

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
Honneur – Fraternité – Justice

**MINISTERE CHARGE DE LA PROMOTION FEMININE, DE
L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE
DIRECTION DE L'ENFANCE**



**POLITIQUE NATIONALE DE
DEVELOPPEMENT DE LA PETITE
ENFANCE EN MAURITANIE**

Version finale validée

TABLE DES MATIERES

- I. INTRODUCTION
- II. PRESENTATION DE LA RIM
- III. ANALYSE DE SITUATION DE LA PE
 - 1. Cadre institutionnel
 - 2. Cadre législatif et réglementaire
 - 3. Revue des politiques sectorielles en faveur de la PE
 - 3.1. La santé
 - 3.2. La nutrition
 - 3.3. L'éducation
 - L'enseignement originel
 - L'enseignement préscolaire
 - L'enseignement fondamental
 - 3.4. L'eau et l'assainissement
 - 3.5. Les enfants en situations difficiles
 - 4. Problèmes prioritaires de la PE
- IV. LA POLITIQUE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DE LA PE
 - 1. Présentation du processus d'élaboration de la PNDPE
 - 2. Grandes orientations de la PNDPE
 - 3. Principes fondamentaux de la politique
 - 4. Composantes de la politique
 - 5. Cadre institutionnel et organisationnel de la politique
 - 6. Mécanisme du suivi/ évaluation
 - 7. Proposition d'une clé de répartition du financement de la politique
- V. **ANNEXES**
 - a) Organes de développement de la PE
 - b) Cellule d'Exécution des Programmes de la PNDPE
 - c) Mandats de la société civile
 - d) Système de gestion de la PNDPE au niveau national
 - e) Fiche descriptive du Centre de Formation de la PE
 - f) Bibliographie.
- VI. CONCLUSION

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ADEA :	Association pour le Développement de l'Education en Afrique
APD :	Aide Publique au Développement
AGR :	Activité Génératrice de Revenu
APE :	Association des Parents d'Elèves
BAD :	Banque Africaine de Développement
BID :	Banque Islamique de Développement
BM :	Banque Mondiale
CAC :	Centre d'Alimentation Communautaire
CAMEC :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, Matériel et Consommables Médicaux
CCDPE :	Conseil Communal pour le Développement de la PE
CDE :	Convention des Droits de l'Enfant
CDHLPI :	Commissariat aux Droits de l'Homme, à la Lutte contre la Pauvreté et à l'Insertion
CEI :	Comité Exécutif Intersectoriel de DPE
CEP :	Cellule d'Exécution des Programmes
CNPM :	Confédération Nationale du Patronat Mauritanien
CILSS :	Comité inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
CMAP :	Centre Mauritanien d'Analyse des Politiques
CMPDE :	Conseil de la Moughataa pour le Développement de la PE
CNC :	Centre de Nutrition Communautaire
CNDPE :	Conseil National pour le Développement de la Petite Enfance
CNE :	Conseil National de l'Enfance
CNFPE :	Centre National de Formation pour la Petite Enfance
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CREN :	Centre de Récupération et d'Education nutritionnelle
CSA :	Commissariat à la Sécurité Alimentaire
CS :	Centre de Santé
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CWDPE :	Conseil de la Wilaya pour le Développement de la PE
DFE :	Direction de la Famille et de l'Enfant
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
EDSM :	Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie
ENFACOS :	Ecole Nationale des Formations Administratives, Commerciales et Sociales
EPS :	Education Pour la Santé
FNUAP :	Fonds des nations Unies pour la Population
HR :	Hôpitaux régionaux
IDA :	Agence Internationale pour le Développement
IEC :	Information, Education Communication
IRA :	Infections Respiratoires Aiguës
JE :	Jardin d'Enfant
MAED :	Ministère des Affaires Economiques et du Développement
MCLAOIEO :	Ministère Chargé de la Lutte contre l'Analphabétisme, de l'Orientation Islamique et de l'Enseignement Originel
MCJS :	Ministère de la Culture, de La Jeunesse et des Sports
MCRP :	Ministère de la Communication et des Relations avec le Parlement
MDRHE :	Ministère du Développement Rural, de l'Hydraulique et de l'Environnement
MEN :	Ministère de l'Education Nationale
MF :	Ministère des Finances
MFPT :	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MJ :	Ministère de la Justice
MSAS :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
NUTRICOM :	Projet de Nutrition Communautaire en Mauritanie
OCI :	Organisation de la Conférence Islamique
ONU :	Organisation des Nations Unies
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS :	Organisation de la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG :	Organisation non Gouvernementale
ONS :	Office National des Statistiques
ONUSIDA :	Agence des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
PEC :	Prise En Charge
PNDPE :	Politique Nationale de Développement de la Petite Enfance

