



✱ **Inventaire des
études, enquêtes et
évaluations réalisées
par le programme
de coopération
Mauritanie-Unicef
2012-2016**

✱ décembre 2016



Inventaire des études, enquêtes et évaluations réalisées par le programme de coopération Mauritanie-Unicef 2012-2016

sommaire

Introduction	2
Classement des publications par domaine	3
Synthèse des conclusions et recommandations majeures	6
* Santé : une santé maternelle et infantile fragile	6
* Nutrition : une situation nutritionnelle précaire	7
* Éducation : une éducation à deux vitesses	8
* Pauvreté : des populations vulnérables au moindre choc	9
Les fiches synthétiques	11



Introduction

* **Le cadre du programme de coopération Mauritanie–Unicef (CPD)**

2012-2016 a mis l'accent sur le renforcement de capacités institutionnelles, en matière de programmation, de gestion et de suivi/évaluation.

Le principal outil pour atteindre cet objectif est le Plan intégré de suivi évaluation (PISE) 2012-2016, qui assure le renforcement de la gestion des connaissances pour améliorer le pilotage et la qualité des programmes sur la base d'analyses rigoureuses. Cette année marque la fin du CPD et constitue une année de planification stratégique aussi bien pour le pays que pour le bureau Unicef Mauritanie.

* Le bureau de l'Unicef aura à mener une réflexion stratégique afin de développer le nouveau programme 2018-2022. Cette réflexion constituera un moment important pour faire le point sur la situation des enfants en Mauritanie et sur les réalisations, les progrès accomplis dans l'atteinte des résultats et pour **identifier les contraintes et les opportunités**. Cette réflexion s'appuiera sur les évidences produites dans le cadre du PISE 2012-2016 et les évidences produites dans les domaines d'intervention du programme.

* Le document est constitué d'un **répertoire classant par thème et par secteur**, de manière chronologique, l'ensemble des publications parues pendant la période 2012-2016. Ces deux classements sont complétés par une synthèse des conclusions et recommandations majeures par domaine et thème.

* Ce répertoire répond au souci de faire le point sur les études, enquêtes et évaluations réalisées dans le cadre du PISE 2012-2016. Elle vise à partager les enseignements tirés des études et évaluations pour contribuer à l'**amélioration des performances des programmes** ainsi qu'à la promotion de la culture d'apprentissage au sein de l'organisation.



Classement des publications par domaine

Numéro fiche	Domaine	Date de publication	Organisme producteur	Titre de la publication	Auteurs
1	Santé	Octobre 2012	OXFORD	Cas d'investissement sur la nutrition en Mauritanie. Analyse de l'équité dans les programmes de nutrition en Mauritanie	Montserrat Saboya, Mohamed Lemine Selmane
2	Santé	Décembre 2012	Unicef/FAO/OMS/AECID	Rapport de synthèse du cas d'investissement en nutrition Mauritanie	Anthony Hodges, Montserrat Saboya, Mohamed Lemine Selmane
3	Santé	2012	Unicef/ECHO/EC	Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART	MS
4	Santé	Avril 2013	USAID/Unicef/EC	Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 0 à 59 mois en Mauritanie : rapport final de l'enquête nutritionnelle SMART de janvier 2013	Ministère Santé
5	Santé	Juillet 2013	Ministère Santé/Unicef/EC	Enquête nutritionnelle nationale	Direction de la Santé de Base et la Nutrition
6	Santé	Mars 2014	Unicef/USAID/EC	Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants en Mauritanie: enquête SMART post-récolte	DSBN/MS
7		Août 2014	Unicef	Enquête nutritionnelle SMART	DSBN/MS
8	Santé	Février 2015	Unicef/USAID/EC	Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants en Mauritanie: enquête SMART post-récolte	DSBN/MS
9	Santé	Juin 2015	Ministère Santé/Unicef/EC	Enquête nutritionnelle nationale utilisant la méthodologie SMART Mauritanie	Direction de la Santé de base et de la nutrition
10	Santé	Avril 2013	PAM, UNCHR et Unicef	Analyse qualitative des causes de la malnutrition dans le camp de réfugiés de Mberra, Mauritanie 17 février – 12 mars	Carine Élise, Mohamed Ould Mahfoudh
11	Sécurité alimentaire et survie	Décembre 2013	SNU	Rapport d'évaluation des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences en Mauritanie	Hachim Badji, Ousmane Watt, Marie-Thérèse N'diaye-Onoma, Reda Lebtahi, Sophie Baranes
12	Sécurité Alimentaire et survie	Février 2015	Unicef	Plan de réponse stratégique 2012-2014	Unicef
13	Sécurité alimentaire et survie	Octobre 2013	Unicef	Résilience	Unicef
14	Santé	Février 2016	MS/Unicef	Enquête de couverture sur la situation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans les moughataa de Boumdeid, Guerou, Kankossa, région de l'Assaba en Mauritanie	Ghislaine Grymonprez
15	Santé	Novembre 2016	Unicef	Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'Unicef à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015	Dr Mohamed Nedhirou HAMED, Dr José Maria Echeverria Hernandez Dr Tidiane Ndoye
16		2012	MS	Surveillance épidémiologique de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode en Mauritanie	MS
17	Santé	Avril 2015	ONS	Natalité et fécondité	BCR
18	Santé	2015	OMS	Tendances de la mortalité maternelle: 1990 à 2015 - Résumé analytique	OMS, Unicef, FNUAP, Groupe de la Banque Mondiale
19	Santé	Juillet 2016	MEF/Unicef/FNUAP/AFD	Enquête MICS Mauritanie 2015	Office national de la statistique



Classement des publications par domaine

Numéro fiche	Domaine	Date de publication	Organisme producteur	Titre de la publication	Auteurs
20	Santé			Rapport de l'Enquête de la revue du PEV couverture vaccinale	
21		2013		Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA)	
22	Santé	Février 2013	AFD/CRF	Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Gorgol	Sylvain Faye
23	Santé	Novembre 2016	Unicef	Sept premiers jours de soin. Gestes et existence sociale du nouveau-né	Hélène Kane
24	Santé	2014	Programme national de la santé de la reproduction PNSRE/Unicef	Étude sur les barrières d'accès des jeunes aux services de la santé de la reproduction	Mohamed Lemine O. Selmane
25	Santé	2013	OMS	Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhées d'ici 2025: le plan mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée	OMS/Unicef
26	Santé	2014	AFD	Étude d'impact du forfait obstétrical: analyse des données statistiques existantes	Alexandre Dumont, Aline Philibert, Marion Ravit, Ines Dossa, Emmanuel Bonnet, Valery Ridde
27	Santé	2016	MS	Rapport Évaluation PNDS	ME/deux médecins de santé publique et un expert en économie de la santé
28	Sécurité Alimentaire et survie	Janvier 2014	Unicef	Évaluation de la composante survie du programme de coopération Mauritanie-Unicef	Dr Mohamed Nedhirou Hamed, Dr Diop Cheikh Oumar, Dr Ricardo Sole Arques
29	Hygiène et assainissement	Juillet 2015	MS	Stratégie nationale de promotion d'hygiène	DBP/OMS/Unicef
30	Hygiène et assainissement	2015	Unicef	Contrôle de durabilité	GPS-CDES
31	Santé	Septembre 2013	Unicef	Profil statistique sur la mutilation génitale féminine	Unicef
32	Emploi et protection sociale	Avril 2015	ONS	Situation socio-économique des femmes	BCR
33	Éducation	Novembre 2013	Unicef	Analyse des aspects éducation de l'Enquête par grappes à indicateurs multiples 2011 (MICS 4) en Mauritanie	Luc Gacougnolle
34	Éducation	Novembre 2013	MEF/Unicef	Analyse des profils des enfants: non scolarisation et déscolarisation dans la tranche d'âge 6-14 ans	DGSPC/MEF
35	Emploi et protection sociale	Avril 2012	MASEF/ONS	Étude sur les pires formes de travail des enfants en Mauritanie, 2011	MASEF/ONS
36	Éducation	Juin 2016	Unicef	L'enseignement originel en Mauritanie: contribution de la Mahadra à la réalisation des droits des enfants	Isselmou Abdel Kader Abdel Wedoud Abdellahi Hachem
37	Éducation	Février 2013	MEN/Unicef	Étude du bilan des compétences des enfants mauritaniens à l'entrée au cycle primaire	Alain Mingat et Adeline Seurat

Numéro fiche	Domaine	Date de publication	Organisme producteur	Titre de la publication	Auteurs
38	Éducation	2016	MEN/Unicef	État des lieux de la décentralisation du système d'informations statistiques du secteur de l'éducation en Mauritanie et perspectives de généralisation de la collecte électronique	
39	Multisectoriel	Juin 2014	MAED	Profil de la pauvreté en Mauritanie – 2014	ONS/AFRISTAT
40	Multisectoriel	Novembre 2015	Unicef	Étude cartographique des privations et vulnérabilités chez les enfants en Mauritanie	Unicef Mauritanie - ONS
41	Emploi et protection sociale	Avril 2015	ONS	Situation socio-économique des jeunes et enfants	BCR
42	Emploi et protection sociale	2013	MEFPTIC/BIT	Promouvoir l'emploi productif et le travail décent des jeunes en Mauritanie	MEFPTIC/BIT
43	Multisectoriel	Juin 2015	Groupe de la Banque Mondiale	Diagnostic systématique du Pays –Mauritanie	
44	Multisectoriel	Juillet 2015	MAED-PNUD	Rapport d'évaluation globale du CSLP 2001-2015	Isselmou Mohamed Dialel Guisset Issaka Diagana Mohamed Fadel Abdalla El Vally Bocar Coulibaly
45	Multisectoriel	Juillet 2016	MEF/PNUD	Rapport sur l'Évaluation des OMD en Mauritanie	CMAP/Cheikh Abdalla Houeibib ; Mohamed Lemine Mohamed El Haj ; Mohamed Lemine Naffa ; Mohamed Salem Tfeil
46	Emploi et protection sociale	Octobre 2013	MEFPTIC/PNUD/BIT	Situation de l'emploi et du secteur informel en Mauritanie en 2012	ONS
47	Droit de l'Homme	Mars 2014	OFPRA ; CNDA et FER*	Rapport de mission en République Islamique de Mauritanie	Julien Massip, Lucie Combattelli, Anita Martins, Sabrina Saoudi et Anke Eckardt
48	Emploi et protection sociale	Juin 2013	MAED	Stratégie nationale de protection sociale en Mauritanie	MAED

* Office français de protection des réfugiés et apatrides; Cour nationale du droit d'asile et Fonds européen pour les réfugiés



Synthèse des conclusions par domaine et recommandations

➡ Santé : une santé maternelle et infantile fragile

* **Les indicateurs de santé** ont évolué positivement sans toutefois atteindre les objectifs du CSLP ni ceux des OMD (sauf pour le VIH, les épidémies, le paludisme et la tuberculose) malgré de grands efforts de renforcement de capacités institutionnelles et d'investissement (infrastructures, ressources humaines, matériels et équipements). On peut alors se demander si cela n'est pas lié à l'inefficience ou à l'inefficacité des politiques.

* **La mortalité maternelle** a connu une lente diminution allant de 747 pour 100000 NV en 2001 à 582 pour 100000 NV en 2013 (RGPH). Cette réduction est estimée à 12 points en moyenne par an. À ce rythme, l'OMD 5 (réduction de $\frac{3}{4}$ soit 232 pour 100000 NV) ne pourra pas être atteint avant une trentaine d'années. Les principales causes de décès maternels sont l'hémorragie de l'ante et du *post-partum*. Ces taux sont liés à des pratiques et des comportements d'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dérisoires. Et pourtant, une étude montre une augmentation du recours aux services de soins de santé reproductive dans tout le pays à partir de 2000, indépendamment de la disponibilité du forfait obstétrical. En effet, la mise en place du forfait n'a pas induit une diminution significative de la mortalité néonatale, ni dans la population générale ni dans les strates les plus vulnérables de la population.

* **La mortalité infanto-juvénile** a diminué de moins de deux points en moyenne par an en passant de 140 pour mille en 2000 à 115 en 2013 en restant très loin de l'objectif fixé par le CSLP à 55 pour mille en 2015. La réduction de l'OMD 4 de 2/3 pour 2015 s'avère impossible avec le rythme actuel de diminution moyenne de moins de deux points par an. Il faudra alors, à ce rythme, plus de trois décennies. La mortalité néonatale représente plus de la moitié des décès attribuables à la première année de vie. Les causes sont intimement liées à la qualité de la prise en charge de l'accouchement, des soins administrés au nouveau-né. Il s'agit principalement des asphyxies néonatales, des infections néonatales et des petits poids de naissance.

* Cependant, il faut noter que les observations à domicile, dans la région du Gorgol, montrent que **des changements sont en cours dans les perceptions des nouveau-nés**, individualisés de plus en plus tôt. Bien que les décès des nouveau-nés soient encore perçus comme des événements qui « malheureusement peuvent arriver », les familles comptent de plus en plus manifestement sur la survie de leur enfant. Ces attitudes s'écartent des traditions et autres sacrifices et réclament des explications scientifiques qui deviendront probablement une intolérance face aux décès néonataux, et le moment viendra où sages-femmes et accoucheuses ne pourront plus « préparer » les femmes à accepter cette éventualité. Une autre tendance pourrait s'inverser en ce qui concerne les **mutilations génitales féminines** (MGF). En effet, si près de 70 % des filles et des femmes en Mauritanie ont subi des MGF et qu'une femme sur trois pense que la MGF est nécessaire à l'acceptation sociale, et une sur trois qu'elle est nécessaire pour la préservation de la virginité, il faut toutefois noter que les adolescentes sont moins convaincues de cette pratique que les femmes plus âgées et qu'il existe des signes d'une légère diminution de la prévalence.

➡ Nutrition : une situation nutritionnelle précaire

* **La réduction de la malnutrition** reste un défi majeur en Mauritanie. Les indicateurs du statut nutritionnel sont généralement les pires chez les plus pauvres et en milieu rural, mais souvent sont loin d'être acceptables dans les quintiles plus riches et en milieu urbain. Même si le taux de malnutrition aiguë globale au niveau national reste en dessous du seuil d'urgence, il augmente légèrement au fil des enquêtes montrant une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans. Ces résultats montrent encore une fois le caractère cyclique de la malnutrition aiguë avec un effet variable selon les régions. En effet, la période de pics de malnutrition habituellement observée pendant la période de soudure, est suivie d'une accalmie en période post-récolte. La situation nutritionnelle est notamment critique dans les wilayas du Sud et de l'Est où le taux de malnutrition aiguë globale dépasse le seuil de 15 %.

* Les données relatives à l'**insuffisance pondérale** et le **retard chronique** montrent qu'une attention particulière doit être portée à ces deux indicateurs de la situation nutritionnelle. Ceci est particulièrement important pour le retard de croissance lorsque l'on considère son impact sur le capital humain, les capacités d'apprentissage et le devenir de l'enfant en tant qu'acteur du développement national. Concernant l'anémie, des actions spécifiques pour lutter contre les carences en micronutriments et plus spécifiquement contre les carences en fer doivent être mises en place.

* L'enquête qui a été menée dans certaines moughataas de l'Assaba afin de déterminer les classifications respectives de leur couverture pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère a permis de mettre en évidence **quelques barrières à l'accès aux soins** et quelques points forts des programmes. Les principales barrières concernent les connaissances et perception des familles sur la malnutrition, l'insuffisance d'information sur le service de prise en charge, l'insuffisance de dépistage à chaque contact dans les structures sanitaires, l'accessibilité géographique aux soins. Le principal point positif tient à la présence de relais communautaires dans certains villages ce qui permet un dépistage précoce de la malnutrition, un suivi des enfants et donne la possibilité d'informer les familles. Il semble simplement manquer une coordination entre les acteurs du communautaire, ce volet étant réparti entre plusieurs ministères et services de l'État. Il semble mieux organisé entre ONG.

* Au-delà de l'urgence, des interventions à moyen et long terme doivent être menées pour aider à la **résilience des populations** afin de faire face aux événements conduisant à de telles situations. La difficulté d'accès, voire l'inaccessibilité à l'eau potable, notamment en période de soudure, a été relevée dans les zones d'enquêtes comportant les prévalences les plus élevées de MAG. L'hygiène et l'assainissement doivent également être pris en compte.

* En réalité, cette situation reflète la couverture faible de la plupart des interventions incluses dans le **PAIN**, qui restent largement en dessous des taux cibles (généralement de 80 %) établis dans ce plan. Autrement dit, une large proportion des individus vulnérables à la malnutrition ou ayant déjà un mauvais statut nutritionnel n'est pas atteinte par les services prévus par le PAIN, soit en raison de facteurs économiques ou socio-culturels au niveau des ménages et des communautés, soit en raison de facteurs géographiques, institutionnels ou « processuels » de gestion, de financement et de mise en œuvre des programmes. Et pourtant, une étude a montré que la mise en œuvre du PAIN à 100 % de son niveau de couverture planifié coûterait environ 0,8 % du PIB en 2017 en excluant les transferts en espèces et 1,3 % du PIB avec les transferts.



Synthèse des conclusions et recommandations majeures

➡ **Éducation : une éducation à deux vitesses**

* Malgré les efforts déployés par le gouvernement avec le soutien des agences du SNU, dans le cadre du PNDSE, pour rattraper progressivement les retards cumulés dans le domaine de l'éducation et de la formation, la situation reste alarmante.

Selon les données des différents RGPH, **le TBS fondamental a favorablement évolué** entre 1988 (44,7 %) ; 2000 (68,4 %) ; 2013 (72,4 %) et 2014 (76,8 %) avec la particularité d'un dépassement en 2013 du TBS filles (74,4 %) par rapport à celui des garçons (70,5 %) mais le retard des filles se situe au niveau du TBS secondaire où il est de 28,8 % contre 33,1 % pour les garçons. Dans tous les cas de figure, il existe des écarts considérables selon le milieu (urbain, rural ou nomade) et entre les wilayas. La plupart des enfants sont déscolarisés parce qu'il faut faire le choix entre l'école et les travaux champêtres.

* Il faut clairement noter que l'école mauritanienne est aujourd'hui incapable de jouer son rôle traditionnel de creuset de la nation. La part croissante de l'école privée dans les effectifs scolaires et dans les réussites aux examens ainsi que la précarité, l'inexistence d'internats ont, entre autres, pour conséquences de favoriser les plus nantis au détriment des plus pauvres et de créer deux catégories de citoyens qui finiront par se regarder avec méfiance à l'âge adulte (certains programmes scolaires incitent à l'intolérance et se réfèrent peu ou pas à la citoyenneté et à l'ouverture d'esprit). En attendant, les niveaux des élèves et de leurs enseignants baissent inexorablement et **l'environnement de l'école se détériore** (classes, outils didactiques, eau, assainissement, salubrité, sécurité...). L'étude du bilan des compétences des enfants mauritaniens à l'entrée au cycle primaire a montré que les enfants résidant à Nouakchott ont de bien meilleurs résultats que les autres et ce, dans quasiment toutes les dimensions du test. Les élèves dont la langue maternelle est le hassanya ont un niveau de compétences meilleur que les autres, sachant qu'à l'inverse, les primo-locuteurs du soninké ou du wolof obtiennent les scores les plus faibles. Les enfants de milieu aisé présentent aussi un score un peu meilleur que ceux de milieu modeste, mais, d'une part, les écarts sont assez faibles et, d'autre part, ils ne valent pas pour toutes les dimensions considérées. Les enfants dont le père a atteint au moins l'enseignement secondaire et dont la mère a été scolarisée, que ce soit dans l'enseignement formel ou non, ont tendance à avoir des scores supérieurs à ceux dont les parents n'ont pas fréquenté l'école. Par ailleurs, l'analyse de l'efficacité externe de l'éducation met en évidence un impact du niveau d'éducation de la mère et du chef de ménage sur la scolarisation et la rétention des enfants, ce qui devrait permettre d'accélérer la mobilité sociale intergénérationnelle. On constate également que les femmes plus éduquées apparaissent plus à même de planifier la naissance de leurs enfants, grâce à l'utilisation de moyens contraceptifs modernes, ce qui résulte en des nombres d'enfants moins élevés. Les femmes plus éduquées ont par ailleurs un meilleur suivi de leur grossesse et un meilleur appui lors de leur accouchement. Enfin, on note que les principaux syndromes de malnutrition, à niveaux de revenu équivalents, sont bien moins présents chez les enfants dont la mère a un niveau d'éducation élevé, et que les femmes plus éduquées sont moins susceptibles de trouver justifiées ou de reproduire des violences contre les femmes, comme les violences conjugales ou l'excision. **L'éducation des femmes** en particulier semble donc être un important moteur de changement de la société, par l'accélération de la transition démographique comme dans la protection des enfants et dans les mœurs.

* Compte tenu de tous ces aspects, **la politique éducative** devra s'articuler autour des trois principales priorités suivantes : la maîtrise du fonctionnement du système éducatif sur les plans quantitatif et qualitatif ; la réduction progressive des disparités dans les parcours scolaires individuels, liées aux facteurs géographiques, économiques et de genre ; et la mise en place des normes, des outils techniques et des mécanismes institutionnels pour améliorer la gestion du système et suivre la transformation des moyens alloués au secteur en apprentissages chez les élèves.

➡ **Pauvreté : des populations vulnérables au moindre choc**

* **La pauvreté** demeure préoccupante dans ses différentes dimensions : inégalité, distribution géographique, contribution des groupes socio-économiques à la pauvreté, déterminants de la pauvreté. En plus du défi de la pauvreté générale, **la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion** des groupes sociaux défavorisés est une préoccupation largement partagée par les Mauritaniens. Ces groupes sont, en particulier, les femmes sans éducation, les populations pauvres en milieu rural et périurbain, les enfants et orphelins vulnérables, les handicapés, les chômeurs et les personnes du troisième âge. En effet, toutes les données disponibles ont montré que l'extrême pauvreté mauritanienne est essentiellement un phénomène rural avec des inégalités statutaires qui ont leur reflet au niveau de l'accès aux ressources productives (femmes et groupes socio-ethniques traditionnellement dominés dont, en particulier, les esclaves et descendants d'esclaves). Ce qui entretient et aggrave la pauvreté qui a tendance à être « héréditaire » tout en interagissant sur les autres dimensions comme l'analphabétisme et l'accès aux services sociaux de base dans le contexte d'une faible protection sociale. Dans ce cadre, les ménages vivant en milieu rural, quel que soit par ailleurs leur statut social ou ethnique, subissent des iniquités liées notamment à des faiblesses infrastructurelles et de revenu évidentes et qui sont entretenues et renforcées du côté de l'offre par le mode et les choix en matière de gestion des ressources publiques.

* De manière quantitative, en se basant sur la pauvreté multidimensionnelle prenant en compte plusieurs privations, on constate que sur les 1 753 151 enfants étudiés (hors enfants nomades), 978 284 enfants subissent au moins une privation sévère, soit 56 %. En moyenne nationale, près de 472 184 enfants, soit **27 % vivent dans une situation de pauvreté absolue**, c'est-à-dire exposés à deux privations sévères ou plus. Plus de 19 000 enfants sont en privation extrême (quatre privations sévères ou plus) en Mauritanie (1 %) et plus de 106 000 enfants (6 %) en privation forte (trois privations sévères ou plus). Sur les quatre wilayas où sévissent les taux de MAG les plus élevés (+18 %), deux (Assaba et Gorgol) concentrent la plus grande proportion d'enfants en situation de privation sévère et extrême. Les communes où les enfants subissent une privation forte, avec quatre critères de vulnérabilité, sont situées dans des zones d'insécurité alimentaire chronique, des zones inondables, avec une prévalence de la malnutrition. L'échelle des enfants en privation forte, croisée avec le nombre de vulnérabilités, va de moins de 27 % à plus de 50 % ; elle reflète la situation générale en Mauritanie. Les enfants vivent en privation modérée (deux privations sévères), avec quatre critères de vulnérabilité. L'échelle des enfants en privation modérée croisée avec le nombre de vulnérabilité va de moins de 10 % à plus de 33 %. Elles sont situées dans des zones d'insécurité alimentaire chronique, des zones inondables, avec une prévalence de la malnutrition.

* Face à cette situation, l'agenda post-2015 devrait s'engager explicitement à mettre fin à la pauvreté des enfants. Les discussions autour de l'agenda post-2015 suggèrent de mettre en évidence l'éradication de la pauvreté infantile et de proposer des indicateurs retenus pour suivre les progrès. Il y a plusieurs raisons importantes à cela : la pauvreté a des effets particulièrement dévastateurs sur le développement des enfants, entraînant souvent des déficits qui ne peuvent être surmontés plus tard ; les cycles de la pauvreté intergénérationnelle et l'augmentation du capital ne peuvent être atteints qu'en accordant **une attention prioritaire aux enfants pauvres** ; les nouveaux objectifs de développement renforcent la notion d'équité et, à cet égard, les données doivent être plus désagrégées, notamment par âge, classe et statut. Cela permettra de faire en sorte que les enfants les plus pauvres soient dans le programme de développement.

Le monde peut s'engager à sortir les enfants de la pauvreté et à les aider à surmonter les effets nocifs d'un cycle de pauvreté. Ce sera la pierre angulaire d'une vie plus stable, prospère et durable.



Les fiches synthétiques

Les fiches synthétiques sont au nombre de 62, réparties de manière chronologique suivant les différents secteurs.

