systèmes traditionnels, informels et islamiques
5.5 Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

6. SANTE……40
6.1 Introduction et contexte
6.2 Politiques, priorités et options de financement de la santé en Mauritanie
6.3 Les défis de l'accès équitable aux soins de santé
6.4 Le système de recouvrement de couts
6.5 Les mutuelles de santé

6.6 Le forfait obstétrical
6.7 L'assurance maladie – le cas du CNAM et des questions sur son extension
6.8 La prise en charge des indigents
6.9 Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA
6.10Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

7. SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITION……77
7.1 Introduction et contexte
7.2 La sécurité alimentaire
7.3 La nutrition
7.4 Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

8. PROTECTION DE L'ENFANT…….…….97
8.1 Introduction et contexte
8.2 Cadre conceptuel et caractéristiques de vulnérabilité chez l'enfant
8.3 Système de protection de l'enfant en Mauritanie
8.4 Propositions pour une stratégie nationale de protection des enfants
8.5 Conclusions, recommandations, et éléments de réflexion

9. EDUCATION ……..116
9.1 Introduction et contexte
9.2 Analyse de la situation
9.3 L'éducation préscolaire
9.4 L'élimination des disparités et l'inclusion des exclus dans le système éducatif
9.5 La santé et nutrition en milieu scolaire
9.6 L'enregistrement de naissances et l'éducation
9.7 Conclusions, recommandations et pistes de réflexion

10. EAU ET ASSAINISSEMENT ……126
10.1 Introduction et contexte
10.2 Structuration du secteur et orientations stratégiques
10.3 Points forts et contraintes dans le secteur
10.4 Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

11. EMPLOI ET FORMATION TECHNIQUE ……..132
11.1 Introduction et contexte
11.2. Dispositif institutionnel
11.3 Axes stratégiques et orientations nationales
11.4 Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

12. ACCES UNIVERSEL AUX SERVICES SOCIALES ET PROGRAMMES CIBLES.....135
12.1 Introduction et contexte
12.2 Les programmes ciblés du CSLP
12.3 Des nouvelles orientations
12.4 Approches décentralisées
12.5 Gestion des risques des catastrophes
12.6 Conclusions, recommandations, et éléments de réflexion

PARTIE III : ASPECTS BUDGETAIRES ET INSTITUTIONNELS : OPTIONS ET OPPORTUNITIES

13. ANALYSE ECONOMIQUE ET BUDGETAIRE ……141
13. 1Croissance et cadre macroéconomique
13.2 Progrès en matière de reforme des finances publiques
13.3 Budget et dépenses des secteurs sociaux : Quelle place occupe la protection sociale ?
13.4 Perspectives économiques et espace budgétaire
13.5 Conclusions, recommandations et éléments de réflexion

14. **CADRES DE COORDINATION INSTITUTIONNELLE** ……165
14. 1 Introduction
14.2 Responsabilité gouvernementale sectorielle selon les domaines ayant traits à la protection sociale
14.3 Options de dispositif de coordination interministériel

15. LA FAISABILITE D'UN PROGRAMME DE TRANSFERTS DIRECTS EN ESPECE…….172
15.1 Introduction
15.2 Est-ce qu'un programme de transferts en espèces serait faisable en Mauritanie ?
15.3 Conclusions, recommandations, et éléments de réflexion

PARTIE IV : CONCLUSIONS ET FEUILLE DE ROUTE

16. CONCLUSIONS ……......184
16.1 Un regard d'ensemble
16.2 Conclusions et recommandations par secteur et domaine
16.3 Conclusions et recommandations sur les aspects budgétaires et institutionnels

17. PROCHAINES ETAPES : ……....193
VERS UN STRATEGIE NATIONALE DE LA PROTECTION SOCIALE
17.1 Principes de base
17.2 Grandes lignes thématiques
17.3 Chronogramme préliminaire

ANNEXES……....201
1. Personnes rencontrées lors de la mission à Nouakchott (oct.-déc. 2009)
2. Références bibliographiques
3. Termes de référence de l'étude sur la protection sociale en Mauritanie
4. Compte rendu de la réunion du comité de pilotage
5. Spécifications et considérations techniques pour la mise en place d'un projet pilote de transfert social (Etude de faisabilité, SKUK, 2009)
6. Facteurs de risques pour les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre
7. Mauritanie : cadre macroéconomique 2004-2008
8. Tableau des opérations financières consolidées de l'Etat, 2004-2008
9. Rapport de l'atelier de validation de l'étude sur la protection sociale en Mauritanie, 22 mars 2010

LISTE DES ENCADRES, TABLEAUX ET FIGURES

Encadrés

1. Quatre dimensions de protection sociale
2. La vision de la protection sociale dans le CSLP II (2006-2010)
3. L'action sociale ciblée selon la *Politique nationale de santé et d'action sociale (2006-2015*)
4. Identification des groupes vulnérables d'après la politique nationale de la santé et d'action sociale (2006-2015)
5. Solutions proposées aux contraintes rencontrées dans le développement d'une stratégie de la protection sociale (2002)
6. Contraintes à l'action sociale en Mauritanie
7. Recommandations issues de l'état des lieux préparé pour l'atelier national sur l'action s sociale (2007)
8. Rappel historique des configurations de l'action sociale en Mauritanie (1960 à 2000)
9. Quelques données sur le régime CNSS (2008)
10. Du programme *Twize* au *Beit-el-mal* : l'accès à l'habitat basé sur la solidarité traditionnelle
11. Aperçu sur la couverture sanitaire selon l'ECPV 2008
12. Vision, valeurs et principes de la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale 2005-2015
13. Impact et défis de l'annulation des frais d'utilisation de services de santé de base
14. Données sur la mutuelle de santé de Dar Naim (2008)
15. Réflexions sur un cadre de concertation et de coopération entre mutuelles en Mauritanie
16. Mutualisation des risques comme solution à l'accès aux soins obstétricaux
17. Recommandations de l'atelier national de coordination du forfait obstétrical
18. Caractéristiques de l'assurance maladie gérée par la CNAM
19. Recommandations pour un système de tiers payant pour les soins hospitaliers
20. La prise en charge des soins hospitaliers des indigents : un défi à confronter
21. Défis majeurs identifiés dans la lutte contre le VIH/SIDA
22. Recommandations clés pour les politiques en matière de la protection sociale et la santé
23. Bilan d'activités du CSA et partenaires fin 2008
24. Le PAM : Partenaire clé dans la lutte contre l'insécurité alimentaire
25. Accélération de la lutte contre la faim et la malnutrition des enfants dans le Sud Est de Mauritanie
26. Points clés d'une analyse régionale des liens entre systèmes de protection de l'enfant et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre
27. Cadre d'analyse de la vulnérabilité chez l'enfant
28. Entraves internes au fonctionnement du système de l'éducation en Mauritanie
29. Les enfants handicapés et l'éducation
30. Organisation institutionnel dans le secteur de l'eau et de l'assainissement
31. L'emploi au centre de la lutte contre la pauvreté
32. Programmes ciblés de lutte contre la pauvreté (CSLP I)
33. Programmes ciblés de lutte contre la pauvreté (CSLP II)
34. Points clés de l'étude sur les transferts en espèces en Afrique de l'Ouest et du Centre
35. Les filets sociaux de sécurité au sein d'une protection sociale plus large

Tableaux

1. Protection sociale en faveur de l'enfant
2. Mauritanie : Cadre macro-économique 2004-2008
3. Indicateurs de base
4. La pauvreté en tant que privation multidimensionnelle
5. Financement du régime des travailleurs salariés
6. CNSS : Paiements effectués(en millions)
7. Récapitulatif des niveaux de sécurité sociale recommandés par le BIT
8. Résultats de la réflexion nationale sur la protection sociale sanitaire, 2004
9. Inventaire des projets pilotes de mutuelles de santé en Mauritanie, 2003
10. Interventions clés identifiées par REACH
11. Les 5 canaux de livraison des services de nutrition en Mauritanie
12. Données sur les groupes d'enfants vulnérables en Mauritanie
13. Données sur les structures publiques/parapubliques intervenant directement pour la protection des enfants

14. Des exemples des ONG nationales et internationales dans le domaine de la protection de l'enfant
15. Quelques indicateurs de base en éducation (2007/8)
16. Mauritanie – Cadre macro-économique 2004-2008 (rappel)
17. Dépenses sociales par rapport aux revenus (2007-2008)
18. Répartition du budget de l'éducation selon la classification économique (MUM)
19. Répartition économique du budget de la santé (MUM)
20. Répartition économique du budget de l'emploi, de l'insertion et de la formation professionnelle (en MUM)
21. Programmation BCI pour les secteurs sociaux (2000-2008)
22. Budget pour la restructuration des quartiers précaires à Nouadhibou et Nouakchott (2009-2010)
23. Budget exécuté de la protection sociale dans le budget de l'Etat hors financement extérieure
24. Tableau indicatif du dispositif institutionnel actuel pour la protection sociale
25. Statut des interventions prioritaires en nutrition selon REACH
26. Synthèse des analyses et schéma de planification de transferts en cash – REACH 2009
27. Projet de filet de sécurité/ transfert 'cash+' en Mauritanie : Analyse AFOM ('SWOT')
28. Avis divers sur les différentes composantes d'un projet pilote potentiel
29. Options pour un paquet d'interventions « Cash Plus »
30. Stratégie nationale de la protection sociale : Chronogramme préliminaire (2010-2012)

Figures

1. Carte de la pauvreté en Mauritanie, par *wilaya* (2008)
2. Contribution à l'étendu de la pauvreté par *wilaya*
3. L'étendue de la pauvreté des *moughataa* les plus vulnérables
4. Extrême pauvreté dans les 11 *moughataa l*es plus touchées
5. Indicateurs sociaux et pauvreté: éducation et santé à risque
6. Indicateurs globaux de malnutrition selon les quintiles de pauvreté en 2008
7. Répartition des dépenses, forfait obstétrical mauritanien, 2007
8. Cadre conceptuel du forfait obstétrical en Mauritanie
9. Répartition géographique de l'insécurité alimentaire en Mauritanie
10. Evolution de la malnutrition aigue et la malnutrition chronique en Mauritanie
11. Nutrition et disparités géographiques en Mauritanie
12. Entrées tardives à l'école
13. Evolution du PIB reel et de l'IHPC (2004-2008)
14. Evolution des recettes totales (y compris dons et hors pétrole)
15. Dépenses sociales par rapport au PIB (2004-2008)
16. Evolution des allocations budgétaires des secteurs sociaux 2000-2008
17. Budgets programmés à la protection sociale dans le BGEE y compris financements extérieurs en 2007 et 2008
18. Pourcentage des dépenses de protection sociale sur le total exécuté du Budget de l'Etat pour la période 2003-2006
19. Tendances des recettes de l'Etat au cours de la période 2004-2008
20. Multiplicité des intervenants dans le domaine de la nutrition

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACF/H	Action Contra La Faim/Accion Contre el Hambre
ADU	Agence pour le Développement Urbain
AECI	Agence Espagnole de Coopération Internationale
AFD	Agence Française de Développement
AFOM	Atouts, faiblesses, opportunités, menaces
AGR	Activité Génératrice de Revenues
ANED	Association Nutrition et Développement
ANEPA	Agence Nationale pour l'Eau et l'Assainissement
ANEPEJ	Agence Nationale de la Promotion de L'Emploi des Jeunes
APAUS	Agence pour la Promotion de l'Accès Universel aux Services de Base
APD	Aide Publique au Développement
ARV	Anti Rétroviraux
BAD	Banque Africaine pour le Développement
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
BCM	Banque Centrale de Mauritanie
BE	Budget d'Etat
BGE	Budget General de l'Etat
BID	Banque Islamique de Développement
BIT	Bureau International du Travail
BGI	Budget General d'Investissement
BM	Banque Mondiale
BTP	Secteur des Bâtiments et Travaux Publics
CAC	Centre d'Alimentation Communautaire
CAMEC	Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Matériels et Consommables Médicaux, Mauritanie
CBMT	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CDHLCPI	Commissariat aux Droits de l'Homme, à la Lutte Contre la Pauvreté et à l'Insertion
CDLP	Comité de Concertation Etat - Donateurs sur la Lutte Contre la Pauvreté
CDMT	Cadre des Dépenses a Moyen Terme
CE	Commission Européenne
CFW	Cash for Work
CILSS	Comité Permanent Inter-états de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel
CMJD	Conseil Militaire pour la Justice et la Démocratie
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNC	Centre de Nutrition Communautaire
CNDH	Commission Nationale des Droits de l'Homme
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPSSA	Commissariat chargé de la Protection Sociale et de la Sécurité Alimentaire
CR	Croix Rouge
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle en Ambulatoire pour Modéré
CRENAS	Centre de Récupération Nutritionnelle en Ambulatoire pour Sévère
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle en Interne
CS	Centre de Santé
CSA	Commissariat a la Sécurité Alimentaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CT	Cash Transfer
CTA	Centre du Traitement Ambulatoire
CTS	Comité Technique Sectoriel
DAS	Direction des Affaires Sociales
DBC	Direction du Budget et des Comptes
ECHO	European Commission Humanitarian Aid Office
EDSM	Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie
EPCV	Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages
EPT	Education pour Tous
ESAM	Enquête sur la Sécurité Alimentaire des Ménages en Mauritanie

FADES	Fonds Arabe pour le Développement Economique et Social
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FCFA	Franc de la Communauté Financière de l'Afrique
FENU	Fonds d'Equipement des Nations Unies
FEWSNET	Famine Early Warning System Network
FFW	Food for Work
FIDA	Fonds International Pour le Développement Agricole
FLM	Fédération Luthérienne Mondiale
FMI	Fonds Monétaire International
FRD	Fonds régional du développement
FTP	Formation Technique et Professionnel
GRDR	Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement Rural
GRET	Groupe de Recherché et d'Echanges Techniques
GTZ	Coopération Technique Allemande
HAPA	Haute Autorité de la Presse et de l'Audio-visuelle
HCE	Haut Conseil d'Etat
HEA	Household Economy Approach
HIMO	Haute Intensité de Main d'œuvre
IADM	Initiative d'Annulation de la Dette Multilatérale
IDE	Investissement Direct Etranger
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information, Education and Communication
IGE	Inspection Générale d'Etat
IHPC	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
IPTTE	Initiative Pays Pauvres très Endettés
MAED	Ministère des Affaires Economiques et du Développement
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MASEF	Ministère des Affaires Sociale, de 'Enfant et de la Famille
MCRP	Ministère Chargé des Relations avec le Parlement et de la Société Civile
MDAT	Ministère de la Décentralisation et de l'Aménagement du Territoire
MDG-F	Millennium Development Goals Achievement Fund (Espagne)
MDR	Ministère du Développement Rurale
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEIFP	Ministère de l'Emploi, de l'Insertion et de la Formation Professionnelle
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MFPT	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MHA	Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement
MHETIC	Ministère de l'Hydraulique, de l'Energie et des TIC
MICS	Enquête aux Indicateurs Multiples
MIN	Ministère de l'Intérieur
MJ	Ministère de la Justice
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MPFEF	Ministère Chargé de la Promotion Féminine, de l'Enfance et de la Famille
MS	Ministère de la Santé
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
MUAC	Measurement of Upper Arm Circumference/Périmètre Brachial
MUM	Milliard Ouguiya Mauritanien
OCHA	Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONMT	Office Nationale de Médicine du Travail
ONS	Office National de Statistiques

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies de lutte contre le Sida
OSC	Organisations de la Société Civile
P / T	Indice Poids / Taille
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PANE	Plan d'Action National pour l'Environnement et le Développement Durable
PANGRC	Plan d'Action National de Gestion des Risques des Catastrophes
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PEC	Prise en Charge
PEE	Paquet Educatif Essentiel
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAR	Programme Nationale d'Assainissement en Milieu Rural
PNDN	Politique Nationale de Développement de la Nutrition
PNDSE	Programme National de Développement du Système Educatif
PNSHNE	Politique Nationale de Santé, d'Hygiène et de Nutrition a l'Ecole
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRLP	Programme Régional de Lutte Contre la Pauvreté
PROCAPEC	Promotion de Caisses Populaires d'Epargne et de Crédit
PSI	Programme Spéciale d'Intervention
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDP	Revue des Dépenses Publiques
REACH	Renewed Efforts against Child Hunger and Undernutrition
RESEN	Rapport d'Etat sur le Système Educatif National
RIM	République Islamique de la Mauritanie
S&E	Suivi et Evaluation
SAP	System d'Alerte Précoce
SAVS	Stock Alimentaire Villageois de Sécurité
SC	Save the Children
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SNDE	Société Nationale de l'Eau
SNU	Système des Nations Unies
SONIMEX	Société Nationale d'Importation et d'Exportation
SOWC	State of the World's Children Report
SSE	Services Sociaux Essentiels
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TdH	Terre des Hommes
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-Juvénile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TNS	Taux Net de Scolarisation
UE	Union Européenne
UM	Ouguiya Mauritanien
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNDG	United Nations Development Group
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, 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
UNIFEM	Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme
USAID	United States Agency for International Development
VCT	Vivres Contre le Travail
VEDAN	Violence, Exploitation, Discrimination, Abus, et Négligence
VIH/Sida	Virus Immunodéficitaire Humain- Syndrome Immunodéficitaire Acquis

REMERCIEMENTS

Les consultants désirent remercier sincèrement les co-présidents du comité de pilotage de cette étude sur la protection sociale en Mauritanie : M. Mohamed Ould Dje, Directeur des Stratégies et Politiques au Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED) et Dr Abdellahi Ould Vally, Directeur de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale au Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille (MSAEF). Un très grand remerciement est aussi adressé à tous les membres de ce comité de pilotage. L'équipe a apprécié le temps qui lui a accordé les représentants de plusieurs institutions gouvernementales et les partenaires techniques et financiers. Elle a aussi bénéficié énormément de la connaissance et l'expérience acquise par les ONG et les acteurs de la société civile dans le domaine de la protection sociale. Enfin, les consultants désirent remercier sincèrement l'équipe de l'UNICEF, qui a soutenu et rendu possible la conduite de cette étude, en particulier M. Mohamed Mohamed Ould Zeidane, Chef du Programme, Partenariats pour les Droits des Enfants ainsi que Christian Skoog, Représentant, Said Al Nammari, Représentant Adjoint, et Fatima Soueid Ahmed, Assistante Programme.

RESUME EXECUTIF

Cette étude introduit un **cadre *conceptuel de la protection sociale*** qui met l'accent, d'une part, sur sa pluri-dimensionnalité et, d'autre part, sur l'aspect pluridisciplinaire de toute approche ou réflexion s'y référant, en particulier par rapport à une protection sociale sensible aux vulnérabilités multiples des enfants. Elle souligne aussi le fait qu'en Mauritanie, il y a désormais l'émergence d'une ***prise de conscience grandissante*** sur la nécessité d'une véritable stratégie nationale à ce sujet. Cette stratégie se situerait au sein d'une stratégie globale de la lutte contre la pauvreté et serait à mesure de porter une assistance cohérente, efficace, et équitable aux populations les plus vulnérables.

En Mauritanie, des efforts ont déjà été déployés en matière à la fois de ***conceptualisation de la protection sociale,*** de la mise en œuvre ***des initiatives d'action sociale*** et ***de réponses aux crises,*** du développement d'un système de ***sécurité sociale*** et des mécanismes de ***partage de risques médicales***. Il y a également, au sein de différents secteurs, des actions et des stratégies qui visent à étaler les ***services sociaux*** aux populations les plus vulnérables et de fournir un soutien en forme de filet de sécurité aux ménages et aux individus à risque. Tout cela est prévu dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (2006- 2010) qui perçoit la protection sociale à la fois comme domaine et comme approche dans la lutte contre la pauvreté qui doit concentrer des efforts intersectoriels de réduction de la vulnérabilité.

Pourtant, pour la plupart, ***ces efforts restent fragmentés, éparpillés et sans la cohérence*** que seul pourraient créer des synergies positives, afin d'élargir la couverture et de maximiser les impacts des différentes interventions en faveur des populations vulnérables. Faute d'une stratégie d'ensemble, de structures de coordination, et d'un système de suivi global qui prend comme point de départ une base de données et des analyses en commune, l'approche reste morcelée et ses résultats en dessous des attentes.

Dans le cadre d'une analyse générale du ***contexte politico-administratif, géographique et démographique*** de la Mauritanie, ce rapport présente les données les plus récentes concernant ***les caractéristiques de la pauvreté et des vulnérabilités*** des ménages, manifestations variées et disparates en fonction des milieux (urbain ou rural), des zones géographiques et des circonscriptions administratives.

Dans sa partie substantielle, le rapport analyse les ***principales politiques et institutions nationales concernant la protection sociale*** et présente les ***principaux programmes*** et initiatives actuellement en cours, en soulignant leurs forces et leurs faiblesses et identifiant les principales options futures.

L'étude passe en revue les principaux éléments du ***système formel de la sécurité sociale*** et les principales recommandations ayant pour objet le renforcement voire l'élargissement de ce système, avant d'analyser ***différentes pratiques sécuritaires non-formelles ou coutumières*** qui existent dans le pays. Le système formel de sécurité sociale ne couvre qu'une minorité infime de la population mauritanienne, négligeant ainsi les groupes les plus vulnérables. Cette situation est bien connue et a donné lieu, au niveau national, à des analyses et réflexions, voire même des stratégies expérimentales. Ces éléments méritent d'être actualisés et redynamisés au sein d'une réflexion plus large sur une stratégie nationale de la protection sociale intégrée comme priorité dans le cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté en Mauritanie.

En mettant l'accent sur ***l'importance, en matière de protection sociale, d'initiatives concernant la santé,*** le rapport passe en revue d'une façon assez détaillée la gamme d'actions et d'initiatives spécifiques qui en Mauritanie visent à élargir l'accessibilité financière des services de santé aux populations les plus vulnérables. Par ailleurs, les résultats et les recommandations d'une analyse récente sur la santé et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre offrent des éléments additionnels par rapport aux perspectives futures en termes de politiques et d'investissements. La Mauritanie dispose d'atouts considérables pour atteindre les objectifs de santé de 2015, mais doit pouvoir accélérer la provision des

services et développer des mécanismes de protection et d'inclusion des populations les plus défavorisées. La question des sources de financement adéquates et équitables pour un système de santé accessible à tous reste au centre du débat national sur la protection sociale sanitaire.

En Mauritanie, à l'instar des autres pays sahéliens, les questions de la ***sécurité alimentaire et de la nutrition*** ont une importance capitale pour la protection sociale et devraient être considérées comme des priorités dans toute stratégie nationale. Par conséquent, le rapport analyse l'ensemble des problématiques de la sécurité alimentaire et de la nutrition ainsi que les dispositifs de la réponse nationale, en présentant certains programmes de filets sociaux et d'aide d'urgence actuellement en cours ainsi que des propositions d'action à plus long terme. Malgré les efforts énormes déjà entamés, la situation reste précaire et les populations – surtout en zone rurale, mais aussi dans le milieu per-urbain – restent vulnérables. Il est reconnu qu'une réponse intégrée au niveau nationale devrait comprendre un programme de soutien aux moyens d'existence des plus pauvres, une assistance sociale ciblée et des activités nutritionnelles de soutien et de prévention auprès des populations les plus vulnérables – le tout accompagné par des efforts de renforcement des services sociaux de base et d'amélioration des conditions socio-sanitaires des ménages

L'importance des vulnérabilités sociales est soulevée surtout en ce qui concerne le cas des populations les plus vulnérables. A cet égard, le rapport examine le domaine de ***la protection de l'enfant*** contre la violence, l'exploitation, l'abus et la négligence, se basant surtout sur une analyse de la situation conduite dans le cadre d'un projet d'élaboration d'une stratégie nationale dans ce domaine. Les contraintes majeures sont de plusieurs ordres touchant surtout la capacité institutionnelle et humaine; le manque de coordination; la faiblesse du cadre juridique; l'absence d'une analyse claire et d'un système d'information; et l'insuffisance de ressources financières. Le rapport suggère des points de complémentarité et de synergie positive avec une stratégie de protection sociale plus large, qui mettrait aussi l'enfant au centre des analyses et des actions à entreprendre. Dans cette optique, l'intégration à la protection sociale des programmes et des éléments spécifiques aux droits de l'enfant serait grandement facilitée.

L'apport du ***secteur d'éducation*** à la protection sociale des enfants est analysé, en soulignant les mesures spécifiques visant les enfants les plus vulnérables qu'il serait utile de renforcer. Les principes de *l'Education pour Tous* impliquent des politiques et des stratégies spécifiques pour l'universalisation des services d'éducation et l'élimination des disparités en termes aussi bien de l'accès que de la qualité. En Mauritanie, des efforts énormes ont été faits dans ce domaine, mais il reste encore beaucoup à faire. La vision intégrée de la protection sociale, l'approche multisectorielle des démarches, et les mécanismes de mise en œuvre des programmes spécifiques (tels que les transferts en espèces ou des mécanismes de l'assistance sociale) pourraient affirmer les efforts en éducation et élargir les possibilités de l'éducation aux enfants les plus dépourvus. Pour cela, il faudrait prévoir des formes de partenariat plus larges et une approche participative ancrée dans une stratégie plus globale de lutte contre la pauvreté et l'élimination de l'exclusion sociale.

Les disparités qui persistent dans l'accès aux services de ***l'eau et l'assainissement*** sont identifiées en tant que facteur important contribuant à la vulnérabilité des populations. Les politiques nationales basées sur le recouvrement de coûts auprès des usagers sont examinées sous l'optique de la protection sociale et, à cet égard, des recommandations portent surtout sur la nécessité de mettre en place les mesures qui assurent l'équité.

Le secteur de ***l'emploi*** revêt une importance capitale pour la protection sociale, étant donné le taux élevé du chômage qui contribue pour beaucoup aux problèmes de la paupérisation et la précarisation des conditions de vie. L'importance de créer des liens potentiels et des synergies entre les stratégies de l'emploi et de la protection sociale est ainsi soulignée.

En sortant du cadre d'une analyse sectorielle spécifique, le rapport examine les aspects relatifs à la protection sociale inclus dans de différents programmes nationaux conçus en vue d'***étendre l'accès universel aux services sociaux de base*** (eau et assainissement, électricité, habitat) et de répondre, par ***des programmes ciblés***, aux besoins spécifiques de populations identifiées comme étant particulièrement vulnérables (entre autres, refugiés, sinistrés, ou populations sortant des séquelles de l'esclavage), comme aussi en vue de promouvoir des approches décentralisées.

La qualité des politiques nationales en matière de protection sociale pourrait être appréciée à la lumière de l'effort budgétaire consenti. Ainsi, ce rapport examine ***les tendances budgétaires nationales*** actuelles dans les secteurs sociaux et analyse 'l'espace budgétaire' ou la marge de manœuvre réelle pour des investissements plus importants en matière de protection sociale.

Par la suite, en vertu des aspects pluridimensionnels et intersectoriels de la protection sociale, ce rapport présente différents modèles institutionnels actuels ou potentiels susceptibles de promouvoir, renforcer, et canaliser la ***coordination intersectorielle*** nécessaire pour la réussite d'une stratégie nationale de protection sociale, en recommandant la création d'un conseil national ou d'un comité interministériel .

Une option spécifique concerne ***la mise en place d'un mécanisme de protection sociale à travers un programme de transferts directs*** en espèces en faveur de ménages vulnérables. En Mauritanie, cette option, qui a déjà fait l'objet de recommandations spécifiques dans plusieurs domaines (nutrition, sécurité alimentaire et protection de l'enfant), semble hautement recommandable, en fonction aussi des conclusions d'une étude de faisabilité récente.

En conclusion, pour aider la réflexion future, les recommandations principales et les grandes lignes dégagées par cette étude sont regroupées en quelques thèmes principaux en ce qui concerne ***les dispositifs institutionnels et de coordination***; ***les activités analytiques***; l***es cadres politiques et priorités sectorielles;*** les ***partenariats stratégiques***; et ***le renforcement des capacités*** ainsi que ***des activités de pilotage***.

Des suggestions concrètes sont formulées au sujet des prochaines étapes, pour esquisser une véritable '***feuille de route'*** pour la préparation d'une stratégie nationale de protection sociale en Mauritanie. Pour ***la phase préparatoire***, il s'agit de : la définition et mise en place du dispositif institutionnel ; la conduite d'études préparatoires; la mise en œuvre d'un processus participatif d'élaboration d'une stratégie; l'établissement d'un dispositif financier adéquat ; le renforcement des capacités administratives et techniques; la définition de mécanismes de suivi et d'évaluation; et le lancement d'opérations pilotes (choix d'options). Pour ***la phase du lancement de la stratégie***, il s'agit de la mise en œuvre d'activités préliminaires; la mise en œuvre d'un programme pilote de transferts en espèces; l'organisation de séances de formation et de recyclage; et la mise en œuvre d'activités de suivi et d'évaluation systématique au sein du système de suivi et évaluation du CSLP.

PARTIE I : CONTEXTE

1. INTRODUCTION ET CADRE D'ANALYSE

1.1 LA PROTECTION SOCIALE : DEFINITIONS ET CADRE CONCEPTUEL

La protection sociale est de plus en plus perçue au plan mondial comme une composante-clé des stratégies de réduction de la pauvreté. Elle constitue un maillon important des efforts visant la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire/nutritionnelle et la protection contre d'autres chocs et stress. Elle est particulièrement importante pour les enfants eu égard à l'ampleur de leur vulnérabilité, comparativement aux adultes, et également compte tenu du rôle que la protection sociale peut jouer pour assurer une nutrition adéquate ainsi qu'un meilleur accès aux services sociaux de base (éducation, santé, eau et assainissement).

Dans le cadre de la politique sociale pour l'Afrique de l'Union Africaine, dont le but est le renforcement des aspects sociaux des programmes et politiques telles que les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) et le Partenariat Nouveau pour le Développement en Afrique (NEPAD), la protection sociale figure parmi l'une des priorités. Sur la base des engagements dans les processus de Livingstone et Yaoundé, les gouvernements sont encouragés à: inclure la protection sociale dans leur plans nationaux de développent et dans leurs CSLP respectifs; établir et coordonner ces programmes à travers les instances interministérielles et intersectorielles au plus haut niveau; et utiliser les mécanismes de développement social pour sauvegarder les pauvres des chocs financai et économiques. L'investissement dans les approches intégrées est considéré comme le meilleur moyen de briser le cycle intergénérationnel de pauvreté et de réduire les inégalités croissantes qui entravent le développement socio-économique de l'Afrique.[1]

Il y a différentes définitions de la protection sociale et, en plus, ces définitions évoluent dans le temps, chaque pays lui donnant des accents et des interprétations particuliers selon les priorités et les politiques nationales. En général, la protection sociale englobe tout un ensemble d'investissements publics et d'initiatives, tant formelles qu'informelles, susceptibles directement de remédier aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique. Au plan opérationnel, la protection sociale comprend:

- **Une assistance sociale** aux personnes et ménages extrêmement pauvres. Elle comporte généralement des transferts réguliers, prévisibles (en espèces ou en nature, y compris les exonérations de frais) de la part d'entités gouvernementales et non gouvernementales en faveur d'individus et/ou de ménages, ces transferts visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, accroître l'accès aux services de base et assurer l'accumulation de richesses.

- **Des services sociaux** en faveur des groupes marginalisés qui ont besoin de soins particuliers ou qui se verraient refuser l'accès aux services de base à cause de leurs caractéristiques sociales (plutôt qu'économiques) particulières. De tels services sont normalement destinés à ceux qui ont connu la maladie, le décès d'un soutien familial/parental, un accident ou une catastrophe naturelle, ou qui souffrent d'un handicap, de violences familiales ou extra-familiales, de l'effondrement de la structures familiale, du chômage, ou qui sont des anciens combattants ou des refugiés.

- **Une assurance sociale** pour protéger les gens contre les risques et leurs conséquences sur les conditions de vie, la santé etc. L'assurance sociale permet aux ménages pauvres d'avoir accès aux

[1] AU (2008) *Social policy framework for Africa*

services en temps de crise. Elle prend généralement la forme de mécanismes de subvention contre les risques, avec des dérogations de paiement potentielles pour les pauvres.

- **Des mesures d'équité sociale** pour protéger les gens contre les risques sociaux tels que la discrimination et la maltraitance; Il s'agit, entre autres, de dispositifs législatifs contre la discrimination (en termes d'accès à la propriété, au crédit, aux biens et aux services) de même que des mesures d'action affirmative en vue de redresser des cas de discrimination. La dimension d'expression et d'action peut être cruciale également dans la conception, l'évaluation et l'opérationnalisation des instruments de protection sociale.[2]

De plus en plus, la protection sociale n'est pas uniquement perçue comme un moyen de prévoyance pour les ménages frappés par des chocs exogènes (ces chocs exposant les membres des ménages à des formes de vulnérabilité spécifiques et les poussant à adopter des stratégies de survie négatives). Elle est aussi vue comme un garant d'un niveau de revenu ou de consommation pour un ménage. La protection sociale constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages en augmentant leur capacité d'achat d'intrants et pour soutenir le développement des enfants. La prise en compte de ces quatre dimensions de la protection sociale (*voir encadré 1*) est l'un des facteurs qui pourrait aider à briser le cycle de pauvreté et contribuer à la croissance économique.

Encadré 1. Quatre dimensions de protection sociale

- ***Mesures de prévention***, qui cherchent directement à éviter aux pauvres de tomber dans la misère, en leur fournissant des incitations et des moyens. Il peut s'agir d'une auto-assurance, par l'épargne, de transferts sociaux, d'une aide à la gestion des risques liés aux revenus, de programmes générateurs d'emploi à forte intensité de main-d'œuvre, d'un soutien à un partage local des risques, et de l'introduction de produits d'assurance adaptés aux pauvres.
- ***Mesures de protection***, qui offrent une protection sociale assez large à des groupes économiquement vulnérables (par exemple, assurance sociale et divers filets de sécurité), garantissent des secours contre la misère, pour établir un niveau de vie minimum acceptable.
- ***Mesures de promotion***, qui accroissent les revenus réels et les capacités par un ensemble de programmes à l'intention des ménages ou des individus et visant à améliorer les modes d'existence, comme par exemple, la micro finance ou les cantines scolaires).
- ***Mesures de transformation,*** qui visent à transformer les systèmes d'inégalité qui maintiennent les pauvres dans leur état de pauvreté et qui concernent plus particulièrement le domaine juridique, le foncier, etc.

Source : D'après Devereux et Sabates-Wheeler, 2004

Un consensus grandissant parmi des principaux partenaires au niveau international encourage le développement de politiques nationales de protection sociale qui prennent en compte les vulnérabilités spécifiques des enfants ('*child-sensitive social protection*') comme gage de réussite à court et à long terme :

> «*La protection sociale est de plus en plus considérée comme un investissement crucial en matière de capital humain et aussi comme un moyen pour briser les pièges de la pauvreté intergénérationnelle – ces résultats étant encore plus probables si les intérêts des enfants sont pris en considération dès le début. L'incapacité à faire des investissements pour le bien-être des enfants dès leur très jeune âge comporte à*

[2] « *La protection sociale est un ensemble d'initiatives officielles ou informelles qui offrent : une assistance sociale à des individus et ménages extrêmement pauvres; des services sociaux à des groupes qui nécessitent des soins spéciaux ou, pour quelque autre raison, n'ont pas accès aux services publics de base; une assurance sociale qui protège l'individu contre les risques et les vicissitudes de l'existence matérielle; et l'équité sociale pour protéger l'individu contre des risques sociaux tels que la discrimination ou les sévices.* » Source : Devereux et Sabates-Wheeler, 2004

long terme des implications pour les enfants et pour la société, parce que cela peut augmenter les probabilités de pauvreté à l'âge adulte et perpétuer la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.»[3]

Les instruments de protection sociale qui servent à combattre les vulnérabilités de la population en général, peuvent également être adaptés à la lutte contre des vulnérabilités spécifiques et des risques auxquels sont confrontés les enfants (*voir tableau 1*). Etant donné les liens étroits et potentiels entre l'épanouissement de la femme et le bien-être de l'enfant (ce que l'UNICEF a surnommé la "double dividende"), chacune des mesures générales de protection sociale pourrait être utilement évaluée aussi à travers une perception de la dimension 'genre'.

Tableau 1. Protection sociale en faveur de l'enfant

Type de protection sociale	Mesures générales pour le ménage	Mesures spécifiques pour les enfants
Promotion		
Assistance sociale	Transferts en Espèces, Transferts Conditionnels en Espèces, Aide alimentaire etc.	Bourses, cantines scolaires, TCE avec des conditionnalités pour les enfants, dérogations pour les écoles, gratuité des soins infanto-juvéniles
Protectif		
Assurance sociale	Assurance maladie, mécanismes subventionnés d'absorption de risques – assurance contre les catastrophes, assurance contre le chômage, etc.	Gratuité de l'assurance maladie pour les enfants
Préventif		
Services sociaux	Distincts des services de base étant vulnérables quelle que soit la situation de pauvreté – services sociaux focalises sur ceux qui ont besoin de protection contre la violence et la négligence – par exemple abris pour les femmes, services de réhabilitation, etc.	Systèmes d'adoption d'enfants, prévention de la violence faite aux enfants à domicile et dans la communauté, et services de protection, services de réhabilitation après la traite, éducation alternative de base pour les enfants travailleurs, etc.
Transformatif		
Mesures d'équité sociale	Législation antidiscriminatoire, politiques de discrimination positive, protection des biens	Législation en vue de promouvoir les droits de l'enfant en tant que victime (par exemple de la violence, de la traite, des mariages précoces chez les enfants, etc.) et en tant qu'auteurs (traitement spécial et services de réhabilitation pour les jeunes délinquants) ; efforts en vue de promouvoir la voix et l'action des enfants
Mesures complémentaires		
Services de base complémentaires	Santé, éducation, économie/finances, vulgarisation agricole	Services de soins axés sur les enfants, enseignement préscolaire, primaire, secondaire, services pédiatriques
Cadres politiques macro-économiques complémentaires en faveur des pauvres ou de la croissance avec équité	Politiques de soutien à la croissance + distribution	Politiques qui soutiennent la réalisation progressive des droits de l'enfant en ligne avec les indicateurs de croissance macro-économique

Source: UNICEF/ODI (2009) *Strengthening social protection for children, West and Central Africa*

[3] *Joint Statement on Advancing child-sensitive social protection*, 2008 (DFID, HelpAge International, Hope & Homes for Children, Institute of Development Studies, ILO, ODI, Save the Children, UK, UNDP, UNICEF, and The World Bank

1.2 BUTS DE L'ETUDE

Cette étude a pour but de doter le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie et ses partenaires techniques et financiers d'une base de connaissances indispensables préalables pour entreprendre l'élaboration d'une stratégie de renforcement des systèmes de protection sociale. A l'heure actuelle, ces connaissances sont limitées, dû à la nature éparse et fragmentée des expériences dans le domaine de la protection sociale dans le pays.

Le redressement de ce déficit de connaissances est devenu une priorité urgente, étant donné que l'Etat et les autres partenaires au développement ont de plus en plus conscience de l'importance de la protection sociale dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

En conséquence, cette étude a pour objectif d'approfondir la compréhension du rôle effectif et potentiel des programmes de protection sociale dans la réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et des risques, surtout chez les enfants. Plus précisément, elle doit fournir les résultats suivants :

- une analyse situationnelle de la pauvreté et des types principaux de risques et de vulnérabilité affectant les populations vulnérables, y compris les enfants
- une analyse de l'état actuel des systèmes et programmes de protection sociale en Mauritanie et leurs impactes sur les enfants et les populations vulnérables
- une évaluation des besoins prioritaires en matière de renforcement du système de protection sociale pour réduire la pauvreté et la vulnérabilité
- des recommandations préliminaires pour guider le Gouvernement et ses partenaires dans l'élaboration, d'une stratégie nationale de protection sociale en Mauritanie.

1.3 METHODOLOGIE, DEMARCHES ET L'ORGANISATION DE L'ETUDE

Cette étude a allié une large recherche documentaire à des entretiens avec les acteurs clés sur le terrain, en vue de disposer d'une base d'information et d'analyse aussi qualitative que quantitative sur la situation actuelle et sur les programmes et systèmes existants dans le domaine de la protection sociale et des approches sectorielles dans le pays, comme aussi sur les perspectives d'avenir.

Les informations et données de la recherche documentaire ont été tirées non seulement des publications, documents, et données officiels a l'échelle du pays (notamment le CSLP, les textes de lois, les documents de programmes dans la plupart des secteurs sociaux, les enquêtes nationales, les budgets et les comptes du Trésor public), mais aussi de la documentation disponible au niveau des organismes internationaux (bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux et agences de l'ONU) et des institutions universitaires. Une recherche par Internet et la consultation des sources comparatives concernant d'autres pays au niveau de la sous-région et international ont complété la collecte de document, pour aboutir à une bibliographie de plus de 250 ouvrages organisés d'une façon thématique (*voir liste de références bibliographiques en annexe*). Un fichier électronique a aussi été préparé pour la plupart des documents collectés, ce fichier pouvant servir comme *une banque de données* pour tout travail analytique ultérieur.

En vertu de sa méthodologie, l'étude a également permis la collecte et l'analyse d'informations spécifiques et de données complémentaires à partir d'entretiens et de réunions avec les autorités gouvernementales concernées, les personnes ressources au niveau des universités, des organisations de la société civile et des organisations non-gouvernementaux, et les représentants des agences des Nations Unies, des bailleurs de fonds et d'autres partenaires au développement établis dans le pays. Au total, des contacts ont pu être établis avec une trentaine d'agences sur le terrain (au niveau de Nouakchott), et des entretiens ont pu être

organisés avec plus d'une soixantaine de personnes, à partir d'*un guide d'entretien* élaboré spécialement pour l'étude (*voir en annexe la liste de personnes rencontrées*).

La conduite de l'étude a été guidée par un comité national de pilotage composé de membres de différents départements gouvernementaux et co-présidé par le Directeur des Stratégies et Politiques du Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED) et le Directeur de l'Action Sociale et de Solidarité Nationale du Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfant et de la Famille (MASEF). Ce comité s'est réuni au cours de la phase de démarrage de l'étude pour discuter et offrir des suggestions sur les grandes lignes de l'analyse *(voir le compte rendu de cette réunion en annexe, avec la liste de membres qui ont participé*). UNICEF a fourni une aide technique et financière à ce travail et a développé les TDR (*voir TDR en annexe*).

L'étude a été conduite, entre novembre 2009 et janvier 2010, par deux consultants, dont l'un national et l'autre international. Le travail sur le terrain (limité à Nouakchott) a été suivi par un travail de rédaction de rapport. La version préliminaire du rapport a été partagée avec les membres du comité du pilotage ainsi qu'avec d'autres acteurs et partenaires clés. Leurs commentaires et suggestions ont permis d'enrichir cette version révisée du rapport. Un atelier de validation des résultats de l'étude et de ses recommandations principales, tenu en mars 2010, a permis de finaliser le rapport comme aussi d'atteindre une vision consensuelle sur les prochaines étapes à suivre dans le processus de formulation d'une stratégie nationale en matière de protection sociale.

1.4 ORGANISATION DU RAPPORT

Ce rapport comporte quatre parties. **La première partie** présente le contexte pour l'étude. Après ce ***chapitre 1,*** qui introduit les définitions et le cadre conceptuel de la protection sociale ainsi que les buts et l'organisation de l'étude, le ***chapitre 2*** décrit le contexte du développement en Mauritanie, avec un bref aperçu sur les cadres géographique, démographique, politique, et administratif du pays ainsi que les principaux défis socio-économiques et les grandes lignes de la lutte contre la pauvreté. Le ***chapitre 3*** propose un cadre d'analyse pluridimensionnelle de la pauvreté, analyse de manière succincte la pauvreté et la vulnérabilité en Mauritanie, et présente leurs manifestations en terme de privations sociales.

La deuxième partie présente une analyse des principales politiques et institutions nationales concernant la protection sociale comme aussi des principaux programmes actuellement en cours. Cette analyse comporte une revue des principales initiatives, une appréciation de leurs forces et faiblesses comme aussi une identification des principales options futures. En particulier, on trouvera, d'une part, une analyse transversale des approches poursuivies dans la protection sociale ou 'l'action sociale' telle qu'elle est conçue en Mauritanie jusqu'à présent et, d'autre part, une analyse sectorielle qui essaye, quant à elle, d'identifier les composantes qui dans chaque secteur sont susceptibles d'être prises en compte dans la définition d'un champs d'action de la protection sociale plus large.

Le ***chapitre 4*** donne un aperçu général sur la conceptualisation de la protection sociale en Mauritanie, les efforts analytiques et programmatiques qui ont déjà été entrepris au niveau national, le développement des institutions et les approches visant l'action sociale. Le chapitre identifie aussi les principales contraintes rencontrées et les facteurs de blocage dans ce domaine**.** Le ***chapitre 5*** présente une analyse des principaux éléments du système formel de la sécurité sociale en Mauritanie, passe en revue des recommandations faites pour renforcer ce système et pour étaler sa couverture, et analyse par la suite des différents systèmes et pratiques non-formels ou coutumières qui existent dans le pays.

Le ***chapitre 6*** souligne l'importance des initiatives concernant la santé pour la protection sociale et met l'accent sur la gamme d'actions et d'initiatives spécifiques visant à assurer la mutualisation des risques et à élargir l'accessibilité financière des services de santé aux populations les plus vulnérables. Le ***chapitre 7***

traite de l'ensemble des problématiques connectées de la sécurité alimentaire et de la nutrition, analysant les dispositifs de réponse nationale dans ces deux domaines prioritaires et identifiant les programmes déjà en cours de filets sociaux d'aide d'urgence ainsi que des propositions d'action à plus long terme.

Le ***chapitre 8*** met l'accent sur l'importance des vulnérabilités sociales et examine le domaine de la protection de l'enfant contre la violence, l'exploitation, l'abus et la négligence, se basant surtout sur une analyse de la situation conduite dans le cadre d'un projet de stratégie nationale dans ce domaine, et suggérant quelques points de complémentarité et de synergies positives avec une stratégie de protection sociale plus large. Le ***chapitre 9*** explore les manières dont le secteur d'éducation contribue ou pourrait contribuer à la protection sociale, en soulignant les mesures spécifiques qui visent les enfants les plus vulnérables.

Le ***chapitre 10*** examine le secteur de l'eau et l'assainissement, en analysant surtout les disparités persistantes dans l'accessibilité aux services ainsi que les dispositions institutionnelles et stratégiques pour y faire face. Le ***chapitre 11*** tourne l'attention vers le secteur de l'emploi en constatant, de manière particulière, que le taux élevé du chômage est un facteur préoccupant qui contribue pour beaucoup aux problèmes de la paupérisation et la précarisation des conditions de vie. Le chapitre analyse aussi certaines des mesures de protection sociale prévues ou possibles dans ce domaine.

En sortant du cadre de l'analyse sectorielle spécifique, le ***chapitre 12*** examine de différents programmes et approches conçus soit pour élargir l'accès universel aux services sociaux de base (eau et assainissement, électricité, habitat) soit pour répondre, à travers des programmes ciblés, aux besoins spécifiques des populations identifiées comme étant particulièrement vulnérables, telles que les refugiés, les sinistrés, ou les populations sortant des séquelles de l'esclavage, soit pour promouvoir des approches de développement local décentralisées.

La troisième partie passe en revue les principaux aspects budgétaires et institutionnels d'efforts nationaux pour la protection sociale, en identifiant les options et opportunités. Le ***chapitre 13*** examine les tendances budgétaires nationales dans les secteurs sociaux et analyse 'l'espace budgétaire' ou la marge de manœuvre pour des investissements plus important en matière de protection sociale.

Le ***chapitre 14*** identifie différents modèles institutionnels qui existent ou qui pourraient être créés pour promouvoir, renforcer, et canaliser la coordination intersectorielle nécessaire pour la réussite d'une stratégie nationale de la protection sociale.

Le ***chapitre 15*** traite, d'une manière particulière, d'une option spécifie concernant la mise en place d'un mécanisme de protection sociale à travers un programme pilote de transferts directs en espèces en faveur de ménages vulnérables, et présente les résultats d'une étude de faisabilité, qui a déjà été conduite dans ce domaine, traitant de la nutrition et la sécurité alimentaire.

Enfin, **la quatrième partie** sert en guise de conclusion de l'ensemble de l'étude. Le ***Chapitre 16*** reprend les grandes lignes et les conclusions dégagées par les analyses précédentes, en les regroupant en quelques thèmes principaux pour aider à la réflexion. Le ***Chapitre 17*** offre quelques suggestions concrètes (feuille de route) au sujet des prochaines étapes pour la préparation d'une stratégie nationale de protection sociale en Mauritanie. Ces deux chapitres incluent également les recommandations faites lors de l'atelier de validation de l'étude. Ce rapport est complété par une série ***d'annexes***.

2. CONTEXTE DU DEVELOPPEMENT EN MAURITANIE

2.1 DONNEES GENERALES

La République Islamique de la Mauritanie est un vaste pays de 1.030.700 km^2 avec une population estimée à 3.250.000 habitants en 2009[4] dont 50,5% de femmes selon les projections de l'Office National des Statistiques (ONS) sur la base des données du recensement de 2000. La population est jeune avec 43% de moins de 15 ans, 51% de moins de 19 ans et 16% moins de 5 ans. Le taux de croissance de la population est de 2,4%. L'espérance de vie à la naissance est de 57,5 ans. Les taux de mortalité infantile et maternelle restent élevés à 122 pour 1,000 et 686 pour 100,000 naissances vivantes respectivement en 2007, selon l'enquête MICS.[5]

La densité de la population est l'une des plus faibles au monde, avec environ 3 habitants au km². Pourtant, sous l'effet d'un mouvement migratoire interne des habitants et particulièrement l'exode rural, la population mauritanienne s'est fortement urbanisée aux cours de ces dernières années : 50,1 % en 2006 contre 9,1% en 2000, avec une population actuellement concentrée dans la capitale Nouakchott (25%) et le long du fleuve Sénégal. Cette urbanisation rapide s'est traduite par une forte pression sur les services sociaux, la dégradation des conditions de vie des ménages et l'éclatement des structures traditionnelles d'entraide et de protection. La sédentarisation massive des populations nomades (représentant 60% de la population en 1965 contre 5.1% en 2000) est l'une des autres mutations sociales profondes qui a marqué la société Mauritanienne d'aujourd'hui.

L'espace désertique saharien couvre les trois quarts du pays, le dernier quart appartenant à la zone sahélienne. Le pays est fortement vulnérable aux changements climatiques car en plus de l'avancée du désert, il est menacé par la montée du niveau de la mer face à la fragilité du cordon dunaire le long du littoral et la forte concentration du potentiel économique dans cette zone.

La faible pluviométrie enregistrée au cours de la décennie ainsi que le renchérissement des prix du pétrole et des denrées alimentaires à partir de 2007, ont provoqué une grande insécurité alimentaire qui a touché directement près de 30% de la population. La quasi-totalité des communes rurales a été considérée comme étant à risque alimentaire, à l'instar d'une grande partie des populations pauvres des milieux périurbains. Les mutations sociales provoquées par les changements climatiques et les chocs environnementaux et économiques contribuent à particulièrement fragiliser l'existence des populations les plus vulnérables.

2.2 CONTEXTE JURIDIQUE ET POLITIQUE

Depuis plus d'une décennie, le Gouvernement a mis en place, de manière progressive, un dispositif normatif et institutionnel prenant en compte les préoccupations qui régissent une bonne gouvernance basée sur des institutions démocratiques et l'Etat de droit.

Par ailleurs, le pays s'est lancé, depuis 1986, sur la voie de la décentralisation visant une plus grande participation des populations à la gestion de leurs affaires et par un rapprochement de l'administration du citoyen. En outre, l'environnement juridique et politique a donné lieu à un accroissement des partis politiques actuellement plus de 60, des organisations non gouvernementales (ONG) (plus de 1.500), favorisé le pluralisme syndical (11 centrales) et le développement de la presse indépendante et la présence d'une Haute Autorité de la Presse et de l'Audiovisuelle (HAPA).

De plus, des événements politiques majeurs se sont déroulés dans le pays au cours de ces dernières années, parmi lesquels, on peut citer, le pays a connu une succession de coup d'Etat et de crises politiques. Les

[4] Projection de l'ONS sur base des données du RGPH en 2000
[5] ONS (2008) *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2007*

années 90 furent marquées par l'instauration de la démocratie avec l'adoption d'une constitution en 1991 et l'organisation des élections municipales, législatives et Présidentielle. En août 2005, le pays a connu de nouveau un coup d'Etat conduit par un Conseil Militaire pour la Justice et la Démocratie (CMJD). Le CMJD a pris le pouvoir et a supervisé l'organisation d'un référendum pour l'amande ment de la Constitution et l'organisation des élections qui ont abouti en mars 2007 à la mise en place des institutions démocratiques (Président de la République, Parlement avec ses deux Chambres, Conseils municipaux).

En août 2008, une prise politique s'installe et a abouti à un renversement du Président de la République par le Haut Conseil d'Etat (HCE). Ce dernier maintien les institutions constitutionnelles (l'Assemblée, Sénat, Conseil Constitutionnel, etc.). La crise politique a durée quelques mois jusqu'au consensus de Dakar en juin 2008 qui a permis l'organisation des élections présidentielles libres et démocratiques avec le soutien et la supervision de la communauté internationale. Ainsi, en juillet 2008 les élections présidentielles ont abouti à l'élection du Président de la République et le retour du pays à la constitutionnalité.

La participation des femmes dans les sphères de décisions a permis l'instauration d'un quota de 30% dans les postes électifs au niveau des deux chambres du Parlement et des Conseils Municipaux. Les femmes occupent des postes ministériels importants dans le Gouvernement ainsi qu'environ 14% des effectifs des fonctionnaires et agents de l'Etat.

2.3 CADRE MACRO-ECONOMIQUE

Dans le prolongement de l'éligibilité de la Mauritanie à l'Initiative sur la réduction de la dette des pays pauvres très endettés (Initiative PPTE), le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre depuis 2001, à l'issue d'un large processus participatif, un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) 2001-2015, qui constitue le principal document de référence en matière de politique de développement économique et social à long terme ainsi que le cadre d'orientation pour l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF) du pays. Le CSLP repose sur quatre grands axes qui se soutiennent pour converger vers la réalisation des objectifs fixés : (i) l'accélération de la croissance et la stabilisation macro-économique ; (ii) l'ancrage de la croissance dans la sphère économique des pauvres ; (iii) le développement des ressources humaines et l'expansion des services de base ; et (iv) l'amélioration de la gouvernance et le renforcement des capacités.

A cette vision et à ces priorités correspondent des choix d'allocation des ressources publiques qui seront orientées, en particulier, vers les dépenses de santé, d'éducation, d'hydraulique et d'infrastructures de base, en mettant l'accent sur les actions qui profitent aux zones les plus touchées par le phénomène de la pauvreté, à savoir le milieu rural et les périphéries des grandes agglomérations urbaines. De ces choix, il est attendu, à l'horizon 2015, une amélioration sensible des indicateurs sociaux et économiques, avec la stimulation de la croissance économique grâce à l'amélioration de la qualité de la dépense publique et un meilleur suivi de son exécution.

Le CSLP est mis en œuvre à travers des plans d'actions prioritaires pluriannuels dont le premier a porté sur la période 2001-2004. Le deuxième plan d'actions, qui s'étale sur la période 2006-2010, est en cours d'exécution.

L'exécution du CSLP est, cependant, intervenue dans une conjoncture interne et externe relativement difficile marquée, notamment, par des conditions agro-climatiques défavorables (faibles pluviométries et mauvaise répartition spatio-temporelle, péril acridien…), les incertitudes de l'environnement mondial (fortes fluctuations des cours des matières premières, crise financière internationale, etc.), la crise politique intérieure de 2008 (avec comme conséquence, entre autres, le gel de certains financements extérieurs) ainsi que les difficultés techniques récurrentes du sous-secteur pétrolier.

Dans ce contexte, les résultats obtenus sur la période 2004-2008 en matière de croissance et de stabilisation du cadre macro-économique sont, pour la plupart, largement en deçà des objectifs programmés.

Tableau 2. Mauritanie : Cadre macro-économique 2004-2008

Années / Indicateurs	2004	2005	2006	2007	2008 (est)
Croissance économique et prix (taux de croissance)					
PIB réel (base 1998 = 100)	5,2	5,4	11,4	1,0	3,5
PIB réel (base 1998 = 100) hors pétrole	5,2	5,4	4,1	5,9	3,9
Déflateur du PIB (hors pétrole)	11,5	18,0	10,1	13,4	11,8
Taux d'inflation (IHPC)/Moyenne annuelle	10,4	12,1	6,2	7,3	7,3
Taux d'inflation (IHPC)/fin de période	16,1	5,8	8,9	7,4	3,9
Compte courant extérieur (inclus transferts officiels et pétrole/ en % du PIB)	**-34,6**	**-47,2**	**-1,3**	**-11,4**	**-11,7**

Source : Ministère des Affaires Economiques et du Développement, 2008.

Les objectifs de développement des secteurs sociaux ont été définis dans le CSLP et concordent avec ceux des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le *tableau 3* ci-dessous donne un récapitulatif des principaux indicateurs sociaux.

Tableau 3 : Indicateurs de base en Mauritanie

Indicateurs	*Valeur*	*Année*
Population	2.929.530	2007
Superficie (Km^2)	1.030.700	2007
Taux de croissance de la population	2,4%	2000
Espérance de vie à la naissance	57,5	2000
PNB par tête (US $)	952	2007
Taux de croissance réel de l'économie	1% (6% hors pétrole)	2007
Dette extérieure/PIB	96%	2007
Population en dessous du seuil de pauvreté	44%	2008
Prévalence HIV/SIDA chez les adultes	Inf à 1%	2007
Population ayant accès à l'eau potable	75%	2007
Proportion des enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral (malnutrition)	29,8%	2007
Le taux d'alphabétisation (15- 24 ans)	61,3%	2004
Taux net de scolarisation (TNS)	76,7%	2007
TNS Filles	74,6%	2007
TNS Garçons	78,8%	2007
Taux brut de scolarisation (TBS)	97,9%	2007

TBS Filles	100,5%	2007
TBS Garçons	95,4%	2007
Filles /garçons dans le primaire	1,01	2007
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour mille)	122	2007
Taux de maternité maternelle (pour cent mille NV)	686	2007

Sources : MF, BCM, FMI, 2008, Rapport OMD, 2008, PNUD, Données de l'ONS, Rapport Analyse de la situation des enfants, UNICEF 2008.

3. PAUVRETE ET VULNERABILITES EN MAURITANIE

3.1 INTRODUCTION

La réduction des vulnérabilités et des risques est au centre de la protection sociale. Il est de plus en plus reconnu que les politiques et programmes de protection sociale doivent faire face à une multiplicité de vulnérabilités et de risques qui ont des origines diverses, avec une conjonction de facteurs sociaux, économiques, politiques, démographiques et culturels multiples. Tout cela rejoint une perception de plus en plus grande de l'aspect pluridimensionnel de la pauvreté et la définition de stratégies de lutte contre la pauvreté qui prennent en compte non seulement les aspects économiques de la pauvreté, mais aussi les dimensions sociales et politiques, comme la privation, le manque de pouvoir et l'exclusion sociale. Selon ces définitions : la pauvreté, en tant qu'état de privation pluridimensionnelle (*voir tableau 4*), désigne l'impossibilité pour les individus d'atteindre les seuils économiques et sociaux du bien-être.

Tableau 4 : La pauvreté en tant que privation multidimensionnelle

Capacités	Caractéristiques
Economique	Capacité à gagner de l'argent, à consommer, à avoir des biens, à accéder à l'alimentation, à la sécurité, au bien-être matériel et à un statut social.
Humaine	Fondée sur la santé, l'éducation, la nutrition, l'eau potable et le logement (éléments clés du bien-être ainsi que moyens essentiels à l'amélioration des conditions d'existence).
Politique	Droits de l'homme, droit de se faire entendre et une certaine influence sur les politiques publiques et les priorités politiques ; la privation des libertés fondamentales ou des droits humains constitue un des aspects principaux de la pauvreté.
Socio-cul-turelle	Capacité à participer en tant que membre apprécié d'une communauté. Ces capacités font référence au statut social, à la dignité et autres conditions culturelles de l'appartenance à une société, qui sont fortement appréciées par les populations pauvres elles-mêmes.
Protectrice	Capacités à résister aux chocs économiques et externes.

(Source : OCDE/DAC 2001: 26)

Être pauvre équivaut donc à être impuissant et vulnérable. Les multiples causes de la pauvreté sont soit internes ou structurelles, soit provoquées (par les actions et/ou les politiques). La pauvreté se rapporte assurément aux faibles revenus, au manque d'éducation et à la mauvaise santé, facteurs qui accentuent la situation de vulnérabilité des populations pauvres. Mais elle est aussi le résultat direct de politiques inadéquates et de programmes de développement mal conçus, comme ceux qui entravent l'accès durable aux services sociaux ou au contrôle des biens de production (par exemple, ressources foncières et financières).[6]

Ce chapitre, en analysant des données les plus récentes de l'enquête permanent auprès des ménages en Mauritanie (EPCV 2008) cherche à présenter, d'une façon sommaire, les grandes lignes du profil de la pauvreté, dans ses dimensions économiques aussi bien que sociales. Il sera complété, dans les chapitres qui suivent, par des analyses plus précises des différentes manifestations de la pauvreté et de la vulnérabilité dans les secteurs sociaux spécifiques.

3.2 LA PAUVRETE MONETAIRE

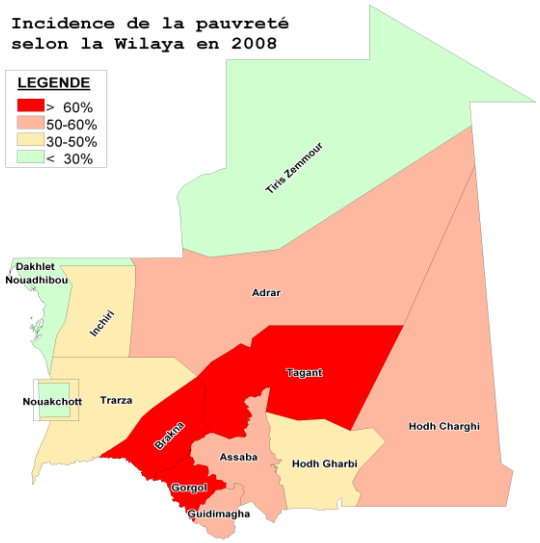
Taux et répartition de la pauvreté

Selon les données les plus récentes,[7] en 2008, 42,0% de la population en Mauritanie vit en dessous du seuil de pauvreté qui est estimé à 129.600 UM. Ceci représente un recul de 4,7 points depuis 2004, soit une baisse d'environ 1,2 point par an. Toutefois, ces chiffres cachent des disparités entre le milieu urbain, marqué par une réduction de la pauvreté entre 2004 et 2008, et le milieu rural, où la pauvreté s'est aggravée pendant la même période. Comme en 2004, la pauvreté demeure un phénomène rural : 59,4% des personnes en milieu rural vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 20,8% en milieu urbain.

L'analyse de l'incidence de la pauvreté par *wilaya* Montre la distribution suivante :

- Les *wilaya* les plus pauvres avec une incidence de la pauvreté de 60% : Tagant, Gorgol, Brakna. Ce groupe abrite à lui seul 33.5% des pauvres du pays.
- Les *wilaya* où le taux est compris entre 55% et 60% : Hodh El Charghi, Adrar, Guidimagha et Assaba avec 36,8%, des pauvres du pays.
- Les *wilaya* où le taux est compris entre 30% et 50% : Hodh El Gharbi, Trarza et Inchiri avec 16,8% des pauvres du pays.
- Les *wilaya* où le taux est inférieur à 20% : Nouadhibou, Tiris-Zemmour et Nouakchott qui n'abrite que 12,9% des pauvres du pays.

Figure 1. Carte de la pauvreté en Mauritanie par wilaya (2008)



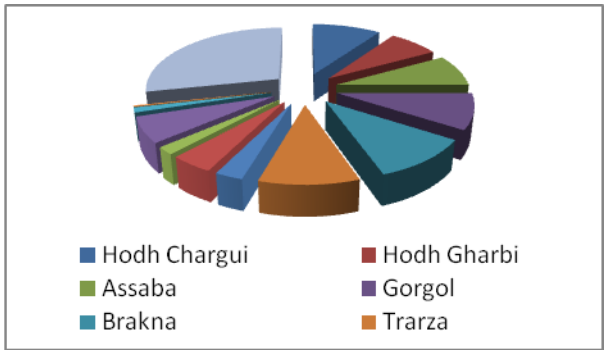
Source : ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*

[6] Bonfiglioli (2003) *Le pouvoir des pauvres* (FENU)

[7] ONS (2009) *Profil de pauvreté de la Mauritanie 2008 (Rapport de l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages en Mauritanie - EPCV 2008)*

L'analyse montre que le Brakna, le Gorgol et le Hodh El Charghi sont les *wilaya* qui contribuent le plus à l'étendue de la pauvreté, se partageant à parts presque égales 44% des pauvres du pays. L'Assaba, Nouakchott, le Trarza et le Guidimagha suivent avec une proportion cumulée d'environ 40% des pauvres, réparties de façon quasi égalitaire entre les quatre *wilaya* (voir *figure 2*). Au même temps, l'analyse fait apparaître une aggravation de la pauvreté entre 2004 et 2008 au niveau de trois *wilaya* : Adrar, Assaba, et Hodh El Charghi.

Figure 2. Contribution à l'étendu de la pauvreté par *wilaya*

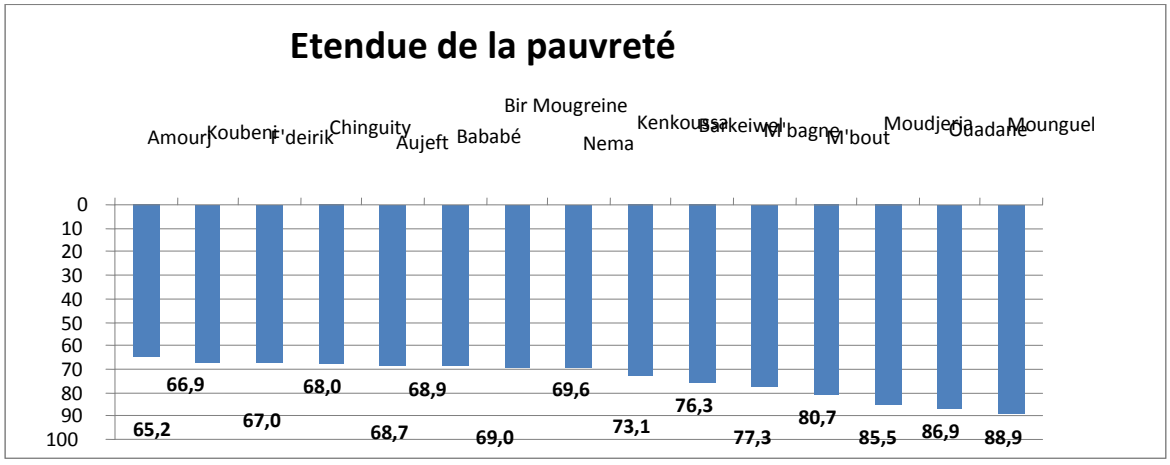


Source : ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*

La profondeur de la pauvreté est estimée à 14,5% de la population et 11,9% des ménages au niveau national, variant également selon le milieu (22,3% en milieu rural contre 4,9% en milieu urbain). La sévérité de la pauvreté est aussi plus accrue en milieu rural (11,1%) qu'en milieu urbain (moins de 2%). Selon l'analyse par *wilaya*, le Brakna, le Hodh El Charghi, le Gorgol et l'Assaba sont les *wilaya* qui contribuent le plus à ces indices (environ 60%).

L'analyse de l'incidence de la pauvreté suivant les *moughataa* permet d'identifier le groupe le plus vulnérable dans le pays et par conséquent d'aider, au niveau des politiques et des programmes gouvernementaux, un ciblage orienté vers les poches de pauvreté. Il y a 15 *moughataa* où le pourcentage de la pauvreté est supérieur à 65% (*voir figure 3*). Près d'un tiers (31,6%) de la population pauvre provient de ce groupe de *moughataa*.

Figure 3. L'étendue de la pauvreté des *moughataa* les plus vulnérables



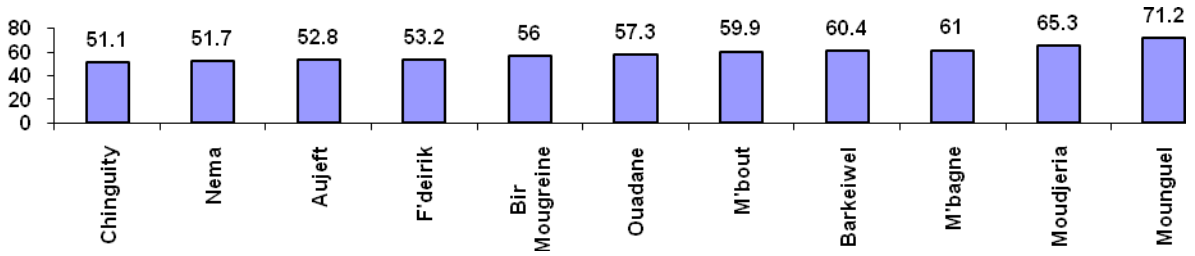
Source: ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*

L'analyse de la pauvreté suivant le groupe socio-économique montre que les ménages des indépendants agricoles sont les plus pauvres (69,7% des membres de ces ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté). Ils sont suivi par les inactifs (47,3%), les chômeurs et les apprentis/aides familiaux et autres (44,4% chacun).Les salariés du secteur public constituent par contre le groupe le plus aisé avec une incidence de 21,8%.

L'extrême pauvreté

Un peut plus qu'un quart (25,9%) de la population en Mauritanie vit en dessous du seuil de l'extrême pauvreté, fixé en 2008 à 96 400 UM. Ceci représente un recul de 3 points depuis 2004 quand le taux était de 28,8%, une réduction moins forte que celle de la pauvreté en générale. Comme toujours, le milieu rural est le plus touché (40,8% en milieu rural contre 7,7% en milieu urbain). La contribution du milieu rural à la pauvreté extrême représente plus de 86% quelle que soit la mesure choisie de la pauvreté (incidence, sévérité, profondeur). Il y a aussi de fortes variations géographiques. Les *moughataa* les plus touchées par l'extrême pauvreté sont Monguel (71,2%), Moudjéria (65,3%), M'bagne (61%), Barkéwol (60,4%) et M'bout (59,9%) (*voir figure 4*).

Figure 4. Extrême pauvreté dans les 11 *moughataa l*es plus touchées



Source: ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*

Niveau, structure et inégalités des dépenses des ménages

Au niveau national, la **dépense totale moyenne par ménage** en 2008 s'élève à 1.079.982 UM par an, avec des variations significatives par quintile de ménage (426.400 UM pour le premier quintile le plus pauvre et 1.738.900 UM pour le cinquième quintile le plus riche) ; par milieu de résidence (723.266 UM en milieu rural contre 1.560.305 UM en milieu urbain et par *wilaya* (de 663.314 UM au Tagant à plus de 1.857.000 Ouguiyas à Dakhlet-Nouadhibou. Les 20% les plus pauvres de la population (premier quintile) se partagent seulement 6,3% de la dépense nationale des ménages, tandis que les 20% les moins pauvres (cinquième quintile) se partagent à eux seuls, 44,2%. En termes d'évolution, les plus pauvres se sont appauvris davantage au niveau national entre 2004 et 2008 (la part de dépenses du décile des plus pauvres a reculé, passant de 2,7% en 2004 à 2,5% en 2008).

La **structure de la dépense** totale moyenne par ménage dans l'ensemble du pays a sensiblement changé depuis 2004, avec une forte augmentation de la part de la dépense alimentaire (y compris l'autoconsommation) qui a passe de 51,9% à 57,8%. Cette augmentation est due probablement à la hausse exceptionnelle des prix des denrées alimentaires au moment de l'enquête. Au même temps, la part des dépenses allouée aux deux secteurs sociaux, l`éducation (1%) et la santé (3,8%) est extrêmement basse et a chuté en 2008 par rapport a 2004.

Les dépenses d'alimentation pèsent le plus chez les ménages ruraux majoritairement pauvres, avec un taux de 66,5% contre 52,3% en milieu urbain (allant jusqu'a 69,8% chez les ménages extrêmement pauvres (premier quintile) par rapport a à 49,7% chez les ménages le moins pauvres (cinquième quintile). Cependant, les parts des dépenses allouées au logement et au transport sont plus importantes en milieu urbain (respectivement 17,5% et 3,8%) qu'en milieu rural (respectivement 8,9% et 1,3%).

Presque trois quarts de la population (72,9% des ménages) estiment que leur **situation économique** s'est dégradée contre 44,3% en 2004. L'insuffisance des moyens pour satisfaire les besoins en nourriture et le manque de travail sont considérés, entre autres, comme étant les deux principaux déterminants de la pauvreté en 2008. Pour le tout, les conditions de vie des plus pauvres dans le milieu rural ont enregistré une dégradation.

En 2008 la proportion des ménages ayant souvent ou toujours des **difficultés pour satisfaire leurs besoins en nourriture** est de 32,7% (dont 10,2% toujours) contre 38,6% en 2004 (dont 6,7% toujours). Ces proportions varient par *wilaya*.

3.3 DIMENSIONS SOCIALES DE LA PAUVRETE

Education

Selon l'EPCV 2008, le taux brut de scolarisation au niveau de **l'enseignement fondamental** est de 90,9%, dépassant celui de MICS 2007 (82,3%) et enregistrant une amélioration de 14,3 points par rapport à l'EPCV 2004 (76,6 %). Cependant, ce taux cache des disparités importantes entre milieux de résidence (79,6 % en milieu rural et 108,5 % en milieu urbain); *wilaya* (67,7 % en Assaba et 122% au Tiris-Zemmour); et quintile de ménage (72,4 % pour les plus pauvres et 106.6% pour les plus riches). L'analyse par genre montre que le TBS des filles au niveau national est passé de 79% en 2004 à 93,5% en 2008, dépassant de 5,1 points le taux chez les garçons. En terme de fréquentation scolaire, 78,4% des enfants sont scolarisés au fondamental en 2008 et vivent dans des ménages situés à moins de trente minutes d'une école fondamentale. Cette proportion s'élève à 81,6 % en milieu urbain contre 76 % en milieu rural.

Au niveau de **l'enseignement secondaire** le TBS est demeuré pratiquement stable au cours des quatre dernières années passant de 29,6 % en 2004) à 30,5 % en 2008. Il est légèrement plus élevé chez les garçons (32,7 %) que chez les filles (28,4 %) Les écarts sont plus importants entre les milieux, le TBS est de 53,5 % en milieu urbain et de seulement 12,8% en milieu rural. Selon le statut de pauvreté, pour les deux cycles confondus (fondamental et secondaire) le **taux de satisfaction** avec les services d'éducation atteint 39,7% pour les pauvres contre 50,8% chez les non pauvres.

Au niveau national le taux moyen des **dépenses sur l'éducation** a atteint 1% de l'ensemble des dépenses moyennes annuelles par individu selon l'EPCV 2008 (0,7% en milieu rural contre 1,2% dans le milieu urbain et 1,1% chez les pauvres contre 1% chez les non pauvres). L'analyse de la structure des dépenses scolaires montre que la plupart consiste en frais de scolarité (59,8% de l'ensemble des dépenses) et en livres et fournitures (37,9% des dépenses). Le taux des frais de scolarité sont plus élevés en milieu urbaine et chez les plus riches, tandis que le taux de dépenses pour les livres et fournitures scolaires est plus haut dans le milieu rural et chez les pauvres.

Alphabétisation

Le taux d'alphabétisation parmi les adultes âgés de 15 ans ou plus s'élève à 61,5 % (une augmentation de 4 points depuis 2004). Ce taux cache des disparités selon le sexe (70,3% pour les hommes contre 54,4% pour les femmes) et le milieu de résidence (73,3% en milieu urbain contre 50,3% en milieu rural) ainsi que le niveau de pauvreté du ménage (70,6% chez les non pauvres contre 46% chez les pauvres).

Emploi

Le taux d'activité (pour la tranche d'âge 15 à 65 ans) s'élève à 52,2% contre 59,2% en 2004. Ce taux cache des disparités importantes selon le sexe (74,6% pour les hommes contre 34,4% pour les femmes). Le niveau global du chômage est estimé en 2008 à 31,2%, légèrement plus faible que celui estimé en 2004 (32,5%). C'est aussi un phénomène qui affecte largement les jeunes.

Travail des enfants

Selon l'EPCV 2008, 3,8% des enfants âgés de 7 à 15 ans travaillent (5,4 % en milieu rural contre 1,5% en milieu urbain). Ce taux n'a pas change d'une façon significative depuis 2004. Pour près de 34% des enfants qui travaillent, il s'agit d'emplois dans l'agriculture (16,5%) et dans l'élevage (17,1%). Le taux de travail des enfants varie de 0% (Dakhlett Nouadhibou, Tiris Zemmour et Inchiri) à 20,7% (Hodh El Chargui), dénotant la diversité des situations socioculturelles et économiques.

Santé et nutrition

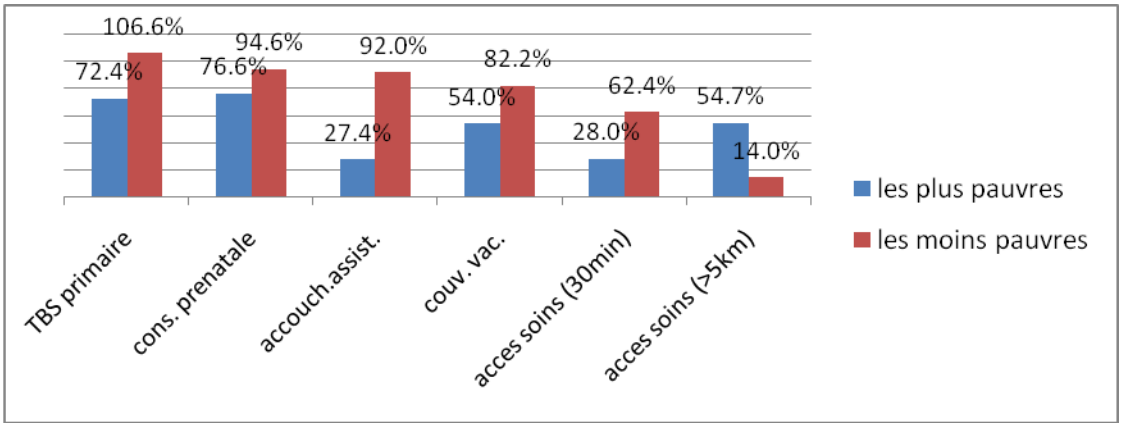
La couverture prénatale a augmenté, passant de 80,2% en 2004 à 87,4% en 2008. Il existe cependant des disparités entre les plus pauvres (76,6%) et les moins pauvres (94,6%) ; par milieu de résidence (82,9% dans le milieu rural contre 93,3% dans le milieu urbain) et par *wilaya*: les taux les plus bas sont dans le Hodh El Gharbi (74,1%) et le Tagant (75,5%).

Le taux **d'accouchement assisté** s'est amélioré, passant de 56,5% en 2004 à 60,2% en 2008. Il varie de 27,4% chez les plus pauvres (premier quintile) à 92,0% pour les moins pauvres (cinquième quintile) et de 38,0% pour le milieu rural contre 92,5% pour le milieu urbain. En analysant les taux par *wilaya*, les taux les plus faibles sont au Guidimagha (24,2%), Hodh El Charghi (28,9%) et Gorgol (35,8%).

Le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois **complètement vaccinés** est de 68,8%, enregistrant ainsi une baisse par rapport à 2004 où ce taux était de 79%. Il existe, pourtant, des disparités entre les pauvres (58,4%) et les non pauvres (77,8%) ; le milieu de résidence (62,9% en milieu rural contre 77,1% en milieu urbain); et par *wilaya* ; les taux les plus faibles sont dans les *wilaya* du Tagant (41,8%), Gorgol (43,4%), Hodh El Gharbi (43,8%).

Pour **l'accessibilité physique**, seulement 40,3% de la population accèdent à un centre de santé dans les 30 minutes requises par les normes et 67,3% de la population vivent dans un rayon de 5km par rapport à un établissement de santé. Les taux d'accessibilité varient entre 32,5% chez les pauvres (28,0% pour le premier quintile) et 44,9% chez les non pauvres (52,4% pour le cinquième quintile) et 31,8% pour le milieu rural contre 53,0% pour le milieu urbain. La proportion des personnes qui sont à moins de 30 minutes d'une formation sanitaire varie également par *wilaya* : de 16,6% au Gorgol à 84,3% au Tiris-Zemmour. Chez les pauvres, **les services le plus consultés** sont les postes et les centres de santé (32,7% et 34,4%) tandis que chez les non pauvres, c'est plutôt l'hôpital tertiaire et régional (15,5% et 14,8%).

Figure 5 : Indicateurs sociaux et pauvreté: éducation et santé à risque

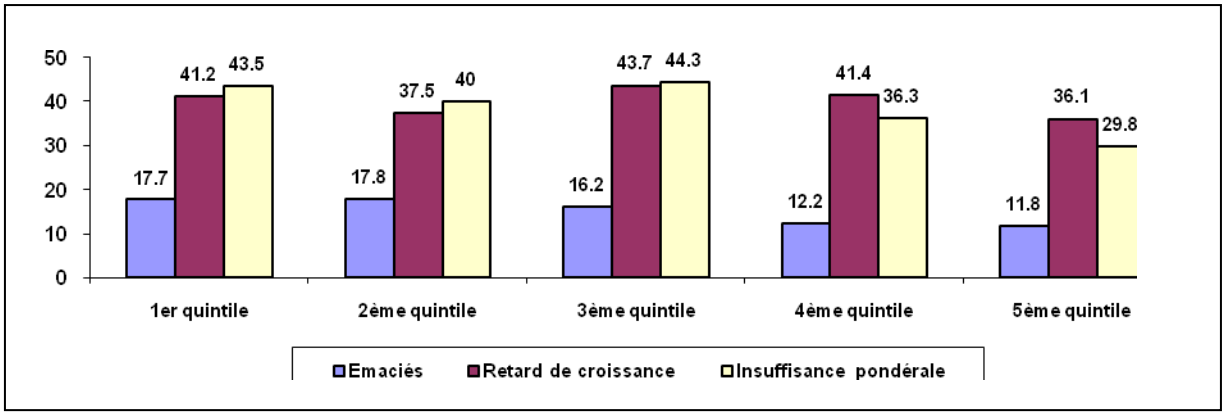


Source : Selon les données de l'ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*

La malnutrition chronique a légèrement diminué, passant de 40,3% en 2004 à 40,1% en 2008. Par contre, la malnutrition aiguë a augmenté passant de 12,2% en 2004 à 15,6% en 2008 ; il en est de même pour

l'insuffisance pondérale qui est passée de 30,2% à 39,4% entre les deux années. La *figure 6* montre des écarts importants dans les indicateurs de nutrition selon les quintiles de pauvreté.

Figure 6 : Indicateurs globaux de malnutrition selon les quintiles de pauvreté en 2008



Source : ONS (2009) *Profil de pauvreté 2008*

La **structure des dépenses de santé** indique que l'achat de médicaments (44,1%) constitue la principale rubrique, suivi par les frais de transport (25,5%). Le pourcentage élevé consacré à l'achat de médicament cache des disparités entre les pauvres (47,4%) et les non pauvres (43,5%), entre les *wilaya* et surtout entre les milieux de résidence (50,0% en milieu rural contre 39,6% en milieu urbain).

Les personnes qui ont consulté un praticien de la santé au cours des 4 semaines précédant l'enquête et qui n'ont pas été satisfaites classent les raisons de cette **non satisfaction** en 9 catégories : avec le coût élevé (7,7%) et la longue attente (6,1%) les raisons les plus évoquées.

Logement et habitat

Les **types principaux de logement** occupés par les ménages en 2008 sont classés en 2 grands groupes : les habitats précaires (tente, case/hutte, baraque et *m'bar*) occupés globalement par 32,5% des ménages et les habitats de types maison occupés par les autres (67,5%). Il y a une plus forte concentration de logements de type maison en milieu urbain (84,9%) qu'en milieu rural (54,6%). Quant aux habitats précaires, ils sont plutôt plus concentrés en milieu rural, exception faite du type Baraque plus concentré en milieu urbain (5,5%) qu'en milieu rural (0,6%). A Nouakchott, une forte concentration de type « baraque » est remarquablement visible dans la *moughataa* d'El Mina (31%), montrant les disparités même au milieu d'une agglomération urbaine.

En ce qui concerne **le statut d'occupation du logement**, il y a une prédominance des ménages propriétaires (74%), suivi de loin par les locataires (12%) les ménages en situation d'appropriation de logement (7,5%, mais plus fort dans le milieu urbain). Quant à la gratuité des logements, très peu de ménages en bénéficient à l'exception de ceux de la *wilaya* de l'Inchiri qui ont nettement progressé en 2008 (23,2%) par rapport à 2004 (15,2%).

Eau et assainissement

Au niveau national, 45,7% des ménages ne disposent pas de **toilettes dans leur logement** (48% en 2004) ; ce pourcentage s'élève à 68,7% en milieu rural et varie de 44% à près de 83% selon la *wilaya*. Plus de deux tiers des ménages pauvres (67,4%) n'en disposent pas de toilettes contre 34% chez les ménages non pauvres.

Un peu moins de deux tiers (62%) des ménages ont accès à **l'eau potable** (contre 52% en 2004). Mais il reste des écarts énormes entre les ménages les plus pauvres (30%) et les ménages les moins pauvres (87%). Les puits sans pompe (30%), les revendeurs (24,4%) et des robinets intérieurs (21%) constituent les principales sources d'approvisionnement en eau des populations.

Source d'énergie

En 2008, **le mode d'éclairage** le plus utilisé au niveau national est la torche (51% des ménages) suivi de l'électricité (30,6% des ménages). Les disparités existent entre les milieux de résidence. En milieu rural la torche domine (80% des ménages) tandis qu'en milieu urbain c'est l'électricité (plus de 70% des ménages). Parmi les ménages pauvres, seulement 9,5% ont accès à l'électricité (3,7% parmi les plus pauvres) contre 42,2% chez les ménages non pauvres (60,8% parmi les moins pauvres).

En matière de **combustibles**, l'énergie la plus utilisée pour la cuisson des aliments par les ménages est le gaz (37%), suivi du bois ramassé (33%). Comme pour les autres indicateurs, des différences fondamentales existent entre les milieux de résidence. En milieu rural le bois ramassé est le plus utilisée (56,6%), suivi du gaz (18,6%). Par contre en milieu urbain c'est plutôt le gaz (61,6%) suivi du charbon de bois (31%). Par niveau de pauvreté, 70,1% des ménages pauvres utilisent le bois ramasse comme principale source d'énergie pour la cuisson contre 25% seulement chez les ménages non pauvres.

Biens durables

Au niveau national, près de 3 ménages sur 5 disposent de téléphone alors que ceux qui possèdent un ordinateur représentent moins de 2%. Quant aux antennes paraboliques et les postes téléviseurs en couleur, ils représentent respectivement 21,6% et 25,3%.

Le groupe des appareils électroménagers est quasiment rare dans les ménages. Le réfrigérateur/congélateur représente l'appareil le plus fréquent dans les ménages, il n'est cependant possédé que par moins de 11% seulement des ménages au niveau national. De même, la possession de véhicule par les ménages restent également rare (6,6%).

L'examen des résultats selon le statut de pauvreté révèle des disparités importantes : En effet, les ménages appartenant au premier quintile de dépenses par tête ne possèdent quasiment pas de biens durables, à l'exception de radio/radiocassette et du téléphone détenus respectivement par 29,4% et 31,2% des ménages les plus pauvres.

Perception des services publics

L'existence des services publics (dans le village ou le quartier) est jugée satisfaisante (ce qui ne veut pas dire, forcement accessible) au niveau national pour les services prioritaires (eau potable, enseignement fondamental, téléphone et transport public). Par contre, pour les autres services (postes, services bancaires, justices, police, assainissement), le niveau de disponibilité est encore jugé peu satisfaisant.

Une proportion non négligeable de ménages déclare ne pas être satisfaite de certains services publics disponibles : électricité (30,7%), eau potable (22%) et transport public (18,4%). Le coût élevé (pour l'électricité, l'hôpital national et le transport public) et la mauvaise qualité (pour l'éducation, l'assainissement et l'eau potable), constituent les principales raisons de non satisfaction.