PDSAS :	Plan Directeur de la Santé et des Affaires Sociales
PE :	Petite Enfance
PIB :	Produit Intérieur Brut
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PF :	Planification familiale
PNDSE :	Programme National de Développement du Secteur Educatif
PNF :	Politique Nationale de la Famille
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLTL :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre
PNSBD :	Programme National de Santé Bucco-dentaire
PNSM :	Programme National de Santé Mentale
PNSR :	Programme National de la Santé de la Reproduction
SEAO :	Secrétariat D'Etat à l'Alphabétisation et à l'Enseignement Originel
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SONELEC :	Société Nationale d'Eau et d'Électricité
SOUB :	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC :	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SNPF :	Stratégie Nationale de la Promotion Féminine
SR :	Santé de la Reproduction
TDCI :	Troubles Dus aux Carences en Iode
TRO :	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UMA :	Union du Maghreb Arabe
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	L'Agence Américaine pour le Développement International

I. INTRODUCTION :

La Mauritanie s'est investie depuis plusieurs années à mettre en place des programmes de développement dont la finalité est l'épanouissement de toutes les couches de sa population.

Les différents plans de développement et les politiques sous-sectorielles du Gouvernement mettent l'accent sur les couches les plus vulnérables notamment les femmes, les personnes handicapées et les enfants.

C'est ainsi que de nombreuses actions ont été mises en œuvre pour le bien être des enfants notamment dans le domaine de la survie et de l'éducation cependant les différents programmes jusqu'ici exécutés l'ont été de manière sectorielle.

Or le développement holistique de la petite enfance est une approche globale qui doit répondre aux besoins tant physique, émotionnel, social que cognitif du jeune enfant.

Pour cela il doit être centré premièrement sur l'enfant lui-même et non sur l'action sociale, le mode de prise en charge ou le système éducatif mis en place et deuxièmement sur les parents qui constituent le premier cercle de prise en charge du jeune enfant c'est à dire que le développement devra constituer une série de processus d'apprentissages qui permet à l'enfant de prendre conscience de son environnement et de lui-même et à ses parents de bien comprendre l'intérêt de l'approche intégrée de développement de celui-ci.

L'investissement dans le développement du jeune enfant suivant une telle approche permettra un développement harmonieux de celui-ci et constituera une arme efficace pour endiguer les problèmes des enfants et par voie de conséquence ceux de la population dans le futur puisque les enfants sont les citoyens de demain. De plus, la mise en œuvre de la politique nationale de développement de la petite enfance contribuera grandement à l'atteinte des objectifs de développement du Millénaire.

Les arguments en faveur de cet investissement sont multiples et de plusieurs ordres:

- **Démographique:** La tranche d'âge de 0 à 8 ans constitue environ le tiers de la population mauritanienne et tout investissement en sa faveur représentera une action immédiate au profit de l'enfant et à long terme au profit des adultes de demain,
- **Scientifique :** 80% du développement du cerveau de l'enfant se passe entre la conception et l'âge de trois ans. C'est pourquoi, l'enfant a grandement besoin pendant cette période d'une stimulation psychosociale optimale permettant son développement psychosocial, physique et cognitif d'où l'importance du rôle que doivent jouer les parents et les familles dans ce sens.
- **Educatif :** Les études ont montré que la prise en charge des enfants au niveau préscolaire est le meilleur moyen de préparer ceux-ci à l'enseignement primaire. D'autre part, cette préparation se répercute par une diminution des coûts de l'enseignement primaire et réduit considérablement les déperditions.
- **Politique:** Les compétences des habitants d'un pays sont les seules à lui permettre d'accéder au concert des nations développées. Et l'acquisition très tôt de celles-ci est une garantie supplémentaire de succès,
- **Economique :** L'investissement dans la petite enfance est un moyen qui améliore la productivité à tous les âges et une arme efficace pour réduire

les coûts subséquents à la vie comme ceux des soins. Tout comme, il contribue grandement à la lutte contre la pauvreté des parents,

□ **Social** : Une intervention de ce genre faite de manière précoce éliminera les écarts entre les différentes franges de la population et contribuera ainsi à plus de justice et d'équité dans la société de demain.