* **29 fiches de santé**

traitant des questions liées à la malnutrition, à la santé maternelle et néonatale, aux mutilations génitales féminines, au système national d'information sanitaire

* **6 fiches du secteur de l'éducation**

traitant du bilan des compétences des enfants mauritaniens à l'entrée au cycle primaire, faisant l'analyse des profils des enfants; non-scolarisation et déscolarisation dans la tranche d'âge 6-14 ans, l'état des lieux de la décentralisation du système d'informations statistiques du secteur de l'éducation en Mauritanie et perspectives de généralisation de la collecte électronique et l'enseignement originel en Mauritanie: contribution de la Mahadra à la réalisation des droits des enfants.

* **2 fiches sur l'hygiène et l'assainissement**

traitant de la Stratégie nationale de promotion d'hygiène et du contrôle de durabilité pour mettre fin à la défécation à l'air libre.

* **1 fiche sur les droits de l'homme**

traitant de la question épineuse de la cohabitation entre les différentes communautés du pays.

* **5 fiches sur la sécurité alimentaire et la survie**

faisant les différentes évaluations des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences en Mauritanie.

* **6 fiches sur l'emploi et la protection sociale**

passant en revue la situation socio-économique des jeunes, enfants et femmes, sur l'emploi informel et l'emploi productif ainsi que sur le travail des enfants.

* **13 fiches multisectorielles**

traitant de manière transversale les questions liées à la croissance économique et la répartition des revenus, la pauvreté dans toutes ses dimensions, notamment celle des enfants et des femmes.

Chaque fiche fait un résumé synthétique du document et reprend les principales conclusions et recommandations.

Titre :	Cas d'investissement sur la nutrition en Mauritanie. Analyse de l'équité dans les programmes de nutrition en Mauritanie
Auteur(s) :	Montserrat Saboya, Mohamed Lemine Selmane
Date de publication :	Octobre 2012
Organisme producteur :	OXFORD
Nombre de pages :	59
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La sous-nutrition en Mauritanie ne s'explique pas seulement par des pénuries alimentaires, même si une grande proportion de la population du pays souffre d'une insécurité alimentaire « chronique ».

Les pratiques inadéquates d'allaitement et d'alimentation complémentaires sont les causes majeures non reconnues de la malnutrition dans les pays en voie de développement. Au-delà des comportements alimentaires, d'autres causes relèvent du contexte mauritanien. Il s'agit du faible accès aux soins et aux services de base (santé et éducation) ; d'une forte prévalence de certaines maladies infantiles dans un environnement contraignant et d'une hygiène précaire. Parmi les causes structurelles figurent la pauvreté, l'analphabétisme, les normes sociales et le comportement.

Dans un cadre plus large de préparation d'un cas d'investissement pour la nutrition en Mauritanie, le premier des objectifs spécifiques de la mission réfère à l'analyse des potentiels facteurs de risque d'exclusion dans les interventions actuelles en nutrition sur le pays.

L'approche méthodologique utilisée a privilégié une démarche participative et inclusive et une diversification des sources des données et des informations. L'utilisation des outils participatifs a permis de responsabiliser les populations cibles dans l'analyse de la situation,

l'identification des facteurs d'exclusion et la définition des actions et des solutions. Le principe d'inclusion a favorisé la prise en compte des perspectives des acteurs institutionnels et associatifs.

Quatre wilayas représentatives des diversités et spécificités sociodémographiques, économiques, physiques et nutritionnelles ont été retenues pour les visites de terrain et les analyses participatives avec les populations et les acteurs institutionnels. Ces wilayas sont : les quartiers précaires de Nouakchott pour le milieu urbain ; le Hodh El Gharbi pour les régions de l'Est ; le Brakna pour les régions du Sud et l'Adrar pour les régions du Nord. L'analyse utilise les données de prévalence les plus récentes : l'enquête SMART de juillet 2012 (période de soudure) et la MICS de 2011. En ce qui concerne les indicateurs de couverture des interventions actuelles du PAIN, quelques-uns ont été estimés à partir des données administratives, des ONG, des agences des NU et d'autres partenaires techniques et financiers. D'autres proviennent des mêmes enquêtes et études nationales. Compte tenu du manque d'information, l'analyse de la couverture contenue dans ce rapport se limite aux quatre premiers domaines du PAIN : les informations reçues sur les interventions pour la sécurité alimentaire ne sont pas adéquates pour en tirer des conclusions.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Aux fins d'atténuer les risques d'exclusion des groupes vulnérables et de promouvoir l'équité dans les interventions de nutrition, il est recommandé de mettre en œuvre de grandes mesures correctives, à savoir : la promotion des initiatives intersectorielles intégrées ; l'amélioration du ciblage ; l'adoption d'approches de mise en œuvre proactives ; l'adoption d'approches de mise en œuvre participatives avec la promotion de l'implication et la participation des groupes vulnérables ; le renforcement des capacités des intervenants en approches participatives et communautaires ; et la prise en compte des coûts de l'enclavement dans l'accès aux services.



Titre:	Rapport de synthèse du cas d'investissement en nutrition Mauritanie
Auteur(s):	Anthony Hodges, Montserrat Saboya, Mohamed Lemine Selma
Date de publication:	Décembre 2012
Organisme producteur:	Unicef/FAO/OMS/AECID
Nombre de pages:	42
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

En 2011, le gouvernement de Mauritanie a élaboré un plan d'action intersectoriel de nutrition (PAIN), couvrant la période de 2011 à 2015, en vue d'une mise à l'échelle des interventions en nutrition dans un cadre intégré et holistique. Ce Plan [RIM, 2011] inclut 17 interventions, structurées en cinq domaines prioritaires qui s'adressent aux causes directes et sous-jacentes de la malnutrition: l'allaitement et l'alimentation complémentaire; l'apport en micronutriments; le traitement de la diarrhée et le contrôle des parasites; le traitement de la malnutrition aiguë sévère et modérée; la sécurité alimentaire des ménages. L'étude avait des objectifs multiples qui allaient en fait bien au-delà d'un cas d'investissement « pur » dans le sens d'une analyse du bien-fondé des investissements dans l'amélioration de la nutrition [OPM, 2012]. Ces objectifs ont été formulés comme suit: Identifier les risques potentiels

d'exclusion (en termes de couverture des interventions du PAIN) de la population vulnérable, ainsi que les facteurs qui expliquent les exclusions, en vue de proposer des actions qui peuvent réduire ces risques d'exclusion; Fournir des recommandations pour améliorer le cadre de suivi et évaluation du PAIN pour mieux suivre les indicateurs d'impact et de couverture, notamment en ce qui concerne les exclusions; Intégrer dans le budget du PAIN les transferts en espèces (intervention incluse dans le PAIN mais pas encore budgétisée); Estimer le déficit de financement pour la mise en œuvre du PAIN et analyser les perspectives d'espace budgétaire pour un financement adéquat; Faire une analyse de « cas d'investissement » qui démontre la relation entre les coûts et les bénéfices d'investissement dans les interventions du PAIN; Préparer des outils de plaidoyer et de mobilisation de ressources internes et externes.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La réduction de la malnutrition reste un défi majeur en Mauritanie. Les indicateurs du statut nutritionnel sont généralement les pires chez les plus pauvres et en milieu rural, mais souvent sont loin d'être acceptables dans les quintiles plus riches et en milieu urbain. En partie, cette situation reflète la couverture faible, et quelquefois très faible, de la plupart des interventions incluses dans le PAIN, qui restent largement en dessous des taux cibles (généralement de 80 %) établis dans ce Plan. Autrement dit, une large proportion des individus vulnérables à la malnutrition ou ayant déjà un mauvais statut nutritionnel n'est pas atteinte par les services prévus par le PAIN, soit en raison de facteurs économiques ou socioculturels au niveau des ménages et des communautés, soit en raison de facteurs géographiques, institutionnels ou « processuels » de gestion, de financement et de mise en œuvre des programmes. Une réponse efficace exige des mesures à plusieurs niveaux: la réduction de la pauvreté des foyers, le renforcement des services publics, notamment dans le secteur de la santé, et des mesures processuelles pour améliorer la mise en œuvre des programmes. Il s'agit, notamment, de traduire le PAIN en cadre effectif de planification intégrée et plurisectorielle des interventions en nutrition, reflété dans le CDMT et le budget annuel, et doté d'un système intégré de gestion de l'information en nutrition (pour permettre un suivi adéquat de la mise en œuvre des programmes) et de mécanismes efficaces de coordination opérationnelle entre les divers acteurs. La mise en œuvre du PAIN à 100 % de son niveau de couverture planifié coûterait environ 0,8 % du PIB en 2017 en excluant les transferts en espèces et 1,3 % avec les transferts, sous les hypothèses des simulations faites dans cette étude. Ce niveau de financement est potentiellement faisable, même si un scénario de mise en œuvre progressive semble plus réaliste, notamment en termes de capacité administrative. L'analyse coût-bénéfice justifie largement l'augmentation des dépenses publiques requises pour atteindre des taux plus élevés de couverture des interventions en matière de nutrition. Même dans le cas du scénario le plus conservateur, l'analyse a estimé que les bénéfices (en termes de productivité économique et de niveau de consommation à long terme) sont plus de 5 fois plus importants que les coûts des interventions.

Titre:	Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART
Auteur(s):	MS
Date de publication:	2012
Organisme producteur	Unicef/ECHO/EC
Nombre de pages:	62
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal de l'enquête est d'évaluer la situation nutritionnelle et la mortalité au sein de la population mauritanienne, et plus particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes en âge de procréer, au niveau de chacune des strates de l'enquête et au niveau national, afin de contribuer à une meilleure prise en charge des problématiques nutritionnelles.

En raison de la dispersion de la population et de l'absence de liste de ménages, il a été décidé d'effectuer un sondage en grappe. Il s'agit donc d'une enquête transversale en grappes à deux degrés. Pour harmoniser le recueil de données, la méthodologie SMART (*Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions*) a été appliquée. Cette méthodologie permet aux équipes de saisir les données sur le terrain en temps réel et d'assurer ainsi le contrôle de leur qualité afin de pouvoir faire les ajustements nécessaires avant de quitter la grappe d'enquête. L'enquête s'est déroulée du 22 juin au 16 juillet 2012. Elle a concerné 6756 ménages et les mesures de 6817 enfants de moins de 5 ans ont été prises. La validation du protocole révisé de prise en charge de la malnutrition aiguë en 2011 a permis à la Mauritanie d'adopter les normes de croissance de l'OMS de 2006. Ces normes ont donc été utilisées pour l'analyse des données. Les mesures anthropométriques ont été collectées auprès de 687 enfants de moins de 5 ans.

Les résultats montrent ce qui suit:

* **La prévalence de la malnutrition** aiguë globale à l'échelle nationale est de 12,0 %. Cette prévalence est en légère hausse par rapport à celle de juillet 2011 et celle de sa forme sévère est de 1,7 %. Les strates (wilayas) du Tagant, du Brakna, du Hodh Chargui et de l'Assaba, présentent les prévalences les plus élevées avec des taux de MAG supérieurs au seuil d'urgence de 15 %. Les régions de Nouadhibou et de Nouakchott enregistrent les prévalences les plus basses. Les données anthropométriques montrent aussi que près d'un enfant sur quatre (20,4 %) souffre d'insuffisance pondérale et 4,3 % des enfants de moins de 5 ans sont affectés par la forme sévère. Les résultats de l'enquête indiquent que les wilayas du Hodh Chargui, du Tagant, du Guidimagha et du Brakna sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale avec respectivement 31,2 %, 29,0 %, 28,6 %

et 28,1 %. Par ailleurs, la prévalence de la malnutrition chronique se situe à 23,4 % au niveau national avec des disparités entre les différentes régions du pays. Les régions les plus touchées sont celles de Hodh Chargui, du Brakna et du Guidimagha avec des prévalences dépassant ou se rapprochant du seuil « Sérieux » défini par l'OMS (Malnutrition chronique > 30%).

* **Au niveau national**, la prévalence de l'anémie globale chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 73,8 %, dont 3,9 % de forme sévère alors qu'elle est de 54,2 % chez les femmes dont 2,9 % de cas sévère. Cette moyenne nationale chez les enfants montre de grandes variations allant de 55,4 % dans le Nord à 82,8 % au Guidimagha.

* **L'enquête de mortalité** a révélé des taux bruts de décès ainsi que des taux de décès chez les enfants de moins de 5 ans au-dessous du seuil d'alerte aussi bien au niveau national qu'au niveau de chacune des strates enquêtées. Le taux brut de décès est de 0,15 décès/10 000 personnes/jour.

* **Les données de morbidité** montrent qu'au moins un tiers des enfants (35,1 %) étaient malades dans les quinze jours précédents l'enquête. Par ailleurs 82,3 % des enfants de 6 à 59 mois ont reçu un supplément de vitamine A au cours des six derniers mois. L'eau de boisson est essentiellement fournie par le système de canalisation des robinets (39,1 %), avec de grandes disparités entre les régions, et par des puits protégés représentant 21,2 %.

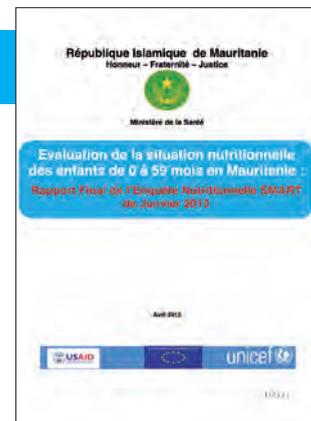


III → CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le taux de malnutrition aiguë globale a connu une légère augmentation entre juillet 2011 (10,7 %) et juillet 2012 (12,0 %). La prévalence de la malnutrition aiguë sévère est quant à elle passée de 1,4 % en juillet 2011 à 1,7 % cette année. Les strates (Wilayas) du Hodh Chargui, de l'Assaba, du Tagant et du Brakna avec des taux de malnutrition aiguë globale supérieurs à 15 % sont donc des zones à situation grave de malnutrition, qui nécessitent des interventions d'urgence ciblant en particulier la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère. Les régions du Guidimagha, du Gorgol et du Hodh El Gharbi se situent à la limite du seuil d'urgence et devraient donc être également considérées comme des zones prioritaires pour la mise en œuvre d'interventions visant à traiter et prévenir la malnutrition. Les données relatives à l'insuffisance pondérale et le retard chronique montrent aussi qu'une attention particulière doit être portée à ces deux indicateurs de la situation nutrition. Ceci est particulièrement important pour le retard de croissance lorsque l'on considère son impact sur le capital humain, les capacités d'apprentissage et le devenir de l'enfant en tant qu'acteur du développement national.

Les résultats de l'anémie montrent aussi que des actions spécifiques pour lutter contre les carences en micronutriments et plus spécifiquement contre les carences en fer doivent être mises en place.

Titre :	Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 0 à 59 mois en Mauritanie : Rapport final de l'enquête nutritionnelle SMART de Janvier 2013
Auteur(s) :	Ministère Santé
Date de publication :	Avril 2013
Organisme producteur :	USAID/Unicef/EC
Nombre de pages :	69
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal de l'enquête est d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de 0 à 59 mois au niveau de chacune des zones de l'enquête, afin de contribuer à une meilleure prise en charge des problématiques nutritionnelles. L'enquête est transversale et de type descriptif avec un sondage en grappe, stratifié à deux degrés. L'échantillon couvre l'ensemble des treize (13) wilayas de la République Islamique de Mauritanie. L'enquête vise à produire des résultats représentatifs pour le niveau national et pour chacune des zones de l'enquête. L'ensemble de l'enquête a été conduit en suivant la méthodologie SMART, une méthodologie permettant la réalisation d'enquête nutritionnelle et de mortalité standardisée, simplifiée, rapide et transparente et avec une amélioration de la qualité des données anthropométriques. L'enquête s'est déroulée du 13 au 31 janvier 2013, 5941 ménages ont été enquêtés et les mesures ont été prises sur 7203 enfants de moins de cinq ans dont 6523 enfants de 6 à 59 mois.

Les résultats sont les suivants.

Au plan national, le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) s'élève à 5,6 % selon les normes OMS 2006. Ce taux a connu une légère baisse d'environ un point de pourcentage par rapport à l'enquête SMART de décembre 2011 (6,5 %). Le taux de malnutrition aiguë

sévère (MAS) a également connu une baisse significative puisqu'il est passé de 1,8 % à 0,6 %. Les résultats au niveau national montrent que la situation nutritionnelle est définie suivant la classification de l'OMS comme étant « précaire ». Sur le plan régional, les régions du Trarza, Nouadhibou, Tagant, Nouakchott et la zone Nord présentent une prévalence de MAG relativement faible (< 5%). Toutes les autres régions (Hodh Charqui avec 7,5 %, Hodh El Gharbi 7,6 %, Assaba 6,7 %, Gorgol 8 %, Brakna 5,7 %, et le Guidimagha 7,5 %) se trouvent également dans une situation nutritionnelle « précaire » (soit entre 5 et < 10% de MAG). Le taux de malnutrition chronique observé sur l'ensemble du territoire est de 21,7 %. Au niveau des régions les prévalences varient de 8 % dans le Brakna à 40,9 % pour la région de Hodh Chargui. Selon la classification de l'OMS, les régions de Hodh Chargui, et le Nord, avec des prévalences situées entre 30 et 40 %, se retrouvent en situation « sérieuse ». Les régions de Nouakchott, Nouadhibou, Trarza et Gorgol se trouvent donc dans une situation « acceptable » avec une prévalence inférieure au seuil de 20 %. La prévalence d'insuffisance pondérale observée sur l'ensemble du territoire est de 12,4 %. Au niveau des régions, les prévalences varient de 4,2 % dans le Trarza à 20,5 % pour la région de Hodh Chargui.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Ces résultats montrent de faibles variations comparativement à l'enquête post-récolte de l'année dernière. Par ailleurs, le phénomène cyclique de la malnutrition aiguë avec des pics en période de soudure suivi d'une baisse en période post-récolte est encore persistant.

Ceci justifie amplement la nécessité de maintenir les interventions entreprises afin de maîtriser le flux de malnutrition aiguë.

En ce qui a trait à la malnutrition chronique et au déficit pondéral, la situation nutritionnelle n'est guère reluisante et nécessite des actions multisectorielles et inscrites dans le long terme.

Titre: **Enquête nutritionnelle nationale**
Auteur(s): Direction de la santé de base et la nutrition
Date de publication: Juillet 2013
Organisme producteur: Ministère Santé/UNICEF/EC
Nombre de pages: 82
Format du document: PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'enquête nutritionnelle de juillet 2013 a permis d'améliorer le niveau de représentativité en passant d'une représentativité régionale à celle des districts (Moughataa). Ce changement répond à une préoccupation des partenaires pour mieux cibler leurs interventions et fournir l'appui nécessaire aux populations les plus nécessiteuses.

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de 0 à 59 mois au niveau de chacune des zones de l'enquête, afin de contribuer à une meilleure prise en charge des problématiques nutritionnelles. L'ensemble de l'enquête a été conduite en suivant la méthodologie SMART. Le calcul de la taille des échantillons a été effectué de façon indépendante dans chacune des strates avec le logiciel ENA (version juin 2013). La taille globale des échantillons est estimée à près de 12504 ménages pour l'ensemble des strates: 637 grappes de 16 à 26 ménages, chacune enquêtée au

sein de chacune des strates. L'enquête s'est déroulée du 28 juin au 14 juillet 2013. Au total plus 12504 ménages ont été visités avec 14061 enfants de moins de 5 ans mesurés. Les résultats sont les suivants: au niveau national, près d'un enfant sur cinq (19,3 %) souffre d'insuffisance pondérale globale, dont 4 % affectés par sa forme sévère. Les résultats de l'enquête indiquent que les wilayas du Gorgol, Tagant et Hodh Chargui, sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale avec respectivement des taux de 29,4 %, 28,7 % et 26,4 %. La prévalence de l'insuffisance pondérale a baissé de 20,4 % en juillet 2012 à 19,3 % en juillet 2013. Toutefois cette baisse n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, la désagrégation des résultats par moughataa montre des disparités importantes au sein d'une même wilaya ou certaines moughataa dépassent 30 % alors que d'autres sont en dessous de 20 %.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Même si le taux de malnutrition aiguë globale au niveau national reste en dessous du seuil d'urgence, il a légèrement augmenté, passant de 12,0 % en juillet 2012 à 13,1 % pour cette enquête de juillet 2013, montrant une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans par rapport à 2012 à la même période. De même, la malnutrition aiguë sévère passe de 1,7 % en juillet 2012 à 2,3 % en juillet 2013. La situation nutritionnelle est jugée critique dans les wilayas (régions) du Tagant, Brakna, Hodh Gharbi, Gorgol, Guidimagha et Assaba où le taux de malnutrition aiguë globale est supérieur à 15 % et nécessite donc des interventions urgentes ciblant en particulier la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère. La région du Hodh El Gharbi jugée en situation sérieuse mais se situant à la limite du seuil d'urgence, devrait également bénéficier de ce type d'intervention. Bien que ces wilayas soient les plus affectées, il est important de cibler en priorité les moughataa où la situation nutritionnelle est particulièrement catastrophique pour les interventions prioritaires.

Compte tenu de l'importance des besoins dans certaines moughataa, les recommandations sont les suivantes: Accélérer la mise à l'échelle des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë pour rapprocher les communautés des structures de soins et améliorer la couverture; Organiser des activités mobiles de dépistage et de prise en charge de la malnutrition dans toutes les moughataa ayant une prévalence supérieure de malnutrition aiguë globale à 15 %; Renforcer le réseau des relais communautaires pour le dépistage actif et le suivi des enfants malnutris pris en charge à domicile; Organiser des campagnes de sensibilisation de masse à travers des unités mobiles et la presse pour informer les populations et inciter la recherche de soins vers les structures de santé; Mettre à l'échelle le paquet d'intervention efficace recommandé dans les moughataa présentant une prévalence de malnutrition chronique supérieure à 20 % ou une prévalence de malnutrition aiguë supérieure à 5 %; Intégrer des interventions sensibles à la nutrition telles que la santé et l'eau, l'hygiène et l'assainissement pour réduire la fréquence des pathologies infantiles dans l'ensemble des régions touchées; Renforcer le suivi et la supervision du programme PCIMA en termes de respect du protocole national (critères d'admission et de sortie, traitement nutritionnel et médical, etc.); Renforcer les programmes de prévention de la malnutrition et la mise à l'échelle des interventions de communication pour le changement de comportement adaptées à chaque situation.



Titre: Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants en Mauritanie: enquête SMART post-récolte

Auteur(s): DSBN/MS

Date de publication: Mars 2014

Organisme producteur: Unicef/USAID/EC

Nombre de pages: 61

Format du document: PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'enquête s'est déroulée du 16 décembre 2013 au 10 janvier 2014, 5326 ménages ont été enquêtés dans les 11 zones d'enquêtes et les mesures ont été prises sur 5708 enfants de moins de cinq ans dont de 5108 enfants de 6 à 59 mois. L'analyse des données anthropométriques a été faite sur la base du plan standard d'analyse du logiciel ENA Delta. Les flags SMART ont été exclus lors de l'analyse des données anthropométriques des enfants au niveau de chacune des strates et les flags OMS ont été exclus pour l'obtention des résultats au niveau national.

Les résultats sont les suivants.

* La prévalence de la malnutrition obtenue par la présente enquête indique un taux de malnutrition aiguë globale de 6 %. Ce taux montre une diminution très importante du niveau de la malnutrition aiguë globale au niveau national par rapport à l'enquête nutritionnelle de juillet 2013. Ce taux confirme aussi les tendances observées lors des dernières enquêtes nutritionnelles réalisées à la période post-récolte et qui se situent entre 5,6 à 8,5 % au niveau national.

* La malnutrition aiguë globale est répartie entre la forme modérée d'émaciation (5,3 %) et la forme sévère (0,7 %). Il existe des disparités entre les différentes zones (régions) du pays. Les régions du Guidimagma et du Gorgol avec respectivement des taux de malnutrition aiguë globale de (9,3 % et 8,6 %) sont les régions les plus touchées.

* Les résultats de l'enquête révèlent que la prévalence globale de la malnutrition chronique se situe à 22 % avec des disparités entre les zones définies par l'enquête. Les résultats de cette enquête confirment la stagnation du taux de la malnutrition chronique à un taux légèrement supérieur à 20 % observé lors des enquêtes nationales. Les résultats de l'enquête indiquent que près d'un enfant sur sept (13,7 %) souffre d'insuffisance pondérale modérée, et que 2,1 % des enfants sont affectés par la forme sévère d'insuffisance pondérale. Du point de vue zone géographique, les résultats de l'enquête indiquent que les wilayas du Gorgol et du Tagant sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale avec un taux de 17,5 % et 17,3 % respectivement.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Bien que les résultats de l'enquête montrent des taux similaires aux différentes enquêtes nutritionnelles réalisées pendant la période post-récolte, il y a lieu de signaler que compte tenu de l'évolution cyclique des taux de malnutrition, il est à craindre une remontée des taux de malnutrition aiguë pendant les mois à venir. Des mesures idoines doivent être prises pour freiner et endiguer cette tendance. Le pays se trouve dans une situation qualifiée de « médiocre » par rapport aux indicateurs de la malnutrition chronique et insuffisance pondérale suivant (OMS, 2000 et Sphère 2004).