En ce qui concerne l'accessibilités des marchés ; 31,6% des ménages mettent entre 0 à 14 minutes pour arriver au marché de produits alimentaires le plus proche (22,5% des pauvres contre 36,5% des non pauvres) et 27,9% des ménages mettent 60 minutes ou plus (41,7% des pauvres contre 20,4% des non pauvres) tandis que 28,9% des ménages font un trajet de plus de 5 km pour arriver au marché le plus proche (43,5% des pauvres contre 21,1% des non pauvres).

3.4 IMPLICATIONS POUR LA PROTECTION SOCIALE

Malgré les progrès enregistrés dans la lutte contre la pauvreté en Mauritanie et les efforts de l'extension de services de base, l'analyse des résultats de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages montre une situation marquée toujours par l'étendue de la pauvreté (affectant deux sur cinq mauritaniens); la persistance de la pauvreté extrême pour un quart de la population; et l'existence de disparités très fortes surtout entre le milieu rural et le milieu urbain, comme aussi entre *wilaya/moughataa*. Ces disparités ont des implications importantes pour le ciblage des programmes de protection sociale qui cherchent à réduire les vulnérabilités des ménages.

La réduction de la pauvreté et celle de l'extrême pauvreté n'évoluent pas au même rythme : la stagnation de la sévérité de la pauvreté traduit l'absence d'amélioration des conditions de vie des plus pauvres. Au même temps, le taux de pauvreté au milieu rural s'accentue, rendant les populations rurales davantage vulnérables aux risques de toute nature et encore plus nécessiteuse de protection sociale pour sécuriser leurs vies, y compris à travers les filets sociaux de sécurité.

La situation est également marquée par des disparités énormes en ce qui concerne la plupart des indicateurs sociaux – par rapport à la santé, la nutrition, l'éducation, l'habitat, ou l'eau et l'assainissement, ce qui se traduit en différentes formes de dépravations social, selon le cadre conceptuel la notion même de la pauvreté non-monétaire. Encore une fois, ces disparités se traduisent par des différences significatives entre milieu de résidence (avec les plus fortes dépravations en milieu rural); entre *wilaya* et *moughaata ;* comme aussi entre quintile de ménages.

La très forte corrélation qui existe entre pauvreté monétaire et dépravation sociale montre bien qu'il est urgent d'entreprendre un effort coordonné de développement social intégré et d'améliorer l'accès de tous aux services socio-économiques de base, ensemble avec la mise en œuvre de programmes complémentaires de protection sociale en faveur des couches les plus vulnérables de la population.

PARTIE II : ANALYSE DE PROGRAMMES ET DE POLITIQUES

4. DE L'ACTION SOCIALE A LA PROTECTION SOCIALE

4.1 EVOLUTION DES POLITIQUES NATIONALES

Le CSLP I (2001-2004) ne considérait pas la protection sociale comme un domaine spécifique. En revanche, il soulignait l'importance de cinq domaines prioritaires dans la lutte contre la pauvreté (éducation, santé, hydraulique, développement rural et développement urbain) accompagnés des programmes ciblés. Ces derniers offraient « un traitement spécifique au profit des populations et des zones les plus pauvres et les plus vulnérables du pays » consistant en programmes intégrés qui ont essayé « de répondre de façon massive, simultanée et soutenue aux différentes manifestations du phénomène. » Cependant, la revue des efforts de ce CSLP en matière de lutte contre l'exclusion sociale a constaté que « *ces actions restent parcellaires en l'absence d'une vision générale de la protection sociale et d'une politique intégrée dans ce domaine*» tandis que l'efficacité de l'action sociale menée au sein du programme de la santé a été réduite à cause de « *l'absence d'une politique d'accès des plus démunies aux soins et de coordination entre les différents secteurs* ». [8]

En revanche, le ***CSLP II (2006-2010)*** réserve une place important à la protection sociale, qui pour la première fois gagne une grande visibilité. Elle est placée à côté des priorités du secteur social, intégrée à l'un des trois axes prioritaires du CSLP, à savoir celui qui est relatif au développement des ressources humaines et à l'expansion des services de base et qui est un axe stratégique crucial dans la lutte contre la pauvreté :

> « *Le développement des ressources humaines et l'expansion des services de base relèvent de logiques à la fois de moyen et de long terme. A moyen terme, ils conduisent à l'amélioration des conditions de vie des populations pauvres et à la réduction des inégalités. A long terme, ils constituent une condition nécessaire pour le développement durable du pays, qui passe par des ressources humaines compétitives et une qualité de la vie favorable à l'excellence*. »[9]

De manière transversale, la protection sociale est vue dans le CSLP à la fois comme domaine et comme approche dans la lutte contre la pauvreté, qui doit concentrer des efforts intersectoriels de réduction de la vulnérabilité. Dans cette optique, la protection sociale est conçue à partir de trois catégories d'action : l'**action sociale,** qui doit permettre d'assurer une meilleure prise en charge médicale et éducative des groupes vulnérables; les **filets de sécurité,** qui doivent proposer un traitement particulier aux personnes qui, pour des raisons liées à leur capacité physique ou mentale comme aussi à la précarité de leur vie ne peuvent pas bénéficier des nombreuses opportunités offertes dans le cadre des politiques publiques; et enfin les **mécanismes de partage des risques** en matière de santé. Le CSLP signale l'importance du développement d'une stratégie nationale de protection sociale qui prendra pleinement en compte le caractère multidimensionnel de la problématique (*voir encadré 2*).

Encadré 2. La vision de la protection sociale dans le CSLP II (2006-2010)

La réflexion sur la protection sociale comme problématique transversale du développement est relativement récente en Mauritanie. En effet, les efforts dans ce domaine ont surtout été concentrés sur les programmes d'action sociale mis en œuvre par le MSAS (accès des indigents aux soins de santé, etc.) et les programmes de filets de sécurité mis en œuvre par le CDHLCPI (intégration des handicapés, lutte contre la mendicité, etc.). Or, la protection sociale est

[8] RIM (2006) *CSLP II 2006-2010* (Bilan de la mise en œuvre du CSLP I (2001-2004)
[9] RIM (2006) *CSLP II 2006-2010*

un concept plus large qui couvre, en plus de ces problématiques, la question plus générale de la réduction de la vulnérabilité. Les catégories cibles comprennent donc également des personnes qui ne sont pas nécessairement pauvres, mais dont le niveau de revenu ne leur permet pas de faire face à des situations exceptionnelles (accident, problèmes graves de santé, licenciement, etc.) ou même à des situations prévisibles (retraite, 3ème âge, etc.).

Dans ce cadre, le premier impératif est l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale (SNPS) qui prend pleinement en compte le caractère multidimensionnel de la problématique. Parallèlement à la formulation de la SNPS, les efforts en matière d'action sociale et de filets de sécurité orientés vers des personnes à la fois pauvres et vulnérables seront poursuivis, et des actions permettant de développer des mécanismes de partage des risques en matière de santé seront d'ores et déjà mises en œuvre.

Les principales stratégies qui seront développées dans le cadre de l'**action sociale** devraient permettre d'assurer une meilleure prise en charge médicale et éducative des groupes vulnérables – handicapés, enfants en difficulté, femmes chefs de ménages, personnes âgées – et de leur offrir un environnement favorable à leur intégration et à leur développement socio-économique. Dans ce cadre, il s'agira notamment (i) d'évaluer et de réviser le cadre juridique existant afin de l'orienter vers la promotion et la protection des droits de l'ensemble de ces groupes vulnérables, (ii) de développer les infrastructures adaptées de manière plus décentralisée et plus équitable en permettant aux zones rurales d'en bénéficier, (iii) de renforcer la coordination entre les différents secteurs intervenant dans l'action sociale, et (iv) d'améliorer les capacités des services déconcentrés de l'action sociale.

La mise en place de **filets de sécurité** découle de la nécessité de proposer un traitement particulier aux personnes qui, pour des raisons liées à leur capacité physique ou mentale, ou à la précarité née d'une urbanisation rapide – qui a probablement réduit la disponibilité des circuits traditionnels de solidarité –, ne peuvent bénéficier des nombreuses opportunités offertes dans le cadre des politiques publiques. Dans ce cadre, le CSLP préconise la poursuite des programmes de lutte contre l'exclusion mis en œuvre depuis 2001 et qui ciblent les enfants en situation difficile, les handicapés moteurs et mentaux et les mendiants. Ces programmes, dont l'exécution est généralement confiée à des ONG spécialisées, s'articulent autour de deux axes : (i) l'offre de services essentiels (santé, eau potable, nutrition, alphabétisation, etc.), et (ii) la promotion de la réinsertion (activités génératrices de revenus, formation professionnelle, équipement, etc.).

Enfin, le développement de **mécanismes de partage des risques** en matière de santé s'inscrit dans le double objectif d'améliorer l'accès des participants aux services essentiels de santé, et de réduire leurs dépenses en la matière. Dans ce cadre, les principales actions prévues sont : (i) la mise en place du cadre juridique de base ouvrant la porte au développement des initiatives dans ce domaine, (ii) l'opérationnalisation de la CNAM, (iii) la généralisation progressive de l'assurance maladie à travers des caisses publiques et privées, afin de couvrir médicalement tous les groupes professionnels du secteur formel, (iv) le renforcement et l'accompagnement des expériences visant la création de mutuelles permettant la couverture médicale des professions du secteur informel et du monde rural, et (v) la généralisation des expériences de forfait obstétrical et leur extension à davantage de structures et d'actes thérapeutiques.

Source : RIM (2006) *CSLP II 2006-2010*

La politique nationale de santé et d'action sociale (2006-2015) a été développée pour servir d'orientation de base à toutes les actions menées dans le secteur pour la période en question. [10] A l'instar de son prédécesseur, le *Plan directeur de la santé et des affaires sociales*, dont la mise en œuvre s'est poursuivie jusqu'en 2004, la politique nationale a été formulée avant la création d'un ministère des affaires sociales séparé. Dans sa globalité, la politique vise à «*améliorer l'état de santé et la protection sociale des populations par l'accès à une prise en charge sanitaire et sociale de qualité* ». 'L'action sociale' est conçue dans l'optique d'une protection sociale plus large, dont les composantes, le cadre institutionnel et les responsabilités restent à définir à travers le développement « *d'une vision nationale claire, cohérente et multisectorielle de protection sociale* » (*voir encadré 3*)

[10] RIM, MSAS (2005) *PNSAS 2006-2015*

Encadré 3. L'action sociale ciblée selon la *Politique nationale de santé et d'action sociale (2006-2015)*

La mise en place de stratégies spécifiques par groupe cible de l'action sociale se fera dans le cadre d'une action nationale de protection sociale. Ainsi, dans le cadre d'une vision nationale claire, cohérente et multisectorielle de protection sociale, le département développera des stratégies spécifiques visant l'amélioration des conditions de vie des groupes sociaux vulnérables, avec un accent particulier sur leur accès aux services essentiels de base (ex : santé, éducation, etc.).

Pour cela, cinq mesures principales seront développées :

- **L'amélioration du cadre institutionnel de l'action sociale** par (i) une clarification des rôles et des attributions, et (ii) une meilleure définition des responsabilités dans le cadre d'un partage cohérent des rôles entre différents départements. Cette action passera par l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale, qui permettra de déterminer les différentes composantes de la protection sociale, la meilleure manière de les agencer et surtout d'éviter les chevauchements. Au cas où l'option de cloisonnement serait maintenue, il est nécessaire de prévoir la mise en place de mécanismes formels et performants de concertation et de coordination des actions et politiques sociales.

- **La mise en place de bases de données** à partir d'analyses situationnelles des différents groupes cibles, pour assurer la qualité du suivi et des comparaisons futures et l'adoption de méthodologies de ciblage, de suivi et d'évaluation des politiques sociales.

- **Le développement des ressources humaines** au niveau des services techniques en charge de l'action sociale permettant d'améliorer la conception, la formulation, l'exécution et le suivi/évaluation des programmes de l'action sociale.

- **L'élaboration d'une stratégie sur les modes de financement de l'action sociale** : la réflexion devra s'orienter vers la recherche des modes alternatifs de financement dans une optique de mobilisation des ressources et des mécanismes de solidarité nationale.

- **Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques** des acteurs intervenant dans l'action sociale pour leur permettre de mieux repérer, connaître et analyser la situation de ces groupes et partant de mieux formuler, exécuter et évaluer avec pertinence les actions et programmes spécifiques au profit de leurs populations les plus démunies.

Source : RIM, MSAS (2005) *PNSAS 2006-2015*

A cette époque, le développement d'une politique et d'un plan directeur spécifique à l'action sociale en Mauritanie se situait dans la logique et la continuité du plan directeur global du MSAS, en particulier en ce qui concerne les objectifs et actions envisagées. Deux priorités ont été identifiées en matière d'action sociale[11] :

- *la mise en place d'un cadre institutionnel approprié* : par le développement des structures de prise en charge; l'intégration des activités sociales aux activités des services de santé, d'éducation, de promotion féminine et de jeunesse ; le renforcement des capacités d'élaboration d'exécution, de suivi et d'évaluation, l'amélioration des connaissances par les recherches et études en sciences sociales ; et la création d'une structure de coordination au sein du MSAS regroupant les différents secteurs impliqués dans l'action sociale.
- *la prévention et la lutte contre la précarité et l'exclusion* : par la promulgation des législations adaptées (code de la famille, protection de l'enfance et des handicapés) ; l'identification et le traitement des cas d'exclusion et de précarité; et le développement de la protection social

[11] RIM, MSAS (n.d.) Politique de l'action sociale, Sous-commission Action Sociale et Financement, Document Préliminaire, I

Toutefois, dans le diagnostic de l'action sociale préalable à la formulation de cette politique, il est constaté qu'il y a :

> « *un déphasage complet entre les approches, les moyens et les problèmes à résoudre. S'ajoute à cela (i) l'insuffisance de coordination entre les différents départements chargés de la protection sociale, (ii) la faiblesse des ressources humaines spécialisées ne permettant pas de disposer des qualifications et des compétences nécessaires pour concevoir, élaborer, exécuter et suivre les programmes et politiques sociales, et (iii) la méconnaissance des groupes cibles de l'action sociale qui constitue un réel obstacle devant la mise en place de programmes adaptés* ». [12]

Il y a une tentative d'identifier les groupes 'cibles' à partir d'une analyse de la vulnérabilité sociale et son évolution au cours des années en termes de capacité à faire face aux risques (*voir encadré 4*).

Encadré 4. Identification des groupes vulnérables d'après la politique nationale de la santé et d'action sociale (2006-2015)

En Mauritanie, la répartition de la vulnérabilité et des groupes vulnérables cadre bien avec celle de la pauvreté. Le milieu rural et les zones périphériques des grandes villes recèlent la grande majorité de ces groupes dont la situation précise est mal connue. Les principaux groupes vulnérables sont les pauvres en général et en particulier :

- les personnes en situation d'extrême pauvreté et les indigents
- les chômeurs et les retraités
- les petits exploitants (agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, commerçants …)
- les femmes en général et en particulier les femmes chefs de ménages
- les jeunes et les enfants en général et particulièrement ceux en circonstances difficiles
- les personnes handicapées qui représenteraient 5 % de la population avec un taux de scolarisation de 5% ;
- les sinistrés et les victimes de catastrophes
- la population carcérale en général et particulièrement les femmes et les enfants
- les marginalisés et les exclus (mendiants, sujets de troisième âge vivants seuls, malades mentaux, ….)

Source : RIM, MSAS (2005) *PNSAS 2006-2015*

Force est de reconnaître que l'une des difficultés de ce genre de liste, est le manque de critères objectifs permettant de déterminer la 'vulnérabilité', ce qui mène souvent à : (i) un mélange de groupes 'catégoriels' (par exemple femmes; enfants) avec des groupes définis sur la base des indicateurs de la pauvreté ('indigents' 'personnes en situation d'extrême pauvreté'); (ii) l'inclusion des groupes qui, en fait, ne seraient pas forcement plus vulnérables d'autres (ainsi : est-ce qu'un retraité de la fonction publique disposant d'une pension devrait être compté parmi les plus vulnérables ?); (iii) une juxtaposition des catégories (ainsi, par exemple une femme, petit exploitant et chef de ménage et en situation d'extrême pauvreté et frappée par la sécheresse appartient à au moins 4 catégories). Pour toutes ces rasions, le ciblage des programmes spécifiques est toujours un exercice très difficile.

4.2 ETAPES DE REFLEXION NATIONALE SUR LA PROTECTION SOCIALE ET L'ACTION SOCIALE

Un premier processus d'élaboration d'une stratégie de protection sociale a été entamé en Mauritanie dès l'époque du premier CSLP, en ***2001/2002***. Ce processus a été appuyé en partie par la Banque Mondiale. Une équipe nationale avait été mise en place, sous la coordination du Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED) et la participation de plusieurs autres départements (Finance; Santé et Affaires Sociales; Education ; Promotion de la Femme; Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSSS); Commissariat aux Droits de L'homme, de la Lutte Contre la Pauvreté et de l'Insertion (CDHLCPI) et des

[12] RIM, MSAS (2005) *PNSAS 2006-2015*

ONG. Le Directeur des Affaires Sociales (DAS) du MSAS avait été désigné comme 'point focal' au sein de l'équipe. Au cours d'un séminaire international, l'équipe du pays avait présenté les grandes lignes de la situation de la protection social, les programmes et projets en cours dans ce domaine et l'ébauche d'une stratégie nationale avec les grandes lignes d'un plan d'action (cette stratégie s'étant heurtée par la suite à des contraintes organisationnelles et financières qui en ont entravé le travail).[13]

Les solutions proposées pour lever ces contraintes sont présentées ci-dessous dans l'*encadré 5* qui montre bien certains points clés sur les dimensions multisectorielles de l'effort en ce qui concerne : le niveau de coordination requise; les liens recherchés avec le CSLP ; et le partenariat large à créer – tous ces points étant également pertinents par rapport aux actions à préconiser aujourd'hui.

Encadré 5. Solutions proposées aux contraintes rencontrées dans le développement d'une stratégie de la protection sociale (2002)

La stratégie nationale de protection sociale est une activité multisectorielle, sont élaboration et sa mise en œuvre feront intervenir plusieurs départements ministériels et partenaires donc sa coordination efficace ne peut être assurée que par le MAED et à un niveau décisionnel (Directeur).

Cette stratégie doit être reversée dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ce qui exige la création d'un groupe thématique dénommé « protection sociale » et une implication directe de l'équipe en charge de l'élaboration et le suivi de ce cadre au CDHLCPI à un niveau supérieur (Direction des études et de la programmation).

La coordination du groupe doit chercher les moyens financiers pour le fonctionnement du secrétariat technique du groupe et certaines consultations nécessaires à l'élaboration de certaines parties du document de stratégie à l'image de l'élaboration et de l'actualisation du CSLP.

La DAS peut jouer pleinement le rôle de point focal et de secrétariat technique du groupe qui doit comporter des représentants du MAED, du CDHLCPI et de la BM. D'autres départements et institutions doivent être rajoutés au groupe : le MINPT (Direction des collectivités locale), le MCRP, le CSA (Direction de l'action humanitaire), la Communauté Urbaine de Nouakchott, l'UNICEF …

Source : Dr Abderrahmane Ould Jiddou, *Note sur le processus d'élaboration de la stratégie nationale de protection sociale*

Ce travail n'a pas abouti directement à une stratégie nationale de protection sociale. Il a cependant produit des réflexions importantes et des analyses pertinentes susceptibles d'alimenter les débats actuels. Parmi les activités accomplies par la suite, il faut souligner, entre autres: (i) une identification des facteurs multiples de risques et de groupes vulnérables; (ii) une analyse de la situation précaire des populations urbaines vivant dans des 'bidonville' (*kebba);* et (iii) une ébauche d'un programme de filet de sécurité pour les groupes cibles les plus défavorisés de ces zones, ensemble avec une analyse institutionnelles des acteurs sur place.

L'une des conclusions de l'analyse de la situation était que :

> « *L'action sociale souffre aujourd'hui d'une absence totale de mécanismes de coordination et de communication entre les partenaires et départements ayant en charge la politique sociale. Là aussi une double nécessité s'impose celle d'une meilleure coordination des actions et d'une meilleure communication entre les intervenants dans le domaine du développement social* ».

[13] Dr Abderrahmane Ould Jiddou, *Note sur le processus d'élaboration de la stratégie nationale de protection sociale*

Au même temps, le diagnostic de la structure institutionnelle chargée de la mise en œuvre de l'action sociale (*la DAS*) et l'analyse de la situation de l'action sociale ont révélé de nombreuses contraintes (*voir encadré 6*).

Encadré 6. Contraintes à l'action sociale en Mauritanie

- **L'absence d'une vision stratégique** claire de la place des objectifs de l'action sociale. Il n'y a jamais eu de définition ou d'élaboration d'une politique ou stratégie claire de l'action sociale et l'effort de conception et de réflexion est resté dans les limites du cadre général des plans directeurs de la santé. Cependant cette contrainte est levée avec l'élaboration du plan directeur de l'action sociale qui, à partir de l'analyse de la situation, propose des objectifs, identifie les axes prioritaires d'intervention et définit la stratégie de mise en œuvre.

- **La conception de l'action sociale** n'a pas accompagné les transformations socioculturelles et les structures actuelles ne peuvent aucunement répondre à la demande sociale dictée par ses transformations. On observe la faiblesse des capacités et le manque des moyens matériels et humains des principales administrations directement concernées : la Direction des Affaires Sociales (MSAS), la Direction de la Femme et de l'Enfant (SECF) et les communes

- **L'action sociale** a été, jusqu'à présent et surtout, comprise dans sa dimension curative et d'assistance aux indigents. Il n'y a pas de programme visant le développement à long terme, et les actions sont souvent des actions ponctuelles, réduites à des prises en charge médicales ou à la réadaptation et rééducation des enfants de la rue ou des actions ponctuelles de distribution des vivres.

- **Le manque de moyens matériels, financiers et humains de la DAS est une contrainte majeure**. Quelques soient ses ambitions, la DAS n'a pas les moyens d'exécuter les activités, même de routine, à plus forte raison de répondre aux problèmes complexes qui se posent avec acuité. Le budget de la DAS s'élève à 59 millions 73000 UM, ce qui représente à peine 2%, non pas du budget de l'Etat, mais de celui du budget du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

- **La faiblesse des ressources humaines spécialisées est une autre contrainte, tout aussi évidente**. A titre d'exemple, certaines divisions prévues dans l'organigramme de la DAS ne sont pas pourvues. La Direction compte peu de cadres supérieurs ayant les qualifications nécessaires et la compétence pour concevoir, élaborer, exécuter et suivre les programmes et politiques sociales. Le personnel n'a jamais bénéficié de formation continue ou de recyclage et à part les techniciens supérieurs, il n'y a pas de profil spécialisé dans les différents domaines de l'action sociale.

- **La méconnaissance des groupes cibles est un obstacle réel devant la mise en place des programmes adaptés**. Pour formuler et exécuter des actions qui répondent aux besoins, il faut d'abord connaître ces besoins. Or on connaît assez mal la population cible, dans la mesure où les données fiables et les statistiques à jour relatives, notamment aux handicapés et aux enfants de la rue, ne sont pas disponibles. Le phénomène de déviance sociale et de délinquance sont méconnus dans leurs dimensions d'analyse, de détermination, etc. Très peu d'études ou de travaux de recherche existent dans ce domaine.

- **Le manque d'infrastructures adaptées et leur centralisation** (elles sont toutes localisées à Nouakchott) accroissent (a) les risques de marginalisation auxquels sont exposées les personnes handicapées, obligées de venir à Nouakchott pour se traiter et (b) la faiblesse des actions de réadaptation et de réinsertion professionnelle des personnes handicapées.

- **La présence des ONG nationales et internationales dans ce domaine est significative**. Les ONG ont incontestablement développé des approches et initié des expériences probantes qui doivent être capitalisées.

Source : Document sans date sur les 'Filets de sécurité' (MSAS)

Un atelier national sur la protection sociale en Mauritanie s'est tenu en mai ***2004***, organisé par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Cet atelier s'est focalisé surtout sur les liens entre la protection sociale et la santé. L'atelier avait pour but la capitalisation des expériences en Mauritanie en matière de couverture des risques dus à la maladie et la définition et la mise en cohérence d'un système de partage de risque maladie. La définition opérationnelle de la protection sociale exposée au cours de cet atelier montre bien la priorité accordée à la santé à cet époque : *« La couverture que la société ou organisation assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques ou privées pour compenser la diminution ou l'absence de revenu; pour assurer les soins médicaux ; et pour apporter une aide aux familles* ». Parmi les partenaires, le BIT a participé à cet atelier, à travers le programme STEP qui cherche à aider les pays à étendre la couverture de la sécurité sociale. Les résultats des réflexions de cet atelier national seront traités de manière plus détaillée dans le *chapitre 6* sur la santé.

Un atelier de réflexion sur l'action sociale a été organisé ***en octobre*** 2007 par la Direction de l'Enfant, Ministère Chargé de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (DE/MCPFEF) soutenu par l'UNICEF**.** Les thèmes abordés par cet atelier portaient sur la répartition des mandats pour la protection de l'enfant ; la coordination des actions de protection ; le dispositif institutionnel et ressources; le cadre d'intervention et planification; les mesures d'aide et de protection sociale; le suivi/évaluation ; et des actions et services de formation. Différentes présentations passaient en revue la définition des concepts de 'vulnérabilité', 'exclusion' et 'protection sociale'. En matière notamment de protection sociale, ces présentations traitaient de ses multiples fonctions, outils et mécanismes, en se focalisant surtout sur l'importance de la protection sociale pour la protection de l'enfant. Un état des lieux, accompagné par une analyse institutionnelle, a rappelé les objectifs de l'action sociale qui portent sur la : « *satisfaction des besoins des groupes cibles de l'action sociale et notamment des couches les plus vulnérables* et avait émis quelques recommandations pour renforcer les efforts dans ce domaine (*voir encadré 7*)

Encadré 7. Recommandations issues de l'état des lieux préparé par l'atelier national sur l'action sociale (2007)

- Création d'un cadre de coordination permanente entre les différents intervenants dans le domaine de l'action sociale
- Définition commune des groupes cibles et des critères d'identification
- Renforcement des capacités des services sociaux régionaux, déconcentration, décentralisation
- Renforcement des capacités institutionnelles de l'administration centrale
- La formation continue des travailleurs sociaux dans l'identification et procédures de prise en charge des problèmes de l'enfance
- Implication des associations/ONG à tous le processus des services de l'action sociale et singulièrement à la protection de l'enfance
- Création d'un fonds national de solidarité sociale, capable de financer les institutions actives dans la protection de l'enfance
- Mise en place de nouveaux mécanismes et institutions capables de satisfaire les besoins des différents groupes cibles de l'action sociale suivant leurs classifications et capacités d'insertion économique ;
- Création de centres d'accueil spécialisés pour les personnes sans soutiens et inaptes à l'insertion économique (les enfants abandonnés sans familles d'accueil, les personnes de 3eme âge sans soutiens...).

Source : *D'un état des lieux à une analyse institutionnelle* (présentation PPT préparée pour l'atelier de réflexion sur l'action sociale en Mauritanie, 2007

A la suite de ce travail, il y a eu l'élaboration d'un projet de politique nationale de la protection de l'enfant, dont les lignes principales et les synergies avec une politique de la protection sociale plus large seront discutées dans le *chapitre 8* sur la protection de l'enfant.

4.3 CONFIGURATIONS HISTORIQUE ET CADRE INSTITUTIONNEL COURANT

La responsabilité institutionnelle pour l'action sociale et la protection sociale a changé de cadre plusieurs fois au cours des années. La Direction chargée des affaires sociales/ de l'action sociale (la DAS), rattachée dans un premier moment au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), s'est focalisée surtout sur les questions liées à la prise en charge des coûts des soins sanitaires pour les indigents. Mais, elle a aussi été chargée d'autres actions sociales à travers ses services de la promotion sociale, de la protection de l'enfance et de la promotion des personnes handicapées (*voir encadré 8*).

Pour une courte période, à partir de 2007, c'est le Commissariat de la Protection Sociale et de la Sécurité Alimentaire (CPSSA) qui a eu le mandat de la protection sociale, et son champ d'action s'est élargi au-delà des urgences alimentaires proprement dites. Par la suite, en 2008, la Direction de l'Action Sociale et de Solidarité Nationale (DASSN) a été rattachée en 2008 au nouveau Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfant et de la Famille (MASEF), regroupant aussi des directions chargées de la promotion féminine, des handicapés, des enfants et de la famille.

Encadré 8. Rappel historique des configurations de l'action sociale en Mauritanie (1960 à 2000)

De **1960-1970** l'action sociale publique était très réduite. En effet la population est constituée majoritairement de nomades et le système de solidarité sociale est encore très fort.

De **1970 à 1980** la période a été marquée essentiellement par les années de sécheresse qui sont à l'origine de la destruction du cheptel, la dégradation de l'environnement et la détérioration des conditions de vie des populations. L'action sociale s'est limitée essentiellement à la distribution de vivres au profit des populations sinistrés. Le traitement de cette situation a été confié à une structure hors du service social.

De **1980 à1990** cette période est caractérisée par la restructuration des Affaires Sociales afin qu'elles puissent améliorer leurs services et promouvoir leurs actions. L'action des Affaires Sociales a porté essentiellement sur l'aide d'urgence aux handicapés et aux personnes nécessiteuses, l'ouverture de jardins d'enfants, la prise en charge des frais médicaux des indigents, la prise en charge des enfants sans familles, la réadaptation des handicapés, l'appui aux coopératives féminine.

De **1998-2000** : L'expérience en matière d'action sociale durant ces deux décennies a permis de mettre en place un cadre institutionnel défini par le décret 09/98 du 10 janvier 98 qui précise les missions de la **Direction des Affaires Sociales :**

- Etudier les problèmes sociaux définis par le gouvernement.
- Elaborer la politique d'aide et de protection sociale
- Elaboration de la législation sociale et suivre son exécution.
- Veillez aux questions concernant l'enfance en danger.
- Prendre des mesures d'assistance en faveur des couches sociales défavorisées et des handicapés physiques et mentaux

2000 : Le décret 93/2000 stipule que les attributions de la **Direction de l'action sociale** (toujours au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales) sont :

- L'étude et le suivi de toutes les actions sociales
- L'étude des voies et moyens et moyens adaptés pour la protection de l'enfance déshéritée
- La promotion des couches les plus défavorisées
- La rééducation des personnes handicapées
- L'étude et la mise en œuvre de la politique sociale en collaboration avec le conseiller chargé des affaires sociales
- La participation à l'élaboration de la législation sociale

Source : RIM, MSAS (n.d.) 'Politique de l'action sociale, sous-commission Action sociale et financement, Doc. Prélim.1

Tandis que ces changements traduisent un vrai souci de la part du gouvernement d'identifier la place juste d'une action sociale à partir d'une définition large de la protection sociale, il est aussi vrai que l'instabilité institutionnelle qui a caractérisé l'histoire récente du pays en général a constitué une entrave à l'élaboration d'une stratégie d'action et à sa mise en œuvre. L'érection d'un ministère séparé pour s'occuper des affaires sociales - autre fois éparpillées parmi plusieurs structures - témoigne certainement de l'importance prêtée à ce sujet par le gouvernement. Cependant, reste toujours posé le défi de l'intersectorialité en ce qui concerne la mise en place d'une stratégie intégrée et multidimensionnelle de la protection sociale, faute d'une structure de coordination à un niveau plus haut (*voir chapitre 14 sur les structures potentielles de coordination*).

Selon une note de présentation de La Direction de l'Action Sociale et de Solidarité Nationale,[14] la DASSN a pour mission de promouvoir le bien-être des populations et de développer la solidarité nationale. A ce titre, elle est chargée de :

- concevoir et mettre en œuvre la politique nationale d'action sociale ;
- élaborer et exécuter les stratégies de lutte contre la pauvreté ;
- réaliser les études et les rapports pour promouvoir les domaines du développement social ;
- élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de protection des personnes âgées ;
- préparer et réactualiser les textes législatifs et réglementaires relatifs aux domaines de l'action sociale et de la solidarité nationale et veiller à leur harmonisation aux conventions internationales ;
- coordonner les programmes de développement social, de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et ce en collaboration avec l'ensemble des acteurs et des intervenants ;
- contribuer à la promotion des mécanismes d'accès aux soins des groupes démunis, en collaboration avec tous les secteurs concernés par la protection sociale (système d'assurance-maladie, mutuelles de santé,) ;
- exécuter des programmes spécifiques de réhabilitation et de réinsertion sociale des personnes âgées ;
- promouvoir la prévention sociale, l'action sociale et les mutuelles de solidarité en collaboration avec les ministères sectoriels et organes concernés ;
- organiser la mobilisation pour faire face à la pauvreté, à la précarité et à l'exclusion en prônant la culture de la solidarité, de la participation et du partenariat ;
- contribuer à la mise en place d'un système national d'information social.

La Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale comprend trois services :

- Le Service de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion, chargé de :
  - la contribution à la mise en place de nouveaux instruments, en vue d'atténuer la marginalisation et l'exclusion, et réduire la pauvreté
  - la promotion de toute action tendant à prendre en charge ou à améliorer les conditions des catégories vulnérables dans le but de consolider la cohésion sociale
  - l'identification et la mise en œuvre avec les institutions publiques de l'Etat et le mouvement associatif, des actions spécifiques pour la prise en charge des catégories sociales en difficulté ;
  - la conception et le financement de programmes de réinsertion sociale en faveur des groupes vulnérables.

- Le Service d'Assistance Sociale, chargé de :
  - L'assistance aux personnes en difficultés ;
  - L'assistance aux personnes âgées ;
  - L'assistance à la prise en charge des soins des indigents ;

[14] Dr Abdallah Ould El Vally, 'Note de présentation de la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale'

- La fourniture de l'aide sociale personnalisée ;
- La contribution à la formation et à l'encadrement des agents sociaux.

- Le Service de la Promotion de la Solidarité Nationale, des Stratégies et de la Législation, chargé de :
  - la promotion et le développement du cadre juridique en matière de protection sociale ;
  - l'élaboration et la mise en application d'une stratégie nationale de protection sociale ;
  - la promotion de la culture de solidarité par la mise en place de nouveaux instruments en vue d'atténuer la marginalisation et l'exclusion et réduire la pauvreté ;
  - l'initiation de la concertation avec les institutions publiques sur les actions de solidarité adaptées aux réalités nationales et locales ;
  - le soutien des actions de solidarité par le biais des comités de solidarité nationale et des cellules de proximité.

Parmi les contraintes soulevées par le Directeur de la DASSN,[15] il faut souligner les insuffisances de ressources financières, humaines, et matérielles, ainsi que l'absence de base de données sur les groupes vulnérables et l'absence de stratégie nationale de protection sociale.

La Direction prévoit des actions dans différents domaines de la protection sociale y compris :

- L'amélioration de la prise en charge des malades indigents évacués en leur facilitant l'accès complet aux soins.
- L'appui a la mise en place d'un système de prise en charge des soins des indigents au niveau des hôpitaux publics nationaux.
- Contribuer au recensement des indigents dans les grands centres urbains
- Promotion de la solidarité nationale à travers la création des caisses communautaires pour la prise en charge des soins des indigents dans les zones périphériques
- Promouvoir le système mutualiste dans le domaine de la santé
- Contribuer à la création d'une assurance –maladie universelle
- Promouvoir l'assistance sociale en faveur de groupes vulnérables et sinistrés
- Lancer une étude pour une stratégie nationale de protection sociale
- Elaboration d'une stratégie de protection des personnes âgées
- Mettre en place de données sur les groupes vulnérables[16]

En ce qui concerne l'axe visant la protection des groupes sociaux vulnérables et la promotion de la solidarité nationale, le plan d'action du MASEF pour 2010 prévoit des actions visant à : améliorer l'accès des pauvres aux soins essentiels; contribuer à la promotion et au développement de la solidarité nationale; et renforcer les capacités des ressources humaines. D'autres axes du département portent sur la protection et promotion des personnes handicapées; la promotion féminine et du genre; la sauvegarde de la famille; et la protection et développement de l'enfance tandis que des axes transversaux prévoient des activités dans l'IEC pour le changement de comportement et le renforcement des capacités institutionnelles du département.

4.4 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Force est de reconnaître que, depuis fort longtemps, une vision large de l'action sociale anime les efforts nationaux et contribue à la lutte contre la pauvreté, la réduction de la vulnérabilité économique et sociale et la protection des populations les plus démunies. La recherche d'une approche globale et intégrée se

[15] Dr Abdallah Ould El Vally, 'Note de présentation de la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale'
[16] Dr Abdallah Ould El Vally, 'Note de présentation de la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale'

manifeste à travers la mise en place de différentes configurations institutionnelles, l'élaboration de divers plans d'actions portant sur plusieurs domaines, l'organisation d'une multitude d'activités de réflexion nationale sur des différents éléments d'une telle approche, les tentatives de développer les cadres analytiques requises ; et la mise en œuvre de différents mécanismes pour l'opérationnalisation effective des actions prioritaires identifiées.

Mais, comme déjà constaté au sujet de la mise en place d'un véritable programme de protection sociale dans le sens large du terme, ces efforts ont rencontré de multiples contraints. Ces contraints sont liées à plusieurs facteurs : le manque de moyens (financiers, humains, matériels et logistiques), le manque de données compréhensives et opérationnelles concernant la situation de vulnérabilité et de pauvreté, susceptibles de permettre un ciblage approprié; l'absence de formes de partenariat claires et cohérentes ; et surtout, peut-être, le manque d'une structure institutionnelle capable de coordonner les efforts dans les différents domaines de la protection sociale – ce qui dépasse de loin le mandat d'un département unique.

Une stratégie nationale de protection sociale fondée sur une politique d'action et d'organisation institutionnelle claire dans ce domaine devrait permettre au gouvernement de trouver une solution à toutes ces contraints.

5. SECURITE SOCIALE

5.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

Toute société humaine dispose de systèmes et de pratiques plus ou moins formels, qui protègent ses propres membres contre les risques, définissent et règlent des actions d'entraide et d'assistance, promeuvent la famille, et canalisent la redistribution des biens et/ou des bénéfices de la société et de son développement. Dans la plupart des pays africains, les systèmes formels de sécurité sociale, souvent érigés selon les modèles adoptés dans les pays industrialisés, assurent une protection certaine aux membres inscrits. Cependant, seul une minorité infime de la population – constituée normalement de fonctionnaires et salariés du secteur formel de l'économie - peuvent en bénéficier, laissant de côté la grande majorité de la population œuvrant dans l'agriculture/élevage et dans les secteurs informels en milieu urbain.

A coté de ces systèmes formels de sécurité sociale, il y a des systèmes qui, basés sur les valeurs coutumières des groupes et/ou sur les principes religieux, visent à assurer la solidarité dans le groupe et à protéger les membres les plus faibles. Cependant, face aux transformations sociales et économiques actuelles, y compris celles qui semblent être inexorablement liées à l'urbanisation, beaucoup de ces systèmes et pratiques commencent à perdre leur force et/ou à s'effriter en faveur des valeurs plus individualistes.

Dès lors, pour un pays comme la Mauritanie, le défi consisterait à repérer les stratégies les plus appropriées permettant d'étendre à toutes les couches de la population cette protection qui est actuellement offerte par les systèmes formels de sécurité sociale et de promouvoir des valeurs et de pratiques traditionnelles de solidarité collective, tout en les adaptant aux nouveaux besoins de la société.

5.2 LE SYSTEME FORMEL DE SECURITE SOCIALE EN MAURITANIE

La Mauritanie est parmi les états qui on souscrit à la Convention de l'OIT n°102 de 1952 relative à la Sécurité Sociale. Le pays dispose de trois régimes de sécurité sociale :[17] (1) celui qui est géré par la **Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)** en faveur des travailleurs salariés du Code du Travail et du Code

[17] RIM (2009) *Rapport initial sur la mise en œuvre du Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels* (E/C.12/MRT/1, 20 aout)

de la Marine Marchande; (ii) celui qui géré par la **Caisse des Retraites de l'Etat** en faveur des fonctionnaires et, enfin, (iii) celui de l'assurance maladie qui est géré par la **Caisse Nationale d'Assurance Maladies (CNAM)** et qui bénéficie les fonctionnaires, les militaires et les parlementaires. Ce dernier a été créé par l'ordonnance N° 2005-006 portant institution d'un régime d'assurance maladie et a été récemment étendu à tous les établissements publics.[18] Il y a également l'**Office National de la Médicine du Travail (ONMT),** régi par la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant code du travail en son article 255, chargé de promouvoir et maintenir le bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs.

Le régime des travailleurs salariés

Ce régime a été établi en Mauritanie par la loi 67-039 du 3 février 1967. Il est géré par la CNSS, établissement public à caractère industriel et commercial[19] sous la tutelle technique du Ministère de la Fonction publique et du travail et la tutelle financière du Ministère de l'Economie et des Finances. D'après les principes de la solidarité du groupe, le financement de ce régime est basé principalement sur les cotisations des employeurs et des travailleurs salariés (*voir tableau 5*).

Selon les données les plus récentes concernant le taux de cotisations, 13% des cotisations est à la charge de l'employeur et 1% à la charge du travailleur. Le plafond actuel est de 70.000 UM et le plancher minimum des cotisations est, selon le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) en vigueur, de 21.000 UM. [20] L'affiliation au régime de sécurité sociale est obligatoire pour les travailleurs régis par le Code du Travail et le Code de la Marine Marchande et les salariés de l'Etat ne disposant pas d'un régime particulier de sécurité sociale (auxiliaires).[21]

Tableau 5. Financement du régime des travailleurs salariés

Branche	Part patronale	Part salariale
Médecine du travail	2 %	-
Vieillesse - Invalidité - Décès (survivants)	2%	1%
Accidents du travail Maladies professionnelles	3 % (2,5 % si l'employeur assure le service des soins et des prestations en espèces d'incapacité temporaire)	-
Prestations familiales dont prestations en espèces de maternité	8 %	-

Source: RIM (2009) *Rapport initial sur la mise en œuvre du Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels*

Le régime mauritanien couvre contre les risques de la vieillesse, l'invalidité, le décès (survivants), les accidents du travail, les maladies professionnelles et les prestations familiales. L'employeur est tenu, dans le cadre du droit du travail, d'assurer le service des soins de santé à ses salariés et aux membres de leurs familles. L'employeur assume également le paiement des indemnités journalières en cas de maladie. Par

[18] Le système de l'assurance maladie géré par la CNAM sera présenté dans le *chapitre 6* sur la santé
[19] CNSS (2008) Présentation Powerpoint
[20] CNSS (2008) Présentation Powerpoint
[21] CNSS (2008) Présentation Powerpoint

contre, les indemnités journalières de maternité sont servies dans le cadre des prestations familiales. Enfin, ce régime ne couvre pas contre le risque de chômage.[22]

Tableau 6. CNSS : Paiements effectués (en millions)

Branches/Années	2004	2005	2006	2007	31/05/08
Pensions	667	710	766	675	466
Rentes	132	126	126	183	46
Prestations familiales	324	310	305	303	138
Total	1123	1146	1194	1361	650

Source : Présentation Powerpoint 2008

Le système comprend des prestations suivantes :[23]

- ***Prestations familiales*** : Les travailleurs ou les ayants droit bénéficient des prestations familiales pour les mois pendant lesquels ils ont accompli un minimum fixe de travail et perçu un salaire égal au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC). Les prestations familiales comprennent les allocations prénatales, la prime à la naissance, les allocations familiales ainsi que l'indemnité journalière de maternité. Chacune de ces prestations correspond à des situations spécifiques et ne sont délivrées que sous certaines conditions.

- ***Risques professionnels***: Il s'agit des accidents et des maladies survenus à l'occasion du travail. Ces prestations comprennent des soins médicaux, une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire, une rente en cas d'une incapacité permanente ainsi qu'une allocation de frais funéraires en cas de décès. Toutes ces prestations doivent répondre à des critères spécifiques fixés par la législation.

- ***Pensions :*** Il s'agit essentiellement de revenus de remplacement, qui comprennent la pension de vieillesse, la pension d'invalidité, l'allocation de vieillesse, et, en cas de décès, des droits réversibles à la famille.

- ***Un fonds d'action sanitaire et sociale (FASS)*** : Outre les branches techniques du CNSS, un fonds d'action sanitaire et sociale (FASS) est alimenté par les majorations de retard et par les prélèvements effectués sur les autres recettes de la CNSS. Ce fonds est destiné aux actions de prévention générale et de prévention des accidents du travail, à la création de centres d'action sanitaire et sociale, et à l'aide financière aux institutions dont l'activité présente un intérêt pour les assurés. Selon la revue des actions en 2004, le FASS met l'accent tout particulièrement sur deux volets : la santé de la mère et de l'enfant et l'enseignement préscolaire (3 centres de protection maternelle et infantile/PMI); un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle/CREN); et un jardin d'enfants pour 145 enfants à Nouakchott uniquement).[24]

Encadré 9. Quelques données sur le régime CNSS (2008)

Évolution du nombre d'employeurs actifs:
- ✓ De 1.343 en 2004 a 2.824 en 2008

Effectif des bénéficiaires et affiliés au régime de sécurité sociale :
- ✓ Assurés sociaux affiliés: 161.130

[22] RIM (2009) *Rapport initial sur la mise en œuvre du Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels* (E/C.12/MRT/1, 20 aout)
[23] CNSS (2008) Présentation Powerpoint
[24] « Note sur la protection sanitaire et sociale assurée dans le cadre du FASS» (MSAS, 2004, Atelier de réflexion sur la protection sociale)

- ✓ Assurés actifs: 45.000
- ✓ Pensionnés : 13.242
- ✓ Rentiers : 3.022
- ✓ Allocataires: 25.000 avec près de 110.000 enfants à charge

Actions réalisés :

- ✓ Renforcement du recouvrement : systématisation des contrôles et des campagnes d'immatriculation
- ✓ Réhabilitation du siège et de certaines agences régionales;
- ✓ Extension du réseau des agences : ouverture de l'agence d'Atar (novembre 2006);
- ✓ Début de modernisation de l'institution: équipement des services et initiation en informatique
- ✓ Amélioration de la qualité des services rendus aux assurés sociaux (construction et équipement de deux salles d'accueil à proximité des caisses, construction d'une mosquée, campagnes de dépistage de certaines pathologies)
- ✓ Amélioration des conditions de travail et de vie des employés de la CNSS:(augmentation des salaires, régularisation des avancements au choix, des minima catégoriels…)
- ✓ Renforcement des relations avec le BIT et l'AISS
- ✓ Revalorisation de la pension minimale de 14 145 UM à 37 800 UM suite à l'augmentation du SMIG

Source : Présentation PowerPoint 2008

Le régime des fonctionnaires

Ce régime est qualifié de 'régime d'employeur' avec des prestations en faveur des agents titulaires de la fonction publique mauritanienne. Le système comprend les prestations suivantes :

- ***Allocations familiales*** : à hauteur de 500 UM par enfant et par mois.
- ***Pensions*** : pour invalidité professionnelle et non professionnelle.
- ***Prise en charge partielle des frais médicaux*** dans le cadre de soins dispensés par les formations sanitaires publiques (évacuations sanitaires).
- ***Des revenus de remplacement*** servis par la Caisse des Pensions, dont la forme juridique est un compte spécial du Trésor et non pas un établissement public autonome

La protection sociale des travailleurs migrants[25]

En Mauritanie, l'arsenal juridique en matière de protection des migrants est hétéroclite du fait de la multiplicité des acteurs intervenants dans la gestion de la migration et de l'absence d'une politique claire dans ce domaine. Toutefois, il a l'avantage de garantir une protection convenable des migrants en termes d'égalité de traitement et d'accès égalitaire aux services de la sécurité sociale. Les droits des travailleurs étrangers au cours de leur séjour en Mauritanie sont garantis et protégés par la loi, néanmoins les transferts ou réciprocité entre les institutions de sécurité sociale sont commandés par des conventions bilatérales entre les Etats.

L'arsenal juridique comporte encore des insuffisances notamment en matière de complémentarité et cohérence pour concilier l'impératif sécuritaire avec la protection optimale des migrants. Pour cela, les mesures complémentaires suivantes doivent être prises, à savoir : (i) la ratification des instruments juridiques internationaux du BIT (C.43, 97 et 150) et leur mise en œuvre ; (ii) la mise en place d'un dispositif institutionnel de pilotage de la problématique migration et le complément de l'arsenal juridique. Dans ce domaine, l'absence de cadre de coopération entre les institutions de sécurité sociale en Mauritanie et certains pays de destination des migrants mauritaniens constitue un handicap d'accès des travailleurs migrants mauritaniens à la sécurité sociale et aux droits de retraite. Le cas le plus récent fut celui avec l'Espagne et d'autre pays de destinations

[25] Fah, M. Ould Brahim Ould Jiddou (2009) 'Migrations et développement en Mauritanie' OIM (nov)

La médecine du travail

L'Office national de la médecine du travail (ONMT) est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé du travail. Il a été créé par la loi 2004/017 du 6 juillet 2004 portant code du travail en son article 255.

Il a pour mission de :

- promouvoir et maintenir le bien être physique, mental et social de tous les travailleurs ;
- gérer les services médicaux d'entreprise dans les locaux et avec l'équipement dont ils disposent dans les entreprises comptant plus de 750 travailleurs à titre permanent ;
- créer et faire fonctionner les services médicaux interentreprises pour les entreprises comptant moins 750 travailleurs à titre permanent ;
- veiller à l'exécution des contrats conclus avec l'Etat dans les localités où les conditions ne permettent pas l'établissement de services médicaux d'entreprises ou interentreprises.
- Prévenir tous dommages susceptibles d'être causés à la santé du travailleur par les conditions de travail ;
- Protéger les travailleurs dans leur emploi contre les effets résultants de la présence d'agents préjudiciables à la santé des travailleurs. Ainsi que d'autres missions qui lui sont imposées par l'article 257 du code du travail.

Le personnel de l'ONMT comprend quatre médecins dont le directeur général et son adjoint, deux techniciens supérieurs, six infirmiers d'Etat et cinq infirmiers brevetés ainsi que du personnel administratif. Il n'y a pas de médecin inspecteur du travail. Depuis la création en 1976 d'un service de la médicine du travail, sa mission, qui est à l'origine une médecine préventive, s'est tournée plutôt vers une médicine curative, fonctionnant ainsi comme une sorte d'assurance maladie, mais avec peu de moyens et une couverture très limitée. L'une des sources de financement de l'Office est une cotisation fixée à 2% des salaires des travailleurs, à la charge des employeurs. Cette cotisation était déjà insuffisante au démarrage de la médecine du travail. [26]

Depuis 2007, les fonctionnaires sont aussi couverts par un système d'assurance maladie géré par la caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) *(voir les détails dans le chapitre 6 sur la santé).*

5.3 ANALYSE, RECOMMANDATIONS ET ACTIONS A ENTREPRENDRE

Le Bureau International du Travail (BIT) a réalisé des études diagnostiques qui ont proposé les grandes orientations de la politique nationale de sécurité sociale ainsi que les axes de modernisation de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Dans ce cadre, une étude actuarielle de la CNSS en 2002 a dégagé quelques recommandations, dont les principales en cours de mise en application portent sur les aspects suivantes:

- Les mesures de rétablissement de l'équilibre financier
- Le programme de réhabilitation de la structure de gestion
- Le programme de renforcement des capacités des ressources humaines
- Le plan de communication et de mise en place des services de proximité
- L'amélioration de l'environnement juridique

L'objectif recherché à terme est l'établissement d'un système de sécurité sociale performant et d'une politique nationale de protection sociale pour tous.[27] Suite à une analyse du système en 2003, au moment

[26] RIM, MEIFP (2008) *Stratégie nationale de l'emploi et plan d'action* (2008-2012)

[27] Politiques nationales de protection sociale et réhabilitation/modernisation des organismes de Sécurité Sociale : Mauritanie http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/dakar/areas/protection.htm et BIT (2002) *Evaluation actuarielle du régime géré par la CNSS au décembre 2000*

des réflexions nationales sur la protection sociale et la santé en Mauritanie, le BIT a proposé des reformes au régime, en insistant sur trois conditions de base:[28]

- ***Faire de l'emploi générateur de revenus la condition de l'amélioration de la couverture*** : ce qui nécessite une politique nationale de l'emploi par le plein développement de l'économie mauritanienne, favorisant les micro-entreprises (créatrices d'emploi) et la formation. L'objectif final serait que tous puissent avoir un travail qui procure un revenu minimum pour les prémunir contre les risques sociaux, ce qui par ailleurs n'exclut en rien la possibilité de mettre également en place des techniques d'assistance en faveur des plus démunis. Cela implique, de manière impérative, une coordination entre la politique nationale de l'emploi et la politique de sécurité/protection sociale.

- ***Définir une stratégie de développement du système communautaire de protection sociale et l'intégrer dans un programme national de sécurité sociale,*** pour couvrir les non-salariés qui – à l'heure actuelle - ne disposent d'aucune protection. Ici se pose la question de la création d'un régime spécifique pour les travailleurs non salariés du secteur moderne et de chercher les formules appropriées pour le secteur non-structuré – rural ou urbain – en s'appuyant sur les communautés de base, sous la forme de coopératives, mutuelles, associations.

- ***S'en tenir à des principes de gestion simples mais efficaces***, à savoir la gestion par les intéressés (qui s'applique déjà au régime des travailleurs salariés de la CNSS); l'autofinancement des régimes; l'obligation d'assurance; le rôle de l'état en tant que garant et régulateur; et le renforcement des capacités de dialogue des intéressés.

La conclusion de l'analyse du BIT était que la Mauritanie devrait mettre au point, à travers un dialogue social, un système national de sécurité sociale qui réponde aux besoins de toute la population et, en particulier, des groupes actuellement exclus. Ce système devrait tenir compte des tendances lourdes de la société mauritanienne (vieillissement de la population; recul de la salarisation; tradition de solidarité inscrite dans l'histoire, la culture et même la religion); et les grandes orientations publiques, surtout axées sur la lutte contre la pauvreté. Dès lors, un système de couverture à trois étages a été proposé:

- ***Le premier niveau*** s'adresserait aux personnes qui vivent de l'agriculture et du secteur informel, et qui représentent presque 95% de la population mauritanienne totale: il s'agirait de personnes qui disposent d'une capacité de financement (en vertu de leur intégration à des organisations communautaires, coopératives, mutuelles, associations) ou de personnes qui n'ont aucun pouvoir contributif mais qui pourraient l'acquérir sous certaines conditions (à travers une aide). ***« La politique relative à l'extension de la couverture sociale en Mauritanie doit s'intéresser, en priorité, à ce premier niveau de protection sociale et consacrer tous ses efforts aux deux groupes qui le composent. »***

- ***Le deuxième niveau*** est propre au secteur moderne. Si, d'une part, le secteur public et les salariés du secteur privé disposent déjà d'une couverture assez bien adaptée (à condition qu'elle soit davantage ajustée) les non-salariés employeurs de main d'œuvre ainsi que les travailleurs indépendants, d'autre part, ne bénéficient d'aucune protection malgré le fait que leurs capacités de financement soient grandes. « *L'ensemble de ces groupes cibles, qui ne représente finalement que 5 a 6% de la population du pays, à j'jusqu'a ce jour mobilisé toutes les énergies. Il est temps aujourd'hui de se tourner en priorité vers les 95% restant de la population*. »

[28] BIT (2003) *Rapport au gouvernement de la République Islamique de Mauritanie sur l'instauration d'une politique nationale de protections sociale*

- ***Le troisième niveau*** repose sur une démarche individuelle et volontaire – soit, privée – et représente un complément de protection sociale qui serait à la portée d'une infirme minorité de la société.

Il a été suggéré que l'ensemble de dispositif soit coiffé par un haut comité de la protection sociale (ou sécurité sociale) dont la fonction serait d'harmoniser et de réglementer ces trois niveaux, dans un esprit consultatif et d'élaborer un budget social pour le pays – c'est-à-dire des comptes sociaux capables de renseigner à tout moment sur l'état financier de la protection sociale et sur les transferts issus de la redistribution).

Enfin, l'analyse a identifié un dernier niveau concernant des 'indigents' :

- ***La question des indigents*** concerne cette portion de la population totalement démunie qui - même aidée - ne pourrait jamais acquérir une capacité de financement pour s'acheter une couverture sociale, si minime soit-elle. Ces groupes marginaux sont constitués principalement par les handicapés, les travailleurs âgés, les adolescents de la rue ou dans la rue. Ils forment une cohorte de 'sans espoir économique' et doivent, de ce fait, être pris en charge par la puissance publique dans le cadre d'une logique d'assistance financée par le budget de l'Etat.

Tableau 7. Récapitulatif des niveaux de sécurité sociale recommandés par le BIT

Niveau	Conception	Régime	Responsabilité	Force
3	Assurance privée	Personnel	Individuelle	Facultatif
2	Assurance sociale	Professionnel	Solidarité	Obligatoire
1	Micro assurance	Communautaire	Solidarité	Obligatoire
		Aide aux démunis	Individuelle	Facultative
0	Assistance	Universel	Nationale	Obligatoire

Source : BIT (2003) *Rapport au gouvernement*

En ce qui concerne l'élargissement de la couverture sociale aux couches vulnérables de la population (niveau 1), le BIT a identifié la stratégie du recours aux micro-assurances : soit (i) par un programme spécifique centralisé (exemple, programme STEP du BIT dont la stratégie repose sur l'utilisation des micro-entreprises capables de créer des activités génératrices de revenus pour favoriser protection de la santé en aidant les membres des communautés a supporter des frais médicaux a travers les mutuelles de santé), soit (ii) par la mise en place d'actions diversifiées. *(Voir le chapitre 6 sur la santé pour une analyse de ce qui existe dans ce domaine ainsi que dans le domaine des mutuelles de la santé).*

Selon les perspectives et plan d'actions 2008/2010 du CNSS, les actions suivants sont programmées:[29]

- Réalisation d'une étude actuarielle avec l'appui du BIT et de la Délégation chargée de l'Investissement Privé
- Mise en œuvre des recommandations de la dernière étude actuarielle (Relèvement du taux des cotisations à 17% en 2009 et 20% en 2012
- Élaboration d'une étude sur l'extension du régime de sécurité sociale à d'autres formes d'assurance: maladie, retraite complémentaire etc.
- Définition d'une politique d'investissement fiable
- Informatisation globale de la CNSS (Requête de financement déjà transmise à la Délégation chargée de l'Investissement privé)
- Renforcement de l'action de recouvrement (campagnes nationales d'immatriculation)
- Octroi à la CNSS des mêmes privilèges que le Trésor Public en matière de recouvrement et de contentieux

[29] CNSS (2008) Présentation Powerpoint

- Révision du cadre juridique pour l'adapter au nouveau contexte socio-économique
- Poursuite de la décentralisation (ouverture de nouvelles agences régionales
- Formation des ressources humaines

L'un des problèmes principaux qui se pose c'est que, dès les années 90, le régime de sécurité sociale a commencé à connaître des difficultés, avec une plus grande pression des dépenses, notamment celles des pensions, et un tassement des recettes de cotisations dont les mécanismes de prélèvement n'ont pas varié depuis 1974. Il s'en est suivi une détérioration progressive des résultats de gestion et une diminution des réserves de sécurité qui, tout en restant positives, n'étaient plus à même de se maintenir à leur niveau légal. Depuis 1994, la branche des pensions est en déficit.

Une étude actuarielle menée en 2000 avec la collaboration technique du BIT, a fait état d'un 'déséquilibre grandissant avec la maturité du régime'. Depuis lors, la CNSS a réalisé un certain nombre des mesures préconisées, notamment en réduisant sensiblement ses dépenses administratives, en menant des campagnes d'affiliation et en mettant en place une commission pour la révision de ses textes[30].

5.4 SYSTEMES TRADITIONNELS, INFORMELS ET ISLAMIQUES

Comme dans la plupart des pays africains, il y a une multiplicité de formes de solidarité locales et traditionnelles en Mauritanie, basées soit sur les liens de parenté, soit sur les valeurs religieuses. Certains de ces systèmes traditionnels d'entraide et de solidarité communautaire tendent à s'effriter sous la force des bouleversements sociaux provoqués par des crises environnementales et économiques récentes, conduisant à des formes de sédentarisation et d'urbanisation favorisant l'individualisme aux dépens de la solidarité de groupe. Mais d'autres formes de solidarité traditionnelle peuvent aussi permettre la construction de nouvelles formes de sécurité sociale – ce qui est d'autant plus nécessaire dans un contexte qui voit la disparition des anciennes formes d'interdépendances fondées sur les relations inégales de pouvoir entre groupes dominants et subalternes et l'émergence d'une société plus démocratique et de nouveaux liens entre individus et groupes.

Dans les deux cas, la famille, quelle que soit sa structure, reste l'institution de protection sociale de base, responsable, en premier lieu, de sauvegarder et de promouvoir le bien-être de tous ses membres. Toute politique de protection sociale doit prendre en compte ses forces et ses faiblesses et prévoir des mesures appropriées pour renforcer la résilience des ménages ainsi que leurs capacités de faire face aux risques de toutes sortes.

Solidarités traditionnelles

Une étude sur la solidarité sociale et la lutte contre la pauvreté en Mauritanie a identifié plusieurs formes de solidarité traditionnelle à caractère altruiste au sein de différents groupes ethniques.[31]

- Dans la société ***maure,*** il s'agit des *lawhas* et la *touiza*. Les *lawhas* sont des sortes de cotisation monétaire à parts égales que font les membres d'un groupe d'une tribu ou d'un clan, traditionnellement à l'occasion de certaines circonstances catastrophiques comme les *diyas* (compensation monétaire déterminée en faveur du tuteur d'une personne tuée), mais aussi, et de plus en plus, à l'occasion d'autres événements sociaux – les mariages, par exemple. La *touiza* est une forme de travail collectif qu'effectuent les membres d'un groupe, d'une classe d'âge ou d'un clan pour répondre à un impératif de production dont pourrait bénéficié un ou plusieurs individus. Par exemple

[30] RIM, MEIFP (2008) *Stratégie nationale de l'emploi et plan d'action (2008-2012)*

[31] Hamzetta, Bilal O. (n.d.) *Solidarité sociale et lutte contre la pauvreté en Mauritanie' Groupe de recherche sur la pauvreté et le développement en Mauritanie* (GREPADEM)

en période d'hivernage ou en période des cultures, les membres d'une classe d'âge peuvent s'adonner à un travail de défrichage collectif de tous les champs des membres du groupe et ceci à tour de rôle (le même mécanisme pourrait aussi s'appliquer a la réparation des cases endommagées). La pratique de la *touiza* se fonde culturellement sur l'esprit associatif et d'entraide africaine. Dans ses formes modernes, la *touiza* se pratique sous forme de participation à la réalisation de petits projets collectifs (digues, barrages, écoles, etc.). Certaines ONG explorent les terrains de la *touiza* pour élaborer des petits programmes de développement en s'associant avec des groupes sociaux pour réaliser des dispensaires, des mosquées, des habitations (*voir encadré 10 pour un exemple d'un projet fonde sur la pratique de touiza.)*

Encadré 10. Du programme *Twize* au *Beit-el-mal* : l'accès à l'habitat basé sur la solidarité traditionnelle

Le programme national '*Twize*' a été mise en place en juillet 2003 par le Commissariat des droits de l'homme, de la lutte contre la pauvreté et de l'insertion (CDHLCPI), faisant partie d'une convention tripartite entre le Ministère des affaires économiques et du développement, le CDHLCPI (remplacé, à partir de 2007, par les ministères responsables pour l'urbanisme et de l'habitat), et le Groupe de recherche et d'échanges technologiques (GRET), sous financement de l'Association international de développement. L'objectif du programme est de contribuer à la lutte contre la pauvreté en milieu urbain par la facilitation de l'accès au logement et l'aménagement des quartiers précaires de Nouakchott (7 quartiers) et Nouadhibou (4 quartiers).

Le programme, qui a évolué depuis ses débuts, octroie des crédits à l'habitat à titre individuel et solidaire (aux groupements '*Twize*' de 5 à 10 personnes qui se portent caution mutuellement) pour la construction de modules, pièces ou latrines. En 2007, le cout total du module était estimé à 400,000 MRO (subvention de l'Etat a 60% plus apport personnel). D'autres composantes du programme visent l'octroi du microcrédit classique pour le financement d'activités économiques génératrices de revenus; les crédits individuels économiques pour financement de très petites entreprises ; et le crédit à l'habitat non subventionné par l'Etat.

Entre 2004 et 2008, selon la présentation du Beit-el-Mal (nouvel dénommé du programme), le volume des prêts se monte à environ 1,87 milliards MRO ; l'encours de crédit s'élevait à plus de 430 millions MRO pour 20,200 bénéficiaires actifs, dont 70% des femmes. Il est clair que les populations des quartiers défavorisés telles que celles touchées par '*Twize'* et '*Beit el Mal'* bénéficient vraiment de ce genre de soutien a l'habit social.

Source : GRET et BEM Micro finance (2009)

- Chez les ***Halpoulaar*** il s'agit plutôt du système de *tontines* et du *piyé*. Les *tontines* constituent une forme de solidarité sociale entre les membres d'un même groupe, d'un clan, d'une classe d'âge, d'une catégorie professionnelle ou même entre voisins qui jouissent d'une confiance mutuelle. Le système de *tontine* consiste à ramasser la cotisation monétaire de chaque membre, pour une période donnée (une semaine, un mois et plus) et à remettre cette somme à l'un des membres, à tour de rôle. Dans sa forme moderne, la *tontine* est plutôt un phénomène urbain occasionné par des besoins liés aux circonstances de la vie en ville. C'est pourquoi on assiste aujourd'hui à une modernisation des tontines qui impliquent de plus en plus d'hommes alors qu'elles étaient à leur début une forme d'entraide exclusivement féminine.

  D'autre part, le *piyé* est une forme de solidarité sociale qui fonctionne comme une source de financement collective, destinée à aider un ou plusieurs membres du clan ou de la classe d'âge à l'occasion des cérémonies de mariage ou de baptême. Le principe directeur du *piyé*, malgré ses multiples formes, reste cependant unifié : chaque membre du groupe cotise et l'argent réuni est distribué de manière ostentatoire aux laudateurs-courtisans (griots, esclaves, forgerons), tandis que le reste est remis à l'organisateur de la cérémonie. Le *piye* sert à maintenir et à renforcer les liens sociaux.

Principes de l'Islam

Du point de vue moral et religieux selon les principes islamiques, le Coran et les hadiths prophétiques ne cessent d'inciter les musulmans à venir en aide les uns aux autres. A ce sujet un hadith dit : « *Dieu vient en aide au fidèle tant que celui-ci vient en aide à son frère fidèl*e » (AL NAWAWI). [32] En fait, la protection sociale est au cœur de l'Islam, le principe de *zakat* (ou aumône) étant l'un de ses cinq piliers. [33]

Une étude sur les notions de l'indigence et des systèmes de solidarité traditionnelle pour la prise en charge des indigents dans les *wilaya* des deux Hodhs a identifié plusieurs formes de support et de mécanismes de pérennisation de l'action sociale dans une société où les droits des tiers nécessiteux sont inaliénables.[34] Surtout dans le monde rural, et parmi les groupes les plus vulnérables, l'incidence des réseaux traditionnels de solidarité fait que 2/3 de la population trouvent satisfaction en s'adressant aux mécanismes sociaux d'entraide dont 37 % trouvent des solutions dans la famille tribale et seulement 4,6 % s'adressent à l'état. (cf. profil de pauvreté 2001). Parmi les formes de solidarité identifie dans les deux Hodhs, les suivantes démontrent une vraie richesse et diversité **:**

- ***Zakat*** : La Zakat est l'un des cinq piliers de l'islam et consiste en un prélèvement proportionné selon la fortune en faveur des pauvres. La fortune est comprise dans le sens des biens matériels (graines, animaux) et liquides (or et argent ou équivalent).
- ***Sadaghe*** (Charité) : Elle consiste à donner quelque chose d'utile au pauvre pour l'aider à survivre. Elle n'a pas de limite quantitative ou qualitative et dépend des moyens du donateur. La charité n'est donnée qu'au nom d'Allah et non pour des visées personnelles d'ici-bas.
- ***El Hiba*** : C'est le don destiné au pauvre mais qui comporte une considération spéciale à ce dernier tant de parenté ou de responsabilité sociale prioritaire fondée par les liens sociaux de la *Assabe*.
- ***El Waghef ou Hebess*** : C'est le don en usufruit (d'une maison, par exemple). Pour préserver la durabilité du résultat, le pauvre ne peut pas le vendre ni l'échanger et le propriétaire ne peut pas non plus le retirer jusqu'à sa mort.
- ***El Oumra*** : C'est le don dont profite le pauvre pendant toute sa vie, mais qui est puis remis au propriétaire légitime ou ses ayants droit après sa mort.
- ***El Ifghar*** : C'est la mise à disposition du pauvre d'un animal pour l'utiliser comme monture. En milieu rural la monture permet de faire la *Deyara*, la caravane d'*Amersal* et autres services rémunérés, qui sont donc des sources de revenus pour les pauvres.
- ***El Iskane*** : C'est la mise à disposition d'un pauvre d'un habitat durant toute sa vie et qui revient après sa mort au propriétaire vivant ou à ses ayants droits.
- ***El Minha*** : C'est le don à un pauvre d'une vache, chèvre, chamelle ou brebis uniquement pour l'utilisation du lait durant la période de lactation.
- ***El Erya*** : C'est le don de la production dattière durant la période de *guetna*
- ***El Arya*** : C'est le prêt de toute chose à celui qui en a besoin jusqu'à disparition du besoin.
- ***El Assabe*** : Le terme 'assabe' signifie 'lien de solidarité' entre les cousins patrilinéaires les plus proches. Elle est responsable pour la compensation de meurtre et le *figh* islamique.
- ***Eloha***: Traditionnellement, différentes groupes sociaux collectent des moyens matériels et financiers pour les personnes ou les familles éprouvées par un problème de solvabilité ou d'acquisition de

[32] Hamzetta, Bilal O. (n.d.) *Solidarité sociale et lutte contre la pauvreté en Mauritanie' Groupe de recherche sur la pauvreté et le développement en Mauritanie* (GREPADEM)

[33] Hademine ould Saleck, Président du Réseau des Imams Défenseurs des Enfants et des Femmes, Nouakchott : Commentaires lors de l'atelier de validation de l'étude sur la protection sociale en Mauritanie, mars 2010

[34] République Islamique de la Mauritanie, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Direction des Affaires Sociales/Coopération Technique Allemande (2002) *Formulation d'une proposition de prise en charge des soins des indigents dans le contexte Islamique des deux Hodhs* (Dr. Dah Ould Khtour)

produits. L'indigent est, quant à lui, exempté de la *Eloha* dans les mécanismes traditionnels de solidarité.[35]

- ***Hagh El Jarre*** : C'est le droit de bénéficier de l'aide d'un voisin dans des circonstances particulièrement difficiles (ce droit étant prévu par la jurisprudence et la coutume)
- ***Twize*** : Comme vu précédemment, par ce système un individu peut profiter du travail des autres pour résoudre dans les délais limites un problème demandant l'investissement du facteur physique humain et animal.
- ***Zend* :** C'est une variation linguistique de l'appellation de la *Twize* par certaines strates et certaines localités surtout agricoles.

L'analyse de ces types de solidarités faite par l'étude permet de faire un certain nombre d'observations par rapport à leur application à la situation des pauvres et des indigents. A titre indicatif, la *Zakat* n'est plus observée avec la rigueur traditionnellement exigée par le droit islamique. Dans les autres pays islamiques il existe une institution formelle de collecte et de répartition de la *Zakat* aux pauvres et indigents alors qu'en Mauritanie, la *Zakat* relève de la liberté des individus. Selon le chef de l'association des *uléma* à Nouakchott, il serait utile de réfléchir sur la systématisation de la *Zakat* comme forme puissante de redistribution ancrée dans les valeurs et les préceptes islamiques. [36] L'utilisation de la *Zakat* comme outil de lutte contre la pauvreté est, d'ailleurs, identifiée comme l'une des 'questions ouvertes' dans le *Plan cadre de lutte contre la pauvreté* (2006-2010).[37] Actuellement, la Direction des *Awqaf* intervient dans l'assistance sociale à travers la distribution de rations alimentaires en faveur des familles démunies et en milieu carcéral pendant le mois du Ramadan[38].

La force des migrants

D'autres formes de solidarité proviennent du phénomène moderne de l'émigration de plus en plus importante des mauritaniens à l'extérieur du pays, à la recherche d'opportunités économiques**.** Les informations relatives aux transferts de fonds effectués par les diasporas mauritaniennes sont difficiles à appréhender à cause de la dominance de l'informalité des procédures de transferts. Selon une étude récente,[39] nombreux transferts passent par des circuits financiers rapides comme le Western Union et le Money Gram; d'autres utilisent des correspondants locaux au niveau des pays de résidence et des intermédiaires en Mauritanie (ceux-ci versent les sommes de la contre valeur du montant déposé par le migrant).

Les transferts servent souvent à couvrir les dépenses immédiates du ménage (scolarité, soins, électricité, achat de biens, et dépenses de fête) ainsi que l'achat de l'immobilier ou la construction de bâtiments à usage commercial ou résidentiel. L'impact de la migration sur l'amélioration des conditions de vie des familles dont un membre est migrant est visible sur le type de l'habitat (béton armé) et le branchement aux réseaux d'électrique et d'adduction d'eau potable ainsi que la scolarisation des enfants dans des écoles privées.

A titre d'exemple : les migrants Sarakolé dans la région du Guidimakha installés en France sont organisés en communauté et pratiquent une migration circulaire avec un retour au pays. Ils favorisent le transfert de

[35] à noter que traditionnellement les pauvres et les indigents sont exemptés de toute contribution à la plupart des mécanismes de solidarité, compte tenu de sa situation

[36] Entretien avec M. Hamdan Ould Tah, Président de l'Association des Uléma, Nouakchott, novembre 2009

[37] RIM (2006) *CSDP III 2006-2010*, p.58

[38] Boumidienne, Abdellahi (2009) 'Programme harmonisé d'assistance sociale en Mauritanie, mécanisme et outils. Version 3. MASEF/UNICEF (décembre)

[39] Ould Brahim Ould Jiddou Fah (2009) BIT/IIES *Migration, marché du travail et développement en Mauritanie (Draft II)* (avril)

compétences et contribuent au développement de la région par la réalisation d'investissements locaux dans l'immobilier et la constitution d'associations de migrants œuvrant dans le développement local (infrastructures de base - école, santé, appui aux coopératives féminines). Selon une étude récente, de nouvelles initiatives seraient susceptibles de renforcer l'impact de la migration sur le développement en Mauritanie.

5.5 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Malgré son renforcement récent par la mise en place d'un système d'assurance maladie, le système formel de sécurité sociale ne couvre qu'une minorité infime de la population mauritanienne, négligeant ainsi les groupes les plus vulnérables. Cette situation est bien connue, et a donné lieu, au niveau national, à des analyses et réflexions, voire même des stratégies expérimentales. Ces réflexions méritent d'être actualisées et redynamisées au sein d'une réflexion plus large sur une stratégie nationale de la protection sociale intégrée comme priorité dans le cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté en Mauritanie. Des études spécialisées dans le domaine de la sécurité sociale soutenues par des partenaires techniques et financières spécialisées pourraient contribuer à ce processus.

Au même temps, il ya lieu aussi de réfléchir sur les points forts et les points faibles des systèmes traditionnels de solidarité sociale et d'entraide, et de prendre en compte des nouvelles formes de solidarité de groupe telles que celles émanant du phénomène grandissant de la migration, ainsi que de développer des mesures adéquates pour renforcer les capacités des familles et des ménages d'assumer leurs rôles dans la protection sociale de leurs membres.

Il est surtout important, dans un pays comme la Mauritanie, de s'appuyer sur les valeurs d l'Islam et de réfléchir sur les mesures les plus appropriées qu'il faudrait entreprendre pour renforcer ses propres systèmes de protection sociale.

6. SANTE

6.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

Des soins de santé primaires qui soient abordables et accessibles à tous, constituent des éléments fondamentaux pour le développement humain. Ils sont à raison considérés comme un objectifs prioritaire des OMD. Cependant, une proportion importante de la population d'Afrique n'y a pas accès soit parce que les structures adéquates ne sont pas disponibles soit parce que leurs services ne sont pas accessibles à la bourse des plus pauvres. Une attention à la dimension d'équité des soins de santé est particulièrement importante en Afrique de l'Ouest et du Centre en raison de la pauvreté très répandue, des taux extrêmement élèves de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de mortalité maternelle, des niveaux faibles d'utilisation des soins de santé primaires et des obstacles financiers à la prise en charge médicale, surtout parmi les populations rurales et des quintiles les plus bas.[40]

L'analyse de la situation de pauvreté et de vulnérabilité en Mauritanie présentée précédemment montre bien - malgré un progrès certain - les énormes défis qu'il faudra relever pour assurer une prestation universelle et équitable des services sanitaires à travers le pays (*voir chapitre 3.3*). Selon les données les plus récentes de l'EPCV 2008 (ONS 2009), il y des lacunes dans la couverture des services de santé de

[40] ODI/UNICEF 2009 Note de Synthèse, Politiques Sociales. *Santé maternelle et infantile : les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*)

base, avec des importantes disparités par milieu de résidence (urbain/rural), par *wilaya*, et par niveau de pauvreté des ménages (*voir encadré 11*).

Encadré 11. Aperçu de la couverture sanitaire selon l'EPCV 2008

La couverture prénatale a augmenté, en passant de 80,2% en 2004 à 87,4% en 2008. Il existe cependant des disparités entre les plus pauvres (76,6%) et les moins pauvres (94,6%), selon le milieu de résidence (82,9% dans le milieu rural contre 93,3% dans le milieu urbain) et selon les *wilaya* (les taux les plus bas étant ceux du Hodh El Gharbi (74,1%) et du Tagant (75,5%).

Le taux **d'accouchement assisté** s'est amélioré, passant de 56,5% en 2004 à 60,2% en 2008. Il varie de 27,4% chez les plus pauvres (premier quintile) à 92,0% pour les moins pauvres (cinquième quintile) et de 38,0% pour le milieu rural contre 92,5% pour le milieu urbain. En analysant les taux par *wilaya*, les taux les plus faibles sont dans le Guidimagha (24,2%), Hodh El Charghi (28,9%) et Gorgol (35,8%).

Le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois **complètement vaccinés** est de 68,8%, enregistrant ainsi une baisse par rapport à 2004 où ce taux était de 79%. Il existe, pourtant, des disparités entre les pauvres (58,4%) et les non pauvres (77,8%), les milieux de résidence (62,9% en milieu rural contre 77,1% en milieu urbain), et les *wilaya* (les taux les plus faibles étant ceux des *wilaya* du Tagant (41,8%), Gorgol (43,4%), Hodh El Gharbi (43,8%).

Pour **l'accessibilité physique**, seulement 40,3% de la population accèdent à un centre de santé dans les 30 minutes requises par les normes et 67,3% de la population vivent dans un rayon de 5 km par rapport à un établissement de santé. Les taux d'accessibilité varient entre 32,5% chez les pauvres (28,0% pour le premier quintile) et 44,9% chez les non pauvres (52,4% pour le cinquième quintile) et 31,8% pour le milieu rural contre 53,0% pour le milieu urbain. La proportion des personnes qui sont à moins de 30 minutes d'une formation sanitaire varie également par *wilaya* : de 16,6% au Gorgol à 84,3% au Tiris-Zemmour.

Chez les pauvres, **les services le plus consultés** sont les postes et les centres de santé (32,7% et 34,4%), tandis que chez les non pauvres, c'est plutôt l'hôpital tertiaire et régional (15,5% et 14,8%).

Source : ONS (2009) Profil de la pauvreté 2008

Au niveau national, l'accès aux services est difficile : plus que la moitié de la population (59,7%) vit à plus de 30 minutes d'un centre de santé et un tiers (32,7%) vit à plus de 5 km d'un établissement sanitaire. La situation est encore plus précaire pour les catégories les plus vulnérables, à savoir les femmes et les enfants. Plus qu'une femme mauritanienne sur dix (13%) reste sans couverture prénatale, tandis que 40% des femmes continuent à accoucher sans assistance médicale. En ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants, indicateur par excellence de la protection sociale, il y a eu une baisse récente alarmante, avec un taux de vaccination complète pour les enfants de 12-23 mois qui a glissé de presque 80% en 2004 à moins de 70% en 2008. Cela signifie que presqu'un tiers des enfants de cet âge n'est pas protégé contre les maladies transmissibles les plus courantes.

Le problème d'équité dans l'offre des soins est clairement manifesté par tous ces indicateurs, dans la mesure où la situation est particulièrement grave dans les zones rurales et dans certaines *wilaya* de résidence, comme aussi parmi les membres de ménages les plus pauvres.

La santé est une composante essentielle d'une protection sociale étayée par les principes de solidarité et d'équité : l'accès à un paquet adéquat de soins de santé devrait être garanti à tout individu en fonction de ses besoins sanitaires et de ses droits aux soins plus que de sa capacité de payer. D'un point de vue conceptuel, la protection sociale sanitaire est importante parce qu'elle permet de: (i) **prévenir** les effets désastreux de coûts trop élevés ou inattendus des soins de santé sur des ménages pauvres; (ii) **protéger** les populations vulnérables contre des maladies évitables et offrir des traitements de qualité pour les autres; et (iii) **promouvoir** le développement des capacités et du capital humain. De cette manière, la protection sanitaire sociale doit s'ancrer dans un cadre politique et programmatique plus large, dont

l'augmentation de l'accès à des soins de santé de qualité pour toute la population et le renforcement de l'équité sociale sont des priorités incontournables.[41]

6.2 POLITIQUES, PRIORITES ET OPTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN MAURITANIE

En Mauritanie, les principaux documents politiques et stratégiques généraux et sectoriels élaborés au cours des dernières années considèrent la santé comme une priorité nationale et la placent au cœur du développement du pays. Dans cette perspective, alors que le développement économique et social doit permettre une amélioration de la santé des populations, l'amélioration de la santé doit contribuer efficacement à la réduction de la pauvreté et au développement global du pays. Le troisième axe stratégique du premier CSLP (2001-2004) visait à « développer les ressources humaines et l'accès aux infrastructures essentielles ». Au sein de cet axe, le secteur socio-sanitaire occupait une place de choix, avec trois objectifs d'impact :

1. Améliorer les indicateurs de mortalité et de morbidité en particulier chez les plus pauvres,
2. Atténuer l'impact de la dépense de santé sur les ménages les plus pauvres, et
3. Renforcer la participation des populations dans la gestion de leur santé.

Ces trois axes constituaient la base des orientations développées dans la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale qui fixe les principes, les objectifs et les stratégies de l'action sanitaire et sociale en Mauritanie jusqu'à l'horizon 2015[42] (*voir encadré 12*).

Encadré 12. Vision, valeurs et principes de la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale 2005-2015

Le droit à la santé est un droit humain fondamental de tout citoyen Mauritanien. La politique sanitaire et sociale nationale vise l'amélioration durable de la santé des populations ainsi que l'atténuation de l'impact de la pauvreté sur les groupes les plus vulnérables. La lutte contre la maladie constitue l'un des axes essentiels de la lutte contre la pauvreté. Elle doit s'inscrire dans une vision globale de la société et de l'individu. Tous les individus et tous les groupes sociaux doivent trouver dans le système sanitaire et social une réponse à leurs besoins aussi bien individuels que collectifs. L'Etat, les collectivités et les citoyens sont tous responsables de la lutte contre la maladie et l'exclusion ainsi que du développement sanitaire et social. La valeur de l'éthique et les principes d'équité, de justice, de solidarité sociale guideront les choix stratégiques de la présente politique sanitaire et sociale et seront les garants d'une amélioration durable de la santé des populations. L'implication effective de tous les intervenants, la participation communautaire et une coordination efficace seront des éléments moteurs de la réussite de la politique sanitaire et sociale.

A l'horizon de l'an 2015, la politique de santé aura favorisé la mise en place d'un système de santé moderne, proactif, performant, accessible à l'ensemble de la population du pays, indépendamment du lieu d'habitation, du niveau éducationnel, de l'âge, du sexe, de l'origine, du statut économique etc. Ce système de santé, aura contribué de manière significative à améliorer l'espérance et la qualité de vie. La politique de santé permettra en relation avec les autres secteurs de lutter contre la pauvreté et vaincre ainsi les maladies liées à la pauvreté et à l'ignorance. Pour cela, l'accent sera mis sur (i) la responsabilisation des populations, (ii) la participation communautaire et (iii) la collaboration intersectorielle dans le cadre d'un développement sanitaire et social harmonieux. Le but est d'améliorer l'état de santé et la protection sociale des populations par l'accès à une prise en charge sanitaire et sociale de qualité, ce qui implique l'existence d'un système de santé intégré auquel participent de façon effective et responsable tous les acteurs en particulier les usagers et les communautés.

Source : MSAS 2005 (PNSAS)

La politique nationale vise en priorité la santé de la mère et de l'enfant et, dans le domaine de la protection sociale, vise à assurer la prise en charge des soins de santé de la majorité des personnes en situation de

[41] Walsh (2009) ODI/UNICEF

[42] MSAS (2005) *Politique nationale de santé et d'action sociale, 2005-2015*

grande pauvreté et d'exclusion sociale. Le financement du système public de santé sera assuré à travers quatre méthodes principales :[43]

- ***le financement de l'Etat*** principalement à travers les subventions budgétaires publiques pour les institutions autonomes sous tutelles ou sous forme de crédits alloués aux structures par niveau et dont la gestion est progressivement déconcentrée; l'Etat restera le principal bailleur du secteur dans le cadre d'une politique de financement résolument orientée vers l'accès universel aux soins essentiels de santé ;
- ***le financement communautaire*** grâce au payement direct par les usagers et à travers l'implication des collectivités locales, des organisations non gouvernementales et des organisations communautaires de base; l'amélioration de la fluidité et de la gestion du système de recouvrement des coûts viendra renforcer la part de ce type de financement qui devra connaître une croissance régulière, tout en maîtrisant son effet sur l'accès des groupes pauvres aux soins essentiels de santé ;
- ***le développement de mécanismes de partage du risque*** *(*mutuelles, assurances, forfaits) et de systèmes de solidarité (prise en charge des indigents) constituera l'un des axes prioritaires de financement du secteur ;
- ***les financements extérieurs*** et le financement privé national, viendront en complément à ces différents types de financements et permettront particulièrement la prise en charge d'opérations d'investissement dans les différents domaines de l'action socio-sanitaire.[44]

Il a été prévu qu'au cours de cette période la politique de financement sera plus efficiente:
- en portant la subvention de l'état à plus de 15% du budget national hors services de la dette ;
- en assurant un niveau global de financement supérieur à 5200 UM par tête d'habitant et par an équivalent à 20 US$;
- en rendant le ratio investissement sur fonctionnement propice à une absorption efficace des ressources avec un niveau inférieur à 0,6 ;
- en garantissant une répartition efficace des ressources entre les niveaux de la pyramide sanitaire avec un ratio financement primaire et secondaire sur financement tertiaire et central supérieur à 1,8 ;
- en portant la part du système de recouvrements de couts dans le financement global du secteur à plus de 15%.