En Mauritanie la volonté clairement affichée par le Gouvernement pour le développement de l'Enfance constitue un facteur encourageant pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale en faveur de la petite enfance.

Parmi les opportunités offertes pour développer le jeune enfant en Mauritanie, on peut citer :

❖ **LE PAYSAGE POLITIQUE**: La ratification de la convention des droits de l'enfant et l'avènement de la démocratie en 1991, ont largement contribué à la création du climat nécessaire pour le développement des enfants.

Les réformes menées depuis lors ont permis de réunir les conditions adéquates pour une telle action, c'est notamment le cas de l'adoption du code du statut personnel, de la loi rendant l'enseignement de base obligatoire et l'éclosion d'un mouvement associatif défendant les droits des enfants tels que le groupe parlementaire de l'enfance, le conseil municipal de l'enfance et l'association des maires défenseurs des droits de l'enfant qui constituent aujourd'hui une tribune pour la vulgarisation de la CDE et un partenaire privilégié pour le développement de cette frange de la population,

❖ **L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL** : La création d'un département ministériel, le SECF, qui a la tutelle de la petite enfance par le biais de la Direction de l'enfance, a permis d'asseoir une vision nationale de prise en charge de l'enfant mauritanien. L'action du SECF s'est vue également renforcée par d'autres ministères dont l'essentiel des activités est orienté vers la petite enfance. C'est le cas du MSAS, du MEN, du CNE et des différents commissariats (Lutte contre la pauvreté et Sécurité alimentaire), qui ont tous des programmes dont bénéficie le jeune enfant.

❖ **LES POLITIQUES NATIONALES DE DEVELOPPEMENT HUMAIN** : L'exécution de programmes nationaux de développement comme le plan directeur de la santé et des affaires sociales, le programme national de développement du secteur éducatif, la stratégie nationale de la promotion féminine, la politique de la famille, le projet DOMSAT, le programme d'hydraulique villageoise, a donné un élan considérable au développement du pays. Le bénéficiaire potentiel des ces projets était le jeune enfant surtout en milieu rural.

Étant donné la nature multidisciplinaire du développement du jeune enfant, toute politique devra ainsi intégrer des approches appropriées en matière de santé, de nutrition, d'éducation parentale, d'éducation préscolaire et primaire, d'eau, d'assainissement et de protection.

La prise en compte de la spécificité et l'importance de chaque tranche d'âge, dans le choix et la mise en œuvre des programmes retenus, est d'intérêt capital : Chaque tranche d'âge a une importance par rapport à la suivante pour ne pas dire qu'elle la conditionne tant dans sa préparation que dans le cheminement des actions qui peuvent être menées.

La période prénatale constitue le point de départ de la vie du jeune enfant, pour cela un programme de prise en charge et d'éducation des femmes enceintes

devra être prévu dans la politique pour préparer la jeune maman à la prise en charge adéquate du nouveau-né et du jeune enfant ainsi qu'à son rôle clé de premier éducateur de l'enfant. L'intervention pendant cette période cruciale vise à éviter tout retard de développement chez l'enfant par une amélioration de ses conditions sanitaires et nutritionnelles, d'où l'intérêt d'un programme d'éducation parentale qui prend en considération tous aspects.

Pendant la période de 3 à 6 ans l'enfant commence son développement social et ses interactions avec son environnement, une bonne préparation et un encadrement adapté sont alors nécessaires pendant cette période car des événements qui affectent le jeune enfant dépendra tout le reste de sa vie.

Entre 6 et 8 ans, l'enfant accède à l'enseignement de base et cette transition nécessite une bonne préparation pour que celui-ci puisse intégrer facilement son nouveau milieu et poursuivre son développement harmonieux.

Ainsi les interventions retenues dans le cadre des programmes de développement de la PE doivent couvrir la période d'avant la naissance jusqu'à l'âge de 8 ans. En conséquence, les cibles de la politique seront :

- ❖ *Les femmes enceintes et allaitantes,*
- ❖ *Le jeune enfant de 0 à 8 ans et*
- ❖ *Les enfants en situations précaires ou difficiles nécessitant des mesures de protection spéciale (handicapés, abandonnés, orphelins, toxicomanes, mendiants, en conflit avec la loi etc.)*
- ❖ *Toute personne impliquée dans la prise en charge et l'encadrement du jeune enfant.*

Malgré les efforts déployés jusqu'ici en faveur de l'enfance dans bon nombre de secteurs, les indicateurs qui signent le développement de la petite enfance restent encore faibles.