Titre:	Enquête nutritionnelle SMART
Auteur(s):	DSBN/MS
Date de publication:	Août 2014
Organisme producteur:	Unicef
Nombre de pages:	62
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Au terme de la collecte des données qui s'est déroulée du 1^{er} au 20 août 2014, 7 146 ménages ont été enquêtés. Les ménages ont une taille moyenne de 5,0 individus au niveau national. Celle-ci se situe entre 3,8 (Hodh Chargui) et 6,4 (Gorgol) individus selon les régions. Au total, 7 125 enfants de 0-59 mois ont fait l'objet de prise de mesures anthropométriques. Ces enfants représentent 20 % de l'échantillon total. Leur répartition selon les classes d'âge est assez homogène. Cependant la proportion des enfants de 48-59 mois est assez faible. Au niveau national, la prévalence de malnutrition aiguë globale (MAG) s'élève à 9,8 % connaissant ainsi une baisse par rapport à l'année dernière en période de soudure où elle était de 13,1 %. La prévalence étant située entre 5 et 10 %, elle est considérée comme étant « modérée » traduisant une situation dite « précaire » selon la classification OMS, 2000.

Pour la première fois depuis le début des enquêtes SMART, la Mauritanie a une prévalence de MAG inférieure à 10 % pendant la période de soudure. Cette année la situation est donc passée de la catégorie dite « sérieuse » à « précaire » selon la même classification. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) s'élève à 0,9 %. Celle-ci a également diminué par rapport à celle de la période de soudure de l'année dernière qui était de 1,7 %. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons. La prévalence de l'insuffisance pondérale globale s'élève à 14,3 % au niveau national. Elle connaît donc une nette baisse par rapport à la période de soudure l'année dernière où elle était de 20,4 %. Située entre 10 et 20 % cette année, cette prévalence est modérée et traduit une situation dite « précaire » selon la classification OMS, 2000. Les garçons sont les plus touchés par l'insuffisance pondérale globale avec près de 16,7 % affectés contre 12,0 % pour les filles ($p < 0,001$). Près de 1,9 % des 0-59 mois sont en situation d'insuffisance pondérale sévère dans le pays.

Cette enquête montre une amélioration de la situation nutritionnelle des enfants par rapport à la période de soudure de l'année dernière. Les prévalences de malnutrition aiguë et de malnutrition chronique globale au

niveau national sont à leur plus bas niveau depuis la mise en place des enquêtes SMART biannuelles. Pour la première fois depuis la mise en place de ces enquêtes, les prévalences de malnutrition selon l'indice Poids-pour-Taille (malnutrition aiguë) et Taille-pour-Age (malnutrition chronique) des enfants mauritaniens sont respectivement définies comme étant « faible » (inférieure à 20 %) et « modérée » (inférieure à 10 %) selon la classification OMS, 2000. La prévalence de l'insuffisance pondérale a également baissé par rapport à la période de soudure de l'année dernière, mais reste toujours située entre 10 et 20 %, correspondant à un niveau « précaire ». À l'instar de la malnutrition MAG, l'insuffisance pondérale connaît une variation qui suit un rythme saisonnier avec une hausse en période de soudure suivie par une baisse en période post-récolte.

Les filles sont significativement moins touchées par la malnutrition chronique, l'insuffisance pondérale et la MAG selon l'indice Poids-pour-Taille, mais elles sont plus touchées par MAG selon le PB que les garçons.



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'enquête ne s'est pas déroulée pendant le pic de la période de soudure et, de ce fait, les résultats qu'elle présente doivent être analysés avec ce regard. L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans montre une amélioration nette par rapport à l'année dernière. La prévalence de la malnutrition aiguë, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition chronique sont basses. Cette baisse peut résulter d'une réelle amélioration de la situation nutritionnelle au niveau national en période de fin de soudure. En dépit de cette baisse observée au niveau national, la région du Guidimagha, où près d'un enfant sur six souffre de malnutrition aiguë, reste en situation critique de malnutrition infantile et doit faire l'objet d'une attention particulière en termes de prise en charge de la malnutrition infantile.

D'autres régions comme Hodh Chargui, Assaba, Gorgol, Brakna et Tagant sont en situation sérieuse de malnutrition aiguë et doivent également bénéficier d'actions ciblées afin d'améliorer la situation, notamment en période de soudure.

Bien que les résultats de l'enquête montrent des prévalences en baisse en comparaison avec les enquêtes SMART des périodes de soudure, il y a lieu de signaler que les régions du Guidimagha, présentent des prévalences de malnutrition aiguë globale très inquiétantes, supérieures à 15 %. Cette prévalence dépasse le seuil d'urgence de 15 % fixé par les standards de l'OMS. Dès lors, il est recommandé de :

- * Renforcer la prise en charge des enfants diagnostiqués malnutris, notamment dans les régions à forte prévalence de MAS ;
- * Accélérer la mise à l'échelle du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë pour rapprocher les communautés des structures de soins augmentant de facto la couverture ;
- * Renforcer les activités de dépistage actif au niveau communautaire pour une identification précoce des cas et leur transfert vers les structures de prise en charge ;
- * Renforcer les activités de nutrition à assise communautaire, et surtout dans sa dimension sensibilisation, pour augmenter les connaissances des mères et gardiennes d'enfants ;
- * Appuyer la mise en œuvre d'activités de *blanket feeding* dans les régions ayant des taux de malnutrition de plus de 10 % pour éviter une augmentation des cas ;
- * Développer des approches multisectorielles pour développer des activités préventives et promotionnelles pour rompre le cycle de malnutrition dans les régions les plus affectées.

Titre:	Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants en Mauritanie: Enquête SMART post-récolte
Auteur(s):	DSBN/MS
Date de publication:	Février 2015
Organisme producteur:	Unicef/USAID/EC
Nombre de pages:	61
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'enquête a porté sur 6002 ménages. La collecte des données anthropométriques a été effectuée sur 6035 enfants de moins de 5 ans dont 5381 enfants de 6 à 59 mois.

Au niveau national, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) selon les normes OMS 2006 est de 6,2 %. Ce taux confirme aussi les tendances observées lors des dernières enquêtes nutritionnelles réalisées à la période post-récolte et qui se situent entre 5,6 et 8,5 % au niveau national. Pour la seconde année consécutive depuis 2006 aucune région du pays ne dépasse le seuil d'alerte de 10 % fixé par l'OMS. Les régions du Hodh Echarqui et du Guidimagha avec respectivement des taux de malnutrition aiguë globale de 9,6 % et 9,4 % sont les régions les plus touchées.

Les résultats de l'enquête révèlent que la prévalence globale de la malnutrition chronique se situe à 20,9 %, avec

des disparités entre les zones définies par l'enquête. Les résultats de cette enquête confirment la stagnation du taux de la malnutrition chronique dans un taux légèrement supérieur à 20 % observé lors des enquêtes nationales. Les résultats de l'enquête indiquent que près d'un enfant sur sept (13,4 %) souffre d'insuffisance pondérale modérée, et que 1,5 % des enfants sont affectés par la forme sévère d'insuffisance pondérale. Du point de vue zone géographique, les résultats de l'enquête indiquent que les wilayas du HEC et le Guidimagha sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale avec respectivement un taux de 19,5 % et 17,3 %.

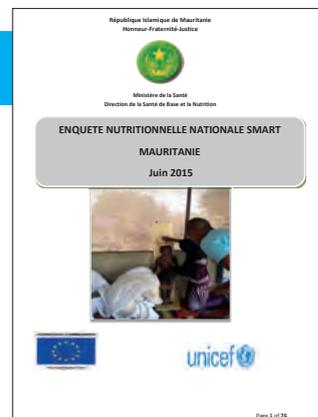
Pour les indicateurs de survie, 51 % des enfants de 0-6 mois sont allaités exclusivement; les aliments de complément ont été introduits chez 60,9 % des 6-8 mois et 39,8 % des ménages disposent de sel iodé au sein de leur foyer.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Ces résultats montrent le caractère cyclique de la malnutrition aiguë avec un effet variable selon les régions. En effet, la période de pics de malnutrition habituellement observés pendant la période de soudure suivie d'une accalmie en période post-récolte est encore visible si l'on considère l'enquête d'août 2014 et celle-ci (MAG à 10 % en juillet et 5,6 % en janvier). Cette tendance démontre encore une fois le caractère structurel de la malnutrition en Mauritanie. C'est pourquoi les actions entreprises doivent être maintenues et renforcées afin de renverser cette situation qui risque de se présenter encore une fois au cours de cette année (avril – août).

Par ailleurs, des actions à long terme doivent être envisagées afin d'apporter des réponses adéquates aux taux relativement importants de la malnutrition chronique.

Titre :	Enquête nutritionnelle nationale Utilisant la méthodologie SMART Mauritanie
Auteur(s) :	Direction de la santé de base et la nutrition
Date de publication :	Juin 2015
Organisme producteur :	Ministère Santé/UNICEF/EC
Nombre de pages :	76
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Les résultats de cette enquête révèlent une situation très préoccupante voire alarmante dans de nombreuses zones du pays. Il y a une hausse de la prévalence de toutes les formes de malnutrition par rapport à la période de soudure de l'année dernière. La prévalence de malnutrition aiguë globale (MAG) au niveau national traduit une situation critique suivant la classification de l'OMS. Sept régions sont en situation d'urgence au vu de leurs prévalences de MAG (> 15%) et ou de la MAS (> 2%) et doivent faire l'objet d'interventions particulières et rapides. Au sein même des régions, l'accent doit être mis sur les zones qui comptent les prévalences de MAG

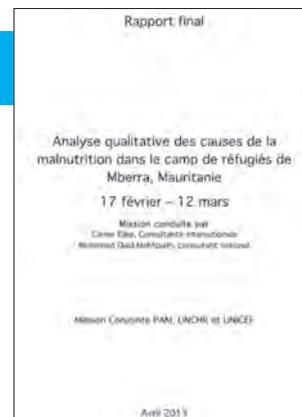
supérieures à 15 %, sachant que plusieurs zones comportent des prévalences qui dépassent même les 20 %. L'urgence est telle que dans certaines zones d'enquête comme Amourj dans le Hodh Chargui, Tidjikdja dans le Tagant et Kobéni dans le Hodh El Gharbi, les prévalences de malnutrition aiguë sévère sont de 7,8 %, 5,9 % et 5,5 % respectivement. L'insuffisance pondérale suit les mêmes tendances avec une intensité moins importante. Les régions et les moughataa les plus touchées à savoir Hodh Chargui, Hodh El Gharbi, Assaba, Gorgol, Brakna, Tagant et Guidimagha doivent bénéficier d'une intervention urgente afin de réduire la prévalence de MAG.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Au-delà de l'urgence, des interventions à moyen et long terme doivent être menées pour aider à la résilience des populations afin de faire face aux événements conduisant à de telles situations. La difficulté d'accès, voire l'inaccessibilité à l'eau potable, notamment en période de soudure, a été relevée dans les zones d'enquêtes comportant les prévalences les plus élevées de MAG. L'hygiène et l'assainissement doivent également être pris en compte.

Les actions à entreprendre :

- * Renforcer le programme de prise en charge thérapeutique des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère dans les zones les plus touchées ;
 - Organiser des activités mobiles de dépistage et de prise en charge de la malnutrition dans toutes les moughataa ayant une prévalence supérieure de malnutrition aiguë globale à 15 % ;
- * Mettre en place un programme de distribution « Blanket feeding » ciblant les enfants de 6-24 mois voire 36 mois si les ressources le permettent dans les moughataa avec un MAG > 15 % ;
- * Faire une évaluation rapide de la disponibilité alimentaire au niveau des ménages, suivie d'une distribution alimentaire générale pour la population vulnérable ;
- * Mettre en place les programmes de prise en charge de la MAM dans les moughataa en situation critique, voire en urgence ;
- * Organiser des campagnes de dépistage actif et le suivi des enfants malnutris par des relais communautaires en collaboration avec les ONG ;
- * Mettre en place un système de référence et contre-référence des malnutris ;
- * Renforcer la qualité des soins pour les MAS dans les structures de santé et mettre en place une équipe de suivi et de supervision du programme PCIMA ;
- * Renforcer la résilience des populations par la mise en place des filets sociaux ;
- * Mettre en place en urgence un paquet intégré de traitement, de contrôle et de prévention de la malnutrition aiguë ciblant les trois moughataas d'Amourj (HEC) Kobéni (HEG) et Tidjikdja (Tagant).



Titre: Analyse qualitative des causes de la malnutrition dans le camp de réfugiés de Mberra, Mauritanie 17 février – 12 mars

Auteur(s): Carine Élise, Mohamed Ould Mahfoudh

Date de publication: Avril 2013

Organisme producteur: PAM, UNCHR et Unicef

Nombre de pages: 52

Format du document: WORD



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'enquête a mobilisé les outils de la socio-anthropologie pour la récolte et l'analyse des données: celle-ci a compris un recueil bibliographique, des workshops multi-sectoriels pour la définition d'hypothèses candidates et une investigation de terrain (28 entretiens semi-directifs, 10 récits de vie, 7 focus groupe, observations directes et discussions informelles).

Les constats sont les suivants:

- * Le régime alimentaire inadapté des réfugiés semble aggraver une situation nutritionnelle déjà fragile comme l'attestent les données disponibles sur la crise alimentaire et pastorale qui touche le Sahel et le nord Mali depuis 2010.
- * L'absence de lait est apparue comme une cause immédiate de la malnutrition par ses conséquences alimentaires et nutritionnelles mais également symboliques et sociales. La mauvaise appréciation et la mauvaise utilisation du CSB ne font pas de cet aliment un produit de substitution au lait.
- * L'autre cause immédiate réside dans la forte prévalence des pathologies associées, principalement les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et le paludisme en saison des pluies.
- * L'insécurité alimentaire d'une partie des familles, et

notamment des femmes chefs de ménage, est la conséquence de la pauvreté et de la rareté des sources de revenus disponibles dans le camp. Or, les pratiques liées à l'accouchement et à l'allaitement des enfants s'avèrent plus problématiques sans les compensations alimentaires habituelles. Les familles interprètent alors les signes de la maladie de l'enfant comme le résultat d'un déséquilibre.

- * La réponse apportée par les programmes nutritionnels n'apparaît pas toujours, aux yeux des bénéficiaires, comme la plus adaptée ni la plus efficace face à la médecine traditionnelle qui bénéficie d'un capital de confiance confirmé. À ces causes sous-jacentes s'ajoutent les problèmes d'eau et d'hygiène probablement responsables des diarrhées et des infections infantiles (comme les infections respiratoires aiguës).
- * L'organisation et l'adhésion aux services d'assistance humanitaire se confrontent aux inégalités structurelles et au bouleversement social des communautés réfugiées. Les sentiments de discrimination et d'exclusion – avérées ou supposées – entravent le dialogue avec les organisations prestataires et entament le lien de confiance – et le potentiel de mobilisation sociale – nécessaires à la pleine participation et à la réussite des activités humanitaires.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'analyse qualitative a permis d'éclairer les déterminants qui ont un impact sur le statut nutritionnel tout en relevant de domaines techniques différents et font appel à une approche transversale ainsi qu'à des réponses à court et moyen terme. Certaines de ces réponses sont déjà mises en œuvre par les prestataires de l'assistance humanitaire. Elles peuvent être affinées ou améliorées mais nécessitent avant tout une plus grande implication de la communauté réfugiée dans l'élaboration et la réalisation des activités. Leur efficacité ne saurait être garantie si le lien de confiance et l'adhésion des familles aux messages et aux modalités de prise en charge ne sont pas intensifiés. La complexité des dynamiques sociales internes au camp nécessite une vigilance accrue de la part des ONG et des services des Nations Unies pour atteindre les objectifs d'une assistance équitable et le renforcement de la cohésion sociale. Cela constituera un socle solide pour le succès de la transition à une stratégie post-urgence. Le camp de réfugiés est, intrinsèquement, un nouveau cadre de vie subi. Il convient de faire émerger les opportunités de transformation sociale et les « bénéfiques » que les familles peuvent en retirer en matière d'accès à l'information et d'amélioration de leurs conditions de vie. Certains des interlocuteurs ont reconnu que l'expérience de réfugiés des années 90 a pu contribuer à modifier positivement la relation des populations nomades au système scolaire et, en ce sens, à donner une chance supplémentaire à leurs enfants.



Titre :	Rapport d'évaluation des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences en Mauritanie		
Auteur(s) :	Hachim Badji; Ousmane Watt, Marie-Thérèse N'diaye-Onoma, ; Reda Lebtahi, Sophie Baranes, José Levy, Cherif Kane et Limam Ould Abdawa; Eric Loubaud et Yahia Ould El Houssein; Lemlih Baba Yarguate et Moctar Hann.		
Date de publication :	Décembre 2013	Nombre de pages :	51
Organisme producteur :	SNU	Format du document :	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Compte tenu de la grande vulnérabilité du pays face aux catastrophes naturelles, le gouvernement avec l'appui du PNUD, a élaboré une stratégie de gestion des risques et catastrophes en 2009 et a sollicité, par la suite, un soutien afin d'établir un cadre/plan d'action national pour la RRC afin de s'assurer que ce domaine est pris en compte dans la mise en œuvre du CSLP 2011-2015, et de trouver urgemment une solution à la montée des eaux maritimes qui risque de causer des dégâts énormes au niveau de plusieurs villes du pays, surtout la capitale Nouakchott. En outre, il est question de renforcer la préparation aux potentielles situations d'urgence qui peuvent avoir lieu lors de la prochaine saison de pluies en 2014. C'est ainsi qu'un processus d'appui technique au pays dans le domaine de la RRC a été initié en 2013 avec le soutien de l'initiative inter-agence CADRI (Capacity For Disaster Reduction Initiative). Les objectifs du processus initié étaient les suivants :

- * Évaluer les capacités des institutions nationales dans le domaine de la RRC en incluant la préparation et réponse

aux urgences et en identifiant les lacunes et défis majeurs pour chacune des cinq priorités du Cadre d'action de Hyogo ;

- * Rédiger un rapport d'évaluation des capacités en RRC, y compris la proposition des principaux axes d'intervention de la réponse aux défis et besoins identifiés qui sera validé lors d'un atelier national ;

- * Élaborer un plan d'action national de renforcement des capacités pour la RRC et la réponse aux urgences qui sera validé avec les agences du SNU et les autorités nationales. La méthodologie qui a été utilisée lors de la mission d'évaluation consiste à évaluer les capacités nationales en RRC en se basant sur les indicateurs établis pour le Cadre d'action de Hyogo (CAH) tout en se focalisant sur les cinq piliers du développement de capacités : (i) l'appropriation, (ii) le cadre organisationnel, (iii) les compétences, (iv) les ressources et outils de travail, (v) les relations avec diverses parties prenantes (institutions de l'État, la société civile, le secteur privé, les partenaires internationaux, etc.).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Élaborer un plan national de contingence multirisques conjointement avec les partenaires principaux et établir des liens avec les autres plans existants ; Organiser un exercice de simulation impliquant tous les premiers répondants ; Mettre en place un plan de suivi de la mise en œuvre des recommandations ; Réunir toutes les structures œuvrant dans la gestion des catastrophes sous une Agence nationale de gestion des catastrophes et de coordination des actions humanitaires ; Accélérer la révision de la stratégie nationale pour la gestion des catastrophes qui clarifie les rôles et responsabilités des structures existantes et sur cette base développer des stratégies régionales et communales ; Adopter une nouvelle loi pour la gestion des catastrophes supportée par des textes applicatifs ; Permettre une participation active aux travaux du comité interministériel de gestion des catastrophes de tous les acteurs nationaux impliqués dans la gestion des catastrophes et des crises et des organismes internationaux présents en Mauritanie ; Favoriser la création du SAMU afin de centraliser les moyens tels que les ambulances ; Renforcer la formation des intervenants nationaux en gestion des catastrophes ; Accélérer la création du centre opérationnel de veille, d'alerte et de coordination de crise en identifiant des partenaires techniques et financiers supplémentaires ; Renforcer les actions de sensibilisation de la population au sujet de la prévention et de la préparation face aux catastrophes ; Rapprocher les stocks de biens humanitaires au plus proche des zones vulnérables.



Titre :	Plan de réponse stratégique 2014-2016
Auteur(s) :	Équipe pays Unicef
Date de publication :	Février 2015
Organisme producteur :	UNICEF
Nombre de pages :	59
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Les objectifs stratégiques retenus dans le cadre de ce plan de réponse sont les suivants :

- * Recueillir les données sur les risques et les vulnérabilités, les analyser et intégrer les résultats dans la programmation humanitaire et de développement ;
- * Soutenir les populations vulnérables à mieux faire face aux chocs en répondant aux signaux d'alerte de manière anticipée, réduisant la durée du relèvement post-crise et renforçant les capacités des acteurs nationaux ;
- * Fournir aux personnes en situation d'urgence une assistance coordonnée et intégrée, nécessaire à leur survie. Toutes les interventions dans le cadre de ce plan de réponse stratégique (SRP) seront orientées vers les régions

suivantes : Hodh Ech Chargi, Nouakchott, Guidimagha, Gorgol, Brakna, Assaba, Tagant, Hodh El Gharbi. Le choix des zones d'intervention dépend du niveau d'incidence d'au moins l'un des quatre critères de vulnérabilité. À savoir, les taux élevés (1) d'insécurité alimentaire et (2) de malnutrition (plus de 20 % des ménages en phase 3 et plus de 10 % de malnutrition aiguë globale (MAG) (3) l'assistance aux réfugiés maliens, avec une attention particulière sur l'aide aux communautés dans la zone d'accueil de ces réfugiés. Enfin, la communauté humanitaire se joint aux efforts des autorités dans (4) la préparation à la réponse d'urgence en cas de maladie à virus d'Ebola (EVD) qui sévit dans la région du Sahel.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les partenaires humanitaires ont convenu de se référer aux vulnérabilités identifiées par le Cadre harmonisé, et qui sont prises en compte dans ce plan de réponse. Elles concernent principalement :

- * les personnes en situation d'insécurité alimentaire pour lesquelles on anticipe que « même avec l'aide humanitaire, au moins un ménage sur cinq dans la zone se trouve dans la situation suivante ou pire : des déficits alimentaires considérables et malnutrition aiguë à des taux élevés ou supérieurs à la normale ». Ou encore que ce ménage soit « marginalement capable de couvrir le minimum de ses besoins alimentaires en épuisant les avoirs relatifs aux moyens d'existence, ce qui conduira à des déficits de consommation alimentaire. » Ces personnes qui sont à la fois en crise et pourraient passer en situation d'urgence se situent en phases 3 et 4 (428 000) dans l'échelle d'appréciation du Cadre harmonisé ;
- * les enfants de moins de 5 ans et les femmes souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et malnutrition aiguë sévère (MAS) (148 000) ;
- * et, enfin, les réfugiés maliens (48 000) qui attendent de l'aide multisectorielle dans le camp de Mbera.

Titre:	Résilience
Auteur(s):	Unicef
Date de publication:	Octobre 2013
Organisme producteur:	UNICEF
Nombre de pages:	11
Format du document:	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Cette note conceptuelle est le résultat de l'atelier de réflexion pour le développement d'une vision stratégique sur la résilience, tenu du 26 au 29 mai 2013 au bureau de l'Unicef MTA avec la participation de 25 membres du personnel. Elle a pour objectif d'explorer l'approche sur la résilience adoptée pour la mise en œuvre du Programme de l'Unicef Mauritanie (CPD 2012-2016), en réponse aux

priorités nationales et dans le cadre de l'agenda conjoint du Système des Nations Unies dans le pays. Elle vise à mettre en commun les éléments de réflexion du bureau de l'Unicef MTA et à partager des propositions programmatiques en vue d'un engagement plus stratégique de l'Unicef MTA vers le renforcement de la résilience dans le pays.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'Unicef Mauritanie, à travers la mise en œuvre de son Programme, contribue déjà au renforcement de la résilience des familles, communautés et systèmes, à travers, par exemple, ses programmes de lutte contre la nutrition, ses efforts pour l'accès aux services de base et systèmes de protection sociale ou au travers de ses engagements pour une réponse efficace aux crises nutritionnelles et des réfugiés (2012-2013). En tirant profit de ces acquis, l'Unicef Mauritanie peut faire un saut stratégique et renforcer une approche transversale de la résilience dans toutes ses phases de programmation.

Ainsi, l'atelier de réflexion pour le développement d'une vision commune sur la résilience a permis de dégager 5 piliers stratégiques pour contribuer à la résilience des enfants, directement au sein de leurs familles et communautés ou au travers des systèmes existants :

- * Lutter contre la malnutrition depuis une approche mutisectorielle (sécurité alimentaire, nutrition, attitudes adaptables des familles et communautés pour prévenir et répondre aux crises nutritionnelles);
- * Renforcer l'accès, l'utilisation et la qualité de services sociaux de base pouvant s'adapter aux chocs (dont l'éducation, la santé, la protection), en mettant l'accent sur les populations les plus difficiles à atteindre;
- * Appuyer la mise en œuvre de la Stratégie nationale de protection sociale afin de favoriser la diversification des revenus et moyens de subsistance et l'accès aux programmes sociaux, surtout pendant les périodes difficiles;
- * Appuyer la mise en œuvre de la Stratégie nationale d'approche communautaire (MoRES) afin de renforcer l'adaptabilité des familles, communautés et structures aux réalités changeantes du contexte (planification).



Titre :	Enquête de couverture sur la situation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans les moughataa de boumdeid, guerou, kankossa, région de l'assaba en Mauritanie
Auteur(s) :	Ghislaine Grymonprez
Date de publication :	Février 2016
Organisme producteur :	MS/Unicef
Nombre de pages :	33
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

En février 2016, les moughataa de Boumdeid, Guérou et Kankossa ont été investiguées afin de déterminer les classifications respectives de leur couverture pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, selon la méthodologie SLEAC. La période étant peu favorable à ce type d'investigation en raison d'un nombre peu important de cas MAS, il a été décidé de maintenir les

investigations SLEAC sur les moughataa de Guérou et Kankossa et de mener un dépistage exhaustif dans la moughatta de Boumdeid.