Cette politique de financement devra en particulier garantir un accès financier de tous les mauritaniens, en particulier les plus pauvres, aux soins essentiels de santé à travers le développement de:

- ***Méthodes de partage*** de risque pour la grande majorité de la population (mutuelles, forfaits, assurances, etc.). Ainsi, les expériences de mutuelles et de forfait seront analysées et évaluées et les leçons seront tirées pour favoriser leur généralisation dans le cadre d'un programme cohérent et progressif visant à couvrir l'ensemble du territoire.
- ***Caisses d'indigence*** et de fonds d'équité dont le mode de financement et de fonctionnement pourrait varier en fonction du milieu et des circonstances. La participation de l'Etat prendra de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le malade évolue dans la pyramide sanitaire et que les soins deviennent plus complexes et plus chers.[45]

Le CSLP II (2006-2010) reprend également la santé comme l'une des quatre domaines prioritaires et identifie l'accès à des prestations sanitaires et nutritionnelles de qualité comme l'un des trois axes stratégiques. Parmi les objectifs globaux fixés pour le secteur, deux se réfèrent directement aux services de base pour les plus vulnérables : i) garantir aux enfants en difficulté et aux groupes vulnérables un accès à

[43] MSAS (2005) *Politique nationale de santé et action sociale, 2005-2015*
[44] MSAS (2005) *Politique nationale de santé et action sociale, 2005-2015*
[45] MSAS (2005) *Politique nationale de santé et action sociale, 2005-2015*

des services de base efficaces, durables et adaptés, et ii) renforcer la participation communautaire dans le développement et la gestion des stratégies d'accès aux services de santé de base. Pour atteindre ces objectifs, les activités suivantes sont prévues : i) la redynamisation de l'approche communautaire pour améliorer la participation effective des représentants des communautés dans la gestion des services de santé et de nutrition aux niveaux périphérique et intermédiaire, et ii) le développement de mécanismes de partage des risques et de systèmes de solidarité, afin de rendre les services essentiels de santé financièrement accessibles à toutes les franges de la population.[46]

Pour le renforcement de la performance du secteur, les actions prévues dans le CSLP II concernent : (i) la garantie d'un financement adéquat et équitable du système de santé à travers l'augmentation des niveaux de financement publics du secteur, la création d'un « financeur national structuré » sous la forme d'un organe gestionnaire de l'assurance maladie publique et la mise en place d'un système de prise en charge des indigents et autres personnes démunies; (ii) la mise en place d'un système de suivi/évaluation pertinent et efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, impliquant les principaux acteurs du secteur, et permettant la production régulière d'informations sanitaires fiables; (iii) le renforcement de la déconcentration de la gestion des ressources et la décentralisation de la gestion du système de soins afin de garantir une meilleure performance aux différents niveaux de ce système; (iv) la mise en place d'une normalisation et d'une régulation du secteur permettant un développement harmonieux, efficace et adapté du sous-secteur privé; (vi) le renforcement des capacités institutionnelles du département de la santé pour lui permettre de normaliser, planifier, suivre et évaluer l'ensemble des actions menées au sein du secteur; et (v) le renforcement de la coordination intersectorielle.[47]

Le CDMT (2009-2011) du secteur de la santé met l'accent, entre autres, sur des stratégies de couverture pour le 25% de la population qui n'est pas encore couvert par le système de santé; la remise en marche du système de recouvrement de coûts par l'adoption des textes nécessaires; et, pour ce qui concerne les hôpitaux, la mise en œuvre d'une politique d'appui aux populations vulnérables et aux indigents. Le CDMT remarque que pour l'ensemble des initiatives identifiées : « *Sans un progrès significatif sur les réformes en cours ou envisagées, le CDMT n'aura pas la crédibilité technique escompté.* »[48]

Dans le CDMT, le niveau central est encouragé à préparer des directives à l'attention des directions régionales (DRAS) en vue d'assurer que soient examinées dans les plans des régions certaines priorités nationales y compris:[49]

Pour l'accès et qualité

- Développement d'une stratégie de mobilisation sociale pour améliorer l'utilisation des services préventifs et curatifs de santé
- Elaboration et mise en œuvre d'un programme d'assurance qualité visant les services essentiels de santé
- Mise en place d'un mécanisme fonctionnel pour la prise en charge des urgences obstétricales et des infections néonatales
- Mise en place d'un système efficace d'orientation-recours cohérent et efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Pour le financement

- Développement de mécanismes de partage de risque (mutuelles, assurances, forfaits)

[46] RIM (2006) *CSLP II, 2006-2010*
[47] RIM (2006) *CSLP II, 2006-2010*
[48] Ministère de la Santé (2008) *CDMT 2009-2011 (projet*)
[49] Ministère de la Santé (2008) *CDMT 2009-2011 (projet)*

- Renforcement de la participation communautaire à tous les niveaux
- Revitalisation de la participation communautaire et mise en œuvre d'une décentralisation effective des services périphériques de santé

6.3 LES DEFIS DE L'ACCES EQUITABLE AUX SOINS DE SANTE

La revue de la mise en œuvre des priorités sanitaires du CSLP I a noté que, malgré les ressources considérables allouées au secteur pendant cette période, la faible capacité d'absorption, les faiblesses des capacités institutionnelles des structures déconcentrées du secteur et les lenteurs dans la mise en place et l'exécution du budget ont limité la portée des efforts consentis. Parmi les insuffisances constatées dans le système : la répartition inégale des structures, services et personnel ainsi que le faible taux d'utilisation des services engendrée à la fois par la mauvaise qualité des soins et les difficultés d'accès géographiques et financiers[50].

La même revue fait référence également aux contraintes rencontrées dans le système des recouvrements de coûts – système qui a été mis en œuvre en Mauritanie, à l'instar des autres pays de la sous-région, depuis le début des années 1990:

> *« Dans le cadre du renforcement de* l'action sociale, *un décret sur le système de recouvrement des coûts a été adopté pour favoriser l'accès financier des plus pauvres aux soins. Ce système, basé sur l'acquisition de médicaments génériques de qualité et géré par les comités de santé, a permis (i) de disponibiliser des médicaments de qualité à un coût relativement faible, (ii) d'améliorer le financement du système de santé et (iii) de mieux motiver le personnel de santé. Cependant, l'absence d'une politique d'accès des plus démunis aux soins et de coordination entre les différents secteurs constituent une contrainte majeure pour ce secteur. »*[51]

Deux ans plus tard, les mêmes contraintes sont signalées dans le CDMT, ce qui implique des difficultés au niveau de l'application des politiques. En fait, parmi les constats généraux émis après la revue de la mise en œuvre du CSLPI figure la ***permanence de déficiences majeures dans les capacités de pilotage des politiques publiques*** couplés d'un ***déficit de suivi et d'évaluation*** des politiques économiques et sociales et programmes publics.[52]

L'Arrêté no. 00733/2003 du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales fixe « *les modalités de prise en charge des soins des patients démunis »* et identifie *« les conditions de prise en charge financière des soins des patients démunis et des groupes vulnérables dans les structures sanitaires publiques* ». Cependant, selon les responsables de la santé, la mise en œuvre de cet arrêté a rencontré beaucoup de difficultés, malgré tous les efforts déployés.

Pour faire face à ces problèmes, le Ministère de la Santé (appelé jusqu'en 2008 'Ministère de la Santé et des Affaires Sociales') tente toujours d'explorer des alternatives parallèles qui soient complémentaires avec le système de recouvrement des coûts inspiré de l'Initiative de Bamako, pour répondre au triple défi de l'amélioration de la santé, du financement durable des soins de santé et de la mise en place d'un système d'assurance santé en faveur de la grande majorité des populations. Ces nouvelles pratiques s'inspirent principalement des mécanismes traditionnels d'entraide et de solidarité mutuelle, tout en

[50] RIM (2006) *CSLP II, 2006-2010*
[51] RIM (2006) *CSLP II, 2006-2010*
[52] Ministère de la Santé (2008) *CDMT 2009-2011 (projet)*

invitant les populations à participer à l'effort de santé par le partage du risque et par la prévention du risque maladie.[53]

En 2004, un atelier national de réflexion sur la protection sociale en Mauritanie organisé par le MSAS a passé en revue différents dispositifs existants pour les financements des soins de santé, a savoir : le système de recouvrements de coûts; le forfait obstétrical; les mutuelles de santé; le CNSS; la prise en charge des fonctionnaires (budget); et la prise en charge des indigents. L'atelier a analysé les forces et les faiblesses de ces différents mécanismes, en suggérant des stratégies et formulant des recommandations pour l'avenir. Cinq ans plus tard, les résultats de ces réflexions restent encore pertinents et méritent d'être rappelés ici (*voir tableau 8)* comme base de départ pour l'analyse de la situation actuelle.

Tableau 8. Résultats de la réflexion nationale sur la protection sociale sanitaire, 2004

Forces	Faiblesses	Stratégies et Recommandations
Système de recouvrement de couts		
• Pérennisation de l'action • Implication des communautés • Accès aux soins • Extensions des soins • Génère des fonds importants • Délégation de l'utilisation des fonds au niveau régional	• Manque de formation des membres de comité • Rupture de stock • Non fonctionnalité des structures de gestion • Absence de standardisation de prise en charge des indigents	• Sensibilisation et formation des CG • Révision des textes du SRC • Application des textes pour une PEC efficiente des indigents
Le forfait obstétrical		
• Volonté politique • Multi partenariat • Prise en charge systématique des urgences • Amélioration de la qualité de la prise en charge des grossesses • Implication des usagers • Motivation du personnel • Gestion transparente et contrôlée	• Jeunesse du système • Insuffisance d'information et sensibilisation • Victime de son succès • Manque de coordination avec les deux CHN	• Renforcer les campagnes de sensibilisation et d'information • Mettre en place des mécanismes d'évaluation ainsi que les conditions nécessaires pour une extension dans les régions • Intégrer le F.O dans la prise en charge prévue par les mutuelles
Les mutuelles de santé		
• Amélioration de l'accès aux soins • Amélioration de la qualité des soins • Approche communautaire • Réduction du sentiment d'insécurité des bénéficiaires	• Jeunesse des mutuelles • Absence de cadre institutionnel • Faible accès à la couverture médiatique • Relâchement à long terme du au bénévolat • Absence de cadre de concertation et de coordination • Insuffisance de compétences et personnes ressources	• Sensibilisation et formation continue • Implication des autorités administratives et politiques • Préserver dès le départ l'autonomie, l'indépendance et la responsabilité des mutuelles • Apporter un appui technique et financier aux mutuelles naissantes • Promouvoir un cadre juridique favorable • Harmoniser un système de tarification • Créer une cellule au sein du ministère chargée d'appuyer les mutuelles

[53] Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (2003) *Inventaire*

Prise en charge des fonctionnaires (DBC)		
• Fait face à tous les évacués proposés par le conseil de santé • Assure la prise en charge des fonctionnaires	• Difficulté d'accès • Textes obsolètes • Lourdeur des procédures • Manque d'harmonisation des procédures • Manque d'équité • inadéquation entre les sommes et les pathologies • Inefficiences des montants alloués	• Rendre les mesures cohérentes entre les prises en charges et les pathologies • Instaurer un fichier de prise en charge pour assurer une meilleure transparence
CNSS		
• Prise en charge des accidents et maladies professionnelles • Paiement des prestations familiales • La pension de vieillesse, invalidité, décès	• Textes obsolètes • Insuffisance de couverture nationale • Manque d'information • Absence de couverture du risque maladie	• Assurer une couverture du risque maladie et l'étendre au secteur dit informel
Prise en charge des indigents (DAS)		
• Prise en charge des malades indigents au niveau des différentes structures nationales	• Absence de critères d'identification • Aucune enquête sociale • Absence de suivi social au niveau de l'hôpital	• l'approche indigence : de grands espoirs pour le ciblage, et le niveau régional • La reforme du SRC de grands pas sur les voies de l'exemption des groupes les plus vulnérables • Des conventions entre la DAS et les structures III • Des services sociaux opérationnels au niveau des hôpitaux • Promotion des mécanismes alternatifs

Source : MSAS (2004) Présentations Powerpoint, Atelier National

6.4 LE SYSTEME DE RECOUVREMENT DES COUTS

Outre le financement de l'Etat, le recouvrement des coûts (prestation et médicaments) existe à tous les niveaux de la pyramide sanitaire publique en Mauritanie. Les ressources propres des formations sanitaires sont constituées par les recettes liées à la vente des médicaments ainsi que par les paiements des prestations médicales (consultations, actes divers) par les populations. Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, en Mauritanie, à l'instar des autres pays, le système de « partage des coûts » des soins de santé primaire a été mis en place en 1992 afin de faire face à une insuffisance du financement public de la santé.

Il faut rappeler que l'Initiative de Bamako visait l'amélioration des performances des services par l'intégration et la disponibilité des services essentiels; la réduction des coûts à travers une politique de médicaments essentiels sous forme générique; une standardisation des traitements; et la mise en place en place d'un système d'information permettant la gestion au niveau périphérique et l'assurance de la pérennité par le financement communautaire des frais de fonctionnement locaux, et la participation communautaire à la gestion et au contrôle.[54] Cela devait permettre d'assurer une meilleure disponibilité des médicaments essentiels, mais également apporter des liquidités au niveau local et concourir à la

[54] Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (2003) *Inventaire*

motivation du personnel par le paiement de « ristournes ». Il s'applique, *a priori*, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les fonds sont gérés localement (comité de santé ou conseil des hôpitaux). [55]

En Mauritanie, malgré certains progrès en ce qui concerne la génération des ressources et une meilleure disponibilité des médicaments de base, le système a connu beaucoup de contraintes dans son application. Les aspects suivants ont été identifiés en particulier : le non-fonctionnement et la faible représentativité des comités de gestion; le manque de supervision; les difficultés d'approvisionnement en médicaments amenant à des ruptures fréquentes des stocks; l'attitude du personnel sanitaire davantage soucieux de prescrire des médicaments que de soigner et prévenir les maladies (sans compter la tendance à prescrire des médicaments en dehors de la liste prévue). A cela il faut ajouter les difficultés que les paiements posent aux populations les plus démunies.

Deux revues conjointes du MSAS/UNICEF (1996 et 2000) ont soulevé un certain nombre de problèmes, et une étude sur la santé et la pauvreté en Mauritanie en 2004[56] a clairement constaté que « *Les mécanismes de participation des populations à la gestion des services de santé sont à la recherche d'un nouveau souffle* ».

Les constats et recommandations principales de cette dernière étude méritent d'être rappelés ici :

- Le *financement communautaire* contribue pour une faible part aux dépenses de santé (soit environ 9 % des dépenses totales du système public de santé) mais reste fondamental pour assurer la disponibilité des médicaments en périphérie. Des *mécanismes de tiers payants* devront être développés pour augmenter l'accès des pauvres aux services.
- Les *ruptures de stock de médicaments* dans le système public d'approvisionnement et de distribution ont des conséquences importantes pour le système de santé. Non seulement, elles portent une atteinte grave à la crédibilité du système d'approvisionnement des médicaments, mais elles constituent aussi une source additionnelle de frustration pour les prestataires de service des centres et postes de santé publics et érodent la confiance des populations.
- *Aucun mécanisme de prise en charge des indigents n'existe* de façon formelle et systématique, quoique les comités de gestion aient en théorie la latitude d'accorder des exemptions. Des actions ponctuelles mais prometteuses des ONG dans ce domaine devraient être répertoriées et analysées afin de développer des mécanismes de protection plus institutionnalisés. Une *utilisation plus judicieuse des « fonds de sécurité »* du financement communautaire pour la protection des plus pauvres doit également être envisagée, ces fonds étant à la fois sous–utilisés et orientés vers l'amélioration de la qualité de l'offre.
- *Le paiement des soins représente une cause importante de la non-utilisation des service*s et le *recouvrement des coûts tel que mesuré par le système de santé ne représente qu'une partie de la dépense de santé des ménages* qui s'effectue également dans le secteur privé et informel. Il est clair que quelque soit le niveau de tarification des soins publiques, il existera toujours des groupes exclus. La réflexion devra donc se porter sur deux axes essentiels :
  - une attention particulière à la problématique de la tarification, qui devrait aboutir à rendre gratuits certains services (services préventifs) ou les placer au prix le plus bas (les services curatifs les plus essentiels pour les enfants et les femmes), tout en gardant des prix plus élevés pour des services moins essentiels (les services à forte demande, pour lesquels le privé officiel ou officieux est en compétition avec le secteur public).

[55] C2G Conseil et BINOR et associés (2006) *Enquête sur la traçabilité des dépenses publiques du secteur de la santé*
[56] MSAS/BM (2004) *Santé et pauvreté*

- la nécessaire évolution d'une partie de la dépense publique de santé vers le soutien de la demande à travers la mise en place accélérée de mécanismes de protection des plus pauvres (exemple des fonds pauvreté, fonds sociaux, projets communautaires, etc.).[57]

La conclusion générale de cette étude a porté sur la nécessité pour l'Etat d'inscrire toute intervention concernant la santé dans le cadre de la réduction de la pauvreté. D'une' manière très pertinente encore aujourd'hui, ceci implique « une réorientation du système de partage des coûts des services de santé » qui devrait contribuer : (i) à l'amélioration de la qualité des services ; (ii) au renforcement de la lutte contre la maladie; (iii) à la protection des revenus des pauvres par l'accessibilité financière des services de santé; et (iv) au renforcement de la participation des pauvres à la santé :

> *« Dans cette perspective, l'articulation du système de partage des coûts avec le financement public devrait être améliorée afin de réduire les prix des services et produits de santé auxquels font face l'ensemble des ménages mauritaniens. Par ailleurs, cette articulation devrait être élaborée dans des mécanismes formels d'exemption pour protéger les plus pauvres et les plus vulnérables contre l'exclusion et les risques financiers liés à la maladie. Enfin, la participation des populations à la santé ne devrait pas s'arrêter au paiement par les usagers. Les ressources gérées au niveau périphérique devraient supporter un processus d'appropriation des services de santé par les communautés de base à travers une plus grande participation des populations dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions sanitaires. La gestion des ressources devrait se déplacer de la situation actuelle où le personnel de santé est le principal acteur vers une situation où il est comptable devant les représentants des populations*. »[58]

Selon une étude plus récente,[59] outre au renouvellement des stocks des médicaments, les ressources sont destinées à la constitution d'un fonds de sécurité, à la couverture d'une partie des charges de fonctionnement, à la motivation du personnel et à la prise en charge des indigents traités en ambulatoire .[60] La répartition des bénéfices (après la reconstitution des stocks définie par les textes) est de 30% pour les coûts de fonctionnement de la structure, 30% pour la motivation du personnel et 40% pour un fonds de sécurité (fonds pouvant être consacré à combler des pertes en cas de « catastrophes », contribuer à la prise en charge des indigents ou au financement d'actions sociales). En ce qui concerne les médicaments, l'arrêté conjoint « portant tarification des médicaments essentiels, matériels et consommables médicaux » du 29 janvier 2004 fixe les marges des formations sanitaires à 35% en moyenne du prix de vente du DPR (un texte complémentaire « liste de tarification du 09/03/04 » définit, produit par produit, les prix de vente de la CAMEC, [61] des DPR et des formations sanitaires), prix qui ne sont toutefois pas uniformément respectes selon l'enquête effectuée sur la traçabilité des dépenses publiques du secteur de la santé en 2006. En plus, selon les résultats de cette étude, si le paiement des médicaments a pu être généralisé rapidement, le paiement des actes a été mis en place de façon inégale et non homogène. Près de la moitié des postes sanitaires enquêtés dans le cadre de l'étude de traçabilité de 2006 ne connaissait pas de paiement pour les consultations ou les actes médicaux.[62]

L'une source de la confusion provient probablement du fait que certaines consultations et soins sont en fait gratuits, selon deux différents règlements gouvernementaux :

[57] MSAS/BM (2004) *Santé et pauvreté*
[58] MSAS/BM (2004) *Santé et pauvreté*
[59] C2G Conseil et BINOR et associés (2006) *Enquête sur la traçabilité des dépenses publiques du secteur de la santé*
[60] RIM, Premier Ministre, *Décret no. 006/2003 du 04 février 2003 abrogeant et remplaçant le décret 92/027 du 6 juillet 1992 régissant le système de recouvrement des couts et les prestations des services des formations sanitaires publiques*
[61] Centrale d'Achat des Médicaments, Matériels Essentiels et des Consommables
[62] C2G Conseil et BINOR et associés (2006) *Enquête sur la traçabilité des dépenses publiques du secteur de la santé*

- ***Le décret 006/2003 du 4 février 2003*** portant sur le système de recouvrement de coûts et les prestations de services stipule la gratuité, dans l'ensemble des formations sanitaires publiques, des soins préventifs et curatifs suivants :
  - Les vaccinations contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination
  - Les examens biologiques nécessaires à la sécurité du sang dans le cadre de la transfusion sanguine
  - Les protocoles thérapeutiques nationaux pour le traitement de la tuberculose
  - Les produits contraceptifs

- ***L'arrêté no 00733/2003 du 16 avril 2003*** fixant les modalités de prise en charge des soins des patients démunis,[63] stipule aussi que les soins pour «*certaines personnes en situation de vulnérabilité ou atteintes de pathologies spécifiques*» bénéficieront également d'une *« prise en charge spécifique* ». Il s'agit:
  - Des femmes enceintes : consultations prénatales et postnatales, accouchement, supplémentation en fer et chimio prophylaxie paludique ;
  - Des enfants âgés de moins d'un an ;
  - Des malades atteints de paludisme grave (neuropaludisme) [A noter que depuis 2009, les soins de paludisme de toutes sortes et degrés sont prises en charge]
  - Des patients atteints de maladies chroniques et juges indigents (hypertension artérielles, diabète, sida….)

A l'exception de la dernière catégorie de patients, où la prise en charge serait conditionnée par l'état d'indigence, il semblerait que la gratuité des autres soins et consultations serait inconditionnelles. Il n'est, pourtant, pas clair si ces provisions sont toujours connues ou appliquées systématiquement dans toutes les structures sanitaires publiques. Selon les responsables sanitaires, il y a eu des difficultés pour l'application de ces stipulations, et en fait, comme on verra plus tard, des mesures supplémentaires, tel que le forfait obstétrical, ont été introduites pour certaines catégories de soins/prestations.

Il serait, pourtant, utile, de clarifier les politiques nationales et les conditions pour leur mise en application en ce qui concerne la gratuité des catégories de soins prioritaires et les sources alternatives de leurs financement. Ceci serait important à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, à partir des services de santé de base et des postes de santé jusqu'aux soins hospitaliers. Une étude récente sur la réforme hospitalière, par exemple, a noté que l'amélioration de l'accessibilité financière des soins hospitaliers dépend de mécanismes de prévoyance et de solidarité qui demandent une réflexion plus générale concernant le financement du système de santé dans son ensemble et qui devrait aboutir à l'élaboration d'une loi spécifique sur ce thème.[64]

En ce qui concerne le choix d'une option plus claire préconisant la gratuité des soins de base – le *quoi* et le *comment* - une réflexion nationale pourrait s'inspirer de ce qui se passe actuellement dans d'autres pays comme aussi des recommandations en santé publique au niveau international portant sur ces questions (*voir encadré 13*)

Encadré 13. Impact et défis de l'annulation des frais d'utilisation de services de santé de base

Des évidences se multiplient pour montrer l'impact positif de l'annulation des frais des soins de santé, bien qu'il y ait plusieurs préalables pour assurer sa réussite. Des interventions récentes au Burundi par Médecins Sans Frontières – passant d'une politique de frais supposés être abordables à une nouvelle politique de gratuité de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans - a doublé le nombre d'accouchements dans des centres de santé cibles par MSF et a augmente de 40% l'utilisation des services par des enfants de moins de cinq ans. Des

[63] RIM, MSAS, *Arrêté no. 00733/2003 du 16 avril 2003 fixant les modalités de prise en charge des soins des patients démunis*

[64] Kopp (2007) *Reforme hospitalière*

recherches récentes de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et de Save the Children ont estimé que l'annulation des frais dans 20 pays africains permettrait d'éviter 233.000 décès d'enfants de moins de cinq ans.

La mise en œuvre réussie de la suppression des frais exige non seulement le remplacement du manque à gagner (en général pas plus de 5 a 10% des ressources totales des services de santé gouvernementaux et parfois beaucoup moins), mais également une augmentation de ressources pour faire face a l'accroissement de la demande produite par la diminution des barrières à l'accès. Des reformes des mécanismes de gestion des finances publiques sont souvent requises (pour assurer que des ressources adéquates arrivent aux prestataires de services au niveau local). Pour faire face à l'augmentation de la demande, il faudra aussi prévoir du personnel médical et des fournitures médicales adéquates. En l'absence de ces mesures, la suppression des fais peut tout simplement miner la qualité des services, déjà assez faible dans beaucoup de pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

ODI/UNICEF (2009)[65]

6.5 LES MUTUELLES DE SANTE

Introduction

Dans les pays en voie de développement, et en Afrique en particulier, les systèmes conventionnels de sécurité sociale sont le plus souvent réservés aux travailleurs de l'économie structurée, qui constituent de 5 à 10% de la population active. La majorité de la population, notamment celle qui est impliquée dans l'économie informelle, continue d'être exclue de cette protection, malgré le fait qu'elle est la plus exposée aux risques financiers liés à la maladie. Cette situation a entraîné l'émergence de différentes initiatives prises par des acteurs non-étatiques visant à mettre en œuvre des systèmes de protection sociale en faveur de ces populations.

Parmi ces systèmes, regroupés sous le terme de 'micro-assurance', figurent les mutuelles de santé qui constituent une rencontre innovante entre les pratiques traditionnelles de solidarité et les mécanismes de l'assurance santé.[66] Ces initiatives d'assurance volontaires, privées et à but non lucratif, sont généralement autogérées, les membres participant directement à l'administration des mutuelles. Alors que les mutuelles dépendent toujours de cotisations privées, ces initiatives envisagent de contrecarrer certains des effets négatifs des frais d'utilisation en canalisant les dépenses par un mécanisme prévisible de prépaiements.[67]

La mutuelle est, donc, une forme d'association volontaire de personnes désirant se prémunir contre certains risques de la vie et avoir accès aux soins de santé. A travers ce système, une solidarité s'organise entre malades et bien-portants. Contrairement aux autres systèmes d'assurance, le membre paie une cotisation qui n'est pas liée à son risque individuel, et il n'y a pas en principe de critères d'exclusion. [68]

La promotion des mutuelles en Afrique a suscité beaucoup d'optimisme. Mais les limitations qui entourent leurs opérations soulèvent des questions importantes sur leur rôle potentiel comme moyen d'assurer l'accès aux soins de santé essentiels aux populations les plus pauvres. Selon des revues récentes

[65] Encadré 2 de la *Note de Synthèse/Politiques Sociales, Santé maternelle et infantile : les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*, ODI/UNICEF 2009, février : Sources : MSF 2008, 'No cash, no care : How 'user fees' endanger health' , Briefing paper on financial barriers to health care, MSF, Bruxelles ; James et al. 2006 'To retain or remove user fees ? Reflections on the current debate in low and middle-income countries', Applied Health Economics and Health policy, 5(3): 1-17.

[66] ILO (2002) *Formation de formateurs et promoteurs en suivi et évaluation des mutuelles de santé en Afrique : Rapport final*.

[67] ODI/UNICEF (2009) Note de Synthèses, Politiques Sociales. *Santé maternelle et infantile : les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*

[68] BIT, Dakar, n.d. *Atelier technique de sensibilisation sur le fonctionnement des mutuelles de santé*

d'expériences conduites dans des pays à faible revenus,[69] les mutuelles ne contribuent qu'a environ 25% du coût des services sanitaires locaux. Mais, étant donné le fait qu'elles ne couvrent qu'un nombre limité de services, les dépenses directement assumées par les clients restent significatives, atteignant jusqu'à 40% des coûts de santé en plus des paiements de cotisations.

Les coûts relatifs à la formation des gestionnaires des mécanismes d'assurance peuvent aussi être très élevés par rapport aux bénéfices. En plus, les taux de couverture des mutuelles sont très faibles – moins de 1% dans la majorité des pays en Afrique de l'Ouest et du Centre, à l'exception du Mali et du Sénégal, à 3,9% et 2,4% respectivement.[70]

Expériences avec les mutuelles de santé en Mauritanie

Le développement des mutuelles de santé est un phénomène relativement récent en Mauritanie. Les premières initiatives datent de moins de dix ans. A partir de juillet 2001, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales en collaboration avec les agences du système des Nations Unies, notamment le FNUAP et le BIT-STEP à travers le projet «Stronger Voices **»,** ont entrepris une démarche centrée sur la mise en place de systèmes de micro-assurance santé qui mettent un accent particulier sur les soins de santé reproductive et sur l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence – aspects clés du Plan Stratégique du Programme National de la Santé de la Reproduction et des efforts pour la maternité à moindre risque**.**[71]

L'intervention proposée repose sur l'idée que le renforcement du partenariat entre prestataires et clients est un levier efficace qui peut potentiellement avoir un impact positif sur l'offre et la demande de soins. Ce partenariat sera d'autant plus tangible et efficace s'il est poursuivi dans un contexte (i) de promotion des principes universels d'équité et de dignité; (ii) du processus de décentralisation et de l'implication effective des usagers aussi bien en amont qu'en aval; (iii) de la mise en commun de ressources pour réduire les risques liés aux dépenses de santé et pour augmenter la capacité de négociation des bénéficiaires autour des systèmes de micro-assurance santé ; (iv) du renforcement de la capacité organisationnelle à travers la mise en place d'outils d'auto-évaluation participatifs et de mécanismes de concertation pour un dialogue structuré entre les partis à partir des accords-cadres de partenariat ; et (v) du soutien conjoint des agences du système des Nations Unies au niveau de la santé.[72]

Ainsi, la stratégie a été centrée sur l'expérimentation et le développement de la micro-assurance santé comme mécanisme d'amélioration de l'accès aux soins de santé, surtout pour les femmes, et de réduction de la mortalité maternelle**.** Cette approche a d'abord été mise en œuvre dans quelques zones pilotes en 2001,[73] et par la suite, en novembre 2002, le Ministère de la Santé l'a officiellement lancée dans quelques régions. En 2003, le développement de la micro-assurance santé a été officiellement intégré au nouveau plan quinquennal stratégique du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) du Ministère

[69] Ekman (2004) 'Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence,' *Health, Policy and Planning*, 19 (5): 249-70; Berkhout et Oostingh (2008) 'Health Insurance in low-income countries : Where is the evidence that it works ?' Note d'information conjointe des ONG, Oxford, Oxfam; Outtara et. Soors (2007) 'Social health insurance in French-speaking sub-Saharan Africa : Situation and current reform', dans Huber et al (2003) *Mutual Health Insurance (MHO): Five years' experience in West Africa : Concerns, controversies and proposed solutions'*, Bonn : GTZ (cités dans ODI/UNICEF 2009 Note de Synthèses, Politiques Sociales. *Santé maternelle et infantile)*

[70] ODI/UNICEF (2009) Note de Synthèses, Politiques Sociales. *Santé maternelle et infantile*

[71] Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique (2005) *Atelier*

[72] Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (2003) *Inventaire*

[73] 8 projets pilotes dans 5 régions : Nouakchott (Dar-Naîm, El Mina, Sebkha) ; Assaba (Kankossa) ; Gorgol (Kaedi); Hodh el Garbi (Aioun); Brakna(Wothié et Dioudé)

de la Santé et aux plans des Directions Régionales pour la protection sanitaire et sociale. Cette adhésion a été renforcée par l'introduction d'un nouveau service intitulé 'Accès Aux Soins de Santé'.[74]

Tableau 9. Inventaire des projets pilotes de mutuelles de santé en Mauritanie, 2003

Nom de la Mutuelle	Zone Date Création	Groupes cibles	Bénéficiaires	Initiateurs	Mécanismes financement	Prestations
1. wothié	Wothié 2001	Village de wothié	109 adhérents 550 bénéficiaires ;	ONG AMAD Projet Acopam, puis Projet stronger Voices »	Cotisations 50UM/personne	-consultations curatives(50%) -prénatales(50%) -accouchements simples(100%) -maladies chroniques(50%) hospitalisation(forfait 10.000 UM)
2. Dioudé	Dioudé 2001	Village de dioudé 2000 habitants	136 adhérents 1225 bénéficiaires	ONG AMAD Projet »stronger Voices »	Cotisations 50UM/personne	-consultations curatives(50%) -prénatales(50%) -accouchements simples(100%) -maladies chroniques(50%) hospitalisation(forfait 10.000 UM)
3.Dar Naîm	Dar Naim 2002	Moughatta de dar naim 64 686 habitants	création :8700 Aujourd'hui :. 11920	Caritas Projet stronger Voices »	Cotisations 50UM/personne	-consultations curatives(50%) -prénatales(50%) -accouchements simples(75%) hospitalisation(forfait 10.000 UM) -accouchement 5000 UM - cotisation 50 UM/personne
4.Assaba espoir	Kankossa 2003	commune de kankossa 11.083 habitants		ONG Assaba Espoir Projet stronger Voices	Cotisations	Etude de faisabilité finalisée Attente assemblée générale
5.mutuelle de sebkha	SEBkha 2003	Coopérative de sebkha 702 habitants	A la création 296 adhérents 2072 membres	ONG Naître et grandir Projet stronger Voices	Cotisations 75UM/personne	-consultations curatives(50%) - Forfait obstétrical (50% hospitalisation(forfait 5.000 UM)
6. Bata yakharé	Kaédi 2003	Quartiers de jeddida, Latin et gattaga 12.000 personnes	Groupements organisés de kaedi	ONG Bata yakharé Projet stronger Voices	Cotisations	- Etude de faisabilité finalisée Attente assemblée générale
7.Espoir des dames	Aioun 2003	Commune de aioun	Groupements organisés de Aioun 7000 membres	ONG espoir des Dames Projet stronger Voices	Cotisations	Etude de faisabilité en cours
8Mutuelle el Mina		Moughatta d'el mina 95 011 habitants		ONG ACP Projet »stronger Voices	Cotisations	-consultations curatives(100%) -prénatales(100%) -accouchements simples(100%) -maladies chroniques(100%) Toutes les prestations sont fournies au niveau primaire et secondaire
9.mutuelle de la CLTM	Nouakchott 2003			ODESTA Projet »stronger Voices	Cotisations	Etude de faisabilité en cours

Source : Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (2003) *Inventaire*

Un inventaire de ces expériences en 2003 a essayé de faire le point sur le progrès dans l'opérationnalisation des huit projets dans les cinq régions choisies (*voir tableau 9*). Tout en constatant que les différentes mutuelles en cours n'avaient pas toutes la même vitesse de croisière compte tenu de leurs dates de démarrage respectives, l'inventaire a montré que :

- Le nombre de bénéficiaires allait de près de 9.000 (en zone périurbaine de Nouakchott) à environ 2.000 (dans un village de la région du Brakna).

- Les mutuelles de Dioudé et de Wothié, implantées à partir de 2001 selon le modèle développé par le BIT/ACOPAM dans la sous-région, représentent les premières expériences dans le domaine de la

[74] Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique (2005) *Atelier*

mutualisation en Mauritanie, mais leurs champs d'action restaient assez restreints, comptant 136 adhérents pour 1225 bénéficiaires (Dioudé) et 109 adhérents pour 550 bénéficiaires (Wothie). Progressivement, avec l'implantation du projet « Stronger Voices », le personnel d'appui de l'ONG AMAD (Association Mauritanienne pour l'Auto développement) a été formé et appuyé (BIT/STEP) aussi techniquement que financièrement (FNUAP/UNICEF) dans le cadre du processus l'appropriation de l'approche. La spécificité de Dioudé était d'avoir un 'comité de sages' agissant comme garant de la « moralité » et de la régularité des cotisations. En cas de non paiement lié à des difficultés passagères, le comité des sages pouvait saisir les notables ou les ressortissants (immigrés) pour des contributions destinées à colmater les manques à gagner de la mutuelle.

- A Nouakchott, dans les deux sites pilotes de Sebkha et Al Mina, la spécificité était l'intégration, à travers le projet 'Maternité sans Risques', du mécanisme du 'forfait obstétrical' pour atténuer les difficultés liées à l'accessibilité financière aux soins et réduire le taux de mortalité maternelle. Cette expérience avait pour but de permettre le partage des dépenses de santé afférentes aux risques liés à la grossesse et à l'accouchement entre toutes les femmes enceintes (*voir section 6.6)* : la mise en place d'une mutuelle de santé en faveur surtout des groupements féminines était vu comme une façon de faciliter l'adhésion des ces femmes a la mutuelle par la réduction des exclusions causées par la faiblesse des revenus. [75]

Malgré les progrès certains de ces premières initiatives de mutualisation, quelques faiblesses et défis ont été signalés par un atelier national dès 2005, surtout par rapport aux aspects suivants : l'appui technique et financier; la reconnaissance juridique; la couverture restreinte ; et la prise en charge partielle des soins de santé par les mutuelles naissantes. Les recommandations de l'atelier concernaient la promotion des mutuelles par les campagnes d'information, éducation et communication; une gestion transparente ; et le choix d'un paquet de prestations conforme aux besoins des bénéficiaires.[76]

A l'heure actuelle, la documentation sur l'état d'avancement de ces expériences est lacunaire, à l'exception de la mutuelle de Santé de Dar Naim, une *moughataa* périurbaine de Nouakchott, soutenue par Caritas à travers le **Projet Santé Dar Naim (PSDN)** (*voir encadré 14*). Outre le soutien au développement de l'offre de soins de santé primaire à Dar Naim (construction de postes de santé, entre autres), le projet tente de renforcer et organiser la demande par la mise en place d'une mutuelle de santé ainsi que d'un fonds d'équité. Ensemble, ces actions cherchent à renforcer l'accessibilité géographique et financière des soins de santé. Suite à une étude de faisabilité, la mutuelle de santé a tenu sa première assemblée générale en mars 2004 et a été reconnue par récépissé no. 0099 du 17 novembre 2008.

A la fin de 2008, la mutuelle compte 7.833 adhérents contre 7.034 en 2005, et a collecté 3.201.845 UM de cotisations contre 1.513.850 UM en 2005. Elle a permis de prendre en charge 3.821 actes de soins en 2006. La mutuelle de santé est administrée par un bureau exécutif, dont les 7 membres sont bénévoles. Le fonds d'équité, quant à lui, a été crée en 2005 et a dépensé 1.066.035 UM en 2008 pour la prise en charge de 82 familles indigentes composées de 445 membres. Cette dépense est repartie comme suit : 57% pour les soins de santé ; 26% pour l'amélioration des conditions de vie ; 17% pour des activités génératrices de revenus (7 familles). Le PSDN dispose d'une équipe de 36 agents et 5 administrateurs, avec un budget de 82 millions d'ouguiyas soutenu depuis 1996 par MEMISA Belgique.[77]

[75] Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique (2003) *Inventaire*
[76] Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique *(2005)* Atelier
[77] *Caritas Mauritanie 2009-2010* ; Ba Abdoulaye Samba (2008), *Projet Santé Dar Naim* ; et entretiens avec les responsables de Caritas

Encadré 14. Données sur la Mutuelle de Santé de Dar Naim (2008)

Adhésions et Cotisations

- Adhésion familiales : 7.833 bénéficiaires /69.801 habitants (taux de couverture: 11%)
- Droits d'adhésion : 300 UM (US$1,20) pour toute la famille payable une fois
- Cotisations : 60 UM (US$0,24) par mois et par personne
- Recouvrement des cotisations : 3.201.845 UM (US$ 12.807) / 4.952.340 UM (US$ 19.809) attendues (taux de recouvrement : 65%)
- Les cotisations ne couvrent que les soins (75% des médicaments ; 75% de l'accouchement ; 75% des analyses….)
- Les frais de fonctionnement, formation, sensibilisation et suivi sont finances par Memisa Belgique

Prestations et couts

Prestations	Cout total	Cout moyen	Fréquence
Consultations + médicaments	1.592.162	290	5.494
Accouchement normal	160.851	2.437	66
Analyses de laboratoire au CS	87.150	814	107
Soins ambulatoires à l'hôpital	302.330	2.419	125
Accouchements référés à l'hôpital	27.500	5.500	5
Soins dentaires	32.885	1.495	22
Pharmacie privée	155.225	746	208
Césarienne	50.000	25.000	2
Hospitalisation	640.000	20.000	32
Total	**3.048.103**	**503**	**6.061**

Source : Ba Abdoulaye Samba (2008) *Projet Santé Dar Naim*

Perspectives pour l'avenir

Vu le succès de ce projet en zone urbaine, Caritas est en train d'adapter le modèle de mutuelle à une zone rurale (Bababe, dans le Brakna). Il y a certes encore de nombreux défis à surmonter aussi bien dans le renforcement de l'esprit de prévoyance et de solidarité de groupe au sein des populations différentes que dans les domaines de gestion et de soutien technique/financière (selon les responsables du projet, il faut compter sur un soutien financier et technique pendant au moins 10 ans avant qu'une mutuelle soit autonome et auto-suffisante). La présence d'ONG ou d'autres partenaires financiers et techniques capables de soutenir et accompagner ce genre d'initiative semble constituer l'un des facteurs majeurs de succès. Il faut aussi compter sur un engagement accru de l'Etat pour le renforcement de ces efforts et pour la création d'un environnement et des politiques favorables à leur réussite.[78]

La mise en place des mutuelles requière un réel partenariat entre prestataires et usagers à travers une vision commune des soins et à sa mise en œuvre dans le contexte quotidien du rapport entre malades et soignants. La vision commune suppose que les prestataires soient mieux outillés pour le fonctionnement des mutuelles de santé afin de concilier progressivement les attentes des prestataires et des usagers par le biais d'accords de partenariat solides, flexibles et faisant l'objet d'évaluation périodique. Cet échange formel peut également constituer le moment approprié pour sonder le degré de satisfaction des agents de santé et des clients, discuter des problèmes rencontrés et identifier les solutions possibles.[79]

Une fois les mutuelles développées et rendues fonctionnelles, c'est leur regroupement et leur mise en réseau qui devrait être considérés comme un axe stratégique approprié afin de renforcer leur efficacité et étaler leurs champs d'action, surtout en ce qui concerne la possibilité d'une meilleure couverture des soins

[78] Entretiens avec les responsables de Caritas

[79] BIT, Dakar (n.d.) Atelier *technique de sensibilisation sur le fonctionnement des mutuelles de santé*

hospitaliers (qui sont souvent hors de portée ou seulement partiellement couverts par les mutuelles individuelles de petite taille). Une expérience récente, conduite au Tagant et appuyée par World Vision, a regroupé 11 mutuelles de santé autour d'un Fonds de l'Union des Mutuelles, avec des résultats prometteurs, mais aussi des défis.[80] Selon les conclusions d'un atelier international (tenu en Mauritanie) sur ce sujet, la création de fédérations de mutuelles performantes pourrait servir à élargir la base d'adhésion de la mutuelle de santé par l'extension du risque à un plus grand nombre de membres, permettant ainsi des économies d'échelle qui contribueraient à consolider la situation financière des mutuelles individuelles, et favoriseraient la mise en place d'une gestion professionnelle (*voir encadré 15*).

Le même atelier a mis en exergue le rôle important que l'État devrait jouer dans l'accompagnement du mouvement mutualiste en général, et dans la mise en réseau de mutuelles de santé en particulier. Enfin, il a souligné la nécessité de disposer de ressources humaines compétentes pour appuyer et accompagner ces dynamiques et l'importance de davantage d'information et d'action/recherche pour mieux cerner les forces et les faiblesses de l'expérience des mutuelles de santé en générale, avant de mieux définir les modèles potentiels de leur mise en réseau, en fonction de la différences des contextes. Il faudrait aussi mieux définir le statut juridique des mutuelles de santé et de leurs réseaux. Une réflexion importante sur ces questions a déjà été entamée et mérite certainement d'être poursuivie.[81]

Encadré 15. Réflexions sur un cadre de concertation et de coopération entre mutuelles en Mauritanie

Sur sa lancée et dans la logique de son initiative visant à améliorer l'accès aux soins de référence, la mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm plaide pour la création d'un cadre de concertation entre les mutuelles existantes en Mauritanie. Il permettrait d'établir un système de solidarité transversale entre les mutuelles, de faciliter l'échange d'expériences et de former un ensemble plus solide et plus viable, répondant au principe que le tout est plus grand que la somme des parties. Ainsi les mutuelles seront plus aptes à engager un dialogue constructif avec l´État et à définir des conditions de collaboration pertinentes avec les prestataires de soins de référence. Notre expérience nous permet également d'insister sur l'urgence de mettre en place une base de données des coûts des soins de référence. Ce processus serait facilité par une coopération entre les mutuelles basée sur la concertation. La création d'une dynamique commune entre les mutuelles mauritaniennes pourra aussi faciliter l'appui aux mutuelles naissantes et l'accès à des sources de financement externes. Enfin, nous pensons qu'une concertation entre mutuelles pourra contribuer à faire émerger une réponse appropriée au problème de prise en charge des soins des indigents en Mauritanie.

Ba Abdoulaye Samba, dans 'La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest : l'union fait elle la force ?' (enseignements du colloque international de 2004 édités en 2007

1.6. LE FORFAIT OBSTETRICAL

Introduction

La mortalité maternelle en Mauritanie est l'une des plus élevées en Afrique, malgré une baisse sensible entre 2000 (747 pour 100,000 naissances vivantes, selon l'EDSM) et 2007 (686 p 100.000 naissances vivantes, selon le MICS). Cette situation se reflète également sur le taux de la mortalité néonatale élevée (43 pour 1000) qui représente plus de la moitié de la mortalité infantile (77 pour 1000). Parmi les principales causes indirectes des décès maternels serait la faible accessibilité géographique et surtout financière des femmes avec grossesse à risque aux soins maternels essentiels, en particulier à la césarienne. Le taux d'accouchement assisté est estimé à environs 60% (61% selon le MICS 2007 ; 60,2% selon l'EPCV 2008) et le niveau d'utilisation des services de santé par les populations reste relativement

[80] *Mise en orbite de l'union mutuelles de santé de Tidjikja* (http://www.cridem.org/)
[81] Institut de Médecine Tropicale, Anvers Belgique (2007) *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest : l'union fait elle la force ?* (enseignements du colloque international de 2004 édités en 2007)

bas.[82] Selon une étude sur santé et pauvreté, les coûts constituent la raison majeure de la non-utilisation des services d'assistance à l'accouchement.[83]

Dans l'absence d'un système de protection sociale, les frais engendrés par la prise en charge de la grossesse sont entièrement à la charge des parturientes, à l'exception des fonctionnaires dont les frais de santé sont couverts par l'Etat. Ces frais sont variables mais peuvent aller de 32 US$ en moyenne pour une grossesse et un accouchement non pathologiques à 333 US$ pour une césarienne. Ces coûts, qui sont trop élevés pour une grande majorité d'usagères, sont souvent responsables des retards observés dans la prise en charge des urgences au niveau de la seule maternité chirurgicale du pays située au sein du Centre hospitalier national (CHN) a Nouakchott.[84]

Afin de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, un système de prépaiement, nommé 'forfait obstétrical' a été initié en 2002 à Nouakchott dans le cadre du programme 'Maternité sans Risques', devenant opérationnel après deux ans dans cinq maternités et couvrant ainsi les besoins de la moitié des parturientes attendues dans la capitale (*voir encadré 16*).

Encadré 16. Mutualisation du risque comme solution a l'accès aux soins obstétricaux

La limitation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour des raisons financières est une des causes du taux élevé de mortalité maternelle dans les pays en développement et particulièrement en Mauritanie. La mutualisation du risque telle qu'elle est réalisée par le forfait obstétrical permet à toutes les femmes enceintes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse pour la somme de 22 US$ soit deux à dix fois moins que dans les autres maternités du service public. Les complications et les interventions chirurgicales en rapport avec la grossesse sont incluses dans l'offre de service. Outre la facilitation de l'accès aux soins, cette stratégie a pour objectifs l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence et l'assurance de meilleures conditions de travail pour les prestataires. Après cinq années d'expérience dans la capitale et plus de deux ans dans trois régions rurales, l'impact est très positif : on constate dans les quatre zones, grâce à une adhésion massive de la population, une augmentation croissante du nombre de prestations ayant abouti dans les zones rurales à un doublement du taux d'accouchements assistés. Le taux d'impayés est inférieur à 0,1% et le système totalement autonome une fois les investissements de départ réalisés. La gestion est assurée par un comité mixte usagères/prestataires/élus locaux, garantissant une transparence exemplaire. Ces premiers résultats ont incité le Ministère de la Santé à faire de la généralisation du forfait obstétrical une de ses priorités en fixant comme objectif une couverture de 80% du territoire d'ici 2010.

Source : Reynaudin et al. 2008

Après des résultats encourageants, le modèle à été étalé progressivement aux trois *moughataa* de Kiffa, Aïoun et Néma en 2005, à la commune d'Aleg en 2007 et aux villes de Kaédi et Nouadhibou en 2008. Aujourd'hui, le forfait obstétrical couvre 25% des accouchements dans le pays, visant 80% d'ici 2011, et une extension sur tout le territoire selon la politique nationale sanitaire 2006-2015, avec l'option d'y ajouter le suivi des nouveaux nés sous considération.[85]

Description du système

Basé sur le principe du partage du risque, le forfait obstétrical correspond à une cotisation de 22 US$ (5.500 ouguiya) réglée en une ou deux fois par la patiente au cours de sa grossesse, pour couvrir les frais de l'ensemble des soins liés à la grossesse, quels qu'en soient les modalités ou les complications éventuelles. Pour chaque grossesse, le forfait couvre :

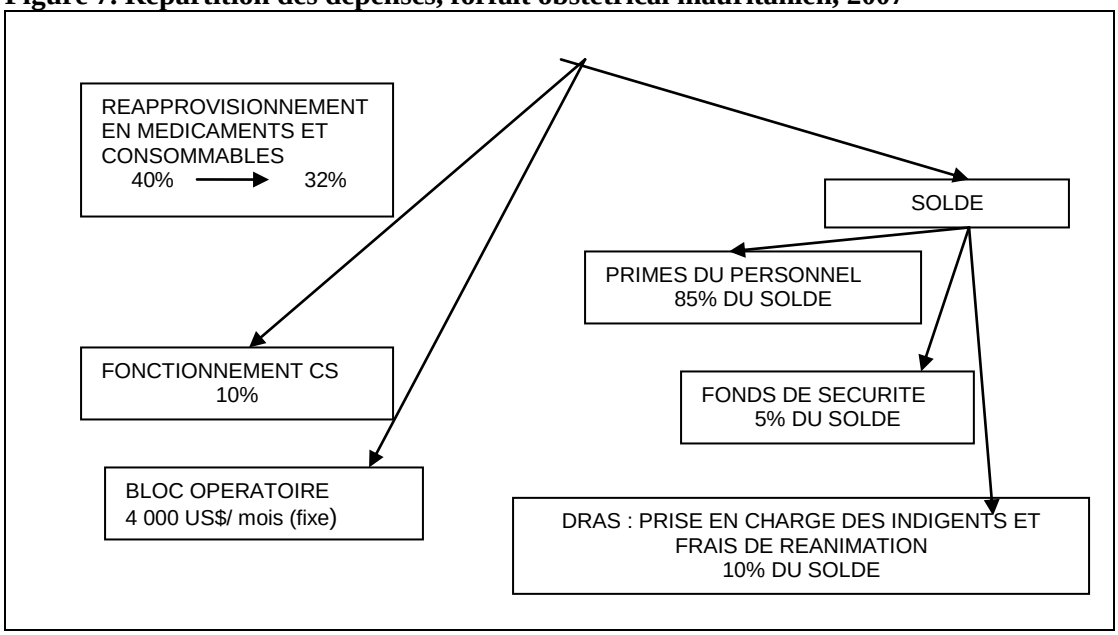
- quatre consultations prénatales avec fourniture des traitements prophylactiques ;
- un bilan biologique et une échographie au 1er trimestre ;
- les pathologies en rapport avec la grossesse ;

[82] *Note technique sur le forfait obstétrical, n.d.*
[83] MSAS/BM (2004) *Santé et Pauvreté*
[84] Reynaudin et al, 2008
[85] Reynaudin et al, 2008

- l'accouchement normal ou compliqué y compris la césarienne ;
- le transfert en ambulance vers la maternité de référence en cas de nécessité ;
- l'hospitalisation et la consultation postnatale (CPPN).

Un fonds de roulement initial (environs $70.000) permet le démarrage du système, qui est géré dans chaque endroit par un comité de gestion et un gestionnaire. Les recettes générées par les cotisations doivent : assurer le réapprovisionnement en médicaments et consommables; aider au fonctionnement des structures de santé pour compenser la perte des recettes sur la vente des médicaments selon l'initiative de Bamako; payer les gardes du personnel du bloc opératoire disponible en permanence; et assurer au personnel des maternités des primes destinées à compenser la perte des perceptions d'honoraires non officiels. Pour promouvoir la qualité, 30% des primes sont attribuées selon de critères méritants : respect de l'hygiène, ponctualité, respect des protocoles, qualité de l'accueil. La Direction Régionale à l'Action Sanitaire (DRAS) reçoit 10% des recettes afin de rembourser les frais occasionnés par les quelques transferts inévitables en réanimation : ce fond sert également à prendre en charge les médicaments et consommables des patientes les plus démunies estimées à 5% des usagères.[86] (*voir figure 7*)

Figure 7. Répartition des dépenses, forfait obstétrical mauritanien, 2007

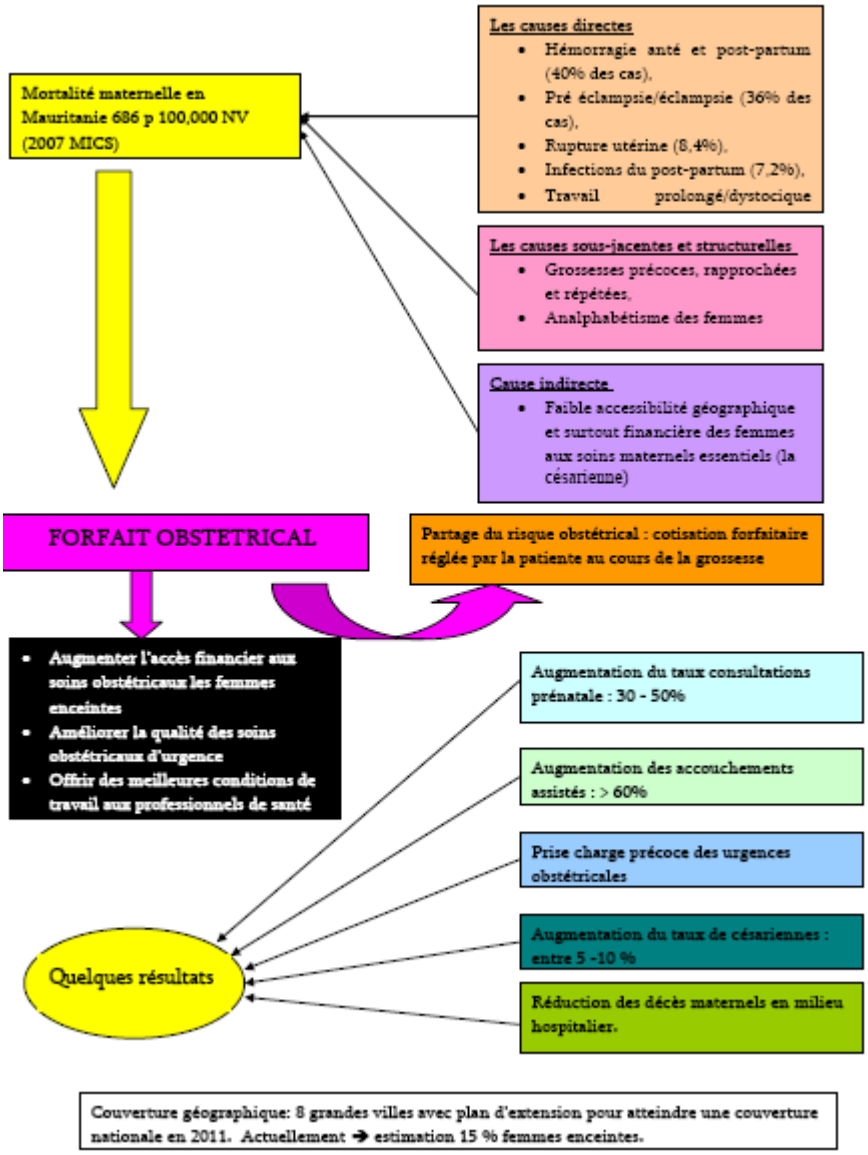


Source : Reynaudin et al, 2008

Le comité de suivi, présidé par le Préfet de région, est le garant de la bonne gestion du système, de la transparence dans la gestion des recettes et des dépenses, de l'équité dans la répartition des primes et du respect de la charte des droits et devoirs signés par tous les prestataires. Le monitorage, effectué par une sage femme de la DRAS et supervisé par le coordinateur du forfait, permet d'évaluer en permanence l'adhésion de la population, l'activité des maternités et la qualité des prestations offertes.

[86] Reynaudin et al, 2008

Figure 8. Cadre conceptuel du forfait obstétrical en Mauritanie



Source : *Note technique*, n.d.

Résultats

Le succès de cette initiative auprès de la population semble clair et le nombre croissant d'adhérentes ainsi que l'augmentation constante des activités en témoignent. Selon les résultats d'une revue du programme (2009) pour toutes les régions sauf Nouadhibou (où le taux d'accouchements assistés était auparavant supérieur à 85%), la mise en œuvre du forfait semble avoir eu des conséquences très positives sur le nombre de CPN et sur le taux d'accouchements assistés. Partout dans les régions, l'augmentation du taux d'accouchements assistés est au moins de 50%.[87] Selon une analyse détaillée en 2008 :

[87] Ministère de la Santé (2009) *Atelier national*

- **A Nouakchott**, le pourcentage de parturientes ayant adhéré au système de forfait dès la première CPN est passé de 90% à la fin de la première année à 98,2% en 2007. Entre 2003 et 2007, les adhésions ont augmenté de 77,8%, et le taux d'accouchements forfait représente désormais 77% de l'ensemble des accouchements de ces 5 maternités (contre 42,4% en 2003), preuve de la confiance de la population dans ce système. L'utilisation des services est plus fréquente pour les patientes adhérant au forfait avec un nombre moyen de consultations prénatales de 2,4 par patiente (1,7 hors zone forfait) et une couverture de consultation postnatale de 72,9% (45% hors forfait).

- **A Kiffa, Aioun et Nema**, entre 2004 et 2006, il y a eu une augmentation en consultations prénatales (63% à Aïoun, 97% à Kiffa et 190% à Néma) ; et en accouchements assistées (30% à Aïoun, 41% à Kiffa et 78% à Néma). Cette amélioration de l'accès aux soins permet au niveau de l'ensemble de la *moughataa* une augmentation très sensible du taux d'accouchements assistés, plus forte que celle enregistrée au niveau des maternités hospitalières, témoignant ainsi de l'effet d'entraînement de la mise en œuvre du forfait dans ces départements. L'adhésion au forfait obstétrical est massive (de 83% à 87% en première CPN) et ce mode de paiement est désormais choisi pour les 2/3 des accouchements.

- Une baisse de la mortalité maternelle hospitalière est également enregistrée - significative surtout pour **Kiffa et Néma**. [88]

L'expérience montre qu'avec des protocoles de gestion financière bien définis et une responsabilisation du comité de gestion devant les usagers, rigueur et transparence sont possibles. Après 5 ans de fonctionnement à Nouakchott et presque 3 ans dans les régions et une augmentation du montant du forfait de 10% au début de 2005 (20 à 22 US $), les comptes sont équilibrés et l'autonomie financière est assurée, à condition que les règles de bonne gestion soient respectées, notamment lors de l'achat des médicaments et consommables. Tout en restant accessible, ce tarif ne rend pas nécessaire le recours à un financement extérieur (partenaire au développement, association communautaire, état ou communes), dont la pérennité n'est jamais totalement assurée.[89]

Conclusions tirées des expériences et pistes de réflexion pour l'avenir

Le forfait ne constitue pas une démarche isolée, mais s'inscrit dans le cadre d'une approche globale visant à améliorer l'accès et la qualité des soins. Pour que le système puisse fonctionner de manière adéquate, il faut disposer, entre autres, de : ressources humaines appropriées, un équipement de base, un encadrement technique et un système rigoureux de suivi et de gestion, de mécanismes appropriés et transparents d'information et de communication comme aussi du soutien politique. La garantie d'une disponibilité permanente des consommables, la présence d'une équipe chirurgicale exclusivement consacrée aux urgences, l'organisation du système de référence et une tarification accessible sont probablement les points forts qui ont permis au forfait d'obtenir un tel succès auprès des femmes. De plus, ce mode de prépaiement concernant un événement existant dont on connaît le terme et dont le moment de l'intégration peut être choisi, correspond probablement mieux qu'une mutuelle classique aux capacités financières de populations ayant des revenus modestes et irréguliers. Par ailleurs, la rigueur dans la gestion et la transparence dans les procédures garantit viabilité et autonomie sans qu'aucune recapitalisation n'ait été nécessaire et ne soit à envisager. [90]

D'après les parties prenantes de cette initiative, l'augmentation très nette du nombre d'accouchements assistés au niveau des *moughataa* rurales montre l'effet d'entraînement du forfait et plaide pour une

[88] Reynaudin et al, 2008
[89] Reynaudin et al, 2008
[90] Reynaudin et al, 2008

extension rapide de l'approche vers les zones les plus périphériques, là où les besoins sont les plus marqués, les attentes les plus fortes et les efforts les plus nécessaires[91]. Mais il faudrait également intégrer la discussion concernant l'efficacité de cet outil et son expansion à une réflexion plus globale sur l'application des textes relatives à la gratuité ou la prise en charge des soins prioritaires au sein d'une reforme du système de financement de la santé. Comme précédemment mentionné, les femmes enceintes sont considérées, selon l'arrêté no.00733 du 16 avril 2003, comme des personnes en situation de vulnérabilité qui devraient bénéficier d'une prise en charge spécifique en ce qui concerne les consultations prénatales et postnatales et les soins préventifs ainsi que l'accouchement. En attendant que les conditions soient réunies pour la mise en application de cet arrêté dans son intégralité, le forfait obstétrical représente une mesure innovatrice très prometteuse.

Evidemment, le forfait obstétrical ne peut à lui seul résoudre l'énorme défi posé aux responsables des systèmes de santé par le drame de la mortalité maternelle. Mais, en vertu du rôle moteur et de l'effet d'entraînement qu'il a acquis, il est devenu en Mauritanie une stratégie incontournable dans la politique de santé maternelle. Le soutien politique, dont cette expérience a bénéficié depuis sa conception, est sans aucun doute un élément qui a favorisé jusqu'à ce jour sa pérennité. Les partenaires au développement (Agence française de développement, UNFPA, UNICEF et Coopération Espagnole) y ont aussi apporté un soutien considérable. L'extension de l'offre de soins du nouveau-né récemment envisagée devra elle aussi s'appuyer sur une volonté politique ferme au sujet de la définition d'une réelle stratégie de lutte contre la mortalité néonatale. [92]

Les travaux de groupe pendant l'atelier national sur le forfait obstétrical ont permis de dégager quelques recommandations spécifiques pour la pérennisation de cette initiative et sa généralisation à l'ensemble du pays (*voir encadré 17).*

Encadré 17. Recommandations de l'atelier national de coordination du forfait obstétrical

- **Au niveau central :**
  - Autoriser une augmentation du coût d'adhésion à 6500 UM
  - Clarifier la législation concernant la gestion du forfait (décret, arrêté, note de service …)
  - Garantir la disponibilité des médicaments et consommables utilisés par le forfait au niveau de la CAMEC et des DPR
  - Redéployer le personnel spécialisé au profit des régions (gynécologues, sages femmes et TSS d'anesthésie)
  - Construire une maternité à l'hôpital de Kiffa
  - Etudier les possibilités d'extension du bloc du CH Aïoun et de la maternité de l'HR d'Aleg
  - Réhabiliter les CS non exploitables comme Bababé, M'Bagne, M'Bout ….
- **Aux partenaires :**
  - Appuyer l'équipement des structures en équipements biomédicaux et autre petit matériel d'obstétrique
  - Participer à l'amélioration de la logistique : ambulances disponibles dans chaque CS candidat à l'extension (Kankossa, Barkéol, Bababé, Macta Lahjar …)
  - Appuyer techniquement et financièrement la généralisation du forfait
- **Au niveau régional:**
  - Redynamiser les comités de gestion du forfait par les DRAS et les structures hospitalières
  - Encourager la participation des usagères à la gestion et au suivi du forfait
  - Veiller à la disponibilité des médicaments et consommables au niveau des DPR
  - Assurer un meilleur redéploiement du personnel qualifié
  - Organiser des campagnes de sensibilisation au don de sang

Source : Ministère de la Santé, 2009, *Rapport de l'atelier national*

[91] Reynaudin et al, 2008
[92] Reynaudin et al, 2008

6.6 L'ASSURANCE MALADIE – LE CAS DU CNAM ET DES QUESTIONS SUR SON EXTENSION

Introduction

L'assurance maladie sociale est l'un des mécanismes de protection sociale assurant l'abordabilité des soins de santé. L'assurance maladie regroupe les risques sanitaires qui sont assurés sur la base des cotisations des membres et de leurs employeurs, ainsi que des subventions gouvernementales. La promotion de l'assurance maladie sociale constitue sans doute un mécanisme prometteur de financement de la santé dans les pays en développement. Cependant, l'un des ses principaux désavantages concerne la difficile couverture de populations à revenus instables ou limités et travaillant dans le secteur informel ou l'agriculture de subsistance. En Afrique de l'Ouest et du Centre, ceci présente un obstacle de taille, car seul un dixième de la population active est employé dans le secteur formel. Les niveaux élevés de pauvreté rendent difficile la cotisation des plus pauvres et des éventuelles subventions gouvernementales sont partout sujettes à des contraintes budgétaires.

Ces problèmes sont aggravés par une gouvernance défaillante et une faible capacité administrative. L'assurance maladie sociale a donc eu une portée très limitée dans cette région de l'Afrique. La seule exception semble être le Ghana, qui a établi un Système National d'Assurance de Santé qui concile des éléments de l'assurance maladie sociale avec l'assurance maladie mutualiste, et emploie des mesures fiscales pour subventionner le système et financer les exonérations. Cette initiative a réussi à étendre la couverture de l'assurance maladie à 45% de la population du Ghana à la fin de 2008, un niveau de couverture sans précédent dans la région.[93]

L'assurance maladie en Mauritanie

La Mauritanie a fait le choix d'un régime d'assurance maladie visant à garantir l'accès des moins nantis aux soins essentiels et à développer des mécanismes de solidarité et de partage du risque. Pourtant, l'étude réalisée par des experts internationaux a conclu à la nécessité d'agir par étapes pour arriver, graduellement et dans les meilleures conditions, à une couverture universelle, c'est-à-dire une assurance maladie pour l'ensemble de la population. C'est sur cette base qu'est née la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui est chargée de la gestion de ce régime d'assurance maladie.[94]

Selon l'ordonnance n° 2005-006 portant institution d'un régime d'assurance maladie, il est institué un régime d'assurance maladie de base obligatoire fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques, au profit des personnels visés ci-dessous, et de leurs ayants droit.

- aux parlementaires, et aux fonctionnaires et agents de l'Etat **(Groupe I)**;
- aux personnels des Forces armées, en position d'activité **(Groupe II)**;
- aux titulaires de pension de retraite de parlementaire, et aux titulaires de pensions de retraite, civiles ou militaires issus des groupes I et II **(Groupe III)**.[95]

En 2009, le système a été étendu pour couvrir également tous les établissements publics.

Dans ses premières phases, à partir de sa mise en opération en janvier 2007, le régime s'est limité aux catégories socioprofessionnelles considérées comme les mieux structurées du point de vue de l'organisation administrative et de la régularité des revenus, car la gestion de l'assurance maladie suppose une cotisation permanente et garantie à travers une adhésion obligatoire et un prélèvement à la source des

[93] ODI/UNICEF (2009) Note de Synthèse, Politiques Sociales. *Santé maternelle et infantile : les dividendes de la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*

[94] *Note sur le CNAM*

[95] RIM (2009) *Rapport initial sur la mise en œuvre du Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels* (E/C.12/MRT/1, 20 aout)

salaires. Pour les fonctionnaires, agents de l'Etat, parlementaires et personnels des forces armées en activité (ainsi que pour les employés des établissements publics) elle est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par les salariés, y compris les indemnités et primes. Pour les titulaires de pensions civiles et militaires, elle est assise sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayant cause servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe. Les cotisations sont engagées, ordonnancées, mandatées et payées mensuellement par les services compétents, concomitamment avec les traitements, salaires et pensions.[96]

***Prestations garanties* :** Le régime d'assurance maladie de base garantit pour les personnes mentionnées ci-dessus la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle. Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant. [97]

L'assurance maladie obligatoire donne droit au remboursement ou à la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs, et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes :

- les soins ambulatoires : prévention, consultation, traitement et services auxiliaires ;
- les soins hospitaliers : consultation, chirurgie, traitements non chirurgicaux, médicaments pendant le séjour hospitalier ;
- les médicaments listés ;
- les évacuations pour soins nécessaires listés ;

Sont exclues du champ des prestations garanties par le régime d'assurance maladie de base, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, et, en général, les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ou traditionnelle.

***Conditions et modalités de remboursement ou de prise en charge*:** Le régime d'assurance maladie prévu par la présente ordonnance garantit le remboursement ou la prise en charge directe de tout ou partie des frais de soins par l'organisme gestionnaire, l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Celui-ci conserve la liberté de souscrire un régime complémentaire d'assurance maladie, en vue de couvrir les frais restant à sa charge. Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

La liste des maladies donnant droit à exonération et les conditions dans lesquelles cette exonération est accordée sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances, de la Santé, de la Fonction Publique et de la Défense Nationale.

Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'organisme gestionnaire est effectué :

- à l'acte, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- sous forme de forfait, par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de dotation globale ou de prépaiement ;
- sous forme de capitation.

[96] *Note sur le CNAM*
[97] Voir aussi *chapitre 5* sur le système de sécurité sociale en Mauritanie

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par arrêté des ministres chargés des Finances et de la Santé sur proposition de l'organe délibérant de l'organisme gestionnaire.

La tarification nationale de référence pour le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties et pour les médicaments est fixée :

- par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances et de la Santé le cas échéant ;
- par voie de convention négociée, en application du chapitre II du présent titre.

Pour les appareillages et dispositifs médicaux, les tarifs nationaux de référence sont approuvés par les ministres chargés des Finances et de la Santé, sur proposition de l'organisme gestionnaire.

Les prestations garanties au titre du régime d'assurance maladie de base ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits ou exécutés sur le territoire national. Toutefois, les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être admises, lorsque le bénéficiaire tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger.

Les prestations dispensées à l'extérieur du territoire national aux bénéficiaires de l'organisme gestionnaire peuvent être également admises, lorsque le bénéficiaire fait l'objet d'une évacuation sanitaire à l'étranger, faute de pouvoir recevoir en Mauritanie les soins appropriés à son état. Dans ce dernier cas, le remboursement ou la prise en charge demeure subordonné à l'accord préalable de l'organisme assureur. L'assuré conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant, du paramédical et du fournisseur des appareillages et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, sous réserve des mesures de régulation fixées par les textes relatifs à l'assurance maladie.

Ressources financières : Les ressources du régime d'assurance maladie sont constituées par :
Les cotisations prévues par l'Ordonnance n° 2005-006 portant institution d'un régime d'assurance maladie, et les majorations, astreintes et pénalités de retard qui leurs sont éventuellement appliquées :

- ✓ les produits financiers ;
- ✓ le revenu des placements et valorisation des fonds ;
- ✓ toutes autres ressources attribuées au régime d'assurance maladie de base, en vertu de législation ou de réglementations particulières ;
- ✓ Subventions, dons et legs.

L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de rémunération des personnes assujetties. Pour les Groupes I et II, la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par les salariés, y compris les indemnités et primes. Pour le Groupe III, la cotisation est assise sur le montant global de l'ensemble des pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayant cause servies par les régimes de retraite de l'assuré, à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Le taux de cotisation est fixé par décret. Il doit être calculé de manière à assurer l'équilibre financier des opérations relatives à chacun des trois groupes d'assujettis, en tenant compte des sommes soumises à cotisation, des charges des prestations, des coûts de gestion administrative et du prélèvement pour chacun des trois groupes d'assujettis, ainsi que pour alimenter les réserves prévues ci-dessous (*voir encadre 18*).

Encadré 18. Caractéristiques de l'assurance maladie gérée par la CNAM

Catégories couvertes par la CNAM

Conformément aux dispositions de l'Ordonnance n° 006-2005 du 29 septembre 2005, le régime d'assurance maladie de base obligatoire institué, s'applique aux trois groupes d'assurés suivants :

- les parlementaires, fonctionnaires et agents de l'Etat ;
- les personnels des Forces armées en position d'activité ;
- les titulaires de pension de retraite civiles ou militaires issus des deux groupes précédents.

Bénéficiaires du régime d'assurance maladie

Sont considérés comme bénéficiaires du régime d'assurance maladie :

- l'assuré social ;
- le conjoint de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- les enfants de l'assuré, sans limite d'âge, s'ils sont atteints d'un handicap les empêchant d'exercer une activité rémunérée.

Taux de cotisation au régime d'assurance maladie

Conformément au Décret n°2006-144 fixant les taux de cotisation au régime d'assurance maladie, les taux de cotisation correspondant à chaque groupe d'assurés et celui supporté par l'Etat sont fixés comme suit :

- Les fonctionnaires et agents de l'Etat-- ---------- 4%
- Les parlementaires ---------- 5%
- Les personnels des Forces armées en position d'activité ---------- 4%
- Les titulaires de pensions de retraites ----------2,5%
- L'Etat, en tant qu'employeur ---------- 5%

Taux de remboursement des soins et actes médicaux

Conformément au Décret n°2007-042 fixant les taux de couverture et les modalités de remboursement des prestations de soins par la CNAM, les taux de remboursement des prestations sont fixés comme suit :

- **80%** pour les consultations, les examens biologiques et radiologiques ;
- **67%** pour les médicaments, avec un plafond de co-payement de **1.500 UM** par médicament, c'est-à-dire que la part à payer par l'assuré ne doit pas dépasser ce montant, quelque soit le prix du médicament;
- **90%** pour l'hospitalisation, avec un plafond de co-payement de **10.000 UM** par hospitalisation ;
- **100%** pour les évacuations à l'étranger.
- **90%** pour la rééducation fonctionnelle.
- **100%** pour la dialyse.
- **Exonération partielle ou totale** du ticket modérateur pour les Affections de Longue Durée (ALD).

Les remboursements se font sur la base d'une tarification propre à la CNAM et sur la base des montants facturés uniquement pour les soins effectués à l'étranger.

Modalités de remboursement et de prise en charge

- Pour les soins ambulatoires (consultations, examens radiologique et biologique, rééducation fonctionnelle), l'assuré paie la totalité des factures dues et sollicite le remboursement à la CNAM;
- Pour l'hospitalisation et les soins ambulatoires effectués dans les établissements de soins publics, l'assuré paie uniquement le montant correspondant au co-paiement;
- Pour les évacuations, l'assuré bénéficie d'une prise en charge des frais de soins, avec un forfait pour son hébergement, son transport, et celui de l'accompagnant en cas de besoin. (selon spécifications détaillées)

Source : Note sur le CNAM

Lorsque les contraintes de l'équilibre financier du régime de base l'exigent, la cotisation peut être modulée entre les groupes d'assujettis, et répartie entre ces groupes et l'Etat. En cas de déséquilibre, le réajustement du taux de cotisation est opéré par décret.

L'Etat s'est fermement engagé pour la réussite de cette expérience et fournit la plus grosse contribution financière à la Caisse, en sa qualité d'employeur

L'organisme gestionnaire est tenu d'appliquer un plan comptable spécifique, en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur. Il tient une comptabilité séparée pour les opérations relevant de chaque groupe d'assurés.[98]

Activités du CNAM : Depuis son entrée en phase opérationnelle, la CNAM s'est attelée à réaliser les tâches dévolues à ses services, qu'il s'agisse des opérations d'immatriculation des bénéficiaires, du remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, des prises en charge pour des hospitalisations dans les structures médicales nationales ou des évacuations sanitaires vers l'étranger. Des bureaux CNAM ont été ouverts dans les hôpitaux publics de Nouakchott pour accueillir les patients, les orienter et leur faciliter l'accomplissement des formalités, ainsi que le contact avec les praticiens. En même temps, une procédure d'urgence a été instituée pour permettre à tout assuré muni d'un billet d'hôpital de recevoir, dans les 24 heures, un livret d'assurance maladie, sur présentation de son dossier d'immatriculation. En outre, des discussions sont en cours avec les structures publiques de santé (hôpitaux, centres et postes de santé), en vue de déterminer des mécanismes de nature à simplifier pour les assurés les procédures de payement et de remboursement.

Remboursement des frais de soins et du prix des médicaments : La CNAM pratique des taux fixés par décret, sur la base d'une tarification établie par arrêté ministériel, à partir d'études techniques menées par un bureau international spécialisé pour s'assurer que les tarifs pratiqués par les structures publiques pour les consultations médicales et les analyses de laboratoires entrent dans les normes. Le secteur privé est appelé, de son côté, à faire un effort dans ce sens, s'il veut respecter le jeu de la concurrence et fidéliser une partie des assurés de la Caisse. Au même temps, le CNAM continue à inciter les médecins à prescrire les médicaments essentiels et les génériques pris en charge par la CNAM, au lieu de leurs équivalents pharmaceutiques, afin de faire profiter les assurés de remboursements avantageux.

Contrats a l'intérieur et a l'extérieur : Dans le but de garantir à ses affiliés l'accès au plus grand choix en matière de soins et de médicaments, la CNAM a signé des conventions avec près de 226 structures médicales et pharmaceutiques, en plus de 64 centres de santé et 450 postes de santé, couvrant ainsi l'ensemble du territoire national. Concernant les évacuations sanitaires, la CNAM a déjà signé des conventions avec 13 structures médicales couvrant le Maroc, la Tunisie, le Sénégal et la France. Elle est en négociation avec plusieurs autres structures médicales spécialisées à l'étranger pour la signature de conventions qui permettront aux assurés de bénéficier des meilleures prestations existantes dans les pathologies pour lesquelles ils pourraient être évacués.

La population couverte par la CNAM, avant l'extension a tous les établissements publics en 2009, est estimée à 250,000 personnes. En 2008, plus de 156.000 personnes ont déjà été inscrites à la CNAM (assurés principaux et ayants droits). La CNAM dispose d'un budget annuel de l'ordre de 5 milliards d'ouguiyas dont 30% pour le fonctionnement, 25% pour la prise en charge des soins à l'étranger (évacuation) et le reste pour la prise en charge des soins au niveau national.

6.8 LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

Dans les politiques

Le cadre juridique en Mauritanie prévoit depuis les années 1960 le certificat d'indigence et le certificat de prise en charge des indigents institués respectivement par le décret No 60-054 du 04- 05- 1960 portant

[98] RIM (2009) *Rapport initial sur la mise en œuvre du Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels* (E/C.12/MRT/1, 20 aout)

réglementation de secours attribués aux indigents et économiquement faibles sur les fonds du budget de l'état et la loi 67-039 du 03-02-1967 instituant un régime de sécurité sociale. Parmi les sources juridiques relatives à l'appui aux indigents, le paragraphe n. 646 de l'article 64 du chapitre 61 de la classe 6 de la nomenclature budgétaire des communes institue une rubrique portant sur le secours aux indigents et le paragraphe 642 qui institue à son tour des subventions aux malades. Le cadre juridique s'étoffe du décret 009 du 10 juillet 1998 précisant les missions de la Direction de l'Action Sociale (DASS) qui portent, entre autres, sur la politique d'aide et de protection sociale ; la législation sociale ; et les mesures d'assistance en faveurs des couches sociales défavorisées, y compris les indigents.[99]

D'une époque plus récente, et s'agissant spécifiquement de la prise en charge des soins médicaux, la Politique Nationale de la Santé (2005) stipule que « dans le domaine de la protection sociale, la présente politique devra assurer la prise en charge des soins de santé de la majorité des personnes en situation de grande pauvreté et d'exclusion sociale. » Ce devoir est réglementé dès 2003 par un décret et un arrêté.

Le ***Décret no. 2003-006 du 4 février 2003***[100] stipule que « *les conseils et les comités de santé doivent s'assurer de l'accès des populations à des soins de santé de qualité, et ce de manière équitable*. » Ils sont, particulièrement, chargés de « *veiller à la prise en charge des malades démunies* ». La prise en charge « *des indigents en ambulatoire* » serait l'une des postes de dépenses pour les recettes générées par le recouvrement des coûts; les fonds de sécurité générés par le système seront également utilisés « *en priorité à la participation communautaire dans la prise en charge médicale des patients démunis et le financement des actions sociales. Cette prise en charge se fera sur la base de critères qui seront définis par arrêté du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales* ».

L'Arrêté no. 00733/2003 du 16 avril 2003[101] du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales fixe « *les modalités de prise en charge des soins des patients démunis* » et identifie « *les conditions de prise en charge financière des soins des patients démunis et des groupes vulnérables dans les structures sanitaires publiques* ».

Pour les personnes 'démunies', définies comme « *les personnes sans aucune ressources et ayant perdu tout appui social et familial* », la prise en charge est 'intégrale' et concerne, en particulier :

- Les malades atteints de pathologies graves et chroniques : tuberculose, lèpre…
- Les handicapés lourds, physiques et mentaux sans activités et sans appui
- Les femmes chefs de ménage, sans revenu et sans soutien
- Les enfants en difficulté et les orphelins sans soutien familial.

Au même temps, comme mentionné ci-haut, il y a certaines « *personnes en situation de vulnérabilité ou atteintes de pathologiques spécifiques* » qui bénéficieront, selon l'arrêté, « *d'une prise en charge spécifique* ». En ce qui concerne les indigents parmi ces catégories vulnérables, il s'agit des patients atteints de maladies chroniques (hypertension artérielles, diabète, sida)

L'arrêté note que toutes les urgences médicales et chirurgicales doivent être traitées sans délai et sans condition de ressources et que les frais inhérents à ce traitement seront pris en charge sur les fonds destinés aux indigents, si le patient relève de ces dispositions.

---

[99] MSAS/GTZ (2002) *Formulation d'une proposition de prise en charge des soins des indigents dans le contexte Islamique des deux Hodhs* (Dr. Dah Ould Khtour)

[100] RIM, Premier Ministre, *Décret no. 006/2003 du 04 février 2003 abrogeant et remplaçant le décret 92/027 du 6 juillet 1992 régissant le système de recouvrement des couts et les prestations des services des formations sanitaires publiques*

[101] RIM, MSAS, *Arrêté no. 00733/2003 du 16 avril 2003 fixant les modalités de prise en charge des soins des patients démunis*

L'arrêté stipule également la mise en place d'un comité 'devant statuer sur l'indigence' au niveau de toutes les structures de santé, composé de l'Imam de la Grande Mosquée ou un magistrat (Président); un représentant de la commune; un représentant des ONG ou des associations communautaires; le médecin chef de l'hôpital ou du centre de santé; et le chef du service social régional. Ce comité est chargé de : faire les enquêtes sociales; identifier les personnes indigentes; créer et gérer une base de données; et gérer les fonds de prise en charge des indigents.

Au niveau primaire, la gestion de la prise en charge de l'indigence serait assurée par les comités locaux, tandis qu'au niveau des hôpitaux régionaux, la prise en charge serait assurée par un fonds constitué par la participation de toutes les structures sanitaires de la *wilaya*, y compris l'hôpital, et par la participation de l'Etat. Ce fonds resterait ouvert à d'autres contributions (partenaires, ONG, dons et legs) et serait versé dans un compte bancaire, ouvert à cet effet, qui serait cosigné par le président du comité de l'indigence et le chef du service social régional. Au niveau des structures tertiaires, la prise en charge des indigents est assurée conformément aux dispositions du décret no. 006/2003 du 04 février 2003.

Dans la pratique

Selon le directeur de santé de base, la mise en application de ces stipulations a connu des difficultés. Entre autres, la détermination de 'l'indigence' s'avère très difficile. Il n'y a pas encore une définition préalable de critères 'objectifs' et reconnus au niveau national, ce qui laisse trop de marge d'interprétation aux comités locaux. Quand ils existent, ces comités ne possèdent pas la capacité technique ni les outils nécessaires pour mener les enquêtes d'identification et de vérification dans ce domaine. Il n'y a pas eu non plus un suivi rigoureux de la mise en application de cet arrêté et le manque de documentation rend difficile l'analyse, selon les niveaux (primaire, secondaire, tertiaire), du volume des fonds d'indigence et des prises en charge, de la composition et le fonctionnement des comités et des points forts et points faibles du système.

Plusieurs sources confirment l'existence de plusieurs défis. L'étude sur santé et pauvreté en 2004 à remarqué que :

> « *Le pouvoir discrétionnaire des comités de gestion dans l'utilisation des ressources générées par le recouvrement des coûts ne couvre que les 60 % des marges bénéficiaires affectés au fonctionnement et la motivation du personnel de santé. Le fonds de sécurité ne peut être utilisé qu'après approbation du ministre de la santé : seule la wilaya de Nouakchott a exceptionnellement utilisé à une échelle significative les ressources du fonds de sécurité sous l'initiative du CDSS de la wilaya* ».[102]

Une étude conduite à Nouadhibou, qui passe en revue les dispositions juridiques pour la prise en charge des indigents, remarque :

> « *Toujours est-il que la générosité des textes ne s'est pas accompagnée des moyens pour la faire appliquer : les services sociaux sont démunis face à la pression d'une demande de soins en progression. Les certificats d'indigence, souvent établis avec complaisance, ne donnent, en pratique, accès qu'à la gratuité du lit d'hôpital. En outre, la plupart des structures de santé, dont celles de la wilaya de Nouadhibou, n'ont pas encore mis en place des comités devant statuer sur l'indigence. On avait parlé de l'existence de listes à la Commune et auprès des mosquées. Mais cela s'est avéré inexact*. »[103]

[102] MSAS/BM (2004) *Santé et pauvreté*

[103] Ould Mohamed, Isselmou (n.d.) *Etude sur l'indigence a Noudahibou- Rapport de Synthèse, version finale* (Projet d'appui a la mise en marche, l'organisation et gestion du centre hospitalier de Nouadhibou)

Selon l'enquête sur la traçabilité des dépenses en santé, la plupart des comités de santé et des structures de soins seraient sensibilisés au problème. Cependant, la moitié des centres de santé et 60% des postes de santé enquêtée ne disposeraient pas d'un système d'exonération bien défini concernant la prise en charge des indigents. « *Dans ce domaine* », selon la conclusion de cette étude, « *il est flagrant que des progrès notables doivent être réalisés pour que les couches les plus pauvres de la population puissent avoir accès aux soins de santé*. » [104]

Une autre étude sur la réforme hospitalière a noté que les coûts des soins dans les hôpitaux restent inaccessibles pour une catégorie de la population, à savoir les indigents. Les malades de cette catégorie sont, *en général*, munis d'un certificat d'indigence délivré par la commune, qui leur donne la possibilité d'être pris en charge à l'hôpital. Mais la prise en charge des soins des indigents au niveau des hôpitaux pose un double problème : d'une part, tous les indigents ne bénéficient pas de ce mécanisme, ce qui soulève la question d'équité dans l'accès aux soins; et d'autre part, les hôpitaux ne recouvrent pas leurs « *créances indigents* », ce qui compromet leur équilibre financier. Signalant que *«l'accessibilité financière des soins constitue un défi majeur de la réforme hospitalière et probablement son volet le plus complexe à réaliser* », l'auteur de l'étude recommande «*la suppression de toute gratuité, qui doit être remplacée par un système de tiers payant*» (voir encadré 19).

Le même auteur ajoute que, par rapport au financement de la demande de soins, et dans une approche dépassant le strict cadre hospitalier :

> « *la réflexion devra déboucher à terme sur un système combinant prévoyance sociale et solidarité nationale et généralisant le principe du tiers payant. Ce chantier nécessite une approche intersectorielle et l'apport du BIT et/ou d'un cabinet d'expertise international compétent dans les systèmes de protection sociale pourrait être sollicité. Il pourrait déboucher sur une grande loi de financement de la santé relative à la prévoyance sociale et à la solidarité nationale* ». En attendant, il recommande plutôt « *la prise en charge financière par l'Etat des urgences vitales pourrait être instauré selon des mécanismes et des modalités garantissant transparence et équité* ». [105]

Encadré 19. Recommandations pour un système de tiers payant pour les soins hospitaliers

Même subventionnés, les tarifs hospitaliers ne sont pas supportables par la majorité de la population et posent de difficiles problèmes d'accès aux soins d'une grande partie de la population. Il est cependant nécessaire de distinguer ceux qui sont en mesure de s'acquitter d'une cotisation périodique de rémunération, de ceux qui en sont totalement incapables.

La première catégorie comprend non seulement les classes supérieures et moyennes de la société, mais aussi les classes populaires qui bien que pauvres ne peuvent pas être considérées comme démunies. Cette première catégorie peut bénéficier d'une prise en charge en tiers payant par une mutuelle, qui a l'avantage de s'appuyer sur des principes de solidarité et exclue toute sélection de risque, alors que les assurances privées éliminent ou surtaxent les patients qui présentent un risque particulier.