Ce constat a amené le SECF à formuler et mettre en exécution la présente politique nationale de développement holistique du jeune enfant dont les composantes toucheront l'ensemble des aspects de la vie du petit enfant.

Cette politique vise à corriger les insuffisances et lacunes constatées pour permettre ainsi aux enfants de 0 à 8 ans un développement harmonieux et un épanouissement meilleur.

Elle constituera ainsi un cadre dans lequel se conjugueront les efforts de tous les acteurs (la famille, les secteurs public et privé, la société civile et les partenaires au développement) pour une plus grande efficacité dans la planification et l'exécution des programmes intégrés orientés vers cette frange particulièrement vulnérable de la population et une meilleure coordination entre tous les intervenants.

De plus, elle contribuera ainsi à l'accélération de la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile qui, malgré des progrès notables, reste encore très élevée en Mauritanie.

II. PRESENTATION DE LA REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La République Islamique de Mauritanie est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre les 15^{ème} et 27^{èmes} degrés de latitude Nord et les 5^{ème} et 17^{èmes} degrés de longitude Ouest. Le territoire s'étend sur une superficie de 1.030.700 Km². Le pays est limité au sud par le Sénégal, au sud et à l'Est par le Mali, au Nord-Est par l'Algérie et au Nord par le Sahara Occidental. A l'Ouest, l'Océan Atlantique forme un littoral long de 700 Km environ.

La population totale de la Mauritanie est estimée en 2005 à 2 823 935 habitants si on applique un taux de croissance démographique de 2.4% par an à la population totale estimée lors du recensement général de la population en 2000 (2 508 159 habitants). La densité de population est de 2.6 habitants au Km².

Données démographiques sur la petite enfance

La population totale des enfants âgés de 0 à 8 ans est estimée en 2002 à 853 098 selon les projections de l'ONS et se répartit en 430 228 garçons et 422 870 filles. Cette population serait de 960 503 enfants en 2005 par l'application du coefficient de croissance démographique de la population totale (2.4% par an). Les petits enfants représenteraient donc 34% de la population totale mauritanienne en 2005.

Tableau 1: Répartition de la population de la PE par tranches d'âge, par wilaya et par sexe :

WILAYA	TRANCHES D'AGES						TOTAL
	0 à 3 ans		3 à 6 ans		6 à 8 ans		
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
HEC	22691	22299	14784	14534	9123	8970	92401
HEG	17305	17006	11304	11109	6961	6846	70531
ASS	17831	17522	11627	11430	7199	7078	72687
GOR	18684	18361	11914	11767	7355	7235	76063
BRA	20458	20105	13130	12905	8029	7896	82523
TRA	15997	15722	11232	11033	7395	7274	68279
ADR	5759	5661	3902	3833	2468	2426	24049
DNDB	8910	8755	5536	5445	3191	3137	34974
TAG	6030	5927	4173	4101	2697	2654	25582
GUID	12712	12491	8032	7895	4867	4786	50783
TIRZ	3702	3638	2386	2342	1436	1413	14917
INCH	897	883	665	649	451	444	3989
NKC	59746	58710	37585	36944	22009	21637	223113
TOTAL	210722	207080	136325	133994	83181	81796	853 098
	417 802		270 319		164 977		

Les ethnies constituant la population mauritanienne sont les Arabes, les Toucouleurs, les Soninkés et les Wolofs.

2. DONNES GEOGRAPHIQUES

Le relief mauritanien est généralement constitué de plaines caillouteuses, de zones de dunes, vives dans le nord et fossiles dans le sud. L'intérieur du pays est divisé en six grandes régions : Une région de plateaux taillée dans les grés et les calcaires au nord (Zemmour), une région de pénéplaines sahariennes plates s'étendant de la frontière orientale jusqu'à la frontière avec le Sahara occidental, une région dénommée Trab El Hajra (pays de la pierre) englobant les plateaux de l'Adrar, du Tagant et de l'Assaba, une région de sables, appelée Majabat El Koubra, s'étendant à l'est du Tagant et de l'Adrar, la région du Hodh, immense cuvette occupant tout l'est du pays et une région de plaines profondément ensablées, appartenant au bassin sénégal-mauritanien et bordées au sud par la vallée du Sénégal.