Sur 1 169 enfants représentant la cible théorique, 832 ont été dépistés. Trois enfants ont été dépistés MAS; ces enfants n'étaient pas couverts par un traitement. Sept enfants ont été dépistés MAM.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les investigations ont permis de mettre en évidence quelques barrières à l'accès aux soins et quelques points forts des programmes. Les principales barrières concernent les connaissances et perception des familles sur la malnutrition, l'insuffisance d'information sur le service de prise en charge, l'insuffisance de dépistage à chaque contact dans les structures sanitaires, l'accessibilité géographique aux soins. À cela s'ajoutent l'insuffisance de remplissage des supports des CRENAS ainsi que la non-complétude des données mensuelles de la malnutrition, ne permettant pas d'avoir une analyse fine de la situation. Il est à noter que la moughataa de Boumdeid a la plupart de ces postes de santé non opérationnels pour la prise en charge de la malnutrition, souvent par manque de personnel stable. Le principal point positif tient à la présence de relais communautaires dans certains villages, ce qui permet un dépistage précoce de la malnutrition, un suivi des enfants et donne la possibilité d'informer les familles. Il semble simplement manquer une coordination entre les acteurs du communautaire, ce volet étant réparti entre plusieurs ministères et services de l'État. Il semble mieux organisé entre ONG.

Les recommandations suivantes ont été formulées :

- * Améliorer les connaissances des familles sur les signes d'appel de la malnutrition et ses causes et sur la perception de la gravité de la malnutrition ;
- * Améliorer l'information sur le service de PeC, son traitement, sa gratuité, ses bénéfices pour la santé de l'enfant ;
- * Veiller à la bonne application du protocole national de PeC ET au reporting de la malnutrition ;
- * Améliorer les services de PeC dans les PS de la moughataa de Boumdeid ;
- * Faire en sorte qu'une majorité des communautés bénéficient des actions d'un relais communautaire dans la prévention et le suivi de la malnutrition ;
- * Rapprocher les soins des communautés.



Titre :	Évaluation indépendante de la réponse humanitaire de l'Unicef à la crise nutritionnelle en Mauritanie entre 2012 et 2015
Auteur(s) :	Dr Mohamed Nedhirou Hamed, Dr José Maria Echeverria Hernandez Dr Tidiane NDOYE
Date de publication :	Novembre 2016
Organisme producteur :	UNICEF
Nombre de pages :	164
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

En réponse à la double crise humanitaire, le Système des Nations Unies en Mauritanie a élaboré un plan de contingence inter-agences visant à appuyer les efforts du Gouvernement et de ses partenaires humanitaires en vue d'une réponse efficace à cette double situation humanitaire. Cette évaluation avait ciblé trois objectifs essentiels :

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

L'évaluation s'est déroulée de février à juin 2016 sur trois étapes essentielles : une phase préparatoire, une phase de collecte d'informations, et une phase d'analyse et de production du rapport. L'approche méthodologique suivie a combiné une recherche qualitative *in situ* et

quantitative rétrospective ayant permis de trianguler les données. Trois régions ont été retenues comme échantillon représentatif sur la base des critères de prévalence initiale de la malnutrition et de son évolution durant la période 2012-2015, de couverture en services essentiels de santé et de nutrition, et de présence de partenaires de mise en œuvre.

Les résultats de l'évaluation montrent qu'il y a eu : adéquation de la réponse au cadre conceptuel de nutrition ; efficacité des actions de prévention et de prise en charge de la malnutrition ; apports de la réponse en matière de résilience des communautés ; apports de la réponse en matière de renforcement des capacités des acteurs locaux ; apports de la réponse en matière de résilience des systèmes, en particulier le système de santé ; équité de la réponse ; coordination et complémentarité au sein de la réponse humanitaire aux crises nutritionnelles ; Intégration et synergie des interventions appuyées par l'Unicef et adéquation de la réponse aux engagements en faveur des enfants.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

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

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

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

Malgré l'apport jugé nécessaire et efficace, les efforts menés en direction du renforcement de la résilience des systèmes de santé, des affaires sociales, d'hydraulique et d'assainissement face à la crise nutritionnelle restent insuffisants et les réponses développées par ces secteurs restent totalement tributaires des appuis de l'Unicef et de ses partenaires.

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

La réponse humanitaire a bénéficié d'un dispositif de coordination impliquant la plupart des intervenants et à différents niveaux (national, régional, local). Cependant, d'importantes disparités existent en fonction des composantes, des régions et au sein d'une même institution ou d'une même région. La complémentarité des actions (lors des planifications centrales) disparaît au fur et à mesure des niveaux pour ne plus exister au niveau communautaire local. Le plaidoyer en faveur de plus de coordination n'aurait pas été suffisamment mené pour des secteurs (éducation et protection de l'enfant) où l'Unicef assure le leadership.

La stratégie d'intégration engagée dans le cadre de cette réponse humanitaire a permis au niveau central, de mener la plupart des planifications de manière conjointe entre sections et/ou sous-composantes et au niveau déconcentré, de réussir des tentatives d'intégration qui méritent d'être mieux formalisées et élargies à d'autres occasions manquées.

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

La réponse apportée par l'Unicef n'a pu être planifiée qu'après déclenchement de la crise, cependant, elle a facilité le relèvement précoce des ménages les plus touchés. En post-crise certaines interventions continuent sans pour autant s'attaquer aux causes structurelles et prévenir l'apparition de nouvelles crises. Il faut cependant noter que certaines utilisations du Cash transfert peuvent permettre à certains ménages de mieux s'adapter et de prévenir les effets de ces crises sur la nutrition des enfants. Adressées au gouvernement (MEF, MS, MASEF, MEN et MHA) : mettre en œuvre un plan multisectoriel de nutrition impliquant les différents secteurs apportant les réponses à la fois structurelles et conjoncturelles à ces crises et permettant la mise en place d'un système d'alerte précoce efficace et inclusif ; développer une approche communautaire garantissant l'accès de toutes les populations à l'information et aux services de santé et de nutrition de base ; assurer le leadership indispensable à une réponse efficace, coordonnée et durable.

Adressées à l'Unicef : renforcer le plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales afin de rendre le leadership gouvernemental effectif au sein des différents cadres de coordination et accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre du plan multisectoriel de nutrition et d'une approche communautaire multisectorielle tout en renforçant ses capacités à différents niveaux.



Titre:	Surveillance épidémiologique de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI) en Mauritanie
Auteur(s):	MS
Date de publication:	2012/MS
Nombre de pages:	22
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Cette étude de surveillance épidémiologique a permis d'actualiser les données sur les indicateurs de la lutte contre les TDCI en Mauritanie. Le test rapide a indiqué que 52,7 % des ménages disposent du sel iodé en 2012 en Mauritanie; le sel iodé est présent dans toutes les régions du pays, quoique sa disponibilité soit significativement plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. L'analyse au laboratoire par titrimétrie a établi que 17,4 % des ménages ont du sel adéquatement iodé et que la teneur moyenne en iode du sel consommé par la population est de 11,5 ppm. Ces résultats montrent que la Mauritanie n'a pas encore atteint les critères édictés pour l'élimination des TDCI en tant que problème de santé publique fixés à 95 % pour le sel iodé et à 90 % pour le sel adéquatement iodé. En dépit de la non-atteinte des critères d'élimination pour les indicateurs de processus précités, les résultats de cette étude ont montré une nette amélioration du statut iodé de la population en Mauritanie. Cette amélioration est illustrée par la médiane d'iode urinaire (177,9 µg/L), qui est située dans les limites normales (100-200 µg/L), et par la proportion des

faibles concentrations d'iode urinaire (< 100 µg/L) qui a fortement baissé (26,9 % en 2012) alors qu'elle s'élevait à 69,8 % en 1995. Cette amélioration du statut iodé de la population de Mauritanie est liée à l'augmentation des apports d'iode dans l'alimentation de la population grâce à la consommation du sel iodé étendue dans le pays et probablement à l'accroissement d'autres sources d'iode jadis peu consommées par la population mauritanienne. Cette étude révèle que la Mauritanie est passée d'une endémie sévère des TDCI, témoignée par un taux de prévalence du goitre de 30,9 % en 1995, à une endémie légère des TDCI en 2012 manifestée par 9,3 % de taux de prévalence du goitre. Cette régression de la prévalence du goitre traduit l'impact positif de l'amélioration du statut iodé de la population sur son état de santé, confirmée par une liaison statistiquement significative ($p=0,09$) entre la médiane d'iode urinaire et la présence du goitre. Cependant, le taux de prévalence du goitre n'est pas encore descendu en dessous du seuil de 5 % fixé parmi les critères d'élimination des TDCI.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En dépit de ces faiblesses, les résultats de cette étude ont révélé une avancée notable des indicateurs vers l'élimination des TDCI en tant que problème de santé publique en Mauritanie. Toutefois, en vue d'atteindre l'objectif d'ici l'échéance 2015 et de pérenniser l'élimination des TDCI en Mauritanie, il est important de relancer la production du sel iodé et de renforcer les activités de contrôle et de communication pour garantir la consommation sur une base permanente d'un sel adéquatement iodé et améliorer de manière résolue le statut iodé de la population.

À cet effet, les recommandations suivantes sont formulées :

- * à l'endroit du gouvernement de la Mauritanie: appuyer l'iodation du sel directement sur les sites de production afin d'assurer la disponibilité et la commercialisation exclusive du sel iodé dans le pays; encadrer les producteurs de sel pour l'appropriation et la prise en charge du processus d'iodation du sel ainsi que le renouvellement de la logistique; remettre en état de fonctionnement la deuxième unité industrielle d'iodation du sel délaissée et l'attribuer à une compagnie active de production du sel; renforcer le dispositif de contrôle de l'iodation du sel; mener une recherche pour identifier d'autres sources alimentaires d'iode; assurer le monitoring du sel iodé dans les ménages; conduire une enquête de surveillance épidémiologique à fin 2014 et ensuite tous les 3 ans.
- * à l'endroit des partenaires techniques et financiers: soutenir les efforts du gouvernement pour pérenniser la lutte contre les TDCI.



Titre :	Natalité et fécondité
Auteur(s) :	BCR
Date de publication :	Avril 2015
Organisme producteur :	ONS
Nombre de pages :	36
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Il ressort des résultats du RGPH que le taux brut de natalité s'élevé à 32‰ pour l'ensemble du pays. Selon le milieu de résidence, il est légèrement plus élevé en milieu rural (33‰) qu'en milieu urbain (31‰) ou en milieu nomade (30‰). Les variations régionales de la natalité indiquent une disparité des taux bruts de natalité entre les wilayas atteignant 15 points de différence entre le niveau de natalité le plus élevé enregistré dans la wilaya du Guidimagha (41‰) et le niveau le plus faible relevé dans la wilaya de l'Inchiri (26‰). L'évolution du taux brut de natalité (TBN) entre le premier RGPH réalisé en 1977 et ce quatrième RGPH indique que la Mauritanie a amorcé l'étape de la baisse de la fécondité pour entrer dans la phase de la transition démographique. En effet, le TBN est passé de 49,0‰ en 1977 à 36‰ en 2000 avant d'atteindre 32‰ en 2013.

Le taux global de fécondité générale (TGFG) est estimé pour l'ensemble du pays à 134 naissances vivantes pour mille femmes âgées de 15-49 ans. Selon le milieu de résidence, le TGFG est plus élevé en milieu nomade (151‰) et en milieu rural (145‰) qu'en milieu urbain (130‰). Concernant le taux de fécondité, les résultats indiquent que la vie féconde de la femme atteint son niveau maximum entre 20 et 29 ans, que le milieu de résidence apparaît comme un facteur discriminant de la fécondité, traduisant ainsi les différences de comportements procréateurs entre les femmes résidant dans les différents milieux : la fécondité est plus élevée en milieu nomade suivi du milieu rural. Par rapport à la parité moyenne qui indique le nombre moyen d'enfants nés vivants pour chaque femme au cours de sa vie, les résultats montrent que cet indice augmente avec l'âge des femmes. Ainsi, pour l'ensemble du pays, la parité moyenne est de 0,32 enfant par femme à 15-19 ans ; elle augmente régulièrement aux groupes d'âges intermédiaires pour s'établir à 5,17 enfants par femme à 45-49 ans (descendance finale). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 4,3 enfants par femme au niveau national. Ce niveau s'inscrit dans le schéma typique des populations à forte fécondité, caractérisé par une entrée précoce des femmes en vie féconde et une sortie tardive. Par rapport à la wilaya, l'analyse des résultats montre que le Guidimagha (avec 5,9 enfants par femme),

le Gorgol (5 enfants par femme), le Hodh Chargui (4,8 enfants par femme), le Brakna et le Trarza (4,6 enfants par femme) affichent les ISF les plus élevés. L'analyse différentielle selon le niveau d'instruction indique que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus ont 3,2 enfants en moyenne, contre 4,1 pour celles de niveau primaire et 4,7 pour celles n'ayant jamais été à l'école. Par rapport au statut matrimonial, il existe des différences de comportement entre les femmes mariées et celles qui ne sont pas en union (célibataires, veuves et divorcées) qui se traduisent par une différence de l'ISF entre elles. En effet, chez les femmes mariées on observe un ISF élevé de 6,2 enfants par femme ; tandis que cet indice est beaucoup plus faible pour les autres femmes, surtout pour les célibataires (0,5 enfant par femme). L'analyse différentielle selon la situation dans l'activité indique que les femmes inactives ont un niveau de fécondité plus élevé (4,4 enfants par femme) que celles qui sont occupées (3,9 enfants par femme) ou en chômage (2,9 enfants par femme). L'analyse de la fécondité des personnes à risque mesurée par la fécondité précoce et la fécondité tardive montre que dans l'ensemble, 9 % des adolescentes âgées de 10-19 ans sont déjà mères, avec des disparités selon les milieux de résidence (7,3 % en milieu urbain, 10,5 % en milieu rural et 10,6 % en milieu nomade). De même, 0,6 % des femmes de 35-49 ans ont eu des enfants au cours des 12 derniers mois précédant le dénombrement (0,1 % en milieu nomade, 0,5 % en milieu urbain et 0,7 % en milieu rural).

L'analyse de l'infécondité, qui est définie par l'absence de naissance vivante chez une femme du groupe d'âge 35-49 ans, indique que les femmes âgées de 35-49 ans qui n'ont pas encore eu leur premier enfant représentent 2,03 % de l'ensemble des femmes en Mauritanie. Par rapport au milieu de résidence, la proportion de femmes sans enfants est plus élevée en milieu urbain (1,08 %) qu'en milieu rural (0,93 %) et seulement 0,02 % en milieu nomade.



Titre:	Tendances de la mortalité maternelle: 1990 à 2015 - Résumé analytique
Auteur(s):	OMS/Unicef/FNUAP/Groupe de la Banque mondiale
Date de publication:	2015
Organisme producteur:	OMS
Nombre de pages:	16
Format du document:	PDF traduction



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Globalement, le TMM a chuté de près de 43 % au cours des 25 dernières années. Le nombre annuel de décès maternels a diminué de 43 % passant de 532 000 en 1990 à environ 303 000 en 2015. Les régions en développement représentent environ 99 % (302 000) des décès maternels mondiaux. En 2015, l'Afrique subsaharienne représentait à elle seule près de 66 % (201 000), suivie par l'Asie du Sud (66 000). Le TMM estimé a diminué dans toutes les régions entre 1990 et 2015, bien que l'ampleur de la réduction ait sensiblement varié d'une région à l'autre. La plus forte baisse au cours de cette période a été observée en Asie de l'Est (72 %).

Au niveau des pays, on estime que le Nigéria et l'Inde représentent plus d'un tiers des décès maternels dans le monde en 2015, avec environ 58 000 décès maternels

(19 %) et 45 000 décès maternels (15 %), respectivement. On estime que la Sierra Leone a le taux de mortalité infantile le plus élevé à 1360. Dix-huit autres pays, tous situés en Afrique subsaharienne, sont estimés avoir un taux de mortalité maternelle très élevé en 2015, les estimations allant de 999 à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes : République centrafricaine (881), Tchad (856), Nigéria (814), Sud-Soudan (789) Somalie (732), Libéria (725), Burundi (712), Gambie (706), République démocratique du Congo (693), Guinée (679), Côte d'Ivoire (645), Malawi (634), Mauritanie (602), Cameroun (596), Mali (587), Niger (553), Guinée-Bissau (549) et Kenya (510). Les deux pays qui présentent le risque de mortalité maternelle le plus élevé : Sierra Leone avec un risque approximatif de 1 sur 17, et le Tchad avec un risque approximatif de 1 sur 18.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La mesure exacte des taux de mortalité maternelle demeure un défi immense, mais le message général est clair : des centaines de milliers de femmes meurent encore des complications de la grossesse et/ ou de l'accouchement chaque année. Beaucoup de ces décès ne sont pas comptabilisés. Pour atteindre l'objectif fixé, il faudra réduire le TMM global en moyenne de 7,5 % par an entre 2016 et 2030. Cela nécessitera plus de trois fois le taux annuel de réduction de 2,3 % observé globalement entre 1990 et 2015.

La mortalité nécessite d'amplifier les efforts et les progrès catalysés par l'ODD 5. Parmi les pays où les décès maternels restent élevés, les efforts pour sauver des vies doivent être accélérés et doivent également être jumelés aux efforts déployés pour enregistrer avec précision les naissances. Le renforcement de l'enregistrement des statistiques aidera à mesurer les efforts et à suivre les progrès réalisés. La nouvelle stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents sera le fer de lance d'une réponse visant à mettre fin à tous les décès maternels évitables.

Titre :	Enquête MICS Mauritanie 2015
Auteur(s) :	Office national de la statistique
Date de publication :	Juillet 2016
Organisme producteur :	MEF/Unicef/FNUAP/AFD
Nombre de pages :	453
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Le principal objectif de l'enquête est de recueillir des informations récentes pour le suivi des progrès réalisés, en vue d'atteindre les objectifs du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté III (adopté en 2010) et ceux du Plan d'action d'un monde digne des enfants (adopté en mai 2002). L'enquête visait initialement 11 874 ménages. Seuls 11 765 ménages ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,3 %. Dans ces ménages, 14 342 femmes, 4 691 hommes et 10 663 enfants ont été enquêtés avec succès avec des taux de réponse de 94,8 %, 85,8 % et 97,6 %, respectivement.

L'enquête donne les résultats suivants : le quotient de mortalité infantile (probabilité de décéder avant un an) s'élève à 43 pour mille naissances vivantes, et celui de la mortalité infanto-juvénile (probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans) à 54 pour mille naissances vivantes. Cependant, il ressort des analyses approfondies menées sur ces indicateurs, que les niveaux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont été sous-estimés. Un quart des enfants de moins de cinq ans (25 %) souffre d'une insuffisance pondérale (rapport poids/âge). Pour 8 %, il s'agit d'une insuffisance pondérale sévère. La mise au sein, moins d'une heure après la naissance, est pratiquée par un peu plus de six mères sur dix (62 %). Mais seul deux cinquième (41 %) des enfants de moins de six mois sont nourris exclusivement au sein, avec une différence importante entre le milieu urbain (28 %) et rural (50 %). Très peu de ménages (3 %) consomment du sel iodé, contenant au moins 15 parts par million d'iode (ppm). Cette proportion varie selon les wilayas, de moins de 1 % au Hodh Chargui à 7 % au Trarza. Dans l'ensemble, un peu moins de la moitié (49 %) des enfants âgés de 12-23 mois a reçu tous les vaccins prévus par le Programme élargi de vaccination (PEV), mais ils ne sont que 24 % à les avoir tous reçus avant leur premier anniversaire. Un enfant sur cinq de moins de cinq ans (20 %) a eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. En Mauritanie, deux tiers des ménages (67 %) ont au moins une moustiquaire et un peu moins de la moitié (49 %) ont au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Presque deux tiers (62 %) de la population utilise une source améliorée d'eau de boisson,

72 % en milieu urbain et 53 % en milieu rural. Seuls deux cinquième de la population utilise des toilettes améliorées non partagées avec d'autres ménages.

La prévalence de la contraception, toutes méthodes confondues, chez les femmes de 15-49 ans actuellement mariées est seulement de 18 %. La couverture des soins prénataux par un personnel qualifié (un médecin, une infirmière ou une sage-femme) est relativement élevée en Mauritanie puisque près de neuf femmes sur dix (87 %) ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête ont été suivies en consultation prénatale par un personnel qualifié. Plus de deux tiers (69 %) des naissances survenues au cours des deux années précédant l'enquête ont été assistées par un professionnel de santé qualifié. Seuls 12 % des enfants âgés de 36-59 mois suivent un apprentissage préscolaire organisé. Ce type d'apprentissage est trois fois plus fréquent en milieu urbain (20 %) qu'en milieu rural (6 %). Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des enfants d'âge scolaire primaire (52 %) fréquentent effectivement l'école primaire. Parmi les enfants débutant en première année, presque neuf sur dix (86 %) finiront par atteindre la dernière année d'enseignement primaire. L'indice de parité des sexes (IPS) à l'école primaire est légèrement supérieur à 1 (1,08), ce qui signifie que le taux net de fréquentation du primaire est un peu plus élevé chez les filles que chez les garçons. En revanche, il n'est que de 0,90 dans l'enseignement secondaire, en défaveur des filles.

Deux tiers des enfants actuellement âgés de moins de cinq ans ont été enregistrés à l'état civil en Mauritanie. Plus du tiers des enfants de 5-17 ans (38 %) ont travaillé; plus du quart des jeunes femmes âgées de 15-19 ans (28 %) sont actuellement mariées. Deux tiers des femmes de 15-49 ans ont subi une forme de mutilation génitale féminine/excision (MGF/E). Plus du quart des femmes (27 %) en Mauritanie estiment qu'un mari a le droit d'exercer sur sa/ses femmes une violence physique dans certaines situations. En Mauritanie, près de neuf femmes sur dix, de 15-49 ans, ont entendu parler du Sida (89 %). Mais seulement 33 % connaissent deux des principaux moyens de prévenir la transmission du VIH. Un peu plus du quart (28 %) des femmes savent où se faire dépister, et 16 pour cent ont déjà fait un test. 

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Un module de dix éléments, mis au point pour le programme MICS, a été utilisé pour calculer l'indice de développement du jeune enfant (IDJE). Selon cet indice, en Mauritanie, six enfants sur dix âgés de 36-59 mois sont en bonne voie de développement. L'IDJE est sensiblement plus élevé chez les enfants fréquentant un établissement préscolaire (77 %) que chez ceux qui n'en fréquentent pas (58 %). De fortes proportions de jeunes femmes (94-98 %) âgées de 15-24 ans déclarent être très ou assez satisfaites dans les différents domaines de leur vie, en particulier de leur vie familiale (98 %) et de leur aspect physique (97 %). Les résultats pour les jeunes hommes de même âge, montrent des proportions légèrement en recul pour tous les domaines (92-94 %), à l'exception du domaine de leur environnement de vie pour lequel la proportion de ceux qui se sont déclarés satisfaits ou assez satisfaits est estimée à 89 %. Ils sont, cependant, un peu moins satisfaits de leur revenu (93 et 84 %, respectivement), en gardant à l'esprit que 75 % des jeunes femmes et 61 % des jeunes hommes n'ont pas de revenu du tout. 96 % des jeunes femmes et 92 % des jeunes hommes sont satisfaits de leur vie en général, et 97 % des jeunes femmes et 91 % des jeunes hommes déclarent être très ou assez heureux. Les proportions de femmes et d'hommes âgés de 15-24 ans qui pensent que leur vie s'est améliorée au cours de la dernière année et qui s'attendent à ce que leur vie s'améliore au bout d'un an sont de 72 et 49 %, respectivement.

Rapport de l'Enquête de la revue du PEV



Titre:	Rapport de l'Enquête de la revue du PEV couverture vaccinale		
Auteur(s):			
Date de publication:	2015	Nombre de pages:	87
Organisme producteur:	MS	Format du document:	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive comportant les deux volets suivants: couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois et les mères d'enfants de 0 à 11 mois, Raisons de non-vaccination ou de vaccination incomplète chez les enfants de 12 à 23 mois. La méthode d'échantillonnage utilisée est celle du sondage en grappes à deux degrés de type OMS avec comme unité primaire la grappe et comme domaine d'étude la wilaya. Ce tirage est effectué sur la base des dernières données du RGPH réalisé par l'ONS en avril 2013. Pour chaque antigène a été estimée la couverture vaccinale (CV) valide à 52 semaines (1 an) par carte. Dans chaque zone sanitaire, ces couvertures vaccinales sont estimées avec une précision de 10 % pour un intervalle de confiance à 95 %.

Le pourcentage d'enfants vaccinés par antigène selon les caractéristiques socio-économiques montre des taux relativement élevés de vaccination liés au PEV avec des écarts assez importants qui indiquent notamment un taux assez bas quand il s'agit du vaccin contre la polio à la naissance (VPO0). Aussi, on peut remarquer un faible pourcentage de vaccinations pour l'hépatite B avec 24 % seulement. Malgré cela, la vaccination basée sur la carte ou la déclaration a touché plus des trois quarts des enfants. En ce qui concerne le lieu de résidence, il existe de grandes disparités dans les taux de vaccination. En dépit des taux élevés de vaccination par antigène, les taux de couverture ne le sont pas toujours. Dakhlet Nouadhibou, l'Inchiri et le

Tagant ont des taux de couverture particulièrement élevés qui dépassent 90 %. Au niveau de Nouadhibou et du Tiris Zemmour, le taux de vaccination par l'hépatite B est élevé. Il demeure cependant faible ailleurs.