La deuxième catégorie correspond aux personnes complètement démunies et qui sont dans l'impossibilité totale de faire face à la moindre dépense de santé et nécessitent en conséquence une prise en charge totale de leurs soins. Cette deuxième catégorie nécessite la mise en place d'un système de prise en charge lors des recours aux soins reposant sur l'application de certains principes :

- Suppression de toute gratuité : lorsqu'une personne n'est pas en mesure de payer les tarifs demandés, ils sont traités et leur prise en charge financière est assurée par un organisme ad hoc de tiers payant ;

[104] C2G Conseil et BINOR& associés (2006) *Enquête sur la traçabilité des dépenses publiques du secteur de la santé*
[105] Kopp (2007)

- Octroi au niveau de chaque commune d'un certificat d'indigence, aux personnes considérées comme démunies par un groupe de représentants de la société civile et de la société religieuse ;
- Mise en place d'un fonds national de solidarité dont le mode de gestion reste à préciser ;
- Mise en place dans chaque commune d'un fonds communal d'action sociale, qui assurera la prise en charge des frais d'hospitalisation et adressera au fonds national de solidarité le dossier du patient pour remboursement.

Un tel système aura pour avantage de laisser le temps de vérifier le bien fondé de la demande de remboursement et surtout de dépersonnaliser l'aide sociale : seules les communes peuvent solliciter une prise en charge, interdisant à tout individu de jouer de ses relations sociales pour obtenir ce qui devient en fait un privilège

Source : Kopp, 2007

Une autre analyse soulève également des défis pour les soins hospitaliers des indigents (*voir encadré 20*).

Encadré 20. La prise en charge des soins hospitaliers des indigents : un défi à confronter

Il existe en Mauritanie un système public généreux pour la prise en charge des soins hospitaliers des indigents. Le ministère de la Santé et des Affaires Sociales offre aux indigents la possibilité d'accéder gratuitement aux soins dans les hôpitaux de référence par la délivrance d'une prise en charge de la Direction des affaires sociales. Mais définir l'indigence est difficile et identifier les ménages qui devraient bénéficier de ces soins gratuits l'est encore plus. En pratique, cette couverture sociale est également accordée à des non-pauvres, et rares sont les plus pauvres qui font la démarche. Même si les moyens financiers prévus sont importants, ils ne permettent pas de prendre en charge tous les soins des personnes qui se présentent avec une carte d'indigence. Pour cette raison, seuls l'hospitalisation et les examens complémentaires sont couverts, et même pour ces prestations, une participation financière est exigée des bénéficiaires. Les véritables indigents ne sont pas capables de la payer.

Ce régime généreux engendre donc un clientélisme fâcheux, et n'atteint pas son objectif d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers des indigents. De leur côté, les mutuelles de santé n'ont pas les capacités financières et organisationnelles pour répondre au problème de l'indigence. Ces fonds de l'Etat étant géré par les hôpitaux, une piste serait d'inclure dans la négociation hôpital-mutuelle des clauses relatives à l'utilisation de ces fonds pour l'hospitalisation des plus pauvres. On pourrait imaginer différentes modalités, telles un partage des coûts entre la mutuelle et le fonds de l'État pour les soins prodigués aux plus pauvres, ou un rôle d'identification des indigents pour la mutuelle.

Bâ Abdoulaye Samba 'Les mutuelles de santé et l'accès à l'hôpital : Perspective de la mutuelle de santé de Dar-Naïm' (dans *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest : l'union fait elle la force ?* (enseignements du colloque international de 2004 édités en 2007)

Parmi les documents disponibles sur les expériences de prise en charge des indigents en Mauritanie, deux portent sur l'expérience menée par l'ONG Caritas au sein du projet Santé Dar al Naim,[106] et deux autres font partie des documents de projets pilotes pour l'identification des indigents dans les deux Hodhs et à Nouadhibou. [107]

L'expérience de Caritas

En 2005, un fonds d'équité a été greffe sur la mutuelle de santé Dar Al Naim avec l'appui financier de Memisa Belgique. L'objectif est la prise en charge des soins des plus pauvres y compris dans les structures de référence. Les principales caractéristiques du processus sont les suivantes :

[106] Ba Abdoulaye Samba (2008) ; Flash Info (2009); Caritas Mauritanie (2009)

[107] MSAS/GTZ (2002) *Formulation d'une proposition de prise en charge des soins des indigents dans le contexte Islamique des deux Hodhs* (Dr. Dah Ould Khtour) ; et Ould Mohamed, Isselmou (n.d.) *Etude sur l'indigence a Nouadhibou- Rapport de Synthèse, version finale* (Projet d'appui a la mise en marche, l'organisation et gestion du centre hospitalier de Nouadhibou)

- Un processus de mise en place participatif avec l'implication des partenaires locaux et des acteurs clés de différents secteurs (santé, religion, politique, communauté)
- Définition participative de critères d'identification des indigents et établissement d'une première liste: malade mental errant ; personne du troisième âge démunie sans encadrement familial ne pouvant assurer son alimentation au quotidien ; orphelin ou enfant abandonné sans appui et sans ressources ; personne handicapée sans appui et sans ressources ; ménage sans ressources, vivant dans un habitat précaire et sans appui extérieur ; enfant en rupture avec la famille et vivant dans la rue)
- Confrontation avec la réalité sur le terrain et réalisation que « les critères d'inclusions établis n'étaient pas très pertinents », menant à une redéfinition d'autres critères et vérifiés a partir des observations au cours de visites à domicile : précarité de l'habitat et des équipements de la maison ; propreté, santé et nutrition des enfants ; scolarisation des enfants ; estimations des revenus
- Démarches pour l'élaboration d'une fiche d'identification et processus d'identification des indigents : Méthodes de cercles concentriques
- Interventions prévues et actuelles
- Elargissement très vite d'une approche basée sur l'accès aux soins a une approche plus large aux besoins plus larges (habitat, nourriture, éducation, AGR, réinsertion sociale) (Leçon acquise : la première priorité de l'indigent n'est pas toujours sa santé)

En 2008, le fonds d'équité a dépensé 1.066.035 UM pour la prise en charge de 82 familles indigentes composées de 445 personnes. Cette dépensé est repartie comme suit : 57% pour la santé (y compris prise en charge les frais d'adhésion et des cotisations pour l'adhérence a la mutuelle); 26% pour l'amélioration des conditions de vie ; 17% pour des activités génératrices de revenus (7 familles). [108]

Deux projets d'identification et de prise en charge des indigents

A la recherche des solutions aux problèmes constatés dans l'application des textes stipulant la prise en charge des indigents, deux études menées respectivement dans la zone rurale des 2 Hodhs et le centre urbain du Nouadhibou, ont essaye d'abord d'établir les processus pragmatiques pour l'identification des indigents ; et par la suite de proposer les démarches pour leur prise en charge.

L'étude dans les 2 Hodhs

Cette étude passe en revue les méthodes internationales de ciblage des pauvres et les plus pauvres, s'interroge sur les forces et faiblesses des catégories économiques et sociales de classification de la vulnérabilité, met en relief les notions de capacité/incapacité, ainsi que permanence/conjoncture, et s'inspire des catégories locales de pauvres/indigents, en identifiant les distinctions faites entre le *Faghir* (pauvre) et le *Miskine* (indigent) selon le droit islamique ou les règles de *Nissab* et *Zakat* entrent en jeu. L'étude arrive à la conclusion que le regroupement de ces différentes définitions donne quatre grands paramètres de référence de l'indigence qui doit être prise en compte d'une façon dynamique et contextuelle à savoir :

- L'absence de revenu
- L'absence de capital de production
- L'absence de capacité physique ou mentale de travailler.

Selon ces paramètres, la personne 'indigente' est « incapable de produire les ressources d'entretien vital pour son alimentation journalière » et « ne détient aucune ressource d'entretien vital ». L'indigence dans le contexte des deux Hodhs serait, donc, « la situation d'incapacité de satisfaire le besoin vital d'alimentation élémentaire pour la personne ou la famille. » Selon cette définition, il a été estime que la population indigente était entre 6-10% des populations dans les zones pilotes de Hodh el Gharbi.

[108] Ba Abdoulaye Samba (2008) ; Flash Info (2009); Caritas Mauritanie (2009)

Sur ces bases, la mise en place d'un projet pilote d'identification et de prise en charge des indigents a été proposée. Selon les commentaires plus tard, la pérennité du système n'était pas assurée et l'engagement des principaux acteurs (état, collectivités locales et communautés) s'est avéré insuffisant. Néanmoins, selon ces commentaires, le projet a eu quelques résultats positifs et a montré qu'il est passible de dresser des listes d'indigents sur des bases acceptables, d'établir une carte d'indigence qui procure à son détenteur une prise en charge systématique des soins ; et de mettre en place des caisses, régulièrement alimentées pour le financement des charges ; et de mettre en place des comités d'indigence fonctionnels. [109]

L'étude à Nouadhibou

Cette étude cherchait à : établir une définition opérationnelle et consensuelle de l'indigence en milieu urbain; renforcer la connaissance de la proportion des indigents à Nouadhibou, à partir de la réalisation d'un recensement après élaboration d'un questionnaire, de l'analyse et de l'interprétation des résultats ; établir une liste des indigents à Nouadhibou, conformément aux critères retenus ; et proposer i) un modèle de carte d'indigent ; ii) les modalités de prise en charge des indigents par le CHN (répartition des charges) ; et iii) des structures de décision, de gestion et de suivi de la prise en charge des indigents de la *wilaya* de Nouadhibou. Selon l'auteur de l'étude, au sein de la population considérée comme pauvre, les indigents sont communément définis comme ceux, qui, pour diverses raisons, ne disposent pas de moyens suffisants pour satisfaire leurs besoins élémentaires, dont notamment l'accès aux soins médicaux. Sur cette base, il a estimé qu'environ 5000 personnes à Nouadhibou seraient indigentes ou dans une situation de précarité qui justifie leur prise en charge. Déterminés selon un processus consensuel, et s'approchant aux catégories de l'Arrêté 733/2003, les critères d'indigence serviront de base à l'établissement de la liste des indigents à prendre en charge pour les soins médicaux :

- les handicapés sans ressources et leurs enfants âgés de moins de 18 ans;
- les personnes âgées de plus de 60 ans, sans revenu et sans soutien parental et leurs enfants âgés de moins de 18 ans;
- les femmes veuves ou divorcées, sans ressources et avec des enfants âgés de moins de 18 ans ;
- les enfants de moins de 18 ans sans attaches familiales.

Selon les enquêtes menées auprès des ménages à Nouadhibou en 2006, le nombre total de personnes indigentes recensées, y compris les enfants (moins de 18 ans) est de 8005 personnes, soit 7,4% de la population totale de la ville. Il est reconnu le fait qu'afin de maîtriser le système de gestion, il sera nécessaire d'adopter une formule pour la mise à jour de la liste et en fonction des moyens disponibles. La mise à jour permanente du fichier des indigents serait la responsabilité du gérant et du Comité de suivi des indigents. L'étude propose la création d'un 'fonds de prise en charge des indigents' (FPCI), avec les ressources établies comme suit :

- 50% proviendraient du Budget de fonctionnement de l'hôpital ;
- 20% seraient générés par les bénéfices du SRC (système de recouvrement des coûts) ;
- 15% seraient alimentés par une subvention du Budget communal ;
- 15% en provenance de contributions volontaires publiques ou privées.

Une estimation des besoins en ressources est chiffrée à 18 millions d'UM par an (9000 indigents x 2000) qui sont à rapprocher de ceux réalisés dans le cadre de l'expérience aux Hodhs évoquée plus haut (1.027.868 UM pour 971 personnes, soit 1.004 UM par indigent et par an) et ajuster pour le contexte urbain.[110]

[109] Résultats d'évaluation cités dans l'*Etude sur l'indigence a Nouadhibou- Rapport de Synthèse, version finale* (Ould Mohamed, Isselmou).

[110] Ould Mohamed, Isselmou (n.d.) *Etude sur l'indigence à Nouadhibou- Rapport de Synthèse, version finale*.

6.9 PROGRAMME NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

La prise en charge (PEC) médicale avec les ARV (médicaments antirétroviral) en Mauritanie est assurée par les services publics à tous les malades VIH/SIDA. Les données disponibles font état de 2.700 personnes infectées par le VIH suivies au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Nouakchott depuis sa création en 2004 suite à une convention entre le MSAS et la Croix Rouge française en vue de la prise en charge ambulatoire des PVVIH (personnes vivant avec le VIH et le SIDA). La structure prend en charge en 2008 une liste active réelle actualisée de 1.085 personnes régulièrement traitées par ARV selon les recommandations de l'OMS. Seuls 85 patients sont traités par ARV dans les sites de prise en charge décentralisés (40 personnes à Nouadhibou, 19 personnes à Kiffa et 26 personnes à Kaédi).

Les estimations nationales font état de 3600[111] personnes vivant avec le VIH et nécessitant un traitement ARV. Ainsi, la couverture en ARV du pays est seulement de 30%.

Une stratégie nationale de prise en charge a été élaborée en Mars 2005 avec comme objectif principal de contribuer de manière efficace et rapide à la survie et à la qualité de vie des PVVIH, et un module de PEC des PVVIH fût adopté et a servi à certaines formations de personnels. Des schémas détaillés du plan de suivi et d'éligibilité pour la mise sous traitement antirétroviral sont élaborés et suivis.

Les ARV sont fourni par le Programme de lutte contre le SIDA financé par la Banque Mondiale à travers la CAMEC et la Croix Rouge Française sur les fonds sur les ressources du Fonds Mondial ou les Fonds de la Banque Mondiale. Le Pays n'a pas prévu à ce jour des fonds de financement sur budget propre pour assurer la disponibilité des ARV.

Parmi les principaux défis, il faut signaler le fait que les patients de l'intérieur ne bénéficient pas d'un programme durable de prise en charge de leur déplacement et de leur hébergement lors des périodes de suivi au CTA de Nouakchott. Quant à la prise en charge hospitalière, elle n'avait pas été prise en compte par cette convention dans le cadre du CTA et reste peu développée.

Par ailleurs, il faut noter que la prise en charge psychologique et sociale et le continuité des soins proposés aux PVVIH n'ont pas fait l'objet d'un travail de définition des normes et standards au plan national. A cela s'ajoute le besoin d'encadrement et de définition des rôles des acteurs de la société civile et des organisations communautaires dans la prise en charge psychologique et sociale des malades. *L'encadré 21* montre d'autres défis dans la lutte nationale contre le VIH/SIDA selon la revue de progrès sur les OMD.

Encadré 21: Défis majeurs identifiés dans la lutte contre le VIH/SIDA

Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

En Mauritanie, la prévalence de l'épidémie est estimée à moins de 1% en 2007 (sur la base d'un taux de prévalence de 0,61% chez les femmes enceintes). Pourtant il y a des disparités régionales importantes : la prévalence de l'infection du VIH chez les femmes enceintes a varié de 0% à 1,48% dans les principaux sites sentinelles. Les prévalences les plus élevées ont été notées à Nouadhibou (1,48%), Nouakchott-Sebkha (1,07%) et Kiffa (0,99%.)

Six défis majeurs devront être relevés par la Mauritanie au cours des prochaines années pour renverser la tendance de propagation de l'épidémie du VIH/SIDA : (i) Le faible niveau de connaissance et d'information de la population sur le VIH/SIDA et les IST. En effet, selon l'enquête MICS 2007, le personnes qui ont une connaissance exhaustive de la prévention du VIH/SIDA est de seulement 4,8% ; (ii) Les faiblesses du système de surveillance épidémiologique de l'infection à VIH ; (iii) L'insuffisance des moyens de prévention : sécurité transfusionnelle, diffusion du préservatif, etc. ; (iv) Le faible niveau de vie de la population ; (v) l'implication insuffisante de la société civile ; (vi) la prise en compte préventive de l'impact de la construction de la route Nouakchott – Nouadhibou qui a été achevée

[111] Rapport de supervision de l'équipe conjointe des Nations Unies en Mauritanie sur le VIH, Octobre 2009

en 2005. Cette route qui relie l'Afrique de l'Ouest au Maghreb à travers la Mauritanie risque de devenir un vecteur de propagation de l'épidémie.

Source : SNU (2008*) Rapport OMD*

6.10 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

La Mauritanie dispose d'atouts considérables pour atteindre les objectifs de santé de 2015, mais doit pouvoir accélérer la provision des services et développer des mécanismes de protection et d'inclusion des populations les plus défavorisées. Cela constitue la conclusion du rapport d'analyse sur la pauvreté et la santé en 2004.[112] La question des sources de finances adéquates et équitables pour un système de santé accessible à tous reste au centre du débat national sur la protection sociale sanitaire. L'analyse faite par l'étude régionale sur les forces et les faiblesses des mécanismes alternatifs de financement de la santé dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a dégagé six recommandations essentielles pour les politiques qui méritent d'être examinées de plus près en ce qui concerne leur applicabilité au contexte de la Mauritanie (*encadré 22*).

Encadré 22. Recommandations clés pour les politiques en matière de la protection sociale et la santé : Résultats de l'étude régionale (UNICEF/ODI)

1) **Donner la priorité a la suppression des frais d'utilisation dans les services de santé maternelle et infantiles** : Un consensus croissant maintient que la suppression des frais des soins de santé aurait un impact positif significatif sur l'utilisation des services, particulièrement par les pauvres, et que, si elle est bien planifiée et gérée, elle ne devrait pas compromettre la qualité des services. Néanmoins, dans les situations d'espace budgétaire limite, l'annulation de tous les frais, quoique souhaitable, est peu probable à court terme dans la plupart des pays. Ceci soulève la question de la suppression sélective des frais. Les options de financement de la santé devront être suivies dans le but de réduire le fardeau des dépenses directement assumées par les clients. De ce point de vue, l'annulation des frais pour les services essentiels de santé maternelle et infantile devrait être perçue comme l'une des plus grandes priorités, au vu des taux très élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle et le cout relativement bas pour la prestation des services essentiels de santé maternelle et infantile. Cette initiative pourrait faire partie, la ou elle est possible, d'une annulation plus large des frais pour les soins de santé primaire, en consignant d'autres approches, telle que l'assurance maladie, comme forme complémentaire de financement pour d'autres types de soins curatifs plus couteux.

2) **Adresser les conditions préalables pour la suppression réussie des frais d'utilisation** : La réussite de la politique d'annulation de frais, qui augment la demande des services de santé, dépend de plusieurs conditions préalable, y comprenant :
   - un leadership fort pour initier et soutenir les changements de politiques ;
   - une analyse du rôle existant des frais d'utilisation dans le financement du secteur de la santé, en particulier au niveau local, afin de formuler des mesures pour éviter les potentiels effets néfastes de leur suppression ;
   - la provision d'investissements supplémentaires pour les services de santé afin de répondre a la hausse de la demande et d'améliorer la qualité et la couverture géographique des services ;
   - une augmentation du budget de la santé pour compenser les pertes de revenus et faire face à l'accroissement de la demande ;
   - le dialogue avec le personnel du secteur sanitaire et, la ou il est nécessaire, le renforcement des ressources humaines ;
   - des fonds de sécurité et le pré-positionnement des médicaments pour assurer une disponibilité adéquate ;
   - le renforcement des systèmes de gestion des finances publiques pour assurer que les fonds arrivent aux centres de santé à temps et de manière prévisible ;
   - des améliorations de l'efficacité du secteur sanitaire et un bon rapport qualité/prix a travers une plus forte concentration sur les soins de santé préventifs et primaires ; et
   - le suivi du changement de politiques, qui débute par une évaluation de base de qualité.

[112] Rapport *Pauvreté et Santé* 2004

3) **Renforcer la gestion budgétaire et la qualité des dépenses de santé** : Afin de mieux utiliser les maigres ressources, les gouvernements doivent améliorer la gestion budgétaire et la qualité des dépenses de santé sur la base d'un renforcement faible à travers la région. Les initiatives de gratuite des soins devront donc être intégrée au sein d'un paquet plus large de reformes, y compris des mesures pour renforcer la planification, la budgétisation et la gestion financière et pour améliorer la qualité des dépenses, notamment par un meilleur équilibre entre les soins primaires, secondaires et tertiaires et entre les dépenses salariales et non salariales

4) **Comprendre le potentiel et les limitations des systèmes d'assurance maladie sociale et des mutuelles** : Les AMS et les mutuelles offrent des stratégies complémentaires pour le financement de la santé, mais les limites d'équité des ces systèmes doivent être reconnues. Au regard des taux élevés de pauvreté, la grande proportion de la population qui se trouve dans le secteur informel, et la faible capacité de gestion administrative dans la région, les difficultés associées a la mise en œuvre de l'AMS et les mutuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre sont de taille, particulièrement pour atteindre les personnes les plus vulnérables. Il faudrait donc les poursuivre avec des stratégies complémentaires visant la subvention de la prise en charge des populations les plus pauvres, qui va de pair avec l'annulation sélective des frais pour les services de santé primaires les plus essentiels.

5) **Construire la volonté politique et la bonne gouvernance** : Les progrès vers l'équité dans l'accès aux soins de santé essentiels dépendront surtout de la volonté politique. Alors que l'espace budgétaire détermine la portée et le calendrier pour la suppression des frais d'utilisation, les gouvernements doivent être engages au plus haut niveau pour promouvoir l'accès équitable aux services de santé essentiels et pour assurer la conception et la mise en œuvre des reformes nécessaires au financement du secteur de santé. Ce type d'engagement est le plus probable dans des pays ayant une culture politique ouverte et une politique électorale compétitive.

6) **Profiter de l'élan international** : Les gouvernements nationaux peuvent capitaliser sur la nouvelle fenêtre d'opportunité crée par l'intérêt international croissant envers la protection sociale dans les pays en voie de développement. Le contexte favorable est souligne par l'adoption par l'Union Africaine d'un cadre politique sociale en 2008 et par l'engagement du G20 en avril 2009 de renforcer le financement pour la protection sociale comme mesure de réponse a l'impact de la crise mondiale sur les pauvres dans les pays en voie de développement. Ceci devrait inclure un accent fort sur la protection social concernant la santé, afin d'assurer l'accès équitable par les pauvres aux services essentiels et d'accélérer les progrès vers les OMD relatifs à la santé.

Source : UNICEF/ODI (2009)

Recommandations sur les questions spécifiques en Mauritanie :

***Recouvrements de coûts ou gratuité des soins* ?** Il serait important, dans le contexte de la Mauritanie, de conduire une étude spécifique sur les avantages et les désavantages d'une option visant la gratuité de soins de base, en tenant compte surtout des aspects liés à l'offre et à l'espace fiscal et en prenant en considération différentes formules possibles (telle que la gratuité des soins de santé de base maternelle et infantile ou la gratuité des soins en zones rurales). Cette étude, qui serait, en quelque sort, une réactualisation de l'étude sur la santé et la pauvreté menée en 2004, devrait aussi vérifier l'application de l'arrêté et du décret portant sur ce sujet, qui semble donner lieux à différentes interprétations. Les conclusions de cette étude permettraient d'alimenter le débat national. Par ailleurs, ce débat pourrait aussi profiter des expériences conduites ailleurs et de l'ensemble des leçons acquises : pour cela, on pourrait faire recours à des personnes ressources et aux autorités de la sante publique de quelques pays de la sous-région.

Quel avenir pour les mutuelles ? Les expériences de mutuelles de santé en cours actuellement en Mauritanie mériteraient d'être suivies de très près, surtout en ce qui concerne leur extension aux zones rurales. Cela pourrait permettre de dégager les forces et les faiblesses de la mise en application de ce système de mutualisation des risques et d'identifier le type des prestations les plus pertinentes. En tenant compte des limites déjà identifiées dans d'autres pays, il serait particulièrement important d'examiner de plus près les impacts de ces mutuelles sur les populations vulnérables et de s'interroger sur les politiques

et les moyens stratégiques susceptibles de renforcer leur efficacité en tant que mécanisme complémentaire d'un système intégré de protection sociale.

Renforcer et étaler l'expérience du forfait obstétrical ? Le forfait obstétrical, tel qu'il a été conçu et mis en œuvre en Mauritanie, semble constituer un moyen efficace pour diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, surtout pour les femmes les plus démunies. Mené en complément avec un investissement important dans le renforcement des services de santé maternelle, le forfait représente un outil pertinent de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle, en augmentant à la fois la demande et la qualité des services. Il est certain qu'en l'absence d'un système de protection globale, d'une assurance maladie sociale plus large et d'une interprétation plus claire de l'arrêté portant sur la prise en charge des soins maternels pour les femmes en tant que personnes vulnérables, les recommandations concernant l'extension du forfait dans les zones les plus reculées et l'extension de l'offre de soins aux nouveau-nés acquièrent une importance capitale,

Quelles possibilités pour l'assurance maladie généralisée ? La possibilité d'élargir les bénéfices de l'assurance maladie aux populations les plus démunies se trouvant en dehors des secteurs formels actuellement couverts doit être étudiée d'une façon adéquate, avec recours probable à une assistance technique spécialisée en la matière. L'exemple du Ghana, qui est le seul pays en Afrique de l'Ouest à avoir établi un système national d'assurance de santé, devrait être analysé avec beaucoup d'attention par les autorités mauritaniennes : cela devrait permettre de tirer des renseignements et des leçons sur la faisabilité administrative et économique d'une telle approche et de définir des démarches éventuelles pour traduire dans la réalité la vision d'un régime d'assurance maladie garantissant l'accès des moins nantis aux soins essentiels.

Quoi faire pour les 'indigents' ? Il est clair que le système de prise en charge médicale des indigents souffre de plusieurs défaillances – aussi bien dans les textes (au sujet de la définition même de l''indigent') que dans l'application des textes (manque d'une approche cohérente au niveau local/services décentralisés de la santé). Actuellement, en l'absence d'un système adéquate d'identification des indigents, d'un soutien technique et administratif pour la mise à jour continue des registres au niveau local et d'un suivi étroit de l'application des règles, force est de reconnaître que l'efficacité de cette approche n'a pas encore été démontrée d'une manière définitive. Les projets pilotes déjà démarrés (dans les 2 Hodhs et à Nouadibou) méritent d'être mieux documentés et les résultats devraient être présentés et discutés dans le cadre d'un débat plus large (en parallèle avec les débats portant sur la gratuite des soins, par catégorie de population ou bien par type de soins). Il faudrait également retenir l'idée de créer un 'registre unique' des populations dépourvues de moyens et qui seraient éligibles pour un soutien à la fois social et sanitaire par le canal de programmes des différents ministères techniques. Tout cela faciliterait les synergies en ce qui concerne le ciblage, l'administration et le suivi de tels programmes, à condition qu'il y ait un travail de concertation et de coordination préalable.

Comment protéger les personnes vulnérables au HIV/SIDA? Les éléments des programmes multisectoriels, comme la lutte contre le SIDA, mériteraient d'avoir une place centrale dans une vision de protection sociale plus large, surtout en ce qui concerne la protection des populations les plus vulnérables et dans les zones les plus pauvres. Des défis énormes concernent les voies et les moyens permettant d'assurer un accès équitables aux traitements par ARV des personnes infectées. D'autres aspects concernent le renforcement de mesures de prévention auprès des populations vulnérables et la mise en place de mesures efficaces pour la mitigation des effets négatifs, y compris, par exemple, les mesures pour la prise en charge des orphelins ou d'autres enfants affectes par le SIDA.

7. LA SECURITE ALIMENTAIRE ET LA NUTRITION

7.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

Dans les pays sahéliens, l'insécurité alimentaire des ménages pauvres, parallèlement à la malnutrition de leurs membres les plus vulnérables, est devenue un problème dramatique et persistant qui crée une véritable situation 'd'urgence chronique'. Dès lors, il est impératif que toute politique de protection sociale dans ces pays tienne compte en priorité de cette situation.

En Mauritanie, les aléas climatiques, les cycles répétés de sécheresses, les attaques acridiens et la dégradation des ressources naturelles affectent structurellement et profondément les capacités productives des populations. La succession de crises conjoncturelles crée un contexte d'insécurité alimentaire quasi structurelle, affectant en profondeur le milieu rural et fragilisant les conditions de vie des populations, surtout les plus pauvres, qui ne disposent généralement pas de stocks de sécurité ni de biens de substitution.

La production céréalière en Mauritanie n'arrive pas à satisfaire les besoins alimentaires des populations, le pays devant importer près de 70% de ses besoins en produits alimentaires. Cela signifie que, pour subvenir à leurs besoins alimentaires, les ménages doivent nécessairement recourir au marché et que l'alimentation constitue leur dépense la plus importante. Dès lors, les prix deviennent des variables déterminant la capacité d'accès des ménages à la nourriture. Pour les ménages pauvres et sans ressources, l'enjeu est de taille : toute fluctuation sur la production nationale et/ou sur les prix des denrées alimentaires peut avoir des répercussions directes et immédiates sur leur situation alimentaire.

A cette situation de précarité et vulnérabilité s'ajoute toute une gamme d'autres facteurs déterminant la malnutrition, alliant le manque d'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, eau et assainissement) au manque d'information et d'encadrement en ce qui concerne les soins des enfants et aux inégalités de genre, pour aboutir à une véritable situation d'urgence pour les populations les plus vulnérables. C'est tout cela qui explique la nécessité de réponses conséquentes en terme de sécurité alimentaire, nutrition et protection sociale.

7.2 LA SECURITE ALIMENTAIRE

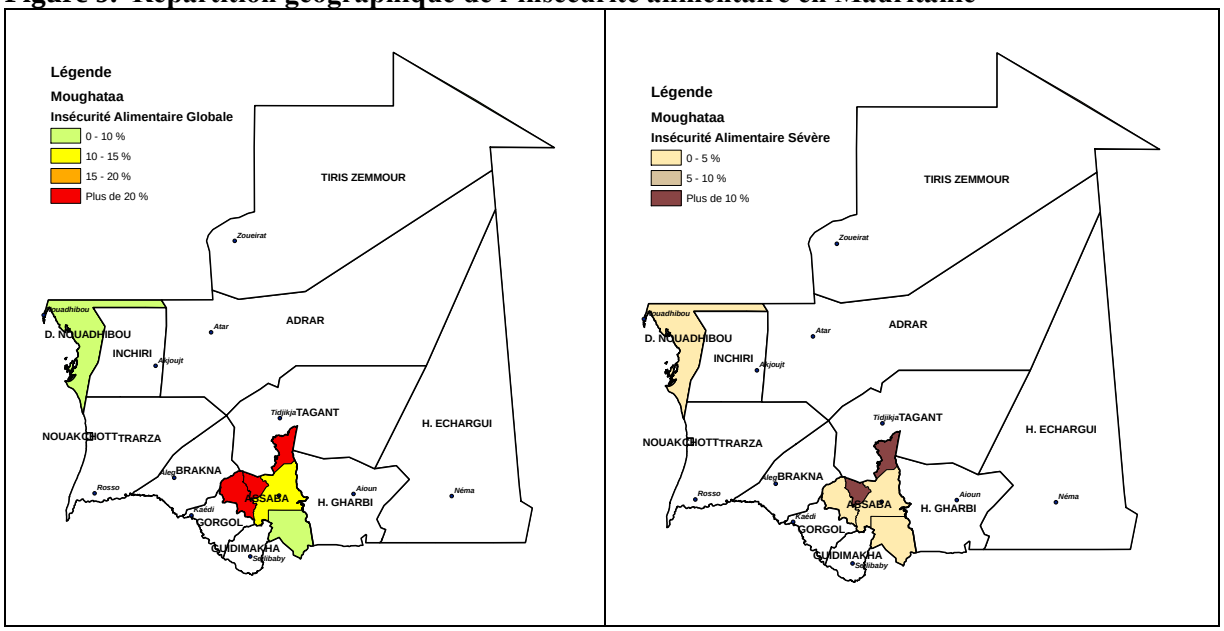
Analyse de la situation

Les données les plus récentes montrent que le problème d'insécurité alimentaire en Mauritanie est critique, surtout dans les zones rurale où 21% de la population se trouve dans une situation d'insécurité alimentaire (9% en insécurité alimentaire sévère et 12% est en insécurité alimentaire modérée). Cela signifie qu'à peu prés 420 821 personnes vivant dans les zones rurales en seraient affectées (173 757 d'une façon sévère et 247 064 d'une façon modérée). La situation est relativement meilleure en milieu périurbain, avec une prévalence d'insécurité alimentaire de 3.4% (soit 33.109 personnes).[113] Il y a des fortes différences régionales, avec une concentration d'insécurité alimentaire dans le sud et le sud-est : comme indiqué par la figure ci-dessous, les ménages en insécurité alimentaire sont localisés principalement dans les *wilaya* du Hodh Echargui, du Hodh El Gharbi, du Tagant, du Gorgol et de l'Assaba.[114] (*voir figure 9*)

[113] Attention cependant, étant donne le taux élève de l'urbanisation en Mauritanie (cas unique parmi les pays sahéliens), il faudrait également veiller à la situation alimentaire et nutritionnelle en milieu urbain

[114] CSA/PAM (2009) *Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en Mauritanie (ESAM)*

Figure 9. Répartition géographique de l'insécurité alimentaire en Mauritanie



Source : CSA/PAM (2009) *Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en Mauritanie (ESAM)*

Selon les dernières données de l'EPCV, la part de la dépense alimentaire (y compris l'autoconsommation) a augmenté entre 2004 et 2008, passant de 51,9% à 57,8%, Ces dépenses pèsent plus chez les ménages ruraux majoritairement pauvres - avec un taux de 66,5%, que chez les ménages du milieu urbain (52,3%). Elles sont aussi plus lourdes chez les pauvres (67,7%) que chez les non pauvres (55,5%), et varient sensiblement selon le *wilaya*, étant de 50% à Dakhlet-Nouadhibou et supérieures à 60% au Brakna, dans les Hodhs, au Tagant, au Gorgol, en Assaba et au Guidimagha. [115]

Presqu'un tiers (32,7%) de la population déclare avoir souvent ou toujours des difficultés à satisfaire leurs besoins en nourriture : un dixième a toujours des difficultés, les proportions étant les plus élevées en Guidimagha et Tiis-Zemmour (18%). L'insuffisance des moyens pour satisfaire les besoins en nourriture est considérée par 59,7% de la population comme l'une des principaux déterminants de la pauvreté : 54,5% en milieu rural et de 6,7% en milieu urbain. Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Adrar (86,3%), à l'Inchiri (81,6%), au Tagant (76,6%) et au Brakna (75,4%). En tout, le manque de moyens pour se nourrir est cite parmi les trois principales causes de la pauvreté par 60,2% des pauvres contre 51,2% des non pauvres .[116]

Les résultats de l'enquête ESAM montrent que les ménages en insécurité alimentaire sévère ou modérée font face à plusieurs problèmes, en particulier celui d'une consommation alimentaire très peu diversifiée, composée essentiellement de céréales, sucre, sel et huile. A cause de leurs activités, ces ménages n'ont pas un accès sécurisé aux produits alimentaires et le volume de leurs dépenses relatives à l'alimentation restent élevées (d'où leur faible capacité à subvenir à leurs besoins alimentaires d'une manière durable). Par ailleurs, la structure même du ménage révèle un ratio de dépendance assez élevé, avec la présence d'enfants nombreux et de personnes âgées inactives, sans compter le niveau d'analphabétisme relativement plus élevé de femmes âgées (veuves ou divorcées) chefs de ménage.[117]

[115] ONS (2009) Profil de la pauvreté de la Mauritanie 2008
[116] ONS (2009) Profil de la pauvreté de la Mauritanie 2008
[117] CSA/PAM (2009) *Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en Mauritanie (ESAM)*

Politiques et stratégies nationales

La politique du Gouvernement mauritanien en matière de sécurité alimentaire a connu des évolutions successives en vue de l'adapter au contexte international, régional et national qui a subi des modifications et changements profonds.

Une stratégie nationale de sécurité alimentaire élaborée par le Ministère du Développement Rural et de l'Environnement (MDRE) avait prévu les actions articulées autour de cinq objectifs : [118]

- La promotion d'une agriculture productive, diversifiée, durable et régionalement intégrée
- Le développement, la fluidification et l'intégration sous-régionale des marchés nationaux
- L'amélioration durable des conditions structurelles d'accès des groupes et zones vulnérables à l'alimentation et aux services sociaux de base
- L'amélioration des dispositifs de prévention et de gestion des crises conjoncturelles, en cohérence avec la construction de la sécurité alimentaire structurelle
- Le renforcement des capacités des acteurs et la promotion de la bonne gouvernance de la sécurité alimentaire.

Cependant, dans son élaboration, cette stratégie n'a pas impliquée un grand nombre d'acteurs clés et n'a jamais été soumise à l'approbation du conseil des Ministres. Par ailleurs, la restructuration du Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA), engagée en 1998, a permis la mise en place de certains outils devant contribuer à la sécurité alimentaire à la fois structurelle et conjoncturelle:[119]

- Renforcement du dispositif d'information avec l'Observatoire de Sécurité Alimentaire (OSA);
- Mise en place du stock de sécurité physique et financier ;
- Réforme du dispositif de concertation – coordination ;
- Instauration de secours d'urgence ;
- Création d'une structure indépendante de gestion des microprojets.

Le CSLP II, quant à lui, prévoit la mise en œuvre d'une stratégie de sécurité alimentaire ancrée dans la lutte contre la pauvreté, qui combine des logiques du moyen terme (règlement définitif du problème) et du court terme (réponses ponctuelles aux situations d'urgence). Le plan d'action pour la période 2006-2010 s'articule autour de quatre axes complémentaires[120] :

- ***La promotion de solutions durables*** : La résolution définitive des crises alimentaires doit s'inscrire dans une vision globale de moyen terme, centrée d'une part, sur la satisfaction des besoins en produits de première nécessité, à travers l'augmentation de l'offre et de l'accessibilité physique et financière, et, d'autre part, sur l'amélioration des conditions de vie des populations vivant dans les zones à haut risque, notamment à travers la mise en place d'activités génératrices de revenus. Les actions prévues dans ce cadre devront s'intégrer au niveau des *wilaya*, dans les programmes régionaux de lutte contre la pauvreté (PRLP), et, au niveau local, dans les programmes de développement communautaire (PDC).

- ***Le renforcement du système d'alerte précoce*** : A court terme, la priorité est à l'amélioration des outils d'alerte, à travers principalement (i) la révision des textes réglementaires afin de clarifier des mécanismes, des étapes, du partage des rôles ; (ii) le développement des activités de l'Observatoire de la sécurité alimentaire (OSA), notamment avec la remise à niveau de la méthodologie de définition et

[118] CSAO-CILSS (2008) *Profil sécurité alimentaire Mauritanie*
[119] CSAO-CILSS (2008) *Profil sécurité alimentaire Mauritanie*
[120] RIM (2006) CSLP 2006-2010

de suivi de la vulnérabilité, et (iii) la réactivation des structures centrale et régionales de suivi des situations d'urgence.

- ***L'amélioration des capacités d'intervention***: L'amélioration des capacités d'intervention rapide en cas de crise alimentaire sera également recherchée notamment par : (i) la définition des besoins en secours d'urgence ; (ii) la constitution d'un stock national (physique et financier) de sécurité alimentaire, (iii) l'élargissement des capacités de stockage et l'informatisation de la gestion des stocks ; et (iv) l'acquisition et la réhabilitation des moyens de transport

- ***L'amélioration de la coordination et le renforcement des capacités des intervenants en tenant compte des recommandations de la politique nationale de développement de la nutrition*** **:** Le succès de la mise en œuvre de cette ambitieuse politique reste tributaire à la fois de l'amélioration de la coordination et du renforcement des capacités des acteurs. Dans ce cadre, il est proposé la mise en place d'une commission nationale sur la sécurité alimentaire comprenant les représentants des administrations concernées, des élus, du secteur privé, de la société civile et des partenaires au développement. Cette commission constituera le cadre de conception, de suivi, d'évaluation et de recherche de financement de la stratégie nationale de sécurité alimentaire. En outre, il est prévu la conception et la mise en œuvre d'un programme de renforcement des capacités centré principalement sur le développement des outils et des compétences en matière de suivi et d'analyse de la vulnérabilité et de diffusion de l'information

Le dispositif de sécurité alimentaire repose sur le CSLP, d'une part, et sur la stratégie de sécurité alimentaire formulée sous forme d'une Lettre de politique (1996), d'autre part, reprise et institutionnalisée en 2001 par Décret n° 058-2001/PM du premier ministre portant redéfinition de la mission et des règles d'organisation et de fonctionnement du Commissariat à la Sécurité Alimentaire.[121] Néanmoins, selon une étude récente, l'absence de stratégie globale permettant le décloisonnement et l'amélioration de la cohérence des politiques concernées (politiques commerciale, fiscale, douanière, budgétaire, agricole, protection sociale, environnement, etc.) nuisent à l'efficacité des mesures prises et financements affectés dans les différents secteurs connexes à la sécurité alimentaire.[122]

Ancrage institutionnel : le rôle du CSA

La mise en œuvre de la politique nationale de la sécurité nationale est actuellement assurée par le Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA). Pour une courte période à partir de 2007/8, le mandat de la protection sociale a aussi été ajouté au CSA, qui est devenu par la suite le Commissariat à la Protection Sociale et à la Sécurité Alimentaire. Mais, depuis la réorganisation la plus récente du gouvernement, la protection sociale a été rattachée au nouveau Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille (MASEF). Néanmoins, il est clair que les actions de sécurité alimentaire ont une importance critique pour la protection sociale plus large, et devront figurer parmi des priorités principales pour toute politique nationale dans ce domaine.

Dans le cadre de sa mission, le CSA est chargé notamment de :

- l'action humanitaire et d'urgence, à travers la prise en charge, la supervision ou la coordination d'interventions appropriées, notamment en cas de déficits alimentaires structurels ou conjoncturels ;
- la définition de programmes de microréalisations dans le domaine de la sécurité alimentaire ; l'identification, le suivi et l'évaluation de microprojets envisagés ou entrepris dans ce cadre ;

[121] Document sans date/auteur : RP sec alimentaire lutte contre la pauvreté

[122] Coordination de l'Equipe Spéciale de Haut Niveau du Secrétaire General des Nations Unies sur la Crise Mondiale de la Sécurité Alimentaire (HLTF) (2010) 'Mauritanie : Rapport de visite pays – 24-29 janvier 2010'

- l'amélioration et le renforcement de la capacité d'exécution des projets de développement à la base, la promotion des micro-entreprises et l'appui aux institutions locales.

En vue de la réalisation des objectifs ci-dessus et, en particulier, en vue d'une meilleure prévention et gestion des situations de crise alimentaire, le CSA assure :

- la constitution et la gestion d'un stock alimentaire de sécurité ;
- la mise en place d'un observatoire de la sécurité alimentaire (OSA), chargé de la collecte, du traitement et de la diffusion des données relatives à la situation alimentaire et nutritionnelle des populations. [123]

Depuis 2004, une cellule spéciale de nutrition a été crée au CSA, transformée en Direction de la Nutrition Communautaire en 2008. Elle est chargée de concevoir, superviser et exécuter des programmes d'activités de lutte contre la malnutrition, en collaboration avec des partenaires clés. Ainsi, le CSA met en œuvre plusieurs programmes de lutte contre la malnutrition infantile à travers l'ouverture des centres d'alimentation communautaire (CAC), des centres de récupération nutritionnelle en ambulatoire pour malnutris modérés (CRENAM), et des cantines scolaires dans les zones les plus touchées (*voir section nutrition.)*

Le CSA intervient à travers un ensemble de programmes visant à renforcer la sécurité alimentaire dans les zones vulnérables du pays (*voir encadré23* pour un bilan d'activités récentes).

Encadré 23. Bilan d'activités du CSA et partenaires fin 2008

- **Programme de développement**:
  - Microprojets de '***vivres contre travail'*** en collaboration avec le Programme Alimentaire Mondial (PAM) (programme de pays ; intervention prolongée de secours et de redressement)
  - Projet de ***réduction de la pauvreté***, de soutien à la sécurité alimentaire et de la lutte contre la malnutrition dans les *wilaya* du nord (financé par la Coopération Italien)
  - Programme '***vivres pour le progrès'***, financé par les Etats Unis (monétisation de 17.000 tonnes de céréales d'aide alimentaire américaine); exécution à travers les ONG internationales et les agences gouvernementales pour un total de 167 projets

- **Programme d'action humanitaire**:
  - ***Distribution de vivres aux populations les plus démunies***, en situation d'insécurité alimentaire sévère en milieu rural aussi bien qu'en milieu urbain (en collaboration avec le PAM).
  - ***Aides sociales en faveur des indigents*** aussi bien à Nouakchott que dans les autres *wilaya* de l'Intérieur, touchant des ménages éprouvant des difficultés alimentaires ou ayant subi des sinistres (incendies, autres). En 2008, cette action a touché plus de 2.873 familles indigentes avec le concours de certaines ONG nationales.
  - ***Autres interventions humanitaires :***
    - Lancement d'un programme conjoint avec l'Autorité Arabe pour l'Investissement et le Développement pour un projet conjoint visant la lutte contre la pauvreté et l'accès aux services de base dans les quartiers périphériques de Nouakchott à travers l'appui aux activités génératrices de revenues féminines; construction de dispensaires/postes de santé, salles de classe, réserves d'eau et centre d'alimentation communautaire) ;.
    - Mise en œuvre, en concertation avec la Direction des Affaires Sociales, de 923 AGR au profit des mendiants cibles du Programme de Lutte contre la Mendicité (financement de 250 millions sur l'enveloppe du Programme Spéciale d'Intervention);
    - Distribution du riz (20 T) et des dattes (4 tonnes) au profit de 400 personnes âgées
    - Distribution d'eau potable dans les quartiers périphériques de Nouakchott Coopération Japonaise)

[123] Document sans date/auteur : RP sec alimentaire lutte contre la pauvreté

- **Programme de lutte contre la malnutrition :** Mise en place des **Centres d'alimentation communautaire (CAC)** (milieu urbain) ; **cantines scolaires** (dans les quatre *wilaya* du nord finance par la Coopération Italienne ; **Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire pour modérés (CRENAM)** en collaboration avec le PAM (639 CRENAM fonctionnant de manière continue, accueillant 27.000 enfants malnutris et 6.0000 femmes enceintes ou allaitants présentant des signes de malnutrition)

- **Programme d'enquête et de suivi de la situation**: Réalisation par l'Observatoire de la Sécurité Alimentaire (OSA) en collaboration avec le PAM de l'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en Mauritanie (ESAM) en mai/juin 2009.

Source : CSA/OSA, *Bulletin d'Information no 10 (Avril 2009)*

Le CSA travaille en collaboration avec tout un ensemble de partenaires (y compris les autres institutions, projets, autorités et départements gouvernementaux aux niveaux central et régional/sous-régional; des partenaires techniques et financières, y compris le système des Nations Unis, et d'autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux; et les ONG nationales et internationales). Vu l'envergure du problème de l'insécurité alimentaire, et ses dimensions multiples, l'importance de la collaboration multisectorielle et de la coordination reste critique (*voir encadré 24 pour un exemple d'un partenaire spécifique*).

Encadré 24. Le PAM : Partenaire clé dans la lutte contre l'insécurité alimentaire

Depuis 1998, quatre opérations d'urgence ont été mises en place en Mauritanie en réponse à des sécheresses, inondations et intempéries qui ont affecté plus de 80% des ménages de la zone agropastorale. La stratégie actuelle du PAM consiste à soutenir les efforts menés par le gouvernement mauritanien en vue de réduire l'insécurité alimentaire des populations les plus démunies. Une nouvelle Intervention Prolongée de Secours et de Redressement est mise en œuvre depuis 2008 pour s'étendre jusqu'à la fin de 2009. Pour un montant de 33,5 millions US dollars, le programme vise à protéger les moyens de subsistance des populations vulnérables en renforçant leur résistance aux chocs, améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes et renforcer les capacités du Gouvernement à établir des mécanismes de réponse adaptés aux besoins des populations en insécurité alimentaire. Ces actions sont menées en parallèle avec le programme du pays qui comporte des activités d'alimentation scolaire et de vivres contre le travail pour la création d'actifs productifs communautaires.

L'extension des activités du PAM prévoit sept types d'interventions proposées sur le court et moyen terme jusqu'à la fin de l'année 2010. Elles ciblent les poches de vulnérabilité sur l'ensemble du pays et seront focalisées sur :

- L'assistance alimentaire aux groupes vulnérables modérément malnutris pour éviter qu'ils ne basculent dans la malnutrition sévère
- Les distributions alimentaires gratuites ciblées aux ménages démunis en milieu urbain et rural
- L'assistance alimentaire dans les cantines scolaires des écoles primaires
- Les vivres-contre-travail pour les ruraux pauvres initiées, le cash for work et/ou coupons subventionnées pour les ménages urbains pauvres et les ménages ruraux identifies
- Les stocks alimentaires villageois de sécurité

Pour l'année 2009, le programme prévoyait les interventions suivantes :

- Opération de distribution gratuite de vivre (7.628 tonnes)
- Approvisionnement des stocks alimentaires villageois de sécurité (6.480 tonnes de céréales)
- Activités de vivres contre travail (5.424 tonnes de vivres)
- Centres d'alimentation communautaires : 4.431 tonnes de vivres
- Distributions gratuites pour les refugies : 6.664 tonnes de vivres

Source : OSA, *Bulletin d'Information no 10, avril 2009*

Réponse nationale à la crise mondiale : le Programme Spécial d'Intervention (PSI)

Des facteurs exogènes pèsent lourdement sur la situation économique et sociale du pays. En 2007/2008, la Mauritanie a été frappée de plein fouet par le double choc du renchérissement des

produits alimentaires de base et des produits énergétiques. La hausse exponentielle des prix mondiaux des produits alimentaires a affecté principalement les produits les plus consommés en Mauritanie comme le riz et le blé. Ces prix mondiaux ont eu une répercussion immédiate sur les prix intérieurs en Mauritanie, renchérissant de manière socialement insoutenable le coût de la vie pour une population dont près de la moitié a cette époque était pauvre et vivait avec moins d'un dollar par jour.

L'enquête de vulnérabilité réalisée par le CPSSA en mars 2008, avec l'appui du PAM, a mis en évidence un risque d'insécurité alimentaire dans la majorité des communes du pays.

Par ailleurs, les enquêtes conduites auprès des enfants de 6 mois à 5 ans ont montré une dégradation de l'état nutritionnel entre 2006 et 2007 (même en 2008, le mois de mars, qui est habituellement assez favorable, montre une prévalence anormalement élevée de la malnutrition aigue, en particulier dans sa forme sévère).

Pour faire face à cette situation, le Gouvernement mauritanien a mis en place entre 2007 et 2008 deux plans d'urgence successifs. Le premier plan a connu un impact très limité et a dû être complété par un second plan, le Programme Spéciale d'Intervention (PSI), dont la mise en œuvre a été annoncée en mars 2008. Le PSI est de loin le plus important qu'ait connu le pays avec une dotation financière sans précédent de 39,8 milliards d'ouguiya, soit environ 165 millions de dollars. Le Gouvernement avait réussi à convaincre les institutions de Bretton Woods à accepter un système de subvention d'un tel volume malgré les nouveaux engagements qui lient la Mauritanie au FMI en matière de discipline macroéconomique et plus particulièrement de déficit budgétaire (censé être maintenu à 2,9%.).[124]

Le PSI, qui a été géré par un comité interministériel, comporte des mesures d'urgence destinées à faire face à la conjoncture alimentaire et des mesures structurelles de création d'emplois et d'amélioration de la production agricole, seule solution durable pour satisfaire les besoins alimentaires du pays.[125]

- ***Les mesures d'urgence*** comportent deux éléments, à savoir***:*** (i) l'approvisionnement du marché et l'atténuation des effets de l'augmentation des prix à travers l'acquisition de stocks importants des produits de première nécessité, l'augmentation de la capacité d'approvisionnement de la SONIMEX, la détaxation du riz, le plafonnement provisoire de la valeur absolue des droits et taxes à l'importation applicables au blé, au sucre et aux huiles alimentaires à leur niveau du 31 mars 2008, l'augmentation des subventions du pain, du gaz, de l'électricité et de l'eau, ainsi que l'augmentation de 10% des salaires de base du personnel de la Fonction Publique et des pensions des retraités ; et (ii) l'aide alimentaire et filets de sécurité, à travers l'augmentation du stock national de sécurité (17 000 tonnes), la distribution gratuite de vivres, la vente à un prix stabilisé à 5.000 UM du sac de blé dans les SAVS et les boutiques témoins, le développement des structures d'accueil des mendiants, le renforcement des programmes de nutrition communautaire et la vente d'aliments de bétail à des prix réduits.

- ***Les mesures structurelles*** comportent trois volets, à savoir***:***: (i) le renforcement de la campagne agricole 2008 dont l'objectif global est d'atteindre une production nette de 190 000 tonnes toutes céréales confondues, soit 34% de couverture des besoins céréaliers du pays; (ii) l'amélioration du pouvoir d'achat des populations, à travers des activités de formation/insertion des jeunes chômeurs, la création de revenus au profit des ménages pauvres, le soutien aux MPE et GIE, la mise en place de stocks alimentaires de sécurité en milieu rural et de boutiques témoins en milieu urbain; et (iii) le renforcement de l'hydraulique villageoise et pastorale, à travers la conduite d'un programme hydraulique d'urgence visant à créer des

[124] SNU en Mauritanie (2008) *Rapport OMD 2008 ; RIM (2008) Etat d'avancement des composantes du PSI confiées au MFPEFP*
[125] SNU en Mauritanie (2008) *Rapport OMD 2008*

points d'eau, notamment en milieu villageois et sur les parcours pastoraux afin de faciliter la transhumance du bétail.

Selon le rapport sur le progrès de la mise en œuvre des OMD (2008), l'appropriation par les populations, la transparence, l'équité et le respect des délais d'exécution constituent les défis principaux du PSI. Quelques questions ont été soulevées au sujet du choix des produits alimentaires susceptibles de bénéficier de subventions (le lait et l'huile étant omis) ainsi que des prix pour la stabilisation en fonction du pouvoir d'achat des populations.[126] Selon une autre analyse récente, un tel programme d'urgence ne parait pas viable économiquement.[127] Néanmoins, le PSI montre la grande volonté du gouvernement de protéger la population contre les effets négatifs des chocs économiques, et de soutenir surtout les ménages les plus vulnérables avec de vrais 'filet de sécurité', dans un souci de rechercher des solutions à plus long terme.

Contraintes et défis au niveau institutionnel et politique

Malgré les efforts certains qui sont fournis dans la lutte contre l'insécurité alimentaire en Mauritanie, une analyse récente a constaté un manque de politique et de stratégie réelle favorisant la mise en place d'actions structurantes et transversales susceptibles de réduire de manière durable ***l'insécurité alimentaire structurelle*** dans les zones vulnérables.[128] Selon cette analyse, au moment de la mise en place de plusieurs programmes, l'absence de synergies et de coordination freine considérablement la gestion rationnelle de la sécurité alimentaire dans le pays. Le déséquilibre institutionnel ne favorise pas l'émergence d'une stratégie de sécurité alimentaire efficace et opérationnelle. Les contraintes principales identifiées sont les suivantes :

- la faiblesse de la coordination entre les différents intervenants (Ministère du développement rural et de l'environnement (MDRE), autres départements techniques, administration territoriale, services déconcentrés, projets, etc.),
- la faiblesse du conseil agricole,
- l'absence d'études systématiques de l'impact des différents projets,
- la faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation au niveau des différentes structures et projets,
- la vulnérabilité persistante aux conditions climatiques et aux invasions acridiennes et la succession des mauvaises années qui a conduit à privilégier la gestion des crises conjoncturelles et à perdre de vue les dimensions structurelles de la sécurité alimentaire

En ce qui concerne les réponses nationales aux problèmes de ***l'insécurité alimentaire conjoncturelle*** et les capacités en matière de ***prévention, d'alerte et de gestion des crises***, cette même analyse a identifié les contraintes suivantes :[129]

- **Faiblesse du dispositif national et juxtaposition des systèmes d'information sectoriels**

Le regroupement en analyse transversale à partir des données primaires obtenues par les divers systèmes d'information sectoriels qui existent en Mauritanie est généralement absent, sauf au niveau de l'Observatoire sur la Sécurité Alimentaire (OSA) qui utilise différentes sources de données. L'OSA joue en effet le rôle d'une centrale d'information sur la sécurité alimentaire qui comprend trois services : le Système d'Alerte Précoce (SAP); le Système d'Information sur les Marchés (SIM) et le Système de publication et de diffusion. Les données des autres systèmes d'informations sont ou bien mal-analysées ou

[126] Agences du système des Nations Unies en Mauritanie (2008) *Rapport sur les progrès dans la mise en œuvre des OMD en Mauritanie)*
[127] Coordination de l'Equipe Spéciale de Haut Niveau du Secrétaire General des Nations Unies sur la Crise Mondiale de la Sécurité Alimentaire (HLTF) (2010) 'Mauritanie : Rapport de visite pays – 24-29 janvier 2010'
[128] CSAO-CILSS (2008) *Profil sécurité alimentaire Mauritanie*
[129] CSAO-CILSS (2008) *Profil sécurité alimentaire Mauritanie*

pas prises en compte par l'OSA. De plus, l'OSA fait partie intégrante du CSA et son impartialité est souvent remise en cause, ce qui se traduit par une méfiance accrue vis-à-vis des données qu'il fournit. Face à la faiblesse du dispositif national, plusieurs institutions utilisent leurs propres méthodes d'analyse.

- **Absence de diagnostic partagé et coordonné**

Ceci est la conséquence directe de l'approche sectorielle et non transversale. Les diagnostics sont parfois contradictoires, et les méthodologies et les critères employés ne sont pas homogènes, ce qui ne facilite pas les prises de décisions, aussi bien pour l'Etat que pour les partenaires. Les textes réglementaires établis en 2002 dans le cadre de la restructuration du Commissariat à la Sécurité Alimentaire prévoient un cadre formel de concertation assez bien structuré, créant des instances de concertation générale, spécialisées et régionales. Mais celles-ci sont restées reste peu opérationnelles, les groupes de travail pluridisciplinaires (GTP) se sont très peu réunis, et le plan d'organisation des secours d'urgence a été trop peu utilisé. La coordination des interventions constitue pourtant un élément essentiel de l'efficacité de la gestion des crises.

- **Absence d'approche normative**

Il n'existe pas une approche normative qui aurait permis de mettre en place des seuils différenciés pour le déclenchement d'interventions appropriées. L'aide alimentaire demeure finalement une intervention habituelle, ne tenant pas compte des particularités des crises, de leurs causes ni de leur répartition au sein de la population.

- **Prise en charge insuffisante des problèmes nutritionnels par le système de santé**

Les structures de santé ne disposent pas de moyens humains et matériels suffisants pour assurer les missions de prévention de la malnutrition et de traitement des cas aigus. Il n'y a pas réellement de vision à long terme avec un travail de fond quoi traiterait des questions de prévention de la malnutrition par le biais de l'éducation nutritionnelle et l'éducation à la santé. En plus, les communautés de bases sont trop peu impliquées. Le très faible niveau des ressources humaines spécialisées en nutrition au niveau national fait partie des freins majeurs (*voir aussi section sur la nutrition*)

Mesures prévus pour renforcer la sécurité alimentaire

Sur la base des résultats de l'enquête ESAM et de l'analyse de la sécurité alimentaire et de la malnutrition, les recommandations du Commissariat à la Sécurité Alimentaire et du PAM portent sur deux niveaux : (i) le niveau programmatique des interventions d'urgence visant le renforcement des interventions humanitaires pour la réduction de l'insécurité alimentaire des ménages et la prévention d'une dégradation de la situation ; et (ii) le niveau de suivi continue des zones et des groupes vulnérables.[130]

Mesures d'urgence : améliorer la disponibilité et l'accès alimentaire des populations vulnérables

- Mettre en œuvre une ***assistance alimentaire ciblée*** pour couvrir les besoins des populations en insécurité alimentaire, surtout pendant la période de soudure, dans les zones prioritaires de Hodh Echargui, de Hodh El Gharbi, du Tagant, de l'Assaba, du Gorgol, du Brakna et du Guidimakha.
- Améliorer la mise en œuvre des activités de ***Vivres-Contre-Travail (VCT)*** dans les zones de production qui viseront à créer et à réhabiliter des actifs productifs communautaires dans les zones rurales des *wilaya* agro-pastorales.
- Renforcer le programme des ***Stocks Alimentaires Villageois de Sécurité (SAVS),*** en les structurant et trouver des solutions durables pour résoudre le problème des magasins de stockage.
- Renforcer et accélérer le programme de ***prise en charge de la malnutrition aiguë modérée*** à travers les CRENAM en améliorant le fonctionnement de ces derniers.

[130] CSA/PAM (2009) *Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en Mauritanie (ESAM)*

- Définir de ***nouvelles stratégies de prévention de malnutrition*** chez les groupes vulnérables.
- Prévoir des ***mesures structurelles d'accroissement de la production agricole*** avec la mise en valeur de terres cultivables, des semences, de crédit en moyen terme en aménagement et équipement afin de soutenir l'autosuffisance des communautés paysannes, servir la sécurité alimentaire au niveau du pays et favoriser l'emploi en milieu rural.
- Mettre en place des ***activités génératrices de revenus (AGR)*** au profit des populations vulnérables en milieu urbain et rural, notamment à travers des modalités de microcrédit ou de transfert d'argent pour l'amélioration du pouvoir d'achat des ménages.
- Mettre en place là où les marchés fonctionnent d'interventions ***Cash for Work et/ou coupons subventionnés*** pour les ménages urbains et ruraux pauvres identifiés pour les projets à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) avec des partenaires stratégiques (BM, FIDA, BAD, etc.).
- Renforcer ***l'hydraulique villageoise et pastorale*** afin de créer des points d'eau en milieu villageois et sur les parcours de l'élevage pour faciliter la transhumance du bétail.

Suivi de la sécurité alimentaire et du contexte sociopolitique

- Mettre à jour le ***plan de contingence*** pour anticiper les éventuelles crises qui aggraveraient la situation actuelle de la sécurité alimentaire et étudier le rôle d'une éventuelle assistance alimentaire aux populations concernées.
- Renforcer et redynamiser les ***structures nationales de coordination de la sécurité alimentaire*** en l'occurrence les Groupes Techniques Spécialisés (GTS) ; collecter et fournir des informations sur la sécurité alimentaire, la malnutrition et les prix à travers un système (SIM renforcé) de suivi régulier souple mais efficace dans la collecte, l'analyse et l'utilisation de l'information, en coordination avec toutes les structures œuvrant dans le domaine de la sécurité alimentaire et de la nutrition.
- Mettre en œuvre (octobre et novembre 2009) une enquête ESAM qui permettra d'établir une situation en période post-récolte au niveau des *wilaya* et de mesurer les causes profondes de l'insécurité alimentaire.
- Prévoir la reconduite d'une enquête nutritionnelle similaire (SMART) au courant des mois de novembre et décembre 2009 pour évaluer la situation nutritionnelle des enfants.[131]

Implications en ce qui concerne la protection sociale

Il est clair que la sécurité alimentaire reste précaire en Mauritanie et que les populations – surtout en zone rurale – restent vulnérables à la fois aux conditions structurelles de l'insécurité alimentaire liée à la pauvreté chronique et aux crises récurrents. Malgré les efforts énormes déjà entamés, les principales entraves à des réponses efficaces sont actuellement les suivantes : le manque apparent d'une approche globale et coordonnée aux problèmes structurelles et conjoncturelles de la sécurité alimentaire; la faiblesse des structures de coordination entre les divers intervenants; et les difficultés en ce qui concerne la production, l'analyse et la mise en commune des données portant sur les différents aspects du problème.

Par rapport au développement rural, de telles réponses devraient promouvoir et soutenir des synergies et des complémentarités, un programme de soutien productif aux moyens d'existence des plus pauvres, une assistance sociale ciblée et des activités nutritionnelles de soutien et de prévention auprès des populations les plus vulnérables. A tous les niveaux (national, régional, et sous-régional), la priorité devrait être donnée au renforcement de la coordination et de la concertation intersectorielle au suivi et évaluation de tous les programmes mis en œuvre.

Pour la protection sociale, une option potentielle concernerait des transferts en espèces, pour le renforcement des capacités des ménages pauvres à faire face à leurs besoins alimentaires (comme mentionné précédemment par rapport aux mesures d'amélioration de l'accès à la nourriture). A cet égard,

[131] CSA/PAM (2009) *Enquête sur la sécurité alimentaire des ménages en Mauritanie (ESAM)*

une étude de faisabilité sur la mise en place d'un programme pilote de transferts en espèces a récemment recommandé que cela soit lié à la sécurité alimentaire et à la nutrition (voir *chapitre 15* ainsi qu'*annexe 5* pour davantage de détails sur ces recommandations).

Un soutien aux activités HIMO, comme déjà mentionné précédemment, pourrait également servir de filet de sécurité pour les ménages vulnérables disposant d'une force de travail propre. Ceci rejoindrait l'un des objectifs de la stratégie nationale de l'emploi, qui considère les programmes à caractère HIMO comme des instruments potentiellement efficaces, capables de permettre aux populations les plus pauvres d'acquérir des moyens productifs.

D'autres activités d'accompagnement possibles porteraient sur le renforcement des capacités des collectivités communales en matière de formulation et de mise en place de réponses appropriées en matière de protection sociale, aspect intégral de la sécurité alimentaire. Il s'agirait, entre autres, de la capacité d'identifier les ménages pauvres les plus exposés aux risques et d'inscrire dans les plans de développement communal des initiatives appropriées.

Au niveau national, il serait aussi pertinent de définir, à partir de critères clairs et fiables, les situations de pauvreté et d'insécurité chronique par rapport aux situations d'insécurité alimentaire transitoire, afin de mieux définir les cibles des programmes de sécurité alimentaire et de protection sociale dans le moyen et long terme.

Et, enfin, la clarification d'une stratégie nationale de sécurité alimentaire, permettant d'aborder la problématique d'une manière structurelle et à long terme, pourrait contribuer à renforcer les synergies entre les acteurs et améliorer l'efficacité des financements mobilisés, en vue d'augmenter l'impact des actions de lutte contre l'insécurité alimentaire au bénéfice des populations vulnérables.

7.3 LA NUTRITION

Le secteur de la nutrition occupe une place prépondérante à la fois dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et dans celui de la sécurité alimentaire. En effet, la malnutrition demeure un problème grave en Mauritanie, surtout pour les pauvres en zone rurale, qui sont également assujettis aux problèmes d'insécurité alimentaire et de manque d'accès physique ou financier aux services de base. Sous ses différentes formes (malnutrition protéino-calorique de l'enfant, carences en micro nutriments), la malnutrition est une cause majeure de mortalité et de morbidité, surtout chez la femme et l'enfant. Globalement, elle est associée à un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Selon le MICS 2007, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est toujours trop élevé en Mauritanie (122 pour mille), de même que le taux de mortalité maternelle (686 pour 100,000 naissances vivantes).[132] Les études menées au niveau national montrent aussi que la malnutrition est encore très présente. Le problème est d'autant plus sérieux que toute insuffisance à ce niveau se traduit par des coûts économiques et sociaux très élevés. En effet, la dénutrition peut retarder la croissance, affaiblir la résistance aux infections, accroître la morbidité, être la cause d'invalidité et de décès et réduire l'activité physique. Par conséquent, la lutte contre la malnutrition doit s'inscrire comme élément prioritaire au sein d'une politique de protection sociale globale.

Analyse de la situation

Les causes de la malnutrition chez les enfants sont complexes et multiples, liées à la fois à : l'état de santé général de l'enfant et à son accès aux soins sanitaires; la santé et la nutrition de la mère; aux pratiques d'alimentation et de soins à la maison (tel que l'allaitement maternel et l'introduction d'aliments

[132] ONS (2008) *Enquête par grappes a indicateurs multiples 2007*

complémentaires); la disponibilité et l'accessibilité d'aliments variés et riches en nutriments; et aux conditions d'hygiène, d'accès à l'eau et d'assainissement. La pauvreté, les crises environnementales, les fluctuations saisonnières concernant la disponibilité de la nourriture, le manque d'accès aux services sociaux, les naissances multiples et la taille élevée des familles, ainsi que le niveau d'éducation de la mère et les relations de genre inégales sont autant de facteurs qui contribuent à la malnutrition de l'enfant.

Les causes exactes de la malnutrition en Mauritanie – et le poids relatifs des différents facteurs dans les différents milieux – ne sont pas connues avec certitude, faute d'études sur les causes de la malnutrition au niveau nationale. Néanmoins, il est clair que les conditions idéales ne sont pas réunies pour assurer un bon état nutritionnel de l'enfant. Seulement environ 11% des enfants âgés de moins de 6 mois, par exemple, sont allaités exclusivement; seulement 40% des enfants entre 6-9 mois sont allaités et reçoivent en même temps des aliments solides ou semi-solides, selon les recommandations officielles; et seulement 8% des enfants de 9-11 mois sont nourris de façon adéquate.[133] Les autres chapitres de ce rapport soulignent le fait que l'accès aux services de la santé, à l'eau et l'assainissement et à l'éducation reste difficile pour une large partie de la population, surtout en milieu rural et pour les ménages pauvres. Or, la malnutrition, dans toutes ses formes, semble particulièrement affecter les enfants des zones rurales, en particulier ceux des ménages pauvres.

Le système d'information nutritionnelle mis en place par le Ministère de la Santé prévoit deux enquêtes nutritionnelles annuelles – l'une durant la période de soudure et l'autre immédiatement après la récolte. Elles permettent d'évaluer l'impact de la crise alimentaire sur l'état nutritionnel des enfants et orienter les interventions des partenaires vers les zones prioritaires. La méthodologie SMART (*Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition*) est appliquée pour apprécier la situation nutritionnelle à l'échelle nationale et dans les zones agro-écologiques identifiées. L'enquête la plus récente - conduite en pleine période de soudure durant le mois de juillet 2009 – montre les résultats suivants: [134]

- La prévalence de la ***malnutrition aiguë globale*** est de **12,7%** répartis entre la forme modérée (11, 7%) et la forme sévère (1,0%). Il existe de fortes disparités entre les différentes zones géographiques du pays. La zone centrale (19,3%); la zone du Sud (16,8%) et la zone du Sud-est (12,5%) sont plus les touchées par cette malnutrition aiguë globale. La zone du nord (6,4%) présente le taux le plus faible. Le pays est ainsi divisé en deux parties, les régions à forte prévalence (Centre, Sud et Est) variant de 12,5 à 20% et celles à faible prévalence (Nord, Nouakchott et Trarza) avec moins de 10% quelque soit la saison. Les zones du Sud et du Centre ont largement dépassé le seuil d'urgence de 15% fixé par l'OMS. Sur 438 428 enfants de 6-59 mois en Mauritanie, 56 000 sont affectés par la malnutrition aiguë globale. L'analyse des tendances du taux de malnutrition aiguë globale durant les périodes de soudure montre une stagnation de la prévalence depuis 2000. Par ailleurs, l'évolution de la malnutrition aiguë dans le temps montre un phénomène de saisonnalité annuelle assez remarquable. Pendant les périodes de soudure, les taux de malnutrition se situent aux alentours de 12 à 13% et pendant la période post récolte, ces taux se situent entre 8 et 9%. Ces tendances sont corroborées par les enquêtes de vulnérabilité alimentaire (*voir figure 11*)

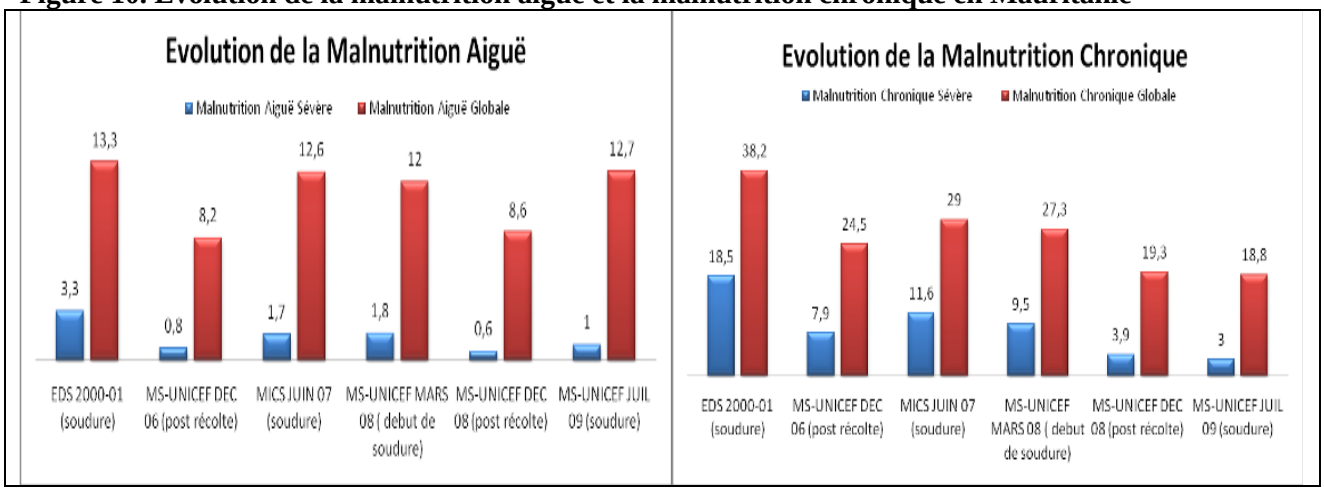
- La prévalence **la *malnutrition chronique globale*** se situe à **18,8%,** aussi avec des disparités importantes entre les zones définies par l'enquête. Les résultats de cette enquête confirment la baisse significative déjà observée lors de l'Enquête MS/UNICEF de décembre 2008. Néanmoins, le nombre d'enfants de 6-59 mois touchés par cette forme de la malnutrition est estimé à près de 82 000.

[133] ONS (2008) *Enquête par grappes a indicateurs multiples 2007*
[134] MS/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie (juillet)* (Enquête SMART)

- ***L'insuffisance pondérale*** affecte près d'un enfant sur trois (27,9%), avec un enfant sur 40 (2,9%) affecté par la forme sévère. Ce sont encore les zones du Sud, du Centre et du Sud-est sont les plus touchés par ce phénomène, avec des prévalences respectives de 36,8%, 36,7% et 30,4%. Le nombre total d'enfants de 6 à 59 mois affectés par l'insuffisance pondérale au niveau national est estimé à 122 000.

- Quelle que soit la forme de malnutrition (aiguë, chronique ou insuffisance pondérale), ***la tranche des enfants de 12-23 mois est la plus exposée.*** La prévention de la malnutrition avant l'âge de 12 mois serait déterminant pour atténuer les pics de malnutrition intra et interannuel. [135]

Figure 10. Evolution de la malnutrition aigue et la malnutrition chronique en Mauritanie



Source : MS/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie*

Au niveau national, le taux de malnutrition aiguë sévère s'est maintenu à 1%, bien plus bas que celui habituellement observé en période de soudure. L'une des explications de l'atténuation du pic saisonnier de la malnutrition aiguë sévère serait peut-être l'effet des différentes interventions dans le domaine de la nutrition. Au même temps, une question concerne la stagnation des tendances interannuelles de la malnutrition aiguë globale : est-ce que c'est une signe d'échec des programmes de nutrition mis en place ou plutôt le reflet d'une situation critique (au cours de ces dernières années) en termes de crise financière, hausse de prix des produits alimentaire et détérioration conséquente de la sécurité alimentaire parmi les ménages qui achètent, pour la plupart, leur nourriture? Cette question reste sans réponse définitive. Mais le Gouvernement et ses partenaires devraient faire d'avantage d'efforts pour lisser le phénomène des pics saisonniers de la malnutrition dans toutes les régions, particulièrement dans celles à forte prévalence (Sud, Sud Est et Centre). Comme mentionné précédemment, ces zones, qui dépendent fortement de la pluviométrie pour leurs activités agropastorales, sont aussi les zones les plus touchées par l'insécurité alimentaire.[136]

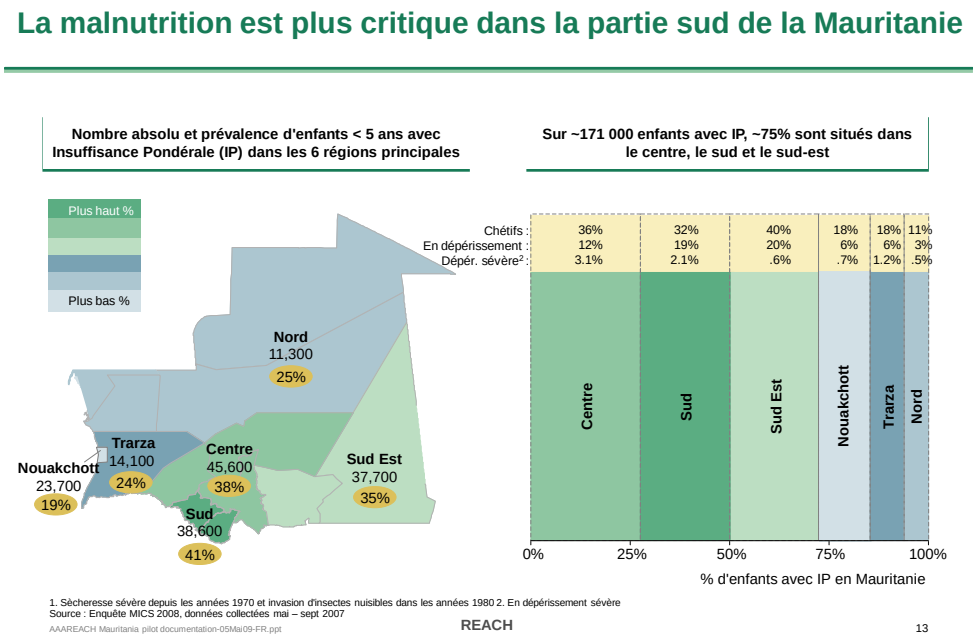
En ce qui concerne la malnutrition chronique, les enquêtes montrent une nette amélioration au cours des dernières dix ans, avec une baisse de plus de la moitie de 38,2% en 2000/01 a 18,8% en 2009, ce qui est énorme. Pourtant, l'évolution dans le temps de la prévalence de la malnutrition chronique est irrégulière, avec de fortes variations sur trois périodes différentes entre 2000 et 2009, un phénomène qui reste

[135] MS/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie (juillet)* (Enquête SMART)
[136] Ministère de la Santé/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie*

également sans explication.[137] De toutes les manières, le niveau reste encore beaucoup trop haut, et presqu'un enfant sur cinq souffrirait de la malnutrition chronique, avec tout ce que cela implique pour sa survie et son développement.

Les résultats de l'enquête indiquent que près d'un enfant sur trois (27,9%) souffre d'insuffisance pondérale modérée, et un enfant sur 40 (2,9%) est affecté par la forme sévère d'insuffisance pondérale. Comme pour les autres formes de malnutrition, le Sud, le centre et le Sud-Est sont plus touchés par l'insuffisance pondérale avec des prévalences respectives de 36,8%, 36,7% et 30,4%.[138] (*voir carte, figure 11).*

Figure 11. Nutrition et disparités géographiques



Source : REACH (2009)

Selon le Ministère de la Santé et l'UNICEF, les résultats de cette enquête conduite en pleine période de soudure énoncent une situation alarmante d'urgence pour deux zones sur sept, englobant les régions d'Assaba, du Brakna, du Gorgol, Guidimakha et Tagant. Une autre zone, le Sud-est, englobant les régions du Hodh El Charghy et Hodh El Gharby est dans une situation précaire avec une prévalence de 12,5%.
Les régions en situation d'urgence nutritionnelle doivent bénéficier d'une réponse appropriée dans l'immédiat et dans le court et moyen terme, à savoir un programme intégré de redressement et de développement à l'image du programme Conjoint Nutrition, Sécurité Alimentaire et Enfance dont bénéficie actuellement le Sud Est (*voir encadré 25*).

Encadré 25. Accélération de la lutte contre la faim et la malnutrition des enfants dans le Sud Est de Mauritanie

Dans la perspective de l'atteinte du premier Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) qui vise a réduire l'extrême pauvreté et la faim (cible 2 : la réduction de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2015), et dans le cadre de la mise en œuvre du processus pilote REACH, le gouvernement mauritanien

[137] Ministère de la Santé/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie*
[138] Ministère de la Santé/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie*

(Ministère des Affaires Economiques et du Développement, Ministère de la Santé, Ministère du Développement Rural, Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et Famille, Commissariat a la Sécurité Alimentaire), ses partenaires du Système des Nations Unies (UNICEF, FAO, PAM, OMS) et le Fonds pour l'atteinte des OMD, ont souscrit a un programme conjoint de 3 ans pour 'l'accélération de la lutte contre la faim et la malnutrition des enfants dans le Sud Est Mauritanien'.

Ce programme qui a démarre en fin aout 2009, vise a renforcer les interventions entreprises pour améliorer la disponibilité alimentaire, élever les productions familiales agricoles et d'élevage, renforcer la prise en charge de la malnutrition chez les groupes vulnérables, amplifier les activités d'éducation nutritionnelle pour le changement de comportement, et renforcer la coordination et les capacités des acteurs locaux. L'introduction du dépistage de la malnutrition aigue en partenariat entre deux ministères (CSA et MS) et deux agences SNU (PAM et UNICEF) permettra d'assurer le ciblage unique des communes de concentration des interventions du programme. Un comité de gestion (gouvernement, agences des nations unis, ONG/société civile) assurera la planification et la supervision et une unité d'appui a la mise en œuvre du programme sera base á Aioun.

Source : MDG Achievement Fund (2009) : *Etat d'avancement de la mise en œuvre du programme conjoint*

Politiques et stratégies nationales

La réduction de la faim et de la malnutrition, en particulier chez les groupes vulnérables, figure parmi les objectifs globaux du secteur de la santé, qui prévoit des activités pour améliorer l'accès à des prestations sanitaires et nutritionnelles de qualité, la redynamisation de l'approche communautaire pour améliorer la participation effective des représentants des communautés dans la gestion des services de santé et de nutrition aux niveaux périphérique et intermédiaire et le renforcement de la coordination intersectorielle.

Parmi les objectifs directement liés à la nutrition, la politique nationale vise à (i) améliorer l'accessibilité des ménages, en particulier les plus démunis, aux produits alimentaires de première nécessité, et de promouvoir des comportements alimentaires et nutritionnels adéquats, (ii) dépister et prendre en charge les enfants et les femmes enceintes atteints de malnutrition, et (iii) assurer un appui technique et une coordination de l'ensemble des secteurs impliqués dans les volets de sécurité alimentaire, de nutrition communautaire et scolaire, et de contrôle de qualité des aliments.[139]

Les actions sont guidées par plusieurs politiques nationales **:**

- ***La politique nationale de développement de la nutrition (2005-2015)*** vise la prévention de la malnutrition ainsi que l'amélioration de la prise en charge des enfants malnutris et l'intégration des interventions de la lutte contre les carences en micronutriments avec d'autres interventions de survie de l'enfant. Tout ceci en vue de contribuer à réduire de façon significative la mortalité et la morbidité liées aux problèmes de nutrition et de promouvoir des comportements alimentaires et nutritionnels adéquats (*voir détailles en bas*)
- ***La politique nationale de la santé et de l'action sociale (2006-2015)*** du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS)
- ***Le protocole national de prise en charge de la malnutrition (2007)*** Il s'agit d'une définition des traitements dans les *Centres de récupération nutritionnelle en interne/hospitalisation* ***(CRENI)*** pour malnutris sévère avec complications/appétit médiocre ; les *Centres de récupération nutritionnelle en ambulatoire pour malnutris sévère* ***(CRENAS*** sans complications/appétit modéré ou bon ; et les *Centres de récupération nutritionnelle en ambulatoire pour malnutris modérés* (***CRENAM***). Les CRENI sont implantes dans les hôpitaux régionaux et dans l'unité spéciale de nutrition à Nouakchott), les CRENAS dans les postes ou centres de santé, et les CRENAM au niveau des Centres d'alimentation communautaire (CAC) ou Unités de santé de base (USB) avec l'appui des agents communautaires/bénévoles.

[139] RIM (2006) *CSLP 2006-2010.*

- ***La stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2007)*** met l'accent sur la promotion des pratiques appropriées d'allaitement et d'alimentation complémentaire du nourrisson, gage de la survie et du développement et du jeune enfant.
- ***Des directives nationales de supplémentation en vitamine A (2007)***
- ***La Stratégie nationale de survie et de développement de l'enfant en Mauritanie (2009)*** identifie le regroupement et l'expansion d'interventions essentielles, peu coûteuses et efficaces comme moyen d'offrir un ensemble continu de services de soins accessibles pour la mère, le nouveau-né, et l'enfant en vue d'une réduction significative des taux élevés de mortalité néonatale et infantile. Les interventions en nutrition jouent un rôle important dans le paquet de base de soins essentiels.

La PNDN, comme le guide directeur, s'articule autours de 4 axes stratégiques programmatiques d'intervention :

- La sécurité alimentaire, avec pour objectif stratégique d'ici 2015 d'accroître la productivité et la production en milieu rural et périurbain, d'améliorer l'accessibilité des produits alimentaires de première nécessité au niveau national, régional et au niveau ménage (en quantité et en qualité) et d'atténuer les effets des crises alimentaires et des situations d'urgence
- La nutrition et le système de santé, avec pour un certain nombre d'objectifs se traduisant par une amélioration sensible du statut nutritionnel des populations d'ici 2015 avec des indicateurs chiffrés (réduction de l'insuffisance pondérale, réduction du déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer et du faible poids à la naissance, réduction de la prévalence de l'anémie, élimination de la carence en iode et en vitamine A, introduction d'un paquet minimum d'activités en Nutrition…)
- La nutrition communautaire et le programme de la petite enfance, avec pour objectif stratégique d'ici 2015 d'améliorer les interventions de nutrition communautaire et le statut nutritionnel de la petite enfance, de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux carences en micronutriments et de promouvoir de bonnes habitudes et comportements alimentaires.
- La nutrition scolaire, avec pour objectif stratégique d'ici 2015 d'assurer une alimentation suffisante et saine en milieu scolaire et universitaire, avec la mise en place de la promotion de l'éducation en matière d'hygiène et d'alimentation.

Ces quatre axes stratégiques sont appuyés par 5 axes transversaux

- Le renforcement des programmes IEC et changements de comportement ;
- L'amélioration des systèmes de nutrition en matière de nutrition ;
- La recherche appliquée et la formation en nutrition ;
- Le contrôle de la qualité des aliments ;
- Le partenariat avec la société civile.

Dispositif institutionnel et nouveau cadre de concertation et de coordination

Le Ministère de la Santé développe les politiques et programmes et coordonne les actions en nutrition dans le pays. Mais il y a des autres institutions qui sont également impliques dans le domaine de la nutrition: le Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfant et de la Famille (MASEF); le Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA); et le Ministère de l'Industrie et du Commerce. Parmi les partenaires techniques et financières, il y a surtout des agences du système des Nations Unies (PAM, UNICEF, OMS, FAO) ainsi que la Banque Mondiale et d'autres bailleurs de fonds. Les ONG internationales interviennent également en partenariat dans le domaine de la nutrition, surtout Action contre la Faim; Counterpart International; la Croix Rouge française, la Fédération Luthérienne Mondiale, et Santé Sud.[140]

[140] REACH (2009) *Plan d'action de nutrition de haut niveau*

Des efforts récents ont permis de renforcer la coordination au sein de ce secteur multidimensionnel. Un Conseil National de Développement de la Nutrition (créé le 25/02/10) vise à assurer une coordination et un pilotage interministériels dans la mise en œuvre d'un plan d'action pour la nutrition basé sur une approche multifactorielle de la nutrition (*voir détails dans le chapitre 14 sur les dispositifs institutionnels de coordination*).

La Mauritanie est également l'un des pays pilote du programme REACH (*L'initiative pour éliminer la faim et la malnutrition des enfants*) qui est un partenariat, hébergé au niveau global par le PAM, des acteurs clés impliqués dans le combat contre la faim et la malnutrition des enfants. REACH a été mis en place en Mauritanie en 2008 afin de soutenir un effort focalisé dans lutte contre la malnutrition chez les enfants et de coordonner les approches des acteurs multiples qui interviennent dans le domaine.

L'analyse de la situation initiale effectuée par REACH en Mauritanie a identifié et répertorié cinq principaux 'canaux de livraison' des services de nutrition dans le pays (*voir tableau 10*). Au sein du système de la santé, il y la pyramide des structures sanitaires qui offre des services à différents niveaux (postes de santé et centres de santé dans les *moughaata* et les *wilaya* ; hôpitaux dans les capitales régionales). Les C*entres de récupération nutritionnelle en ambulatoire pour malnutris sévère* ***(CRENAS)*** pour malnutrition sévère sans complications et les *Centres de récupération nutritionnelle en interne/hospitalisation* ***(CRENI)*** pour malnutrition sévère avec complications sont gérés par le système sanitaire, mais leur couverture reste limitée à cause de la faible utilisation des structures. Les *Centres de nutrition pour la malnutrition modérée* (CRENAM) et les *Centres de nutrition communautaire* (CNC) sont implantés dans les villages grâce au travail des bénévoles, mais leur couverture est également jugée limitée et la qualité des services et du suivi a besoin d'améliorations. D'autres services nutritionnels sont offerts à travers les groupements communautaires, appuyés, souvent par des ONG. Le dispositif est complété par les campagnes de masse (pour la distribution de la Vitamine A; le déparasitage, etc.), qui ont une couverture assez large une fois par an.