La Mauritanie est caractérisée généralement par un climat chaud et sec, saharien au nord et sahélien au sud. Le pays peut être divisé en trois grandes zones naturelles: La zone de la vallée du fleuve, la zone sahélienne, au Sud d'une ligne allant de Nouakchott à Nema, passant par Kiffa caractérisée par des précipitations annuelles de 100 à 300 mm et la zone saharienne, au Nord de la ligne précitée, où les précipitations, le plus souvent irrégulières, varient entre 50 et 100 mm et les points d'eau sont rares en dehors de quelques oasis où l'implantation d'importantes palmeraies a favorisé l'établissement d'agglomérations de taille significative.

2. DONNEES ECONOMIQUES

La RIM s'est engagé depuis 1985 avec l'appui de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International dans un vaste programme d'ajustement structurel qui vise à rétablir les équilibres macro-économiques et assainir ainsi les finances publiques. Ces réformes ont permis, entre autres, d'améliorer le taux de croissance économique, le PIB par tête d'habitant et de juguler le taux d'inflation.

Tableau 2: Evolution des données macro-économiques

Indicateur	1998	2003
Croissance économique (en %)	3.7	5
PIB (Milliards d'ouguiya)	185	296.46
PIB (Millions de dollars)	1000	1073
PIB par tête d'habitant	174	107.7
Taux d'inflation (Officiel)	4%	-
Exportations en millions de dollars	399	341.2
Importations en millions de dollars	469	-
APD (en millions d'ouguiyas)	29 245	24225
Dette extérieure (en millions de dollars)	2130	1033
Taux de change (Ouguiyas pour 1 \$)	189	276.2

Source : « Mauritanie : Analyse de la situation des enfants et des femmes » 2001 et CMAP/ MAED.

3. DONNEES SUR LE SECTEUR SOCIAL

* Le système éducatif

Il a connu lui aussi des progrès considérables sur le plan quantitatif: Le taux brut de scolarisation est passé de 45.5% en 1989/90 à 83.4% en 1999/2000 et celui des filles de 39.3% à 81.3%. La réforme de 1999 s'est fixé comme objectifs la correction des lacunes de l'ancien système par l'unification du système éducatif, le renforcement de l'enseignement de l'instruction civique, l'amélioration de l'enseignement des langues et le renforcement du niveau des élèves en augmentant d'une année le cursus du cycle secondaire et en favorisant l'enseignement des matières scientifiques.

* Les femmes et les jeunes

La femme mauritanienne représente 52 % de la population mauritanienne. Sur le plan économique, l'EDSM a révélé que 70% de ces femmes ne travaillent pas et parmi la population féminine qui travaille seules 12% travaillent toute l'année, ce qui montre l'ampleur du phénomène sur la prise en charge économique correcte des jeunes enfants. La même enquête a montré que 32.9% de ces femmes n'ont aucun niveau d'instruction. Les femmes ayant fait un enseignement coranique

représentent 25.7% contre 31.6%, 7.9% et 0.6% pour celles qui ont fait respectivement les niveaux primaire, secondaire et universitaire de l'enseignement. D'autre part, l'état matrimonial de ces femmes se présente comme suit :

- 59% de ces femmes sont mariées,
- 29% sont célibataires,
- 2% de veuves et
- 11% de divorcées.

La polygamie n'est pas répandue en Mauritanie : elle représente 12% selon la même source et semble régresser car en 1981 son taux était de 18%. Les femmes chefs de ménage représentent 29.1% avec une proportion plus importante en milieu rural (25.4% en milieu urbain et 31.7% en milieu rural).

En 2000, la femme représente 23.5% de la catégorie A des employés de la fonction publique et 24.6% de ceux de 5 banques locales. Elle représente aussi 26.15% du personnel des cabinets ministériels.

Malgré le poids démographique de cette frange, elle reste exposée à des problèmes d'analphabétisme, d'inaccessibilité à l'éducation et à l'emploi, de leur état précaire de santé et de malnutrition en rapport avec la pauvreté. Des efforts sont actuellement déployés pour endiguer ces problèmes à travers un département chargé entre autres de la lutte contre la pauvreté et à l'insertion.