Par ailleurs, les Mauritaniens ne semblent pas accorder un privilège particulier à l'un des sexes puisque les taux de vaccination sont les mêmes pour les garçons et pour les filles. Par contre le niveau d'éducation de la mère aurait de l'influence sur le taux de vaccination des enfants: le taux est en effet réduit chez les femmes analphabètes et plus élevé chez les plus instruites. Le vaccin contre l'hépatite B à la naissance a été introduit de façon officielle dans le PEV de routine en 2013, même si une campagne de masse à l'endroit des femmes à haut risque a été effectuée. Il est administré dans les 14 jours après la naissance. Le pourcentage d'enfants vaccinés contre l'hépatite B atteint 24 % seulement. On compte 13 % environ de vaccins avec date contre 12 % basés sur les déclarations. La seule wilaya où le pourcentage d'enfants vaccinés avec date est élevé est le Tiris-Zemmour avec 64 %. Ce taux est plus élevé chez les plus instruites. Dans 96 % des cas environ, les vaccins sont administrés dans les centres ou postes de santé avec cependant une prévalence de 20 % des vaccins fournis lors des campagnes de vaccination au Tagant. Le taux est aussi remarquable dans les structures privées et concerne les enfants dont les mères sont instruites (8 %).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La preuve de vaccination contre la rougeole dans le PEV de routine montre que parmi les enfants ayant reçu le vaccin (84 %), seulement 37 % ont la date de vaccination. Comme pour les autres vaccins, le lieu de vaccination essentiel est le centre ou le poste de santé avec la wilaya du Guidimagha qui sort du lot avec plus de 12 % d'enfants vaccinés lors des campagnes mobiles. L'un des principaux indicateurs d'évaluation de l'état vaccinal des enfants est le taux d'abandon de la vaccination. Il est souvent le signe d'un système de santé ou de vaccination efficace. L'étude aurait été plus complète si elle permettait d'édifier sur les raisons de cet abandon. Il demeure toutefois pertinent d'étudier les abandons par rapport au VAR et au PENTA3. En ce qui concerne le taux d'abandon BCG-VAR, il représente le pourcentage de ceux ayant reçu le BCG et qui n'auraient pas reçu le VAR. Dans l'ensemble ce taux est de 14 % mais il varie de façon notable en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Les wilayas de fort abandon sont le Gorgol et le Guidimagha avec respectivement 29 % et 21 % de taux d'abandon. Par contre, en Inchiri (2 %) et dans une moindre mesure au Tagant (6 %), les taux d'abandon sont faibles. Nouakchott, la capitale, présente un taux d'abandon BCG-VAR relativement élevé (15 %). Les ménages dont la langue est le wolof sont apparemment ceux où les taux d'abandon (BCG-VAR) sont les plus faibles (8 % seulement). Ces taux sont aussi plus bas quand il s'agit de mères d'enfant instruites (10 à 12 %) comparativement à celles analphabètes (19 %). L'indice de richesse ne semble pas donner des résultats probants par rapport à ce qui attendu car les taux d'abandon semblent plus élevés chez les plus riches en comparaison avec les plus pauvres.



Titre: Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA)

Auteur(s):

Date de publication: 2013

Organisme producteur:

Nombre de pages: 24

Format du document: PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La **capacité opérationnelle générale des services** fait référence à la capacité d'ensemble des établissements de soins à fournir des services de santé généraux. La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les 5 domaines suivants : aménagements et éléments de confort indispensables, équipements essentiels, précautions standard pour la prévention des infections, capacité de diagnostic et médicaments essentiels. L'indice de capacité opérationnelle générale est de 28 %. Les scores les plus bas correspondent à la capacité de diagnostic (11 %) et à la disponibilité des médicaments essentiels

(28 %). Les scores les plus élevés concernent les équipements essentiels (72 %) et les précautions de prévention contre les infections (63 %).

La **capacité opérationnelle des services spécifiques** fait référence à la capacité des structures sanitaires concernées, à dispenser des services spécifiques de soins. Celle-ci est appréciée à travers des indicateurs mesurant la disponibilité d'éléments traceurs dans les domaines du personnel formé et des directives, des équipements, des capacités de diagnostics ainsi que des médicaments et produits médicaux.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

*** Services de santé maternelle, néonatale et infantile :** près de la moitié des structures (48 %) n'offre pas de services de vaccination et de services obstétricaux de base (45 %) et la planification familiale (41 %); plus de 70 % des structures offrent les soins prénataux et les soins curatifs et préventifs pour les enfants; globalement les disponibilités en personnel formé et en directives ont le score le plus bas. Concernant les structures réalisant les accouchements: presque la totalité des structures (99 %) ne disposent pas de l'ensemble des 20 éléments traceurs de capacité opérationnelle SONUB; en moyenne, les structures disposent de 10 des 20 éléments traceurs; 80 % des structures ne disposent pas de sulfate de magnésium (injectable); près de 75 % des structures ne disposent pas de l'un des équipements traceurs suivants: transport urgence, appareil aspiration, kit DFC ou aspirateur manuel, ballon et masque facial NN, matériel de stérilisation, ventouse obstétricale manuelle; près de deux-tiers des structures ne disposent pas de personnel formé ou de directives en matière de SONUB.

*** VIH/Sida, paludisme, tuberculose et IST :** moins de 15 % des structures offrent des services liés à la prise en charge de la tuberculose (13 %), au conseil et dépistage du VIH/Sida (6 %), à la PTME (3 %) et aux services de soins et d'appui VIH/Sida (1 %); globalement, la capacité opérationnelle liée aux services VIH/Sida, TB, paludisme et IST est inférieure à 55 % sauf pour la prescription des ARV et la prise en charge des PVVIH (86 %); la disponibilité des directives et du personnel formé ont le score le plus bas. Concernant les structures offrant la prise en charge de la TB: presque la totalité des structures (99 %) ne disposent pas de l'ensemble de 12 éléments traceurs liés à la prise en charge de la TB; Moins de 30 % des structures disposent d'un système de diagnostic VIH parmi les patients TB; 51 % des structures disposent de tous les médicaments de première ligne.



Titre :	Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Gorgol
Auteur(s) :	Sylvain Faye
Date de publication :	Février 2013
Organisme producteur :	AFD/CRF
Nombre de pages :	37
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Le projet AFD-Sahel en Mauritanie est localisé dans la région du Gorgol, dans les départements de Kaedi, Maghama, Mbout et de Monguel. Il vise à améliorer l'accès des femmes en âge de procréer à des soins de qualité dans le domaine de la santé de la reproduction, de la santé maternelle et néonatale. Cette étude questionne les facteurs socioculturels expliquant l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale, dans l'objectif d'identifier des actions concrètes, d'orienter et d'adapter les interventions du projet de la Croix-Rouge. La problématique de l'utilisation des services de santé maternelle

et néonatale est appréhendée ici dans le cadre du modèle des 3 retards, développé par Thaddeus et Maine (1994). Afin de faire une analyse situationnelle et un diagnostic participatif dans toute la région, un échantillonnage raisonné à deux degrés, prenant le district sanitaire comme porte d'entrée, a été fait. À un premier degré, les 4 districts sanitaires comme des strates ; à un second degré, sélectionner dans chaque strate deux localités, de manière raisonnée, en mettant en avant le critère ethnique et la disponibilité ou non de structures sanitaires.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les résultats obtenus permettent aussi de tirer quelques enseignements et de donner des recommandations dans les trois domaines dans lesquels le projet AFD Sahel en Mauritanie souhaite s'investir :

1. Dans le domaine de l'offre de services

- * Améliorer les équipements des structures de soins ; expérimenter une stratégie d'offre de services de santé maternelle et néonatale au niveau communautaire pour réduire la barrière de l'accessibilité géographique ;
- * Renforcer la qualité des soins par la mise en place de la supervision formative ;
- * Améliorer la qualité de la relation soignants/soignés et de l'accueil des malades par le plaidoyer et la motivation du personnel ;
- * Mener des audits périodiques des services des prestataires afin que la qualité de l'offre soit conforme aux attentes des populations ;
- * Adapter l'offre de produits contraceptifs aux besoins des femmes et veiller à sa gratuité ;
- * Mettre en place un dispositif de gestion statistique des intrants (produits PF) dans les postes de santé afin de suivre les prescriptions et dotations de médicaments, pour réduire les rackets et détournements de produits signalés ;
- * Renforcer les connaissances et les pratiques des soignants relatives à la CPON et surtout la prise en charge des enfants lors des consultations postnatales J0-J8, J9-J15 et J16-J42.

2. Dans le domaine de la communication

- * Ne pas se limiter à informer, mais communiquer pour négocier le changement de comportements et convaincre ;
- * Prendre en compte les spécificités ethno-culturelles dans les messages à véhiculer, de même que les distinctions sociales de groupe ;
- * Se baser sur les expériences vécues, les bonnes pratiques et les expériences malheureuses évoquées par les populations pour communiquer afin de convaincre ;



- * Mettre l'accent sur le processus de décision à travers une prise en charge de la dimension genre et une implication des belles-mères et des maris dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ;
- * Impliquer les leaders communautaires et chefs religieux dans la communication ;
- * Développer une stratégie de communication ciblée et soutenue, plurielle associant les mobilisations sociales, les mass media et la communication interpersonnelle par les travailleurs communautaires.

3. Dans le domaine de la formation :

- * Nouer un partenariat avec l'ENSP pour l'accompagner dans l'amélioration des programmes de formation des sages-femmes ;
 - * Aider l'école à renouveler les programmes de formation, à les repenser afin d'en alléger le contenu et de l'adapter au contexte actuel des besoins des prestataires dans les services de santé ;
 - * Réformer la formation en privilégiant l'approche par compétence qui insiste plus sur l'acquisition de savoir-faire que sur le volume horaire de cours dispensés préconisé par le système pédagogique en vigueur ;
 - * Améliorer le module intégré en néonatalogie et éviter la démultiplication des enseignements parallèles ;
 - * Faire un plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour changer le format des examens et permettre une meilleure représentation des régions ;
 - * Faire un plaidoyer auprès du ministère de la Fonction publique/ ministère de la Santé pour le redéploiement du trop-plein de sages-femmes affectées au niveau de l'hôpital de Nouakchott ;
 - * Aider l'école à redynamiser les écoles régionales de formation et l'encadrement des stages ;
 - * Créer un cadre régulier de concertation avec les partenaires (FNUAP, Unicef, etc.) qui appuient l'ENSP afin d'harmoniser les interventions et rationaliser les investissements ;
 - * Pour les formations continues, organiser des sessions de recyclage des sages-femmes, des infirmiers qui exercent déjà dans les services de santé ;
- Renforcer la formation du personnel de l'hôpital régional en néonatalogie.



Titre :	Sept premiers jours de soin. Gestes et existence sociale du nouveau-né
Auteur(s) :	Hélène KANE
Date de publication :	Novembre 2016
Organisme producteur :	Unicef
Nombre de pages :	56
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La structure sanitaire choisie pour la réalisation de l'étude se trouve dans la vallée du fleuve Sénégal. Le centre de santé compte une vingtaine de salles, environ 25 lits, une pharmacie publique avec réfrigérateur et un incinérateur. L'effectif du personnel soignant est de trente personnes environ. C'est la structure la plus importante de la moughataa, et le centre de référence de toutes les autres communes. Le centre de santé propose des services de consultations externes, hospitalisation, laboratoire, radiologie, stomatologie, PMI et, bien entendu, la maternité. La maternité réalise plus de cent accouchements par mois, ce qui représente l'un des volumes d'activité les plus importants du pays pour une structure de ce type. Dans le cadre de l'enquête de terrain, une trentaine d'accouchements ont été observés, dont vingt ont fait l'objet d'une prise de note chronométrée systématique. Par ailleurs, 10 nouveau-nés ont été « suivis » à domicile, à raison de deux à cinq visites au cours des sept premiers jours, afin de documenter, grâce à des discussions avec différents membres de l'entourage, les soins et l'accueil familial qui leur étaient réservés. Les données de ces observations ont été intégralement synthétisées, telles que l'illustre la description des sept premiers jours de soins d'un nouveau-né.

Les données recueillies ont permis de documenter comment certaines conceptions du nouveau-né justifiaient la poursuite de pratiques de soins déconseillées du point de vue de la santé publique. Certaines divergences s'agissant des soins à apporter, notamment le fait de donner de l'eau, se sont révélées particulièrement conflictuelles, engageant des perceptions d'une « médecine des blancs » dont certaines pratiques seraient imposées malgré leur inadéquation. Les observations en maternité ont permis de documenter comment les nouveau-nés étaient exposés à des pratiques de soins éloignées de celles prescrites lors des formations sur les soins néonataux. Les soins aux nouveau-nés se trouvent pour ainsi dire négligés dans la répartition et la construction des rôles professionnels étudiés. Ces négligences découlent d'une distance puis d'un oubli du nouveau-né. Plusieurs mécanismes sociaux semblent se conjuguer en défaveur de la prise en charge des nouveau-nés : soins aux nouveau-nés associés à l'univers familial, domestique et non-professionnalisé ; perception du nouveau-né comme impur et du travail de soins à leur égard comme ingrat ; sentiment d'impuissance face à l'incertitude de la survie des nouveau-nés ; mécanismes de déresponsabilisation en cas de décès de nouveau-né.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les observations à domicile montrent que des changements sont en cours dans les perceptions des nouveau-nés, individualisés de plus en plus tôt. Bien que les décès des nouveau-nés soient encore perçus comme des événements qui « malheureusement peuvent arriver », les familles comptent de plus en plus manifestement sur la survie de leur enfant. Ces attitudes creusent peu à peu le lit de ce qui deviendra probablement une intolérance face aux décès néonataux, et le moment viendra où sages-femmes et accoucheuses ne pourront plus « préparer » les femmes à accepter cette éventualité.



Titre :	Étude sur les barrières d'accès des jeunes aux services de la santé de la reproduction
Auteur(s) :	Mohamed Lemine O. Selmane
Date de publication :	2014
Organisme producteur :	Programme National de la Santé de la Reproduction PNSRE/Unicef
Nombre de pages :	49
Format du document :	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

En Mauritanie, les jeunes et adolescents qui représentent plus d'un tiers de la population ont un faible accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive, ce qui a pour conséquences des grossesses précoces et non désirées et des infections aux IST/VIH/sida. En ce sens, l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents est l'un des principaux enjeux de développement socio-sanitaire du pays. Une recherche documentaire menée par l'ABBEF sur la SSR des jeunes conclut que « *les jeunes aussi bien du milieu urbain que rural, à l'école et hors de l'école, vivent les mêmes problèmes en matière de santé. Leur vulnérabilité les expose à des fléaux tels que les IST, le Sida, les grossesses non désirées, l'alcoolisme et*

la toxicomanie ». Selon le Plan stratégique de la SSR, l'analyse de la situation fait ressortir les constats suivants: la fréquence élevée des mariages précoces; la persistance de la pratique des MGF; la polygamie qui persiste; le taux du divorce est particulièrement élevé; une santé maternelle et infantile encore précaire; une faible prévalence de la contraception; un déficit dans la connaissance des méthodes contraceptives; une faible utilisation du préservatif.

L'étude a couvert trois grandes zones du pays selon le schéma suivant: Zone 1 Est: Hodh Charqui (Bassiknou); Zone 2 Sud: Brakna (Boghé) et Zone 3: Milieu urbain et périurbain: Nouakchott (Sebkha, Arafat, Dar Naim).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les jeunes et les adolescents ont besoin de services de santé et de conseils qui répondent à leurs préoccupations spécifiques et traitent de leurs difficultés personnelles. La grande majorité des jeunes et des adolescents sont économiquement dépendants et ont des moyens limités. La contrainte économique est constamment mentionnée par les jeunes. En conséquence, il faut instaurer la gratuité des services pour eux ou en tout cas rendre ces services financièrement accessibles. L'environnement favorable est une condition déterminante. L'environnement sanitaire doit disposer d'un lieu pratique ou local pour jeunes qui soit discret et attractif et qui garantit l'intimité et évite la stigmatisation. La priorité est d'avoir un personnel de santé techniquement qualifié dans les domaines spécifiques aux adolescents et sensibles à leurs particularités et besoins.

Les actions prioritaires à entreprendre : l'intégration dans les centres d'écoute, d'information et d'orientation des adolescents et des jeunes d'un paquet de services SR; l'intensification des efforts de communication pour le changement de comportement qui soient ciblés et concentrés sur les besoins des jeunes et des adolescents; la valorisation du potentiel des pairs dans la promotion des changements de comportements et l'utilisation des services; la création d'environnements favorables à l'utilisation des services; le changement de comportements des prestataires; la promotion des changements et pratiques positifs chez les parents et au sein du milieu social doivent être favorisés; la facilitation de l'accès aux préservatifs en particulier à travers la distribution silencieuse; le démarrage de l'initiative d'introduction du vaccin HPV sur de bonnes bases; la promotion des environnements juridiques protecteurs des droits des jeunes et des adolescents.



Titre: Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhées d'ici 2025: le plan mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée

Auteur(s): OMS/Unicef

Date de publication: 2013 **Nombre de pages:** 16

Organisme producteur: OMS **Format du document:** PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Stopper la perte de millions de jeunes vies due à la pneumonie et à la diarrhée est un but à portée de main. Le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée propose une approche cohésive pour mettre fin aux décès évitables imputables à ces deux maladies. Il associe des services et des

interventions essentiels visant à offrir un environnement sain, cherche à promouvoir des pratiques qui ont déjà permis de protéger l'enfant et permet à chaque enfant d'avoir accès à des mesures préventives et curatives appropriées qui ont fait leurs preuves.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Il ne sera pas possible d'atteindre les objectifs du Plan d'action mondial intégré de lutte contre la pneumonie et la diarrhée sans une intervention d'urgence des gouvernements et des partenaires qui les appuient. Une action ciblée, coordonnée et intégrée aux niveaux international, national en matière de lutte contre la pneumonie et la diarrhée s'impose pour maintenir et accroître les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité de l'enfant.

Pour atteindre les objectifs fixés, le Plan d'action recommande que les gouvernements et les partenaires élaborent une stratégie et un plan d'action nationaux qui définissent clairement les principales responsabilités:

- * Mobiliser les autorités politiques et les institutions du système des Nations Unies et les partenaires du développement;
- * Élaborer/actualiser l'analyse de la situation pour la pneumonie et la diarrhée;
- * Établir un ordre de priorité pour les interventions;
- * Élaborer/actualiser un plan d'intervention accélérée chiffré;
- * Définir les domaines d'harmonisation et de collaboration entre les programmes et les secteurs, y compris le secteur privé, les universités et la société civile;
- * Utiliser les données pour identifier les groupes à risque ou qui ne sont pas atteints par les services de santé et définir des approches ciblées pour les atteindre;
- * Élaborer des indicateurs de suivi des progrès;
- * Mettre en place un groupe de travail chargé de la prévention et de la lutte contre la pneumonie et la diarrhée;
- * Mobiliser des ressources;
- * Tirer les leçons des autres efforts intégrés de prévention et de lutte contre la maladie;
- * Suivre l'exécution des interventions et les progrès accomplis;
- * Prendre et/ou assigner les responsabilités pour la mise en place des activités;
- * Associer d'autres programmes et secteurs;
- * Associer le secteur privé et les organisations non-gouvernementales;
- * Promouvoir les innovations notamment pour surmonter les obstacles à la fourniture des services;
- * Susciter la demande et assurer l'offre de services;
- * Entreprendre des travaux de recherche pour identifier et évaluer les interventions permettant d'atteindre ceux qui en ont le plus besoin.

Titre:	Étude d'impact du forfait obstétrical: analyse des données statistiques existantes
Auteur(s):	Alexandre Dumont, Aline Philibert, Marion Ravit, Ines Dossa, Emmanuel Bonnet, Valery Ridde
Date de publication:	2014
Organisme producteur:	AFD
Nombre de pages:	110
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'effet de la disponibilité du Forfait Obstétrical (FO) sur l'amélioration de la disponibilité, de l'accès et de la qualité des soins maternels et périnataux en Mauritanie entre 2000 et 2011. Elle a été menée à partir des données secondaires issues d'enquêtes itératives auprès des ménages (EDS, EMIP et MICS) et d'une enquête dans les formations sanitaires sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Par une méthode statistique de double différence, une comparaison a été faite entre l'évolution du recours aux soins de femmes enceintes résidant dans des localités où le forfait avait été rendu disponible (groupe d'intervention) par rapport à celle de femmes résidant dans des localités où le forfait n'était pas disponible (groupe de contrôle) jusqu'en 2011. Pour apprécier l'effet net du forfait, la contribution d'autres facteurs susceptibles d'influencer

le recours aux soins et la mortalité néonatale a été isolée. Des séries chronologiques interrompues ont enfin été constituées pour apprécier la durabilité des effets ou tendances observées, plusieurs années après la mise en place du forfait dans les districts.

Le volet de l'étude relatif à la qualité et à la disponibilité des soins a été plus limité, car les seules données détaillées et fiables disponibles provenaient d'une seule enquête sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence réalisée en 2011 auprès d'un échantillon de formations sanitaires. Sur ce point, l'étude a donc seulement proposé une comparaison de la qualité des soins dans certaines formations sanitaires couvertes par le forfait par rapport à d'autres non couvertes à un moment dans le temps, sans qu'il ne soit possible d'attribuer spécifiquement au forfait les différences observées.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude a montré une augmentation du recours aux services de soins de santé reproductive dans tout le pays à partir de 2000, indépendamment de la disponibilité du forfait obstétrical. Elle n'a pas détecté d'impact de la disponibilité du forfait sur le recours aux soins, quand on considère l'ensemble des femmes enceintes des districts où il a été introduit. Cependant les populations les plus vulnérables semblent avoir bénéficié du forfait : les femmes résidant dans la zone Nord du pays ou en milieu rural, les plus pauvres, les moins éduquées et les plus jeunes. Mais ceci reste une tendance à long terme que d'autres études quantitatives avec une puissance statistique plus élevée devraient confirmer. La mise en place du forfait n'a pas induit une diminution significative de la mortalité néonatale, ni dans la population générale ni dans les strates les plus vulnérables de la population. D'autres études qualitatives sont également nécessaires pour comprendre pourquoi et comment l'offre de soins et l'accès géographique et financier aux services de santé se sont globalement améliorés en dehors des aires de santé où le forfait n'a pas été implanté, mais aussi dans quelle mesure ce système aurait pu contribuer à une pratique des césariennes plus rationnelle.

Titre:	Rapport évaluation PNDS
Auteur(s):	ME/La mission a été réalisée par une équipe de trois experts: deux médecins de santé publique et un expert en économie de la santé.
Date de publication:	2016
Organisme producteur:	MS/DUE/SNU
Nombre de pages:	77
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Quatre ans après la mise en œuvre du PNDS 2012-2015, le ministère de la Santé s'interroge sur les progrès enregistrés ainsi que sur l'état général de la situation sanitaire dans le pays. C'est dans ce contexte que le Ministère de la santé, les PTFs et notamment la Délégation de l'Union européenne (DUE) ont commandité la présente mission qui s'articule autour de trois volets 1) l'analyse du secteur de la santé basée sur les six piliers suggérés par l'OMS comme base de développement de tout système de santé 2) l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS1) 2012-2015, et 3) l'analyse des conditions appropriées pour la mise en commun des appuis techniques et financiers, visant à créer une synergie d'action dans les stratégies à développer dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé des populations.

La mission a pour objectif général de fournir au gouvernement mauritanien et à ses partenaires, dont la DUE/Mauritanie, des informations sur l'état de santé de la population, la situation du secteur de la santé et les résultats

de la mise en œuvre de la première partie du PNDS dans la perspective de rentabiliser les leçons apprises pour renforcer et augmenter l'efficacité de la deuxième partie du PNDS (2016-2020). Le PNDS a été élaboré à travers un processus participatif, impliquant et agrégeant les plans opérationnels établis aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour l'essentiel le PNDS1 est cohérent avec le contexte national, à l'époque de son élaboration (Baseline 2010-2011) et ses choix stratégiques sont pertinents. De manière générale, il est apparu difficile de rattacher les réalisations dans le secteur de la santé à la planification contenue dans le PNDS pour plusieurs raisons dont :

- * sur le plan conceptuel, le contenu du PNDS comporte un certain nombre d'insuffisances (absence d'un cadre logique);
- * l'absence d'un cadre institutionnel de monitoring;
- * l'absence de système fonctionnel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La ME juge que l'efficacité, au terme de cette revue des données, est très faible et recommande :

À court terme: mettre en œuvre un processus de revue conjointe annuelle du secteur; réviser les outils et procédures de planification à tous les niveaux du système de santé; évaluer la mise en œuvre de la gratuité des actes, par exemple le SONU; innover dans la gestion de l'interface entre les services de santé et les communautés; mettre en place un dispositif organisationnel pour l'affectation du personnel en poste et de celui nouvellement recruté.