Tableau 10. Les 5 canaux de livraison des services de nutrition en Mauritanie

En Mauritanie, 5 principaux canaux de livraison sont actifs actuellement

Canal	Système de santé	CRENAM	CNC	Communauté / Supporté par ONG Internationales	Campagnes de masse
Description	**13 Hôpitaux** dans capitales régionales **66 Centres de Santé** dans les Wilayas – dont 30 CRENI[1] **367 Postes de Santé** dans les Moughatas – dont 150 CRENAS[2] Services de santé généraux tels que diagnostics & traitements	**877 CRENAM** Centres de nutrition basique: opérée par des volontaires recevant 50$ par sac de nourriture stocké chez eux pour distribuer aux enfants en situation de besoin moyen	**200 CNC** Présents dans 7/13 régions Créés en 2006: fournissent des suppl. d'alimentation, supportent allaitement excl., donnent Vit. A, Fer, Iode et Zinc à 80,000 mères. Une personne dans chaque CNC formée en nutrition.	**Coopératives de femmes, coopératives agricoles** présentes au niveau village **6 ONG Internationales** et plusieurs ONG locales présentes principalement dans le Sud-est du pays	Campagnes de masse de vitamine A et déparasitage effectuée **deux fois par an** à l'échelle nationale en porte à porte par du personnel formé
Activités	• Allaitement exclusif et complémentaire (E)[1] • MIIs, TPIp, Nutrition thérapeutique **Couverture:** limitée en raison de la faible utilisation des installations due à la distance et à la qualité des accès.	• Vitamine A • Fortification Fer • Nutrition supplémentaire **Couverture:** 59% des enfants MAM < 5 ans en période de soudure (97% post-récolte)	• Allaitement exclusif, suppl. d'alimentation • Vitamine A, Iode, Fer, Hygiène des mains **Couverture:** 11% des femmes entre 15-49; 11% enfants < 5	*Coop. Agricoles/de Femmes* • Allaitement exclusif et complémentaire • Production alimentation / fermes locales *ONG Internationales:* • Toutes les interventions exceptées pour Zinc et transfert d'argent condit. **Couverture:** 15% villages	• Allaitement Excl. et complém. (E) • Vitamine A suppl. déparasitage **Couverture:** 85%-95% mères; 85%-95% des enfants < 5

1. centres d'alimentation thérapeutique avec capacité de couchage pour enfants sévèrement atteints; 2.centre d'alimentation thérapeutique uniquement pour soins de jour

AAAREACH Mauritania pilot documentation-05Mai09-FR.ppt REACH 25

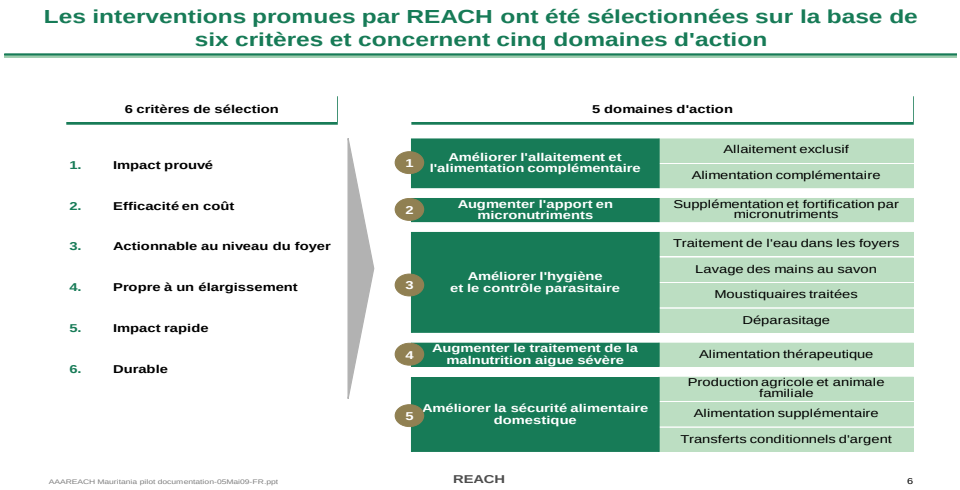
Source : REACH (2009) *Plan d'action de nutrition de haut niveau*

L'analyse de la situation dans le domaine de la nutrition effectuée par REACH a révélé que :[141]

- Plusieurs interventions clés sont déjà mises en œuvre, mais leur couverture et qualité peuvent être significativement améliorées, pour augmenter leur impact (ex: prise en charge de la malnutrition, supplémentation en Vitamine A et le déparasitage au Mebendazole)
- D'autres interventions n'ont pas encore été mises en œuvre (lavage de mains, traitement d'eau dans les ménages, fortification de la farine de blé)
- La coordination entre les intervenants est faible, conduisant à une couverture faible et discontinue, avec parfois des duplications d'efforts (les plus grands gaps d'activité se situent à Nouakchott et dans le Sud Est)
- Des opportunités significatives existent pour assurer les synergies entre les interventions et leurs canaux de livraison, ce qui servent comme base de programmation d'un plan d'action intégré et multisectoriel

A travers un processus consultatif, REACH a identifie cinq domaines d'actions prioritaires pour le plan d'action intégré et multisectoriel (*voir tableau 11*).

Tableau 11. Interventions clés identifiées par REACH



Source : REACH (2009) *Plan d'action de nutrition de haut niveau*

Entre 2009, selon le plan d'action, REACH se focalise sur la promotion de l'allaitement maternel exclusif, du sel iodé, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage et la prise en charge de la malnutrition aigue. En 2010 et 2011, REACH se focalisera sur les autres interventions qu'il soutient. Les stratégies suivant sont prévues pour la mise en œuvre du programme:

- Renforcer le système de santé pour apporter des interventions médicales clés et des messages continus de changement de comportement :

  Améliorer la formation et le suivi du personnel médical ; étendre les services de maternité dans le contexte de l'initiative Hôpital Ami du Bébé (100% de toutes les femmes enceintes) ; étendre le système d'alimentation thérapeutique (95% de tous les enfants avec malnutrition sévère aigue < 5 ans) ; redynamiser le système de santé communautaire (95% de toutes les femmes et de tous les enfants) ; soutenir et accélérer l'amélioration en cours du Système National d'Information Sanitaire

[141] REACH (2009) *Plan d'action de nutrition de haut niveau*

- En parallèle au système de santé, tirer parti autant que possible des structures existantes dans le domaine de la nutrition pour soutenir une montée en puissance rapide et fiable.

  Améliorer et d'étendre les CRENAM (95% de tous les enfants < 5 ans souffrant de malnutrition modérée)

- De plus, renforcer les canaux ayant une base communautaire, pour mieux véhiculer le message concernant le changement des comportements, de manière crédible, durable et à faible coût.

  Renforcer les Coopératives de Femmes (~20% des femmes avec une focalisation rurale) et les Coopératives Agricoles (~20% des hommes avec une focalisation rurale) :

- Continuer et d'améliorer les campagnes de masse et de renforcer le secteur privé dans des domaines sélectionnés.

- Activités transversales
  Harmoniser les systèmes de coordination au niveau communautaire, pour mieux coordonner les actions des différents interventions; d'optimiser le système de dépistage et de référence ; gestion de l'éducation au changement de comportement

- Utiliser une approche focalisée dans le cadre d'interventions qui sont soit très complexes soit fortement conditionnées par un type de fourniture physique.

  Assurer une distribution efficace des MII ; de l'ITPp / fer ; du zinc : (Assurer la disponibilité gratuite d'TPIp ; de fer ; et du zinc dans tous les services de maternité (comme partie du package prénatal) ; étendre l'éducation à la production agricole et animale familiale et à l'alimentation complémentaire ; et de fournir une éducation spécifique à la région sur les outils de traitement de l'eau par les ménages

Mesures prévus pour améliorer la nutrition
Selon l'analyse de la situation et les résultats de l'enquête conjointe sur la nutrition (2009), le Ministère de la Santé et l'UNICEF ont émis des recommandations suivantes pour les actions dans le court et le moyen terme:

- L'accélération des ***programmes d'aide alimentaire*** ciblant les familles les plus vulnérables pour éviter une plus grande détérioration de la situation nutritionnelle dans les régions du Sud, Centre et Sud Est;
- Le renforcement, l'élargissement et l'accélération des programmes de ***prise en charge systématique de la malnutrition aiguë sévère*** à travers les CRENAS et CRENI dans les régions du Sud, Centre et Sud Est
- Le renforcement, l'élargissement et l'accélération des programmes de ***prise en charge de la malnutrition aiguë modérée*** à travers les CRENAM en accordant la priorité aux régions du Sud, Centre et Sud Est.
- Définition de ***nouvelles stratégies de prévention de malnutrition aiguë modérée et chronique*** chez les enfants en mettant davantage l'accent sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément appropriées, supplémentation alimentaire basée sur l'utilisation des produits-prêt-à l'emploi, salubrité des aliments de complément) en plus de l'accès aux services essentiels de santé (vaccination, et prévention/traitement du paludisme, diarrhée et pneumonie et prévention des grossesses rapprochées), espacement des naissances, de l'accès et aux informations clés la nutrition et la survie de l'enfant et l'amélioration de l'accès des ménages à l'eau potable et à une alimentation familiale diversifiée.

- Réplication éventuelle du ***modèle du programme conjoint enfance, nutrition et sécurité alimentaire*** mis en œuvre actuellement, dans le cadre de l'initiative REACH, dans les régions du Sud-est, avec des adaptations dans les régions du Sud et du Centre.
- Mise en œuvre de la ***stratégie nationale pour la survie et le développement de l'enfant*** et la ***stratégie de communication*** pour la survie de l'enfant qui met l'accent sur cinq thèmes clefs dont la promotion de l'allaitement maternel exclusif et de l'alimentation de complément.[142]

Implications pour la protection sociale

Un bon exemple du type de coordination et de partenariat qu'on pourrait envisager pour la protection sociale est fourni par les structures assurant la coordination des initiatives dans un secteur aussi complexe que la nutrition, et cela en vue de maximiser l'impact de ces mêmes interventions. A cet égard, il faut noter que l'initiative REACH a obtenu les services d'un facilitateur à plein temps, en charge, pendant un an, d'une première phase de planification générale pour aboutir à une analyse de la situation, l'harmonisation de la vision, la priorisation des interventions, l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre des activités et la mobilisations du financement pour le programme. Un processus pareil pourrait être envisagé pour la protection sociale.

Les actions et les stratégies prévues dans le domaine de la nutrition revêtent une importance capitale pour la protection sociale. A souligner surtout les efforts qui visent à : renforcer les services de base et les 'canaux de transmission'; assurer l'accessibilité des suppléments nutritionnels à travers le principe de la gratuité d'un paquet de soins prénataux; cibler des programmes conjoints sur les zones les plus vulnérables selon les indicateurs disponibles; et renforcer les systèmes de collecte et d'analyse de données pour améliorer ce ciblage et mieux cerner et suivre l'impact des interventions mises en place.

Des mesures de protection sociale, concernant surtout la réduction des disparités et des vulnérabilités nutritionnelles résultantes de la pauvreté des ménages, pourraient venir en complément à toutes ces activités. L'un des mécanismes envisageables serait un programme pilote de transferts monétaires, destinés aux ménages pauvres afin de renforcer leur pouvoir d'achat pour améliorer leur accès financier à la nourriture. Un programme de transferts en espèces est déjà prévu parmi les interventions clés dans le domaine de la nutrition identifiées par l'initiative REACH et – comme vu précédemment – la réflexion concerne aussi sa pertinence par rapport à la sécurité alimentaire. La mise en place – dans une phase pilote – d'un tel programme, ciblant les zones les plus vulnérables, pourrait renforcer les synergies entre nutrition et sécurité alimentaire (voir *chapitre 15* et *annexe 5* pour plus de détails sur les résultats et les recommandations d'une étude de faisabilité sur la mise en place d'un programme pilote de transferts en espèces en Mauritanie).

7.4 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Il est clair que les problématiques de la sécurité alimentaire et de la nutrition sont inextricablement liées et qu'elles comportent deux niveaux de priorité : (i) une priorité concernant la mise en place de mesures efficaces d'assistance humanitaire pour protéger les populations les plus vulnérables contre les effets des situations d'urgence; et (ii) une priorité concernant la définition de politiques visant des réponses à plus long terme et l'établissement de mesures qui s'adressent aux causes structurelles de la vulnérabilités et de la pauvreté chronique. Ceci correspond précisément au cadre conceptuel de la protection sociale, avec ses quatre éléments de prévention, protection, promotion et transformation.

[142] MS/UNICEF (2009) *Enquête rapide national sur la nutrition de l'enfant en Mauritanie* (Enquête SMART)

Il est également clair que – à l'instar de la protection sociale - ces domaines concernent de multiples acteurs opérant dans plusieurs secteurs, et que par conséquent cela implique la nécessité absolue d'une grande coordination. Il faudrait fortement encourager tout effort visant à intégrer le suivi et l'analyse de la situation à travers le système d'enquête (ESAM pour la sécurité alimentaire et SMART pour la nutrition). Il faudrait probablement envisager une enquête conjointe, qui permettrait aussi de cibler les populations nécessitant une protection sociale globale : ceci dans l'optique de créer et renforcer un système commun de collecte et d'analyse de données, pour aboutir à un 'registre unique' des bénéficiaires d'une assistance sociale à dimensions multiples. Il faudrait aussi envisager d'utiliser l'initiative REACH comme modèle de concertation/coordination intersectorielle dans le domaine de la protection sociale, vu son efficacité dans le domaine de la nutrition et sa capacité de créer un partenariat large autour d'une problématique assez vaste et complexe.

Pour ce qui concerne les recommandations sur les deux domaines de la sécurité alimentaire et la nutrition, la possibilité de mettre en place des programmes de transferts en argent aux ménages pauvres a été envisagée et même planifiée dans le cadre de l'initiative REACH. Il y a également une réflexion avancée sur la pertinence de cette approche dans le domaine de la sécurité alimentaire. Mais, pour l'instant, cette option n'a pas encore été mise en œuvre en Mauritanie. Il s'agit pourtant de l'une des mesures de plus en plus utilisées dans le cadre de programmes nationaux de protection sociale. La faisabilité de la mise en place de cet instrument, en liaison surtout avec les problèmes de la malnutrition et l'insécurité alimentaire, fera l'objet de notre analyse dans le *chapitre 15, et l'annexe 5.*)

8. PROTECTION DE L'ENFANT

8.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

La réduction de la vulnérabilité et des risques est au centre de la protection sociale. Il est de plus en plus reconnu que les politiques et programmes de protection sociale doivent faire face à une diversité de vulnérabilités et de risques aux différents stades du cycle de la vie. Mais les stratégies de protection sociale ont prêté relativement peu d'attention à la nécessite de s'adresser à la vulnérabilité des enfants vis-à-vis des risques liés à la violence, l'exploitation, l'abus et la négligence. Cependant, d'une manière globale, d'après leurs témoignages, les enfants eux-mêmes considèrent ces violations de leurs droits à la protection comme l'un des problèmes les plus sérieux auxquels ils sont confrontés.[143]

Tel que défini dans la stratégie de protection de l'enfance adoptée par l'UNICEF (2008), le système de protection de l'enfant comprend « *l'ensemble des lois, politiques, règlements et services qui, dans tous les secteurs sociaux….permettent de soutenir la prévention et l'action a mener face aux risques poses…Au plan de la prévention, ils visent a soutenir et a renforcer les familles pour réduire l'exclusion sociale et diminuer le risque de séparation, de violence et d'exploitation*. »[144]

En Afrique de l'Ouest et du Centre, en général, ces systèmes restent très faibles et dépourvus de ressources, les agences gouvernementales chargées de la protection de l'enfant étant souvent parmi les plus marginalisées. Le nombre limite de travailleurs sociaux et d'autre personnel professionnel employé dans les agences en charge des enfants, en particulier au niveau local, constitue l'une des principales contraintes. De sérieux déficits de capacité affectent la planification, la budgétisation, la coordination inter-agences, l'analyse des politiques et la gestion de l'information, aussi bien que la mise en œuvre de

[143] ONU (2006) *Rapport de l'expert indépendant pour l'étude des Nations Unies sur la violence a l'encontre des enfants,* cite en UNICEF/ODI (2009*) Note de Synthèse, Politiques Sociales : Promouvoir des synergies entre la protection des enfants et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*
[144] UNICEF (2008)

programmes et la gestion des cas. En outre, les allocations budgétaires sont extrêmement limitées. La forte dépendance vis-à-vis des agences internationales pour le financement et la mise en œuvre de programmes rend ces programmes souvent fragmentés et difficiles à soutenir.

Au niveau régional plus large, le manque d'un cadre législatif général relatif aux enfants, la faiblesse ou la variabilité du degré d'intégration de la Convention de l'Enfant (CDE) dans la législation nationale et la non-application des lois existantes constituent aussi des problèmes importants par rapport à la protection des enfants dans la région.[145] (*Voir encadré 26*)

Encadré 26. Points clés d'une analyse régionale des liens entre systèmes de protection de l'enfant et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre

- La nature pluridimensionnelle des risques auxquels les enfants sont confrontes, tels que les facteurs sociaux qui mènent a la violence, a l'exploitation, aux abus et a la négligence, devrait être mieux prise en compte dans l'élaboration des stratégies de protection sociale
- Les services sociaux de protection de l'enfant dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sont extrêmement faibles et fragmentes et manquent de financements ; leurs liens avec les autres composantes de la protection sociale et les autres secteurs restent très faibles
- Néanmoins, il est opportun d'exploiter les synergies possibles entre le développement des services sociaux de protection de l'enfant et les programme embryonnaires de transferts sociaux dans la région

Source : UNICEF/ODI (2009*) Note de Synthèse, Politiques Sociales : Promouvoir des synergies entre la protection des enfants et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*

Ce chapitre s'efforce '*d'examiner dans quelle mesure les services de protection des enfants en Mauritanie, aussi bien préventifs que réactifs, entrent dans le cadre d'un système de protection sociale intégré ou restent une mosaïque de programmes et projets ponctuels, avec une cohérence et une efficacité circonscrites*.'[146] Avant tout, il présente le cadre conceptuel concernant l'analyse de la pluri dimensionnalité des risques auxquelles les enfants sont confrontés dans la réalisation de leur droit à la protection. Il met l'accent sur les facteurs sociaux et économiques de base, avant de présenter les catégories d'enfants vulnérables identifiées au niveau national.

Ensuite, le chapitre examine les points forts et les points faibles du système mauritanien concernant la protection de l'enfant, en prêtant une attention particulière aux institutions intervenant dans ce domaine.

Enfin, après avoir fait une revue des principales propositions existantes concernant une stratégie nationale de protection des enfants, le chapitre formule un certain nombre de recommandations visant le renforcement/création de liens et de synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale, visant la création d'*un sous-système pour la protection des enfants cohérent et efficace au sein d'un système plus large de protection sociale nationale*[147].

Le chapitre s'inspire beaucoup du travail concernant l'élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan d'action de protection des enfants en Mauritanie (2009) ainsi que des résultats d'une étude récente sur les relations entres les services sociaux de protection de l'enfant et les systèmes plus larges de protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre (2009).

[145] UNICEF/ODI (2009*) Note de Synthèse, Politiques Sociales : Promouvoir des synergies entre la protection des enfants et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*
[146] TDR pour l'étude sur la protection sociale en Mauritanie
[147] TDR pour l'étude sur la protection sociale en Mauritanie

8.2 CADRE CONCEPTUEL ET CARACTERISTIQUES DE VULNERABILITE CHEZ L'ENFANT

Globalement, les principaux facteurs sociaux de risques chez les enfants sont les suivants : la violence et les ruptures familiales, les conflits sociaux et politiques, l'exclusion et la discrimination sociale, et certaines pratiques néfastes qui sont ancrées dans les traditions culturelles, telles que l'excision et le mariage précoce. Les enfants dépourvus de famille (à la suite, entre autres, du VIH/SIDA, des migrations, de la traite ou des conflits armés, entres autres) sont exposés à des risques plus importants, étant donné le rôle central de la famille dans la protection de l'enfant. Les enfants qui vivent dans les rues ou dans certaines institutions ; les enfants-soldats ou les enfants placés sous le contrôle de 'tuteurs' font partie de cette catégorie. D'autres formes d'abus, telles que le travail des enfants, l'exploitation sexuelle commerciale et la traite, sont plutôt liées aux vulnérabilités économiques des ménages d'appartenance des enfants. De plus, il peut y avoir des abus même au sein des familles et de certaines institutions sociales (comme l'école).[148]

Souvent, les facteurs de risque sont associés et imbriqués les uns aux autres, les uns s'ajoutant aux autres et intensifiant leurs effets respectifs. L'absence d'un certificat de naissance, par exemple, augmente les risques d'exclusion sociale (exclusion de l'école, par exemple), d'exploitation économique (travail de l'enfant) et d'intégration illégale dans les forces armées. Les handicaps physiques ou mentaux mènent souvent à une exclusion sociale plus accrue des enfants de ménages pauvres. Tout cela explique la nécessité d'adopter une vision globale du problème et des réponses à y apporter. (*Voir encadré 27 et annexe 6 pour des cadres analytiques des risques et des vulnérabilités des enfants*)

Encadré 27. Cadre d'analyse de la vulnérabilité chez l'enfant

- **Pluri dimensionnalité** : liée aux quatre grands groupes de droits faisant partie intégrante de la Convention relative aux Droits de L'Enfant (CDE) : les droits a la survie (dont la santé, la nutrition, l'eau et l'assainissement) ; au développement (l'éducation et le développement psycho-social) ; a la protection (de l'abus, l'exploitation, la violence et la négligence) ; et a la participation (aux décisions qui affectent la vie des enfants)
- **Changements au cours de l'enfance** : en termes de vulnérabilités et des capacités d'y faire face (par exemple, de jeunes nourrissons ont des capacités beaucoup plus limitées que celles d'adolescents pour affronter les chocs sans la prise en charge et le soutien d'un adulte).
- **Nature relationnelle** : étant donne la dépendance des enfants vis-à-vis de la prise en charge, du soutien et de la protection d'adultes, surtout dans la petite enfance, les vulnérabilités individuelles des enfants sont souvent aggravées par les privations, vulnérabilités et risques auxquels leurs parents et tuteurs font face (a couse de leur situation économique, niveau d'éducation, genre, groupe ethnique, lieu de résidence ou autres facteurs)
- **Etre sans voix** : Bien que les groupes marginalises manquent souvent de vois et d'opportunités de participation, être enfant sans voix revêt une qualité particulière, a cause de systèmes législatifs et culturels qui renforces leur marginalisation.

Source : UNICEF/ODI (2009) *Note de Synthèse,*

Plusieurs catégories d'enfants vulnérables ont été identifiées en Mauritanie, en fonction des définitions adoptées par différents programmes et acteurs. Cependant, à l'heure actuelle, il ne semble pas y avoir une typologie nationale officielle. En ce qui concerne les enfants victimes de violence, d'exploitation, d'abus, de discrimination ou de négligence (VEDAN), une typologie opérationnelle a été élaborée pour servir au développement d'une stratégie nationale de protection des enfants axées sur sept groupes spécifiques :

- les enfants handicapés
- les enfants exploités au travail ou victimes de traite

[148] UNICEF/ODI (2009*) Note de Synthèse, Politiques Sociales : Promouvoir des synergies entre la protection des enfants et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*

- les enfants partiellement ou totalement privés de tutelle parentale (enfants vivant dans la rue, orphelins, enfants abandonnés, enfants mendiants, enfants victimes de litiges familiaux)
- les enfants victimes de pratiques culturelles néfastes (MGF, gavage, mariage précoce)
- les enfants orphelins et autres enfants vulnérables dans le contexte du VIH-SIDA
- les enfants victimes de violences et d'exploitation sexuelles
- les enfants en conflit avec la loi [149]

Les données existantes sur ces différentes catégories d'enfants sont présentées dans le *tableau 12* qui identifie également les besoins spécifiques de prise en charge, le cadre légal existant ou à définir, et les réponses nationales apportées par des départements publiques ou par des programmes des ONG.

[149] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*

Tableau 12. Données sur les groupes d'enfants vulnérables en Mauritanie

Groupes d'enfants	Manifestation du problème	Estimations quantitatives	Besoins spécifiques de prise en charge	Cadre légal existant et à combler	Réponses publiques	ONG d'intervention
Les enfants handicapés (enfants handicapés physiques : sourds, muets, non voyant, et enfant handicapé mental)	Non accès aux services de base notamment l'éducation (5% scolarisé) Marginalisation, exclusion sociale	7 500 enfants (20% de la sous population affectée par un handicap)	Accès aux services de réhabilitation, programmes de prévention de l'infirmité en bas âge, éducation par l'école classique et écoles spécialisées	-CDE -Ordonnance N°2006/043 du 23 nov. 2006 portant sur la promotion et la protection des personnes handicapées, -Nécessité de texte d'application	Direction des handicapés Ecole des aveugles et muets Le programme RBC CNORF	Ecole spéciale pour enfants et adolescents handicapés mentaux de l'AMPHM et ses autres structures AIEH, AMDEF, AMPEF, Au secours de l'enfance, NEJAH, NV-NDB, Caritas Mauritanie, IMD…
Les enfants exploités au travail ou victimes de traite (enfants travailleurs, filles domestiques)	Exploitation dans des travaux pénibles et probablement dangereux qui hypothèquent leur éducation et leur santé	-16.4% des enfants âgés de 5 à 14 selon MICS 2007 -Plus de 90 000 enfants selon le RGPH 2000)	-Application des lois et textes incriminant la traite et limitant l'âge d'accès à l'emploi -Programmes de scolarisation ainsi que de réhabilitation psychosociale et de réinsertion sociale	-CDE -Code du travail, -Loi 025/2003 portant répression de la traite des personnes -L'OPPPE	Direction et inspection du travail, Polices de l'aéroport	Association des femmes chefs de ménages
Les enfants partiellement ou totalement privés d'encadrement parental (enfants vivant dans la rue, orphelins, enfants abandonnés, enfants mendiants, enfants victimes de litiges familiaux, enfants migrants)	Errance, exposition aux dangers de la vie dans rue (tabagisme, violences, prostitution), absence d'encadrement, Manque d'accès au soutien psychosocial et aux services de bases	-9 000 enfants orphelins -300 enfants mendiants ou talibés -1 000 enfants de la rue, -277 enfants abandonnés à Nouakchott, entre 1990 et 2005, 24 en 2006 et 25 en 2007. -2 400 enfants victimes de litiges familiaux/an.	Réhabilitation psychosociale, accès aux services de base notamment a l'éducation, la formation professionnelle -Réinsertion familiale	-CDE -Lois 96-019 et 96-020 instituant un système de nom patronymique et un code d'Etat Civil -le CSP - OPPPE	Centre de protection et d'intégration sociale des enfants 2007 Cellule des litiges familiaux à la Direction de la famille	Centres d'accueils de Caritas Institut Marieme Diallo Centre ADEM, AMPER
Les enfants victimes de pratiques culturelles néfastes : MGF, mariage précoce, gavage	Risque de problèmes de santé et d'effets psychologiques néfastes	72.2% femmes de 15-49 ans, excisées ; 11% des jeunes filles de 15 à 19 ans gavées ; 43% des femmes mariées	-Soutien et prise en charge des victimes -Programme d'éducation, de sensibilisation et de formation dans les	CDE, CSP, OPPPE	-Direction de l'enfance -Direction de promotion féminine et du genre	AMPF, LEXDEF, TOTSAN, FLM, ONG-Actions et autres ONG nationales

		et 19% avant 15 ans	communautés		-Cellule de lutte contre les MGF, Stratégie et plan nationaux de lutte contre les MGF	
Les enfants orphelins et autres enfants vulnérables dans le contexte du VIH-SIDA les enfants affectés ou infectés par le VIH-SIDA	Stigmatisation et discrimination - Traumatisme physique, chocs psychologique, fragilité émotionnelle -Problèmes de santé chroniques -Manque d'accès au soutien psychosocial et aux services de bases	-243 enfants séropositifs -au moins 6 000 OEV de parents séropositifs ou décédés du SIDA	PEC psychosociale, sanitaire et nutritionnelle, accès a l'éducation	- Loi de 2007 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH SIDA - besoin d'un cadre légal spécifique aux OEV pour garantir leurs droits a la protection	SNLS, CTA,	IMD, AOS, Croissant Rouge Mauritanien, Croix Rouge Française, Espoir et Vie
Les enfants victimes de violences et d'exploitation sexuelle (enfants victimes d'exploitation sexuelle, enfants victimes de violence)	Traumatisme physique, chocs psychologique, Fragilité émotionnelle, problèmes d'intégration sociale	304 cas de victimes enregistrés en 2008 à Nouakchott	mécanismes de prévention, respect des lois en leur faveur, des services d'aide pour les victimes, soutien psychosocial	CDE, protocole facultatif additif à la CDE,	Brigade spéciale chargé des mineurs Direction de protection judiciaire des enfants Centre Beyla des Mineurs	AMSME, AFCF, AMDEF, AMPHM, El Ghawth, FIFEP, AMEELCP, El lghatha, Santé sans frontière…)
Les enfants en conflit avec la loi	Conditions de détention inadaptées et manque de prise en charge à leur sortie pour une insertion réussie	De janvier à mai 2009, 843 mineures enregistrés à Nouakchott et 73 à Nouadhibou	Développement des alternatives à la détention, prévention de crimes, protection et soutien en vue d'une réinsertion	-OPPPE, -Décret du 22 Janvier 2009 déterminant les mesures alternatives à la détention des enfants en conflit avec la loi	Brigade spéciale chargé des mineurs Direction de protection judiciaire des enfants Centre Beyla des Mineurs	Antenne des Mineurs Caritas LEXDEF ; Terre des hommes

Source : RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*

8.3 SYSTEME DE PROTECTION DE L'ENFANT EN MAURITANIE

La Mauritanie a mis en œuvre d'importantes actions visant la protection des enfants à travers des programmes d'insertion et l'adoption d'un cadre juridique favorable comprenant notamment : le code du statut personnel (2001); la loi sur l'obligation de l'enseignement fondamental (2001); l'adoption du nouveau Code du travail fixant l'âge minimum d'admission au travail a 15 ans (2004); l'ordonnance portant protection pénale de l'enfant (2005); et les décrets sur les mesures alternatives à la détention des mineurs et sur la médiation juridique (2009), entre autres, et la ratification des principales conventions internationales relatives a la protection es enfants.[150]

Les questions relatives à la protection des groupes les plus vulnérables, ont été au centre du *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté* (CSLP I), qui s'est traduit par le renforcement institutionnel du département chargé de la promotion féminine, de l'enfance et de la famille et la formulation de différentes politiques sectorielles. Les constats sur la mise en ouvre du CSLP ont fait état de progrès significatifs dans la mise en œuvre de mesures de protection, tout en indiquant des faiblesses notoires en matière de politiques de protection des enfants.[151] Des efforts ont été faits par la suite pour renforcer cet aspect et prendre en compte la transversalité des questions de l'enfance dans le CSLP II. Cela prévoit, entre autres :

- la création d'une structure chargée de centraliser toutes les questions relatives à l'enfance ;
- la mise en place d'une démarche d'identification des besoins de l'enfance, en particulier de l'enfance en difficulté, et de stratégies pouvant répondre de façon efficace et efficiente à ces besoins ;
- l'amélioration de la qualification du personnel judiciaire et social travaillant dans la justice des mineurs, et
- l'accélération du processus d'harmonisation de la législation nationale avec le corpus juridique international.

Le dispositif institutionnel de protection de l'enfant comprend une composante publique et parapublique et une composante relative à la société civile. Plusieurs structures publiques et parapubliques œuvrent en faveur des enfants. Parmi elles, les structures suivantes interviennent directement dans la protection des enfants[152] :

- Le ***Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille (MASEF***) : Nouveau ministère créé en 2008, regroupant et réorganisant des structures/directions préexistants (Direction de l'enfance, Direction de la promotion féminine et du genre, Direction de l'action sociale et de la solidarité nationale, Direction des personnes handicapées, Centre de protection et d'intégration sociale des enfants, et Ecoles spécialisées des aveugles et sourds-muets ainsi que le Centre de formation pour la petite enfance, le Parlement des enfants mauritaniens; Centre de formation pour la promotion féminine
- Le ***Ministère de la Justice***: (Direction de la Protection Judiciaire de l'Enfant (DPJE), Centre de rééducation des enfants en conflit avec la loi (Beyla) ;
- Le ***Ministère de l'Intérieur*** (Brigade Spéciale Chargée des Mineurs) ;
- Le ***Ministre de la Jeunesse et des Sports*** (Direction de la Promotion de la Jeunesse)

[150] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie et Plan d'action 2009-2013*, Version finale (13 aout) GED-Consult, réalisé avec l'appui de l'UNICEF. Plus de détailles sur ces mesures se trouvent dans les rapports nationaux sur la *Revue a mi-parcours des actions en faveur des enfants dans le cadre du Plan d'Action 2000-2010* (RIM, MAED/UNICEF, 2006) et *La mise en œuvre des dispositions de la Convention Internationale relative aux Droits des Enfants (CDE)* (RIM, M PFEF)

[151] RIM, MAED/UNICEF (2004) *Impact de la mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté sur l'enfant et la femme en Mauritanie*

[152] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie et Plan d'action 2009-2013*, Version finale (13 aout) GED-Consult, réalisé avec l'appui de l'UNICEF

Comme vu dans les chapitres précédents, d'autres structures sectorielles ou spécialisées, telles que le Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA), l'Agence nationale d'appui et d'insertion des Refugies (MID); les Ministères chargés de la Santé et de l'Education; l'Office National des *Awqaf* (MOI); et les communes (MID) ainsi que les structures faisant partie du régime de sécurité sociale (CNSS) ou de l'assurance maladie (CNAM) jouent également un rôle important en faveur de la protection sociale plus large, y compris pour l'enfant (*voir chapitres précédents*). Le *tableau 13* donne une synthèse de l'information concernant les structures publiques et parapubliques ouvrant plus directement dans le domaine de la protection de l'enfant.

La société civile intervient également pour la protection et la promotion des droits de l'enfant, appuyée souvent par des agences de développement. Selon le recensement fait dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie nationale de protection des enfants, il y en a environ 123 organismes opérant directement dans le domaine de l'enfance. Ces organismes sont repartis sur l'ensemble du territoire, mais avec une forte concentration à Nouakchott. Bon nombre de ces organisations ont accumulé des expériences pertinentes en matière de protection de l'enfant, ainsi que dans l'éducation, et la santé et elles sont considérées comme des partenaires privilégiés du Gouvernement. Néanmoins, leur couverture géographique est au demeurant assez restreinte, il n'y a pas toujours une coordination optimale des actions selon une vision holistique du problème, et le problème de manque de ressources reste une contrainte majeure. Une direction central chargée de la société civile, créée en 2007, est ancrée institutionnellement dans le *Commissariat aux droits de l'homme, à l'action humanitaire et à la société civile*, avec pour tâche de renforcer la coordination pour rendre plus efficace l'action des organismes de la société civile dans leurs domaines d'intervention respectifs. Des ONG internationales telles que World Vision International, Caritas, Save the Children (Espagne), Terre des Hommes (Italie), la Fédération Luthérienne Mondiale (Suisse) et Tostan International soutiennent également des programmes centres sur l'enfant (*voir tableau 14).*[153]

Parmi les partenaires de développement, l'UNICEF soutient le gouvernement et ses partenaires dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités et programmes visant la protection de l'enfant ainsi que dans d'autres domaines qui touchent le plus directement aux droits et au bien-être des enfants (santé, nutrition, eau et assainissement, éducation, politique sociale). Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) soutien, entre autres, les activités pour la promotion féminine ainsi que la lutte contre les MGF, tandis que la GTZ (Coopération Allemande) œuvre à renforcer l'approche 'genre' au sein d'un programme de bonne gouvernance.

[153] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie et Plan d'action 2009-2013*, Version finale (13 aout) GED-Consult, réalisé avec l'appui de l'UNICEF

Tableau 13. Données sur les structures publiques/parapubliques intervenant directement pour la protection des enfants

Institutions	Année de création	Mandat	Principales actions réalisées	Points forts	Points faibles
Direction de l'enfance/ MASEF	1995	• Promouvoir et protéger les droits de l'enfant • Elaborer et exécuter des programmes • spécifiques de protection de l'enfance • Coordonner les actions en faveur de l'enfance • Elaborer une **politique nationale de l'Enfance** et œuvrer à son exécution	• Définition d'une liste d'indicateurs de protection des enfants ; • Elaboration d'une stratégie d'insertion sociale des enfants de la rue ; • Exécution d'un programme d'insertion et d'indemnisation des enfants anciens jockeys aux Emirats Arabes Unies durant le période 1992- 2005 ; • Création d'un **Parlement pour les enfants** (2007) et l'amélioration de son cadre juridique ; • Mise en place de 3 mouvements régionaux de protection et de promotion des droits de l'enfant ; • Plaidoyer réussi pour l'intégration de la dimension enfance dans le CSLP ; • Renforcement des capacités des coordinatrices régionales du département sur les questions liées à l'enfance ; • Contribution à l'encadrement des ONG • Formation des monitrices et soutien aux jardins d'enfants à travers le **Centre de formation pour la petite enfance** (depuis 2003)	Connaissance des problématiques Expérience du personnel Relations avec les partenaires	Ressources humaines ; matérielles et, financières et (RH, RM, RF)
Direction de la Promotion féminine et du genre/ MASEF	1995	• Améliorer les conditions de vie de la femme et favoriser sa pleine participation au processus de développement socioéconomique du pays. • Elaborer et mettre en œuvre les programmes de protection et de promotion des droits de la femme et du genre ; • Lutter contre toutes les formes de violences à l'égard des femmes • Mise en œuvre de la **Politique nationale de la promotion féminine**	• Formation de 20 gestionnaires élues en 2008 ; • Organisation d'ateliers de formation en gestion/organisation au profit de 200 femmes ; • Organisation de la 11éme édition de la cérémonie de remise des prix aux filles lauréates au titre de l'année scolaire 2007-2008, • Célébration de la Journée Mondiale ''Tolérance Zéro aux MGF'', 6 Février 2009, par une semaine d'activités à Nouakchott et à l'intérieur du pays. • Elaboration d'un programme de modernisation de la production des Femmes (milieu rural et urbain) • Mise en place d'un système d'encadrement, d'accompagnement et de suivi des femmes entrepreneurs (**Centre de formation pour la promotion féminine)**	Connaissance des problématiques ; Expérience du personnel ; Relations avec les partenaires	RH, RM, RF
Direction de la Famille/ MASEF	1995	• Veiller à la sauvegarde de la famille et la mise en œuvre de la **Politique de la famille**; • Contribuer à l'élaboration et au suivi de l'application du Code du statut Personnel, de tout autre texte législatif et réglementaire ou convention régissant la famille ; • Elaborer les rapports relatifs au suivi des Conventions et Conférences nationales et	• Poursuite de la résolution et du traitement des litiges sociaux ; • Campagne de sensibilisation sur les droits et devoirs de la famille; • Exécution de séances d'information radio télévisée sur les problèmes de la famille ; • Renforcement des capacités des acteurs opérants dans le traitement, la résolution des litiges familiaux et la prise en charge sociale et juridique des victimes. ; • Elaboration d'un programme d'information radio télévisée pour la vulgarisation du code du statut familial ; • Elaboration d'un programme AGR en faveur des femmes	Connaissance des problématiques ; Expérience du personnel ; Relations avec les partenaires	RH, RM, RF

		Internationales concernant la famille ; • Développer et exécuter des programmes d'éducation familiale et d'encadrement parental ; • Lutter contre toutes les formes de violences au sein de la famille.	vulnérables, chefs de ménage à Nouakchott • Organisation en 2008 et 2009 de campagnes de promotion de l'abandon des Mutilations génitales féminines (MGF)		
Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale et services régionaux/ MASEF	2007	• Concevoir et mettre en œuvre la **politique nationale d'action sociale;** • Elaborer et exécuter les stratégies de lutte contre l'exclusion sociale	• Assistance aux malades indigents évacués à l'étranger pour des soins : 170 malades indigents évacués avec une prise en charge de leurs soins ; • Assistance aux malades indigents au niveau des structures hospitalières nationales : 3050 au CHN, 473 à HCZ, 104 au Centre Neuro Psychiatrique, 9 au CNORF, 83 à Hôpital Militaire • Assistance aux groupes les plus démunis ; • Financement d'AGR au profit des mendiants à Nouakchott : 767 mendiants à raison de 150 000 UM / mendiant, • Ouverture d'un centre d'hébergement et de prise en charge des mendiants inaptes à cause de leur handicap ou de leur âge avancé pour un montant de 3 045 000 UM. • Distribution de vivres au profit de 53 familles de mendiants pour un montant de 7 918 400 UM	Connaissance des problématiques Expérience du personnel Relations avec les partenaires	RH, RM, RF
La Direction des Personnes Handicapées/ MASEF	2008 (19 Octobre)	• Elaborer et mettre en œuvre une **Stratégie nationale de protection des personnes handicapées** ; • Contribuer à l'organisation et à la promotion de l'enseignement spécialisé des enfants, sourds-muets et aveugles	• Célébration de la journée internationale des personnes handicapées le 3 décembre 2008 ; • Inauguration d'une salle d'animation culturelle et sportive pour les personnes handicapées mentales ; • Mise en place d'une commission consultative sur les questions des personnes handicapées au niveau du MASEF ; • Appui budgétaire pour la fédération des associations des personnes handicapées. • Scolarisation de 180 enfants à handicaps sévères dans les écoles des aveugles et sourds muets.	Connaissance des problématiques Expérience du personnel	Nouvelle création RH, RM, RF
Centre de Protection et d'Intégration Sociale des Enfants/ MASEF	Nov. 2007 (décret N° 184)	• Contribuer à la prévention de la délinquance ; • Participer à l'encadrement psychologique, juridique et social des catégories d'enfants en situation difficile ; • Promouvoir l'intégration et l'insertion des enfants en difficulté dans la société ; • Encadrer pédagogiquement les enfants en danger moral ; • Observer et analyser les données relatives à l'évolution des enfants en situation difficile.	• Gestion des deux centres au niveau des Moughataa d'El Mina et de Dar Naim ainsi qu'une cellule de prise en charge des enfants au niveau de Sebkha ; • Accueil de 219 enfants bénéficiant d'approches curatives et préventives ; • Identification et suivi de 224 enfants par les familles *Tutrice ;* • intégration de 28 enfants sans soutien familiale dans des familles Tutrice dans la période comprise entre août 2008 et Février 2009 ; • Au niveau préventif, 192 enfants ont bénéficié des services du Centre pendant les vacances d'été ; • Du côté thérapeutique : 62 enfants de la rue ont été assistés dont 20 réintégrés a l'école ;	Expérience de la cellule des enfants abandonnés	RH, RM, RF

		• Gérer la cellule des enfants sans soutien familial de Sebkha.	• Appui moral et matériel aux familles des enfants en danger ;		
Direction de la Protection Judiciaire de l'Enfant (DPJE)/MJ	2006	• Rééduquer et la réinsérer les enfants en conflit avec la loi ; • Contrôler et la surveiller les procédures policières et judiciaires relatives aux enfants en conflit avec la loi ; • Former le personnel judiciaire et parajudiciaire de la justice des mineurs ; • Contrôler l'exécution des mesures alternatives à la détention des enfants ; • Contrôler les institutions publiques et privées accueillant les enfants en conflit avec la loi ; • Coopérer avec les différents intervenants dans le cadre de la justice juvénile.	• Réalisation d'un séminaire de formation des professionnels chargés de l'encadrement des mineurs en conflit avec la loi du 18 au 21 mars dernier à Nouadhibou au profit d'une cinquantaine de participants (magistrats, policiers, gendarmes, avocats et travailleurs sociaux).	Formations reçues	RH, RM, RF
Direction de la Promotion de la Jeunesse/MJS		• Elaborer coordonner et évaluer les politiques en faveur de la promotion de la jeunesse et de la vie associative.	Organisation d'activités culturelles et sportives au profit des jeunes	Expérience du personnel	RH, RM, RF
Brigade Spéciale Chargée des Mineurs/MID	2005	• Prendre en charge la problématique des enfants (de 0 à 18 ans) en conflit avec la loi	Traitement de plus de 700 cas de mineurs au cours du premier trimestre de 2009.	Formation reçue	RH, RM, RF
Centre de rééducation des enfants en conflit avec la loi (Beyla)/MJ	1992	• Rééduquer les enfants en conflit avec la loi	Formation en informatique, alphabétisation et éducation civique et islamique au profit de 31 enfants	Expériences du personnel	RH, infrastructure inadaptée, RF
Ecoles spécialisées des aveugles et sourds-muets/MASEF	1984	• Rééduquer des aveugles et sourds-muets	Scolarisation d'environ 200 enfants aveugles	Expériences de la structure	RH, RM, RF, manuels
Maison des sourds dans la *Moughataa* de Sebkha/MASEF	Mars 2009	• Former les sourds, alphabétisation langues de signe	Equipement ateliers (Grâce à l'appui d'organisation hollandaise "l'action silencieuse » estimé à 50 million d'UM)		RH, RM, RF, problème de coordination
Office national de l'état civil	-	• Accélérer la reforme de l'état civil axé sur l'enregistrement des naissances ;	Recensement de la majorité des enfants avant 1998 ce qui facilitera accès a l'acte de naissance de ceux/celles qui en sont dépourvues	Expériences acquises	RH, RM, RF
Le Secrétariat de	**2002**	• Coordonner la mise en œuvre du cadre	Coordination des actions en faveur des personnes affectées par le VIH-	Expérience du	RH, RM, RF

lutte contre le VIH-SIDA (SNLS)		stratégique de lutte contre les IST/VIH SIDA ;	SIDA.	personnel, Relations avec les partenaires	
Services sociaux des corps militaires et paramilitaires	**1960**	• Fournir les services sociaux aux familles des corps affiliés	Soutien, soins, aides	Expériences	RF

Source : adapté du RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*

Tableau 14. Des exemples des ONG nationales et internationales dans le domaine de la protection de l'enfant

Institutions	Date de création	Mandats ou domaines d'activité	Zone d'intervention	Actions réalisées
ONG nationales 'phares'				
ONG-Actions	**1999**	Prise en charge alimentaire, VIH/ SIDA, lutte contre les MGF, orphelin sociaux, enfant et jeunes travailleurs, appui à la scolarisation, cours d'alphabétisation, éducation, non violence, renforcement des capacités techniques, promotion féminine, AGR pour les enfants et jeunes travailleurs et/ou les familles	El mina, Sebkha	Sensibilisation contre les MGF, lutte contre le VIH/SIDA ; programme de nutrition
Association Enfant et Développement en Mauritanie (AEDM)	**1996**	VIH SIDA, lutte contre les MGF, promotion des droits des enfants, enfant et jeunes travailleurs EJT, appui à la scolarisation, cours d'alphabétisation, activités de loisir, éducation non violente , renforcement des capacités techniques, promotion féminine, AGR pour les enfants et jeunes travailleurs et/ou les familles	Toute la ville de Nouakchott et Ndb	Vulgarisation de la CDE.,- Centre de documentation, de recherche et d'étude sur l'enfance. ;- Assistance, protection, rééducation et réinsertion des enfants en situation difficile. ;- Mobilisation des jeunes pour leur participation au développement.
Antenne des Mineurs	**2000**	VIH/SIDA, Promotion des droits de l'enfant, assistance juridique	Nouakchott	Assure la défense des enfants auprès du barreau de Nouakchott
Association mauritanienne pour la promotion des handicapés mentaux (AMPHM)	**1993**	Prise en charge alimentaire, Prise en charge sanitaire, Prévention /prise en charge des abus sexuels, Appui à la scolarisation, Cours d'alphabétisation Culture Activités de loisir, AGR pour les enfants et jeunes travailleurs et/ou les familles.	Nktt	Accueil 390 enfants handicapés mentaux, qui sont intégrés dans différentes structures spécialisées : Un jardin d'enfants (90 enfants) ; Une école intégratrice d'enseignement général (160 enfants) ; Une école spécialisée adaptée aux différents handicaps mentaux (140 enfants) ; un centre de formation professionnelle et une structure d'animation socioculturelle spécialisée.
Association mauritanienne pour la santé de la mère et de l'enfant (AMSME)	**1999**	Prise en charge sanitaire ; VIH/SIDA ; Prévention /prise en charge des abus sexuels ; Lutte contre les exploitations, lutte contre les MGF ; promotion des doits de l'enfant ; assistance juridique, filles mères, activités sportives.	Nouakchott (zones périphériques), Nouadhibou, Hodh Elgarbi et Brakna	Prise en charge en 2008 de 304 victimes (244 filles, et 60 garçons) par le centre El WAFA à El Mina ; Lutte contre les IST/VIH/SIDA, lutte contre les Fistules Obstétricales ;
Institut Mariem Dialo (IMD)	**1968**	Prise en charge alimentaire, Prise en charge sanitaire, enfants abandonnées, enfants et jeunes travailleurs, filles mères, handicapés physiques, sourds muets, Appui à la scolarisation,	Toute la ville de NKTT	Prise en charge d'orphelins, scolarisation des enfants

		activités de loisirs, activités sportives, formation technique, intervient dans le domaine de l'enfance déshéritée composée des cibles suivantes : Enfants abandonnés ; Enfants orphelins ; Enfants de la rue ; Enfants mendiants.		
SOS Pairs éducateurs	**1999**	Prise en charge alimentaire, prise en charge sanitaire, VIH SIDA, activités de loisirs, activités sportives, éducation, non-violence renforcement des capacités techniques, formation technique, promotion féminine, AGR pour les enfants et jeunes travailleurs et/ou les familles.	Nouakchott	Formations, Sensibilisations, Environnement, Conception et adaptation de supports.
Association des Imams et des Oulémas		Promouvoir l'éducation religieuse	Mauritanie	Prêche, Plaidoyer, IEC, Communication en faveur des CAP conformes à l'Islam
Espoir et Vie	**2002**	Contribuer à l'effort national visant à réduire le taux de mortalité et de morbidité lié à l'infection au VIH/SIDA.	Mauritanie	Soutien des PVVIH et des OEV en facilitant leur accès aux traitements, et le support physico-social.
ONG ALKHAIR	**PR 0132/MIPT**	Promouvoir la prise en charge et l'entraide entre les individus de la société et ses différentes couches ; lutte contre la pauvreté, lutte contre l'analphabétisme, participation à l'effort national de développement	Nouakchott, Brakna et Trarza	PEC et Parrainage de 1400 orphelins ; Parrainage de 15 familles pauvres ; Parrainage de 35 enseignants et étudiants ; Apprivoisement par citerne en eau potable des quartiers pauvres de NKTT ; Forage de 5 puits au Trarza et 6 au Brakna ; Construction d'écoles et de foyers pour élèves coraniques ; Secours alimentaires et sanitaires
Coordination Nationale du Mouvement Associatif Féminin (CONAMAF)	**Août 1996**	Mettre en œuvre la CDE, Accompagner le Processus des Défense des Droits de l'Enfance, lutte contre la Pauvreté, Développement Participatif.	Mauritanie	Actions dans le domaine de la protection des enfants, de la santé, de la nutrition, de l'éducation ; de la communication, de l'information et de l'environnement.
Ligue des Experts Défenseur des Droits des Enfants et Adolescents (LEXDEF)	**2002**	Amélioration des conditions de vie et la promotion des droits des enfants et adolescents	Nouakchott, Brakna, Gorgol et autres willayas	Création du Centre de Protection et d'Animation des adolescents à Riadh (CPAAR) ; Etudes sur la situation des enfants ; Renforcement des capacités des intervenants auprès des enfants ; Plaidoyer et communication en faveurs des droits des enfants ; Lutte contre le VIH sida ; Alphabétisation des femmes vulnérables.
ONG internationales				
Fondation terre des hommes en Mauritanie (TDH) (SUISSE)	1995	Prise en charge alimentaire, prise en charge sanitaire, lutte contre la traite des enfants, assistance juridique, appui à la scolarisation, renforcement des capacités technique, formation technique Protection des enfants en conflit avec la loi	Nouakchott et *wilaya* de l'intérieur	Libérer les d'enfants en conflits avec la loi ; Assistance juridique des enfants insertion sociale des enfants après la sortie de la prison, ouverture d'un foyer pour les enfants sortant des centres de réinsertion sociale Création, au sein du service pédiatrique de Nouakchott, d'une unité spéciale de nutrition dont la fonction est le traitement en milieu hospitalier des enfants atteints de malnutrition chronique. Plus de 300 enfants en bas âge y sont soignés annuellement Visites régulières de lieux de détentions à Nouakchott et Nouadhibou, médiation entre plaignants, autorités et familles des enfants détenus.

World Vision	1984	Aide au développement et d'urgence en faveur du bien-être des pauvres et en particulier des enfants	5 *wilaya* et 12 *moughataa*	Elaboration d'un code de protection de l'enfant ; Plaidoyer pour l'éducation et la santé des enfants ; Sensibilisation pour le Genre et contre les MGF et gavage ; 53000 enfants sponsorisés depuis 1998 (35000 en 2009) ; 250000 consultations pour enfants ;155 centres communautaires ;90 structures de santé appuyées ; 166 campagnes de vaccinations appuyées ;8266 personnes formés sur la santé préventive, 554 bassins et réseaux d'eau construits ; 205 puits et forets réhabilités ; 279 écoles réhabilités et construites ; 152000 élèves inscrits dans les écoles ADP, 787 banques de céréales crées ;263 éducateurs formés…
Caritas Mauritanie	1972	Actions de développement intégré ; Les "actions signes" ciblent un public particulier (adolescents déscolarisés, prisonniers, enfants handicapés) Gestion d'un centre de formation professionnelle pour enfants en situation difficile	Nouakchott et *wilaya* de l'intérieur.	- La sécurité alimentaire et l'accès à l'eau ; La santé ; L'alphabétisation et la formation ; L'appui à la création d'activités génératrices de revenus ; Le droit des adultes et mineurs en conflit avec la loi ; Le renforcement des capacités de la société civile Formation de plusieurs dizaines de jeunes.
Terre des Homme Italie	-	Protection des enfants en conflit avec la loi	Nouakchott	Contribution à la construction du centre d'El Mina de rééducation des enfants en conflit avec la loi. (coût global : 401 851 450 ouguiya dont 70% supportés par le Gouvernement italien, 21% par l'Organisation Terre des Hommes et 9% par le Gouvernement mauritanien
Save the Children – Espagne	1990	Droits de l'enfance ; Plaidoyer ; Lobbying	Nouakchott Nouadhibou	Programme d'appui aux enfants en situation de difficulté. Programme de lutte contre la violence (sexuel) envers de l'enfance
Croix Rouge Française	2000	Assistance aux groupes vulnérables en partenariat avec le Croissant Rouge mauritanien	Nouakchott, Kiffa, Brakna, Gorgol	Programmes de lutte contre le VIH/SIDA (Centre de Dépistage Volontaire, Anonyme et Gratuit à Kiffa Centre de Traitement Ambulatoire qui prend en charge 1 300 PVVIH, diverses activités de sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA et incitation au dépistage, distribution alimentaire aux PVVIH) ; Programme d'assainissement, eau et sensibilisation communautaire dans le quartier d'El Mina à Nouakchott Programme AGR (embouche bovine et ovine et pépinière dans la région du Brakna).
Fédération Luthérienne Mondiale en Mauritanie (FLM) (ONG internationale basée en Suisse) -		Promotion des Droits Humains suivant les approches basées sur les droits, d'habilitation et d'intégration	Urbain - Deux Hodhs- Brakna – Trarza- Gorgol - Guidimakha	éducation des filles appui aux enfants marginalisés dont les droits sont violés (handicapés, viol, mariage précoces, déperdition scolaire, etc.)
TOSTAN INT	2007	Promotion des droits humains Renforcement des capacités des communautés Lutte contre les MGF	Brakna	Programme d'Education aux Droits Humains dans 30 communautés du Brakna

Source : RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*

Le diagnostic du système de protection des enfants en Mauritanie fait au cours de l'élaboration de la stratégie nationale a identifié les points forts et les points faibles ainsi que les risques auxquelles pourraient se heurter les efforts pour renforcer l'environnement protecteur pour les enfants. Ci-dessous une synthèse des principaux de ces points :

Points forts

- ***Valeurs sociales partagées*** : Les valeurs d'Islam portant sur la protection de l'enfant et les groupes vulnérables et le système de solidarité sociale conduisant à la prise en charge des enfants vulnérables dans certaines pratiques socioculturelles
- ***Politiques nationales*** : L'existence de politiques nationales et stratégies sectorielles pertinentes ;
- ***Volonté politique*** : La mobilisation des fonds au profit des plus vulnérables; la création d'un fonds de solidarité nationale ; la création du MASEF
- ***Législation*** : L'effort d'harmonisation de la législation nationale en faveur de la protection des enfants conformément aux conventions internationales
- ***Partenariats*** : La présence des partenaires financières et techniques pour soutenir les efforts nationaux (système des Nations Unies ; bilatéraux, etc.) ainsi que des ONG œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfant

Contraintes

- ***Capacité institutionnelle***: La dispersion des missions du MASEF entre plusieurs départements; le manque de coordination interne entre les secteurs et de coordination externe avec les autres intervenants publics concernés; la faiblesse du cadre institutionnel limitant sa couverture et son efficacité au niveau régional
- ***Défis d'intersectorialité***: Les difficultés à faire adhérer les différentes institutions publiques et privées au partenariat et aux synergies d'action requises pour une véritable protection de l'enfant; la limite de la capacité d'influence et d'intervention du MASEF à imposer son mandat/leadership et autorité technique sur d'autres ministères/instances gouvernementales mieux positionnés dans l'agenda du gouvernement
- ***Cadre juridique*** : Le manque d'un cadre réglementaire cohérent pour l'application des dispositions juridiques relatives à la protection des enfants
- ***Capacité humaine*** : Le manque de formation spécialisée des agents et professionnels préposés à l'assistance sociale, la faiblesse et le manque d'harmonisation des mécanismes d'identification, de référence et de mise en œuvre de l'action sociale; la faible capacité humaine et matérielle des structures chargées de l'enfance, face à la diversité et la complexité des actions à mener
- ***Système d'information***: L'absence d'un dispositif crédible d'observation de la situation des enfants engendrant la non disponibilité de nombreuses informations; et l'absence de normes et procédures claires d'identification des familles indigentes et de fourniture de l'assistance aux enfants vulnérables
- ***Ressources financières*** : L'insuffisance des ressources financières publiques allouées au secteur de la protection et la faible mobilisation de financements extérieurs destinés aux programmes de protection des enfants; la place marginale de la protection de l'enfant dans les initiatives pour la réduction de la pauvreté (CLSP, CDMT, etc.), cela conditionnant les potentialités en termes de mobilisation des ressources financières publiques
- ***Partenariats et approches*** : Les limitations dans l'action des ONG en termes de couverture géographique, concentration sur des catégories vulnérables spécifiques (enfants des rues, enfants abandonnés, victimes de violences sexuelles, etc.); l'absence d'une approche systémique publique de prévention de la vulnérabilité et de protection des enfants; la faiblesse du suivi et de l'orientation des ONG de la part des Ministères de tutelle, cela pouvant expliquer la disponibilité limitée de standards nationaux de prise en charge des enfants et rendre difficile le contrôle gouvernemental des actions entreprises; la faiblesse de mobilisation de la société civile en général autour de la question de la protection des enfants vulnérables (associations de femmes, jeunes)

- ***Sécurité sociale*** : La faible couverture des régimes du système de sécurité sociale et le nombre limité d'expériences avec d'autres systèmes de partage de risques. [154]

Certains de ces constats, qui reprennent les mêmes points identifiés par l'étude régionale en Afrique de l'Ouest, se réfèrent uniquement au système de protection de l'enfant; d'autres, par contre, se réfèrent aux points forts et aux points faibles du système plus large de la protection sociale. Ceci est le cas aussi avec les points clés de la stratégie de protection de l'enfant qui offre, donc, beaucoup d'opportunités pour créer des synergies positives.

8.4 PROPOSITIONS POUR UNE STRATEGIE NATIONALE DE PROTECTION DE L'ENFANT

Le projet de stratégie proposée pour combler les déficiences dans le domaine de la protection de l'enfant s'inscrit dans une vision globale conformément au principe de l'indissociabilité des droits de l'enfant et insiste sur l'importance de la création d'un environnement protecteur durable pour les enfants. Il implique, entre autres : un changement de comportement vis-à-vis des enfants; un engagement du gouvernement ; un partage des responsabilités entre plusieurs partenaires; une reforme de la législation et de son application; le développement d'un mécanisme de surveillance de la situation des enfants; un meilleur accès aux services de base et aux services de protection sociale, en particulier de la part des enfants les plus à risque et victimes de violence, d'exploitation, d'abus, de discrimination et de négligence. En plus, « *La stratégie nationale de protection de l'enfant visera en particulier le renforcement des capacités du MASEF, et des autres intervenants de la protection de l'enfant, a développer un système de protection de l'enfant a partir d'une amélioration de la coordination des actions publiques et non-gouvernementales en la matière.* » [155]

Les grandes lignes proposées pour la stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie:

Prévenir la vulnérabilité des enfants à risque par :
- le renforcement du cadre juridique de la protection des enfants
- la prévention de la vulnérabilité de l'enfant dans son milieu social et familial

Développer des réponses appropriées en faveur des enfants victimes de violence, d'exploitation, d'abus, de discrimination ou de négligence (VEDAN) a travers :
- la prise en charge des enfants victimes de VEDAN
- le renforcement de l'accès des enfants victimes de VEDAN aux soins et aux services de base.

Renforcer les capacités nationales d'intervention en faveur de la protection sociale des enfants par :
- le recrutement et la formation académique des ressources humaines spécialisées dans le travail social ainsi que des autres acteurs de protection de l'enfant
- la mobilisation des ressources.

Assurer le plaidoyer et la communication pour la protection sociale des enfants vulnérables par
- le plaidoyer
- la communication
- les campagnes de sensibilisation.

Mettre en place un système de coordination et de suivi-évaluation de la protection sociale des enfants à travers
- une coordination nationale, régionale et thématique de la protection des enfants
- un système suivi-évaluation

[154] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*
[155] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*

Les actions concrètes pour la construction d'un système de protection de l'enfant en Mauritanie prévoient l'établissement et le renforcement de trois structures de coordination :

- Revitalisation du ***Conseil National de l'Enfance (CNE)***[156] sous l'égide de la Primature qui deviendrait, au-delà de son rôle consultatif actuel, la structure de coordination intersectorielle publique de l'action sociale. A cette structure serait adjoint un secrétariat exécutif co-dirigé par le chef du Conseil et la Direction de l'Enfance du MASEF, et réunissant les directions concernées des ministères prioritaires en matière de prévention (le MEN, le MS, le MJ)
- Mise en place d'une ***table de concertation des actions gouvernementales et non-gouvernementales*** de protection de l'enfant à l'échelle centrale et dans chaque région sous le co-leadership du MASEF avec une autre institution publique et/ou non-gouvernementale (ONG 'phare')
- Mise en place de ***coordinations thématiques*** sur les problématiques prioritaires de protection de l'enfant (par exemple les orphelins et enfants vulnérables (OEV); les mutilations génitales féminines (MGF), etc.), sous le co-leadership des directions publiques mandatées en la matière ou leur représentation régionale avec une ONG spécialisée.[157]

Parmi les activités prioritaires de coordination de base identifiées dans la stratégie de la protection de l'enfant, plusieurs revêtent une pertinence particulière pour le développement d'un système de protection sociale plus large. Il s'agit du développement d'outils de prise en charge (PEC) coordonnée des enfants et des familles à risque (selon l'identification d'un paquet de services de PEC minimal) ainsi que des mécanismes et outils de suivi-évaluation harmonisés (y compris un système d'indicateurs communs); le renforcement à tous les niveaux géographiques des compétences techniques; et l'identification sur le terrain des familles les plus à risque.[158]

Un effort de l'harmonisation de l'assistance sociale et/ou des transferts sociaux en faveur des familles vulnérables est également prévu afin de promouvoir une meilleure coordination des acteurs et des outils et obtenir un meilleur impact sur le terrain. A cet égard il y a eu la proposition de création d'une structure nationale de coordination de l'assistance sociale au sein des structures de coordination thématique prévue dans la stratégie de la protection de l'enfant.[159]

8.5 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Beaucoup de travail d'analyse et de planification a déjà été fait dans le cadre de l'élaboration du projet de stratégie de protection des enfants en Mauritanie. Les conclusions présentées ici visent plutôt à alimenter la réflexion sur les opportunités appropriées pour le renforcement des liens et des synergies entre ce processus et le processus de développement d'une stratégie plus large de la protection sociale.

Selon l'étude régionale, un nombre limité de pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre disposent de véritables systèmes nationaux de protection sociale. Et, malgré un progrès certain dans ce domaine, un nombre encore plus restreint de pays (à part le Ghana, le Mali et le Sénégal) ont véritablement intégré les volets de protection de l'enfant à ces systèmes. Pour cela, selon les conclusions de cette étude :

[156] Créé à la Primature en 1998, le CNE est un organe du secrétariat des affaires sociales chargé d'appuyer l'élaboration de politiques et plans relatifs à l'enfance et de présenter des rapports sur la situation de l'enfance. Cette structure a toujours connu des difficultés d'opérationnalisation. L'une des recommandations de Genève à la suite de la présentation du rapport de la CDE, en mai 2009, est de mobiliser les voies et moyens de la renforcer

[157] 'Note conceptuelle relative a la construction d'un système de protection de l'enfant en Mauritanie', et 'Annexes' a la note conceptuelle

[158] 'Note conceptuelle relative a la construction d'un système de protection de l'enfant en Mauritanie'

[159] MASEF/UNICEF (2009) 'Programme harmonisé d'assistance sociale en Mauritanie – Mécanisme et outils' (Version 3, décembre)

> *« Il est primordial d'assurer que les questions de protection de l'enfant ne soient pas enfermées dans des programmes verticaux, mais plutôt intégrées, a travers les secteurs et agences pertinents a la protection des droits de l'enfant, dont en particulier les ministères et collectivités territoriales chargés de la santé, de l'éducation, du travail, de la justice et du développement social. Ceci requiert des mécanismes institutionnalisé pour la coordination inter-agences, des systèmes communes de [collecte et] de gestion d'information et des mécanismes de gestion intégré des cas.* »[160]

L'enjeu de l'intersectorialité constitue ainsi un facteur clé aussi bien pour les systèmes de protection de l'enfant que pour les systèmes de protection sociale, puisqu'il s'agit, dans les deux cas, de problèmes transversaux et multidimensionnels qui ne pourraient être traités que d'une façon holistique. Ceci comporte, entre autres : i) l'implication d'une vaste gamme de partenaires dans les activités à entreprendre; et ii) la mise en place des structures qui soient capables d'assurer la coordination des activités et soient aussi dotées d'autorité au-delà d'un secteur spécifique. Il faut, toutefois, veiller à éviter un foisonnement contreproductif de structures lourdes de coordination et de concertation, ce qui pourrait affaiblir leur efficacité, et chercher plutôt à bien utiliser les structures existantes (telles que les structures mises en place pour le développement des stratégies et le suivi du CSLP), tout en les adaptant aux besoins précis de la protection sociale et de la protection des enfants.

L'étude régionale a identifié plusieurs points d'entrée susceptibles de renforcer la protection de l'enfant au sein des programmes et des politiques de protection sociale plus large. Certains de ces points d'entrée correspondent bien avec les priorités d'action identifiées en Mauritanie. Le renforcement des synergies pourrait, donc se faire :

- ***A travers les programmes de transferts sociaux*** quand ceux-ci existent, par l'inclusion d'enfants particulièrement vulnérables parmi les groupes cibles des programmes de transferts sociaux; conditionnalités des transferts en fonction de comportements liés à la protection de l'enfant; mise en place d'activités ou de programmes complémentaires aux transferts en espèces qui comportent des volets de protection de l'enfant; utilisation par le système de protection de l'enfant d'une base de données de bénéficiaires développée par les programmes de transferts en espèces – un 'registre unique'.

  Jusqu'à présent, la Mauritanie n'a pas développé une expérience de transfert en espèces au niveau national. Cependant, le développement de tels programmes figure parmi les recommandations concrètes du projet de stratégie nationale pour la protection de l'enfant en Mauritanie – ce qui crée déjà une opportunité d'établir des synergies avec le développement d'une stratégie de protection sociale plus large. (Voir *chapitre 15* pour les résultats et les recommandations qui découlent d'une étude détaillée sur la faisabilité d'un programme pilote de transferts en espèces en Mauritanie. Cette étude considère que l'objectif global de ce programme devrait être surtout centré sur la nutrition des enfants : néanmoins, dans une phase pilote, il serait possible d'y ajouter des éléments portant sur d'autres formes de protection de l'enfant).

  Le développement d'une base de données commune et un 'registre unique' des bénéficiaires de l'assistance sociale est une autre idée forte pour consolider les synergies entre la stratégie de protection de l'enfant et une stratégie de la protection sociale. Même en dehors des programmes de transferts en espèces, les deux stratégies doivent faire face au même problème d'identification des ménages vulnérables par le biais d'indicateurs appropriés, avec un système de suivi et évaluation de

[160] UNICEF/ODI (2009*) Note de Synthèse, Politiques Sociales : Promouvoir des synergies entre la protection des enfants et la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre*

qualité. Pour le développement d'un tel système d'identification et de suivi, une consultation plus large pourrait faire appel aux services techniques de l'Office Nationale de la Statistique, dans un effort qui permettrait de lier ce système au système national de suivi et d'analyse de la pauvreté. Une formation technique commune en matière d'analyse, suivi et évaluation pourrait être prévue pour les agents chargés de l'exécution et/ou du pilotage des deux stratégies, et des études de base centrées sur les aspects clés concernant la vulnérabilité des ménages et des enfants pourraient être développées et mise en œuvre de commun accord.

- ***A travers d'autres points d'entrée en renforcement des liens avec des acteurs et institutions clés*** tels que les écoles, centres de santé, police, système de justice, etc., pour identifier, signaler et assister des enfants à risque.

  La multisectorialité est l'un des facteurs primordiaux qui doit être pris en compte aussi bien dans le cadre de la stratégie de la protection de l'enfant que dans celui d'une stratégie de protection plus globale qui reste à développer. Cette étude a identifié plusieurs secteurs qui contribuent à la protection sociale à travers le pays, dont certains aspects clés pourraient être renforcés pour les rendre plus efficaces.

  Dans le domaine de l'éducation, les écoles seraient les sites privilégiés pour tout effort de renforcement des synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale. Cela impliquerait des actions à l'école même (santé scolaire et cantines scolaires; adduction d'eau et assainissement) ainsi que des initiatives visant à éliminer les disparités et les facteurs d'exclusion de l'éducation (renforcement du système d'enregistrement des naissances ou création des passerelles entre l'éducation non-formelle et formelle) (voir *chapitre 9* sur l'éducation).

  Dans le domaine de la santé, l'une des priorités d'une stratégie globale de protection sociale est l'élimination des disparités énormes qui existent dans l'accès aux soins et aux services sanitaires, en visant surtout à la réduction des obstacles d'ordre financier pour les populations les plus pauvres. Ainsi, l'étude a prêté une attention particulière aux systèmes de mutualisation devant les risques, de réduction et/ou élimination de coûts liés à certains services, et de prise en charge des catégories 'indigentes'. Les structures sanitaires, qui doivent veiller au principe de l'équité dans la fourniture des services, sont également concernées par les questions plus spécifiques de la protection de l'enfant. La création d'une base commune de données sur les ménages pauvres, vulnérables ou 'à risque' et le développement d'un système efficace de référence entre les services sanitaires et sociaux constitueraient les éléments clés d'une approche combinée de protection de l'enfant et de protection sociale (*voir chapitre 6 sur la santé*).

  Dans le domaine de la sécurité alimentaire et de la nutrition, comme vu précédemment, la présente étude sur la protection sociale recommande la mise en œuvre d'un projet pilote de transferts monétaires destinés aux ménages pauvres, avec l'objectif de réduire leur vulnérabilité et renforcer leur accès financier à la nourriture. Un tel programme pourrait favoriser les synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale.

- ***Par le renforcement et la mise en œuvre du cadre globale de la législation*** relative à la protection des enfants dont les mesures antidiscriminatoires seraient en accord avec la CDE et la dimension' transformative' de la protection sociale.

  La stratégie nationale pour la protection de l'enfant en Mauritanie vise à renforcer le cadre juridique de protection des enfants à travers plusieurs actions, y compris : un inventaire et analyse des lois et textes existants; l'élaboration des lois complémentaires et de textes d'application des lois prises en faveur des différents groupes d'enfants vulnérables; et l'élaboration des textes spécifiques à la carte

d'indigence familiale donnant accès à l'assistance sociale aux familles des enfants à risque ; la définition des formes de protection des enfants; l'élaboration des mécanismes de mise en application et de suivi de l'exécution des lois et textes en faveur de la protection; et l'adoption d'un plan d'accélération de l'enregistrement à la naissance et du recouvrement des actes pour les enfants les plus âgés.[161]

Beaucoup de ces aspects législatifs ont une relevance directe pour la protection sociale d'une manière plus globale, selon les dimensions esquissées dans ce rapport. Ils fournissent un autre lieu de rencontre entre la protection de l'enfant et la protection sociale plus globale. A signaler, en particulier par rapport au renforcement des synergies : la législation prévue sur la carte d'indigence (en liaison avec la santé) et la législation sur l'enregistrement de naissance et le renforcement et la mise en application de la législation sur le travail des enfants (en liaison avec l'éducation).

- ***Par la promotion d'une participation large*** de la part de la société civile, le secteur prive, le parlement, les leaders communautaires, religieux et traditionnels et les enfants et jeunes eux-mêmes.

  Jusqu'à présent, les discussions sur la protection sociale en Mauritanie semblent être restreintes aux cercles gouvernementaux et ses partenaires techniques, surtout au niveau central. Cette étude n'a pas pu identifie les traces d'un débat plus large autour de ces questions, ni l'engagement très fort de la société civile dans un tel débat (à part des exemples spécifiques autour d'interventions précises telles que les actions des ONG dans la stimulation et le soutien aux mutuelles de santé, par exemple Caritas; dans l'éducation pour les enfants à risque (par exemple, Save the Children); dans la nutrition (par exemple, Counterpart, Action contre la Faim, etc.); ou dans les actions caritatives ou de l'urgence). La voix des autres acteurs (le secteur privé, le parlement, les leaders communautaires, religieux et traditionnels, semble largement absents des débats plus larges, tandis que les enfants et les jeunes eux-mêmes semblent complètement invisibles.

  Étant donné qu'une grande partie du succès des efforts aussi bien dans la protection de l'enfant que dans la protection sociale résident dans le changement des comportements et des attitudes et dans la promotion de l'esprit communautaire et de l'action solidaire, des efforts communs pourraient être envisagés en ce qui concerne l'organisation de consultations larges, la conduite d'enquêtes participatives ou le lancement de campagnes d'information, de communication et de sensibilisation.

Une politique de protection sociale plus large mettrait aussi l'enfant au centre des analyses et des actions à entreprendre, selon la conceptualisation d'un type de protection sociale qui soit sensible aux problèmes des enfants et sur laquelle un certain consensus aurait été atteint. Dans cette optique, l'intégration à la protection sociale des programmes et des éléments spécifiques aux droits de l'enfant serait grandement facilitée.

9. EDUCATION

9.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'éducation est au premier rang des priorités du gouvernement mauritanien en matière de promotion sociale, d'accès aux services de base et de développement des ressources humaines. L'enseignement fondamental est obligatoire et gratuite depuis 2001. La politique nationale en matière d'éducation est mise en œuvre à travers un Programme Décennal dénommé 'Programme National de Développement du Secteur Educatif' (PNDSE), qui couvre toutes les composantes du secteur (petite enfance, enseignement

[161] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie*

originel et alphabétisation, enseignements fondamental et secondaire, formation technique et professionnelle et enseignement supérieur).

Les objectifs du PNDSE reflètent les principes internationaux de l'Education Pour Tous (EPT) ainsi que les objectifs du Millénaire de Développement (OMD). Le gouvernement a adopté une approche programme qui réunit les partenaires principaux, notamment la Banque Mondiale, l'Agence Française de Développement, la Banque Islamique de Développement, la Banque Africaine de Développement, le système de Nation Unies et les partenaires bilatéraux ainsi que les ONG autour des priorités nationales qui concernent, à la fois, l'expansion du système pour augmenter la couverture et l'amélioration de la qualité des services offerts.[162] Une revue du programme conduite en 2009 a bien souligné les défis énormes de ces deux domaines.[163] (*voir tableau 15*)

Tableau 15. Quelques indicateurs de base en éducation (2007/8)*

L'éducation préscolaire	
Taux d'accès	9%
L'enseignement fondamental	
TBS	99% (*disparités par wilaya de 26,1 points*)
% filles parmi les effectifs	50,4%
Taux de rétention	61%
Taux de réussite examen d'accès au secondaire	33%
% écoles 'incomplètes'	76,2%
% salles en mauvais état	55%
% écoles approvisionnées en eau potable, latrines, et clôtures	Presque 0
Equipement en mobilier scolaire	55% des élèves assis par terre
L'enseignement secondaire	
% filles	46%
Taux de réussite au bac	17%
Taux de redoublement	10%

***Note : pour tous ces indicateurs, il y a de fortes disparités par milieu (urbain/rural) et *wilaya*
Source : RIM, MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE*

Ce chapitre examinera quelques uns de ces aspects, en essayant surtout de délimiter un champ d'action pour la protection sociale, au sein et à travers de l'éducation, qui vise à réduire les inégalités en matière d'opportunité (obstacles d'accès), liées surtout à la pauvreté, et améliorer la potentialité protective de l'éducation (obstacles de qualité). Ainsi le chapitre se focalisera sur : l'éducation préscolaire comme moyen privilégié de renforcement de la protection et le développement de la petite enfance; la promotion de la santé scolaire et – plus particulièrement - les cantines scolaires, comme moyen à la fois d'inciter la fréquentation scolaire et améliorer l'état nutritionnel de l'élève; la création de 'passerelles' entre l'enseignement informel et l'enseignement formel, comme mesure susceptible d'élargir l'inclusion dans le système formel des enfants qui y sont actuellement exclus; et l'amélioration du système d'enregistrement des naissances comme moyen permettant aux enfants d'accéder aux établissements scolaires.

Ceux-ci ne constituent évidemment pas les seuls points de liaison qui pourraient exister entre l'éducation et la protection sociale – d'autres points pourraient sans doute être identifiés à partir d'un débat plus large lors des discussions sur le développement d'une stratégie nationale de la protection sociale. Pour tous les

[162] Mauritanie : Notes sectorielles, Education. Draft, Novembre 2009
[163] RIM, MAED, DPEF(2009)*: Revue annuelle conjointe du PNDSE : Bilan d'Exécution du PNDSE de 2002-2009* (Oct); RIM, MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE : De la première a la second phase* (Nov*)* ; et RIM (2009) *Aide mémoire de la revue conjointe PNDSE* (novembre) DRAFT

aspects présentés ici, il faut particulièrement souligner la nature intersectorielle des efforts requis, pour montrer qu'à l'instar de l'éducation, la protection sociale est l'affaire de tous.

9.2 ANALYSE DE LA SITUATION

Disparités préoccupantes en matière d'accès à l'école et de rétention scolaire

Selon les données les plus récentes de l'EPCV 2008,[164] le taux brut de scolarisation au niveau de **l'enseignement fondamental** est de 90,9%, dépassant celui de MICS 2007 (82,3%) et enregistrant une amélioration de 14,3 points par rapport à l'EPCV 2004 (76,6 %). Cependant, ce taux cache des disparités importantes entre milieux de résidence (79,6 % en milieu rural contre 108,5 % en milieu urbain); niveau de pauvreté des ménages (72,4 % pour les plus pauvres contre 106.6% pour les plus riches); et zone géographique (67,7 % en Assaba contre 122% au Tiris-Zemmour). Par rapport au taux national, les *wilaya* de Hodh El Charghi, Hodh El Gharbi, Assaba, Gorgol, Guidimagha et Inchiri sont en dessous de la moyenne nationale. La *wilaya* du Brakna se situe à peu près à la moyenne. Les autres *wilaya* ont enregistré des taux supérieurs à la moyenne nationale.

En terme de fréquentation scolaire, 78,4% des enfants sont scolarisés au fondamental en 2008 et vivent dans des ménages situés à moins de trente minutes d'une école fondamentale. Pourtant, cette proportion s'élève à 81,6 % en milieu urbain contre 76 % en milieu rural. Ca veut dire qu'un quart d'élèves ruraux n'ont pas un accès facile à l'école.

Ces disparités persistent et s'accentuent au fur et a mesure qu'on monte dans l'échelle éducative : le taux **brut de scolarisation au niveau secondaire** s'élève a 30,5% en 2008, avec des écarts énormes selon le milieu : 53,5 % en milieu urbain contre seulement 12,8% en milieu rural. Selon le statut de pauvreté, pour les deux cycles confondus (fondamental et secondaire) le **taux de satisfaction** avec les services d'éducation atteint 39,7% pour les pauvres contre 50,8% chez les non pauvres.

Au niveau national le taux moyen des **dépenses pour l'éducation** a atteint 1% de l'ensemble des dépenses moyennes annuelles par individu selon l'EPCV 2008 (0,7% en milieu rural contre 1,2% dans le milieu urbain et 1,1% chez les pauvres contre 1% chez les non pauvres). L'analyse de la structure des dépenses scolaires montre que la plupart consiste en frais de scolarité (59,8% de l'ensemble des dépenses) et en livres et fournitures scolaires (37,9% des dépenses). Le taux des frais de scolarité sont plus élevés en milieu urbain et chez les plus riches, tandis que le taux de dépenses pour les livres et fournitures scolaires est plus haut dans le milieu rural et chez les pauvres.

Ces données montrent bien les défis énormes en termes de l'universalisation de l'accès et de renforcement de rétention à l'école, surtout dans les zones rurales et parmi les ménages les plus pauvres. Du côté de l'offre, il faut signaler : la rareté des écoles 'complètes' (seulement un quart du total), qui s'ajoute au mauvais état des écoles existantes et aux distances à parcourir ainsi qu'à la faible qualité de l'enseignement et les absences fréquentes des enseignants. Du côté de la demande, il faut signaler : les importants frais assumés par les parents ainsi que les 'coûts d'opportunité' (surtout dans le case des ménages pauvres) - deux facteurs qui expliquent les faibles taux de scolarisation.

Selon les données de l'enquête MICS (2008), 16,4 % des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué des travaux rémunérés ou domestiques en 2007 (21,2% en milieu rural contre 9,3% en milieu urbain)[165] et globalement 13% des travailleurs mauritaniens seraient des enfants,[166] avec une proportion importante mais pas bien déterminée de filles impliquées dans des travaux en domestiques, exposées aux abus, à la discrimination et

[164] ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*
[165] D'après les données de l'enquête MICS 2007
[166] D'après les résultats du recensement de 2000

à l'exploitation. Le travail domestique 'chez soi' est sans doute même plus répandu. D'autres facteurs, en dehors du secteur de l'éducation, contribuent également à priver de nombreux enfants de l'école – par exemple, la faiblesse de l'état civil (60% registration de naissances), qui constitue également une entrave aux efforts de bien cerner les véritables dimensions du problème et de suivre statistiquement l'évolution de la fréquentation scolaire en Mauritanie.

Faiblesses organisationnelles et institutionnelles

Malgré le progrès certain en ce qui concerne le développement du système de l'éducation, la revue récente du PNDSE a dégagé quelques facteurs de blocage internes du système de l'éducation à plusieurs niveaux (*voir encadré 28 pour une synthèse*). D'une manière générale, les efforts de renforcer les champs d'action de la protection sociale à travers et au sein de l'éducation devraient prendre en compte tous ces facteurs. On en citera ici quelques uns de ces facteurs :

- Au niveau institutionnel, la multiplicité des départements chargés de l'éducation et le manque de stabilité et de coordination internes rendront plus difficile les efforts préconisant une approche multisectorielle à la protection sociale.
- Au niveau juridique, le manque de textes d'application à la loi rendant obligatoire l'éducation des enfants de 6 à 14 ans constitue un obstacle à l'universalisation de l'éducation, et cela laisse de côté les enfants les plus démunis.
- Au niveau de la gestion de ressources humaines, la répartition géographique inégale des enseignants risque de perpétuer les disparités d'accès à l'école.
- Au niveau de la gestion financière et immobilière, le non-entretien des bâtiments (et le non-investissement dans l'eau et l'assainissement à l'école) crée un environnement insalubre pour les enfants, aggravé par la désuétude des allocations budgétaires aux établissements.
- Au niveau de la gestion pédagogique, les difficultés persistantes dans la distribution des manuels scolaires et des supports didactiques et pédagogiques mettent en risque les conditions d'apprentissage à l'école.

La stratégie nationale prévoit une meilleure allocation de ressources en faveur du secteur ainsi qu'une rationalisation de la gestion à tous les niveaux et un renforcement du cadre juridique et institutionnel.[167]

Encadré 28 : Entraves internes au fonctionnement du système d'éducation en Mauritanie

Au plan institutionnel :

- Multiplicité des départements chargés de l'éducation ; manque de clarté dans la définition des compétences ; et manque de coordination
- Instabilité et modifications quasi permanentes dans l'organisation structurelle
- Cloisonnement limitant le rendement et la circulation de l'information :
- Absence de mémoire (archives / banque de données).
- Absence de structures consultatives et d'arbitrage, qui mène à un manque de cohérence et d'équité dans l'allocation des ressources en fonction des objectifs escomptés.
- Décentralisation mitigée
- Faible implication des partenaires opérant en dehors de l'éducation
- Absence d'une culture d'évaluation.

Au plan juridique:

- Absence d'une loi d'orientation complète de l'éducation en Mauritanie
- Textes d'application rarement promulgués et mis en œuvre **:** Par exemple**,** la loi rendant obligatoire l'éducation des enfants de 6 à 14 ans et celle relative à la réforme du système éducatif (Loi 12.99) n'ont pas connu de

[167] Source : RIM. MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE, Rapport de synthèse*

textes d'application, malgré leur promulgation depuis près d'une décennie.
- Absence de statuts pour certains corps et inadéquation des statuts en vigueur

Gestion des ressources humaines :
- Instabilité politique, fréquents changements ministériels éclatement du secteur entre plusieurs départements – ce qui explique des conséquences négatives sur la gestion des ressources humaines du secteur.
- Multiplicité des centres de décision concernant la gestion des ressources humaines
- Manque de programmation et de planification stratégique; absence d'une maitrise des effectifs ; laxisme dans l'application des textes réglementaires; et absence des fiches de postes
- Une allocation caractérisée par : la non-pertinence; la non équité; le non respect de critère; l'instabilité du personnel; le manque de liens entre l'allocation et les résultats.
- Insuffisance et manque d'application des organigrammes;
- Fable rapport entre le niveau de qualification des enseignants et les résultats au niveau des acquisitions des élèves
- Absence de mesures incitatrices : inexistence d'un mouvement annuel du personnel; absence de formation continue; absence d'un plan de carrières

Gestion financière et patrimoniale
- Mobilisation des ressources publiques en deçà de l'objectif ciblé de 20% en 2010 (malgré un progrès de 13.5% en 2004 a 14.1% en 2008)
- Manque de répertoire du capital immobilier ainsi qu'un manque d'entretien selon les normes d'usage ;
- Allocation désuète de budget aux établissements – non prise en compte de leur taille, des effectifs ou des résultats
- Gestion financière qui n'est pas basée sur les objectifs bien définis ou les résultats.