4. L'ORGANISATION POLITICO-ADMINISTRATIVE

Depuis 1991, la Mauritanie a mis en place un système démocratique avec l'adoption d'une nouvelle constitution dite « constitution du 20 juillet 1991 ».

Depuis le 3 juillet 2005, un conseil militaire dit « Conseil Militaire pour la Justice et la Démocratie » a pris le pouvoir en Mauritanie. Ce conseil exerce les pouvoirs exécutif et législatif après avoir gelé le parlement conformément à l'esprit de l'ordonnance N°001-2005 portant réglementation de la charte constitutionnelle définissant l'organisation et le fonctionnement des pouvoirs publics constitutionnels pendant la période transitoire, période au cours de laquelle une constitution sera élaborée et soumise au référendum. Les dispositions de la constitution relatives à l'Islam, aux libertés individuelles et collectives, aux droits et prérogatives de l'Etat ont été maintenues tandis que les autres ont été réaménagées.

Ainsi, le Conseil Supérieur de la Magistrature, les cours et tribunaux, le Haut Conseil Islamique et la Cour des Comptes ont été préservés dans les nouvelles modifications apportées à la constitution.

L'organisation administrative du pays a été fixée par l'ordonnance 90-002 du 30 janvier 1990. Sur le plan administratif, le pays est divisé en 13 wilayas, chaque wilaya constitue une circonscription administrative déconcentrée qui est placée sous l'autorité d'un wali (Gouverneur) qui représente le pouvoir exécutif.

La wilaya est elle-même divisée en sous-circonscriptions administratives appelées Moughataas (Départements) qui sont dirigées par des Hakems. Il existe dans le pays 13 wilayas, 53 Moughataas et 216 communes.

La Mauritanie est membre de plusieurs organisations sous-régionales, régionales et internationales. C'est le cas notamment du Comité Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel, de l'Organisation de Mise en œuvre du fleuve Sénégal, de l'Union du Maghreb Arabe, de la Ligue Arabe, de l'Organisation de la Conférence Islamique, de l'Union Africaine et de l'Organisation des Nations Unies, etc.



**ANALYSE DE LA SITUATION
DE LA PETITE ENFANCE**

III. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PETITE ENFANCE

1. Le cadre institutionnel de la PE

Le cadre institutionnel de la petite enfance est partagé par plusieurs départements ministériels :

- **Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales** en ce qui concerne les aspects de prévention, de prise en charge médicale et nutritionnelle et de protection sociale des enfants en situation difficile (handicapés, orphelins, mendiants etc.) ;
- **Le Ministère de l'Éducation Nationale** en tant que premier département chargé de l'éducation des enfants de 6 à 8 ans ;
- **Le Ministère de la Fonction Publique et du Travail**, pour ce qui est des questions de sécurité sociale ;
- **Le Ministère de la Justice** concernant tous les aspects de protection et de suivi des enfants en conflit avec la loi ;
- **Le Ministère du Développement Rural, de l'Hydraulique et de l'Environnement** puisqu'il est chargé du développement agro-pastoral, de l'encadrement des associations et groupements oeuvrant dans ce domaine, de la réalisation des ouvrages hydrauliques et de la préservation et de l'assainissement de l'environnement,
- **Le Commissariat aux Droits de l'Homme, à la Lutte contre la Pauvreté et à l'Insertion** qui contribue par l'adoption et la mise en œuvre des traités et conventions internationaux et par les actions d'insertion et de lutte contre la pauvreté,
- **Le Ministère chargé de la Lutte contre l'Analphabétisme, de l'Orientement Islamique et de l'Enseignement Originel** pour son action de lutte contre l'analphabétisme à travers les Mahadras notamment pour la tranche d'âge de 3 à 6 ans et d'alphabetisation des parents,
- **Le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération** qui représente le département chargé de la coopération et par voie de conséquence responsable chargé de la signature des conventions des financements extérieurs
- **Le Ministère des Affaires Economiques et du Développement** qui est le département responsable des études et de la planification au niveau national pour le développement du pays ;
- **Le Ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Sports** qui prend en charge toutes les questions ayant trait aux jeunes notamment leur développement culturel et sportif ;
- **Le Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine** qui est le département ministériel chargé de la mise en place des politiques en faveur de l'enfant et des mécanismes de coordination entre toutes les autres structures nationales pour les interventions en faveur des enfants.