À moyen et long terme: élaborer et mettre en œuvre une politique pour la promotion de la participation communautaire qui irait au-delà de la seule implication dans la gestion des CS; innover dans la gestion de l'interface entre les services de santé et les communautés; renforcer le dispositif de maintenance des équipements et des infrastructures; mettre en œuvre une stratégie d'assurance-qualité en tirant les leçons issues des expériences en cours; renforcer l'implication de la médecine traditionnelle par une meilleure coordination des actions de ce sous-secteur; concevoir un plan de carrière du personnel de la santé; procéder à une évaluation plus exhaustive de toutes les sources de financement du secteur de la santé; assurer une transparence dans la gestion des ressources allouées à la santé par l'utilisation effective et régulière d'outils de gestion, de suivi et de contrôle des ressources financières du secteur de la santé à tous les niveaux de la pyramide.



Titre :	Évaluation de la composante survie du programme de coopération Mauritanie-Unicef
Auteur(s) :	Dr Mohamed Nedhirou HAMED, Dr DIOP Cheikh Oumar, Dr Ricardo SOLE ARQUES
Date de publication :	Janvier 2014
Organisme producteur :	Unicef
Nombre de pages :	183
Format du document :	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'évaluation s'est basée sur une méthode mixte combinant les forces analytiques de la méthode quantitative avec la capacité de la méthode qualitative à décrire en profondeur l'expérience vécue par les différents responsables/acteurs/bénéficiaires du programme, à examiner les relations complexes entre ces différents niveaux/entités/individus impliqués à différents moments de la vie du programme et à expliquer comment les structures/institutions/groupes ont été affectés par la mise en œuvre du programme. L'évaluation a permis (i) d'approfondir la revue documentaire, (ii) de mener les missions de terrain visant à compléter la collecte des données quantitatives locales

et à mener les entretiens et observations nécessaires à la collecte des données qualitatives, (iii) de synthétiser et de consolider l'ensemble de ces données, (iv) de les analyser en utilisant une matrice d'évaluation permettant de classer les différentes dimensions à évaluer et relier les questions proposées aux résultats obtenus par l'évaluation, (v) de rédiger un rapport préliminaire synthétisant les différents constats et conclusions et dégageant les principales leçons, suggestions et recommandations et (vi) de le transmettre pour discussions et amendements lors d'une rencontre de restitution organisée avec le comité de pilotage avant sa finalisation.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'évaluation attire l'attention sur le fait (i) que les documents de planification du SNU (UNDAF) et ceux de l'Unicef (CPD) ne sont pas totalement harmonisés et nécessitent en urgence une évaluation conjointe de la mise en œuvre de l'UNDAF;

- * que les principes envisagés par le « compact » ne sont pas convenablement respectés par le ministère de la Santé (MS) et ses partenaires techniques et financiers (PTF);
- * que l'Unicef s'engage dans une logique de financement ciblant le niveau régional sans intégration effective à la planification déconcentrée;
- * que l'opérationnalisation du PSE ne traduit pas la volonté clairement affichée – au niveau central – pour une intégration effective des sous-composantes de la survie, et que les autres composantes du programme (éducation, protection) ne sont considérées ni à la programmation, ni à l'exécution de ce PSE;
- * que la centralisation des sous-composantes et l'insuffisance des missions de terrain risquent d'être une contrainte pour un ciblage basé sur l'équité.

Par rapport à la sous-composante santé maternelle et infantile (SMI) : une des forces essentielles de cette sous-composante réside dans son intégration quasi-totale dans l'action de santé, ce qui lui confère une meilleure durabilité dans les acquis, mais lui fait « porter » les insuffisances du système, y compris les faiblesses structurelles telles que l'insuffisance des capacités et la faible gouvernance du secteur. Ainsi, l'appui au Programme élargi de vaccination (PEV) a significativement participé à l'évolution remarquable de la couverture vaccinale qui reste cependant limitée par l'insuffisance de la couverture sanitaire, les déficiences de la chaîne du froid et les activités avancées et mobiles qui ne sont ni systématiques ni intégrées. Le renforcement des capacités de prise en charge intégré des maladies de l'enfant (PCIME) clinique a bénéficié à une frange non négligeable du personnel de santé sur le terrain. Le forfait obstétrical (FO) est en phase de généralisation avec une large adhésion des bénéficiaires et une motivation du personnel concerné, mais sa gestion reste confuse, et les questions d'équité de cette approche restent posées.



Par rapport à la sous-composante nutrition : la planification et la mise en œuvre de cette sous-composante répondent clairement à la situation d'urgence avec une certaine réussite, il existe cependant des insuffisances à améliorer et des exemples de passerelles vers des actions plus pérennes de développement qu'il faudra analyser, documenter et mettre à échelle. La tentative de coordination communautaire dans les deux Hodhs – à travers les noyaux communautaires – constitue un exemple type de ces initiatives de pérennisation de cette intervention. La prise en charge de la malnutrition aiguë (PCMA) est pratiquement assurée dans toutes les structures de santé et les capacités des structures nationales ont significativement augmenté par rapport à la performance de 2011 grâce au renforcement des capacités à différents niveaux qui a accompagné cette mise à échelle du Programme.

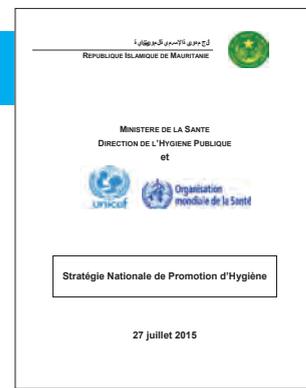
Par rapport à la sous-composante C4D : l'intégration des domaines C4D du programme survie reste largement insuffisante et le programme manque de stratégie regroupant de manière claire les activités et les moyens C4D. Sur le terrain, la mise en œuvre des actions de C4D a permis la mise en place d'un nombre impressionnant de relais communautaires (RC) à travers différents secteurs et en appui aux différentes sous-composantes du Programme ; cette « offre » communautaire constitue une opportunité pour la participation des bénéficiaires, mais la gestion de cette masse de RC, plus particulièrement de leur motivation et de leur suivi, n'est ni intégrée, ni harmonisée.

Par rapport à la sous-composante WASH : sur le terrain, le programme assainissement total piloté par la communauté (ATPC) a réussi à couvrir environ 20 % des villages et cette approche ATPC a créé au sein des villages d'implantation une certaine dynamique de mobilisation communautaire autour de questions du développement ; au niveau du camp de Mbéra, la réponse à l'urgence en termes de WASH est adéquate et intégrée aux autres interventions de santé et de nutrition avec une implication efficace des bénéficiaires. Cependant, l'insuffisance des capacités techniques et matérielles du partenaire national, en particulier au niveau déconcentré, peut affecter le développement du programme et la pérennité de ses acquis.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- * Veiller à la cohérence de la planification conjointe du SNU ;
- * Renforcer la planification et le suivi conjoint du PSE de l'Unicef avec les partenaires institutionnels ;
- * Assurer une intégration effective dans la mise en œuvre des sous-composantes ;
- * Prendre en compte la dimension équité lors des phases de planification, de mise en œuvre et de suivi et d'évaluation ;
- * Participer activement à la mise en œuvre de l'approche communautaire.

Titre :	Stratégie nationale de promotion d'hygiène
Auteur(s) :	DBP/OMS/Unicef
Date de publication :	Juillet 2015
Organisme producteur :	MS
Nombre de pages :	36
Format du document :	PDF



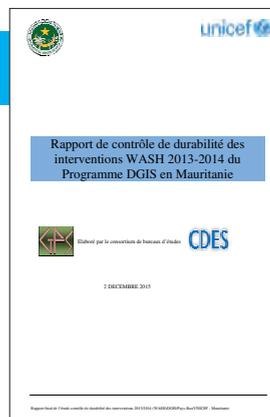
RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Suite aux développements socio-économiques et urbanistiques et pour des contraintes environnementales nationales et internationales, la promotion de l'hygiène en Mauritanie devient un facteur déterminant dans le développement durable et une composante de l'Indicateur de développement humain. C'est également un indicateur important des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et dans le cadre les Objectifs de développement durable (ODD) Pour faire face à ces défis, le ministère de la Santé à travers la direction de l'hygiène publique, a sollicité auprès de ses partenaires au développement, une assistance technique et financière pour la contractualisation de consultants chargés de l'élaboration de la Stratégie nationale de promotion de l'hygiène (SNPH) en Mauritanie, qui permettra à tous les acteurs du sous-secteur d'œuvrer harmonieusement pour la promotion de bonnes pratiques d'hygiène dans le pays. Il ressort de l'état des lieux réalisé que la Mauritanie accorde une importance aux questions d'hygiène dans le développement de sa population. Elle a ainsi créé une direction de l'hygiène publique (DHP) en 2011 dédiée aux questions d'hygiène dans le pays. La création de la

DHP fait suite à l'adoption du code de l'hygiène en juillet 2010. Sur le plan institutionnel, plusieurs acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux interviennent dans le secteur de l'hygiène. Au niveau des ministères, il s'agit du ministère de la Santé, du ministère de l'Éducation nationale, du ministère de l'Environnement, du ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement et du ministère des Affaires sociales, de l'Enfance et de la Famille qui ont des activités de promotion, de sensibilisation et/ou qui ont intégré dans leur document de politique et de stratégie des activités de promotion d'hygiène. Les acteurs non-gouvernementaux, essentiellement des ONG intervenant dans les domaines du développement et de l'aide d'urgence humanitaire sont les plus actifs sur le terrain. Ce sont eux qui élaborent, mobilisent les fonds et mettent en œuvre au quotidien des activités d'hygiène au sein des populations, y compris les réfugiées. Ces acteurs non gouvernementaux bénéficient des financements et de l'appui technique de l'Unicef et de l'OMS au travers de programmes initiés par ces deux agences des Nations Unies.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La mémoire institutionnelle des diverses agences d'exécution est faible car peu d'attention a été portée sur la coordination, l'harmonisation et la capitalisation des acquis. Peut-être dû au fait qu'aucune institution n'avait été chargée de le faire ou qu'il n'avait pas d'obligation de faire valider ces stratégies, approches et messages par une autorité compétente avant de l'exécuter. Il existe d'autres acteurs gouvernementaux, qui, de par leurs responsabilités dans le domaine de l'assainissement, de l'environnement et de l'industrie, ont certainement un rôle important à jouer dans le secteur de l'hygiène mais qui ne sont pas formellement impliqués. Le secteur privé, bien que présent, reste à intéresser au secteur car il a un rôle important à jouer en mettant à disposition des populations les produits et services relatifs à l'hygiène.



Titre: Contrôle de durabilité
Auteur(s): GPS-CDES
Date de publication: 2015
Organisme producteur: Unicef
Nombre de pages:
Format du document: Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La présente étude a pour tâche la mise en exergue des trois objectifs principaux du contrôle de la durabilité en Mauritanie. Il s'agit de déterminer la durabilité des résultats intermédiaires des programmes pays, notamment le fonctionnement et le niveau des services, la qualité de l'eau et la durabilité du changement de comportement (absence de défécation à l'air libre, pratique du lavage des mains au savon et pratiques relatives à la manipulation et au transport de l'eau potable); déterminer les raisons/goulots d'étranglement/obstacles clés résultant à la durabilité (ou à l'absence de durabilité) des résultats du programme afin d'informer les changements éventuels à la conception du programme et les correctifs à apporter en cours de route; de suivre la mise en œuvre des pactes de durabilité et proposer des changements si nécessaire.

Ce premier contrôle de la durabilité se focalise principalement sur les résultats attendus et réellement obtenus du programme produits dans la période allant de janvier 2013 au 31 décembre 2014. L'étude utilise pour les enquêtes des outils variés et adaptés aux spécificités et à la diversité des acteurs/partenaires et des bénéficiaires (directs et indirects) mais aussi adaptés aux thématiques qui composent le WASH. Ces outils se présentent sous forme de guide d'entretien et fiches/matrices/tableaux d'appréciation et de mesure. Un questionnaire ménage complète cette gamme d'outils pour mieux caractériser le WASH en termes qualitatifs et quantitatifs. Il est administré à un échantillon de ménages, déterminé par catégories d'activités (eau; assainissement et hygiène examinées du point de vue qualité et quantité normative) et couvrant l'échantillon zonal choisi de commun accord avec le commanditaire de l'étude et les services techniques spécialisés.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'étude montre que la fin de la défécation à l'air libre (FDAL) est loin d'être entamée dans les régions, notamment à l'est du pays, et qu'il faudrait davantage de sensibilisation et d'implication des populations locales pour changer des habitudes ancestrales.



Titre:	Profil statistique sur la mutilation génitale féminine
Auteur(s):	Unicef
Date de publication:	Septembre 2013
Organisme producteur:	Division des statistiques et du suivi-UNICEF
Nombre de pages:	4
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Les mutilations génitales féminines (MGF) désignent un certain nombre de pratiques consistant à enlever totalement ou partiellement des organes génitaux externes féminins. Plus de 125 millions de filles et de femmes vivantes aujourd'hui ont fait l'objet de ces pratiques et résident dans la majorité en Afrique et au Moyen-Orient. Dans ces zones, les filles risquent d'être excisées avant leur 15^e anniversaire si les tendances actuelles se

poursuivent. C'est une violation des droits fondamentaux des femmes qui est condamnée par de nombreux traités internationaux et conventions, ainsi que par la législation nationale de nombreux pays.

L'Unicef collabore avec les partenaires gouvernementaux et de la société civile vers l'élimination des MGF dans les pays où il est encore pratiqué.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Près de 70 % des filles et des femmes en Mauritanie ont subi des MGF. Celles vivant en milieu rural ou dans les ménages les plus pauvres sont plus exposées. La plupart des filles ont subi la pratique avant l'âge de 5 ans. Une femme sur trois pense que la MGF est nécessaire à l'acceptation sociale, et une sur trois pense qu'il est nécessaire pour la préservation de la virginité. Toutefois, il faut noter que les adolescentes sont moins convaincues de la pratique que les femmes plus âgées et qu'il existe des signes d'une légère diminution de la prévalence.

Titre:	Situation socio-économique des femmes
Auteur(s):	BCR
Date de publication:	Avril 2015
Organisme producteur:	ONS
Nombre de pages:	54
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Selon les données quantitatives issues du 4^e RGPH effectué en 2013, 50,7 % de la population totale mauritanienne sont des femmes. Dans l'ensemble, cette population féminine est très inégalement répartie sur le territoire national et plus concentrée à l'intérieur du pays. La femme mauritanienne est essentiellement rurale. La population féminine est aussi jeune, avec le mariage comme état matrimonial dominant. De même, la proportion des femmes vivant dans des couples polygames reste encore importante. Le taux spécifique de fécondité est partout plus élevé en milieu nomade que dans les autres milieux de résidence. La proportion des femmes ne possédant aucune instruction est plus faible chez les femmes que

chez les hommes. La proportion des filles de 6 à 11 ans ne fréquentant pas un établissement scolaire reste élevée. Le niveau d'analphabétisme des femmes dépasse celui des hommes et bon nombre d'entre elles ne savent ni lire ni écrire. L'inactivité des femmes est importante. Plus de la moitié de la population féminine est constituée de femmes au foyer. Elles restent sous-employées. Et dans l'ensemble, plus du tiers de celles occupées dans les différentes branches de l'économie nationale ne disposent d'aucune instruction, ce qui traduit, malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics, que les femmes rurales restent encore faiblement impliquées dans les programmes de développement à la base.



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Plus du tiers des ménages recensés est dirigé par des femmes. Une proportion importante de ces chefs de ménage n'a aucun niveau d'instruction. Cependant, bon nombre d'entre elles ont reçu un enseignement coranique. Plus de la moitié d'entre elles ont suivi un programme d'alphabétisation. Une proportion très faible des femmes chefs de ménage possède un niveau d'étude supérieur technique et un niveau d'enseignement supérieur universitaire. Elles vivent pour une large part en ville avec de petits commerces de biens et de produits alimentaires.

Les recommandations suivantes ont été formulées:

- * Vulgariser les textes législatifs et réglementaires pris en faveur de la promotion et de la protection des droits des femmes;
- * Élaborer et mettre en place des programmes spécifiques et multidimensionnels au profit de la population féminine du milieu rural qui constitue le groupe le plus important et le plus vulnérable;
- * Promouvoir des mesures en faveur de l'autonomisation économique des femmes par le renforcement de leur accès à l'éducation, à la propriété, à la terre et aux moyens de production;
- * Poursuivre la prise en compte de la transversalité de la dimension genre et son institutionnalisation dans tous les programmes et projets de développement au niveau national, local et communautaire;
- * Mettre en place des stratégies et plans d'action visant à promouvoir l'accès des filles et des femmes aux nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC) et à la formation professionnelle;
- * Renforcer les mesures de discrimination positive pour assurer une meilleure présence des femmes dans les instances de décision.

Titre :	Analyse des aspects éducation de l'enquête par grappes à indicateurs multiples 2011 (MICS 4) en Mauritanie
Auteur(s) :	Luc Gacougnolle
Date de publication :	Novembre 2013
Organisme producteur :	Unicef
Nombre de pages :	33
Format du document :	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Le but de la présente note est d'offrir une analyse complémentaire des données de l'enquête auprès des ménages MICS 4 réalisée en Mauritanie en 2011, en vue d'enrichir la compréhension de la situation du système éducatif, et en particulier du phénomène d'Enfants et Adolescents en Dehors de l'École (EADE) et, à terme, le développement des politiques éducatives appropriées. Les profils de scolarisation mettent en évidence une scolarisation quasiment universelle (93 %) lorsque l'on considère les écoles coraniques et les mahadras, mais un taux d'accès plus faible à l'école formelle (81 %). Des déperditions importantes ont lieu au cours des cycles, ainsi qu'entre le cycle fondamental et le secondaire : 46 % des enfants ont une chance d'achever la dernière classe du fondamental, et seulement 14 % d'achever le secondaire. On note par ailleurs des retards importants à l'accès à l'école formelle, 42 % des garçons et près de la moitié (46 %) des filles qui entrent en première classe du fondamental étant âgés de 8 ans ou plus.

Parmi les raisons identifiées pour les scolarisations tardives (enfants non scolarisés avant 10 ans), les raisons culturelles, une offre éloignée ou non adéquate et une perception négative sont les plus souvent mentionnées, le problème d'offre étant quasiment exclusivement un problème en milieu urbain. Pour les enfants qui ne sont jamais scolarisés dans le formel, ceci semble être dû à des raisons culturelles dans 29 % des cas, et à une perception négative de l'école dans 16 % des cas (et en particulier parmi les enfants qui suivent uniquement une éducation religieuse). Le travail des enfants est également la cause de 7 % des non-scolarisations. Enfin, en ce qui concerne les abandons en cours de fondamental, la raison principale apparaît être le manque d'importance perçue de l'éducation (22 % des abandons). Des décisions de familles sont en cause dans 15 % des cas, et le travail dans 29 % des abandons des garçons (5 %

seulement pour les filles). En revanche, 23 % des filles qui abandonnent avant la fin du primaire le font parce qu'elles se marient. Ceci appelle des efforts redoublés pour réduire les scolarisations tardives, en particulier celle des filles, de sorte que les enfants puissent avoir accès au maximum d'éducation avant d'atteindre l'âge de travailler, et pour les filles l'âge de se marier.

Les inégalités entre filles et garçons n'apparaissent clairement qu'au secondaire. En début de fondamental, il y a plus de filles que de garçons, au niveau national et dans la plupart des wilayas, en particulier dans la wilaya de Hodh Gharby, où très peu de garçons sont inscrits à l'école formelle. Ces écarts s'inversent au cours du primaire, au fil des abandons des filles, et on ne compte au secondaire que 83 filles pour 100 garçons. Seules les wilayas d'Adrar, Hodh Chargui et Hodh El Gharbi ont une situation relativement proche de la parité de genre, mais les niveaux de scolarisation sont extrêmement bas dans les deux dernières.

Les inégalités entre les milieux de résidence et les niveaux de richesse s'amplifient également au cours des années de scolarisation : les chances d'achever le fondamental sont de 61 % en milieu urbain pour 34 % en milieu rural, et de 20 % et 9 % respectivement pour l'achèvement du secondaire. Ces écarts sont encore plus marqués entre les enfants des quintiles le plus riche et le plus pauvre, les premiers ayant quatre fois plus de chances d'achever la dernière classe du fondamental (77 % contre 18 %) et 12 fois plus de chances d'achever le secondaire (33 % contre 2,6 %).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'analyse de l'efficacité externe de l'éducation met en évidence un impact du niveau d'éducation de la mère et du chef de ménage sur la scolarisation et la rétention des enfants, ce qui devrait permettre d'accélérer la mobilité sociale intergénérationnelle. On constate également que les femmes plus éduquées apparaissent plus à même de planifier la naissance de leurs enfants, grâce à l'utilisation de moyens contraceptifs modernes, ce qui résulte en des nombres d'enfants moins élevés. Les femmes plus éduquées ont par ailleurs un meilleur suivi de leur grossesse et un meilleur appui lors de leur accouchement. Enfin, on note que les principaux syndromes de malnutrition, à niveau de revenu équivalents, sont bien moins présents chez les enfants dont la mère a un niveau d'éducation élevé, et que les femmes plus éduquées sont moins susceptibles de trouver justifiées ou de reproduire des violences contre les femmes, comme les violences conjugales ou l'excision. L'éducation des femmes en particulier semble donc être un important moteur de changement de la société, par l'accélération de la transition démographique comme dans la protection des enfants et dans les mœurs.

Titre :	Analyse des profils des enfants non-scolarisation et déscolarisation dans la tranche d'âge 6-14 ans
Auteur(s) :	Direction générale des stratégies de la programmation wet de la coopération
Date de publication :	Novembre 2013
Organisme producteur :	MEF/Unicef
Nombre de pages :	34
Format du document :	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Le présent travail, qui constitue une première phase de l'étude, comportera une analyse détaillée sur les données du MICS4 relatives aux enfants non scolarisés ou déscolarisés. En se référant aux enfants âgés de 6 à 14 ans et plus particulièrement à leur situation scolaire, l'enquête a montré que près de 26,7 % des enfants mauritaniens sont hors du circuit scolaire au moment de l'enquête. Aussi, près de un cinquième des enfants mauritaniens n'ont jamais fréquenté un établissement de l'enseignement primaire, alors que 6,7 % ont été à l'école auparavant mais ne le fréquentait plus au moment de l'enquête. Ces indicateurs varient du simple au double si l'on tient compte de la variable milieu de résidence. En effet, le taux des enfants non scolarisés et/ou déscolarisés passe de 14,2 % pour le milieu urbain à 33,1 % pour le milieu rural et celui des enfants non scolarisés varie de 9,6 % pour le milieu urbain à 25,4 % pour le milieu rural. L'analyse des données issues des enquêtes ménage a révélé que les enfants mauritaniens qui sont hors du circuit scolaire représentent 20 % (MICS4), 25,8 % (EPCV 2008) et 26,7 % (ERAM 2008). Les enfants mauritaniens n'ayant jamais fréquenté un établissement de l'enseignement primaire, Enfants non scolarisés (ENS), représentent : 14,6 % (MICS4), 21 % (EPCV 2008) et 25 % (ERAM 2008).

Les enfants mauritaniens qui ont été à l'école auparavant mais ne le fréquentant plus au moment de l'enquête, Enfants déscolarisés (ED), représentent 5,3 % (MICS4), 4,8 % (EPCV 2008) et 6,7 % (ERAM 2008). Ces indicateurs varient considérablement si l'on tient compte de la variable milieu de résidence et prennent une ampleur grandissante selon la wilaya. Les wilayas de l'Est et du Sud du pays émergent comme étant celles où les enfants sont les plus touchés par les phénomènes de la non-scolarisation et de la déscolarisation. Par contre les taux de non-scolarisation et de déscolarisation sont moins élevés dans les wilayas du Nord (Nouadhibou, Tiris Zemmour, Adrar). En revanche, les inégalités en matière d'accès à la scolarisation ne présentent pas de variations significatives selon le genre. Concernant l'âge, les taux des enfants non scolarisés et déscolarisés appartenant à la tranche d'âge 6-9 ans sont largement plus

élevés que ceux des enfants âgés de 10 à 14 ans. Enfin, il est important de noter que le taux des enfants non scolarisés et déscolarisés baisse au fur et à mesure que le niveau d'instruction des parents augmente. Il varie de : 50 % pour les enfants de parents analphabètes à 12 % pour les enfants dont les parents ont au moins un niveau primaire (MICS4) ; 65 % pour les enfants de parents analphabètes à 5,5 % pour les enfants dont les parents ont au moins un niveau primaire (EPCV 2008) ; 40 % pour les enfants de parents analphabètes à 12 % pour les enfants dont les parents ont au moins un niveau primaire (ERAM 2008).



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des facteurs à l'origine de la non-scolarisation des enfants a révélé que les raisons culturelles/perception négative de l'école expliquent 28 % des cas. D'autre part, les insuffisances en matière d'offre scolaire sont citées comme étant à l'origine de 11 % des cas d'abandon scolaire. Il s'agit en fait des cas où l'école est loin du domicile de l'enfant ou parfois même l'inexistence du niveau requis. Il s'agit, pour ce dernier cas, de discontinuité pédagogique. Il est utile de signaler que la liste des modalités proposées par l'enquête n'est pas suffisamment exhaustive dans la mesure où 50 % des cas sont associés à des raisons non identifiées. L'enquête complémentaire aura à fournir plus d'information à ce sujet en introduisant plus de variables et en désagrégeant davantage les variables liées à la demande et à l'offre scolaire.