Gestion pédagogique
- Manque de compétence dans la gestion des établissements scolaires
- Faiblesses de l'encadrement pédagogique,
- Difficultés dan la distribution des programmes
- Difficultés persistantes dans la distribution des manuels scolaires et supports didactiques, (malgré la disponibilité des quantités suffisantes) sur le sol national.
- Faiblesse de la formation initiale et de la formation continue,
- Absence d'une pratique de l'évaluation,
- Faiblesse de contribution des associations des parents d'élèves (APE)**, m**algré l'adoption du décret 137 dans la matière

Source : RIM. MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE*

9.3 L'EDUCATION PRESCOLAIRE

Le dispositif d'enseignement préscolaire mauritanien se compose de 27 'jardins d'enfants' publics, 194 'jardins d'enfants' privés et 147 garderies communautaires. Le taux d'accès des jeunes enfants aux différents types de modes de garde est estimé à 9%, avec une forte participation des écoles coraniques et une forte concentration en milieu urbain, notamment à Nouakchott et Nouadhibou. Les principales contraints que les autorités nationales ont identifiées par rapport à ce secteur sont liées à : (i) la faible capacité d'accueil des structures actuelles ; (ii) l'implantation anarchique des jardins d'enfants privés (sans autorisation et sans suivi du département de tutelle); (iii) la faible qualification des personnes assurant l'encadrement (moins de 10% dispose de qualifications requises dans le domaine) ; (vi) l'absence d'un programme uniformisé d'éveil adapté au contexte de l'enfant mauritanien; (v) l'inadaptation des

infrastructures et l'insuffisance des équipements pédagogiques; (iv) la faible implication des collectivités locales dans les services d'encadrement et d'éducation préscolaire. [168]

L'orientation politique consiste à considérer l'éducation préscolaire comme une composante essentielle du dispositif de l'enseignement de base. Les principaux éléments de la stratégie de l'enseignement préscolaire pour les années à venir s'articulent autour des axes suivants :

- Consolidation et renforcement des acquits en matière de formation des formateurs ;
- Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services offerts par les structures du préscolaire au profit des enfants issus des milieux pauvres ;
- Renforcement des capacités institutionnelles pour la planification et le suivi du sous-secteur. [169]

Il est reconnu que le développement holistique de la petite enfance nécessite une approche globale qui doit répondre aux besoins de nature physique, émotionnelle, sociale et cognitive du jeune enfant. Les arguments en faveur de l'investissement dans l'enfant à cet âge sont multiples : les enfants de moins de 8 ans constituent environ un tiers de la population mauritanienne et tout investissement en leur faveur représentera une action immédiate au profit de l'enfant et à long terme au profit des adultes de demain; 80% du développement du cerveau de l'enfant s'effectue entre la conception et l'âge de trois ans, cela confirmant l'importance de la stimulation psycho-social dans cette période de vie; l'enseignement préscolaire est l'un des meilleurs moyens de préparer l'enfant à l'enseignement primaire et contribue a réduire les déperditions. [170]

La ***politique nationale du développement de la petite enfance en Mauritanie*** prévoit des actions multisectorielles dans ce domaine, ce qui correspond parfaitement à la vision d'une protection sociale intégrée: « *Étant donné la nature multidisciplinaire du développement du jeune enfant, toute politique devra ainsi intégrer des approches appropriées en matière de santé, de nutrition, d'éducation parentale, d'éducation préscolaire et primaire, d'eau, d'assainissement et de protection. »*[171] Cette politique prévoit aussi des mesures de protection spéciale pour les enfants en situations précaires ou difficiles (handicapés, abandonnés, orphelins, toxicomanes, mendiants, en conflit avec la loi, etc.) ce qui rejoint l'argument en faveur de la création de synergies non pas seulement entre la protection sociale et l'éducation, mais aussi entre la protection sociale et la protection de l'enfant.

L'objectif global de la politique de la petite enfance est de «*permettre au jeune enfant un bon départ dans la vie, ce qui permettra à celui-ci, d'être en bonne santé, d'acquérir un savoir et d'avoir un accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable dans la paix, la stabilité et la protection requise*».

Une stratégie nationale de la protection sociale pourrait bien, donc, s'appuyer sur les politiques, les structures et les partenariats existants au niveau national dans le domaine de la petite enfance et l'éducation préscolaire pour renforcer les efforts conjoints.

9.4 L'ELIMINATION DES DISPARITES ET L'INCLUSION DES EXCLUS DANS LE SYSTEME EDUCATIF

Toute une gamme de mesures sont en force ou sont prévues en Mauritanie, pour améliorer l'accès et la rétention des enfants à l'école fondamentale de façon globale et au même temps atténuer les disparités existantes entre genre, régions et milieux socio-économiques à travers la mise en place de programmes de scolarisation ciblés pour les *wilaya*, les zones et les groupes défavorisés. De tels programmes ciblés

[168] RIM, MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE : De la première à la seconde phase* (Nov)
[169] RIM, MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE : De la première à la seconde phase* (Nov)
[170] RIM, Ministère charge de la promotion féminine, de l'enfance, et de la famille, Direction de l'Enfance
[171] RIM, Ministère charge de la promotion féminine, de l'enfance, et de la famille, Direction de l'Enfance

revêtent un intérêt particulier pour une stratégie de protection sociale. Des liens stratégiques pourraient être prévus dans ce domaine pour renforcer les synergies positives. Dans les zones, par exemple, où les structures scolaires existent, mais la participation à l'école reste faible - à cause surtout des conditions de la pauvreté des ménages et le travail familial de l'enfant - des programmes pilotes de transferts directs en espèces conditionnés sur la participation de l'enfant à l'école pourraient être mis en place pour réduire les coûts d'opportunité aux parents. De tels programmes ont enregistré du succès notable dans les autres pays,[172] En Mauritanie aussi, ils mériteraient d'être considérés comme un mécanisme potentiellement utile, tout au moins dans certains contextes.[173] D'autres mécanismes, comme celui de bourses octroyées aux enfants des couches sociales défavorisées, pourraient aussi être envisagés. Par ailleurs, une réflexion appropriée resterait à faire au sujet des réponses à apporter aux autres formes d'exclusion, comme celle qui, par exemple, sont basées sur les handicaps physiques ou mentaux (le taux estimé de scolarisation des enfants handicapés se situant à environs 5% seulement) (*voir encadre 29*).

Encadré 29. Les enfants handicapés et l'éducation

Les données statistiques disponibles ne cernent pas avec précision la situation des personnes handicapées et encore moins celle des enfants handicapés en Mauritanie. Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 1988, les personnes handicapées représentent 1.5% de la population totale du pays (2.508.159 habitants). Le nombre de personnes handicapées est estimé par la même source à 37.622 personnes répartis en 19.262 femmes et 18.360 hommes. Les enfants handicapés représentent selon la même source 20% de cette population. Selon les données plus récentes du MICS, environ un cinquième (21%) des enfants mauritaniens âgés de 2-9 ans souffrent d'au moins un handicap, soit au nombre de 1.917,

L'enseignement préscolaire n'existait pas pour cette catégorie d'enfant jusqu'à un passé récent. Actuellement, un seul jardin d'enfants spécialisé a ouvert ses portes dans la *moughataa* de Riadh à Nouakchott, mais la capacité d'accueil est très restreinte. Le faible taux de scolarisation (8%) trouve son explication dans l'absence de structures adaptées et accessibles tant géographiquement que financièrement: Il existe seulement deux structures d'accueil pour les personnes handicapées, l'Institut National des Aveugles et le Centre d'Enseignement pour Sourds. Les deux établissements restent très peu fréquentés faute de conditions appropriées pour l'enseignement (déficit en enseignants, enclavement, manque de prise de conscience des parents de l'intérêt de l'éducation de leurs enfants handicapés, pauvreté des parents).

De plus les établissements scolaires (publics et privés) ne sont pas conçus ni équipés pour recevoir les enfants handicapés. Ainsi ces enfants souffrent de plusieurs problèmes comme la pauvreté, le rejet par la société, l'absence d'autonomie personnelle pour se prendre en charge et l'absence de structures éducatives adaptées ce qui les empêche d'avoir les mêmes chances que les autres conformément à l'esprit de la CDE.

Sources : *Politique nationale de la petite enfance* ; MICS 2007

Le renforcement et la normalisation des passerelles entre l'enseignement 'originel' et l'enseignement primaire non-formel d'une part et l'enseignement fondamental d'autre part constitue un autre aspect des efforts déjà prévus visant à améliorer l'accès à l'éducation et réduire les disparités. Pour l'instant, aucune stratégie spécifique n'a été envisagée pour l'éducation primaire non-formelle: une réflexion lancée en 2008 a abouti à l'indentification d'un projet pilote qui sera financé par l'UNESCO. La première phase du PNDSE a plutôt visé à assurer une complémentarité entre l'enseignement formel et l'enseignement 'originel' qui se fait dans les *mahadras* (écoles coraniques) à travers la mise en place de 'passerelles', la construction et l'équipement de Centres de Formation Professionnelles des *Mahadras* (CFPM).

Face aux nombreuses contraintes rencontrées dans ce domaine, la revue conjointe du PNDSE a conclu que la mise en place de passerelles requiert, non seulement l'identification de niveaux de passerelles possibles,

[172] Par exemple au Brasil, à travers le programme Bolsa Escola/Bolsa Familia

[173] Évidemment, une telle approche fonctionne seulement pour stimuler la demande dans des conditions où l'offre est suffisante

mais également, la définition de dispositifs institutionnels, réglementaires, pédagogiques et matériels pour leur mise en place. Pour ce faire, il faudra : (i) adopter une catégorisation et une typologie propre à l'enseignement originel qui prend en compte la nature et la diversité de ses programmes et les différentes modalités d'accréditation et de validation des acquis; (ii) identifier les passerelles possibles; et (iii) définir, à travers des textes appropriés, les critères pédagogiques et les modalités de passage de l'enseignement originel vers le système formel. Un fonds d'appui sera mis en place pour soutenir les *mahadras* qui s'engagent dans une perspective de complémentarité entre l'enseignement originel et l'éducation formelle, notamment au niveau de l'éducation de base. [174]

Les liens entre ce genre de réflexion dans le secteur de l'éducation et les options potentielles d'une stratégie de la protection sociale pourraient être renforcés par un travail conjoint sur l'identification des 'passerelles' possibles entre l'enseignement originel et l'école formelle et sur les approches aux familles pour mieux comprendre les facteurs socio-économiques et culturels de leur préférences en termes de système d'éducation de leurs enfants. Un travail conjoint dans la recherche des autres formes d'enseignement informel serait aussi enrichissant.

9.5 LA SANTE ET LA NUTRITION EN MILIEU SCOLAIRE

L'une des sous-composantes du PNDSE a pour objectif d'améliorer les conditions de l'apprentissage des élèves par une bonne santé. Trois séries d'activités ont été programmées à cette fin : (a) la promotion de l'hygiène et de la nutrition en milieu scolaire, (b) la promotion des soins préventifs, et (c) la promotion de la lutte contre les MST/VIH/SIDA. Une politique nationale de santé, d'hygiène et de nutrition à l'école (PNSHNE) a été élaboré, et du progrès certain enregistré dans ce domaine.[175]

Mais il reste, évidemment, beaucoup à faire pour rendre les écoles de vrais centres de protection des enfants en liant leurs tâches prioritaires dans l'enseignement aux tâches complémentaires en protection sociale. Au niveau de l'axe relatif à l'amélioration et le renforcement de la gestion de l'enseignement fondamentale, l'une des actions prévue dans la revue conjointe du PNDSE est *la stimulation de la demande par l'ouverture de cantines scolaires (45% de rationnaires en 2015) et l'amélioration de leurs services.*[176]

Le Ministère de l'éducation nationale (MEN) a demandé un appui technique au PAM pour la préparation d'une stratégie nationale pour l'alimentation scolaire dans le pays.[177] Selon la proposition du projet d'étude, une telle stratégie serait conforme aux recommandations de l'Alliance du Sahel pour l'Education de Base qui offre une plateforme stratégique pour la mise en œuvre d'un Paquet Educatif Essentiel (PEE) à tous les enfants d'âge scolaire vivant dans les zones rurales, notamment les plus pauvres. L'alimentation scolaire (repas scolaires à l'école et/ou rations à emporter) constitue l'une des composantes essentielles du PEE, qui comporte également les volets de l'eau potable, les latrines, l'éducation à la nutrition, la santé et l'hygiène, le déparasitage systématique et l'apport de micronutriments; les jardins scolaires, le matériel pédagogique, la prévention contre le VIH /SIDA et la lutte contre la malaria. A partir d'une perspective de protection sociale, le PEE comporte une véritable gamme de mécanismes de protection de l'enfant à l'école – créant ainsi des établissements scolaires dotés des centres de soins et protection des enfants.

Le projet de stratégie nationale pour l'alimentation scolaire s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du PNDSE ainsi que du plan national d'action en faveur de l'Education pour Tous et da la Politique nationale

[174] RIM, MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE : De la première a la second phase* (Nov)
[175] RIM MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE : Bilan d'Exécution du PNDSE 2002-2009* (Oct)
[176] RIM, MAED, DPEF (2009) *Revue annuelle conjointe du PNDSE : De la première a la second phase* (Nov)
[177] Termes de mandat, MEN, Elaboration d'une stratégie national pour l'alimentation scolaire en Mauritanie 2009-2011 (version finale, novembre 2008)

de développement de la nutrition (PNDN), dont la nutrition scolaire constitue le quatrième axe stratégique. En Mauritanie, selon le Rapport d'Etat sur le Système Educatif National (RESEN) de 2006, les parents d'élèves du cycle primaire affirment que 18% des abandons sont liés à l'absence d'une cantine. L'alimentation scolaire pourrait donc attirer les enfants à l'école et encourager leur présence. Elle peut contribuer à améliorer l'état nutritionnel des enfants pauvres, en corrigeant les déficiences en micronutriments et combattant certaines maladies liées aux parasites intestinaux ou aux déficiences en vitamine A. Elle pourrait aussi être utilisée comme un vecteur encourageant le développement d'activités à travers l'école : éducation environnementale, sanitaire et hygiène, meilleure gestion des biens collectifs et des activités, esprit coopératif et d'entraide, etc. L'alimentation scolaire pourrait aussi servir comme l'un des moyens pour améliorer l'accès et la rétention des élèves du secondaire.

Mise en œuvre de façon cohérente et organisée, l'alimentation scolaire pourrait sans doute contribuer à atteindre les objectifs gouvernementaux en matière d'éducation tels que définis dans le PNDSE, le CSLP et le PNN. Elle pourrait aussi en constituer un point de liaison avec une stratégie de la protection sociale, avec un travail conjoint possible, par exemple, en ce qui concerne le ciblage, l'examen et la mise en place des options de financement, surtout pour les régions prioritaires, et le suivi.

9.6 L'ENREGISTREMENT DE NAISSANCES ET L'EDUCATION

Le droit de l'enfant à un nom et à l'enregistrement à l'Etat Civil au moment de la naissance est stipulé en Mauritanie par l'article 1er de la loi 96 020 et article 48 de la loi 96 019. Et pourtant, selon les résultats du MICS (2007), seulement environs 56% des naissances des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés. Il y a des disparités importantes par milieu de résidence (75% des enfants enregistrés en milieu urbain contre 42% en milieu rurale); par *wilaya* (allant de 21% et 15% dans les deux Hodhs à 88% à Tiris Zemmour et Dakhlet Nouadhibou); par niveau de richesse du ménage (28% chez les plus pauvres contre 88% chez les plus riches); et par niveau d'instruction de la mère (50% pour les enfant dont la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 81% pour les enfants dont la mère a le niveau secondaire ou plus).[178]

Sans en être la cause unique, l'absence de présentation d'un acte de naissance à un établissement scolaire a une répercussion sur le non participation à l'école, l'enregistrement tardif ou le non-achèvement du cycle (*voir figure 12*).

L'amélioration/ l'optimisation du processus d'enregistrement des naissances peut fortement contribuer à améliorer l'exercice du droit à l'éducation d'un grand nombre d'enfants, issues des familles les plus démunies :

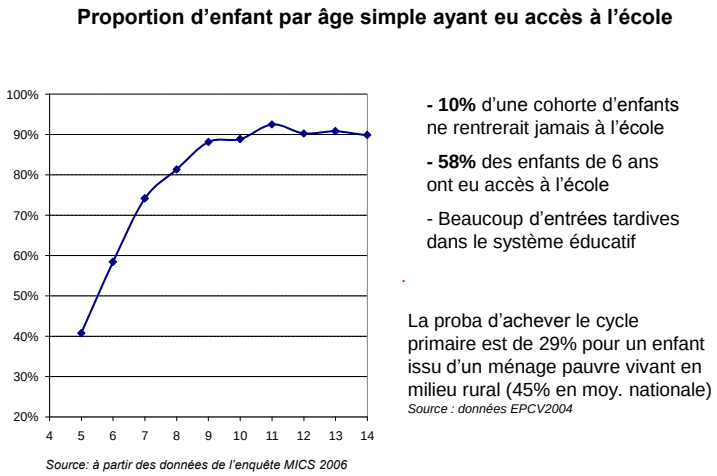
- **Directement:** Par la facilitation de l'inscription des enfants dans les établissements scolaires (au début ou au cours de la scolarité)
- **Indirectement:** Par une meilleure connaissance de la structure par âge de la population et donc de la population scolarisable qui mène à une diminution du biais des indicateurs et un cadrage sectoriel amélioré rendant la portée des actions politiques plus importante.[179]

Parmi les raisons de non-enregistrement des naissances, l'éloignement et les penalties à payer constituent les éléments les plus invoqués (19%) par les personnes enquêtées ; la méconnaissance est aussi un facteur majeur.[180] En complément aux efforts nationaux de renforcement du système d'enregistrement de naissances, une stratégie de protection sociale pourrait prévoir un volet d'information ou de sensibilisation

[178] ONS (2008) *Enquête par grappes a indicateurs multiples 2007*
[179] « Quelles implications de l'enregistrement des naissances sur l'exercice du droit à l'éducation ? » PPT UNICEF Nouakchott, Oct 2009
[180] ONS (2008) *Enquête par grappes a indicateurs multiples 2007*

auprès des ménages les plus défavorisés, ainsi qu'un système de rattrapage pour les enfants plus âgés qui n'ont pas été enregistres à la naissance, en coordination avec les services de santé et les services d'éducation ainsi que les services de protection de l'enfant et l'Etat civil.

Figure 12. Entrées tardives à l'école



Source: PPT UNICEF Nouakchott, Oct. 2009

9.7 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Les principes de *l'Education pour Tous* implique que des politiques et des stratégies spécifiques seraient mises en place pour l'universalisation des services d'éducation et l'élimination des disparités en termes aussi bien de l'accès que de la qualité. En Mauritanie, des efforts énormes ont été faits dans ce domaine, mais il reste beaucoup à faire. La vision intégrée de la protection sociale, l'approche multisectorielle des démarches, et les mécanismes de mise en œuvre des programmes spécifiques (tels que les transferts en espèces ou des mécanismes de l'assistance sociale) pourraient affirmer les efforts en éducation et élargir les possibilités de l'éducation aux enfants les plus dépourvus. Pour cela, il faudrait prévoir un partenariat large et une approche participative ancrée dans une stratégie plus large de lutte contre la pauvreté et l'élimination de l'exclusion sociale.

Ce chapitre a identifié quelques pistes de réflexion sur les actions d'éducation qu'il faudrait inscrire au sein d'une stratégie nationale de protection sociale et soutenir en priorité. Ces actions visent à la fois la réduction des inégalités d'opportunité à l'éducation (obstacles d'accès) liés surtout à la pauvreté, ainsi que l'amélioration de la potentialité protective de l'éducation offerte (obstacles de qualité). Elles ne sont certainement pas les seules actions qui pourraient être envisagées, mais elles constituent une base de départ pour une discussion plus large sur le développement d'une stratégie globale de la protection sociale. Les principales recommandations sont les suivantes :

- Renforcer et étaler l'éducation préscolaire, comme moyen privilégié pour renforcer la protection et le développement de la petite enfance ;
- Promouvoir la santé scolaire et – plus particulièrement - les cantines scolaires comme moyen à la fois d'inciter la fréquentation scolaire et améliorer l'état nutritionnel de l'élève (voir aussi chapitre 10 ci-dessous pour des recommandations concernant l'eau et l'assainissement dans les écoles);

- Créer de véritables passerelles entre l'enseignement informel et l'enseignement formel, comme mesure susceptible d'élargir l'inclusion dans le système formel des enfants actuellement exclus ; et
- Améliorer le système d'enregistrement des naissances comme moyen permettant aux enfants d'accéder aux établissements scolaires.

A part ces actions, toute une gamme de mesures sont en force ou prévue en Mauritanie pour améliorer l'accès et la rétention des enfants à l'école fondamentale de façon globale et, au même temps, atténuer les disparités existantes entre genre, régions et milieux socio-économiques à travers la mise en place de programmes de scolarisation ciblés pour les *wilaya*, les zones et les groupes défavorisés. De tels programmes ciblés revêtent un intérêt particulier pour une stratégie de la protection sociale et des liens stratégiques pourraient être prévus dans ce domaine pour renforcer les synergies positives.

- Dans les zones où les structures scolaires existent, mais la participation à l'école reste faible - à cause surtout de la pauvreté des ménages et le travail familial de l'enfant - des programmes pilotes de transferts directs en espèces conditionnés sur la participation de l'enfant à l'école pourraient être mis en place pour réduire les coûts d'opportunité aux parents. De tels programmes ont enregistré un succès notable dans les autres pays.[181] En Mauritanie aussi, ils mériteraient d'être considérés comme un mécanisme potentiellement utile, tout au moins dans certains contextes.[182]
- D'autres mécanismes, comme celui de bourses octroyées aux enfants des couches sociales défavorisées, pourraient être envisagés (dépendant aussi de l'offre).
- Une réflexion nationale appropriée resterait à faire aussi sur le sujet des réponses à apporter aux autres formes d'exclusion, comme celle qui, par exemple, sont basées sur les handicaps physiques ou mentaux.

Pour toutes ces dernières actions, des études de base préalables devraient permettre de mieux cerner les dimensions du problème, déterminer la faisabilité administrative et financière de l'initiative et identifier les partenaires potentiels ainsi que leurs besoins de soutien/renforcement.

10. EAU ET ASSAINISSEMENT

10.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'accès à l'eau potable et à un système d'assainissement qui assure la salubrité de l'environnement revêt une importance capitale pour la santé publique et pour la dignité de l'être humain. Pour l'enfant surtout, le manque d'eau propre, le manque d'hygiène et un assainissement inadéquat ne sont pas seulement les causes directes des maladies diarrhéiques, mais aussi des facteurs importants de mortalité infantile causée par la pneumonie, les désordres néonatales et la malnutrition.[183]

En Mauritanie, malgré une nette amélioration de l'offre en termes d'infrastructure, l'accès à l'eau potable reste encore en deçà des besoins réels au niveau national, et il y a des fortes disparités qui traduisent un manque d'équité dans l'approvisionnement. La situation est la même en ce qui concerne l'assainissement, dont l'importance n'est pas suffisamment soulignée, et qui est en plus marqué par un investissement public insuffisant.

[181] Par exemple au Brésil, à travers le programme Bolsa Escola/Bolsa Familia.
[182] Évidemment, une telle approche fonctionne seulement pour stimuler la demande dans des conditions où l'offre est suffisante
[183] UNICEF NY (2007) *State of the World's Children 2008*

Selon les données les plus récentes de l'EPCV, au niveau national, un peu moins de deux tiers (62%) des ménages ont accès à l'eau potable (contre 52% en 2004). Mais il reste des écarts énormes entre les ménages les plus pauvres (30%) et les ménages les moins pauvres (87%). Les puits sans pompe (30%), les revendeurs (24,4%) et des robinets intérieurs (21%) constituent les principales sources d'approvisionnement en eau des populations, avec les fortes différences par *wilaya* et par milieu de résidence (urbain/rural).[184]

En ce qui concerne l'assainissement, presque la moitie (45,7%) des ménages au niveau national ne disposent pas de toilettes dans leur logement (48% en 2004); ce pourcentage s'élève à 68,7% en milieu rural et varie de 44% à près de 83% selon la *wilaya*. Plus de deux tiers des ménages pauvres (67,4%) ne disposent pas de toilettes contre 34% chez les ménages non pauvres.[185]

10.2 STRUCTURATION DU SECTEUR ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Depuis 2005, une concertation avec les multiples acteurs impliqués dans le secteur a été engagée afin d'assurer une meilleure visibilité et renforcer la coordination. Le Conseil National de l'Eau constitue le cadre de concertation et de coordination entre les différents intervenants, à savoir les différentes agences gouvernementales et départements ministériels au niveau central et décentralisé, les communes, le secteur privé et les ONG nationales et internationales. Le Code de l'Eau adopté en 2005 précise les prérogatives du Ministre chargé de l'eau, insiste sur la sauvegarde des ressources en eau, définit les modes de délégations et les responsabilités en matière de maîtrise d'ouvrage[186] (*voir encadré30*).

Encadré 30 : Organisation institutionnelle dans le secteur de l'eau et de l'assainissement

Le **Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA)** et ses établissements sous tutelle comprennent :

- La **Direction de la Programmation du Suivi et de la Coopération (DPSC)** est chargée d'élaborer les plans de développement sectoriels dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, de réaliser les études d'évaluation sectorielles et de promouvoir la coopération et la coordination.
- La **Direction de l'Hydraulique (DH)** est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et les stratégies dans le secteur de l'eau, ainsi que les plans de développement. Elle assure le suivi de l'exécution des programmes, la police de l'eau, et la coordination et suivi des sociétés et établissements relevant du secteur de l'eau.
- La **Direction de l'Assainissement (DA)** est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et stratégies dans le secteur de l'assainissement, ainsi que les plans de développement. Elle assure le suivi de l'exécution des programmes dans le sous-secteur.
- La **Direction de l'Hydrologie et des Barrages (DHB)** contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de mobilisation des ressources en eau superficielles et du suivi du cycle météorologique et hydrologique. A ce titre elle élabore les plans de développement du sous secteur et assure le suivi de l'exécution des programmes.
- Les **Services Régionaux de l'Hydraulique (SRH)** sont chargés, au niveau des *wilaya*, de la planification et de la coordination des activités en matière d'hydraulique et d'assainissement.
- Le **Centre National des Ressources en Eau (CNRE)** est un établissement public à caractère administratif (EPA) chargé de l'exploration, de l'évaluation, du suivi et de la protection des ressources en eau.
- La **Société Nationale d'Eau (SNDE)** est chargée de la production, du transport, de la distribution d'eau potable en milieu urbain.

[184] ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*
[185] ONS (2009) *Profil de la pauvreté 2008*
[186] Notes sectorielles, Secteur de l'Eau et de l'Assainissement, Novembre 2009

- **L'Office National de l'Assainissement (ONA)** est chargé de la réalisation et la gestion des réseaux d'assainissement, eaux usées et eaux pluviales, y compris les stations d'épuration de

Le désengagement de l'administration des tâches d'exécution a été marqué par la création de deux institutions sous tutelle du Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement:

- **L'Agence Nationale d'Eau Potable et d'Assainissement** (ANEPA) est une association chargée, entre autres, de la mise en place des mécanismes appropriés de gestion et de financement des programmes d'entretien et de renouvellement des ouvrages hydrauliques et d'assainissement en milieu rural et semi urbain. L'ANEPA bénéficie d'une délégation de service public assortie d'un cahier des charges.
- **La Société Nationale de Forages et de Puits (SNFP)**, contribue à améliorer la capacité d'exécution nationale des forages et puits.

D'autres acteurs incluent le communes, qui réalisent des ouvrages hydrauliques sur fonds propres ou à travers la coopération décentralisée ; le secteur privé (entreprises, bureaux d'études) ; et les ONG nationales ou internationales.

Source : Note sectorielles, Secteur de l'eau et de l'assainissement (2009)

L'eau et l'assainissement constituent un secteur prioritaire pour le pays: l'objectif principal pour le développement du secteur tel que défini dans le Plan 2006-2010 du CSLP est « *d'améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement en quantité, qualité et à des prix abordables pour tous de façon durable* ». Cet objectif s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'évolution du secteur et les engagements du Gouvernement ont rendu nécessaire la révision de la Stratégie de Développement du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement élaborée en 2006. Parmi les six axes stratégiques dans le secteur, les deux suivantes sont parmi les plus pertinentes à la protection sociale :[187]

Améliorer l'accès à l'eau potable par:

- la mise en œuvre d'un accès à l'eau potable plus équitable pour les catégories pauvres entre les quartiers (un accent particulier sera mis sur la situation à Nouakchott) et entre les régions.
- l'amélioration de la sécurisation de la production et l'amélioration de la distribution
- l'amélioration du niveau de service dans les quartiers périphériques, les quartiers pauvres par la promotion de l'accès direct au réseau public d'eau potable (branchements privés)
- le développement et l'accélération de la desserte en eau en milieu semi urbain et rural en assurant le renouvellement du patrimoine hydraulique et son extension (forages, puits, château d'eau, canalisation) par la budgétisation des financements nationaux afin de faire face à l'augmentation de la demande croissante en eau et à l'extension des services
- le respect des normes nationales dans la planification
- la prise en compte des besoins en eau agricole pour les zones de maraîchage avec l'objectif de rationaliser l'utilisation de la ressource
- le recours aux eaux de surface pour assurer l'alimentation en eau potable des populations.

La recherche de l'équilibre financier dans le secteur de l'hydraulique urbaine et rurale se fera par le paiement de l'eau par les usagers selon les principes du Code de l'Eau et par la mise en place d'une politique tarifaire transparente permettant d'assurer le financement des charges récurrentes pour aboutir à l'équilibre financier du service public de l'eau. En milieu urbain, une grille tarifaire favorable aux catégories pauvres sera maintenue. En milieu rural, l'équilibre sera garanti par le paiement de l'eau par les usagers et par les ressources du budget national. Une formule de révision du prix de l'eau sera introduite en applications des cahiers de charge applicables aux délégataires privés et à l'ANEPA

[187] Notes sectorielles, Secteur de l'Eau et de l'Assainissement, Novembre 2009

Ces orientations se traduiront par la mise en œuvre d'actions articulées autour de:

- l'amélioration de la desserte en eau dans les quartiers (lutte contre les branchements frauduleux, gestion des bornes fontaines et potences, approvisionnement des bassins de stockage dans les quartiers non desservis par le réseau, actions pour prévenir la contamination de l'eau du réseau public)
- le renforcement de la sécurisation de l'alimentation en énergie électrique des grandes villes pour la production d'eau potable
- la réhabilitation et l'extension du réseau public de distribution d'eau potable à Nouakchott pour faire face à la demande croissante
- la continuation du renforcement et de la consolidation des infrastructures dans les centres secondaires du périmètre SNDE.
- la construction de points d'eau modernes (puits cimentés, forages équipés) par groupe de population de plus de 150 habitants en assurant la construction d'environ 70 puits neufs et contre puits par an
- la construction d'environ 52 réseaux par an dans les localités entre 500 et 5000 habitants
- l'extension, la réhabilitation et la mise à niveau d'environ 40 réseaux existants par an.

Améliorer les conditions d'assainissement :

En milieu urbain :

- la réhabilitation et l'extension du réseau collectif de Nouakchott à court terme
- la promotion et l'amélioration des technologies d'assainissement autonomes à Nouakchott et dans les autres centres urbains
- la priorité accordée aux zones basses sujettes aux inondations
- la priorisation de la réalisation des infrastructures d'assainissement dans les investissements publics.

Ces orientations se traduiront par la mise en œuvre d'actions articulées autour de :

- l'élaboration de la stratégie d'assainissement en milieu urbain
- la finalisation de l'étude sur les technologies d'assainissement
- la mobilisation du financement des schémas directeurs d'assainissement de Nouakchott, de Nouadhibou et de Rosso.
- la mise en œuvre du schéma directeur d'assainissement de Nouakchott
- l'achèvement du Plan Directeur d'Assainissent de Rosso et de Nouadhibou afin de développer l'assainissement des eaux usées et des eaux pluviales

En milieu rural (selon le Programme National d'Assainissement en Milieu Rural (PNAR) :

- Evaluation de la demande des usagers
- Promotion de l'assainissement et l'hygiène
- Décentralisation des activités en passant des protocoles d'accord avec les communes et les services déconcentrés de la santé pour la promotion de l'assainissement autonome et l'hygiène.
- Financement de l'investissement de l'assainissement familial par les usagers à hauteur de 40% maximum variant suivant les types d'équipements choisis. Le reste du financement sera assuré sous forme de subvention dont le plafond est fixé à 90%
- Prise en charge par les communes et l'Etat de l'investissement de l'assainissement collectif dans les écoles et les centres de santé
- Participation financière des associations concernées à l'équipement en infrastructures sanitaires des marchés, des gares routières et des abattoirs et autres équipements publics ou communaux générateurs de revenus
- Prise en charge entière des coûts d'entretien par des usagers, des collectivités locales ou des bénéficiaires (écoles, centres de santé, gares routières, marchés).
- Réactualisation du PNAR pour l'adapter aux nouvelles exigences du secteur.

Ces orientations seront articulées autour des actions suivantes :

- l'élaboration d'un catalogue d'offres techniques et financières des modèles d'assainissement
- la mise en route de campagnes de promotion pour l'assainissement et l'hygiène. L'adoption des textes d'application du Code d'Hygiène facilitera la mise en œuvre des stratégies dans le domaine de l'hygiène. Les actions de promotion de l'hygiène sont un complément nécessaire de la construction des infrastructures d'assainissement
- le renforcement de la collaboration entre les différents services ministériels en vue de réduire la vulnérabilité des centres urbains et semi urbains aux inondations et plus généralement aux nuisances dues aux eaux pluviales, de réglementer la construction et de réaliser des ouvrages de protection contre les inondations.

Les autres axes sont les suivantes : Connaître et protéger les ressources en eau; valoriser les eaux de surface ; promouvoir le partenariat public privé ; renforcer les capacités des acteurs du secteur

10.3 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DANS LE SECTEUR

Selon l'analyse du progrès dans la mise en œuvre des OMD en 2008, le secteur demeure sujet à des défis qui en entravent le développement. Ces défis sont pour la plupart anciens. Il s'agit en particulier de : (i) l'insuffisance des ressources humaine set matérielles ; (ii) la lourdeur des procédures et du niveau de coordination insuffisant; (iii) la multiplicité des intervenants étatiques (MHE, CPSSA, MDR, etc.), qui entraîne des chevauchements importants de compétences et de responsabilités ce qui ne favorise pas l'optimisation du processus de décision et l'allocation optimale des ressources ; (iv) l'absence d'une approche programme qui assurerait la convergence des interventions des différents partenaires techniques et financiers conformément aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide; (v) la lenteur dans la mise en place des financements, (vi) la faible connaissance des ressources en eau et de l'absence d'un cadre intersectoriel de gestion durable de la ressource en eau (code de l'eau); (viii) la faible application des normes ; (ix) l'absence de culture de partenariat public-privé; (x) de déficiences en matière de gestion communautaire des équipements et de culture de maintenance ; (xi) du coût unitaire moyen élevé pour la réalisation de forages (l'étude de coûts des OMD a révélé que ce coût est l'un des plus élevés de la région.).[188]

Une analyse sectorielle plus récente identifie les points forts et point faibles suivantes :[189]

Les points forts sont les suivants :

- Une restructuration du secteur entre 2001 et 2008 qui a amélioré le cadre d'intervention en créant des institutions spécialisées
- Une meilleure intégration de l'assainissement et des eaux de surface dans l'action sectorielle.
- Des opérateurs autonomes pour l'hydraulique urbaine et l'hydraulique rurale qui interviennent selon les dispositions prévues au Code de l'Eau
- Le Code de l'Eau qui privilégie le partenariat entre l'Etat, les collectivités locales et les opérateurs privés
- L'émergence d'une capacité nationale du secteur privé pour les bureaux d'études, les entreprises de travaux et les entreprises de maintenance, en particulier dans le solaire ;
- Un système de gestion déléguée des réseaux en milieu rural et semi urbain d'envergure nationale, intégrant le recouvrement des charges récurrentes pour plus de 410 systèmes.

Les contraintes sont les suivantes :

[188] Agences du Système des Nations Unies, 2008
[189] Notes sectorielles, Secteur de l'Eau et de l'Assainissement, Novembre 2009

- Une mise en œuvre incomplète de la réforme surtout en matière de la coordination et de la planification du secteur ainsi que de l'application des textes et des mesures d'accompagnement.
- D'importants programmes d'hydraulique conçus et réalisés par des structures externes au Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement sans concertation avec celui-ci:
  - Le Ministère du Développement Rural conçoit et réalise les barrages et met en œuvre certains projets qui exécutent des ouvrages hydrauliques
  - Le Commissariat chargé des Droits de l'Homme, de l'Action Humanitaire et des Relations avec la Société Civile finance et exécute certains projets d'infrastructures hydrauliques.
  - Le Commissariat à la Sécurité Alimentaire qui intervient par la réalisation de points d'eau et de diguettes.
  - Le Ministère des Affaires Economiques et du Développement assure la tutelle de l'APAUS et de l'AMEXTIPE qui exécutent des programmes hydrauliques et d'assainissement.
- La faiblesse des capacités des services (manque de personnel qualifié, insuffisance de formation pour tous les principaux acteurs du secteur)
- La limitation de la progression des taux de couverture en milieu urbain à cause de la croissance de la population – surtout à Nouakchott.
- L'insuffisance des moyens humains et financiers qui limite l'impact des actions
- La faiblesse de l'équilibre financier du secteur :
  - En milieu urbain gel des tarifs de l'eau, du coût élevé de l'énergie et du retard de payement des factures de l'Etat ;
  - En milieu rural et semi urbain : Absence d'actualisation régulière des tarifs et de l'augmentation des coûts des facteurs de production.
- Les inondations récurrentes à cause du manque d'infrastructures d'assainissement pluvial.

10.4 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

L'analyse du secteur de l'eau et de l'assainissement montre bien la multiplicité d'acteurs intervenant dans un seul domaine, morcelé dans différents sous-secteurs, et l'importance de la coordination d'activités autour d'une vision commune de développement du secteur. Pour renforcer les aspects qui touchent au plus près aux questions de la protection sociale au sein du secteur de l'eau et assainissement, il faudrait redoubler ces efforts de concertation (voir aussi *chapitre 12* en bas sur les programmes cibles du CSLP).

L'analyse du secteur de l'eau et de l'assainissement souligne également l'importance des stratégies visant l'accès équitable aux services de l'eau et de l'assainissement et des efforts pour l'élimination des disparités existantes. A cet égard, il est à noter qu'une large partie de la stratégie réside dans le principe du recouvrement de coûts auprès des usagers : il serait important de mettre en place des mesures appropriées pour réduire les barrières financières rencontrées par les populations les plus pauvres et vulnérables. Des études approfondies sur la capacité des pauvres à faire face à leurs besoins en matière d'eau devraient ainsi être prises en considération.

Il serait également utile de réfléchir aux possibilités de lier les actions concernant le secteur de l'eau et l'assainissement aux activités dans le domaine de l'éducation, en cherchant les moyens d'équiper les écoles avec les infrastructures requises pour que les élèves aient accès à l'eau potable et aux toilettes. On a vu dans le *chapitre 9* sur l'éducation que la plupart des établissements manquent de ces structures qui sont pourtant essentielles pour le sauvegarde de la santé et du bien-être de l'élève, particulièrement pour les filles. L'eau et l'assainissement dans les écoles devraient être considérés commet un instrument important pour la protection sociale des enfants.

11. EMPLOI ET FORMATION TECHNIQUE

11.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

Le diagnostic de l'emploi en Mauritanie montre une situation difficile, marquée par un taux de chômage très élevé (32,5% en 2004 ; 31,2% en 2008), qui n'épargne aucune région du pays, aucun milieu, aucune tranche d'âge, même si la population jeune et les femmes en souffrent plus particulièrement (les deux tiers des chômeurs sont des femmes et, pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans, 7 femmes sur 10 et 1 homme sur 2 sont au chômage). Les conséquences économiques et sociales désastreuses du chômage, notamment la paupérisation et la précarisation des conditions de vie, ont été révélées par les enquêtes EPCV réalisées entre 2000 et 2008.[190]

L'emploi en Mauritanie fait face à de multiples contraints, parmi lesquelles :

- Une économie nationale peu diversifiée et dominée par le secteur informel, qui n'offre pas suffisamment d'opportunités.
- L'inadéquation de l'enseignement et de la formation technique et professionnelle aux besoins du marché national qui constitue un obstacle de taille.
- Les mentalités qui n'ont pas accompagné le processus de développement du pays, marqué par une forte sédentarisation et une urbanisation accélérée.
- Les politiques publiques qui ont ignoré l'emploi comme objectif prioritaire du développement, suivant l'option libérale qui privilège la seule croissance économique pour générer les emplois.
- Le manque de dialogue social structuré, en dépit de l'existence d'un cadre formel regroupant l'ensemble des partenaires sociaux (Etat, patronat, syndicats).
- La faiblesse de l'administration du travail et de la prévoyance sociale, alors qu'elle devrait constituer un élément essentiel du dispositif de promotion de l'emploi, à travers la mise en place d'un cadre légal et réglementaire favorable, présentant des garanties à l'employé, tout en restant souple et adaptable aux conditions évolutives du marché.
- La dispersion des efforts consentis dans le domaine de l'emploi entre plusieurs départements ministériels rendant les stratégies de lutte contre le chômage sont souvent peu visibles et cohérentes.

Selon le diagnostique du secteur fait dans le cadre de la stratégie national de l'emploi, le chômage constitue l'un des défis les plus importants auxquels les pouvoirs publics devront faire face au cours des prochaines années. En effet, la pauvreté et la baisse du pouvoir d'achat sont intimement liées au taux du chômage : plus celui-ci sera élevé, plus la situation sociale sera difficile (*voir encadré 31*).

[190] Ce chapitre se base dans l'essentiel sur les renseignements et les analyses présentés dans la *Stratégie nationale de l'emploi et plan d'action (2008-2012) Version partagée*, avril l (RIM, Ministère de l'Emploi, de l'Insertion et de la Formation Professionnelle, avril 2008).

Encadré 31 : L'emploi au centre de la lutte contre la pauvreté

L'emploi est le nœud gordien des politiques macroéconomiques et sociales : il doit, autant que les objectifs d'inflation, de croissance, d'éducation et de santé, dicter le choix des politiques publiques. L'Etat régulateur a un rôle déterminant dans la définition et l'accompagnement de politiques de lutte contre le chômage, en particulier des jeunes et des femmes. Dans une économie à forte composante informelle comme la nôtre, la croissance économique seule ne suffit pas à induire la création d'un nombre suffisant d'emplois. Phénomène économique, l'emploi est au cœur des préoccupations de l'ensemble des acteurs institutionnels : les ménages, le secteur privé, la société civile et l'Etat. Phénomène social, l'emploi est synonyme de revenus et de pouvoir d'achat. C'est par l'emploi que le pays assurera un développement durable et stable et une répartition plus équitable des richesses. L'emploi crée la valeur ajoutée et la croissance ; il permet, à travers la redistribution des revenus au sein de la société, de lutter contre la pauvreté.

Source : RIM, MEIFP (2008)

11.2 DISPOSITIF INSTITUTIONNEL

La création du Ministère de l'Emploi, de l'Insertion et de la Formation Professionnelle (MEIFP) en 2007 doit permettre d'affronter tous ces obstacles. Pour la première fois, les questions liées à la problématique de l'emploi relèvent d'un même département ministériel. Le MEIFP est chargé d'une mission générale de conception, coordination, suivi et évaluation des politiques nationales en matière d'emploi, d'insertion, et de formation professionnelle et technique

En plus des structures centrales du Ministère, plusieurs entités sont places sous son tutelle. Il s'agit de :

- *L'Agence Nationale de la Promotion de l'Emploi des Jeunes (ANAPEJ),* créée par décret n° 2005-002 du 18 janvier 2005. Sa mission est de mettre en œuvre la politique nationale de l'emploi, à travers la promotion de l'emploi des jeunes. Dans ce cadre, elle vise à créer les conditions de leur insertion à travers la formation professionnelle et technique, l'octroi de crédit, le développement de l'esprit d'entreprise et la promotion de l'emploi indépendant. L'ANAPEJ est dotée d'un Fonds autonome de promotion de l'emploi, qui reçoit une subvention annuelle de l'Etat.
- *L'Institut National de Promotion de la Formation Technique et Professionnelle (INAP-FTP)* créé en 2003, avec comme mission d'œuvrer au rapprochement de l'offre et de la demande de formation et de développer les activités d'ingénierie au service du dispositif national de formation technique et professionnelle. L'Institut gère le Fonds Autonome de Promotion de la Formation Technique et Professionnelle (FAP-FTP).
- *Les Centres de Formation et de Perfectionnement Professionnels (CFPP),* dont celui de Nouakchott et 9 centres régionaux. Ces centres ont pour mission de dispenser des formations initiales qualifiantes et d'améliorer la qualification des travailleurs par des actions de perfectionnement.
- Les *Lycées de Formation Technique et Professionnelle*, au nombre de 4, spécialisés chacun dans un domaine (industrie, pêche, agriculture et commerce). Leur mission est de répondre aux besoins induits par le développement des secteurs concernés, en apportant une offre de formation conforme aux attentes du marché de l'emploi, en particulier les entreprises.
- *Le Centre Supérieur de l'Enseignement Technique (CSET),* créé en 1980 pour répondre aux besoins des sociétés industrielles (SNIM) en techniciens supérieurs et assurer la formation des professeurs de l'enseignement technique.

Le regroupement des principales entités concernées par la problématique de l'emploi apporte une cohérence d'ensemble qu'il convient d'exploiter au mieux afin de créer les synergies nécessaires et de combattre des chevauchements et des doubles emplois qui existent encore. D'autres défis concernent la mise en place d'un cadre de concertation et de coordination susceptible de s'adresser d'une manière adéquate à la nature transversale de l'emploi; l'actualisation/l'adaptation du cadre juridique et réglementaire; le renforcement des compétences dans le domaine de l'emploi; et la mobilisation des ressources financières adéquates.

11.3 AXES STRATEGIQUES ET ORIENTATIONS NATIONALES

La stratégie d'emploi (2008-2012) vise à ramener le taux de chômage à moins de 25% d'ici 2010. Elle est articulée autour de sept axes :

1) le développement de la Formation Technique et Professionnelle et son adéquation avec le système éducatif d'une part, et les besoins du marché de l'emploi, d'autre part.
2) le renforcement des capacités des chômeurs/demandeurs d'emplois salariés en vue d'améliorer leur employabilité y compris l'auto-emploi.
3) la promotion de l'emploi à travers un partenariat avec le secteur privé et le recours à des approches innovantes et des initiatives d'insertion. Il s'agit de promouvoir le microcrédit, la micro et petite entreprise et l'approche HIMO, dont les vertus, en termes d'emplois, sont nombreuses, en poussant à la création d'un environnement qui leur est favorable.
4) la mise en place d'un mécanisme de financement de l'emploi et de la formation technique professionnelle a fin de réaliser les économies d'échelle et de constituer un puissant effet de levier financier – en vue d'entraîner les institutions de micro-finance dans une dynamique soutenue de création d'emplois et de MPE viables.
5) la mise en place d'un système national d'information sur le marché de l'emploi et sur le dispositif de la formation technique et professionnelle.
6) le renforcement des capacités de coordination, de pilotage, de programmation et de suivi/évaluation.

Préconisant une approche sectorielle et intersectorielle, la stratégie vise l'ensemble des individus et des groupes d'individus touchés par le chômage, mais cible de manière spécifique les jeunes, les femmes et les catégories pauvres pouvant être insérées économiquement. Ceci constituera un outil privilégié dans la lutte contre la pauvreté.

11.4 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

L'importance de ***la sécurité sociale*** comme composante intégrale d'une stratégie globale de la protection sociale a déjà été présentée dans le *chapitre 5*. Ici il faut simplement souligner le fait que la stratégie nationale de l'emploi (2008-2012) prévoit un nombre de mesures visant à renforcer la viabilité et la pérennité du régime de sécurité sociale en Mauritanie. Pourtant, il n'y a aucune réflexion sur les mesures et modifications possibles pour étaler le système aux secteurs non-formels, qui, par conséquent, ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Il serait recommandé, dans le cadre du développement d'une stratégie de la protection sociale, de poursuivre ces réflexions au niveau national pour en dégager des pistes d'action potentielles en faveur des populations exclues du système.

L'aspect de ***l'insertion à la vie active et de l'intégration à l'emploi des couches défavorisées***, à travers des approches et des outils appropriés telle que la micro-finance, la micro et petite entreprise, les activités génératrices de revenue (AGR) et les techniques Hautes Intensité de Main d'Œuvre (HIMO), rentre bien dans le domaine de la protection sociale. Ces mécanismes, d'ailleurs, surtout le HIMO, sont souvent utilisés comme filets de sécurité sociaux, et il y a une expérience déjà assez poussée dans ce domaine en Mauritanie.

L'approche HIMO est, par exemple, utilise dans le Programme Communautaire d'Appui à la Sécurité Alimentaire, comme d'autres programmes qui cherchent a réaliser des travaux d'utilité publique ou d'intérêt communautaire répondant aux besoins prioritaires des populations démunies. La micro-finance connait un développement grandissant a travers l'Agence de Promotion des Caisses Populaires d'Epargne

et de Crédit (PROCAPEC), les institutions de micro-finance encadrées par le Ministère chargé de la promotion de la femme telle que la Nissa Banque et le Groupement Féminin d'Epargne et de Crédit, et les initiatives d'autres partenaires. Les AGR, quant à elles, sont destinées à encourager les initiatives de développement communautaire dans des zones pauvres et visent souvent des femmes à travers différentes modalités que la stratégie nationale d'emploi compte structurer, tant en milieu rural que dans la périphérie des grandes villes, où l'exclusion sociale et économique est plus grande.

Il serait utile, donc, dans l'élaboration d'une stratégie globale de la protection sociale, d'établir les liens dans ce domaine avec les initiatives prévues dans la stratégie nationale de l'emploi, visant, en particulier, le renforcement des efforts vis-à-vis des femmes et des jeunes.

Dans le cadre du ***développement de la formation technique et professionnelle***, il serait utile d'étudier la faisabilité du développement ou de renforcement d'une filière de formation en compétences requises pour la protection sociale (analyse sociale; conceptualisation de programmes; administration et suivi, etc.) A cet égard, on pourrait prévoir des cours d'initiation de base, ainsi que des modules de perfectionnement destinés aux fonctionnaires et au personnel de projets déjà en place. Ceci répondrait, à moyen et à long terme, à un besoin de renforcement de capacité nationale dans ce domaine.

12. ACCES UNIVERSEL AUX SERVICES SOCIAUX ET PROGRAMMES CIBLES

12.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

En sortant du cadre d'une analyse sectorielle spécifique, ce chapitre examine les aspects du volet concernant la protection sociale de différents programmes nationaux qui ont été conçus soit pour étendre l'accès universel aux services sociaux de base (eau et assainissement, électricité, habitat) aux populations les plus vulnérables ; soit pour répondre – par le biais de programmes ciblés - aux besoins spécifiques de populations identifiées comme étant particulièrement vulnérables (entre autres, refugiés, ou populations sortant des séquelles de l'esclavage) ; soit pour promouvoir les approches décentralisées au développement communautaire basées sur les spécificités des conditions locales ainsi que sur le renforcement des compétences locales. Le domaine est très vaste. Par conséquent, ici on se limitera à esquisser le tableau des principales actions entreprises, en vue de souligner leur importance pour toute stratégie intégrée de protection sociale.

12.2 LES PROGRAMMES CIBLES DU CSLP

Le CSLP I avait identifié cinq domaines prioritaires à fort potentiel de réduction de la pauvreté et des inégalités : (i) l'éducation, (ii) la santé, (iii) l'hydraulique, (iv) le développement rural, et (v) le développement urbain. Le CSLP avait également prévu un traitement spécial au profit des populations et des zones les plus pauvres et les plus vulnérables du pays, à travers la mise en œuvre de programmes ciblés et intégrés de lutte contre la pauvreté, qui essayent de répondre de façon massive, simultanée et soutenue aux différentes manifestations du phénomène. Ces programmes, confiés au Commissariat aux droits de l'homme, à la lutte contre la pauvreté, et à l'insertion (CDHLCPI) ont été mis en place en complément des actions menées par les départements sectoriels, axés sur les poches de grande pauvreté en milieu rural et périurbain en vue de réduire la pauvreté et l'inégalité (*voir encadré 32 pour une revue des réalisations principales entre 2001-2004*).

Encadré 32. Programmes ciblés de lutte contre la pauvreté (CSLP I)

En milieu rural : Les actions mises en œuvre dans ce cadre visent notamment à combler le déficit en matière d'infrastructures rurales et à améliorer les conditions de vie des populations rurales pauvres.

- Dans le domaine des services socio-économiques de base, les actions suivantes ont été réalisées: (i) eau

potable : construction ou réhabilitation d'une vingtaine de puits, réalisation ou extension d'une quarantaine de réseaux d'AEP et réalisation de 6 forages et d'une centaine de sondage de reconnaissance, (ii) aménagements hydro-agricoles : réalisation de 9 barrages et d'une centaine de digues, (iii) désenclavement : aménagement de passes montagneuses en Adrar, au Tagant et en Assaba, balisage de la piste Tidjikja - Tichitt, études de désenclavement du Guidimagha et du Tiris-Zemmour, (iv) infrastructures éducatives et sanitaires : réalisation de salles de classe et de postes de santé.

- Le programme « Toumze » de régénération d'un petit élevage de survie au profit des populations rurales les plus pauvres a permis la distribution de plus de 10.000 petits ruminants dans le Male (Brakna) et en Inchiri.
- En matière d'appui à l'agriculture : 7 coopératives situées le long de la mare de Kankossa ont été dotées de matériel horticole, d'intrants agricoles et de fonds de roulement pour la pratique de cultures fourragères et vivrières ; 8 périmètres d'une superficie de 406 hectares ont été réhabilités au Guidimagha ; 500 bœufs destinés à la traction des charrues pour le labour des sols ont été mis à la disposition des petits paysans de Bousteila.
- Le bilan de deux années de mise en œuvre du Programme de lutte contre la pauvreté dans l'Aftout et le Karakoro (PASK) s'est traduit par : (i) l'appui aux collectivités locales à travers l'élaboration des Plans de Développement Communaux et des Plans d'Actions Prioritaires des communes, la formation des maires et secrétaires généraux, l'appui technique et institutionnel à la création et la mise en place de l'association des maires de Ould Yenge et la réhabilitation et l'équipement bureautique et informatique de la commune de Mbout et l'équipement bureautique de la commune de Kankossa, (ii) le développement des infrastructures économiques et sociales par l'élaboration d'un schéma directeur de désenclavement, l'exécution d'un programme prioritaire de réhabilitation et de construction des postes de santé, des écoles et des latrines, ainsi que la mise en place d'un programme d'alphabétisation ciblant 30 villages, et (iii) l'appui aux coopératives féminines qui a bénéficié à des dizaines de coopératives.

En milieu urbain : L'amélioration de l'habitat et des conditions d'accès à l'eau potable et à l'assainissement constitue des préoccupations majeures des populations périphériques des grandes villes.

- La phase 2001-2004 du programme d'habitat social «Twize» de revitalisation des circuits de solidarité, a permis (i) la construction de 4.600 logements au niveau des quartiers périphériques de Nouakchott, (ii) la construction de 474 latrines, (iii) la formation, et (iv) l'appui aux activités génératrices de revenus au profit des bénéficiaires, avec l'octroi de 5.273 crédits.
- Le programme d'hydraulique urbaine a permis la réalisation de 48 bornes fontaines à Nouakchott, d'un puits avec équipement solaire et superstructure à Fdérick (Tiris-Zemmour), ainsi que sur une étude relative à la réhabilitation et à l'extension du réseau d'adduction d'eau potable de Fdérick.
- Les programmes d'assainissement et de gestion des déchets ont profité aux communes de Maghtaa-Lahjar, de Boutilimitt, de Kaédi et de Sélibaby.

Programme d'appui aux activités génératrices de revenus (AGR)

- Le programme AGR a bénéficié en 2001-2004 à des centaines de coopératives sous forme de subventions ou de crédits pour développer diverses activités : commerce, maraîchage, briqueteries, menuiseries, etc. En outre, 330 moulins à grain ont été distribués aux collectivités villageoises pauvres dans les *wilaya* du Trarza, du Gorgol, du Brakna, du Guidimagha, de l'Assaba, du Tagant et des deux Hodh.

Autres programmes

- Le programme de formation professionnelle dont l'objectif est d'améliorer les compétences des bénéficiaires en vue de faciliter leur insertion dans la vie active, a permis la formation de 3.000 personnes dans diverses disciplines (pêche artisanale, hôtellerie, tourisme, électricité, bâtiment, plomberie, menuiserie, etc.). Dans certains cas, les intéressés ont été dotés des équipements et outillages nécessaires à l'exercice de leurs professions.
- En matière d'insertion des diplômés chômeurs, les programmes ont bénéficié à plus de 3.368 diplômés dont 300 ont été insérés au niveau du Projet de Promotion du Livre et de la Lecture (organisation et entretien des bibliothèques), 34 diplômés ont été mis en position de stage dans différentes administrations et 70 ont été formés, respectivement dans le domaine de l'assurance (40) et au niveau de l'Agence Mauritanienne d'Information (30).
- En outre, le programme de lutte contre la mendicité à Nouakchott a permis d'offrir des prestations de services (nourriture, soins, formation, etc.) et plus de 600 AGR.
- Enfin, l'année 2005 a connu le lancement de deux programmes majeurs : le programme « **Lehdade** » intégré

de lutte contre la pauvreté le long de la bande frontalière avec le Mali et le programme de valorisation des initiatives de croissance régionale équitable (**VAINCRE**) au profit de 44 communes dans les *wilaya* de l'Assaba et du Guidimagha.

Source : RIM (2006) CSLP 2006-2010

Le CSLP II a défini quatre axes stratégiques, dont (i) *la promotion d'une croissance favorable aux pauvres* ; et (ii) *le développement des ressources humaines et l'expansion des services de base* visent directement l'amélioration de vie des populations pauvres et la réduction des inégalités. Il a également identifie **2 zones** prioritaires : le milieu rural aride et les quartiers précaires dans les grandes villes.

Les mesures à entreprendre dans le premier axe visent : (i) le développement rural, (ii) le développement urbain, (iii) la sécurité alimentaire, et (iv) la promotion de la micro-finance et de la micro-entreprise. Tout comme pour le premier CSLP, ces mesures sont complétées par des programmes ciblés intégrés en faveur des zones et des catégories de population les plus pauvres- femmes, ruraux, etc.et par des programmes de filets de sécurité pour des personnes les plus démunies qui sont dans l'impossibilité de tirer profit des diverses opportunités offertes par ailleurs (*voir encadré 33*).

Encadré 33. Programmes ciblés de lutte contre la pauvreté (CSLP II)

- **Le caractère multidimensionnel** du phénomène de pauvreté requiert, dans les zones les plus pauvres du pays où il se manifeste simultanément sous toutes ses formes, un traitement massif, soutenu dans le temps, intégré et coordonné. C'est fort de ce constat que le CSLP accorde une place de première importance aux programmes ciblés de lutte contre la pauvreté confiés au CDHLCPI. Au cours de la période 2006-2010, des efforts de recentrage seront toutefois nécessaires afin de revenir aux quatre principes directeurs essentiels pour le succès de ces programmes : (i) le ciblage, (ii) l'approche intégrée, (iii) l'approche participative, et (iv) le recours systématique à la délégation de maîtrise d'ouvrage.
- Le **ciblage** constitue un élément essentiel de la conception des programmes. Il comprend le ciblage spatial des zones les plus pauvres (Aftout, Affolé, Zone Oasienne, Lehdade – Bande frontalière avec le Mali –, Chemama, quartiers périphériques de Nouakchott et des grandes agglomérations, etc.) et le ciblage des catégories sociales les plus pauvres et les plus vulnérables (jeunes sans qualification, femmes chefs de ménages, ménages démunis en milieu rural, personnes handicapées, personnes âgées, etc.). Cette fonction sera sensiblement améliorée avec la finalisation de la carte de pauvreté (sur la base des résultats de l'EPCV-2004) prévue à la mi-2006.
- Le retour progressif à l'**approche intégrée** est une des priorités de la seconde phase du CSLP. Ceci permettra d'apporter des réponses simultanées à toutes les manifestations du phénomène de pauvreté (création de revenus, aménagements hydro-agricoles, désenclavement, éducation, santé, eau, habitat, formation professionnelle, organisation, etc.) dans quelques zones très pauvres et d'éviter ainsi le saupoudrage.
- Le renforcement de l'**approche participative** sera recherché à travers l'implication systématique et effective de l'ensemble des acteurs centraux, régionaux et locaux (Départements, Administration territoriale, élus, société civile, bénéficiaires, partenaires au développement) dans tout le cycle des projets : formulation, mise en œuvre, suivi et évaluation. Les plans annuels d'action du CDHLCPI feront l'objet de discussions avec les départements techniques afin d'assurer leur complémentarité avec les interventions qu'ils prévoient. En outre, ces plans devront obligatoirement s'inscrire dans le cadre des PRLP, dont la coordination est assurée par les CRLP. Enfin, le CDHLCPI appuiera les communes où il intervient pour l'élaboration de PDC.
- Les interventions du CDHLCPI se feront essentiellement selon le principe de **délégation de maîtrise d'ouvrage** : aux administrations, aux ONG, nationales et internationales, aux Communes et aux agences spécialisées (AMEXTIPE, ANEPA, AEMP, etc.).
- Enfin, les programmes ciblés de lutte contre la pauvreté sont conçus avec le double impératif (i) d'adaptation aux spécificités des zones d'intervention et aux activités qui y sont pratiquées, et (ii) de revitalisation des circuits traditionnels de solidarité. Ainsi, outre les interventions du PASK (Ould Yenge, Barkeol, Kankossa) et du programme VAINCRE (Assaba, Guidimagha), le CDHLCPI poursuivra la mise en œuvre des programmes d'infrastructures (aménagements hydro-agricoles, désenclavement, éducation, santé, eau), des programmes « Toumze » (distribution de petits ruminants) et « Tlissa » (micro-crédit) en milieu rural et des programme « Twize » (habitat social, micro-crédit, formation professionnelle), NOUR (Novation Urbaine – pour l'amélioration de l'accès des ménages pauvres à l'électricité domestique) et filets de sécurité en milieu urbain.

Le CDHLCPI veillera également (i) à la mise en œuvre du PNIME, (ii) à la généralisation du Programme de Promotion de la Pierre Taillée (PPPT) à toutes les *wilaya* où la pierre est disponible, et (iii) à l'exécution de programmes d'insertion ciblant la santé de la mère et de l'enfant en milieu pauvre en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) – convention signée le 31 mai 2006 –, et l'appui aux petits éleveurs, en partenariat avec l'Organisation Arabe pour le Développement de l'Agriculture (OADA).

- La réalisation de ces ambitieux programme ciblés de lutte contre la pauvreté reste, cependant, tributaire du niveau et de la qualité de l'offre privée en matière d'exécution technique en milieu rural. Pour contribuer à surmonter cet obstacle majeur, le CDHLCPI se propose de conduire une étude sur la création d'unités d'aménagement rural capables de mettre en œuvre, dans les délais et avec la qualité requise, les réalisations physiques dans les zones ciblées.

Source : RIM (2006) CSLP 2006-2010

12.3 NOUVELLES ORIENTATIONS

Suite à la réorganisation administrative, le CDHLCPI a été renommé 'Commissariat aux droits de l'homme, à l'action humanitaire et aux relations avec la société civile' (CDHAHRSC). Quelques unes des activités ciblées prévues par le CSLP ont été arrêtées, et d'autres transférées à d'autres agences (par exemple les aspects de micro-finance et de formation professionnelle au Ministère de l'Emploi; les filets de sécurité au Commissariat de la Sécurité Alimentaire, etc.). Il y a aussi une agence chargée de l'accès universel auprès du Ministère de l'Hydraulique, de l'Energie et des TTC, qui opère également dans le domaine de l'extension des services de base aux plus démunies.

L'un des programmes placés sous la responsabilité du nouveau Commissariat aux Droits de l'Homme est celui qui concerne *l'éradication des séquelles de l'esclavage*, à la suite d'un programme d'insertion des refugiés mauritaniens revenus au pays du Sénégal (où ils se trouvaient depuis 1989). Le programme comporte surtout des aménagements ruraux et des activités génératrices de revenus dans certaines zones (Brakna, Aleg et Gorgol), avec un accent sur les droits économiques, mais aussi quelques actions humanitaires (en réponse, par exemple, aux inondations) et des actions de sensibilisation. Le programme *Lehdada*, dans la zone frontalière avec le Mali, cible aussi des anciennes populations serviles, dans l'optique d'une approche globale de lutte contre la pauvreté. [191]

Le Système des Nations Unies (SNU) soutient cette approche de développement basée sur les droits, qui, dans le contexte du plan cadre de l'assistance au développement en Mauritanie (UNDAF), fait partie intégrale du programme de la bonne gouvernance:

> *« (U)n appui particulier sera donné à l'insertion et la réinsertion des rapatriés et des habitants des Adwabas… Afin que des politiques et stratégies d'accès aux droits soient mises en œuvre pour assurer la protection et la participation des groupes vulnérables, le SNU prévoit la vulgarisation et la promotion des droits humains suivant une approche culturellement sensible, ainsi que la promotion de la participation des groupes spécifiques (rapatriés, habitants des Adwabas et les jeunes) aux mécanismes et structures de gouvernance locale.* »[192]

Selon les responsables du Commissariat, c'est l'ensemble de leurs actions qui peuvent être considérées comme des actions de protection sociale, dans la mesure où elles visent des couches vulnérables. Ce qui est surtout recherché est une implication plus forte des secteurs techniques et une stratégie regroupant toutes ces filières dans un ensemble, comme aussi une structure de coordination pour renforcer les liens et

[191] Entretiens avec le Commissaire adjoint A.I et le Conseiller Charge du contrôle et de gestion du Commissariat aux droits de l'homme, à l'action humanitaire et aux relations avec la société civile
[192] SNU (2009) *UNDAF 2009-2010*

les synergies et éliminer les incohérences. A cet égard, l'implication des ONG et de la société civile dans toutes ces actions est considérée essentielle.[193]

12.4 APPROCHES DECENTRALISEES

Une approche territoriale au développement serait également à envisager dans le cadre de la décentralisation et la formulation d'un plan stratégique d'aménagement du territoire. De tels processus pourraient aider l'effort de bien cerner les zones géographiques les plus vulnérables et de prendre en compte des spécificités locales dans l'élaboration des programmes de développement social et de la protection sociale les plus approprié au milieu.

La Direction Générale des Collectivités Territoriales assure la tutelle des communes et gère le fonds régional de développement (FRD) destiné à impliquer les communes dans la protection sociale. Elle prépare une loi pour 2010 portant code des collectivités locales pour faire de la commune l'acteur principal du développement local et rapprocher davantage l'administration des communautés. A noter que les communes fournissent de l'assistance aux populations indigentes par le canal de groupes et personnes ressources des quartiers sous formes de dons en vivres, d'appui à la réalisation d'infrastructures de bases dans les zones périphériques, de ravitaillement en eau potable par des citernes et d'interventions d'urgence en faveur des populations victimes de catastrophes.[194]

12.5 GESTION DES RISQUES DES CATASTROPHES

Depuis quelques décennies, la Mauritanie a connu tout un ensemble de catastrophes naturelles et environnementales, à la suite notamment de sècheresses récurrentes, de pluies diluviennes accompagnées d'inondations ou d'invasions acridiennes, ces phénomènes ayant été amplifiés en partie par les effets des changements climatiques. Les risques anthropiques, tels que les incendies, feux de brousse ou pollutions industrielles menant, entre autres, à la pollution des eaux de surfaces, souterraines et marines, se sont également amplifiés. [195]

Un plan d'action national de gestion des risques des catastrophes (PANGRC), adopté en 2008, prévoit la mise en place de mesures de prévention et de réponse à ces crises. Il faut noter que, jusqu'à présent, les initiatives nationale avaient un caractère sectoriel et ne tenaient pas suffisamment compte des aspects liés à la prévention. Les plans d'urgence et d'organisation des secours sont au demeurant encore peu nombreux et souvent réservés à la capitale. En outre, les moyens opérationnels pour la gestion et la réponse aux crises sont très limités.

Entre autres aspects, le PANGRC prévoit : une approche 'tous risques' (naturels et anthropiques), 'intégrée' (toutes les opérations) et 'globalisante' (toutes les étapes du cycle des catastrophes); une approche visant à réduire les faiblesses physiques des personnes et les vulnérabilités sociales, environnementales et économiques; une approche concernant le double front, national et local; et une orientation judicieuse de l'aide internationale, en faveur des communautés les plus pauvres et les plus faibles. Ce plan s'intègre dans le processus de planification du développement, en particulier dans le programme national de gestion de l'environnement (PANE) et celui de la réduction de la pauvreté (CSLP). La gestion des risques des catastrophes revêt une importance cruciale en matière de protection sociale.

[193] Entretiens avec le Commissaire adjoint A.I et le Conseiller Charge du contrôle et digestion du Commissariat aux droits de l'homme, à l'action humanitaire et aux relations avec la société civile
[194] MASEF/UNICEF (2009) 'Programme harmonise d'assistance sociale en Mauritanie - Mécanismes et outils'
[195] RIM (2009) 'Plan d'action national de gestion des risques de catastrophes'

12.6 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Cet bref aperçu sur les programmes ciblés du CSLP et les efforts fournis dans le domaine de l'universalisation de l'accès aux services de base et d'élimination de disparités montre bien comment les éléments de la protection sociale pourraient finir par couvrir un domaine aussi vaste que la lutte contre la pauvreté elle-même. A ceci s'ajoute l'importance de lier ces efforts à une meilleure gestion de risques des catastrophes, par rapport, en particulier, aux populations les plus vulnérables.

En conséquence, il est impératif de bien définir les limites d'une stratégie nationale de la protection sociale, tout en soulignant ses liens, synergies et points de convergence avec la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Cela en ferait un axe principal englobant toutes les actions ciblant les populations les plus pauvres et vulnérables.

De toute évidence, tout comme pour le CSLP lui même, le développement d'une structure institutionnelle de coordination d'approches qui sont déjà multidimensionnelles et multi-institutionnelles constituerait l'un des plus grands défis dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de protection sociale.

PARTIE III: ASPECTS BUDGETAIRES ET INSTITUTIONNELS : OPTIONS ET OPPORTUNITES

13. ANALYSE ECONOMIQUE ET BUDGETAIRE

13.1 CROISSANCE ET CADRE ECONOMIQUE 2004-2008 [196]

Contexte

Dans le prolongement de l'éligibilité de la Mauritanie à l'Initiative sur la réduction de la dette des pays pauvres très endettés (Initiative PPTE), le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre depuis 2001, à l'issue d'un large processus participatif, un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) 2001-2015, qui constitue le principal document de référence en matière de politique de développement économique et social à long terme ainsi que le cadre d'orientation pour l'ensemble des Partenaires techniques et financiers (PTF) du pays. Le CSLP repose sur quatre grands axes qui se soutiennent pour converger vers la réalisation des objectifs fixés : (i) l'accélération de la croissance et la stabilisation macro-économique ; (ii) l'ancrage de la croissance dans la sphère économique des pauvres ; (iii) le développement des ressources humaines et l'expansion des services de base ; et (iv) l'amélioration de la gouvernance et le renforcement des capacités.

A cette vision et à ces priorités correspondent des choix d'allocation des ressources publiques qui seront orientées, en particulier, vers les dépenses de santé, d'éducation, d'hydraulique et d'infrastructures de base, en mettant l'accent sur les actions qui profitent aux zones les plus touchées par le phénomène de la pauvreté, à savoir le milieu rural et les périphéries des grandes agglomérations urbaines. De ces choix, il est attendu, à l'horizon 2015, une amélioration sensible des indicateurs sociaux, mais aussi économiques avec la stimulation de la croissance économique grâce à l'amélioration de la qualité de la dépense publique et un meilleur suivi de son exécution.

Le CSLP est mis en œuvre à travers des plans d'actions prioritaires pluriannuels dont le premier a porté sur la période 2001-2004. Le deuxième plan d'actions, qui s'étale sur la période 2006-2010, est en cours d'exécution.

L'exécution du CSLP est, cependant, intervenue dans une conjoncture interne et externe relativement difficile marquée, notamment, par des conditions agro-climatiques défavorables (faibles pluviométries et mauvaise répartition spatio-temporelle, péril acridien…), les incertitudes de l'environnement mondial (fortes fluctuations des cours des matières premières, crise financière internationale, etc.), la crise politique intérieure de 2008 (avec comme conséquence, entre autres, le gel de certains financements extérieurs) ainsi que les difficultés techniques récurrentes du sous-secteur pétrolier.

Dans ce contexte, les résultats obtenus sur la période 2004-2008 en matière de croissance et de stabilisation du cadre macro-économique sont, pour la plupart, largement en deçà des objectifs programmés.

[196] Source : Autorités mauritaniennes/FMI (Septembre 2009)

Croissance économique et prix

La croissance du produit intérieur brut (PIB) global en termes réels, initialement projetée à environ 9,8% en moyenne par an, s'est établie à 5,3% sur la période 2004-2008. L'année 2006 a connu une croissance record de 11,4% (mais moins soutenue que prévue : 19,4%), attribuable à l'effet du pétrole et des autres activités minières. Hors exploitation pétrolière, la croissance du PIB réel est restée soutenue avec un taux de près de 5% sur la période considérée, quoi qu'enregistrant une baisse d'environ 2 points de pourcentage par rapport aux prévisions initiales (environ 7%). En termes nominaux, le PIB global a progressé de 21%, pendant que le PIB hors pétrole a connu un accroissement de 18,5% entre 2004 et 2008.

Tableau 16. Mauritanie – Cadre macro-économique 2004-2008 (rappel)

Années/Indicateurs	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008 Est.**
Croissance économique et prix (taux de croissance)					
PIB réel (base 1998 = 100)	5,2	5,4	11,4	1,0	3,5
PIB réel (base 1998 = 100) hors pétrole	5,2	5,4	4,1	5,9	3,9
Déflateur du PIB (hors pétrole)	11,5	18,0	10,1	13,4	11,8
Taux d'inflation (IHPC)/Moyenne annuelle	10,4	12,1	6,2	7,3	7,3
Taux d'inflation (IHPC)/fin de période	16,1	5,8	8,9	7,4	3,9
Compte courant extérieur (inclus transferts	**-34,6**	**-47,2**	**-1,3**	**-11,4**	**-11,7**
officiels et pétrole/ en % du PIB)					

Sources : Autorités mauritaniennes et FMI, 2009

L'analyse de la décomposition de la croissance par secteur d'activité économique appelle les observations suivantes :

La valeur ajoutée en termes réels du secteur primaire a enregistré une croissance modeste (+2,5% par an en moyenne sur la période 2004-2008), largement liée aux chocs agro-climatiques (notamment l'invasion acridienne de 2004 et la faible pluviométrie) qui ont ralenti la progression du sous-secteur agricole (+3,6%), malgré les bonnes performances obtenues en 2005 et 2008, et au faible rythme d'activité de la composante pêche (+2,0). Quant au sous-secteur de l'élevage, il a connu une croissance régulière oscillant entre +2,5% (2006) et 4,1% (2007). Valorisée aux prix courants, la valeur ajoutée du secteur primaire a crû de 11,5% en moyenne annuelle sur la période considérée.

Le secteur secondaire a connu une évolution de près de 7% en moyenne annuelle entre 2004 et 2008, mais beaucoup moins dynamique que prévue. De plus, ce niveau de croissance élevé cache d'importantes disparités entre les années. En effet, hormis les années 2005 (+12,3%) et 2006 (+33,3%), le secteur secondaire a été marqué au cours de cette période par des baisses de niveau d'activité, atteignant même un taux de -8,2% en 2007. Cette situation résulte, essentiellement, de la tendance baissière de la production pétrolière et des résultats irréguliers enregistrés par la quasi-totalité des autres sous-secteurs (minerai de fer, BTP et industries manufacturières). La production pétrolière initialement projeté à 75.000 barils/j a oscillé en moyenne entre un maximum de 36.159 barils/j (2006) et un minimum 12.115 barils/j (2008)

Le niveau record de croissance obtenu en 2006 est lié au démarrage, cette même année, de l'exploitation du gisement pétrolier de Chinguitty et des activités d'extraction de cuivre et d'or. En valeur courante, la valeur ajoutée du secteur a enregistré une augmentation moyenne de 42,1% sur la période.

L'activité économique est demeurée soutenue dans le secteurs tertiaire (ou secteur des services) durant toute la période 2004-2008, avec des taux de croissance variant entre 4,5% (2008) et 6,8% (2005), liés au dynamisme de l'ensemble des sous-secteurs, notamment, les transports et télécommunications qui ont connu une progression de 10% en moyenne annuelle. Le niveau de croissance enregistré par ce sous-secteur résulte de la progression que connaît la composante « télécommunications », en particulier la téléphonie mobile à la faveur de l'arrivée d'un troisième opérateur (Chinguitel), et la diversification de l'offre de nouveaux services tels que l'accès à l'Internet sans fil. La valeur ajoutée en termes nominaux a connu un accroissement moyen annuel de 16,1%. Le secteur est resté ainsi le premier contributeur à la croissance économique sur la période 2004-2008, avec un taux moyen de 2,4%.

Globalement, la structure de la production intérieure a connu une évolution assez remarquée. Sur la base des prix courants, les secteurs primaire et tertiaire connaissent un déclin de leur poids dans le PIB nominal avec des niveaux respectifs de 17,2% et 37,4% en 2008 (contre respectivement 23,1% et près de 42% en début de période), au profit du secteur secondaire qui progresse de 11 points (25,4% à 36,4%) principalement sous l'effet de l'exploitation du pétrole et des autres activités minières.

Les augmentations de revenus par habitant (+2,9% en moyenne par an entre 2004-2008) qui ont résulté de la croissance économique se sont traduites par de meilleurs indicateurs sociaux et une réduction sensible de l'incidence de la pauvreté qui est passée de 46,7% en 2004 à 42% en 2008, selon les données de l'EPCV.

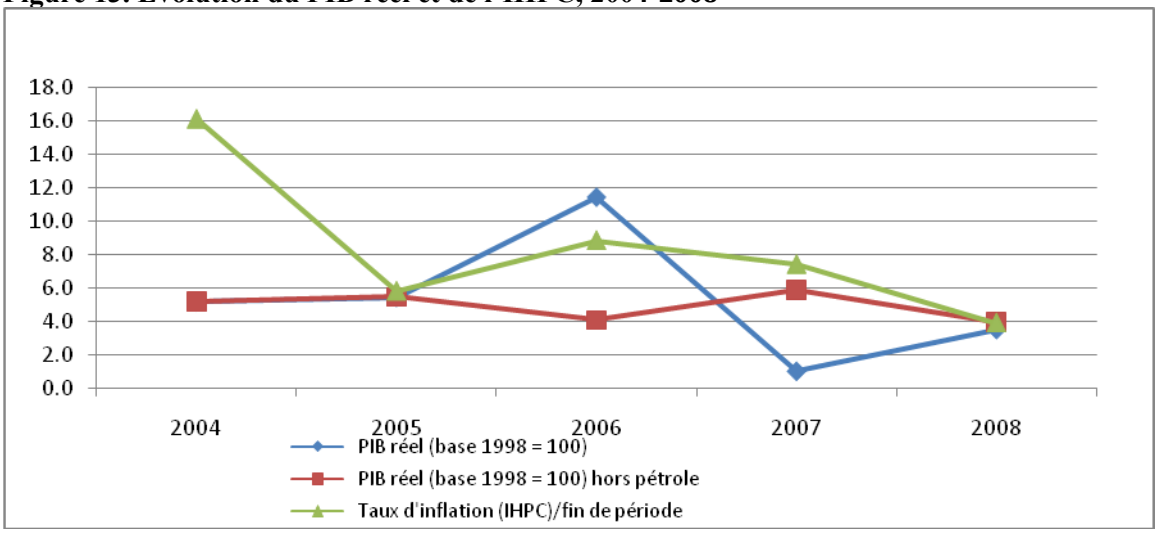
Sur l'ensemble de la période 2004-2008, l'inflation, mesurée par l'indice harmonisé des prix à la consommation (IHPC) a été de 8,7% en moyenne annuelle. En glissement annuel, la hausse du niveau général des prix à la consommation a atteint même un niveau record de 16,1% en fin décembre 2004, taux sans rapport avec l'objectif initial du CSLP (2,4%).

Les principaux facteurs explicatifs de ce niveau élevé d'inflation ont été déjà évoqués : (i) effets des chocs agro-climatiques sur la production agricole et partant sur les produits alimentaires ; (ii) importantes fluctuations de la valeur extérieure de l'Ouguiya par rapport à l'euro ; (iii) crise financière internationale avec ses répercussions sur les cours des matières premières. Toutefois, les mesures conservatoires initiées par les Autorités à partir du second semestre 2004 (mise en œuvre de politiques budgétaire et monétaire prudentes, baisse des prix des produits de grande consommation, meilleur approvisionnement du marché, etc.) en vue de contenir les déviations observées au niveau de la situation macro-économique et atténuer la hausse des prix, ont permis, depuis lors, d'observer une certaine stabilisation du taux d'inflation. Ainsi, en glissement annuel, le taux d'inflation n'a été que de 3,9% en fin 2008, même si en rythme annuel, le niveau est resté élevé (7,3%).

En outre, l'analyse de la structure de l'IHPC indique que celui-ci est tiré vers le haut essentiellement par les produits locaux. L'inflation importée reste, cependant, déterminante en Mauritanie, dans la mesure où le pays importe l'essentiel de sa consommation.

Le graphique ci-dessous donne l'évolution du PIB en termes réels (hors et y compris pétrole) et de l'Indice harmonisé des prix à la consommation (IHPC) sur la période 2004-2008.

Figure 13. Evolution du PIB réel et de l'IHPC, 2004-2008



Secteur extérieur

Hormis l'année 2006, le compte courant extérieur (transferts officiels et secteur pétrolier inclus) est resté chroniquement déficitaire entre 2004-2008, avec des niveaux prononcés en 2004 et 2005 où le déficit a représenté en moyenne 41 points de pourcentage du PIB. Cette situation est le résultat de la conjugaison de plusieurs facteurs, notamment : (i) le niveau relativement élevé des importations d'équipements liées au développement des activités des industries extractives (pétrole et activités minières) ; (ii) le renchérissement des importations de biens résultant de la hausse des prix du pétrole et ses dérivées durant une bonne partie de cette période; et (iii) l'importante absorption intérieure (taux d'investissement de 37,4%) reflétant le fort contenu en biens importés des dépenses publiques.

En 2006, le secteur extérieur a connu une évolution favorable qui s'est traduite par la réduction sensible du déficit des transactions extérieures (-1,3% du PIB, contre -47,2% du PIB en 2005), un solde global de la balance des paiements largement excédentaire et un renforcement du niveau des réserves officielles de change.

La valeur des exportations de biens a cru de plus de 42% en moyenne par an entre 2004 et 2008, dû en particulier : (i) à l'appréciation des cours internationaux du minerai de fer et du pétrole résultant de la vigueur de la demande chinoise ; (i) au retour des exportations de la SNIM à leur niveau historique de 11 millions de tonnes (contre un niveau compris entre 9,5 et 10,3 millions de tonnes sur la période 2001-2003) ; et (iii) le démarrage des exportations pétrolières et des autres gisements miniers (or et cuivre) en 2006. Cette performance des secteurs exportateurs a contribué à limiter la détérioration du solde du compte courant. S'y ajoutent le versement de la compensation financière annuelle liée à l'accord de pêche et l'assistance multilatérale au titre de l'Initiative sur l'allègement de la dette multilatérale (IADM) en 2006.

Les importations de biens ont évolué en dents de scie sur la période avec une moyenne de 13% par an, essentiellement tirée par les dépenses en devises liées aux activités des industries extractives qui ont représenté en moyenne près de 40% des importations globales du pays entre 2004 et 2008, mais qui connaissent une tendance baissière depuis 2006, du fait de l'arrivée à terme des investissements du champ pétrolier de Chinguitty.

Après les bons résultats enregistrés en 2006 et 2007, le solde global de la balance des paiements a renoué avec le déficit en 2008, atteignant un niveau de plus de 116 Millions $US et ce, malgré l'amélioration du compte de capital et d'opérations financières consécutive, entres autres, à une mobilisation plus rapide des ressources extérieures (tirages sur emprunts).

Par ailleurs, il y' lieu de souligner que la Mauritanie n'a pas encore suffisamment bénéficié du flux mondial des investissements directs étrangers (IDE). Même si des flux de cette nature ont été enregistrés dans les sous-secteurs pétroliers et miniers ainsi que dans le système bancaire, il n'en demeure pas moins que le potentiel économique du pays reste largement sous-exploité.

Dans le domaine de l'endettement extérieur, la Mauritanie a continué à assurer la viabilité de la dette extérieure obtenue après l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative PPTE renforcée en juin 2002 et l'éligibilité à l'IADM (en 2006). Ainsi, l'encours de la dette extérieure publique rapporté au PIB est passé de 245% en 2001 à 203% en 2004, pour s'établir à moins de 80% en fin de période (2008). En valeur absolue, le montant du stock de la dette extérieure est évalué à environ 2,6 Milliards d'USD en 2008, s'inscrivant en baisse d'environ 83% par rapport au niveau de 2005 (3,1 Milliards USD) ; il a même été de 2,3 Milliards USD en 2006. Le service de la dette (après allègement), en pourcentage des exportations de biens et services, s'est progressivement réduit passant de 12,3% à 1,1% entre 2000 et 2008

Le montant total des annulations obtenu au titre l'IADM a avoisiné 819 millions de dollars US, correspondant à l'encours au 31 décembre 2004 de la dette due au FMI (45 millions de dollars), à la Banque mondiale (521 millions de dollars) et au Groupe de la Banque africaine de développement (253 millions de dollars). Le montant de cette annulation devrait permettre à la Mauritanie d'économiser plus de 25 millions de dollars US, représentant le service annuel de la dette due à ces trois créanciers jusqu'à l'horizon 2025.

Secteur monétaire et de change

Tout au long de la période 2004-2008, la masse monétaire, au sens large, a maintenu sa tendance haussière avec une progression moyenne annuelle de 15,3%. Cette progression est essentiellement le fait de l'expansion de la monnaie scripturale (composée totalement de dépôts à vue) qui ont représenté en moyenne 50% de la masse monétaire entre 2005 et 2005 et qui s'est accrue de plus de 19% par an durant cette période, avec des taux prononcés en fin de période. En valeur absolue, la masse monétaire (M2) est passé de 134.559 à 240.975 Millions d'Ouguiya entre fin décembre 2004 et fin décembre 2005. Après avoir fléchi de 12,2% en 2006, le crédit intérieur a progressé de 17,7% en moyenne annuelle entre 2007 et 2008 s'établissant à 368.168 Milliards d'Ouguiya en fin décembre 2008. La baisse niveau du crédit intérieur en 2006 est le fait de la diminution (-29,7%) des créances nettes sur l'Etat, suite au désendettement du Trésor public, tant vis-à-vis de la Banque Centrale qu'à l'égard des banques commerciales. Un tel désendettement a été rendu possible par l'augmentation exceptionnelle des ressources de l'Etat en 2006 résultant des recettes budgétaires engendrées par les secteurs de la pêche, des télécommunications et du pétrole. Les crédits à l'économie ont augmenté de 21,3% durant la période.

Après avoir connu une quasi-stabilisation entre 2004 et 2005, principalement sous l'effet des politiques monétaires et budgétaires rigoureuse, le du taux de change, en fin de période, par rapport au dollar US, a oscillé entre 252 et 268,6 UM/US$, résultant des variations relatives euro/dollar. Ces évolutions ont, entre autres, conduit au renchérissement des importations et à une forte pression sur les réserves en devises du pays.

Les taux d'intérêt sur les bons du Trésor sont ramenés à 11,3% en moyenne sur l'année en 2008, contre 10,4% en 2007 ; tandis que le taux d'escompte de la Banque centrale de Mauritanie (BCM) est passé de 14% en 2006 à 12% depuis 2007, taux maintenu en 2008.

Le tableau ci-après en annexe donne l'évolution des principaux indicateurs macro-économiques au cours de la période 2004-2008.

13.2 PROGRESS EN MATIERE DE REFORME DES FINANCES PUBLIQUES[197]

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement, le Gouvernement s'est engagé dans un vaste programme de réformes fiscales et budgétaires, destiné à améliorer son système de gestion des finances publiques.

Réformes fiscales et évolution des recettes budgétaires 2004-2008

Réformes fiscales

Le programme de réformes fiscales initié par le Gouvernement visait globalement à réduire l'impact négatif de la structure des taux d'imposition sur la croissance et l'investissement, et à élargir la base imposable, au moyen d'une administration fiscale plus performante ainsi que des procédures simplifiées et plus adaptées.