Les attributions du SECF et l'organisation de l'administration centrale de son département sont fixées par **le décret n°005-2005 du 30 janvier 2005** qui précise dans son article premier : «le SECF a pour mission d'assurer la promotion de la femme et sa pleine participation au processus décisionnel et à celui du développement économique et social, de même que de promouvoir la sauvegarde de la famille, le droit et **le bien être de l'enfant**, en conformité avec nos valeurs islamiques et tenant compte de nos réalités culturelles et civilisationnelles et les exigences de la vie moderne ».

Le nouveau décret a créé une nouvelle direction dite : « Direction de l'Enfant » dans son article 25. Cette direction a pour mission de :

- ✓ Veiller au bien être de l'enfant
- ✓ Se porter à la défense des droits des enfants et de la petite enfance en particulier ;
- ✓ Contribuer à l'élaboration et au suivi de l'application de tout texte ou convention régissant les droits de l'enfant ;
- ✓ Oeuvrer à l'extension des réseaux des jardins d'enfants tant publics que privés, superviser la qualité des programmes et la formation des monitrices, afin qu'ils offrent aux enfants, et en particulier les plus démunis, un milieu susceptible de contribuer à leur épanouissement global ;
- ✓ Elaborer les politiques de l'enfance et de la petite enfance en convergence avec la politique de la famille ;
- ✓ L'exécution et la mise en œuvre des programmes et projets concernant les droits de l'enfant.

La Direction de l'enfant comprend deux services centraux : Le service de l'Enfance et le service de la Petite Enfance. Ce dernier est chargé de :

- Oeuvrer à l'extension des réseaux des jardins d'enfants tant publics que privés, superviser la qualité des programmes et la formation des monitrices, afin qu'ils offrent aux enfants, et en particulier les plus démunis, un milieu susceptible de contribuer à leur épanouissement global ;
- L'encadrement et le suivi des réseaux de la petite enfance, des garderies communautaires et des centres régionaux de la petite enfance ;
- Elaborer et mettre en œuvre une politique nationale de la petite enfance.

Le service de la petite enfance comprend deux divisions : La division des jardins d'enfants chargée de l'extension du réseau des jardins d'enfants publics et privés, de la qualité des programmes et du suivi de la formation continue des monitrices, et la Division du suivi de l'application de la politique de la petite enfance, qui s'occupe de la réactualisation, l'exécution et le suivi de la politique de la petite enfance ainsi que du suivi et de l'évaluation des réseaux et des centres régionaux de la petite enfance.

2. Le cadre législatif et réglementaire

La Mauritanie était parmi les premiers pays qui ont ratifié la convention des droits de l'enfant en 1991. Le Gouvernement a ainsi pris plusieurs mesures visant à aligner la législation nationale avec les dispositions de la CDE. C'est le cas du code de statut personnel, la mise en place d'un traitement approprié de l'enfant par la justice et la police, le développement du système éducatif et le renforcement des activités menées par les autres départements en faveur de la petite enfance.

La législation nationale accorde une place de choix pour la protection des enfants. Dans ce domaine quelques exemples saillants méritent d'être soulignés:

- ◆ La non discrimination entre les sexes est consacrée par la constitution (Article 1^{er}),
- ◆ Le droit de l'enfant à la nationalité est fixé par la loi 61-112 du 12 juin 1961,
- ◆ L'obligation de l'enseignement fondamental pour les enfants âgés de 6 à 16 ans est consacrée par la loi N° 054-2001. cette même loi prévoit des sanctions sous forme d'amendes à l'encontre des personnes responsables d'un enfant qui auront sans motif valable refusé de l'inscrire à l'école primaire ;
- ◆ La protection de la population contre les troubles dus à la carence en iode a fait l'objet du décret N° 034-2004 qui interdit l'importation et la vente du sel non iodé

et fixe les normes de qualité du sel iodé ainsi que les conditions de production de ce sel et les poursuites et pénalités applicables aux contrevenants.