Les facteurs à l'origine de la déscolarisation des enfants portent sur l'aspect social, le niveau économique des ménages, l'insuffisance en termes d'offre scolaire et de la qualité du service éducatif offert. Les principales causes évoquées sont: la recherche du travail, le manque de motivation pour l'école (ne trouve pas nécessaire), la maladie, trop jeune/trop vieux, le coût élevé, pas d'école/école éloignée, discontinuité pédagogique (absence du niveau), manque de cantine, échec scolaire (renvoyé). Les raisons de non-scolarisation et de déscolarisation des enfants sont de nature variable. Néanmoins, ces raisons peuvent être classées en trois catégories.

1. Causes économiques : travail, coût élevé, handicap, manque de cantine.

2. Causes socioculturelles (raisons culturelles) : perception négative de l'école, enceinte/mariage, décision de famille, ne voit pas d'importance.

3. Insuffisance en matière d'offre scolaire : pas d'école/école éloignée, discontinuité pédagogique (absence du niveau), exclusion/échec Scolaire. L'âge moyen d'abandon de l'école pour les enfants déscolarisés est 9 ans avec une moyenne de 2 années d'études (MICS4), 12 ans (EPCV 2008) et 9 ans avec une moyenne de 2 années d'études (ERAM 2008).



Titre: Étude sur les pires formes de travail des enfants en Mauritanie 2011

Auteur(s):

Date de publication: Avril 2012

Organisme producteur: MASEF/ONS

Nombre de pages: 106

Format du document: Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Les résultats de l'Étude sur les pires formes de travail des enfants (EPFTE) ont mis en évidence que 16,9 % des enfants âgés de 5 à 17 ans étaient au travail au cours des 7 jours précédant l'enquête et 22,3 % de ceux-ci ont déjà exercé un travail au sens large. En Mauritanie, les enfants des ménages très pauvres sont plus exposés au travail. En fait, la décision de mise au travail précoce est principalement une stratégie économique suivie par les familles pauvres. Les motivations du travail des enfants sont économiques en premier lieu (54 %), puis sociales (28,5 %) et culturelles (11,6 %). En outre, la majorité de ces enfants travailleurs est dans l'entreprise familiale. Ainsi, les risques pour un enfant de travailler sont grandes lorsque le chef de ménage est une femme, n'est pas instruite et qu'elle exerce dans le secteur agricole, que le niveau de vie du ménage est faible, qu'il réside en milieu rural et dans la zone 1 (Deux Hodhs). Pour l'ensemble des enfants âgés de 5-17 ans, 16,9 % sont économiquement

occupés. La plupart des enfants occupés sont dans les activités primaires du monde rural, notamment l'agriculture et l'élevage et l'essentiel de ces enfants ne sont pas rémunérés. Les enfants travaillent principalement dans les tâches ménagères, l'agriculture, l'élevage, les services et le commerce. La mise au travail précoce se fait généralement au détriment de leur scolarisation. En effet, plus de filles travaillent que de garçons et plus de garçons vont à l'école que de filles. Par rapport à l'âge, les résultats de l'étude ont fait ressortir que le travail des enfants dans l'agriculture diminue avec l'âge et celui dans les services augmente avec l'âge. Concernant le sexe, 3 filles occupées sur 4 font des tâches ménagères et un garçon occupé sur 2 est exposé aux risques des activités liées au pâturage. Par ailleurs, selon le milieu de résidence, 2 enfants occupés sur 3 font des tâches ménagères en milieu urbain et plus de 4 enfants sur 10 font l'agriculture et l'élevage en milieu rural.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Bien que le travail des enfants soit un sujet international incontestable et une réalité d'actualité en Mauritanie, il est constaté sans équivoque que son ampleur au niveau national témoigne qu'il est inquiétant. L'économie rurale mauritanienne étant une économie majoritairement agricole, le travail des enfants est plus légion dans le secteur agricole au sens large qui concentre environ 45 % des enfants occupés économiquement dans le milieu rural. En outre, il importe de noter que plus de trois EOE sur quatre travaillent 4 heures ou plus par jour. La situation aurait été moins alarmante si cela n'interférait pas avec la scolarisation des enfants. En effet, les enfants sont souvent contraints au meilleur des cas à combiner l'école et le travail et au pire des cas à travailler exclusivement. À ce sujet, les données de l'EPFTE révèlent que 12,9 % des enfants combinent l'école et le travail et environ 4,7 % des enfants ont effectué une activité économique sans fréquenter l'école au cours de l'année scolaire 2010-2011. Quant aux tâches ménagères, elles sont dominantes dans la société mauritanienne. À la lumière des résultats de cette enquête, les recommandations suivantes ont été formulées: améliorer les conditions de vie des enfants dans le milieu rural; renforcer le combat contre le travail des enfants; décentraliser la politique de lutte contre les PFTE; renforcer le système de suivi évaluation.



Titre:	L'enseignement originel en Mauritanie: contribution de la Mahadra à la réalisation des droits des enfants
Auteur(s):	Isselmou Abdel Kader, Abdel Wedoud Abdellahi Hachem
Date de publication:	Juin 2016
Organisme producteur:	UNICEF
Nombre de pages:	80
Format du document:	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'analyse quantitative des principales études a porté sur le recensement réalisé en 2011 afin d'avoir une idée des écoles d'enseignement originel, même s'il s'est déroulé depuis plus de cinq ans. L'analyse qualitative a eu pour objectif de cerner la perception par les parties impliquées de l'enseignement originel en ses différents aspects tels que l'état des lieux des écoles originelles, les possibilités et les perspectives de leur modernisation, les passerelles à instaurer entre les deux enseignements formel et informel, ainsi que des mesures à prendre pour protéger les talibés contre les abus dont ils peuvent être victimes. Le diagnostic des Mahadras a porté sur les conditions des enfants et les formes de violation de leurs droits. Une difficulté rencontrée au cours de l'étude s'est fait sentir au moment de recueillir des informations sur les actes

de violations sexuelles commis sur les enfants par des maîtres ou des élèves adultes des écoles d'enseignement originel. Les données de ce genre ne peuvent être obtenues auprès des services publics ou des tribunaux qui font preuve d'une grande circonspection. Cependant, les organisations de la société civile, à l'instar de l'Association mauritanienne pour la santé de la mère et de l'enfant (AMSME) peuvent en fournir la partie visible. Enfin, les entretiens de focus groups ont été volontairement axés sur les femmes qui sont généralement plus sensibles aux violations des droits, non seulement en tant qu'élèves mais aussi en tant que mères d'enfants. Il n'a pas été possible d'avoir des entretiens avec les enfants mineurs à cause de leur âge et de l'obligation juridique d'avoir au préalable l'autorisation de leurs parents.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En Mauritanie, l'enseignement originel répond aux besoins multiples d'enracinement dans les valeurs sociales, de préservation des identités diverses, de maintien du fil conducteur d'une histoire malmenée et d'adaptation du système d'apprentissage aux conditions d'une transhumance sans fin. Il a résisté aux différentes époques et occupe un espace de plus en plus large dans le dispositif institutionnel public. Aujourd'hui, il devient le refuge de la majorité de la population. Les agressions ne viennent plus des campagnes menées par d'autres religions en quête de nouveaux disciples comme ce fut le cas depuis la pénétration coloniale, mais de l'islam lui-même à travers des visions et des comportements étrangers à la Mauritanie qui a su promouvoir et propager un islam tolérant considéré comme spécifiquement ouest africain. La redéfinition des rapports entre l'État et l'enseignement originel revêt alors un enjeu considérable à prendre en compte en termes de réorganisation et de modernisation de ce secteur. La présente mission a permis de constater qu'en dépit de grands efforts accomplis tant en matière de recherche que dans le domaine des mesures de prise en main par la Puissance publique, ce secteur demeure insuffisamment organisé et menacé par de nouveaux facteurs corrosifs et anachroniques par rapport aux exigences humanitaires contemporaines (sévices contre les enfants, mendicité forcée, cas de pédophilie, etc.). Il est en décalage par rapport au marché du travail et inadapté aux besoins normatifs de la vie citadine.

Titre :	Étude du bilan des compétences des enfants mauritaniens à l'entrée au cycle primaire
Auteur(s) :	Oumou Seleme Mint Cheikh, Mohamed Ould Sid'Ahmed O Bedda, Mohamed Lemine O El Hacem, Med Salem O T'feil, Ahmed Ba, El Hadj Ould Rabani, Marietou Koné, Sidi Med O Abdel Ghader, Ahmed Ould Hadad, Med Salem O Loghmane, Med Mahmoud O Nagem, Khadijetou Mint Choumad, Zeinebou Mint Sidi Salem, Abaye O Tolba et Sidi el Moctar O Dedde/Alain Mingat (IREDU-CNRS et université de Bourgogne) et Adeline Seurat (IREDU)
Date de publication :	Février 2013
Organisme producteur :	Ministère des Affaires sociales de l'enfant et de la famille/Ministère d'État à l'Éducation nationale, à l'Enseignement supérieur et à la Recherche/UNICEF
Nombre de pages :	42
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Ce bilan des compétences des élèves mauritaniens récemment entrés en première année du cycle primaire vise une double perspective :

- * une perspective de connaissance du degré d'acquisition des compétences nécessaires aux enfants pour leur entrée en première année du cycle primaire ;
- * une perspective opérationnelle, pour fournir des références à la redéfinition du contenu des activités d'éducation préscolaire et à l'enseignement primaire tant qu'une certaine proportion de la population des enfants du pays n'aura pu bénéficier de préscolarisation.

Pour réaliser ce bilan, une enquête spécifique a été construite et administrée à environ 1 000 élèves entrant en première année fondamentale dans des écoles réparties sur l'ensemble du territoire mauritanien. Un tiers de l'échantillon, soit 72 écoles, a été sélectionné par tirage aléatoire à partir d'une base de données comprenant des écoles primaires proches de structures de préscolaire public, privé et communautaire. Ces écoles se trouvent en milieu urbain, dans la mesure où ces types de structures préscolaires y sont beaucoup plus nombreux qu'en milieu rural. Les deux autres tiers de l'échantillon (128 écoles) ont été sélectionnés par tirage aléatoire dans tout le pays, de façon à trouver des élèves n'ayant pas fréquenté de structure préscolaire ou ayant fréquenté une mahadra. Au total, l'enquête concerne 995 élèves scolarisés dans 196 écoles primaires.

Les analyses menées montrent de fortes disparités dans l'accès au préscolaire. Les chances d'être préscolarisés s'avèrent notamment beaucoup plus élevées pour les élèves appartenant aux familles les plus riches, leur probabilité d'accéder au préscolaire s'élevant à 45,9 %, contre 3,4 % pour ceux dont la famille se situe parmi les 20 % les plus pauvres. Elles sont aussi sensiblement meilleures pour les enfants résidant dans une wilaya du Nord, leur probabilité d'être préscolarisés atteignant 30,5 %, contre 7,8 % pour ceux résidant dans l'Est, 13,2 % pour ceux du Fleuve et 17,9 % pour ceux de Nouakchott ; à l'intérieur de ces différentes zones géographiques, on note aussi un retard des enfants résidant en milieu rural. Au final, un enfant portant toutes les caractéristiques favorables (résidant dans les wilayas du Nord, en milieu urbain et dont la famille se situe dans le quintile de richesse le plus élevé) a une probabilité de bénéficier d'activités de préscolaires de 89,5 %, alors que celle d'un enfant portant à l'inverse toutes les caractéristiques défavorables (résidant dans les wilayas de l'Est, en milieu rural et vivant dans une famille appartenant au quintile de richesse le plus bas) est de 0,6 %. Un écart considérable.



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les enfants résidant à Nouakchott ont de bien meilleurs résultats que les autres et ce, dans quasiment toutes les dimensions du test. Les élèves dont la langue maternelle est le hassanya ont un niveau de compétences meilleur que les autres, sachant qu'à l'inverse, les primo-locuteurs du soninké ou du wolof obtiennent les scores les plus faibles. Les enfants de milieu aisé présentent aussi un score un peu meilleur que ceux de milieu modeste, mais d'une part, les écarts sont assez faibles et d'autre part, ils ne valent pas pour toutes les dimensions considérées. Les enfants dont le père a atteint au moins l'enseignement secondaire et dont la mère a été scolarisée, que ce soit dans l'enseignement formel ou non, ont tendance à avoir des scores supérieurs à ceux dont les parents n'ont pas fréquenté l'école.

À l'avenir, les directions suivantes pourraient être considérées: la préscolarisation constitue une stratégie générique à prendre en considération; envisager des services préscolaires beaucoup plus performants que ceux qui existent actuellement; renforcer dans les structures de type préscolaire, l'attention particulière à donner aux aspects cognitifs de base, au domaine spatio-temporel et celui du nombre et de la quantité.

Par ailleurs, dans la mesure où la langue d'enseignement de l'école fondamentale est le hassanya, la préparation dans cette langue des enfants qui ont une autre langue comme langue maternelle devra sans doute être considérée; avoir recours au développement de la formule communautaire. Celle-ci devra être étudiée de façon précise de sorte à articuler trois objectifs essentiels, à savoir

- * que les services soient de bonne qualité,
- * que les familles, souvent modestes, soient aussi peu que possible mises à contribution, et
- * que le coût unitaire de production des services soit suffisamment faible, pour qu'un financement public soutenable assure un développement quantitatif significatif de la couverture préscolaire en milieu rural.

Titre: **État des lieux de la décentralisation du système d'informations statistiques du secteur de l'éducation en Mauritanie et perspectives de généralisation de la collecte électronique**

Auteur(s):

Date de publication: 2016

Organisme producteur: MEN/Unicef

Nombre de pages: 34

Format du document: Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La présente étude répond au souci du MEN et des PTF, notamment l'Unicef de disposer d'une information objective sur le fonctionnement du système d'information statistique en mettant l'accent sur l'analyse du processus de décentralisation entamé depuis 2011 en vue de ressortir, d'une part, les réalisations enregistrées et déceler, d'autre part, les écueils rencontrés. La collecte électronique lancée en 2014-2015 dans trois régions du pays est une expérience qui s'inscrit dans le cadre de la recherche continue de l'amélioration du processus de collecte de données tant sur le plan de la qualité des données qu'au niveau des délais de réalisation et d'accès à l'information. Elle s'est caractérisée également par une volonté manifeste d'élargir la décentralisation de la collecte et la saisie des données statistiques. S'agissant de l'outil de collecte de données, l'étude a cherché à identifier les défis liés à la collecte et au traitement des données basés sur l'utilisation des tablettes, mais aussi les risques consécutifs à la collecte sur papier. La comparaison des performances s'effectuera sur la base de trois critères, à savoir: la précision/exactitude des données collectées, le temps/la durée de collecte et de traitement des données et enfin la dissémination des résultats.

L'état des lieux du système d'information statistique montre que:

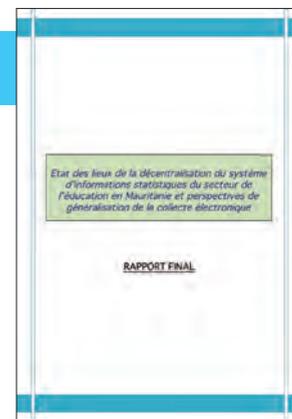
*** Au niveau des forces:** la gestion actuelle du système d'information statistique a permis une régularité au niveau de la production des annuaires statistiques, l'allocation annuelle de fonds dédiés à la production des données et une implication des structures déconcentrées dans le processus de production des données;

*** Au niveau des faiblesses:** l'enquête statistique coûte cher et est réalisée, pour l'essentiel, grâce à l'accompagnement des partenaires techniques et financiers (AFD, Unicef, GPE).

*** Au niveau de la collecte,** la fiabilité des données est compromise par différents facteurs dont, notamment, l'absence fréquente des registres scolaires dans les établissements. À cela s'ajoute l'insuffisance de la durée consacrée à la collecte, qui conduit parfois à la collecte des informations hors de l'école sur la base des simples déclarations des directeurs. Concernant le traitement et l'analyse des données, il a été constaté une insuffisance des capacités d'analyse au niveau central où la DSPC ne dispose pas de statisticien permanent. Pour sa part, le personnel dans les structures déconcentrées n'a pas été initié à l'analyse des données statistiques. Cette situation a conduit à des insuffisances au niveau de l'exploitation des données et des délais de production des annuaires. Au niveau du partage des résultats, la stratégie de diffusion en cours n'est pas suffisamment diversifiée. Il convient toutefois de noter qu'en plus de l'annuaire statistique, la DSPC a produit cette année un dépliant où sont présentés les principaux indicateurs de suivi du PNDSE. Au niveau de la préparation de l'enquête, toutes les étapes relèvent du niveau central. Pour sa part, la collecte de données statistiques est confiée à des équipes de trois personnes dont un chef d'équipe issu du niveau central et deux éléments de la DREN. Les contrôleurs chargés de la supervision et de la vérification du travail sont également du niveau central. La saisie des données se déroule dans les DREN excepté la région de Nouakchott où elle est réalisée au niveau de la DSPC. Il s'agit donc d'une délocalisation partielle.

*** Aux niveaux régional et départemental,** les DREN et les IDEN rencontrés évoquent une faible implication des structures régionales et départementales dans les différentes phases de production des données statistiques du MEN. D'autre part, les bases de données régionales sont considérées comme étant non exploitables à cause du manque de compétences au niveau des structures déconcentrées et l'inaccessibilité de la base de données régionale d'autre part « Base de données fermée ».





III → CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'organisation actuelle de l'enquête statistique coûte cher, tout comme la mobilisation des fonds uniquement à partir des ressources PTF ne constitue pas la meilleure garantie pour sa pérennité. De ce fait, il serait plus judicieux de procéder à une décentralisation du dispositif de production des données et de mener un recensement à partir de tablettes pour les raisons suivantes : cela coûte moins cher, se fait plus rapidement, répond à des besoins spécialisés et allège le fardeau du répondant. De plus, la communauté statistique en Mauritanie évolue vers cette nouvelle approche et le département de l'éducation doit saisir cette opportunité.

Sur le plan logistique :

- * Fournir des appareils performants avec une large autonomie de fonctionnement ;
- * Fournir un moyen de protection pour les tablettes ;
- * Renforcer et généraliser la collecte électronique tout en assurant la formation des inspecteurs ;
- * Organiser la collecte au premier trimestre de l'année scolaire ;
- * Pour une meilleure mutualisation des ressources au niveau régional, il serait utile de fixer une date unique pour la collecte statistique sur l'ensemble du territoire national ;
- * Assurer la maintenance du matériel informatique des DREN et des IDEN.



Titre: Profil de la pauvreté en Mauritanie – 2014
Auteur(s): ONS/AFRISTAT

Date de publication: Juin 2014
Organisme producteur: MAED
Nombre de pages: 157
Format du document: PDF



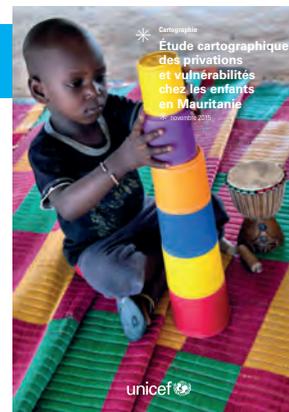
RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Les résultats de l'enquête EPCV 2014 ont permis de retenir un ensemble d'enseignements, dont les faits marquants sont : 31 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté (un dollar US de 1985/par jour/personne), alors que ce taux était de 42 % en 2008. De 2008 à 2014, l'incidence de la pauvreté a donc reculé de 11 points, soit une baisse annuelle de 1,8 % ; Environ une personne sur deux du milieu rural est pauvre (44,4 %) ; soit 74 % de la population pauvre ; Le recul de la pauvreté en 2014 a été obtenu grâce surtout aux bons résultats enregistrés en milieu rural où le phénomène a régressé de 15 points entre 2008 et 2014, passant de 59,4 % à 44,4 % ; Quatre wilayas affichent des taux de pauvreté préoccupants, qui dépassent la barre des 40 % : Guidimagha (49,1 %), Tagant (49,0 %), Assaba (43,5 %) et Brakna (43,3 %). L'extrême pauvreté est passée de 25,9 % en 2008 à 16,6 % en 2014, soit un recul de 9,3 points de pourcentage sur la période, ce qui correspond à une réduction moyenne annuelle d'environ 1,6 %. Les 10 % les plus

riches de la population se partagent 17,4 % des dépenses en 2014 contre 28,1 % en 2008 et 32 % en 2004, soit 3 fois ce que consomme le décile le plus pauvre de la population. L'inégalité donnée par l'indice de Gini a baissé de 4 points de pourcentage, passant de 38 % en 2008 à 34 % en 2014. Le taux d'activité en 2014 est estimé à 46,63 % en 2014 contre 44,3 % en 2012 selon l'enquête nationale de référence sur l'emploi et le secteur informel. Selon le sexe, le taux d'activité des hommes (69 %) reste largement supérieur à celui des femmes (27,47 %). Le chômage au sens du BIT a enregistré une hausse passant de 10,1 % en 2012 à 12,85 % en 2014. Le chômage en 2014 reste plus un phénomène urbain (17,22 %) que rural (6,9 %) ; le chômage frappe plus les femmes (19,28 %) que les hommes (9,92 %). La prévalence de malnutrition aiguë globale est de 20,4 % au niveau national et celle de la malnutrition chronique ou « retard de croissance » et de l'insuffisance pondérale est respectivement de 28,7 % et de 23,3 %.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En réalité ces données récentes corroborent un certain nombre de mesures prises qui ont conduit à des améliorations des conditions de vie des populations. D'une part, les secteurs sociaux, notamment la santé et l'éducation, ont constitué un objectif majeur dans les programmes de développement mis en œuvre par le gouvernement. Cet intérêt s'est accompagné d'un effort considérable en matière d'investissements dans l'école et son cadre, dans la construction des structures sanitaires, l'acquisition des équipements ainsi que le recrutement et la formation du personnel spécialisé. Les améliorations constatées en 2014 et reflétées dans le niveau de pauvreté se sont aussi accompagnées du changement positif intervenu dans le fonctionnement des services, car les informations recueillies indiquent que les services de base sont appréciés, notamment l'eau (45,7 %), le téléphone (41,6 %) et le transport (33,8 %). Le dispositif de suivi des conditions de vie des ménages doit permettre de focaliser les recherches futures sur un mécanisme capable de produire des profils régionaux sur la pauvreté et de faire approprier les acteurs locaux des enseignements tirés.



Titre :	Étude cartographique des privations et vulnérabilités chez les enfants en Mauritanie
Auteur(s) :	Unicef Mauritanie – ONS
Date de publication :	Novembre 2015
Organisme producteur :	UNICEF
Nombre de pages :	28
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude ont été analysés 225 communes et TNC avec un nombre total des enfants de moins de 18 ans hors milieu nomade, soit 1 753 151 enfants. L'analyse cartographique a été retenue comme l'outil le mieux adapté pour la prise de décision, l'action et le renforcement des capacités locales. Le présent fascicule présente la cartographie issue de l'analyse.

Définition de la privation « sévère » :

* **Logement** : enfants vivant dans une habitation avec cinq personnes ou plus par pièce et ayant un revêtement de sol précaire (sol en terre, sable, fumier) ;

* **Éducation** : enfants de plus de 6 ans ne fréquentant aucune école moderne ou traditionnelle ;

* **Eau potable** : enfants utilisant des eaux de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation) ;

* **Assainissement** : enfants n'ayant pas accès à des toilettes quelles qu'elles soient ;

* **Accès à l'information** : enfants de plus de 2 ans n'ayant pas accès à une radio, une télévision, un téléphone, un journal ou un ordinateur.

Vingt cartes synthétiques ont été élaborées.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Sur les 1 753 151 enfants étudiés (hors enfants nomades), 978 284 enfants subissent au moins une privation sévère, soit 56 %. En moyenne nationale, près de 472 184, soit 27 % vivent (selon la méthode Bristol), dans une situation de pauvreté absolue, c'est-à-dire exposés à deux privations sévères ou plus.

Plus de 19 000 enfants sont en privation extrême (4 privations sévères ou plus) en Mauritanie (1 %) et plus de 106 000 enfants (6 %) en privation forte (trois privations sévères ou plus).

Sur les quatre wilayas où sévissent les taux de MAG les plus élevés (+18 %), deux (Assaba et Gorgol) concentrent la plus grande proportion d'enfants en situation de privation sévère et extrême. Les communes où les enfants subissent une privation forte, avec quatre critères de vulnérabilité sont situées dans des zones d'insécurité alimentaire chronique, des zones inondables, avec une prévalence de la malnutrition. L'échelle des enfants en privation forte, croisée avec le nombre de vulnérabilités, va de moins de 27 % à plus de 50 % ; elle reflète la situation générale en Mauritanie.

Les enfants vivent en privation modérée (deux privations sévères), avec quatre critères de vulnérabilité. L'échelle des enfants en privation modérée croisée avec le nombre de vulnérabilité va de moins de 10 % à plus de 33 %. Elles sont situées dans des zones d'insécurité alimentaire chronique, des zones inondables, avec une prévalence de la malnutrition.

Titre:	Situation socio-économique des jeunes et enfants
Auteur(s):	BCR
Date de publication:	Avril 2015
Organisme producteur:	ONS
Nombre de pages:	57
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Les résultats du RGPH 2013 ont permis de dénombrer au total 1 785 932 personnes de moins de 18 ans sur une population totale de 3 537 368 habitants, soit une proportion de 50,5 %, tandis que la population de moins de 20 ans a atteint 1 925 702 personnes, soit 54,4 %.