Il s'agit d'un élément fondamental pour renforcer la stabilité macro-économique, corriger les disparités et favoriser le développement et la diversification du secteur privé. Engagée depuis 1995, la réforme s'est poursuivie au cours de la période 2004-2008 avec la mise en œuvre des principales mesures suivantes :

- Abaissement progressif du taux d'imposition sur le Bénéfice industriel et commerciaux (BIC) : le taux de l'impôt sur le BIC a été progressivement réduit de 40% à 25% en 2004 (après avoir été même de 20% en 2003) ;
- Abaissement du taux de l'IMF de 4% à 3%, avec déductibilité intégrale sur le BIC (depuis 2002) ;
- Rehaussement de l'abattement général des impôts sur les traitements et salaires (ITS) de 10.000 UM à 30.000 UM et la baisse de son taux marginal de 40% à 30% ;
- Réforme de la fiscalité douanière (application des valeurs réelles) ;
- Suppression des droits d'accises sur le tabac, le sucre et le thé ;
- Mise en place de l'identifiant fiscal unique ;
- Transfert de la fonction du recouvrement des impôts et taxes à la Direction générale des impôts ;
- Constitution d'un fichier central des contribuables couvrant Nouakchott et Nouadhibou sur la base d'un identifiant unique ;
- Mise en place d'un mécanisme de remboursement de la TVA ;
- Réduction des exonérations en matière de TVA ;
- Harmonisation de la taxation des produits avec la nomenclature de l'Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest (l'UEMOA).

Les différentes réformes entreprises ont ainsi permis d'accomplir des progrès encourageants en matière de simplification du système d'imposition et d'élimination des distorsions et des lourdeurs qui pénalisaient les secteurs productifs de l'économie, et d'accroître les revenus de l'Etat.

Evolution des recettes budgétaires

L'analyse de l'évolution des recettes de l'Etat entre 2004 et 2008 indique une tendance erratique à l'œuvre depuis le début de la période. Ainsi, après une relative stabilité au entre 2004 et 2005 (130,4 Milliards en 2004 et 131,3 Milliards en 2005), les revenus budgétaires (dons compris) sont passés à 406 Milliards d'Ouguiya en 2006 pour se rétablir à 205,3 Milliards en 2007 et 202,4 Milliards d'Ouguiya en 2008, soit

[197] Source : Autorités mauritaniennes/FMI (Septembre 2009)

une progression moyenne annuelle de près de 50%. Ces évolutions s'expliquent par les fluctuations touchant principalement les recettes non fiscales et les dons, avec toutefois des proportions différentes. Dans le cas particulier de l'année 2006, les revenus de l'Etat hors pétrole sont tirés essentiellement par le montant des dons qui a atteint 252,5 milliards d'ouguiya. Ce montant record tient principalement à l'annulation de la dette multilatérale (près de 241 Milliards d'UM) dont a bénéficié la Mauritanie (suite à son éligibilité à l'IADM) au cours du deuxième semestre de cette année.

L'examen du comportement des différentes catégories de recettes sur la période montre que :

- Les recettes fiscales hors pétrole ont augmenté de manière significative passant ainsi de 59,2 à près de 115 Milliards d'Ouguiya entre 2004 et 2008, soit une hausse de 18,4% en moyenne annuelle. Cette performance est attribuable aux efforts d'élargissement de l'assiette imposable et d'amélioration du recouvrement, notamment sur la TVA intérieure et en direction de la SNIM et les droits de douane. La pression fiscale a oscillé entre un minimum de 14,5% (2008) et un maximum de 17,2% (2006), avec une moyenne de 15,6% sur la période. Ces ratios permettent à la Mauritanie de se placer au niveau de la moyenne des pays de l'UEMOA.

- Les recettes pétrolières se sont établies à 17,4 Milliards d'Ouguiya UM, contre 60,5 Milliards d'UM en 2006. Cette forte baisse des revenus pétroliers est imputable exclusivement à des niveaux de production relativement bas par rapport à ceux projetés initialement ; les prix du baril ayant passé de 60 $US à 85 $US entre 2006 et 2008.

- Les recettes non fiscales ont progressée beaucoup moins vite que les recettes fiscales, passant de 58,7 Milliards d'Ouguiya en 2004 à 67,1 Milliards d'Ouguiya en 2008, après une baisse de 23,3% en 2005 (45 Milliards d'Ouguiya). Cette catégorie de recettes est essentiellement alimentée par les redevances de pêche engendrées par l'accord de pêche conclu avec l'Union Européenne (près de 30 Milliards d'Ouguiya en moyenne annuelle sur la période 2004-2008) et par les dividendes versées par la SNIM ; ces dernières n'ayant pas été versées en 2004 et 2005.

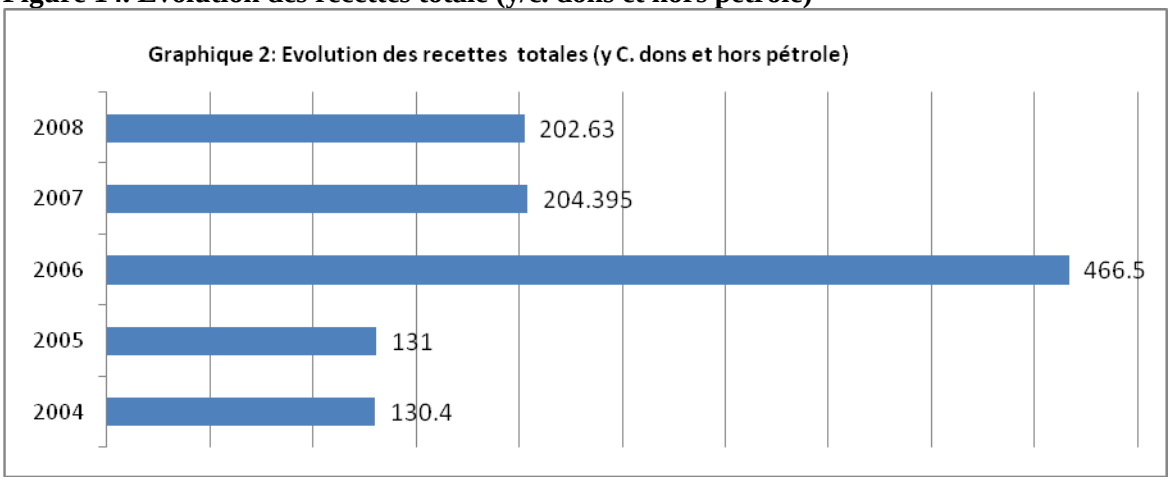
Sur la période 2004-2008, les recettes fiscales hors pétrole ont représenté environ 61% des revenus budgétaires hors dons et pétrole, avec une tendance à la hausse.

En pourcentage du PIB hors pétrole les recettes de l'Etat ont évolué dans le même sens que la pression fiscale pour s'établies à 25,7% en 2008, soit une baisse de plus de 7 points de pourcentage par rapport à son niveau de début de période (2004). Toutefois, en 2006, ce taux avait atteint 82,5% (impact de l'annulation de la dette multilatérale).

Après avoir régulièrement augmenté entre 2004 et 2006 (près de 40% en moyenne), les recettes totales hors dons ont subi une baisse de 12,1% en 2007 (s'établissant à 188,1 Milliards d'Ouguiya), essentiellement liée à la diminution des revenus pétroliers qui n'a pu être compensé que partiellement par les autres recettes. En 2008, les revenus de l'Etat hors dons ont progressé de 6%.

Le graphique ci-dessous donne l'évolution des revenus budgétaires de l'Etat (2004-2008) hors pétrole, mais dons inclus.

Figure 14. Evolution des recettes totale (y/c. dons et hors pétrole)



Politique budgétaire et évolution des dépenses publiques 2004-2008

Réformes budgétaires

Les réformes budgétaires ont fait partie intégrante du programme global de modernisation de la gestion des finances publiques du Gouvernement. Elles consistaient, entre autres, à améliorer la préparation, l'exécution et le suivi du budget.

Le contexte de l'exécution budgétaire était caractérisé jusqu'à une période récente par une concentration totale du pouvoir de l'ordonnancement et de celui du contrôle financier, qui générait des goulots d'étranglement compromettant la réalisation des objectifs d'efficacité et de transparence en matière de dépense publique.

Pour remédier à ces dysfonctionnements, le Gouvernement a engagé au cours de ces dernières années d'importantes réformes visant globalement à renforcer le cadre de préparation, d'exécution et du contrôle du budget de l'Etat. Parmi les mesures réalisées figurent :

- L'adaptation de la nomenclature budgétaire et l'amélioration de la présentation de la Loi de Finances ;
- La limitation des recettes et dépenses extrabudgétaires (retour à l'orthodoxie financière) ;
- Le transfert du pouvoir d'ordonnancement, avec la mise en place de contrôleurs financiers auprès des Départements ministériels ;
- La modernisation de la chaine de la dépense publique avec l'introduction effective du progiciel RACHAD (Réseau automatisé de la chaine de dépense publique) ;
- L'intégration de l'approche Cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) et de la gestion axée sur les résultats dans le processus budgétaire ;
- L'introduction de l'outil DAPBI (document annuel de programmation budgétaire annuelle) dans les ministères dépensiers pour anticiper le rythme d'exécution de la Loi des Finances ;
- La mise en place d'une gestion de trésorerie ;
- L'établissement d'un TOFE mensuel sur la base des données de la balance du Trésor
- L'ouverture des comptes divisionnaires du compte courant du Trésor à la Banque Centrale de la Mauritanie (BCM) pour les établissements publics et projets bénéficiant des ressources de l'État ;
- L'introduction de l'Inspection Générale d'Etat (IGE) dans le processus de contrôle.

Evolution des dépenses publiques

Les dépenses totales de l'Etat (inclus les prêts nets) se sont établis à 261,8 Milliards d'Ouguiya en 2008, contre 149,5 Milliards d'Ouguiya en 2004, correspondant à une progression moyenne annuelle de 15,3%.

L'analyse de la structure des dépenses publiques fait ressortir que les charges de fonctionnement (ou dépenses courantes) ont représenté en moyenne 74% du volume global des dépenses de la période 2004-2008, alors que les dépenses d'investissement se sont situées autour de 23% en moyenne, avec un maximum de 28,7% en 2004.

Les charges de fonctionnement ont connu une augmentation moyenne de 16,2%, passant de 106,3 à plus de 191 Milliards d'Ouguiya entre 2004 et 2008 ; mais elles ont marqué une légère stabilité entre 2006 et 2007 (+1% de progression). L'analyse de la ventilation économique indique que l'essentiel des dépenses courantes est constitué de traitements et salaires ainsi que des charges en bien et services. Les intérêts sur la dette publique ont absorbé en moyenne 7,3% des dépenses publiques entre 2004 et 2008.

A ce niveau, il y'a lieu, également, de souligner que les transferts courants, qui représentaient moins de 5% (6,4 Milliards d'Ouguiya) des dépenses globales en 2004, ont fortement progressé pour se situer à plus de 16% (42,8 Milliards d'Ouguiya) des dépenses de l'Etat en fin de période. Cet important accroissement est lié, en grande partie, aux chocs exogènes (crise alimentaire, renchérissement des prix des produits de base…) intervenus durant cette période et qui conduit le Gouvernement à adopter des mesures urgentes, en vue de prévenir tout risque de crise alimentaire dans le pays, à travers une ponction faite sur les charges de fonctionnement non prioritaires et les crédits d'investissements. Une part importante de cette enveloppe de 2008, soit 30 Milliards d'UM, a, d'ailleurs, servi au financement du Programme Spécial d'Intervention (PSI).

Les dépenses d'investissement ont augmenté beaucoup moins vite que l'ensemble des dépenses publiques, connaissant ainsi un accroissement moyen annuel de 9,5% sur la période 2004-2008, et ce en dépit des baisses enregistrées en 2005 et en 2008. Elles sont ainsi passées d'environ 43 Milliards d'Ouguiya en 2004 à 55,6 Milliards d'Ouguiya en 2008. Ce niveau important de dépenses d'investissements est obtenu grâce à la disponibilité des ressources issues de l'Initiative PPTE et de celle de l'IADM.

En pourcentage du PIB, les dépenses publiques ont représenté en moyenne 34,6% par an entre 2004 et 2008, enregistrant leur niveau le plus important en 2004, année où les charges totales de l'Etat ont absorbé 37,7% de la richesse intérieure. Ces ratios enregistrés ces dernières années placent la Mauritanie à un niveau de dépenses très élevé, comparé à la moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne qui est environ de 22% du PIB.

Le solde budgétaire global (hors dons et pétrole) a enregistré des déficits consécutifs d'une moyenne annuelle de 8,7% du PIB hors pétrole sur la période 2004-2008, malgré les bonnes performances enregistrées en matière de recettes. Les déficits les plus élevés ont été enregistrés en 2008 avec respectivement 10,1 points du PIB hors pétrole. En intégrant les dons et les recettes pétrolières, le solde budgétaire était largement positif en 2006, représentant 46% du PIB hors pétrole.

Par ailleurs, la Mauritanie s'est engagée dans la mise en œuvre de l'agenda issu de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide à travers, entres autres, la réalisation de deux enquêtes avec l'OCDE (2006 et 2008), la formulation d'un plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, et le lancement du processus de modernisation du système de gestion des finances publiques, afin de permettre, à terme, l'alignement des PTF sur les procédures nationales en ce domaine à travers le recours à l'appui budgétaire.

Même si des progrès encourageants ont été obtenus en matière d'amélioration du système de gestion des finances publiques mauritaniennes, certaines insuffisances subsistent et font que tous les effets des

réformes déjà engagées ne sont pas encore perceptibles. En matière de mobilisation des ressources, force est de constater que le système fiscal mauritanien demeure complexe et coûteux pour le secteur structuré, tout en continuant d'ignorer le secteur informel ou considéré comme tel. A titre d'illustration, l'indicateur de 'Doing Business' 2009 classe le pays au 160ème rang sur 181 pays étudiés, en raison des difficultés de monter des affaires. S'y ajoute la faiblesse des capacités de l'administration fiscale liées, en particulier, à la sous-informatisation de la DGI et aux problèmes de déclarations impropres ou sous-évaluées pour ce est de la Direction générale des douanes (DGD).

Dans le domaine des dépenses publiques, le processus budgétaire proprement dit demeure fortement centralisé dans la mesure où une proportion importante des dépenses concerne les ministères et non les structures déconcentrées de l'administration centrale. En outre, les opérations budgétaires des établissements publics administratifs (EPA), qui sont des agences publiques autonomes, ne sont pas consolidées avec les données du budget de l'Administration centrale.

Cette situation justifie la nécessité de poursuivre et d'approfondir les réformes, en vue de corriger les défaillances qui subsistent encore, et de parvenir à un système de gestion des finances publiques répondant aux impératifs de transparence et de bonne gouvernance économique.

13.3 BUDGET ET DEPENSES DES SECTEURS SOCIAUX : QUELLE PLACE OCCUPE LA PROTECTION SOCIALE ?

Orientations stratégiques

Considérés comme les principaux piliers de la stratégie de réduction de la pauvreté, les secteurs sociaux ont toujours fait l'objet d'une attention particulière en matière d'allocation des ressources budgétaires. Ainsi, l'analyse des dépenses publiques par fonction sur la période 2004-2008 fait ressortir que toutefois, exceptée pour l'année 2008, aucune approche systématique n'a été utilisée pour assurer une corrélation entre les objectifs stratégiques et les allocations budgétaires sectorielles.

Compte tenu que l'estimation des coûts d'atteinte des objectifs fixés n'a pu être effectuée selon une méthodologie permettant de calculer le coût unitaire et d'élaborer des Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) sectoriels à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration de la loi de finances et du budget consolide d'investissement (BCI), il est difficile de montrer un alignement entre le budget alloué et les besoins réels de financement de ces secteurs.

Par ailleurs, les orientations Gouvernementales visent à poursuivre et approfondir les politiques d'ancrage de la croissance dans la sphère économique des pauvres définis comme axe central du Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté (CSLP). Cela doit se traduire par l'amélioration du ciblage, le renforcement de la coordination des nombreux intervenants et la promotion d'une approche intégrée permettant de pallier de manière simultanée à toutes les insuffisances identifiées.

Les mesures retenues dans le CSLP concernant : (i) le développement rural, (ii) le développement urbain, (iii) la sécurité alimentaire, et (iv) la promotion de la micro-finance et de la micro-entreprise. En outre, ces mesures seront complétées par des programmes ciblés et intégrés en faveur des zones et des catégories de population les plus pauvres femmes, ruraux, etc. Enfin, des programmes de filets de sécurité permettront de venir au secours des personnes les plus démunies qui sont l'impossibilité de tirer profit des diverses opportunités offertes par ailleurs.

Pour l'année 2008, l'élaboration d'un Cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) global 2008-2010, sur la base des plans d'actions sectoriels, a permis de procéder à une analyse exhaustive des dépenses publiques

au cours des dernières années, qui fasse le point de manière aussi précise que possible sur les ressources disponibles et qui propose les allocations budgétaires les plus pertinentes pour l'atteinte des objectifs de développement du pays.

Dans ce qui suit, il sera procédé à une analyse des dépenses publiques allouées aux secteurs sociaux sur la période 2004-2008 selon la classification économique (dépenses courantes et dépenses en capital) ainsi que la répartition inter sectorielle de ces dépenses et leur impact sur l'évolution des indicateurs sectoriels et la protection sociale.

Allocation des budgets

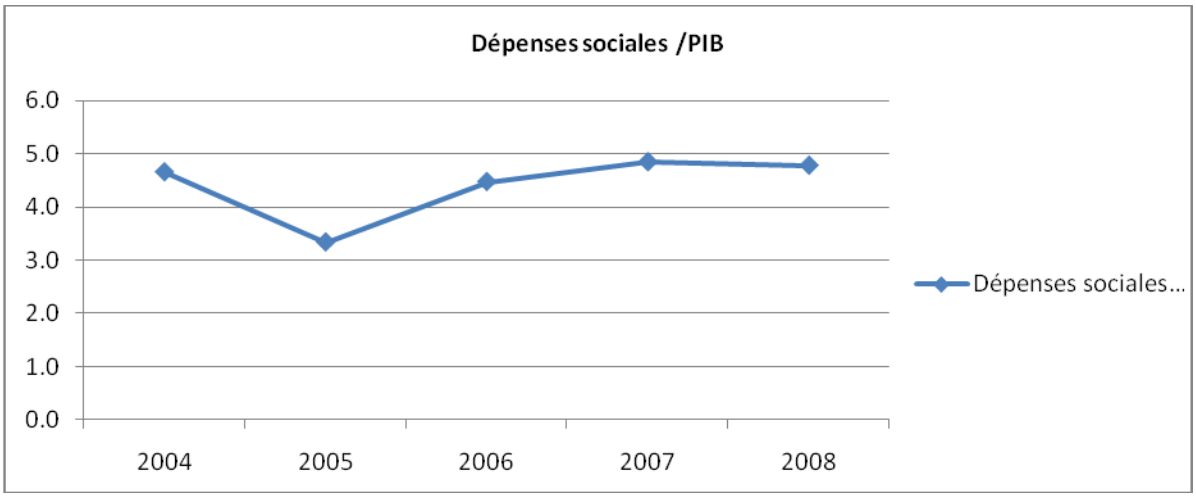
Sur la période 2007 - 2008, les secteurs sociaux ont bénéficié d'une importante allocation variant de 32.928 MUM en 2007 et 40.764 MUM en 2008. Cette affectation de financement est repartie entre les secteurs de l'éducation, l'emploi, la santé, de l'hydraulique etc.

Tableau 17. Dépenses sociales par rapport aux revenus (2004-2008)

Année	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Recettes totales hors dons (y compris recettes pétrolières)	117,9	121,0	214,0	188,1	199,4
Revenus non pétroliers et dons	130,4	131,0	466,5	204,4	202,6
Revenus non pétroliers hors dons	117,9	121,0	153,5	168,2	182,0
Total dépenses socials	18	16	25	33	41
PIB en Milliards	**396,6**	**493,3**	**569,0**	**678,4**	**851,5**
Dépenses sociales/Dépenses totales (en %)	-	-	-	33	36
Dépenses sociales en % /PIB	4,7	3,3	4,5	4,9	4,8
Dépenses sociales en % /Recettes totales hors dons	15,7	13,6	11,9	17,5	20,4
Dépenses Sociales/Revenus non pétrolier et dons	14,2	12,6	5,5	16,1	20,1
Dépenses sociales/Revenus non pétrolier hors dons	15,7	13,6	16,6	19,6	22,4

Source: MF/MAED

Figure 15. Dépenses sociales par rapport au PIB (2004-2008)



Source : MF/MEAD

Les dépenses sociales rapportées au PIB enregistrent une légère baisse entre 2004 et 2006 et hausse considérable de 4,9% et 4,8% respectivement en 2007 et 2008. Par rapport aux recettes totales, la tendance reste la même. L'évolution des dépenses montre que l'Etat accorde une importance capitale aux

secteurs sociaux. A long terme, il ressort des études empiriques une corrélation positive entre les secteurs sociaux et la croissance économique.

La prise en compte des secteurs sociaux dans le CDMT 2008-2010 a mis un accent particulier sur les secteurs sociaux à travers des paramètres pris en compte dans la détermination des enveloppes sectorielles qui sont : (i) Les objectifs fixés par le CSLP et les plans d'action sectoriels, en tenant compte du degré de priorité accordé à chaque activité ; (ii) Le niveau ciblé pour les dépenses de lutte contre la pauvreté conformément aux objectifs de la FRPC et (iii) La mise en œuvre de programmes financés à 100% par l'Etat visant l'amélioration de l'accès aux services de base (eau, électricité), la promotion de l'emploi, le désenclavement des zones de production, etc.

La protection sociale et de la sécurité alimentaire

L'examen des dépenses publiques sectorielles, montre que le secteur a bénéficié d'un volume global de dépenses de près de 27,7 Milliards d'UM [198] sur la période 2004-2006, dont 86% (23,7 Milliards d'UM) au titre des investissements, 57% (13,4 Milliards d'UM) de ces investissements ont été supportés par les ressources propres de l'Etat.

Dans le souci d'accorder une attention particulière aussi bien à la prévention et à la gestion des crises alimentaires qu'à l'action sociale en faveur des couches les plus vulnérables de la population, le Gouvernement a procédé à une restructuration du secteur avec la création d'un Commissariat Chargé de la Protection Sociale et de la Sécurité Alimentaire (CPSSA), regroupant les différentes institutions chargées du soutien aux populations victimes de catastrophes et d'assistance aux groupes vulnérables. Cette restructuration, pourtant, n'a pas durée, et couramment le mandat pour la protection sociale est rattaché au Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille.

Néanmoins, une stratégie nationale de protection sociale devrait prendre en compte en priorité la sécurité alimentaire, en vue de trouver une solution durable au financement des interventions d'urgence qui sont en générales prise en charge par la solidarité internationale et, surtout, pour permettre d'obtenir une identification des groupes les plus vulnérables de la population et les principaux risques sociaux auxquels ils sont confrontés ainsi que les différents filets de protection adéquats qui seront mis en œuvre.

Dans le domaine de l'éducation

Le secteur éducatif mauritanien regroupe actuellement trois principaux niveaux d'enseignement général (primaire, secondaire et supérieur) et l'alphabétisation.

Les dépenses du secteur de l'Education sont passées d'environ 11 milliards UM en 2001 à 29 milliards UM en 2006, avec toutefois une baisse significative de leurs poids dans le budget de l'Etat sur la période (9,7% en 2006, contre 15,7% en début de période). La part allouée à l'enseignement fondamental a représenté en moyenne 50% des dépenses globales du secteur sur la période 2001-2006. L'analyse des dépenses du secteur par structure montre que les ressources consacrées au fonctionnement demeurent élevées par rapport à celles destinées à l'investissement, avec un ratio oscillant entre 2,6 (2006) et 4 (2001).

La stratégie de développement de l'Education pour les années à venir se fixe comme objectif global de faire de l'école mauritanienne une école citoyenne cultivant les valeurs de la société et constituant un véritable moyen d'ascension sociale et de l'épanouissement économique.

[198]Sources CDMT (2004-2006), MAED

Le financement total des actions à mettre en œuvre s'élève à environ 130,6 millions d'UM, pour la période 2008-2010, avec une forte orientation pour améliorer l'accès, la rétention, l'équité et la qualité.

Tableau 18. Répartition du budget de l'éducation selon la classification économique (MUM)

	2007	2008	2009	2010
Investissement BE	1 523	2 651	3 000	4800
Investissement FE	5 353	9 187	6 958	4 384
Salaires	21 437,5	19 924	21 852	23 819
Fonctionnement et transferts	7 008,58	9 595	10 004	10 453
Total	**35 322,08**	**41 337**	**43 824**	**45 467**
Dépenses MEN en % du PIB (hors pétrole)		5,7	5,7	5,7
Dépenses MEN en % des dépenses totales		17,9	18,8	18,9

Le secteur de la santé

Le système de santé en Mauritanie est, également, structuré autour de trois (3) niveaux : primaire (postes et centres de santé), secondaire (hôpitaux régionaux) et tertiaire (Centre hospitalier national de Nouakchott et autres établissements de référence).

Le financement du système public de santé sera assuré à travers des fonds publics (Etat, collectivités locales, Bailleurs de fonds, etc.) et privés. Le développement de mécanismes de partage de risque (mutuelles, assurances, forfaits) et de système de solidarité (prise en charge des indigents) constituera un des axes prioritaires de financement du secteur. Pour ce qui est du secteur privé médical et paramédical, les mécanismes de financements actuels seront maintenus tout en garantissant une uniformité et une harmonie des coûts permettant de préserver les intérêts du patient et du prestataire.

Les propositions d'actions ont été conçues pour faciliter l'atteinte des objectifs du secteur. Elles cherchent à donner à la dépense de santé une meilleure performance. Le maintien d'un budget de fonctionnement important vise à obtenir un ratio «investissement sur fonctionnement» en mesure de permettre une absorption efficiente des ressources allouées au secteur. Une attention particulière sera accordée aux ressources humaines qui continueront d'être au cœur de la stratégie de développement du secteur.

Tableau 19. Répartition économique du budget de la santé (MUM)

	2007	2008	2009	2010
Investissement BE	1 102,89	1 420	2 520	3 200
Investissement FE	600	747	498	-
Salaires	3 904	3 776	3 851	3 928
Fonctionnement et transferts	3 681,25	4 206	4 387	4 576
Total	**9 288,14**	**10 149**	**11 256**	**11 704**
Dépenses MS en % du PIB (hors pétrole)		1,4	1,5	1,5
Dépenses MS en % des dépenses totales		4,4	4,8	4,9

En ce qui concerne les dépenses publiques, les ressources affectées au secteur ont été portées à 4,4 Milliards d'UM en 2006 (contre 2 Milliards en 2004), dont 47% (2,1 Milliards d'UM) destinées aux investissements. L'examen de la répartition de ces dépenses pas structure montre que les institutions de pilotage et de gestion n'ont bénéficié que d'une part relativement faible des ressources allouées au secteur, comparativement à leurs missions.

Tableau 20. Répartition économique du budget de l'emploi, de l'insertion et de la FP (en MUM)

	2007	**2008**	**2009**	**2010**
Investissement BE	1 122	1 690	1 690	1 690
Investissement FE	-	177	237	475
Salaires	528	569	581	592
Fonctionnement et transferts	1 244	1 307	1 370	1 437
Total	**2 894**	**3 643**	**3 877**	**4 194**
Dépenses MEIFP en % du PIB (hors pétrole)		0,5	0,5	0,5
Dépenses MEIFP en % des dépenses totales		1,6	1,7	1,7

Malgré la contraction des dépenses alloués aux budgets de fonctionnement de manière général à tous les secteurs en 2009 avec une diminution systématique des allocations de 50%, on observe que le pourcentage des budgets alloué aux secteurs sociaux n'a pas été fortement affectée par cette mesures.

Analyse des dépenses d'investissement

Une analyse des dépenses d'investissement allouées aux secteurs sociaux sur la période 2004 à 2008, reparties selon les sous-secteurs, indique que les destinations principales du Budget consolidé d'investissement (BCI) ont été les sous-secteurs de l'hydraulique et de l'assainissement, suivis de l'éducation et de l'alphabétisation ainsi que le sous-secteur dit des projets multisectoriels. En effet, environ 70% des dépenses sociales d'investissement entre 2004 et 2008, aussi bien en terme de programmation qu'en terme d'exécution, a été affecté à ces trois secteurs.

Dans l'ensemble, les secteurs sociaux ont absorbé en moyenne 51,63% (218.151 MUM) des dépenses d'investissements (hors SNIM) programmées entre 2004-2008, avec une évolution assez en dents de scie. Ces dépenses ont significativement progressé depuis le début des années 2000 avec l'éligibilité du pays à l'Initiative PPTE renforcée. En effet, l'enveloppe budgétaire totale programmée pour les secteurs sociaux au titre du BCI est passée de 7.092,2 MUM en 1998 à 28.641 MUM en 2004 et 84.210 MUM en 2008, soit une progression moyenne de 35,80%, avec toutefois, un léger repli (-7,13%) en 2005. A contrario, en 2008, les investissements alloués aux secteurs sociaux ont augmenté de plus de 95%, du fait des importantes dépenses programmées pour le secteur de l'hydraulique.

En termes de réalisation, l'analyse des données disponibles montre que près de 78% (169.792 MUM) des dépenses en capital programmées au profit des secteurs sociaux entre 2004 et 2008 ont été exécutées, soit un taux légèrement supérieur à celui du BCI global (un peu plus de 77%). Le poids de ces secteurs dans le BCI global réalisé, s'est établi à 52,04% en moyenne sur la période considérée, avec une tendance à la hausse depuis 2006 (atteignant même 60,63% en 2008). Ces secteurs constituent ainsi avec celui des infrastructures les principaux axes de concentration des crédits d'investissement publics. Cette situation pourrait se justifier par le fait que certains de ces secteurs (éducation, santé et hydraulique, notamment) sont considérés parmi les domaines prioritaires du plan d'actions 2006-2010 du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), et qu'ils auraient bénéficié d'allocations budgétaires substantielles durant cette période.

Rapportées au PIB hors pétrole, les dépenses en capital du secteur social ont absorbé en moyenne 10,73% de la richesse intérieure produite (hors pétrole) entre 2004 et 2008 ; elles ont même atteint un niveau historique de 15% en 2008. Cette évolution traduit la priorité accordée par les pouvoirs publics au

développement des secteurs sociaux depuis quelques années, conformément aux orientations du CSLP et aux engagements pris par la Mauritanie vis-à-vis de la Communauté internationale.

Répartition intra-sectorielle des dépenses sociales

Jusqu'à la fin de 2005, la Mauritanie ne disposait de nomenclature fonctionnelle ni pour l'élaboration du budget ni pour l'évaluation de l'impact des dépenses publiques. L'absence de classification fonctionnelle a été ainsi un handicap majeur à la formulation de politiques économiques cohérentes et leur évaluation pour tirer des leçons pour le futur. Elle constitue, également, une contrainte pour effectuer une comparaison avec les statistiques budgétaires des pays de même niveau de développement économique et social que la Mauritanie.

L'introduction de la classification fonctionnelle a été amorcée en 2001, mais n'a jamais été utilisée pour la présentation de la loi de finances (LdF). La reclassification de la LdF 2006 en nomenclature fonctionnelle a été finalisée au courant du premier semestre 2006 pour permettre un meilleur suivi des dépenses sociales et de réduction de la pauvreté. Cet exercice a préparé le terrain pour la présentation de la LdF 2007 en nomenclature fonctionnelle, en plus des deux autres classifications. La nomenclature fonctionnelle, répartie en classes, groupes et sous-groupes, ventile les dépenses selon les fonctions auxquelles elles sont destinées. Elle ne couvre pas forcement la nomenclature administrative, qui peut varier dans le temps et ne permet donc pas une analyse des dépenses sur une longue durée.

En ce qui concerne le BCI, il est présenté par secteur et sous-secteur. Cette présentation est différente des deux autres nomenclatures. En outre, ces secteurs ne sont pas reliés à des ministères (base de la classification administrative de la LdF). Néanmoins, le système informatique[199] qui sert à l'élaboration du BCI a été harmonisé pour permettre d'établir un lien entre cette présentation et celle de la LdFF. Ainsi, le Budget général d'investissement (BGI) peut être présenté selon la nomenclature administrative et économique. Les secteurs du BCI pourraient basculer sans difficulté particulière dans la nomenclature fonctionnelle.

Ainsi, l'examen de la classification fonctionnelle des dépenses entre 2004-2008 montre que les allocations de ressources en faveur des secteurs sociaux et ceux contribuant directement à la lutte contre la pauvreté ont considérablement augmenté. Les dotations aux autres catégories dépenses ont progressé moins rapidement. La répartition détaillée de l'évolution des dépenses par fonctions est présentée dans le tableau ci-dessous.

Comme le montre le tableau ci-dessous, ces dernières années, les secteurs sociaux, notamment l'éducation, la santé et les affaires sociales ainsi que l'hydraulique ont été les principaux bénéficiaires des dépenses publiques en Mauritanie. Les secteurs de l'éducation et de la santé ont également été les principaux bénéficiaires des ressources PPTE.

Les dépenses allouées le sous-secteur **agricole** se sont chiffrées à 20.852 MUM sur la période 2004-2008, avec un taux de réalisation de 89,65% (18.693 MUM). Elles se sont établies à 6.769 MUM en 2008, contre 2.769 MUM au début de la période, soit un accroissement moyen annuel de 26,90%. En termes de réalisations, le niveau, les dépenses d'investissement ont évolué en dents de scie passant de 3.745 MUM en 2004 à 3.248 en 2006 et 5.084 en 2007 avant de revenir à leur niveau de 2004. Le sous-secteur agricole a ainsi absorbé 9,56% et 11,01% des dépenses d'investissement allouées aux secteurs sociaux, comparativement à la programmation et à l'exécution entre 2004 et 2008. La quasi-totalité de ces dépenses étaient orientées vers l'aménagement et la réhabilitation de périmètres agricoles, au développement de cultures oasiennes et à l'appui aux programmes de sécurité alimentaire.

[199] Il s'agit du Système de programmation et de suivi des investissements publics en Mauritanie (SYPSIM)

Le taux d'exécution du BCI (près de 76%) du sous-secteur **« eau et assainissement »** est globalement satisfaisant en raison des importantes ressources programmées (notamment dans le volet hydraulique urbaine), où les besoins sont immenses, mais sans résultats probants. Il faut souligner que l'accès à l'eau potable continue de poser un problème dans ce pays désertique où le taux de ménages disposant d'un branchement à l'eau potable est seulement de 17% à Nouakchott et 30 % en milieu urbain autre en 2007. En milieu rural et semi urbain, le t50%. Aussi, l'approvisionnement en eau par des revendeurs (44,4% en milieu urbain) se fait à des tarifs jugés excessifs par rapport aux revenus des ménages.

En pourcentage du PIB, les dépenses **de l'éducation et d'alphabétisation** ont sensiblement augmenté, passant de 3,1% à 4,8% du PIB nominal hors pétrole sur la période examinée. Ces dépenses ont eu un impact positif sur l'amélioration de l'accès à l'éducation fondamentale.

Hormis les années 2004 et 2008 où le taux d'exécution n'a été respectivement que de 33,7% et de 48,3%, le sous-secteur de l'éducation et de l'alphabétisation a réalisé de bonnes performances en termes d'exécution du BCI au cours de la période examinée. Entre 2005 et 2007, ledit taux était supérieur à 72% avec un une très forte hausse en 2006 où il a atteint plus de 128%. Cette bonne performance de l'exécution des investissements publics programmés a eu impact positif sur l'objectif du CSLP par rapport à l'accès universel à l'éducation fondamentale qui semble probable à l'horizon 2015. Selon les données disponibles, le taux brut de scolarisation (TBS) au niveau du fondamental est en constante progression, passant de 88,6% en 2001/02 à 95,4%[200] en 2007/08, avec une réduction des écarts entre filles (TBS de 99,2%) et garçons (TBS de 94,6%). Le taux de transition effective entre le fondamental et le secondaire est passé de 54% en 2000/01 à plus de 60% en 2007/08. Pour ce qui est des ordres d'enseignements secondaire et supérieur, les effectifs des élèves et étudiants ont, également, considérablement augmenté ces dernières années.

Parallèlement, des insuffisances majeures continuent de peser lourdement sur le développement du système éducatif. Ces insuffisances sont relatives, notamment à : (i) la faible rétention au primaire (plus d'un enfant sur deux abandonne avant la fin du cycle) ; (ii) la dégradation de la qualité de l'enseignement (faible réussite aux examens nationaux et insuffisance du taux d'acquisition) ; et (iii) les faibles capacités de gestion et de pilotage du système éducatif dans son ensemble (faible capacité de transformer les ressources en résultats chez les élèves). S'y ajoute le niveau d'acquisition de connaissance peu élevé du fait dû, entre autres facteurs, à l'existence d'écoles à cycle incomplet et des difficultés dans la mise en œuvre de la réforme engagée en 1999. En d'autres termes, les efforts financiers consentis en faveur du secteur n'ont pas été entièrement convertis en performances. La productivité globale est de 1,6 année de scolarisation pour une dépense en éducation de 1% du PIB contre 1,8 dans les pays africains membres de l'IDA. Ainsi, les performances enregistrées en termes d'exécution n'ont probablement pas de corrélation avec la faible qualité de l'enseignement, qui constitue une préoccupation majeure des autorités.

En matière ***d'alphabétisation,*** les efforts entrepris ont permis pourcentage des adultes (population âgée de 15 ans et plus) sachant lire et écrire à 51,2%[201] en 2005. Le nombre d'apprenants est estimé en 2006 à 26.750 personnes. Les résultats de l'Enquête nationale de référence sur l'analphabétisme (ENRA), conduite en 2008, donneront une description détaillée du niveau d'alphabétisation en Mauritanie. Toutefois, les évaluations réalisées récemment mettent en exergue l'inadaptation des programmes d'alphabétisation par rapport aux besoins des bénéficiaires.

Les dépenses de **santé** et de protection sociale ont presque triplé au cours de la période 2004-2008 avec 3,4% du PIB hors pétrole en fin de période. Le sous-secteur de la santé et de la protection sociale a ainsi

[200] Source: MEN
[201] *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008* (PNUD)

absorbé une proportion importante des dépenses publiques ordonnancées sur la période 2004-2008. Pourtant, ces dépenses ont eu des résultats mitigés en termes d'impact sur l'amélioration des indicateurs de santé qui ont globalement stagné. Compte tenu de la faible tendance à l'amélioration de la situation sanitaire, l'atteinte des cibles OMD dans le sous-secteur de la santé en Mauritanie est loin d'être probable selon plusieurs évaluations.

Le taux d'exécution annuel des dépenses d'investissement est d'environ 61% avec une certaine hétérogénéité entre les années. Ces crédits d'investissements ont servi essentiellement à la construction/réhabilitation et l'équipement d'infrastructures prévues dans le cadre du Plan directeur de santé (PDS), mais le taux de fréquentions des établissements demeure très faible, et l'état des indicateurs restent préoccupant Ainsi, selon le MICS 2007, près d'un enfant de moins de cinq ans sur trois (30%) souffre d'insuffisance pondérale modérée, et 7% sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère. Les taux de mortalité infanto-juvénile (122 pour milles) et de mortalité maternelle (685,7 pour 100 milles naissances vivantes) restent encore élevés, comparés à plusieurs pays en développement et à la moyenne de l'Afrique au sud du Sahara, même si des améliorations ont été observées par rapport à l'Enquête démographique et de santé (EDS) réalisée en 2000/2001.

Tableau 21. Programmation BCI pour les secteurs sociaux 2000-2008

Programmation BCI	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Agriculture	2 312	2 379	2 588	2 585	2 729	2 940,50	3 149,50	5 131,00	6 768,55
Hydraulique villageoise et pastorale	816	1 240	1 284	1 861	2 097	2 958,27	1 074,00	2 306,00	3 024,70
Education	2 039	1 903	5 621	6 185	6 321	4 060,00	4 649,10	6 317,49	11 411,05
Santé et des affaires sociales	1 691	2 431	4 410	4 900	5 000	3 860,00	1 201,00	1 707,56	2 167,29
Alphabétisation	40	25	237	222	256	399,60	564,00	1 026,00	77,04
Emploi	666	644	1 429	1 639	1 004	914,00	1 979,00	2 200,00	2 040,00
Projets multisectoriels	3 295	4 911	5 437	6 358	6 856	8 163,86	7 257,92	9 863,00	11 797,07
TOTAL	**10 860**	**13 532**	**21 005**	**23 750**	**24 264**	**23 296**	**19 875**	**28 551**	**37 286**

Le caractère multidimensionnel du phénomène de la pauvreté, justifie le regroupement dans le secteur dit des **« Projets multisectoriels »** tous les programmes et projets concourant directement à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des conditions de vie des populations.

Sous le vocable « projets multisectoriels », il est fait référence, essentiellement, aux projets et programme à objectifs multiples, qui occupent de plus en plus une part importante dans l'allocation des investissements publics, et traduisant les stratégies du Gouvernement en matière de lutte contre la pauvreté, conformément aux orientations du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).

Le CSLP, qui constitue le principal document de référence en matière de politique de développement économique et social du pays, repose sur une vision à long terme (horizon 2015) intégrant, notamment, la pleine atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Dans ce contexte, les principaux objectifs que le Gouvernement s'est assigné dans ce secteur, en complément des actions mises en œuvre dans les autres secteurs, sont :

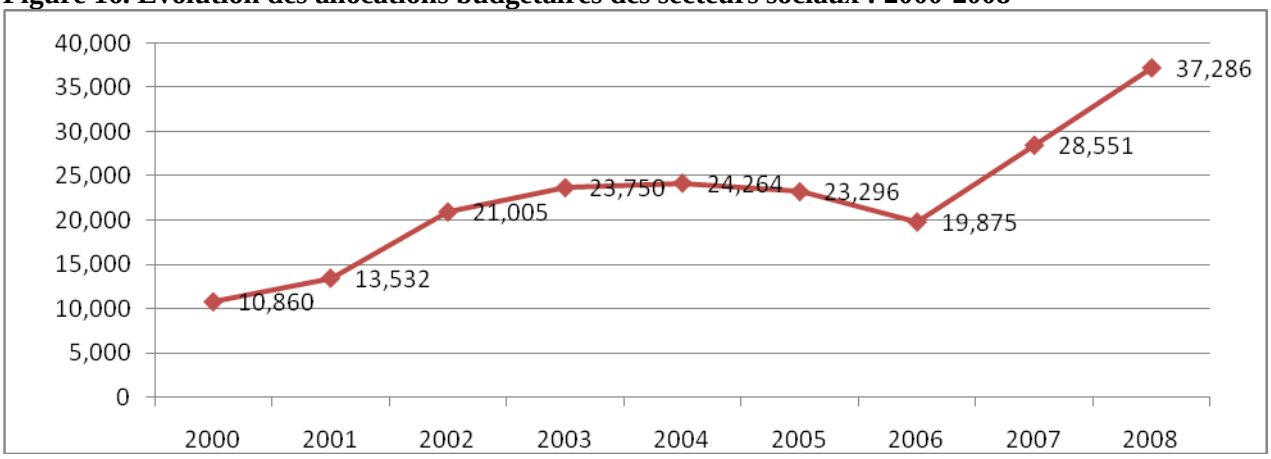
- Appuyer les initiatives communautaires par l'adoption de techniques appropriées et la réalisation de séquences d'investissement, fondées sur les microréalisations et les microprojets productifs

- Promouvoir l'emploi et le développement des ressources locales
- Améliorer la sécurité alimentaire des groupes démunis et vulnérables de la population
- Améliorer l'accès aux services sociaux de base
- Renforcer les mécanismes de suivi et d'analyse de la pauvreté

Pour que la lutte contre la pauvreté soit efficace, la participation de toutes les couches et franges de la population est nécessaire. Dans ce cadre, il importe de mettre l'accent sur le concept de développement participatif où l'objectif fixé consiste à impliquer les populations dans l'élaboration, le financement et la mise en œuvre des actions de développement.

Compte tenu de son caractère transversal, l'analyse se focalisera sur les dépenses d'investissements étant entendu que les charges de fonctionnement sont déjà examinées au niveau des Ministères en charge de l'exécution des projets de ce secteur.

Figure 16. Evolution des allocations budgétaires des secteurs sociaux : 2000-2008



Au regarde de la tendance, il ressort que le Budget consolidé d'investissement consacre une importance capitale aux secteurs sociaux. Le taux de réalisation dépasse largement les 50% sur la période d'études et avoisine en moyenne 91%.

Autres service de bases

Les politiques entreprises par le pays en matière d'accès aux sources d'énergie l'électricité et au gaz domestique) montre les efforts entrepris par le pays pour la protection sociale des groupes pauvres. Ainsi, les subventions aux prix sociaux de gaz atteignent parfois plus de 6 milliards d'Ouguiya par an. Cette subvention 40% sur le gaz domestique pour rendre le produit accessible aux consommateurs rentre dans le programme de lutte contre la pauvreté.

En ce qui concerne le volet activités génératrices de revenus (AGR) du programme d'appui aux populations pauvres a eu le jour dans la capitale économique(Nouadhibou). Cette intervention portera sur la mobilisation de financements à hauteur de 26 millions d'ouguiyas au profit de 27 microprojets dans le domaine des boutiques communautaires, de boucheries, de la poissonnerie, entre autres. Dans cette perspective la Sominex et la Somagaz ont intervenu pour assurer l'approvisionnement régulier des produits à prix abordables.

Plusieurs autres mesures ont effectivement été appliquées pour améliorer le pouvoir d'achat des populations. En plus de l'opération du Ramadan, il y a eu une exonération de certains produits de première nécessité qui a permis de baisser leur prix de 30%, puis la baisse du prix du gaz domestique de 20%, la

baisse des prix des hydrocarbures de 12%. Des quantités de produits alimentaires et de médicament ont été aussi distribuées aux populations les plus démunies, et des centres de nutrition communautaire ont aussi été ouverts, ainsi que l'organisation d'une vaste opération qui visait à soutenir le pouvoir d'achat des citoyens pendant le mois béni du Ramadan

Concernant la nutrition communautaire et la communication, 169 centres de nutrition communautaire ont été ouverts et équipés au niveau des wilayas de Nouakchott, Nouadhibou, Gorgol, Tagant, Brakna, et Hodh El Gharbi. Une stratégie nationale de communication pour changer les habitudes alimentaires a été préparée

Pour lutter contre la *gazra*, un programme de restructuration des quartiers précaires de la ville de Nouakchott tels que Arafat et Hay Essaken et de la capitale économique (Nouadhibou) a été entrepris par l'Etat Mauritanien. A cet effet, les allocations budgétaires ont été allouées pour la mise en œuvre . A cela s'ajoute les attributions à prix symbolique de terrains dans ces quartiers périphériques au profit des populations pauvres d'Arafat et Hay Essaken.

Tableau 22. Budget pour la restructuration des quartiers précaires à Nouadhibou et Nouakchott (2009-2010)

Programmation en Milliards UM	**2009**	**2010**
Restructuration des quartiers précaires /NDB	275	200
Restructuration des quartiers précaires /NKTT	1845	1800

En guise de conclusion on peut dire que les dépenses allouées aux secteurs sociaux ont nettement évoluée aux cours des dernières années cependant, les capacités d'absorption des secteurs en charge constituent un frein important pour faire évoluer les indicateurs de performance. A cela s'ajoute, la difficulté de faire la délimitation nette entre les dépenses sociales et les dépenses de protection sociale selon la présentation actuelle du budget de l'Etat et des projets de développement.

Après avoir passé un détail les dépenses des secteurs sociaux, il importe que recentrer l'analyse sur la dimension protection sociale en se basant sur la classification fonctionnelle des dépenses.

Exécution des dépenses de Protection Sociale selon la nomenclature fonctionnelle

Il importe, tout d'abord de souligner que la classe : « **Action et protection sociale** » selon la classification fonctionnelle inclue toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement afférentes aux domaines suivants, à savoir : les actions liées à la lutte contre la pauvreté, la sécurité alimentaire, la micro finances, les prestations de vieillesses, les services de promotion de la femme, les services de promotion de l'enfance, la recherche et développement dans le domaine de l'action et protection sociale et les autres actions sociales non définies. En évitant de confondre protection sociale et secteurs sociaux dont l'analyse en détail a été présentée dans les développements précédents nous sommes limités aux dépenses classées protection sociale selon la classification fonctionnelle des Nations Unies et utilisée à l'échelle internationale.

Les données disponibles selon la classification fonctionnelle des dépenses sont principalement de deux types : (i) la classification des budgets en termes de programmation (financement Etat et Extérieurs) pour les années 2007 et 2008 et (ii) l'exécution des dépenses du budget Etat (fonctionnement et investissements) hors financement extérieurs pour la période (2003- 2006).

En ce limitant à la définition de protection sociale selon la classification fonctionnelle et pour permettre la comparabilité internationale, les budgets alloués à la protection sociale représentent respectivement 0,8%

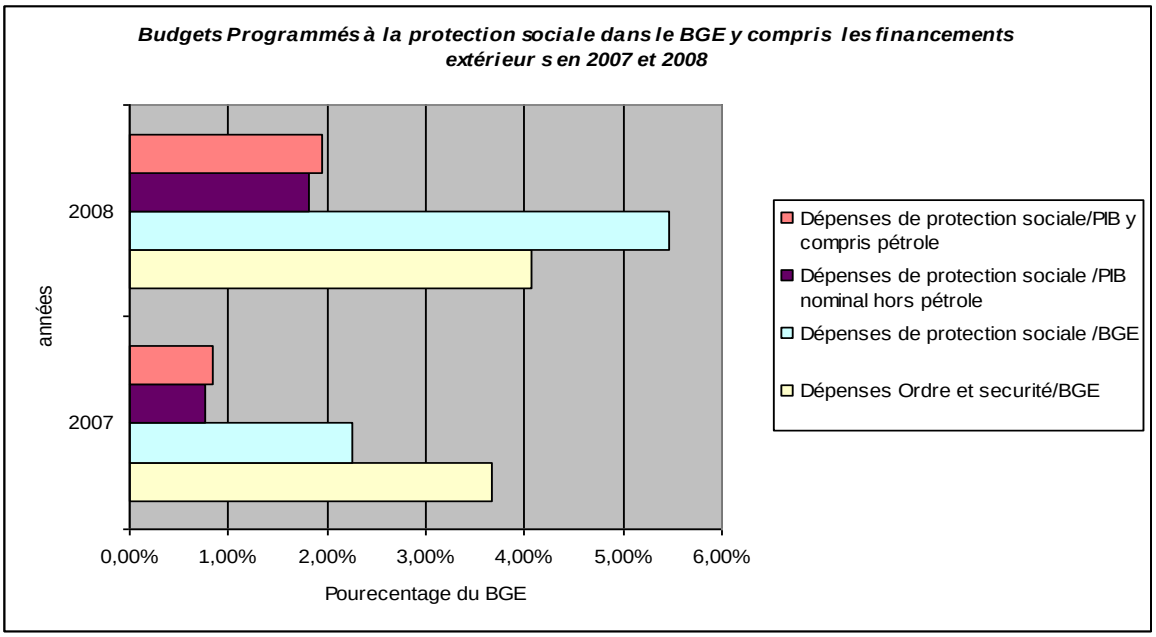
et 1,8% du PIB hors pétrole en 2007 et 2008. Or, les données disponibles montrent que la part des dépenses de protection sociale ne représente que 0,1% du PIB dans la sous région des pays du Sud du Sahara, situés de très loin des pays du Moyen Orient avec 5,7% du PIB et les pays développés avec des taux qui parfois avoisines les 30%.

En se basant sur les données disponibles, nous allons tout d'abord étudier les allocations budgétaires à la protection sociale pour les années 2007 et 2008 ensuite examiner les poids des dépenses exécutées de la protection sociale dans le budget général de l'Etat.

Allocation des ressources budgétaires

Le graphique ci-dessous montre qu'en terme de programmation, les budgets alloués à la protection sociale sont passés de 2,25% en 2007 à 5,5% en 2008, soit respectivement 5,6 et 15,4 milliards d'UM. Sur la même période, les budgets alloués aux ordres de sécurités ont représenté respectivement 3,5% et 4% des ressources programmées en 2007 et 2008.

Figure 17. Budgets programmés à la protection sociale dans le BGE y compris les financements extérieurs en 2007 et 2008



Source : MF, DGTCP, 2010.

Il faut noter que l'allocation de la dépense est un indicateur qui perte de juger de la priorité accordée par le pays à la protection sociale. Mais, la capacité d'absorption des secteurs en charge de l'exécution des politiques est déterminante pour réaliser les objectifs de protection sociale. Par conséquent, nous allons aborder dans les développements qui suivent l'exécution budgétaire des dépenses de protection sociale.

Exécution des dépenses de protection sociale

Les données disponibles sur la classification fonctionnelle base exécution des dépenses ne concernent que le budget de l'Etat (fonctionnement et investissement). Les données sur les décaissements extérieurs ne sont pas intégrées systématiquement étant donné que ces dépenses ne suivent pas le circuit classique de la dépense publique.

Malgré cette insuffisance nous allons présenter l'évolution de l'exécution des dépenses de protection sociale sur la période (2003-2006) dans le Budget Général de l'Etat.

Tableau 23: Budget exécuté de la protection sociale dans le budget général de l'Etat hors financement extérieur

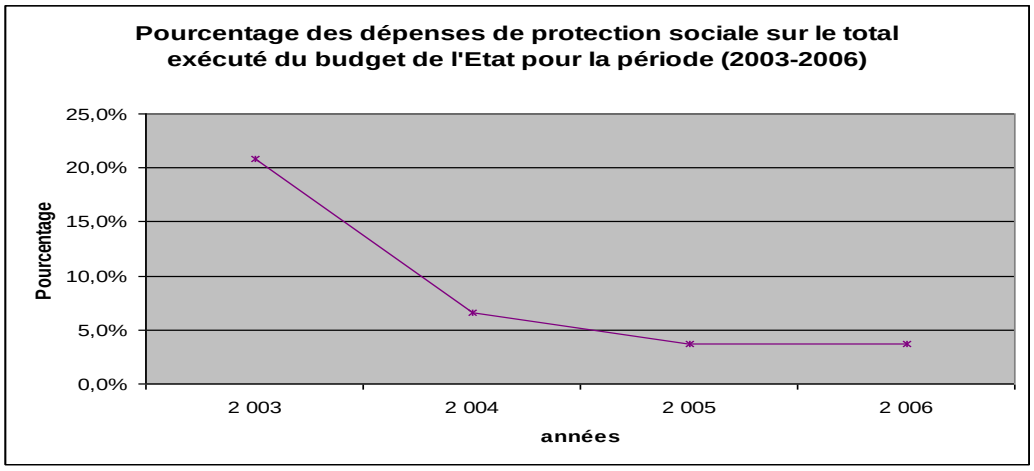
	2 003	2 004	2 005	2 006
Budget Général de l'Etat base exécution hors financement extérieur	**85 451 532 425**	**102 413 490 730**	**159 341 546 085**	**224 966 046 276**
Actions et protection sociale	17 807 213 042	6 798 167 678	5 901 331 499	8 231 683 000
Dépenses des ordres et sécurité publique	3 540 797 662	3 773 591 162	4 909 760 725	8 255 374 000
Dépenses d'action et protection sociale/Budget Général	20,8%	6,6%	3,7%	3,7%
Dépenses de sécurité / Budget Général	4,1%	3,7%	3,1%	3,7%

Source : Classification fonctionnelle, MF, 2007.

Le tableau montre que l'année 2003 fut marquée par une attention particulaire du pays à la réalisation des dépenses de protection sociale avec plus de 20,8% des dépenses du Budget de l'Etat dans le domaine de la protection sociale. Toutefois, cette priorité a connu une chute brutale avec une tendance maintenue à la baisse au cours des trois années suivantes avec respectivement 6,6% en 2004 et un niveau stable de 3,7% au cours des années 2005 et 2006.

On remarque en 2006, les dépenses de protection sociale exécutées sur le budget général de l'Etat représentent le même poids que les dépenses de sécurité, soit 3,7% du Budget Général. En l'absence de données sur la programmation initiale, l'analyse ne peut être d'avantage poussée pour éviter des jugements vagues. Or si on disposer des données de la classification des dépenses selon la programmation on peut juger de la capacité d'exécution des structures chargées des actions programmées.

Figure 18. Pourcentage des dépenses de protection sociale sur le total exécuté du Budget de l'Etat pour la période (2003-2006)



Source : MF, 2009.

Le graphique montre que les poids des dépenses de protection sociale dans le budget général de l'Etat tendent vers une stabilisation au même titre que les dépenses exécutées dans la classe « Sécurité et ordre ». Malgré l'absence de données de 2007 et 2008, on peut prévoir une reprise de l'augmentation de ces dépenses avec la mis en œuvre de deux programmes spéciaux d'intervention en 2007 et 2008.

Par conséquent, nous avons jugé utile de donner un bref aperçu sur le programme spécial d'urgence de 2008 mis en œuvre pour amortir les chocs provoquer par les effets de la crise financière sur les groupes de populations pauvres.

Programme Spécial d'Intervention (PSI) 2008

Le Programme Spécial d'Intervention porte sur les mesures d'urgence et les mesures structurelles.

Les mesures d'urgence

Les mesures urgences portaient sur l'approvisionnement du marché à travers l'acquisition d'importants stocks de produits alimentaires, la mobilisation de financements pour le renforcement des importations d'un montant de 50 millions de dollars et le renforcement de la capacité de la SONIMEX (Société National d'Import et d'Export) à assurer la régulation du marché. Le PSI visait l'atténuation de la hausse des prix sur les groupes pauvres à travers la détaxation du riz, le plafonnement provisoire de la valeur absolue des droits et taxes à l'importation applicable au blé, au sucre et aux huiles alimentaires, la subvention du pain initialement prévue pour 500 millions d'UM. Il met un accent particulier sur l'aide alimentaire et filets de sécurité

Les mesures structurelles

Les mesures structurelles portent sur la campagne agricole dont l'objectif sera de porter la production de 190 000 tonnes toutes céréales confondues soit 34% de couverture des besoins céréaliers du pays. Les productions nationales du riz et des céréales traditionnelles, attendues au cours de cette campagne couvriront respectivement 68% et 56% des besoins nationaux. De mettre aussi en place des infrastructures et barrages, digues et diguettes, l'accent sera aussi mis sur les intrants de maraichage, prime à la production par exemple le soutien aux intrants, dotations au fonds du sinistre agricole.

Dans le domaine de l'élevage, l'intervention portera sur la santé animale, la production animale tout en créant les conditions de leur accès aux marchés. Elles portent aussi sur l'emploi et les formations à travers les activités de formation et d'insertion, et des activités génératrices de revenus seront développées en vue d'améliorer l'employabilité des jeunes chômeurs et la création de revenus (AGR) au profit des ménages, notamment à travers des modalités de microcrédit.

Elles portent également sur la conduite d'un programme hydraulique urgent afin de créer des points d'eau, notamment, en milieu villageois et sur les parcours de l'élevage afin de faciliter la transhumance du bétail. Ce programme comprend également l'acquisition de 5 citernes d'eau pour la distribution d'eau aux populations en l'absence de réseaux.

Mesures budgétaires

La détaxation du riz, aliment de base pour toute la population : le riz importé le sera désormais en hors taxes et hors droits de douane ; le plafonnement provisoire de la valeur absolue des droits et taxes à l'importation applicable au blé, au sucre et aux huiles alimentaires à leur niveau du 31 mars 2008, en cas de hausse des prix à l'importance par rapport à ce niveau de référence.

L'augmentation de la subvention du pain initialement prévue pour 500 millions d'UM et dont les projections montrent qu'elle sera d'au moins 1,2 milliards d'UM ; l'augmentation de la subvention du gaz et attribution d'un complément de subvention pour la couverture du déficit d'exploitation de la SOMELEC (Société National d'Electricité) afin d'éviter des réajustements tarifaires. Ceci se traduira donc par une augmentation de la subvention du gaz butane à hauteur de 3.5 Milliards et 1.5 Milliard supplémentaire de transfert à la SOMELEC.

L'introduction d'une subvention de 420 millions UM pour la Société National d'Eau (SNDE) pour la stabilisation du tarif de l'eau à son niveau actuel. L'augmentation de 10% de la valeur du point indiciaire des salaires du personnel de la Fonction Publique et des pensions de ses retraités, à partir du mois de janvier 2008, pour un coût d'environ 3.545 milliards UM.

La présentation budgétaire actuelle rend difficile la définition de la délimitation du champ des actions relevant des secteurs sociaux et celles du domaine de la protection sociale. Toutefois, nous sommes forcés de faire cet exercice difficile et complexe. Par conséquent, la présentation du budget selon la nomenclature fonctionnelle sera un progrès considérable pour une lisibilité de l'allocation budgétaire et de juger du poids des différentes classes de la classification.

13.4 PERSPECTIVES ECONOMIQUES ET ESPACE BUDGETAIRE

L'espace budgétaire est défini par la liberté de manœuvre dont dispose le gouvernement dans le cadre du budget. Au plan technique, c'est « *L'espace budgétaire permettant au gouvernement de fournir des ressources pour certains objectifs sans compromettre la durabilité de sa position financière et la stabilité de l'économie* »[202]

Les perspectives économiques de la mauritanienne sont fortement tributaires de la production pétrolière qui a commencé en 2006 avec la mise en exploitation du champ off shore de Chinguitty. Toutefois, pour des raisons techniques récurrentes, cette production s'est révélée décevante.

En effet, prévue pour se situer autour de 75.000 barils par jour, la production pétrolière moyenne de Chinguitty s'établit à seulement 12.115 barils par jour en 2008. Néanmoins, la perspective de démarrage de l'exploitation de nouveaux gisements offshore (Tiof et Tevet), annoncée pour 2012, et la mise en évidence d'indices prometteurs au niveau de l'On shore (bassin de Taoudeni), ouvrent des perspectives économiques encourageantes pour le pays.

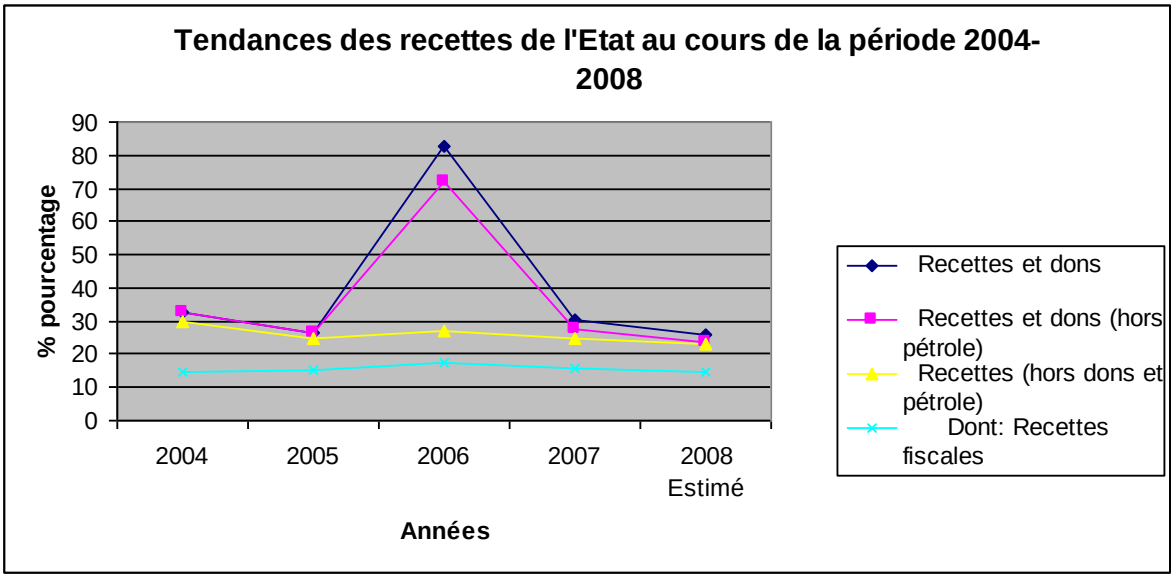
L'amélioration des ressources de l'Etat attendue de ces perspectives économiques et l'engagement des pouvoirs publics d'instaurer la bonne gouvernance dans la gestion des affaires publiques, constituent une opportunité réelle de renforcer le financement des secteurs sociaux en général et la protection sociale des groupes vulnérables tout en poursuivant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'allouer des ressources conséquentes pour la protection sociale.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le cadre macroéconomique actuel montre que les recettes hors pétrole avaient connues une tendance à la baisse au cours de la période 2007 et 2008 par rapport à la situation en 2006. Le solde budgétaire hors pétrole s'est creusé en 2008.

Le graphique ci-dessous montre les tendances des recettes budgétaires avec et sans pétrole. La tendance générale des différents types de recettes tend vers la stabilisation à un niveau approximatif en 2008.

[202] Heller (2005: 3)

Figure 19. Tendance des recettes de l'Etat au cours de la période 2004-2008



Source : Autorités Mauritaniennes et FMI, 2009.

Le secteur pétrolier impulsera ainsi l'activité économique qui devra enregistrer une croissance réelle de 6,3% et de 4,7% respectivement avec et hors pétrole entre 2010 et 2015 ; ce qui devra se traduire par la création de richesse additionnelle, condition sine qua non pour la lutte contre la pauvreté. En outre, les revenus pétroliers permettront de :

- Desserrer la contrainte budgétaire : les revenus cumulés de l'Etat provenant du partage de la production sont estimes à près 2.000 millions $US entre 2010-2015 (soit plus de 8% du PIB hors pétrole) sur la période 2010-2015. Même si la totalité de ces fonds ne sera pas injectée dans le budget de l'Etat, elle constitue un gage de stabilité et de confiance pour les finances publiques. Ces fonds faciliteront le financement de la stratégie de réduction de la pauvreté visant l'amélioration de l'accès des populations aux services sociaux de base, notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, l'eau potable et la lutte contre le chômage, mais aussi le développement des infrastructures structurantes.

- Améliorer la fiscalité : Outre la contribution directe aux revenus de l'Etat, l'exploitation pétrolière devra se traduire par un accroissement considérable de la fiscalité directe, par le biais des Impôts sur les revenus et bénéfices (IRB) prélevés sur les sociétés opérantes dans le secteur. La pression fiscale s'établirait ainsi à 17,4% en 2015, contre 14,5% en 2008.

- Renforcer la position extérieure du pays en augmentant le niveau des réserves officielles. L'amélioration de la position extérieure permettra de sécuriser davantage l'approvisionnement tant pour les produits intermédiaires nécessaires pour le développement de l'économie locale que pour les produits finaux.

- Améliorer l'accès aux services sociaux de base de qualité et de proximité et qui soit équitablement répartis entre les différentes couches de la population du pays.

- Développer les infrastructures : l'exploitation pétrolière, en particulier celle de l'on-shore exige d'importants investissements dans le domaine des infrastructures et d'ouvrages collectifs (routes, ouvrages hydrauliques, logements...). Ce qui permettra le développement aussi bien des zones de

production que des zones d'export et par la suite, l'amélioration des capacités d'accueil des infrastructures portuaires et routières en vue d'instituer un atout supplémentaire d'attractivité pour les investisseurs étrangers.

- Développer les ressources humaines : Egalement, les sociétés doivent faire face, au moins à court et moyen terme, aux coûts élevés des expatriés en adoptant une stratégie de développement des ressources humaines nationales dans le secteur, en particulier pour la formation de main d'œuvre qualifiée dans différents domaines connexes.

13.5 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

- Inclure la protection sociale comme axe prioritaire du CSLP et élaborer un CDMT pour le financement;

- Assurer une allocation optimale et efficiente des ressources aux secteurs de la protection sociale, en définissant une stratégie cohérente et claire qui définie les contours de la problématique;

- Orienter l'allocation des ressources budgétaires aux secteurs de protection sociale et assurer une répartition équitable ciblant les groupes les plus vulnérables comme les enfants, les femmes et les personnes handicapées;

- Mobiliser les ressources internes et externes pour faire accéder les populations à l'assurance universelle pour la protection des populations marginalisées;

- Un accroissement de l'espace fiscal des dépenses entrant dans le cadre de la lutte contre la pauvreté par le biais de l'augmentation des ressources extérieures et en accordant la priorité, au niveau national, aux dépenses visant la prise en charge de la protection sociale.

14. CADRES DE COORDINATION INSTITUTIONNELLE

14. 1 INTRODUCTION

L'évolution historique de la prise en compte de la protection sociale au niveau institutionnel montre que son ancrage a connu plusieurs épisodes au cours des dernières années. Cela s'est traduit par une multitude d'intervenants institutionnels dans un cadre d'absence de coordination intersectorielle devant assurer la cohérence et la complémentarité des actions entreprises par les différents acteurs impliqués aussi bien au niveau étatique que du côté des partenaires de la société civile que les partenaires techniques et financiers.

L'analyse du cadre d'intervention des acteurs dans le domaine de la protection sociale montre la multiplicité des acteurs institutionnels impliqués, de manière directe ou indirecte, dans la protection sociale. Ainsi, il faudrait examiner la problématique institutionnelle à plusieurs niveaux relatifs aux :

- La responsabilité gouvernementale sectorielle selon les domaines ayant traits à la protection sociale
- Le cadre de coordination interministériel

Tableau 24. Tableau indicatif du dispositif institutionnel actuel pour la protection sociale

Domaines de protection sociale (directe ou induite)	Départements Ministériels	Missions de protection sociales	Structures chargées de la mise en œuvre	Cadre organique
Santé	- Ministère de la santé	- Politique de santé de base, la lutte contre la malnutrition, la santé et de la mère et de l'enfance, - Disponibilité des médicaments.	Service de Nutrition, Programme de la SR Programme PEV	Service de nutrition Arrêté créant le programme forfait obstétrical Décret créant la CAMEC.
Education	- Ministère de l'enseignement fondamental	- Gratuité de l'enseignement fournitures scolaires ; - Cantines scolaires dans les écoles fondamentales	Direction Enseignement Fondamentale Direction des cantines scolaires	Décret organisant le Ministère
	- Ministère de l'enseignement secondaire et supérieur	- Attribution des bourses pour les étudiants du supérieur ; - Disponibilités des livres scolaires à prix social pour les élèves du secondaire	Université de Nouakchott Institut Pédagogique National	Décret créant l'Université Décret créant l'IPN
Nutrition et aliments fortifiants en micronutriments	- Ministère de la santé	- Lutter contre la malnutrition et les carences chez les femmes et les enfants - Sel iodé prévalence des carences en micronutriment (politique) er vitamine A	Direction de la santé de Base DAAF Ministère de la santé Composante santé du PSAN	MAED (Conseil National de la Nutritionnel) au niveau de la Primature
	- Ministère du Commerce	- Contrôle de qualité et réglementation	- Direction de la protection des consommateurs	Décret organisant le Ministère
	- Ministère de l'enseignement fondamental	- Lutter contre la malnutrition des enfants scolarisés issus des familles pauvres	Direction des Cantines scolaires	Organigramme du Département
	- Ministère ses Affaires Sociales et de l'enfance et de la famille	- Promotion de la nutrition chez les femmes allaitantes et enceintes et les enfants (0-59 moins).	Unité de gestion Composante Nutricom du PSAN au MASEF	Convention de financement avec la BM Unité de gestion de projet

	- Commissariat à la Sécurité Alimentaire	- Lutter contre les crises alimentaires dans les zones vulnérables	DAH et OSA	Décret organisant le CSA Comité National de la Sécurité Alimentaire
Sécurité sociale	- Ministère de la Fonction Publique et du Travail	- Protection sociale des travailleurs ; - Lutte contre les maladies professionnelles en milieu de travail	CNSS et ONMT	Décret organisant le Ministère de la Fonction Publique et du Travail
Protection de l'enfance	- Ministère des Affaires Sociales, de l'enfance et de la famille -	- Protection et promotion de l'enfance	Direction de la Protection de l'Enfance	Conseil National de l'Enfance (présidé par un Conseiller du Premier Ministre) y siège les représentants des départements sectoriels
	- Ministère de la Fonction Publique et du Travail	- Protection contre le travail des enfants	Direction du Travail et de la prévoyance sociale	Décret organisant le Ministère / Division travail des enfants
	- Ministère de la Justice	- Protection des droits des enfants	Direction pénitentiaire	Tribunaux
	- Ministère de la Santé	- Stratégie de survie de l'enfance	Direction de la santé de Base	Direction
Emploi et Insertion	- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle	- La formation professionnelle ; - La création d'emploi et l'insertion.	Direction de l'Emploi Direction de l'Insertion ANAPEJ, Direction de la Formation Professionnelle ; Les programmes (GIE, Pierre taillées).	Décret organisant le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle Arrêtés créant les programmes
Micro finances (AGR)	- Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle	- Impulser et promouvoir les approches adaptées en matière de promotion de la micro finance, la micro et petite entreprise, de haute intensité de main d'œuvre (HIMO) et de formation/insertion ; - Assurer la coordination et le suivi des programmes d'insertion; - Assurer la tutelle des programmes d'insertion	Direction de l'insertion	Programme PNIME ; Boutique communautaires (PSI)
	- Ministère des Affaires	- GEFEC et AGR féminines NISSA	Direction de la Coopération,	Décret organisant le Ministère

	Sociales, de l'enfance et de la famille	Banque et	Etudes et Suivi Direction promotion féminine et Genre	Arrêté Comité pilotage avec les Finances et BCM
	- Commissariat aux Droits et de l'Homme et l'Action Humanitaire	- Programme AGR	Programme attaché au Cabinet	Comité Pilotage CDHAH
Accès et l'eau et l'assainissement	- Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement ;	- Contribuer à la promotion de la décentralisation, de la déconcentration et du partenariat public/privé pour faciliter le développement du secteur eau et assainissement; - Contribuer à l'élaboration des politiques et stratégies relatives à : la lutte contre la pauvreté, la bonne gouvernance, la sécurité alimentaire et à la préservation de l'environnement. -	- Centre National des Ressources en Eau (CNRE) ; - Société Nationale d'Eau (SNDE) ; - Société Nationale des Forages et Puits (SNFP) ; - Le Ministre assure le suivi des activités de : - L'Agence Nationale d'Eau Potable et d'Assainissement (ANEPA) ; - La représentation nationale du Centre Régional de l'Eau potable et de l'Assainissement (CREPA) - Agence d'accès universel	Décret organisant le Ministère
	- Ministère de la santé	- Contrôle de qualité des eaux	- Institut national de Recherche en Santé Publique	Décret organisant l'INRSP
	- Commissariat aux Droits et de l'Homme et l'Action Humanitaire	- Appui à l'accès potable dans les zones reculées du pays (APE) et forage	Programme Eau au CDHAH	Comité de Pilotage
Accès à l'énergie (électricité et gaz butane)	- Ministère du Pétrole et de l'Energie	- Elaborer et mettre en œuvre des politiques du gouvernement dans les secteurs pétrolier et énergétique.(accès à l'eau et à l'électricité)	SOMELEC SNDE	Décret organisant le Ministère
Sécurité alimentaires	- Ministère du développement Rural.	- Favoriser l'organisation économique des producteurs et des marchés des produits de l'agriculture et de l'élevage et d'apporter l'appui et le conseil technique nécessaire en matière agricole et	Direction des politiques, et de la Coopération, du Suivi et Evaluation	Décret organisant le Ministère

		pastorale en vue de l'amélioration durable de la production et de la productivité agricoles.		
	- Commissariat à la Sécurité Alimentaire	- Lutter contre l'insécurité alimentaire dans les zones vulnérables	OSA et DAH	Décret organisant le CSA
	- Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement	- Contribuer à l'élaboration des politiques et stratégies relatives à : l'accès à l'eau, la lutte contre la pauvreté, la bonne gouvernance, la sécurité alimentaire et à la préservation de l'environnement.	Direction de l'Hydraulique Société de Forage Agence d'Accès Universel : ANEPA	Décret organisant le Ministère
Lutte contre la mendicité	- Commissariat à la sécurité Alimentaires	- Programme spécial aux bénéfices des mendiants	Programme	Programme avec Comité de Pilotage
	- Commissariat aux Droits et de l'Homme et à l'Action Humanitaire	- programme d'appui aux groupes de personnes handicapés	Programme	Programme
Assurance maladies	- Ministère de la Santé - MASEF	- Assurances maladies pour les fonctionnaires, armées, les députés et agents des établissements publics	CNAM	Décret organisant la CNAME
Protection sociale et assistance économique des PVVIH/SIDA	- Primature (Secrétariat Exécutif National)	- Disponibiliser les médicaments antirétroviraux et assistance aux malades ; - Programmes de prévention	Secrétariat Exécutif de lutte contre le VIH/SIDA Ministères sectoriels	Approche multisectorielle
Habitat social	- Ministère de l'Habitat, de l'urbanisme et de l'Aménagement du Territoire	- Concevoir et exécuter des programmes d'habitat et des projets de résorption de l'habitat précaire ; - la promotion et le développement de l'Habitat social.	Direction de l'urbanisme Programme TWISA au CDHAH	Décret organisant le Ministère
Programme d'urgence	Primature	Programme spécial d'urgence	Les départements concernés	Comité interministériel
Données sur la pauvreté	ONS, MAED	Enquêtes nationales sur la pauvreté et les vulnérabilités des ménages ; la sécurité alimentaire ; la nutrition, etc.	ONS avec ses partenaires	

14. 2 RESPONSABILITE GOUVERNEMENTALE SECTORIELLE SELON LES DOMAINES AYANT TRAITS A LA PROTECTION SOCIALE

Il s'agit de mettre en exergue les domaines des principaux ministères dont les missions touchent de manière directe ou indirecte la protection sociale.

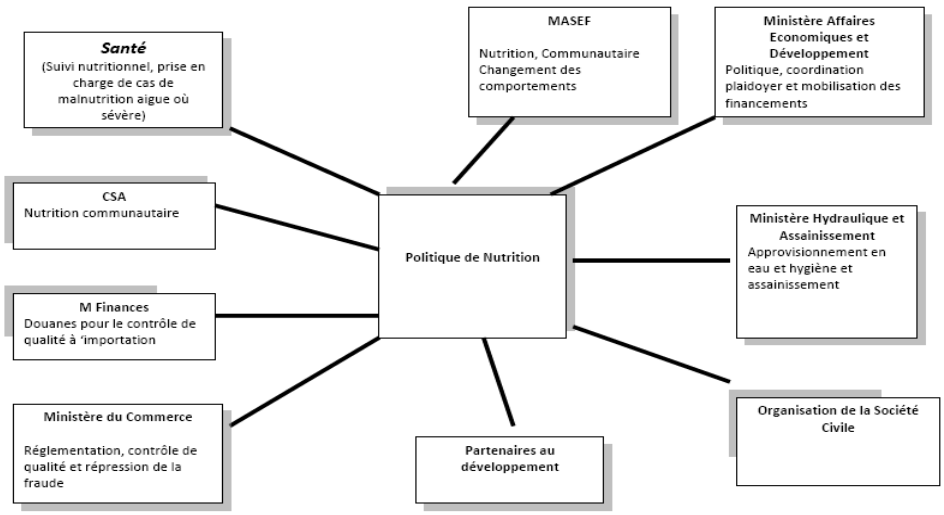
Le *tableau24* en haut donne une indication de la multiplicité des intervenants ministériels autour de la protection sociale. A cela s'ajoute l'absence d'un cadre de coordination et de concertation permettant d'assurer la cohérence et les synergies dans le domaine de la protection sociale.

En effet, l'analyse de la problématique de la protection sociale soulève les constats suivants :

- Manque d'un axe prioritaire accordé à la protection sociale au sein du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
- L'absence d'une stratégie nationale de protection sociale ;
- Complexité des interventions liées à la protection sociale ainsi que la multiplicité des intervenants
- Une responsabilité diffuse de la protection sociale (même si il y a une Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale au niveau du MASEF) ;
- L'absence d'un cadre de coordination intersectorielle au niveau de la conception de politiques de protection sociale ainsi bien qu'au niveau de la Coordination au niveau opérationnelle
- Faible visibilité de l'action du Gouvernement et l'apport des partenaires dans ce domaine à cause de l'éparpillement des actions entreprises parfois sans cohérence ni synergie ;
- Une perte en efficacité à cause de la duplication des acteurs et les doubles emplois ;
- Une absence de cadre de concertation des ministères intervenant sur un même domaine ;
- La difficulté de mesures des efforts consentis en matière de protection sociale à cause de l'absence d'une vision claire des rôles des acteurs publics.

A titre d'illustration, la complexité des composantes de la protection sociale par exemple, la nutrition qui peut mettre à contribution de plus de dix intervenants comme suit :

Figure 20. Multiplicité des intervenants dans le domaine de la nutrition



Le graphique montre la multiplicité des intervenants et la nécessité d'une synergie des acteurs pour éviter les doubles emplois et la recherche de la complémentarité pour l'efficacité et l'efficience des interventions.

Il faut noter que la politique nationale de nutrition était pilotée par le Ministère des Affaires Economiques et du Développement et la mise en œuvre se fait au niveau des différents secteurs selon leurs avantages comparatifs. Selon les dernières investigations, il a été décidé de créer un Conseil National de Développement de la Nutrition placé sous la Présidence du Premier Ministre avec comme vice président le Ministre des Affaires Economiques et du Développement et au sein duquel les différents départements concernés par la question sont représentés. Il y a également un Comité de suivi présidé par un Conseiller du Premier Ministre.

14. 3 OPTIONS DE DISPOSITIF DE COORDINATION INTERMINISTERIELLE

Les dispositifs institutionnels existants actuellement pour le pilotage des actions de protection sociales sont :

- Le Conseil National de Développement de la Nutrition, Président par le Premier Ministre ;
- Le Conseil National de l'Enfance, Présidé par un Conseiller du Premier Ministre (en cours de renouvellement);
- Le Conseil National de Protection des Handicapés, Présidé par le Conseiller du Premier Ministre (en cours);
- La Plate forme de gestion des risques des catastrophes, présidence Premier Ministre (en cours) par le Ministre de l'Environnement
- Le Comité de gestion des crises alimentaire, Présidé par le Premier Ministre (ce qui Comité devra disparaître une fois la plate forme mise ne place)
- Le Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, Présidé par le Premier Ministre
- Le Conseil National de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

Face à l'ensemble de contraintes identifiées, un dispositif multisectoriel s'impose pour assurer une efficacité des interventions et une efficience dans l'usage des ressources disponibles, tout en permettant à chaque Ministère de conserver ses missions/mandats et ses spécificités propres dans ce cadre. A cet effet, il importe de s'inspirer des dispositifs interministériels déjà expérimentés, tout en les adaptant aux spécificités de la protection sociale

Il existe plusieurs organes coordonnés par le Premier Ministère dont les actions sont centrées, entre autres, sur les dimensions de la protection sociale. Par conséquent, la mise en place d'un cadre institutionnel de mise en œuvre et de suivi de la stratégie de protection sociale devra tenir compte des dispositifs existants et étudier de manière approfondies comment mettre en synergies les avantages comparatifs des différents acteurs impliqués dans un cadre de concertation et de coordination efficace.

A cet effet, il est proposé d'approfondir les pistes suivantes :

Hypothèse 1 :
La création d'un Conseil National chargé de la Politique de Protection Sociale (CNPPS) chargé du pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la politique de protection sociale. Le CNPPS sera sous la présidence du Premier Ministre. La composition devra être ouverte aux acteurs sociaux (patronat, syndicat et ONG nationales). Il doit comprendre des organes techniques de pilotage et de suivi placés sous la présidence d'un Conseiller du Premier Ministre.

Hypothèse 2 :
Mettre en place un cadre de concertation et de suivi de la politique de protection sociale basée sur une plate forme selon les axes de la politique de protection sociale. Chaque axe de la politique sera présidé par le Ministère chef de fil ayant l'avantage comparatif si l'axe ne dispose pas d'organes existants comme le Conseil National de l'enfance, celui de la nutrition, des personnes handicapées.

L'arsenal existant sera complété par des Ministères chefs de fil qui participent aux réunions de la plate forme placée sous la présidence du Premier Ministre.

Le fonctionnement du dispositif de mise en œuvre devrait se baser sur les principes (i) de collaboration étroite et de transparence ; (ii) de participation active des acteurs étatiques et non étatiques, ainsi que l'implication des partenaires techniques et financiers ; (iii) de l'implication des niveaux décentralisés (régions/communes) dans la conceptualisation, mise en œuvre et suivi des programmes ; (iv) de recherche de synergie entre les actions et (v) de transparence et de bonne gouvernance. Pour ce faire, chaque sous programme et chaque volet de la stratégie aura un dispositif qui lui est propre mais assurant une parfaite synergie et qui soit le plus souple et le plus efficace possibles.

Les mandats et modes opératoires de ces dispositifs seront approfondis lors de la phase de l'élaboration de la stratégie nationale de la protection sociale. Dans l'immédiat, et pour la phase du développement de la stratégie de la protection sociale et son insertion dans le CSLP, ainsi que pour la phase de formalisation de la structuration, une coordination pourrait être assurée par le comité de pilotage de l'étude sur la protection sociale, dont la coprésidence est assurée par le MAED et le MASEF et dont les membres représentent les secteurs principaux de la protection sociale.

15. LA FAISABILITE D'UN PROGRAMME PILOTE - TRANSFERT DIRECTS EN ESPECES

15.1 INTRODUCTION

Les transferts directs en espèces – conditionnés ou non conditionnés – constituent les mécanismes de filets sociaux de sécurité de plus en plus utilisés dans la lutte contre la pauvreté, la vulnérabilité et l'insécurité alimentaire des ménages. A l'instar des autres instruments, ils s'inscrivent dans une vision plus large de la protection sociale. Destinés souvent aux ménages pauvres ou vulnérables sélectionnés à partir d'un certain nombre de critères, ils ont fait preuve d'une grande efficacité dans de nombreux pays, y compris en Afrique, où il y a désormais une expérience grandissante dans ce domaine. Les transferts directs en espèces conduisent à des améliorations considérables en termes de nutrition, fréquentation scolaire, utilisation des services de santé et enregistrement des naissances, comme aussi de réduction du travail des enfants. Le renforcement du développement de l'enfant a des retombées positives, contribuant ainsi à la réduction de la pauvreté à long terme. Il a aussi été démontré que les transferts d'argent ont un impact positif sur les modes et les moyens d'existence des bénéficiaires principaux, tout en produisant un ensemble de bénéfices indirectes et multiplicateurs pour des bénéficiaires secondaires et pour les économies locales. Une nouvelle vision de la protection sociale considère ces transferts comme de véritables investissements économiques et non pas comme 'des dévorateurs' des fonds publics d'aide sociale. Selon les études de coûts-efficacité, ils peuvent être considérés comme une option abordable même par des pays pauvres.[203]

[203] Devereux (2006) ; Adato et Basset (2008) ; UNICEF/ODI (2009)

Il faut cependant remarquer aussi que les programmes de transferts en cash ne sont pas une panacée. Ils ont leurs propres limites (ne pouvant pas couvrir tous les besoins) et comportent des risques (en termes surtout de gestion, mais aussi d'erreurs d'exclusion et d'inclusion de populations nécessiteuses). Ils ont leur propre complexité (par rapport aux questions de ciblage, de 'graduation', de 'dépendance', de 'cohésion sociale') et leurs propres coûts (surtout en l'absence d'infrastructures administratives fortes susceptibles de les soutenir). Dans certains contextes, par ailleurs, ils ne sont pas appropriés (par exemple, dans des situations de crises alimentaires marquées par un manque de disponibilité de produits vivriers de base ou là où les marchés ne peuvent pas fonctionner).

Dans plusieurs pays, il y a aussi les difficultés inhérentes à la capitalisation et à la pérennisation des expériences de projets-pilotes à une échelle nationale. La planification d'un programme de transferts monétaires doit prendre en compte tous ces facteurs, tout en se basant sur une analyse solide de la vulnérabilité/pauvreté locale et sur le contexte politique, institutionnel et fiscal général. Il faut aussi reconnaître que ces programmes ne peuvent en aucun cas se substituer aux autres mesures et politiques nationales concernant le développement agro-économique et l'extension universelle de services de base.