Ces résultats mettent ainsi en évidence l'extrême jeunesse de la population mauritanienne. Elle est en majorité composée d'enfants, à l'instar de celle des pays subsahariens. Sur 1 000 naissances vivantes, 115 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire, dont 72% enfants décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Le chômage chez les jeunes de 15 à 24 ans est élevé. Il est estimé en 2013 à près de 51 %, selon les résultats du 4^e RGPH. Il cache des disparités selon le sexe, il atteint environ 48 % pour les jeunes hommes, contre près de 59 % pour les jeunes filles. En outre, il a été dénombré 116 390 chômeurs (dont 112 118

sont des demandeurs d'un primo-emploi) sur 229 786 jeunes actifs de cette catégorie d'âge. En se basant sur la deuxième façon d'estimer les jeunes, à savoir les 15 à 34 ans, le chômage est aussi élevé par rapport à la population totale, mais il est moins rude que pour la première catégorie d'âge. Il est de 37,1 % en 2013 (environ 33,7 % pour les jeunes hommes et 47,3 % pour les jeunes femmes). Il a été dénombré 170 755 chômeurs (dont 159 174 sont des demandeurs d'un primo-emploi) sur 460 413 jeunes actifs de cette catégorie. Les jeunes de 15 à 24 ans et ceux de 15 à 34 ans représentent respectivement 52,2 % et 76,5 % des demandeurs d'emploi sur le marché du travail. Les taux de chômage en Mauritanie ayant tendance à être les plus forts parmi les populations les moins instruites, les jeunes non titulaires de diplômes universitaires représentent plus de 96 % des jeunes chômeurs.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Ces résultats permettent de conclure qu'au moins à moyen terme, les pressions sur le marché du travail vont vraisemblablement perdurer en raison de la dynamique démographique d'une population jeune, impulsant une augmentation accrue du flux des nouveaux demandeurs d'emploi, arrivant chaque année sur le marché et l'absence d'opportunités d'emploi dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre.

Titre :	Promouvoir l'emploi productif et le travail décent des jeunes en Mauritanie
Auteur(s) :	Ministère délégué auprès du ministre d'État à l'Éducation nationale, chargé de l'Emploi et la Formation professionnelle et des Technologies de l'information/et de la communication/BIT
Date de publication :	2013
Organisme producteur :	AECID
Nombre de pages :	99
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de son programme « Promouvoir l'emploi des jeunes productif et le travail décent des jeunes en Mauritanie », le Bureau international du travail (BIT) a travaillé entre mars 2012 et décembre 2014 sur des actions concrètes favorisant l'emploi décent et productif des jeunes en Mauritanie. Ce travail amorce la mise en œuvre du Programme de promotion du travail décent (PPTD). Aujourd'hui, plusieurs outils et bonnes pratiques ont vu le jour et une dynamique a été amorcée auprès de tous les acteurs de l'emploi et de la formation pour assurer le succès des objectifs que le BIT s'est fixés pour améliorer le travail de la jeunesse en Mauritanie. Au niveau global, ce projet national s'inscrit dans le programme « Promouvoir l'emploi productif et le travail décent des jeunes en Algérie, Mauritanie, Maroc et Tunisie » et se donne pour objectif d'améliorer l'efficacité des politiques

et des programmes pour l'emploi des jeunes dans ces quatre pays. Le motif principal de la stratégie est basé sur le constat que seules les interventions ou mesures soutenues au fil du temps et à longue portée peuvent avoir un impact durable sur l'amélioration des perspectives de l'emploi des jeunes. Une analyse du soutien et de la collaboration avec l'institution permettra de bien connaître les méthodologies qui ont permis d'atteindre des résultats concrets. Cet apprentissage sauvegardera le travail réalisé par l'État mauritanien, le BIT et leurs partenaires et constituera la base de nouvelles collaborations pour assurer une continuité d'action en matière d'emploi des jeunes. Les résultats du projet sont présentés en analysant d'abord les facteurs de réussite, les domaines d'intervention et la conceptualisation avec des schémas d'intervention.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- * Continuer le suivi et l'évaluation des formateurs avec la mise en place effective du système d'accréditation pour la certification des formateurs du Réseau ;
- * Trouver des moyens financiers avec l'extension du projet, afin d'appuyer la mise en place de séances de démultiplications dans la vallée du fleuve Sénégal, à l'intérieur et au nord de la Mauritanie ;
- * S'atteler à l'installation effective des cellules d'insertion au niveau des centres de formation du pays pour permettre un meilleur encadrement des jeunes durant leurs parcours professionnel ;
- * Penser à former les agents et le personnel de certaines structures membres du réseau en employabilité et en éducation financière pour renforcer la diffusion des guides ;
- * Impliquer le ministère de l'Économie et du Développement et le secteur privé, afin de bénéficier de leurs appuis financiers pour maximiser la diffusion ;
- * Penser à impliquer d'avantage les IMFs et banques présentes en Mauritanie pour élargir la diffusion et garantir la pérennité des outils ;
- * Œuvrer au respect des rencontres périodiques et tournantes dans le cadre du Réseau pour favoriser la synergie et la cohérence des actions ;
- * S'approcher du ministère de la Communication pour un soutien logistique dans le cadre d'éventuelles mises en place de séances de sensibilisation sur les guides à travers le pays ;
- * Mettre à la disposition du Réseau un local au sein de la DPMIP ;
- * Œuvrer avec l'appui du BIT, à l'extension du Réseau au niveau sous régional.

Titre:	Diagnostic systématique du pays – Mauritanie
Auteur(s):	Groupe de la Banque Mondiale
Date de publication:	Juin 2015
Organisme producteur:	Groupe de la Banque Mondiale
Nombre de pages:	28
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Le Diagnostic systématique du pays est fondamental pour la préparation des Cadres de partenariat pays (Country Partnership Frameworks, CPFs). Les CPFs sont les documents qui définissent les projets que la Banque mondiale financera dans chaque pays, pendant une période donnée.

La BM a adopté les objectifs jumeaux (Twin Goals) en 2013 : mettre fin à l'extrême pauvreté en réduisant le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour (en PPA) à 3 pour cent en 2030 ; promouvoir la prospérité partagée parmi les moins aisés dans tous les pays (à savoir, le but est d'améliorer le niveau de vie des 40 % les plus pauvres de la population) d'une manière durable !

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La pauvreté est en baisse mais reste significative ;
L'économie est peu diversifiée ;
Un très grand territoire avec des infrastructures insuffisantes ;
Un climat des affaires difficile (176^e dans le DB 2015) ;
La recherche des rentes (*rent-seeking*) ;
La prestation des services est faible ;
La cohésion sociale est un défi majeur lié aux barrières ethniques et linguistiques.
Les indicateurs de genre montrent peu de progrès.
L'existence de facto de l'esclavage.



Titre: Rapport d'évaluation globale du CSLP 2001-2015
Auteur(s): Isselmou Mohamed Taleb; Dialel Guisset; Issaka Diagana; Mohamed Fadel Aghdhafna; Cheikh Mohamed Fadel; Abdallah El Vally; Bocar Coulibaly
Date de publication: Juillet 2015
Organisme producteur: MAED-PNUD
Nombre de pages: 221
Format du document: Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'évaluation décrit la situation de référence (2001) à travers les axes et plans d'actions du CSLP et ses indicateurs de référence. La rétrospective des évolutions enregistrées jusqu'à la date la plus récente a permis de fonder des opinions sur les progrès, les reculs, les contraintes et les perspectives par secteur et selon les critères retenus dans le cadre de la méthodologie de l'évaluation. Cette évaluation a couvert l'ensemble des processus, à savoir, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du CSLP. La préoccupation essentielle a été de faire un bilan exhaustif des résultats atteints dans le cadre de chacun

des trois plans d'actions et de procéder à une évaluation comparative par rapport à la situation de départ en 2001. Cela a permis de faire ressortir l'impact du CSLP, à travers l'identification des progrès, des stagnations, reculs ou insuffisances ainsi que les goulots d'étranglement. L'évaluation a essayé de tirer les enseignements de la mise en œuvre des divers plans d'actions du CSLP, en termes notamment de suivi des stratégies sectorielles et de suivi-évaluation basé sur des outils performants de reporting.



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Quinze ans après le début de mise en œuvre des CSLP, la fragile transition en cours vers la bonne gouvernance et la transparence, ainsi que la vulnérabilité du pays aux aléas climatiques et aux chocs sur les prix des produits de base, rendent toujours nécessaire l'appui de la communauté internationale. Les priorités absolues restent la réduction de la vulnérabilité de l'économie par rapport aux chocs extérieurs et de faire en sorte que la croissance soit mieux partagée. Ce qui nécessitera une stratégie globale de réformes structurelles. En outre, la Mauritanie doit remédier aux obstacles qui empêchent, depuis de longue date, que la croissance soit mieux partagée, à savoir le degré de dépendance élevé de la croissance économique par rapport aux aléas du secteur minier.

Au plan sectoriel, notamment dans le secteur de la santé, des progrès significatifs ont été réalisés en matière de santé infantile dans le domaine de la vaccination et de la nutrition, en matière de santé de la reproduction, d'hygiène et d'assainissement et de communication. Certaines faiblesses ont cependant été notées dans l'atteinte de certains résultats, en particulier, le renforcement du système de santé de district et les difficultés liées à l'évaluation des interventions pour la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/Sida. Par ailleurs, les niveaux de coordination et de collaboration inter-agences, et entre les agences et les services nationaux, semblent défectueux, d'autant plus que la faible qualité du cadre de suivi-évaluation de la mise en œuvre des programmes a connu certaines difficultés d'appréciations, faute d'informations et de données fiables. Un recentrage de certaines interventions et leur alignement à la réponse et aux efforts du ministère de la Santé devraient être opérés avec l'appui de ses partenaires dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement au sein des communautés, et de l'hygiène hospitalière, pour faire face à l'épidémie de la maladie d'Ebola.

Titre:	Rapport sur l'évaluation des OMD en Mauritanie
Auteur(s):	CMAP/Cheikh Abdalla Houeibib; Mohamed Lemine Mohamed El Haj; Mohamed Lemine Naffa; Mohamed Salem Tfeil
Date de publication:	Juillet 2016
Organisme producteur:	MEF/PNUD
Nombre de pages:	97
Format du document:	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

L'objectif de ce rapport est d'apprécier l'état effectif des indicateurs relatifs aux OMD en Mauritanie comparativement à leur situation de départ afin de dégager les acquis, les insuffisances et de tirer les leçons apprises. Cette approche s'est appuyée sur une démarche combinant une méthode quantitative et une méthode qualitative. Le bilan à mi-parcours au niveau mondial réalisé en 2010 montre que malgré les améliorations enregistrées au niveau de certains indicateurs, l'atteinte des objectifs restait confrontée à des défis majeurs, notamment dans les domaines alimentaires, santé, développement durable et biodiversité. En Mauritanie, l'adoption des OMD s'est faite de façon concomitante avec celle du CSLP.

- * **OMD 1:** d'après le dernier profil de pauvreté (EPCV 2014), l'incidence de pauvreté est de 31 %, soit trois points de moins que la cible 2015.
- * **OMD 2:** le taux net de scolarisation (TNS) renseigne sur la proportion des enfants en âge légal de scolarisation présents effectivement dans les établissements scolaires du fondamental. Le RGPH 2013 indique un TNS de 47,2 % tandis que le MICS 2011 indique un TNS de 65,5 %.
- * **OMD 3:** il convient de noter que la parité fille/garçon

a été atteinte dans le cycle fondamental depuis 2007. Par rapport à l'achèvement, les filles accusent un retard considérable. Par contre, si la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national demeure très en dessous du niveau (50 %) ciblé en 2015 par les OMD, cette proportion a connu une très grande évolution par rapport à l'année de référence.

- * **OMD 4:** le niveau atteint par le TMIJ en 2013, de 115 pour 1000, selon le RGPH 2013, et le rythme d'évolution montrent que la cible des OMD est loin d'être atteinte en 2015.
- * **OMD 5:** au rythme moyen observé depuis 1990, il faudra encore atteindre plus de 20 années pour atteindre la cible 100 % visée par les OMD.
- * **OMD 6:** le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida suivies au sein du centre de traitement ambulatoire de Nouakchott est en augmentation avec une file active de 3796 dont 1845 sous ARV en décembre 2011 contre 4718 dont 2044 sous ARV en décembre 2013.
- * **OMD 7:** le taux de déforestation est de 60 % entre 2000 et 2014.
- * **OMD 8:** la Mauritanie a pleinement bénéficié de l'allègement de la dette par la communauté internationale.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Objectif 1: Le résultat est dans l'ensemble relativement bon.

Objectif 2: Globalement, la cible n'a pas été atteinte.

Objectif 3: Le résultat obtenu était relativement bon, en termes d'égalités de sexe.

Objectif 4: Les résultats sont loin des cibles visées malgré les efforts fournis.

Objectif 5: les niveaux atteints sont loin des cibles visées.

Objectif 6: Des résultats positifs ont été obtenus en termes d'inversion des tendances.

Objectif 7: Les résultats sont globalement mitigés.

Les recommandations d'une manière générale pour l'après 2015 vont dans le sens de consolider les acquis du CSLP, de corriger certains dysfonctionnements et de renforcer certains dispositifs ou mécanismes prévus. De manière plus spécifique, dans le domaine de l'éducation: encourager les regroupements scolaires, adopter un enseignement multigrade, prendre en charge les fournitures scolaires des enfants provenant des milieux défavorisés, développer un dispositif de transport, combattre l'absentéisme des enseignants. Dans le domaine de la santé: consolider les acquis et poursuivre les interventions du PNDS (2016-2020) et accorder une attention particulière au développement des capacités de planification et au financement du secteur qui doit bénéficier de 15 % du budget national, comme engagement d'Abuja.

Titre:	Situation de l'emploi et du secteur informel en Mauritanie en 2012
Auteur(s):	ONS
Date de publication:	Octobre 2013
Organisme producteur:	Ministère de l'Emploi de la Formation professionnelle et des Technologies de l'information et de la communication/PNUD/BIT
Nombre de pages:	117
Format du document:	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée dans cette opération est de type 1-2-3, une enquête mixte de type ménages sur l'emploi et le secteur informel qui vise à fournir les principaux indicateurs permettant de décrire la situation du marché du travail en Mauritanie. **La méthode de sondage retenue pour cette enquête** est réalisée sur la base d'un sondage aléatoire stratifié à deux degrés.

Le taux d'activité est de 44,3 %. Ce taux indique dans un pays donné, le niveau général de participation au monde du travail de la population en âge de travailler et l'importance relative de la main-d'œuvre disponible pour la production de biens et de services dans l'économie. Dans le cas de la Mauritanie, c'est une population relativement jeune, majoritairement âgée entre 14 et 44 ans.

L'analyse de l'activité économique par âge et selon le milieu de résidence fait ressortir que les jeunes âgés de 14 à 24 ans résidant en milieu rural sont plus actifs que ceux de la même catégorie d'âge résidant en milieu urbain. Le taux d'occupation est estimé à 39,8 %, avec des disparités entre les hommes et les femmes. En effet, la répartition de la population occupée par sexe et par groupe d'âge indique globalement que le taux d'occupation des hommes (58,4 %) est largement supérieur à celui des femmes (25,1 %). Par rapport au milieu de

résidence, l'analyse du taux d'occupation montre qu'il est légèrement plus élevé en milieu rural (42 %) qu'en milieu urbain (37,3 %). Le taux d'occupation par wilaya, est le plus élevé au Guidimagha (50,8 %) avec une forte contribution des activités rurales. Le taux de chômage est estimé à 10,1 % au niveau national avec de fortes disparités entre les milieux urbain (16,6 %) et rural (4,4 %). Le chômage est encore plus une problématique de la jeunesse avec un taux de plus de 17 % pour les tranches d'âges entre 20 et 30 ans. Ce sont principalement des primo-demandeurs (recherche du premier emploi) avec 66,1 %, les autres étant généralement des anciens actifs ou des pertes d'emplois précédents. L'analyse montre que la durée moyenne du chômage est de 5 ans, en raison de la recherche d'un emploi nécessairement salarié par les chômeurs. Mais ce temps est suffisamment long pour que les chômeurs soient découragés et révisent leurs prétentions salariales ainsi que les types d'emploi recherchés. Généralement, les relations personnelles sont utilisées comme principal moyen de recherche d'emploi par les chômeurs (61,6 %) et rarement de façon directe auprès de l'employeur (17,5 %). Environ 42 % des chômeurs n'ont plus de préférences par rapport au type d'emploi recherché en raison de la durée du chômage.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette enquête confirment la dualité de l'économie mauritanienne ainsi que le poids important du secteur informel qui emploie environ 46,8 % de la population active. Cependant, ces emplois sont majoritairement précaires et vulnérables. L'auto-emploi prédomine et reste plus élevé chez les femmes. La taille moyenne est estimée à 1,7 travailleur par établissement (y compris le promoteur). Les emplois du secteur informel sont composés principalement de travailleurs pour compte propre et des patrons (auto-emploi). Le secteur informel est en grande partie composé de petites activités de commerce en milieu urbain. Les conditions d'activité du secteur restent caractérisées par une grande précarité avec des locaux inadaptés (faible accès à l'eau, à l'électricité ou au téléphone). Selon leur statut, les promoteurs des unités de production industrielles identifiés sont principalement des travailleurs pour leur propre compte. Le promoteur d'une unité de production informelle est généralement un chef de ménage, l'époux ou l'épouse du chef de ménage ou fille/fils du chef de ménage. L'emploi du secteur est dominé par des emplois non salariés. S'agissant des emplois salariés, ils sont aussi caractérisés par la prédominance des contrats de type « accord verbal. ». Les emplois informels souffrent d'une faible rémunération et de l'absence de protection sociale. La durée moyenne du temps de travail dans le secteur informel dépasse largement le temps réglementaire dans le secteur formel.

Titre :	Rapport de mission en République Islamique de Mauritanie
Auteur(s) :	Julien Massip, Lucie Combattelli, Anita Martins, Sabrina Saoudi et Anke Eckardt.
Date de publication :	Mars 2014
Organisme producteur :	Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ; Cour nationale du droit d'asile (CNDA) et Fonds européen pour les réfugiés (FER)
Nombre de pages :	90
Format du document :	PDF



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

Ces cinq dernières années, le nombre de demandes d'asile émanant de ressortissants mauritaniens enregistrées par l'OFPRA est compris entre environ 1000 et 1400 demandes annuelles. En 2013, 1297 demandes, dont 918 premières demandes, ont été examinées par l'OFPRA. Les demandes d'asile mauritaniennes se caractérisent à la fois par la permanence de problématiques anciennes, tels que les droits civils et politiques des communautés négro-mauritaniennes, et par l'apparition récente de thématiques nouvelles, comme le rapatriement des déportés mené entre 2008 et 2012, et le recensement de la population mauritanienne, entamé en 2011. Dans le même temps, l'OFPRA a constaté une hausse significative des demandes d'asile mauritaniennes liées à la question de l'orientation sexuelle. L'OFPRA a décidé d'organiser une mission de recueil d'informations en Mauritanie, en y associant la CNDA et l'homologue allemand de l'OFPRA, l'Office fédéral des migrations et des

réfugiés. Cofinancée par le Fonds européen pour les réfugiés (FER), cette mission s'est déroulée à Nouakchott du 1^{er} au 8 mars 2014. Elle avait pour objectif de recueillir des informations sur les principales thématiques invoquées par les demandeurs mauritaniens à l'appui de leurs demandes : les droits civils et politiques des Négro-mauritaniens, notamment des rapatriés ; le déroulement du recensement de la population mauritanienne entamé en 2011 ; la persistance des pratiques esclavagistes ; les violences faites aux femmes ; la situation des homosexuels et des lesbiennes.

Élaboré à partir des entretiens réalisés sur place, ce rapport synthétise les informations et analyses fournies par ces divers interlocuteurs. Il est complété par quelques références à des sources publiques ou à des recherches effectuées par la division de l'information de la documentation et des recherches (DIDR) de l'OFPRA.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Vingt-cinq ans après les événements de 1989, la société mauritanienne est confrontée à de très fortes disparités intercommunautaires, qui génèrent une frustration croissante et affectent les relations entre communautés. Négro-mauritaniens et Harratines s'estiment discriminés et marginalisés tant sur un plan politique que socio-économique.

La question des rapatriés, revenus en Mauritanie après plusieurs années d'exil au Sénégal ou au Mali, demeure problématique. Nombre d'entre eux ne parviennent pas à se faire recenser et tentent vainement de récupérer les terres dont ils ont été dépossédés durant leur exil. La vallée du fleuve Sénégal, région d'origine des déportés négro-mauritaniens, reste confrontée à de vives tensions foncières. Très inégalitaires, les communautés vivant en Mauritanie demeurent fondées sur un système de castes et une structure sociale extrêmement hiérarchisée. À ce jour, l'esclavage perdure tant en milieux arabo-berbères que négro-mauritaniens, bien que les pratiques esclavagistes diffèrent entre ces deux communautés. En dépit de quelques avancées récentes, les violences faites aux femmes représentent un sujet de préoccupation majeur.

Mutilations génitales féminines et mariages précoces demeurent des pratiques répandues et très ancrées dans les mentalités. En l'absence de mesures crédibles visant à dissiper la défiance intercommunautaire, le pays est toujours très marqué par « les années de braise » (1989-1991). Entretien par les disparités socio-économiques, les litiges fonciers, les dysfonctionnements observés dans la mise en œuvre du recensement, et la persistance de pratiques esclavagistes, cette défiance participe d'une segmentation croissante de la société mauritanienne.



Titre:	Stratégie nationale de protection sociale en Mauritanie
Auteur(s):	MAED
Date de publication:	Juin 2013
Organisme producteur:	MAED
Nombre de pages:	167
Format du document:	Word



RÉSUMÉ ET MÉTHODOLOGIE

La première partie introduit les définitions, les dimensions et le cadre conceptuel de la protection sociale (**chapitre 1**), donne les principaux éléments du contexte national en liant avec la problématique traitée (**chapitre 2**) et fournit un résumé du diagnostic de la vulnérabilité et de l'état des lieux de la protection sociale en Mauritanie (**chapitre 3**). La seconde partie traite de la vision nationale de la protection sociale en Mauritanie, identifie les objectifs et les orientations stratégiques et expose les principes fondamentaux qui ont guidé l'élaboration de la présente stratégie (**chapitre 4**). La troisième partie présente les axes stratégiques (**chapitre 5**), en fournissant un diagnostic de base, et en identifiant les orientations générales, les objectifs spécifiques et les interventions prioritaires dans les domaines de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'environnement et des changements climatiques (**chapitre 6**), de l'accès aux services de santé et de l'éducation (**chapitre 7**), de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi (**chapitre 8**); de l'amélioration du

cadre de vie (**chapitre 9**); et de l'assistance sociale et de la promotion des groupes vulnérables (**chapitre 10**). La quatrième partie présente les mesures de mise en œuvre de la stratégie. Elle procède à une analyse budgétaire synthétique des dépenses de la protection sociale pour les années 2010-2011, identifie des mécanismes et fait des propositions pour une stratégie de mobilisation des ressources pour le financement de la protection sociale (**chapitre 11**). Cette partie présente également un cadre de coordination institutionnelle (**chapitre 12**) et un certain nombre de mesures d'accompagnement de la mise en œuvre de la stratégie (**chapitre 13**). Cette partie offre une feuille de route pour guider les mesures à mettre en œuvre et les actions à entreprendre lors des prochaines étapes (**chapitre 14**).

Le document inclut, en annexe, des plans d'actions prioritaires pour chaque axe stratégique ainsi que pour les mesures de mise en œuvre et d'accompagnement pour la période 2012-2015.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En vue de la prise en compte des différentes dimensions de la protection sociale, il est nécessaire de réaliser des études et des analyses approfondies liées aux priorités de la protection sociale, d'évaluer les besoins en matière de renforcement des capacités et de procéder à une analyse comparative des avantages des différentes options politiques et opérationnelles de protection sociale. Dans ce sens, il serait utile de:

- * Activer le réseau technique global (SNU) sur le socle de protection sociale au niveau national et de promouvoir des échanges régionaux et internationaux, par exemple, dans le cadre de l'Union africaine, du NEPAD, et de l'UMA;
- * Développer un partenariat efficace avec les ONG nationales et internationales et les associations de la société civile, en leur conférant un mandat plus précis en matière de protection sociale;
- * Ouvrir impérativement le champ d'action et la responsabilisation pour la protection sociale aux acteurs décentralisés à travers la mobilisation et le renforcement des capacités des collectivités locales, des services déconcentrés et des membres des communautés elles-mêmes à travers des démarches participatives qui favorisent les consultations communautaires et l'ancrage de la stratégie dans les spécificités régionales et les processus de développement local;
- * Solliciter de manière proactive l'implication du secteur privé dans les efforts nationaux pour la protection sociale, en s'appuyant sur les principes de « la responsabilité sociale corporatiste » et en renforçant la pratique des valeurs socioculturelles de solidarité sociale.



Inventaire des études, enquêtes et évaluations réalisées par le programme de coopération Mauritanie-Unicef 2012-2016,

Guisset Dialel Abou, statisticien-économiste

© Unicef Mauritanie 2017

Conception graphique et réalisation : Claire Mabilie – editing, rédaction : Denis Thiébaud – ClairmabStudio. Impression : STIPA

Crédits photos : © Unicef Mauritanie/ADragaj/2015

Connectez-vous avec nous :

Unicef

[www. Unicef.org](http://www.Unicef.org)



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



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

Unicef Mauritanie

Unicef Nouakchott

Îlot K Parcelle 146-151, BP 620, Mauritanie