15.2 EST-CE QU'UN PROGRAMME DE TRANSFERTS EN ESPECES SERAIT FAISABLE EN MAURITANIE ?

Renseignements d'une étude régionale

Une étude récente sur les transferts monétaires en Afrique de l'Ouest et du Centre a souligné le fait que jusqu'à présent, l'utilisation de transferts en espèces comme outil de réduction de la pauvreté n'a pas encore été adopté à une grande échelle dans une région où ce sont plutôt les transferts en nature, tels que la distribution de nourriture en situation d'urgence et les programmes de cantines scolaires, à être plus fréquents. Cependant, sur la base de l'expérience d'autres pays en voie de développement, un intérêt croissant se porte maintenant vers le potentiel des transferts en espèces en tant que forme d'assistance plus souple et davantage capable de responsabiliser les bénéficiaires, leur permettant de répondre a une gamme plus large de besoins, y compris l'éducation et la santé,[204] Cette étude régionale a identifié les forces et les faiblesses de programmes de transferts en espèces déjà en cours au Cap Vert, Ghana, Nigéria, et Sierra Leone. Par ailleurs, une initiative similaire plus récente a pu récemment se mettre en place au Sénégal. Le Niger est aussi en train de considérer la faisabilité d'un tel programme. Les conclusions tirées de l'analyse de ces expériences régionales s'avèrent pertinentes pour la considération de la faisabilité des transferts en espèce en Mauritanie (*voir encadré 34)*

Encadré 34. Points clés de l'étude sur les transferts en espèces en Afrique de l'Ouest et du Centre:

- Les transferts en espèces pourraient jouer un rôle majeur dans la réduction de la pauvreté chez l'enfant en Afrique de l'Ouest et du Centre, en aidant à améliorer la nutrition, la santé et l'éducation et en réduisant des abus tels que le travail des enfants
- Des programmes universels d'allocations pour les enfants contribueraient le plus a la réduction de la pauvreté chez l'enfant, et seraient a la portée de quelques pays riches en pétrole.
- Alors que le ciblage pose plusieurs défis majeurs, y compris le risque d'erreurs significatives d'exclusion et une charge administrative lourde, seuls des projets cibles de façon plus modeste pourraient être mis en œuvre dans les pays à faible revenu.
- Dans tous les cas, les programmes de transferts en espèces requièrent un renforcement des capacités pour leur réalisation efficace et doivent être accompagnes par des améliorations des dispositifs de services sociaux de base.

Source : ODI/UNICEF (2009) *Note de Synthèse, Un rôle pour les transferts monétaires en AOC*

[204] UNICEF/ODI (2009)

Expériences programmatiques en Mauritanie

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de programmes nationaux de transferts en espèces en Mauritanie, à part quelques rares cas d'une envergure assez restreinte, comme l'assistance sociale apportée par la Direction des *Awqaf* en forme de transfert en cash (qui touche 200 familles par an).[205] Cependant, des recommandations récentes de plusieurs secteurs témoignent d'un intérêt grandissant pour cette forme d'action au niveau national.

Le projet de stratégie nationale pour la protection de l'enfant, par exemple, identifie des transferts en espèces comme mesure potentielle de prévention de la vulnérabilité de l'enfant dans son milieu social et familial et recommande «*la mise en place de filets de sécurité, à travers des programmes AGR ou de cash transfert au profit des ménages très pauvres pour leur permettre de répondre aux besoins de base de leurs enfants*. » [206]

Le CSA et le PAM ainsi que le REACH ont également formulé des recommandations récentes concernant la mise en place de ce genre de programme, à partir de son potentiel en matière de lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Ainsi, l'une des recommandations de l'un des rapports ESAM les plus récents est de « *Mettre en place des activités génératrices de revenus (AGR) au profit des populations vulnérables en milieu urbain et rural, notamment à travers des modalités de microcrédit ou de* ***transfert d'argent*** *pour l'amélioration du pouvoir d'achat des ménages.»*[207] Le programme REACH, quant a lui, identifie le transfert d'argent aux ménages vulnérables parmi les cinq priorités à entreprendre dans le cadre du programme conjoint et multisectorielle pour la nutrition. Pourtant, celle-ci est la seule parmi les cinq priorités à n'avoir pas encore été mise en place (*voir tableau25*).

Tableau 25. Statut des interventions prioritaires en matière de nutrition selon REACH

Domaine	Intervention	Indicateur du problème	Statut	Indicateur de couverture	Statut	Qualité[1]
Améliorer l'allaitement et l'alimentation en compléments	Allaitement exclusif	% de <6 mois avec allaitement exclusif % de 20-23 mois avec allaitement continu	16-20% 33%	% mères touchées par la promo. de l'allaitement exclusif	85%-95%	
	Alimentation complémentaire	% enfants 6-11 mois recevant compléments alimentaires appropriés	12%	% mères appuyées aux compl. alim.	18%	
Augmenter la prise de micronutriments	Vitamine A	Carence en vitamine A	n/d	Enfants 6 – 59 mois traités avec 2 doses de SVA l'année dernière	70%-80%	
	Fer	% < 5 avec anémie modérée / sévère % femmes enceintes avec anémie m / s	85% n/d	% enfants < 5 ; % mères ; recevant une suppl. en fer	0% <76%	
	Zinc	% < 5 avec diarrhée % < 5 avec carence en zinc	26%	% enfants < 5 consommant une suppl. ou une fortification an zinc[3]	0%	
	Iode	% enfants < 5ans souffrant de carence en iode	n/d	% des foyers consomm. du sel iodé	24%	
Améliorer le contrôle de la diarrhée et des parasites	Traitement domestique des eaux	% foyers utilis. méthodes de traitm. de l'eau % foyers avec accès: sources d'eau potable	22% 53%	% des foyers avec équip./éducation de traitement de l'eau	0% / 17%	
	Lavage des mains au savon	% pop. se lavant les mains avant de manger % < 5 avec diarrhée	22% 26%	% des foyers/mères touchés par les programmes de promo du trait. de l'eau	1% - 17%	
	Moustiquaires imprégnés (ITN)	% < 5 ans, dormi sous ITN nuit précédente Prévalence du paludisme, enfants <5 ans[2]	2% 18%	% des foyers avec un moustiquaire imprégné	12%[4]	
	Traitement préventif intermittent (TPI)	% femmes enceintes risquant le paludisme	58%	% femmes enceintes recevant 1 dose TPI sous observation directe dans une clinique	<76%	
	Déparasitage	Prévalence STH, % < 5	<20%	% enfants < 5 ayant eu un médic. anti-parasitaire l'année dernière	70%-80%	
Traiter la malnu-trition aigüe sévère	Alimentation thérapeutique	% enfants <5 avec malnutrition aiguë sévère	1.8%	% < 5 avec maln. aiguë sévère ayant reçu une alim. thérapeutique	38%[5]	?
Améliorer la sécurité alimentaire des foyers	Alimentation supplémentaire	Prévalence malnutrition aiguë globale pour les enfants <5	10%[6]	% des enfants < 5 avec maln. aiguë couverts par une alim. supplémentaire	59%[6]	
	Transferts conditionnels d'argent	% pop. vivant sous le seuil national de pauvreté	46%	% foyers sous le seuil de pauvreté recevant des transferts d'argent	0%	
	Production agricole & animale familiale	Insécurité Alimentaire Domestique	20%	% foyers recevant de l'aide pour la prod. agric. & anim. familiale	7%	

derniers jours (dans les régions endémiques 26%) ; 3. En Mauritanie, seule la supplémentation est importante ; 4. Si on considère les régions endémiques (incluant 70% de la pop.) 15% ; 5. Période de soudure; 6. Exclut les enfants avec malnutrition aiguë sévère

a présent, pas un problème grave
problème nécessitant de l'action
problème grave nécessitant action immédiate

Amélioration
Détérioration, dernières années
couverture (pleine)

AAAREACH Mauritania pilot documentation-05MaIDS-FR.ppt

REACH

17

Source : REACH (2009) *Plan d'action de nutrition de haute niveau*

[205] MASEF/UNICEF (2009) *Programme harmonise d'assistance sociale en Mauritanie, mécanisme et outils. Version 3*. Abdellahi Boumidienne, Spécialiste en Protection, Consultant (Décembre)

[206] RIM, MASEF (2009) *Stratégie nationale de protection des enfants en Mauritanie et Plan d'action 2009-2013*, Version finale (13 aout) GED-Consult, réalisé avec l'appui de l'UNICEF

[207] CSA/PAM (2009) Rapport ESAM

D'après le REACH, les services de la santé devraient conduire une étude de faisabilité concernant la mise en place d'un système de transfert d'argent conditionné à la fréquentation des membres bénéficiaires aux consultations pré- et post-natales et à la prise en charge de formes de malnutrition aigue sévères. Pour la mise en place du système de transferts, le REACH suggère l'utilisation potentielle des services de la santé eux-mêmes, des CRENAM ou d'ONG. Le *tableau 26* présente les analyses et le schéma de planification en matière de transferts en argent du programme REACH.

Tableau 26 : Synthèse des analyses et schéma de planification de transferts en cash – REACH 2009

<table>
<tr><th>Statut</th><th colspan="4">Sommaire</th></tr>
<tr><td>45% de la population au dessous du seuil de la pauvreté</td><td colspan="4" rowspan="2">• Actuellement aucune activité dans le domaine des transferts conditionnels d'argent (TCA)
• L'étude PAM a montré que les TCA sont applicables mais non viables dans l'organisation actuelle du projet : argent transféré insuffisant, # de sessions envisagées comme partie des conditions considéré comme insuffisant pour atteindre un changement significatif des comportements et le canal de livraison existant trop faible
• Inciter à la consultation pré- et post-natale continue pourrait être une intervention attractive
• Vaut toujours la peine d'être considéré dans le cas où les interventions n'ont pas réussi à induire un changement de comportement après un grand effort en utilisant les autres moyens</td></tr>
<tr><th>Couverture</th></tr>
<tr><td>0% des ménages sous le seuil de pauvreté recevant des transferts d'argent</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><th>Aspiration & Stratégies</th><th colspan="4">Proposition concrète</th></tr>
<tr><td>Aspiration : aucune

Stratégies :
• Le contexte spécifique du pays (inexistence d'un système de sécurité sociale) suggère un environnement de mise en place défavorable
• Toutefois, les TCA devraient être considérés comme un élément pour améliorer le succès des comportements Cruciaux (ex. assistance aux visites prénatales permettant la livraison de multiples interventions REACH) et quand les interventions promues s'avèrent difficiles à mettre en place par d'autres moyens</td><td colspan="4">Continuer les activités actuelles

Nouvelles activités
• Conduire une étude de faisabilité sur l'incitation à la consultation pré- et post-natale continue via le transfert conditionnel d'argent
• Envisager l'utilisation pour améliorer le succès des interventions promues par REACH difficiles à mettre en place par d'autres moyens</td></tr>
<tr><th>Catalysateur</th><th>Activités actuelles</th><th>Canal de livraison</th><th>Couverture (% ménages)</th><th>Couts</th></tr>
<tr><td></td><td>Pas d'intervention actuellement</td><td>Xx</td><td>xx%</td><td>$</td></tr>
<tr><td>PAM</td><td>1 pilote a été planifié et analysé par le PAM avec le résultat suivant
Montant du don (approx. 150$) pour la participation à 8 sessions de formation sur l'allaitement maternel insuffisant pour motiver le groupe cible
Fréquence des messages insuffisante pour créer le changement de comportement
Qualité des CRENAM comme canal de livraison insuffisante, le canal doit être organisé (ex. via le système de sécurité sociale existant)</td><td>Centres d'alimentation supplémentaire</td><td>xx%</td><td>$</td></tr>
<tr><th>Total</th><td colspan="2">Calcul de la couverture</td><td>xx%</td><td>$</td></tr>
<tr><th>Problèmes de qualité à suivre</th><td colspan="4">Problème de canal : l'argent n'arrivera potentiellement pas à la mère car aucun système solide de suivi n'est en place</td></tr>
</table>

Source : REACH (2009) *Plan d'action de nutrition de haute niveau*

Résultats des études de faisabilité précédentes

Etude commanditée par le PAM

Les diagnostics conduits dans le contexte de l'étude de faisabilité du PAM mentionnée précédemment n'ont relevé l'existence d'aucune forme de transfert d'argent en Mauritanie. Cependant, face aux taux très élevés de malnutrition et à la possibilité d'un financement de l'OFDA en faveur d'initiatives de transfert d'argent, un projet a pu être conçu pour le PAM. Le projet avait pour objectif général d'améliorer l'état nutritionnel d'enfants sujets à 'une malnutrition modérée aigue', par le biais de formes conditionnelles de transferts d'argent aux mères dont les enfants participaient aux CRENAM. Les objectifs spécifiques de ce projet étaient les suivants : (a) améliorer le taux de récupération d'enfants malnutris en augmentant le pouvoir d'achat des ménages; (b) améliorer les pratiques alimentaires des ménages par le biais de sessions concernant un système de nutrition conditionnel et l'éducation sanitaire; et (c) capitaliser les résultats et les leçons apprises pour une programmation d'un transfert d'argent au niveau de la Mauritanie tout entière.

Le projet devait initialement affecter environ 900 ménages dans la zone périurbaine de Nouakchott et le Gorgol. Des transferts d'argent devaient être mis en place sur une période de quatre mois, en fonction de la fréquentation des bénéficiaires potentiels à des sessions d'éducation d'une heure sur la nutrition et l'hygiène. Puisque la mère souvent partage les rations CSB avec les enfants et le reste de la famille, l'on s'attendait à ce que l'allocation monétaire lui aurait permis de se procurer des produits alimentaires pour les enfants comme aussi d'autres bien pour améliorer l'hygiène et l'eau potable.

Cependant, le PAM décida de ne pas donner une suite à ce projet, puisque les conditions permettant sa mise en œuvre ne semblaient pas être réunies. En revanche, la mission d'évaluation recommanda d'intensifier les initiatives nutritionnelles existantes. En particulier, la mission souligna plusieurs points, entre autres les suivants : l'absence de partenaires appropriés capables d'assurer la mise en œuvre et le suivi du programme; la nécessité de renforcer au préalable le CRENAM par rapport au système, en général, et l'éducation nutritionnelle, en particulier; et la mise en place de mesures visant à améliorer les synergies et l'harmonisation entre les différents programmes du PAM.

D'autres recommandations avaient porté sur la conduite d'analyses plus approfondies sur les aspects suivants : les institutions financières existantes; les coûts-bénéfices comparatifs du système bancaire formel et du secteur de la micro finance; les modèles des dépenses des ménages; le niveau de prise de conscience des mères en matière de problèmes nutritionnels; et le système du marché par rapport à son fonctionnement et sa portée (à cet égard, on pensait qu'il pourrait y avoir des risques liés à l'inaccessibilité des marchés ou à leur manque de diversité).

Etude commanditée par Save the Children UK

Une autre étude récente de faisabilité pour un projet pilote filet de sécurité/transfert social a été commanditée par le bureau régional de Save the Children UK pour le compte d'ECHO. Cette étude avait pour but d'identifier les options concernant la mise en place d'un programme susceptible d'apporter une réponse appropriée au problème de manque de pouvoir d'achat des ménages pauvres comme l'une des éléments clés dans la malnutrition des enfants.

Cette étude s'est focalisée sur deux régions du pays – le Gorgol et le Guidimakha – identifiées comme étant parmi les régions avec les plus grandes potentialités d'agriculture mais au même temps les taux les plus hauts de malnutrition infantile. Elle a été menée en conjonction avec des enquêtes sur les économies de ménages (HEA) dans les deux zones. L'enquête HEA a apporté des informations importantes concernant l'établissement de filets de sécurité, en particulier par rapport (i) aux critères de ciblage et (ii) au type, volume, et période des transferts d'argent. Save the Children a utilisé ces principes dans le cadre

d'un programme au Niger et avait l'objectif de lancer une programme similaire en Mauritanie. Il avait aussi été assumé que les analyses et l'étude de faisabilité aurait pu assurer une transition effective entre une approche humanitaire répondant à une situation de malnutrition aigue à court terme et un programme de développement à long terme susceptible de s'attaquer d'une manière efficace à la malnutrition des enfants au Sahel. [208]

En étroite concertation avec les acteurs principaux sur place, tout en considérant les différentes options de filets de sécurité (*voir encadré 35 pour une liste de ces filets selon la Banque Mondiale*), cette étude de faisabilité a souligné l'importance de transferts d'argent pour les raisons suivantes:

- Complémentarité avec système et interventions déjà en place pour l'assistance alimentaire
- Accent sur les causes économiques de la malnutrition (selon les résultats de l'Enquête Household Economy Analysis (HEA)
- Intérêt agrandissant (global) pour les transferts en 'cash' dans les systèmes nationaux de protection sociale
- Existence d'un système d'aide alimentaire et intérêt national pour tester une nouvelle approche complémentaire

Encadré 35. Les filets sociaux de sécurité au sein d'une protection sociale plus large

Le terme « filet social de sécurité » ou « assistance sociale » fait référence à des programmes de transfert non **contributifs ciblant, d'une manière ou d'une autre les pauvres ou les personnes vulnérables, tels que :**

• Les **transferts en espèces** ou les **bons d'alimentation**, catégoriels ou soumis à des conditions de ressources, comme les **allocations familiales** ou les **pensions sociales**.
• Les **transferts en nature**, les programmes de repas scolaires ou de supplémentassions destinés aux mères et enfants étant les plus courants, mais également les distributions de rations alimentaires à emporter, de fournitures scolaires, d'uniformes, etc.
• La **subvention des prix**, souvent de la nourriture ou de l'énergie, au profit des ménages.
• **L'emploi dans le cadre de programmes de travaux publics** à forte intensité de main d'œuvre, parfois dénommé « allocations conditionnelles ».
• Les **transferts monétaires ou en nature** destinés aux ménages pauvres et soumis au respect de conditions spécifiques imposées en matière d'éducation ou de santé.
• **L'exemption de droits** pour les services de base, les soins de santé, la scolarisation, les services publics ou les transports.

Les filets sociaux de sécurité ne constituent qu'une partie de la politique de **protection sociale** ou **politique sociale**. La protection sociale inclut également les programmes d'assurance sociale contributifs tels que les pensions/retraites, l'assurance chômage ou d'autres politiques du marché du travail. La politique sociale comprend des programmes publics de protection sociale, de santé et d'éducation, avec parfois des éléments importants relatifs aux politiques énergétiques ou du logement.

Source *:* Banque Mondiale (2008) *Pour la protection et la promotion. Conception et mise en œuvre de filets sociaux de sécurité efficaces*. Ecrit par Margaret Grosh, Carlo del Ninno, Emil Tesliuc et Azedine Ouerghi.

Vu la nature novatrice d'un tel type de programme en Mauritanie, l'étude de faisabilité faite par Save the Children a inclus une analyse AFOM/SWOT (atouts, faiblesses, opportunités et menaces) pour aider la réflexion nationale. Force est de reconnaître que plusieurs remarques formulées au moment de l'analyse de la proposition originale du PAM gardent toute leur actualité. Cependant, la possibilité d'utiliser des mécanismes qui n'impliquent pas les CRENAM permet d'envisager d'autres opportunités en matière de

[208] Watson, Carol (2009) *Etude de faisabilité pour un projet pilote/filet de sécurité/transferts social en Mauritanie : Rapport de mission pour Save the Children de 23 mai au 11 juin 2009.*

transferts d'argent. Plusieurs partenaires ont conseillé une grande prudence à ce sujet, parce qu'il s'agit d'une approche nouvelle. Mais un grande nombre parmi eux ont aussi convenu sur le fait qu'il serait important de tester cette expérience à cause de son intérêt évident, à condition bien entendu que l'on tienne compte des différents facteurs de son succès ou son échec – comme l'analyse AFOM/SWOT le montre (*voir tableau 27).*

Tableau 27. Projet de filet de sécurité/ transfert 'cash+' en Mauritanie : Analyse AFOM ('SWOT')

Atouts	**Comment les accentuer ?**
• Réponse aux causes économiques de la malnutrition • Complémentarité avec la distribution de produits alimentaires • Apport de mesures incitatrices à l'économie locale • Responsabilisation et renforcement des capacités des femmes (*gender empowerment*) • Prise en compte de l'existence de coopératives et d'associations féminines dans plusieurs villages • Valorisation et renforcement de la capacité des ONG déjà en place pour mener une telle activité • Efficacité du transfert en cash	• Choisir une agence appropriée pour la mise en œuvre des activités • Mettre en place au préalable des études diagnostiques référentielles de qualité et un système de suivi des prêts pour une mise en œuvre appropriée • Privilégier une approche qui bénéficie les femmes • Mettre en place un système de coordination avec d'autres intervenants et services techniques déconcentrés • Renforcer et responsabiliser les structures de la société civile locales (associations, groupements, etc.)
Faiblesses	**Comment les pallier ?**
• Manque d'expérience préalable de ce genre d'interventions en Mauritanie • Faiblesse du marché et de circuits commerciaux libres (à cause des monopoles) • Manque potentiel de produits alimentaires variés susceptibles d'assurer une nourriture appropriée aux enfants • Manque de réseaux bancaires et de structures de micro crédits • Difficultés par rapport à l'accès aux services sanitaires et techniques de base de la part des populations (Structures existantes de la prise en charge de la nutrition - CRENI, CRENAS, CRENAM – ne touchent pas tout le monde et ont également besoin de renforcement) • Eparpillement et enclavement des villages d'agriculteurs et mobilité des populations - surtout en saison d'hivernage - rendant difficile la distribution d'espèces et le suivi • Faiblesse générale de systèmes de gestion et de contrôle assez a tous niveaux	• Assurer une formation technique adéquate • Mettre en place une étude sur le marché pour mieux comprendre les potentialités et les contraintes et mieux suivre l'évolution des prix et la disponibilité des produits de première nécessité • Adopter une approche flexible et appropriée qui tient compte de la variété des situations • Apporter un appui conseil adéquat aux services de microcrédits déjà opérationnels • Offrir un soutien logistique pour assurer la mobilisation des techniciens-relais dans les villages • Etablir une stratégie de distribution adaptée (par l'utilisation, par exemple, d'allocations plus grandes/moins fréquentes, et/ou par l'identification de centres de proximité) ; • Mettre en place (à la base de l'enquête HEA) un système participatif continu de collecte et d'analyse des données • Etablir un système de gestion fiable
Opportunités	**Comment les saisir ?**
• Possibilité d'ajouter une intervention EIC auprès des femmes • Tester une modèle nouvelle de protection sociale pour les plus vulnérables qui pourrait par la suite être considéré pour une application plus large • Renforcer les capacités locales • Possibilité de lier l'intervention à une activité génératrice de revenus ou à l'accès au microcrédit	• Lier le transfert en espèces à la participation aux activités de formation/ information/ production (conditionnement léger) • Assurer une collecte et analyse des données par le biais d'un système de suivi-évaluation qualitativement et quantitativement performant • Définir un 'paquet' des interventions adaptées aux différents zones et intégrer l'ensemble des activités

• Lier l'analyse de la multiplicité des causes de la malnutrition aux interventions plus performantes • Intérêt exprimé pour tester le transfert en cash et pour mener les réponses a large échelle (eg à travers REACH	sur le terrain • Collaborer avec les structures et les agents techniques sur place pour une bonne coordination • Faire des investissements dans la formation en gestion financière
Menaces	**Comment les éviter?**
• Ciblage inexacte des bénéficiaires les plus pauvres • Mauvaise analyse de problèmes prioritaires liés à la vulnérabilité (manque de vivres plutôt que manque d'argent, par exemple, comme facteur limitant) • Manque de critères transparents et bien définis par rapport à la stratégie de sortie (à moins que ca soit liée à la période de la soudure) • Accentuation des tensions sociales entre les villages et au sein des villages (entre 'les gagnants' et 'les perdants') qui pourrait aussi avoir un aspect ethnique; et 'bras de fer' potentiel avec les hiérarchies traditionnelles • Détournement des fonds alloués aux bénéficiaires identifiés (à tous les niveaux) a cause de manque de systèmes performants de gestion et de contrôle • Non-utilisation des fonds par les bénéficiaires en fonction des objectifs prévus • Insécurité liée à la livraison des fonds • Renforcement de la mentalité 'd'assistés' au niveau des bénéficiaires	• Renforcer la dialogue et la concertation avec les parties prenantes locales • Approfondir l'analyse de la situation de vulnérabilité et de l'insécurité alimentaire en général ainsi que de la malnutrition des enfants en particulaire • Utiliser des méthodes de ciblage communautaires et participatives basée sur les critères économiques de HEA • Etablir un système de contrôle et de gestion de qualité à tous les niveaux (identification, registration, distribution, et suivi) • Définir des mesures de sécurité appropriées • Mettre en place un programme de sensibilisation des bénéficiaires, et intégrer un volet concernant les activités génératrices de revenus.

Source: Watson, Carol (2009) *Etude de faisabilité pour un projet pilote/filet de sécurité/transferts social en Mauritanie : Rapport de mission pour Save the Children de 23 mai au 11 juin 2009.*

D'autres avis récoltes lors des entretiens a Nouakchott, Sélibabi et Kaédi ont porté des éléments supplémentaires par rapport aux composantes spécifiques d'un projet pilote base sur les transferts en espèces *(voir tableau 28).*

Tableau 28 . Avis divers sur les différentes composantes d'un projet pilote potentiel

L'idée de base	• Beaucoup sont convaincus du bien-fondé de l'idée d'un transfert d'espèces susceptible de s'attaquer aux vrais problèmes économiques des ménages. • D'autres sont un peu plus réticents, citant le risque de dépendance (celui de renforcer une mentalité d'assistés), et aussi les problèmes de gestion et détournement possibles ('*La ou il y a argent il y a problème*')
Coordination / gestion	• Les uns soutiennent l'importance d'associer les structures étatiques régionales (Del.de la Santé et surtout de l'Agriculture) à un comité de référence/pilotage/gestion sur le terrain • Les autres préfèrent une gestion indépendante, mais avec la coordination les services techniques locaux • Enfin, d'autres recommande que Save the Children puisse continuer à assurer une coordination technique au niveau du bureau régional • Tous sont cependant d'accord sur le fait qu'il faudrait établir un système de gestion assez rigoureux.
Mise en œuvre	• Quelques ONG internationales déjà sur place seraient en mesure de mettre en œuvre un tel projet (avec un soutien préalable en matière de ressources

	humaines, financières, logistiques, etc.) • Il y aurait également des capacités au niveau local et à Nouakchott par rapport aux études de base, le suivi et l'évaluation, mais à des niveaux qualitatifs très différents • Il est clair à tous qu'il faudrait que le projet dispose d'une bonne équipe d'animateurs/animatrices
Points de dépistage et de distribution : s'appuyer sur les structures existantes?	• CRENAM : Quelques uns suggèrent (comme pour la proposition précédente du PAM) que le projet s'appuie sur les CRENAMS dans les villages; d'autres déconseillent cette idée, soit à cause de la faiblesse de ces structures, soit à cause de l'ambigüité de mélanger vivres et argent soit, engin, par le risque des effets pervers possibles d'une tendance à augmenter la malnutrition simplement pour recevoir l'argent. • CRENAS : Celles-ci ont le mérite d'être supervisés par la Santé ; mais elles visent les cas de malnutrition sévère, ce qui n'est pas la seule cible du projet. En plus, elles se trouvent dans les centres/postes de santé qui n'ont pas toujours un rayon très large de couverture • Centres d'approvisionnement : S'il n'est pas possible de faire la distribution dans chaque village, il faudrait identifier où les gens s'approvisionnent pour y faire la distribution (plus l'animation)
Structures d'appui dans les villages/communes	• Coopératives féminines : Les femmes des villages sont souvent organisées en coopératives (surtout pour le maraîchage). On pourrait s'appuyer sur ces structures pour certaines composantes du projet (surtout pour les activités génératrices de revenu) • On craint, cependant, que certaines de ces coopératives féminines ne fonctionnent pas très bien et/ou qu'elles soient dominées par la femme des chefs de village. • Les Comités Villageois de Développement (CVD), soutenus par le programme x, bénéficient d'une caisse villageoise prévue pour soutenir leurs activités : il serait possible de s'appuyer sur cette caisse et ces structures pour le transfert d'espèces. • Certains, pourtant, craignent que cela puisse être assez compliqué ou comporter le risque de lourdeurs administratives. • Il y a également la possibilité d'établir des Caisses communales, mais les mêmes craintes d'un manque de fonctionnement se posent que pour les CVD. • Certains suggèrent qu'il faudrait mieux envisager des structures spécifiques des femmes bénéficiaires du projet, au lieu de se baser sur les structures existantes (qui risquent de créer des complications, problèmes de coordination, etc.)
Priorité aux femmes	• Presque tous conviennent sur le fait qu'il serait opportun de donner l'argent directement aux femmes, pour une meilleure gestion selon les objectifs prévus. • D'autres, bien moins nombreux, ont émis le souci que la femme ne soit pas à même de gérer ses fonds (par coutume, à cause de l'autorité du mari, etc.). Une grande vigilance doit alors être envisagée.
Ciblage	• Tout le monde convient sur le fait qu'un bon ciblage constitue un problème crucial, soit par rapport à la zone (certains ne sont pas convaincus que les zones choisie pour l'enquête HEA soient vraiment les plus vulnérables) soit pour les villages au sein de la zone choisie (la question de la multiethnicité des ces zones est soulevée ainsi que la difficulté à distinguer différents dégrées de pauvreté entre les villages). Il y aura également le problème du ciblage des ménages vulnérables au sein d'un même village.
Fréquence et durée	• La plupart exprime l'avis (conforme au système classique) que la

	distribution de l'argent serait mieux faite par petites tranches mensuelles • D'autres, en reconnaissant les difficultés de transport et l'enclavement saisonnier, suggèrent que la distribution se fasse par tranches plus grandes et moins fréquentes, mais ils soulèvent les risques de la sécurité de l'argent et son utilisation selon les objectifs prévus. • On pense aussi que des tranches trimestrielles (surtout au début) pourraient donner aux femmes la possibilité de faire quelques investissements • D'autres suggèrent qu'une durée de 4 – 6 mois serait suffisante (pour couvrir la période de soudure)
Composantes additionnelles	• Pour la majorité des gens interviewés, il serait utile d'accompagner le transfert d'espèces avec d'autres interventions de soutien – surtout pour les activités génératrices de revenus ou l'octroi de microcrédit, le les activités de maraichage de femmes, la formation des femmes en gestion, et les activités IEC sur la santé et la nutrition de l'enfant. • Pour cela, cependant, il faudrait constituer une équipe d'animation pluridisciplinaire et établir une concertation avec les services techniques locaux.
Formes alternatives de transfert	• Sur la base d'une précédente expérience d'Oxfam, certains suggèrent de donner des petits ruminants (chèvres laitières) au lieu de l'argent (ou ensemble avec l'argent) : cela pourrait servir à la fois comme capital et comme source de nourriture (lait). • D'autres acceptent cela comme une possibilité, mais sont un peu plus réticents : il faudrait veiller à la possibilité d'assurer une couverture sanitaire et alimentaire aux chèvres – cela n'a pas toujours été évident dans l'exécution du projet d'Oxfam

Source: Watson, Carol (2009) *Etude de faisabilité pour un projet pilote/filet de sécurité/transferts social en Mauritanie : Rapport de mission pour Save the Children de 23 mai au 11 juin 2009.*

Les résultats de l'étude de faisabilité de Save the Children, les premiers résultats de l'étude HEA dans le Gorgol et le Guidimakha, les conclusions des entretiens avec les acteurs clés à Nouakchott et sur le terrain ainsi que l'analyse des documents et des données actuellement disponibles indiquent clairement que la mise en place d'un projet-pilote novateur axé sur le transfert d'espèces ***pourrait effectivement apporter une aide substantielle à un groupe de femmes 'pauvres' et 'très pauvres' pour leur permettre d'assurer une meilleure nutrition à leurs enfants.***

En tenant compte des résultats de nos concertations avec les différentes parties prenantes, cette étude de faisabilité a recommandé la mise en place d'un paquet d'interventions liées au transfert de cash. Les options spécifiques *(voir tableau 29)* seraient à déterminer ultérieurement, en fonction des spécificités des zones géographiques qui seront retenues - comme cela est démontré par les études HEA et les autres sources d'information. Par conséquent, les options suivantes seraient à considérer :

Tableau 29: Options pour un paquet d'interventions « Cash Plus »

Cash + accompagnement d'animation, d'activités IEC en nutrition; de soutien et de suivi techniques	Volet essentiel; réponse aux causes économiques et non-économiques de la malnutrition
Transfert mixte: cash + aliment (ou bon pour aliment) riche en nutriments	Pour pallier aux faiblesses du marché et pour donner plus de pouvoir aux femmes d'assurer la bonne nutrition des enfants

Cash + microcrédit / activités productives/ génératrices de revenus et liées à la nutrition (dons/prêts de chèvres laitières; soutien aux jardins maraichages, etc.)	Pour renforcer la réponse aux causes économiques de la malnutrition et soutenir une solution durable

Source: Watson, Carol (2009) *Etude de faisabilité pour un projet pilote/filet de sécurité/transferts social en Mauritanie : Rapport de mission pour Save the Children de 23 mai au 11 juin 2009.*

Les spécifications et considérations techniques pour la mise en place d'un tel projet pilote basé sur les transferts directs en espèces, reproduites en *annexe 5,* traitent des recommandations et justifications concernant : le type de transfert à effectuer; les options pour le conditionnalité ou la non-conditionnalité; les objectifs globaux d'un tel programme; les études et analyses d'accompagnement; la définition d'indicateurs et l'établissement d'un système de suivi et évaluation; la couverture et les méthodologies de ciblage; les partenaires potentiels; les paramètres opérationnelles des transferts tels que la détermination du montant à distribuer, la fréquence, le lieu, et les moyens de distribution; et les mesures d'accompagnement et les mesures de contrôle, gestion et coordination.

15.3 CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS ET ELEMENTS DE REFLEXION

Il est clair, à partir des résultats des différentes études de faisabilité, qu'un programme de transfert en espèces qui cible les ménages pauvres/vulnérables avec un soutien monétaire régulier et prévisible représenterait une réponse appropriée dans le court/moyen terme aux problèmes d'insécurité alimentaire et malnutrition liés à la pauvreté en Mauritanie. Quelques pistes utiles pour le développement d'un tel programme existent déjà. Mais il est aussi clair que, vu la nouveauté de ce genre d'outil de la protection sociale et l'absence or la faiblesse des structures administratives pour son implémentation, il faudrait envisager au préalable beaucoup de travail de préparation avant sa mise en place. Par conséquence, cette option mérite encore des réflexions au niveau national, en particulier en termes de planification intersectoriel, ainsi que des décisions sur des points clés de sa structuration. Parmi les éléments de réflexion à considérer, il faut mentionner les suivants:

- L'initiative REACH, qui réunit tous les partenaires et acteurs clés autour d'une programmation conjointe dans le domaine de la nutrition semble offrir un cadre optimal de coordination et de réflexion pour des transferts monétaires, d'autant plus ce ces transferts ont déjà été identifiés comme l'une des interventions prioritaires par son plan d'action 2010/11.

- Un programme pilote de transferts en espèces pourrait être intégré à un projet de nutrition qui est déjà en cours dans deux régions (Sud-est de la Mauritanie) avec le concours de plusieurs partenaires multisectoriels : ce projet, qui vise l'accélération de la lutte contre la malnutrition autour de différentes activités, a déjà mis en place une structure de coordination/gestion décentralisée de programme (ce projet aurait aussi la capacité de mobiliser des fonds additionnels).

- Un programme similaire pourrait aussi être mis en place en milieu urbain, pour permettre à des populations particulièrement démunies, fragilisées par la hausse des prix des denrées de première nécessité, de bénéficier d'un soutien régulier de transferts monétaires.

- Les éléments touchant les priorités de la protection de l'enfant pourraient faire partie du programme, cela pouvant créer des synergies optimales.

- Un processus à la fois politique (nécessitant un consensus de toutes les parties prenantes) et technique (faisant appel à l'expertise requise) devrait permettre d'élaborer l'ensemble des dimensions d'un

programme éventuel, surtout par rapport aux aspects suivants : dispositif institutionnel (structures de gestion, coordination, administration), modalités opérationnelles (distribution de l'argent, estimation réelle des coûts, etc.), dimensions techniques (conditionnalité ou non des transferts; montants, fréquence et durée des distributions; bénéficiaires éligibles, etc.).

- Après la définition et mise en place des dispositifs essentiels du programme éventuel, il serait nécessaire d'entreprendre une étude de faisabilité plus approfondie (accompagnée par des enquêtes de base, à savoir une enquête type-HEA) dans les zones géographiques qui auront été retenues, pour établir la situation de départ (pour l'évaluation d'impact) et assurer un ciblage approprié des ménages les plus pauvres.

- Des approches de 'recherche/action' et 'd'apprentissage par l'action' auraient une importance capitale pour la capitalisation des résultats de ce programme pilote et novateur (ces approches permettraient de favoriser rapidement l'élargissement progressif du programme à tout le territoire national)

- La responsabilisation des autorités locales (élus communaux) et des responsables des structures techniques déconcentrées (le DRASS) devrait être considérée comme un élément stratégique prioritaire. Cela permettrait, entre autres, d'intégrer toute initiative spécifique dans les plans de développement locaux. Par ailleurs, il serait important d'identifier l'ensemble des acteurs institutionnels locaux (y compris les associations de la société civile et les ONG internationales et nationales), leurs capacités et leur rôle potentiel et d'envisager des formes de partenariat solide.

- Les transferts en espèces font l'objet d'un intérêt grandissant de la part de plusieurs partenaires techniques et financiers (entre autres, Union Européenne, Banque Mondiale, UNICEF, DFID). Le contexte semble ainsi très favorable à la définition et la mise en œuvre d'un programme national au niveau à la fois du renforcement des capacités dans ce domaine (au niveau national et local) et la facilitation des échanges d'expériences avec d'autres pays, en particulier ceux de la sous-région.

PARTIE IV: CONCLUSIONS ET FEUILLE DE ROUTE

16. CONCLUSIONS

16.1 UN REGARD D'ENSEMBLE

Cette étude introduit un **cadre *conceptuel de la protection sociale*** qui met l'accent, d'une part, sur sa pluri-dimensionnalité et, d'autre part, sur l'aspect pluridisciplinaire de toute approche ou réflexion s'y référant, en particulier par rapport à une protection sociale sensible aux vulnérabilités multiples des enfants. Elle souligne aussi le fait qu'en Mauritanie, il y a désormais l'émergence d'une ***prise de conscience grandissante*** sur la nécessité d'une véritable stratégie nationale à ce sujet. Cette stratégie se situerait au sein d'une stratégie globale de la lutte contre la pauvreté et serait à mesure de porter une assistance cohérente, efficace, et équitable aux populations les plus vulnérables.

En Mauritanie, des efforts ont déjà été déployés en matière à la fois de ***conceptualisation de la protection sociale,*** de la mise en œuvre ***des initiatives d'action sociale*** et ***de réponses aux crises,*** du développement d'un système de ***sécurité sociale*** et des mécanismes de ***partage de risques médicales***. Il y a également, au sein de différents secteurs, des actions et des stratégies qui visent à étaler les ***services sociaux*** aux populations les plus vulnérables et de fournir un soutien en forme de filet de sécurité aux ménages et aux individus à risque. Tout cela est prévu dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (2006- 2010) qui perçoit la protection sociale à la fois comme domaine et comme approche dans la lutte contre la pauvreté qui doit concentrer des efforts intersectoriels de réduction de la vulnérabilité.

Pourtant, pour la plupart, ces efforts restent fragmentés, éparpillés et sans la vraie cohérence que seul pourraient créer des synergies positives, afin d'élargir la couverture et de maximiser les impacts des différentes interventions en faveur des populations vulnérables. Faute d'une stratégie d'ensemble, de structures de coordination, et d'un système de suivi global qui prend comme point de départ une base de données et des analyses en commune, l'approche reste morcelée et ses résultats en dessous des attentes.

16.2 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PAR SECTEUR ET DOMAINE

Action sociale

Une vision large de l'action sociale anime les efforts nationaux et contribue à la lutte contre la pauvreté, la réduction de la vulnérabilité économique et sociale et la protection des populations les plus démunies. La recherche d'une approche globale et intégrée se manifeste à travers la mise en place de différentes configurations institutionnelles, l'élaboration de divers plans d'action portant sur plusieurs domaines, l'organisation d'une multitude d'activités de réflexion nationale sur des différents éléments d'une telle approche, les tentatives de développer les cadres analytiques requises, comme aussi la mise en œuvre de différents mécanismes pour l'opérationnalisation effective des actions prioritaires identifiées.

Mais, comme déjà constaté au sujet de la mise en place d'un véritable programme de protection sociale dans le sens large du terme, ces efforts ont rencontré de multiples contraintes. Ces contraintes sont liées à plusieurs facteurs : le manque de moyens (financiers, humains, matériels, et logistiques) ; l'absence de données compréhensives et opérationnelles concernant la situation de vulnérabilité et de pauvreté susceptibles de permettre un ciblage approprié; l'absence de formes de partenariats claires et cohérentes; et surtout, peut-être, le manque d'une structure institutionnelle capable de coordonner les efforts dans les différents domaines de la protection sociale – ce qui dépasse de loin le mandat d'un département unique.

Une stratégie nationale de protection sociale fondée sur une politique d'action et d'organisation institutionnelle claire et la mise en place d'une structure de coordination conséquente dans ce domaine devrait permettre au gouvernement de trouver une solution à toutes ces contraintes. Au préalable, des analyses institutionnelles approfondies pourraient dégager les forces et les faiblesses des différents départements gouvernementaux concernés (au niveau central et décentralisé), afin d'identifier les besoins en termes de renforcement des capacités et/ou de restructuration/rationalisation éventuelle.

Sécurité sociale

Malgré son renforcement récent par la mise en place d'un système d'assurance maladie, le système formel de sécurité sociale ne couvre qu'une minorité infime de la population mauritanienne, négligeant ainsi les groupes les plus vulnérables. Cette situation est bien connue et a donné lieu, au niveau national, à des analyses et réflexions, voire même des stratégies expérimentales.

Ces éléments méritent d'être actualisés et redynamisés au sein d'une réflexion plus large sur une stratégie nationale de la protection sociale intégrée comme priorité dans le cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté en Mauritanie. Des études spécialisées dans le domaine de la sécurité sociale, soutenues par des partenaires techniques et financières spécialisées, pourraient contribuer à ce processus.

La stratégie nationale de l'emploi (2008-2012) prévoit toute une gamme de mesures visant à renforcer la viabilité et la pérennité du régime de sécurité sociale en Mauritanie. Pourtant, il n'y a aucune réflexion sur les mesures et modifications possibles pour élargir le système aux secteurs non formels, qui, par conséquent, ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Il serait recommandé, dans le cadre du développement d'une stratégie de la protection sociale, de poursuivre ces réflexions au niveau national pour en dégager des pistes d'action potentielles en faveur des populations exclues du système.

Au même temps, il ya lieu aussi de réfléchir sur les points forts et les points faibles des systèmes traditionnels de solidarité sociale et d'entraide, et de prendre en compte des nouvelles formes de solidarité de groupe telles que celles émanant du phénomène grandissant de la migration, ainsi que de développer des mesures adéquates pour renforcer les capacités des familles et des ménages d'assumer leurs rôles dans la protection sociale de leurs membres.

Il est surtout important, dans un pays comme la Mauritanie, de s'appuyer sur les valeurs d l'Islam et de réfléchir sur les mesures les plus appropriées qu'il faudrait entreprendre pour renforcer ses propres systèmes de protection sociale.

Santé

La Mauritanie dispose d'atouts considérables pour atteindre les objectifs de santé de 2015, mais doit pouvoir accélérer la provision des services et développer des mécanismes de protection et d'inclusion des populations les plus défavorisées. La question des sources de financement adéquates et équitables pour un système de santé accessible à tous reste au centre du débat national sur la protection sociale sanitaire.

L'analyse réalisée par une étude régionale sur les forces et les faiblesses des mécanismes alternatifs de financement de la santé dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a dégagé six recommandations essentielles pour les politiques. Ces recommandations mériteraient certainement d'être examinées de plus près en ce qui concerne leur applicabilité au contexte mauritanien. Il s'agit de donner la priorité à : supprimer les frais d'utilisation des services de santé maternelle et infantile en s'adressant également aux conditions préalables à la suppression réussie des frais d'utilisation; renforcer la gestion budgétaire et la qualité des dépenses de santé; comprendre le potentiel et les limitations des systèmes d'assurance maladie

sociale et des mutuelles; construire la volonté politique et améliorer la bonne gouvernance; et profiter de l'appui international.

En Mauritanie, les questions clés sembleraient tourner au tour des questions suivantes :

- **Recouvrements de coûts ou gratuité des soins ?** Il serait important, dans le contexte de la Mauritanie, de conduire une étude spécifique sur les avantages et les désavantages d'une option visant la gratuité de soins de base, en tenant compte surtout des aspects liés à l'offre et à l'espace fiscal et en prenant en considération différentes formules possibles (telle que la gratuité des soins de santé de base maternelle et infantile ou la gratuité des soins en zones rurales). Cette étude, qui serait, en quelque sort, une réactualisation de l'étude sur la santé et la pauvreté menée en 2004, devrait aussi vérifier l'application de l'arrêté et du décret portant sur ce sujet, qui semble donner lieux à différentes interprétations. Les conclusions de cette étude permettraient d'alimenter le débat national. Par ailleurs, ce débat pourrait aussi profiter des expériences conduites ailleurs et de l'ensemble des leçons acquises : pour cela, on pourrait faire recours à des personnes ressources et aux autorités de la santé publique de quelques pays de la sous-région.

- **Quel avenir pour les mutuelles** ? Les expériences de mutuelles de santé en cours actuellement en Mauritanie mériteraient d'être suivies de très près, surtout en ce qui concerne leur extension aux zones rurales. Cela pourrait permettre d'identifier les forces et les faiblesses de la mise en application de ce système de mutualisation des risques et d'identifier le type des prestations les plus pertinentes. En tenant compte des limites déjà identifiées dans d'autres pays, il serait particulièrement important d'examiner de plus près les impacts de ces mutuelles sur les populations vulnérables et de s'interroger sur les politiques et les moyens stratégiques susceptibles de renforcer leur efficacité en tant que mécanisme complémentaire d'un système intégré de protection sociale.

- **Renforcer et étaler l'expérience du forfait obstétrical ?** Le forfait obstétrical, tel qu'il a été conçu et mis en œuvre en Mauritanie, semble constituer un moyen efficace pour diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, surtout pour les femmes les plus démunies. Mené en complément avec un investissement important dans le renforcement des services de santé maternelle, le forfait représente un outil pertinent de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle, en augmentant à la fois la demande et la qualité des services. Il est certain qu'en l'absence d'un système de protection globale, d'une assurance maladie sociale plus large et d'une interprétation plus claire de l'arrêté portant sur la prise en charge des soins maternels pour les femmes en tant que personnes vulnérables, les recommandations concernant l'extension du forfait dans les zones les plus reculées et l'extension de l'offre de soins aux nouveau-nés acquièrent une importance capitale,

- **Quelles possibilités pour l'assurance maladie généralisée ?** La possibilité d'élargir les bénéfices de l'assurance maladie aux populations les plus démunies se trouvant en dehors des secteurs formels actuellement couverts doit être étudiée d'une façon adéquate, avec recours probable à une assistance technique spécialisée en la matière. L'exemple du Ghana, qui est le seul pays en Afrique de l'Ouest à avoir établi un système national d'assurance de santé, devrait être analysé avec beaucoup d'attention par les autorités mauritaniennes : cela devrait permettre de tirer des renseignements et des leçons sur la faisabilité administrative et économique d'une telle approche et de définir des démarches éventuelles pour traduire dans la réalité la vision d'un régime d'assurance maladie garantissant l'accès des moins nantis aux soins essentiels.

- **Quoi faire pour les 'indigents' ?** Il est clair que le système de prise en charge médicale des indigents est caractérisée par plusieurs défaillances – aussi bien dans les textes (au sujet de la définition même de l''indigent') que dans l'application des textes (manque d'une approche cohérente au niveau

local/services décentralisés de la santé). Actuellement, en l'absence d'un système adéquate d'identification des indigents, d'un soutien technique et administratif pour la mise à jour continue des registres au niveau local et d'un suivi étroit de l'application des règles, force est de reconnaître que l'efficacité de cette approche n'a pas encore été démontrée d'une manière définitive. Les projets pilotes déjà initiés méritent d'être mieux documentés et les résultats devraient être présentés et discutés dans le cadre d'un débat plus large (en parallèle avec les débats portant sur la gratuité des soins, par catégorie de population ou bien par type de soins). Il faudrait également retenir l'idée de créer un 'registre unique' des populations dépourvues de moyens et qui seraient éligibles pour un soutien à la fois social et sanitaire par le canal de programmes des différents ministères techniques. Tout cela faciliterait les synergies en ce qui concerne le ciblage, l'administration et le suivi de tels programmes, à condition qu'il y ait un travail de concertation et de coordination préalable.

- **Comment protéger les personnes vulnérables au HIV/SIDA**? Les éléments des programmes multisectoriels, comme la lutte contre le SIDA, mériteraient d'avoir une place centrale dans une vision de protection sociale plus large, surtout en ce qui concerne la protection des populations les plus vulnérables et dans les zones les plus pauvres. Des défis énormes concernent les voies et les moyens permettant d'assurer un accès équitables aux traitements par ARV des personnes infectées. D'autres aspects concernent le renforcement de mesures de prévention auprès des populations vulnérables et la mise en place de mesures efficaces pour la mitigation des effets négatifs, y compris, par exemple, les mesures pour la prise en charge des orphelins ou d'autres enfants affectés par le SIDA.

Sécurité alimentaire et nutrition

En Mauritanie, à l'instar des autres pays sahéliens, les questions de la sécurité alimentaire et de la nutrition ont une importance capitale pour la protection sociale et devraient être considérées comme des priorités dans toute stratégie nationale. Malgré les efforts énormes déjà entamés, la situation reste précaire et les populations – surtout en zone rurale, mais aussi dans le milieu per-urbain – restent vulnérables. Il est reconnu qu'une réponse intégrée au niveau nationale devrait comprendre un programme de soutien aux moyens d'existence des plus pauvres, une assistance sociale ciblée et des activités nutritionnelles de soutien et de prévention auprès des populations les plus vulnérables – le tout accompagné par des efforts de renforcement des services sociaux de base et d'amélioration des conditions socio-sanitaires des ménages.

Il est clair que les problématiques des deux domaines de la sécurité alimentaire et de la nutrition sont inextricablement liées et qu'elles comportent deux niveaux de priorité : (i) une priorité concernant la mise en place de mesures efficaces d'assistance humanitaire pour protéger les populations les plus vulnérables contre les effets des situations d'urgence et de crises conjoncturelles; et (ii) une priorité concernant la définition de politiques visant des réponses à plus long terme et l'établissement de mesures qui s'adressent aux causes structurelles de la vulnérabilités et de la pauvreté chronique. Ceci correspond précisément au cadre conceptuel de la protection sociale, avec ses quatre éléments de prévention, protection, promotion et transformation.

Il est également clair que – à l'instar de la protection sociale elle-même - ces domaines concernent de multiples acteurs opérant dans plusieurs secteurs, et que par conséquent cela implique la nécessité absolue d'une grande coordination pour promouvoir et soutenir des synergies et des complémentarités. A tous les niveaux (national, régional, et sous-régional), la priorité devrait être donnée au renforcement de la coordination et de la concertation intersectorielle au suivi et évaluation de tous les programmes mis en œuvre.

En ce qui concerne les **recommandations pour la protection sociale qui sont communes** aux deux domaines de la sécurité alimentaire et la nutrition, il faudrait :

- Considérer la sécurité alimentaire et la nutrition comme *des domaines prioritaires* pour la protection sociale, vu l'ampleur des problèmes et des vulnérabilités des populations affectées.

- Fortement encourager tout effort visant à *intégrer le suivi et l'analyse de la situation* à travers le système d'enquête (ESAM pour la sécurité alimentaire et SMART pour la nutrition). A cet effet, il faudrait probablement envisager une enquête conjointe, qui permettrait aussi de cibler les populations nécessitant une protection sociale globale : ceci dans l'optique de créer et renforcer un système commun de collecte et d'analyse de données, pour aboutir à un 'registre unique' des bénéficiaires d'une assistance sociale à dimensions multiples.

- Envisager d'utiliser une approche telle que celle développée par l'initiative REACH comme *modèle de concertation/coordination intersectorielle* dans le domaine de la protection sociale touchant ces deux secteurs, vu son efficacité dans le domaine de la nutrition et sa capacité de créer un partenariat large autour d'une problématique assez vaste et complexe.

- *Renforcer les capacités des communautés et des collectivités communales* par rapport à l'analyse et le suivi de la situation et à la formulation et la mise en place de réponses appropriées en matière de protection sociale, aspect intégral à la fois de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Il s'agirait, entre autres, de la capacité d'identifier les ménages pauvres et les individus – tels que les enfants - les plus exposés aux risques ; d'inscrire dans les plans de développement communal des initiatives appropriées ; et de faire recours aux services sociaux existants.

- Prévoir la possibilité de mettre en place un programme *pilote de transferts directs en espèces* destinés aux ménages pauvres afin de renforcer leur pouvoir d'achat pour améliorer leur accès financier à la nourriture. D'une manière générale, les transferts en espèces figurent parmi des mesures de plus en plus utilisées dans le cadre de programmes nationaux de protection sociale. Un programme de transferts en espèces est déjà prévu parmi les interventions clés dans le domaine de la nutrition identifiées par l'initiative REACH et une réflexion sur sa pertinence a aussi été engagée par rapport à la sécurité alimentaire. La mise en place – dans une phase pilote – d'un tel programme, ciblant les zones les plus vulnérables, pourrait renforcer les synergies entre la nutrition et la sécurité alimentaire. Elle pourrait également intégrer d'autres aspects relatifs, par exemple, à la protection de l'enfant. L'étude de faisabilité d'un programme pilote de transferts directs en espèces en Mauritanie a démontré sa pertinence et a identifié plusieurs lignes directrices pour sa mise en œuvre. Ces recommandations devraient être prises en compte par un comité technique conjoint dans le cadre d'un programme intégré de protection sociale.

Pour les questions spécifiques à **la sécurité alimentaire**, un soutien aux activités d'haute intensité de main d'œuvre (HIMO) pourrait également servir de filet de sécurité pour les ménages vulnérables disposant d'une force de travail propre. Ceci rejoindrait l'un des objectifs de la stratégie nationale de l'emploi, qui considère les programmes à caractère HIMO comme des instruments potentiellement efficaces, capables de permettre aux populations les plus pauvres d'acquérir des moyens productifs.

- Au niveau national, il serait pertinent de définir, à partir de critères clairs et fiables, les situations de pauvreté et d'insécurité chronique par rapport aux situations d'insécurité alimentaire transitoire, afin de mieux définir les cibles des programmes de sécurité alimentaire et de protection sociale dans le moyen et long terme. Ceci répondrait aussi aux besoins de ciblage d'une vraie stratégie nationale de sécurité alimentaire qui associerait les deux éléments.

Pour les questions spécifiques à **la nutrition**, les actions et les stratégies prévues et en cours revêtent une importance capitale pour la protection sociale. A souligner surtout les efforts qui visent à : renforcer les services de base et les 'canaux de transmission' (tels que les CRENAM, CRENAS et CRENI); assurer l'accessibilité des suppléments nutritionnels à travers le principe de la gratuité d'un paquet de soins prénataux; cibler des programmes conjoints sur les zones les plus vulnérables en fonction des indicateurs disponibles; et renforcer les systèmes de collecte et d'analyse de données pour améliorer ce ciblage et pour mieux cerner et suivre l'impact des interventions mises en place.

Des mesures de protection sociale, surtout celles qui concernent la réduction des disparités et des vulnérabilités nutritionnelles liées à la pauvreté des ménages, pourraient compléter toutes ces activités.

Protection de l'enfant

L'analyse de la situation concernant la protection de l'enfant a démontré qu'en Mauritanie existent plusieurs catégories d'enfants vulnérables; que l'ampleur des problèmes prend des dimensions de plus en plus importantes ces dernières années, dans le cadre de transformations sociales contribuant à rendre plus précaires les conditions de vie; et que, d'une manière générale, la réponse nationale à ces problèmes reste encore inadéquate. Les contraintes majeures sont de plusieurs ordres touchant surtout la capacité institutionnelle et humaine; le manque de coordination; la faiblesse du cadre juridique; l'absence d'une analyse claire et d'un système d'information; et l'insuffisance de ressources financières.

Une stratégie de protection de l'enfant en Mauritanie vient juste d'être élaborée, avec des propositions destinées à pour combler les déficiences dans ce domaine. Une politique de protection sociale plus large mettrait aussi l'enfant au centre des analyses et des actions à entreprendre – et cela en fonction d'un type de protection sociale qui soit sensible aux problèmes des enfants. Dans cette optique, l'intégration à la protection sociale des programmes et des éléments spécifiques aux droits de l'enfant serait grandement facilitée.

Une étude régionale sur la protection sociale en Afrique de l'Ouest et du Centre a identifié plusieurs points d'entrée susceptibles de renforcer la protection de l'enfant au sein des programmes et des politiques de protection sociale plus large, à travers des domaines qui ont tous une relevance pour la Mauritanie, à savoir :

- **Par les programmes de transferts sociaux (quand ceux-ci existent), y compris à travers un 'registre unique' de base de données**: Les éléments portant sur la protection de l'enfant pourraient être intégré au programme pilote de transferts en espèces proposé ci-dessus. En plus, même en dehors des programmes de transferts sociaux, le développement d'une base de données communes et d'un 'registre unique' des bénéficiaires potentiels de l'assistance sociale serait un instrument fort pour consolider les synergies entre les stratégies de protection de l'enfant et de protection sociale. Ceci nécessiterait : la conduite d'une étude référentielle de base; le développement d'indicateurs appropriés; et la mise en place d'un système de suivi et évaluation de qualité – le tout accompagné par des mesures de renforcement des capacités, et mené en partenariat avec les agents techniques de l'Office Nationale de la Statistique, dans un effort qui permettrait de lier ce système au système national de suivi et d'analyse de la pauvreté.

- **Par d'autres points d'entrée en renforcement des liens avec des acteurs et institutions clés** : Dans le domaine de l'éducation, les écoles seraient les sites privilégiés pour tout effort de renforcement des synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale (création d'un environnement sain et protecteur ; établissement des liens avec l'enregistrement des naissances ; renforcement des 'passerelles' entre le formel et l'informel ; accent sur le préscolaire). Dans le domaine de la santé, l'une des priorités d'une stratégie globale de protection sociale est l'élimination des disparités

énormes qui existent dans l'accès aux soins et aux services sanitaires, en visant surtout à la réduction des obstacles d'ordre financier pour les populations les plus pauvres (a travers plusieurs mécanismes). Dans le domaine de la sécurité alimentaire et de la nutrition, comme vu précédemment, un programme pilote de transferts en espèces pourrait favoriser les synergies entre la protection de l'enfant et la protection sociale.

- **Par le renforcement et la mise en œuvre du cadre globale de la législation *:*** La stratégie nationale pour la protection de l'enfant en Mauritanie vise à renforcer le cadre juridique de protection des enfants à travers plusieurs actions qui on une relevance directe pour la protection sociale plus globale en accord avec sa dimension 'transformative'. A signaler en particulier, par rapport au renforcement des synergies : la législation prévue concernant la carte d'indigence (en lien avec la santé); la législation sur l'enregistrement des naissances et les efforts dans le domaine du travail des enfants (en lien avec l'éducation).

- **Par la promotion d'une participation large de tous les segments de la société** : Jusqu'à présent, les discussions sur la vision et l'organisation de la protection sociale en Mauritanie semblent être restreintes aux cercles gouvernementaux et à ses partenaires financiers et techniques, surtout au niveau central. La société civile est impliquée par le biais de l'engagement des ONG dans les secteurs spécifiques, mais l'implication des autres acteurs (le secteur privé, le parlement, les leaders communautaires, religieux et traditionnels) semble faible, tandis que les enfants et les jeunes eux-mêmes semblent complètement invisibles. Étant donné qu'une grande partie du succès des efforts aussi bien dans la protection de l'enfant que dans la protection sociale résident dans le changement des comportements et des attitudes et dans la promotion de l'esprit communautaire et de l'action solidaire, des efforts communs pourraient être envisagés en ce qui concerne l'organisation de consultations larges, la conduite d'enquêtes participatives ou le lancement de campagnes d'information et de sensibilisation.

Education

Les principes de *l'Education pour Tous* implique le fait que des politiques et des stratégies spécifiques soient mises en place pour l'universalisation des services d'éducation et l'élimination des disparités en termes aussi bien de l'accès que de la qualité. En Mauritanie, des efforts énormes ont été faits dans ce domaine, mais il reste encore beaucoup à faire. La vision intégrée de la protection sociale, l'approche multisectorielle des démarches, et les mécanismes de mise en œuvre des programmes spécifiques (tels que les transferts en espèces ou des mécanismes de l'assistance sociale) pourraient affirmer les efforts en éducation et élargir les possibilités de l'éducation aux enfants les plus dépourvus. Pour cela, il faudrait prévoir des formes de partenariat plus larges et une approche participative ancrée dans une stratégie plus globale de lutte contre la pauvreté et l'élimination de l'exclusion sociale.

Cette étude a identifié quelques pistes de réflexion sur les actions d'éducation qu'il faudrait inscrire au sein d'une stratégie nationale de protection sociale et soutenir en priorité. Ces actions visent à la fois la réduction des inégalités d'opportunité à l'éducation (obstacles d'accès) liées surtout à la pauvreté, ainsi que l'amélioration de la potentialité protective de l'éducation offerte (obstacles de qualité). Elles ne sont certainement pas les seules actions qui pourraient être envisagées, mais elles constituent certainement une base de départ pour une discussion plus large sur le développement d'une stratégie globale de la protection sociale. Les principales recommandations sont les suivantes :

- *Renforcer et étaler l'éducation préscolaire*, comme moyen privilégié pour renforcer la protection et le développement de la petite enfance ;

- *Promouvoir la santé scolaire et – plus particulièrement - les cantines scolaires* comme moyen permettant à la fois d'inciter la fréquentation scolaire et d'améliorer l'état nutritionnel des élèves (voir aussi *chapitre 10* ci-dessous pour des recommandations concernant l'eau et l'assainissement dans les écoles);
- *Créer de véritables 'passerelles' entre l'enseignement informel et l'enseignement formel,* comme mesure susceptible d'élargir l'inclusion dans le système formel des enfants actuellement exclus ; et
- *Améliorer le système d'enregistrement des naissances* comme moyen permettant aux enfants d'accéder aux établissements scolaires.

Par ailleurs, des mesures ont déjà été prises (ou sont prévues) en Mauritanie pour améliorer l'accès et la rétention des enfants à l'école fondamentale et atténuer les disparités existantes entre genre, régions et milieux socio-économiques, à travers la mise en place de programmes de scolarisation ciblés pour les *wilaya*, les zones et les groupes défavorisés. De tels programmes ciblés revêtent d'un intérêt particulier pour une stratégie de la protection sociale et des liens stratégiques pourraient être prévus dans ce domaine pour renforcer les synergies positives.

- Dans les zones où les structures scolaires existent, mais la fréquentation scolaire reste faible - à cause surtout de la pauvreté des ménages et du travail familial des enfants - des programmes pilotes de transferts directs en espèces conditionnés à la participation de l'enfant à l'école pourraient être mis en place pour réduire les coûts d'opportunité des parents. De tels programmes ont enregistré un succès notable dans d'autres pays. En Mauritanie aussi, ils mériteraient d'être considérés comme un mécanisme potentiellement utile, tout au moins dans certains contextes
- D'autres mécanismes, comme celui de bourses octroyées aux enfants appartenant à des couches sociales défavorisées, pourraient être envisagés (en fonction aussi de l'offre).
- Une réflexion nationale appropriée devrait porter sur le sujet des réponses à apporter aux autres formes d'exclusion, comme celles qui sont basées sur les handicaps physiques ou mentaux.

Pour toutes ces dernières actions, des études de base préalables devraient permettre de mieux cerner les dimensions du problème, déterminer la faisabilité administrative et financière de l'initiative et identifier les partenaires potentiels ainsi que les besoins (soutien et renforcement).

Eau et assainissement

Les disparités qui persistent dans l'accès aux services de l'eau et l'assainissement sont considérées comme un facteur contribuant de manière significative à la vulnérabilité des populations. Sous l'optique de la protection sociale, il faudrait surtout souligner l'importance des stratégies visant l'élimination des ces disparités et favorisant un accès équitable aux services de l'eau et de l'assainissement.

A cet égard, il est à noter qu'une large partie de la stratégie nationale dans le domaine de l'eau et de l'assainissement réside dans le principe du recouvrement de coûts auprès des usagers. Il serait important de mettre en place des mesures appropriées pour réduire les barrières financières rencontrées par les populations les plus pauvres et vulnérables. La conduite d'études approfondies sur la capacité des pauvres à faire face à leurs besoins en matière d'eau devrait ainsi être envisagée.

Il serait également utile de réfléchir sur liens possibles entre les actions concernant le secteur de l'eau et l'assainissement et les activités entreprises dans le domaine de l'éducation, en équipant les écoles avec eau potable et toilettes. En fait, la plupart des établissements manquent de ces structures qui sont pourtant essentielles pour la sauvegarde de la santé et du bien-être de l'élève, particulièrement pour les filles. L'eau et l'assainissement dans les écoles devraient être considérés commet un instrument important de la protection sociale des enfants.

L'analyse du secteur de l'eau et de l'assainissement montre bien la multiplicité d'acteurs intervenant dans un seul domaine, morcelé dans différents sous-secteurs, et l'importance de la coordination d'activités autour d'une vision commune de développement du secteur. Il faudrait redoubler ces efforts de concertation pour renforcer les aspects qui concernent directement les questions de la protection sociale au sein du secteur de l'eau et assainissement.

Emploi et formation technique

Le secteur de l'emploi revêt une importance capitale pour la protection sociale, étant donné le fait que le taux élevé du chômage apporte une forte contribution aux problèmes de paupérisation et précarisation des conditions de vie. A cet égard, il faut souligner les liens potentiels et les synergies qu'il faudrait créer entre les stratégies de l'emploi et de la protection sociale.

L'aspect de *l'insertion à la vie active et de l'intégration à l'emploi des couches défavorisées* - à travers des approches et des outils appropriés telle que la micro-finance, la micro et petite entreprise, les activités génératrices de revenue (AGR) et les techniques Hautes Intensité de Main d'Œuvre (HIMO) - fait bien partie du domaine de la protection sociale. Par ailleurs, ces mécanismes, surtout le HIMO, sont souvent déjà utilisés comme filets de sécurité sociaux et la Mauritanie dispose d'une expérience déjà assez poussée dans ce domaine.

Le renforcement des HIMO pourrait être envisagé, comme vu précédemment, surtout dans le cadre de la sécurité alimentaire, tandis qu'un appui aux AGR et aux activités de microcrédit et d'épargne – surtout pour les femmes – pourraient être considère parmi les mesures d'accompagnement à un programme de transferts en espèces – ceci dans le but de renforcer et de pérenniser l'impact de l'argent sur le bien-être des ménages.

Il serait ainsi approprié que la stratégie globale de protection sociale puisse établir des liens avec les initiatives prévues par la stratégie nationale de l'emploi, en particulier par rapport au renforcement des efforts en faveur des femmes et des jeunes.

Dans le cadre du développement *de la formation technique et professionnelle,* il serait utile d'étudier la faisabilité d'une filière de formation en matière des compétences requises pour la protection sociale (analyse sociale; conceptualisation de programmes; administration et suivi, etc.) A cet égard, pourraient être prévus des cours d'initiation de base, ainsi que des modules de perfectionnement destinés aux fonctionnaires et au personnel de projets déjà en place. Ceci répondrait, à moyen et à long terme, à un besoin de renforcement de la capacité nationale dans ce domaine.

Accès aux services universels et programmes ciblés

En sortant du cadre d'une analyse sectorielle spécifique, ce rapport a examiné les aspects relatifs à la protection sociale inclus dans différents programmes nationaux conçus (i) pour ***étendre l'accès universel aux services sociaux de base*** (eau et assainissement, électricité, habitat) (ii) pour répondre, par ***des programmes ciblés***, aux besoins spécifiques de populations identifiées comme étant particulièrement vulnérables (entre autres, refugiés, populations catastrophées, ou populations sortant des séquelles de l'esclavage) ou enfin (iii) pour ***promouvoir des approches de développement local décentralisées*** basées sur la spécificité des conditions locales et le renforcement des compétences locales.

En conséquence, il est impératif de bien définir les véritables dimensions d'une stratégie nationale de protection sociale et souligner ses liens, synergies et points de convergence avec la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. En effet, une telle stratégie pourrait finir par englober toutes les actions ciblant les

populations les plus pauvres et vulnérables. Comme pour le CSLP lui même, ***le développement d'une structure*** capable de coordonner des approches multidimensionnelles et multi-institutionnelles constituera certainement l'un des défis majeurs d'une stratégie nationale de protection sociale.

16.3 CONCLUSIONS SUR LES ASPECTS BUDGETAIRES ET INSTITUTIONNELS

Aspects budgétaires

La qualité des politiques nationales en matière de protection sociale pourrait être appréciée à la lumière de l'effort budgétaire consenti. Ainsi, ce rapport a examiné ***les tendances budgétaires nationales*** actuelles dans les secteurs sociaux et a analysé 'l'espace budgétaire' ou la marge de manœuvre réelle d'investissements plus importants en matière de protection sociale.

Les recommandations portent sur l'importance d'assurer ***une allocation optimale et efficiente*** des ressources aux secteurs de la protection sociale, à partir d'une stratégie cohérente et claire qui définit les contours de la problématique. Cette stratégie devrait être considérée comme un axe prioritaire du CSLP et il devrait être accompagné par un CDMT pour son financement, avec ***un accroissement de l'espace fiscal*** des dépenses prévues pour la lutte contre la pauvreté.

Coordination intersectorielle

L'évolution historique de la prise en compte de la protection sociale au niveau institutionnel montre que son ancrage a connu plusieurs épisodes au cours des dernières années. Cela s'est traduit par une multitude d'intervenants institutionnels, en l'absence d'un cadre de coordination intersectorielle devant assurer la cohérence et la complémentarité des actions entreprises par les différents acteurs impliqués (aussi bien au niveau étatique que des partenaires de la société civile et des partenaires techniques et financiers).

En vertu des aspects pluridimensionnels de la protection sociale, il est crucial de disposer d'un dispositif multisectoriel pour assurer une efficacité des interventions et une efficience dans l'usage des ressources disponibles, tout en permettant à chaque acteur de conserver ses missions/mandats et ses spécificités propres au sein de ce cadre. En analysant de différents modèles institutionnels actuels ou potentiels susceptibles de promouvoir et renforcer une ***coordination intersectorielle*** nécessaire pour la réussite d'une stratégie nationale de protection sociale, on met l'accent sur le besoin de disposer d'une structure appropriée (sous la forme d'*un conseil national* ou *d'un comité interministériel)*.

17. PROCHAINES ETAPES : VERS UNE STRATEGIE NATIONALE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE

17.1 PRINCIPES DE BASE

Une consultation large liée au processus du développement du CSLP III

Vu la nature multidimensionnelle de la protection sociale, le développement d'une stratégie nationale de devrait être basée sur un processus de consultation large impliquant tous les acteurs principaux sous la coordination d'un 'chef de file'. En Mauritanie, un tel processus pourrait prendre place dans le cadre de la préparation du prochain CSLP (III).

Le processus national de révision du CSLP actuel permettra aussi d'impliquer toutes les parties prenantes autour d'une revue des actions conduites jusqu'à ce jour dans le domaine de la protection sociale et

d'arriver à une position commune au sujet des priorités futures. Pour cela, il faudrait mettre en place 'un groupe de travail' sur les questions de la protection sociale, faisant partie intégrante des groupes techniques nécessaires pour la revue et l'élaboration du CSLP, surtout les comités techniques sectoriels (CTS).

Une communication permanente à double voie

Dans un domaine aussi complexe et nouveau que la protection sociale, où les priorités, les stratégies, et les définitions même restent à créer et à interpréter selon les perspectives et les réalités nationales, le processus consultatif doit être accompagné d'un effort proactif en matière de communication et d'échange de points de vue, et ceci à tous les niveaux.

Un système de communication du 'haut vers le bas' pour expliquer les concepts, partager les leçons acquises à travers des expériences dans d'autres pays, et disséminer à une audience plus large les connaissances et les acquis techniques devrait être compléter par un système de communication du 'bas vers le haut' susceptible de solliciter les points de vue et les priorités à la fois des bénéficiaires potentiels de la protection sociale et des acteurs clés dans le domaine.

Une vision de complémentarité

Une stratégie nationale de protection sociale doit nécessairement être incorporée dans une stratégie globale de lutte contre la pauvreté. En plus, elle doit être considérée comme un accompagnement d'une stratégie d'investissement plus large concernant le secteur, à la fois pour le développement des infrastructures, de l'agriculture et de l'élevage. En d'autres mots : la protection sociale ne doit pas être considérée comme une alternative à l'extension universelle des services de base, mais plutôt comme une approche complémentaire susceptible de mettre en valeur ces services et de favoriser leur utilisation, particulièrement de la part des populations vulnérables.

Il est ainsi impératif de prévoir l'établissement de toute une gamme harmonieuse de mesures politiques à court et à long terme, reflet d'une volonté politique solide, pour une fourniture efficace des services sociaux (surtout en faveur des pauvres) et des mesures adéquates capables de protéger et sécuriser les modes et les moyens d'existence et le bien-être des plus vulnérables.

Une base analytique fiable et un système rigoureux de suivi et évaluation

Le développement d'une stratégie efficace pour la protection sociale doit se baser sur des données solides et des analyses fiables concernant les différentes dimensions de la pauvreté et de la vulnérabilité en Mauritanie, ainsi que leurs tendances actuelles. Cela doit permettre l'identification et le ciblage des zones, catégories sociales et groupes de populations vulnérables, comme aussi le choix des options et des priorités à entreprendre. Cela faciliterait aussi la constitution d'un 'registre unique' de bénéficiaires potentiels de toute une gamme de services de l'assistance sociale.

A partir des données de base, et en se référant aux objectifs et aux résultats de la stratégie nationale de protection sociale (qui seront définis par la suite), créer un système et des mécanismes de suivi et d'évaluation liés à ceux qui seraient mis en place pour le suivi et l'évaluation du CSLP. A prévoir, entre autres, le développement d'indicateurs appropriés (de performance et d'impact); le développement et la coordination de différents types d'enquêtes; le renforcement et l'harmonisation des systèmes administratifs sectoriels de collecte et d'analyse de l'information; et l'intégration des outils qualitatifs et quantitatifs de suivi et évaluation.

Un investissement de taille

Il est de plus en plus reconnu que l'investissement dans le développement du capital humain par le renforcement des services sociaux constitue un investissement de développement à part entière, avec un impact qui affecte, au-delà de la consommation, la production elle-même. Dans l'arbitrage budgétaire qui se fait autour des grands axes stratégiques du pays, il faut alors tenir compte des dépenses liées à la protection sociale, en les considérant parmi les meilleurs investissements possibles.

17.2 GRANDES LIGNES THEMATIQUES

Pour aider la réflexion concernant les prochaines étapes, ce rapport regroupe ici, en quelques lignes thématiques, les grandes orientations qui ont été dégagées par l'étude et ses principales recommandations, et qui ont été discutées et confirmées au cours de l'atelier national de validation de l'étude en mars 2010. (*A noter que des recommandations plus détaillées sont aussi présentées dans chacun des chapitres thématiques*).

Dispositifs institutionnels de coordination

- Dans l'immédiat, considérer le *Comité du pilotage* de l'étude sur la protection sociale (co-présidé par le MAED et le MASEF) comme une base pour la création d'une structure permanente chargée du développement d'une stratégie nationale de protection sociale et de la supervision de son implémentation et de son suivi.

- Créer un *Comité Interministériel* présidé par le Premier Ministre et regroupant les principaux intervenants identifiés dans le domaine de la protection sociale, ayant la charge de superviser la définition de la stratégie de protection sociale. Chaque axe de la politique sera présidé par le ministère chef de fil ayant un avantage comparatif - si toutefois l'axe ne dispose pas d'organes appropriés comme le Conseil National de l'enfance, celui de la nutrition, des personnes handicapées, etc. La coordination technique du Comité Interministériel sera assurée de manière conjointe par le MAED et le MASEF.

- A long terme, créer un *Conseil National* rattaché au premier ministre, qui serait chargé de la politique de protection sociale, de son pilotage, de son suivi et sa mise en œuvre. La composition de ce Conseil, impliquant aussi les principaux acteurs sociaux (patronat, syndicat et ONG nationales), devrait comprendre des organes techniques de pilotage et de suivi placés sous la présidence de l'un des conseillers du Premier Ministre.

Etudes analytiques

- Effectuer une *analyse plus approfondie des politiques sectorielles et intersectorielles* actuelles pour dégager leurs principales lignes communes.

- Analyser en profondeur les *points forts et les points faibles des différentes institutions contribuant à la protection sociale*, pour évaluer leurs besoins en matière de développement et de renforcement des capacités (ressources humaines, financières, matérielles).

- Effectuer rapidement *une analyse institutionnelle du MASEF*, afin d'en identifier les besoins précis en matière de renforcement des capacités dans le domaine de la protection sociale.

- Prévoir *une étude spécialisée dans le domaine de la sécurité sociale* pour en étudier la possibilité de l'élargir le système aux secteurs informels.

- Faire appel à un soutien technique spécialisé pour l'évaluation de l'efficacité des mécanismes existants de *partage de risques et de prise en charge médicales* ainsi que pour une étude de faisabilité pour la mise en place d'une *assurance maladie généralisée.*

- Déterminer les politiques/programmes qu'il faudrait prioriser dans une stratégie nationale de protection sociale par l'utilisation d'outils d'analyse comparative tels que le CEA *(analyse de coûts-efficacité*) et d'autres outils de 'modélisation' économique (tel que le MBB – *marginal budgeting for bottlenecks* ou modélisation marginale des goulets d'étrangement - déjà expérimenté dans le secteur de la santé.

- Conduire une évaluation approfondie des *systèmes actuels de collecte des données* sur la pauvreté et la vulnérabilité (enquêtes nationales permanentes; études ponctuelles; systèmes d'information administrative, etc.), afin de dégager les principaux aspects d'un système permanent/base de données harmonisé sur les différentes catégories sociales que les programmes de protection sociale devrait cibler.

Cadres politiques et priorités sectorielles

- Promouvoir un 'décloisonnement' du secteur des *affaires sociales/action sociale* à travers la mise en place d'une structure de concertation et de coordination à haut niveau, le développement des capacités à tous les niveaux et une implication politique accrue dans les processus régionaux et inter-états dans le domaine de la protection sociale

- Redynamiser les débats nationaux sur l'extension de *la sécurité sociale* aux secteurs informels ainsi que sur la capitalisation des formes traditionnelles et non-formelles de la solidarité sociale, en s'appuyant surtout sur les valeurs et les structures islamiques de protection sociale, et en cherchant les moyens de renforcer les capacités des familles et des ménages.

- Préciser les options fiscales pour la mise en place d'une assurance maladie généralisée et continuer la recherche d'options alternatives permettant *le financement de la santé* (mutuelles de santé; forfait obstétrical élargi aux soins néonatales; fonds d'indigence, etc.) en fonction du principe de la gratuité des soins de base.

- Considérer *la sécurité alimentaire et la nutrition* comme les priorités en matière de protection sociale et renforcer la coordination entre ces deux domaines autour de la protection sociale; à cet effet, prévoir la mise en place d'un programme pilote de transferts en espèce destinés aux ménages les plus à risque.

- Renforcer les services de *protection de l'enfance* au sein des systèmes généraux de protection sociale – en prévoyant, entre autres, des actions spécifiques dans le cadre d'un programme pilote de transferts en espèces; la création d'une base de données communes; le développement de la législation; et la promotion d'une participation plus large.

- Explorer d'une façon plus détaillée les apports actuels et potentiels de *l'éducation* à la protection sociale et les renforcer d'une façon systématique; commençant en priorité avec la promotion du préscolaire; les cantines scolaires; les passerelles entre l'enseignement formel et non-formel; et le renforcement de l'enregistrement de naissances comme outil pour la promotion de l'éducation

- Promouvoir la *création d'emplois* à travers des mécanismes tels que les HIMO, les AGR, et l'accès aux services de microcrédits et d'épargne, avec un accent sur les femmes et les jeunes.

- Souligner l'importance des stratégies visant l'élimination de toute forme de disparité en matière *d'accès aux services* de base telles que de l'eau et d'assainissement, de l'habitat, etc. à partir de principes d'équité. Capitaliser, dans ce domaine, les expériences des programmes ciblés de CSLP II, en les intégrant à l'approche globale de la protection sociale, et en renforçant les approches de développement local décentralisé.

- Explorer les points de synergie entre les programmes de gestion des risques des catastrophes et la protection sociale.

Partenariats stratégiques

- Définir les modalités d'un partenariat stratégique avec les *principaux partenaires techniques et financiers internationaux* (BIT, UNICEF, OMS, Banque Mondiale, Union Européenne, DFID/UK, entre autres), pour soutenir le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de protection sociale intégrée. Dans ce sens, activer le réseau technique régional sur la protection sociale au niveau national.

- Promouvoir les *échanges régionaux et internationaux* (processus de l'Union Africaine; réseau régional en Afrique de l'Ouest; programmes d'études sur la protection sociale; expertise internationale sur l'extension de la sécurité sociale).

- Favoriser un partenariat plus étroit avec *les ONG nationales et internationales et les associations de la société civile*, en leur conférant un statut et un mandat plus précis en matière de protection sociale. Considérer la création d'une plateforme de la société civile sur la protection sociale, en s'inspirant de l'expérience d'autres pays.

- Ouvrir le débat sur la protection sociale à *d'autres acteurs institutionnels*, au niveau central et local, en intégrant les autorités communales, les membres du parlement, les autorités religieuses, etc.

- Solliciter de manière proactive l'implication du *secteur privé* dans les efforts nationaux pour la protection sociale

- Améliorer la participation des *bénéficiaires potentiels* de la protection sociale (y compris les plus pauvres, les femmes et les enfants) au débat sur les stratégies de protection sociale, en créant des espaces de dialogue appropriés et des mécanismes de consultation communautaire.

Dispositifs financiers

- Réexaminer de prés la structure et l'efficacité des dépenses des secteurs sociaux pour en dégager les marges budgétaires nationales pour la protection sociale (*construction d'un budget social)* – cela impliquant la nécessité de réorganiser/ré-catégoriser les lignes budgétaires elles-mêmes.

- Faire *une évaluation des coûts* de la stratégie nationale de protection sociale et insérer ces coûts dans le CDMT, en liant cette évaluation au développement d'un 'budget social' (*voir en haut*).

- Envisager la création *d'un fonds spécial pour la protection sociale* (en adaptant le fonctionnement des fonds déjà existants, comme par exemple 'le fonds d'indigents' ou en s'appuyant sur le Fonds National de Solidarité que vient d'être créé par le Gouvernement) et élaborer des outils de gestion efficace

- Mobiliser les fonds de soutien disponibles pour la protection sociale à l'échelle globale (Fonds mondial; programme SNU du 'paquet minimum'; autres fonds auprès des donateurs spécifiques) autour de la stratégie nationale de la protection sociale et mettre en place les procédures transparentes de suivi et de gestion.

Renforcement des capacités

- Prévoir une *formation appropriée des membres des structures et des comités* techniques spécialisés (CTS) chargés de mener l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale.

- Prévoir des *voyages d'étude* en vue de favoriser des échanges d'expériences dans le domaine de la protection sociale, y compris sur les questions prioritaires du financement de la santé, de l'extension de la sécurité sociale et de la conceptualisation et mise en place des programmes de transferts sociaux.

- Identifier *les cours techniques spécialisés de courte durée* disponibles à l'échelle sous-régional, régionale et internationale dans les différents domaines de la protection sociale et favoriser la participation du personnel des secteurs clés à ces cours.

- Favoriser le développement *des liens d'assistance technique* à plus longue durée avec les institutions spécialisées dans les différents domaines techniques portant sur la protection sociale (par exemple, centres universitaires, agences de formation liées au système des Nations Unies, etc.).

- Pour le moyen et longue terme, favoriser le *développement des programmes nationaux de formation professionnelle et technique* dans le domaine de la protection sociale à travers la création d'une filière spécialisée.

- Renforcer les *capacités locales* (niveaux décentralisés, régions/communes) pour la conceptualisation, la mise en œuvre et le suivi des programmes de protection sociale (et soutenir les projets pilotes au niveau local).

Projet de loi

- Faire de la stratégie nationale de protection sociale une loi d'orientation afin de l'ancrer dans les droits de tout citoyen, et vieillir à l'élaboration des textes d'application ainsi qu'à leur mise en œuvre.

Activités de pilotage

- Favoriser la mise en place d'*un programme pilote de transferts directs en espèces* à partir des recommandations de l'étude de faisabilité – ce programme ayant surtout l'objectif d'améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition des ménages pauvres

- Accompagner le programme pilote avec un *système de suivi et évaluation efficace*, afin de mesurer l'impact et de capitaliser ses résultats pour un éventuelle mise à l'échelle nationale

17.3 CHRONOGRAMME PRELIMINAIRE

Tableau 30. Stratégie nationale de la protection sociale : Chronogramme préliminaire (2010-2012)

	ACTIVITES	RESULTATS ATTENDUS	REMARQUES
PHASE PREPARATOIRE (2010-2011)	Définition et mise en place du dispositif institutionnel	Structure de coordination en place et fonctionnelle	A signaler l'importance critique de la coordination à haut niveau et prévoir les moyens de travail adéquats
	Conduite d'études préparatoires	Résultats des études contribuent à la définition des politiques et programmes	Il s'agit d'études prioritaires sectorielles ainsi que d'analyses plus larges
	Processus participatif d'élaboration d'une stratégie	Stratégie nationale de la protection sociale validée et approuvée, servant comme guide directeur pour toutes les activités dans le domaine	Cette stratégie devrait être considérée comme piller central du CSLPIII ; son développement et sa mise en œuvre devraient être accompagnés par un système efficace de communication.
	Etablissement d'un dispositif financier adéquat	Budget requis pour l'implémentation de la stratégie inclus dans le CDMT et fonds adéquats mobilisés	A prévoir l'élaboration d'un 'budget social'
	Renforcements des capacités administratives et techniques	Acteurs principaux capables d'assumer leurs responsabilités respectives	Les formations tiennent compte des besoins identifiés par les études
	Définition de mécanismes de suivi et évaluation	Un système rigoureux et transparent de suivi et évaluation en place, avec indicateurs de performance et de résultats bien définis	Associer des activités de suivi et évaluation qualitatives aussi bien que quantitatives
	Lancement d'opérations pilotes (choix d'options)	Programme pilote de transferts en espèce mis en place	Besoins d'un travail préalable de concertation et de planification, selon les lignes suggérées par l'étude de faisabilité
PHASE DE LANCEMENT (2011-2012)	Mise en oeuvre des premières phases d'activités de la stratégie	Déroulement de la stratégie au cours de la première année du CSLP III	Besoin d'un processus de planification et de mise en œuvre par étapes
	Mise en œuvre du programme pilote de transferts en espèces	Populations vulnérables ciblées reçoivent des transferts réguliers	Les leçons acquises pendant la phase pilote devraient alimenter une réflexion sur la capitalisation et une mise à l'échelle plus large du programme
	Formations et recyclages	Acteurs principaux capables d'assumer leurs responsabilités respectives	Nécessité de distinguer entre le court, moyen et long terme
	Suivi et évaluation systématique	Analyse des résultats préliminaire permettent des ajustements éventuelles dans la stratégie	Important de prévoir suivi à la fois de l'impact et du processus

L'atelier de validation de l'étude a identifié, de manière concertée, les principales tâches immédiates du comité, à savoir :

- Disséminer le rapport final (de l'étude et de l'atelier) et organiser les ateliers de discussion/communication sur la protection sociale (partie intégrante du processus de développement de la stratégie nationale et des définitions consensuelles de base)

- Se basant sur le chronogramme proposé par l'étude, élaborer un plan d'action détaillé et budgétisé et définir les responsabilités claires pour l'élaboration de la stratégie nationale

- Conduire le processus d'élaboration de la stratégie en attendant la mise en place de dispositifs institutionnels formels

- Veiller à ce que les comités techniques sectoriels (CTS) concernés qui participent à l'élaboration du CSLP prennent en compte les aspects concernant la protection sociale

- Favoriser la mise en en œuvre des activités de pilotage.

The views expressed in this document are the views of the author and do not necessarily reflect the views or policies of the UNICEF. UNICEF does not guarantee the accuracy of the data included in this document and accepts no responsibility for any consequence of their use.