- ◆ Les mauvais traitements contre les enfants sont interdits en Mauritanie par la constitution (Article 1) et par le droit pénal (Article 285).
- ◆ La protection de l'intérêt supérieur de l'enfant (Articles 32 et 34 du code des obligations et des contrats),
- ◆ L'interdiction du travail des enfants âgés de moins de 14 ans (Article 1^{er} du Livre II, Titre 1^{er}, Chapitre I du code de travail),
- ◆ La relation sexuelle avec le mineur est interdite (Article 293 du code pénal),
- ◆ Le droit de l'enfant à un nom et à l'enregistrement à l'Etat civil à la naissance (Article 1^{er} de la loi 96 020 et article 48 de la loi 96 019). L'EDSM 2000/2001 a montré que 55.2% des naissances ont été déclarées mais l'écart entre les milieux de résidence est très important : 72% en milieu urbain contre 42% en milieu rural. De même le niveau d'instruction de la femme est déterminant pour la déclaration des naissances. Les femmes ayant le niveau du secondaire enregistrent leurs enfants dans 77% des cas contre 67.7% des femmes ayant le niveau de l'enseignement de base et 45% pour celles ayant fait des études à la Mahadra. La non déclaration des naissances est dans la plupart des cas due à un manque d'information et /ou de sensibilisation sur l'importance de cette opération (35.7%). L'éloignement des centres d'état civil et la cherté des coûts représentent respectivement 14.1% et 6.4% des cas. Le faible taux d'enregistrement à la naissance pourrait également s'expliquer par le taux élevé d'accouchement qui se passent en dehors des structures sanitaires ce que l'enquête n'avait pas exploré.

D'autre part, certaines pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales et le gavage ne sont pas encore légiférées.

Pour ce qui est de l'excision, l'EDSM 2000-2001 a montré que 71.3% des femmes sont excisées. Cette proportion est variable suivant le groupe ethnique d'appartenance de la femme (71% chez les Arabes, 72% chez les Poular, 92% chez les Soninkés et 28% chez les Wolofs). Cette pratique est réalisée dans 75% des cas avant un an.

Par contre le gavage a connu ces dernières années un recul considérable notamment dans les milieux urbains : L'EDSM a révélé que seulement 22% des femmes ont été gavées en Mauritanie notamment chez la composante arabe de la population. Mais force est de constater que cette pratique connaît actuellement une régression importante chez les jeunes : 35% des femmes de plus de 40 ans déclarent avoir été gavées contre 27% entre 30-39 ans et seulement 11% à 15-19 ans.

Les efforts déployés par le SECF ces dernières années pour sensibiliser la population sur les dangers de ces pratiques ont donné des résultats satisfaisants : 70% des hommes et 64% des femmes sont favorables à l'abandon de l'excision selon l'EDSM.

Mais la législation de certains domaines ayant trait à la vie du jeune enfant n'a pas encore été mise en place. C'est le cas notamment du cadre législatif et réglementaire approprié pour le fonctionnement des institutions, des règlements sur le profil, le recrutement et le cursus de formation des monitrices.

3. Revue des politiques sectorielles en faveur de la PE

3.1. LA SANTE

Le MSAS a mis en exécution depuis plus d'une décennie une nouvelle politique de santé qui a amélioré sensiblement la situation sanitaire du pays. La priorité était donnée dans cette politique aux femmes et aux enfants.

Les programmes visant la santé materno-infantile ont été renforcés en moyens humains, matériels et financiers afin d'atteindre les objectifs fixés à savoir la réduction de manière significative des taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.

Cependant des progrès importants restent à faire pour atteindre les objectifs que la Mauritanie s'est fixée pour améliorer ses indicateurs de santé notamment les taux de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile qui se situent respectivement à 747 pour 100 000 naissances vivantes, 74% et 116% selon l'EDSM 2000-2001.

Les statistiques sanitaires pour l'année 2004 montrent que les principales pathologies observées chez les enfants de moins de 5 ans sont les **infections respiratoires aiguës, le paludisme** et les **diarrhées**. L'enquête EDSM 2000 – 2001 a, quant à elle, montré que les maladies des enfants les plus courantes étaient les fièvres (31%), les diarrhées (18%) et les infections respiratoires aiguës (10%).

Parmi les programmes mis en œuvre pour améliorer la situation sanitaire des jeunes enfants, on peut noter : le programme élargi de vaccination, le programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA/IST, le programme national de lutte contre le paludisme et le programme national de la santé de la reproduction.

3.1.1. Le Programme Élargi de Vaccination

Ce programme vise la vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes en âge de procréer contre des maladies qui constituent jusqu'à une date récente l'une des principales causes de mortalité infantile (la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, la variole et le tétanos). De plus l'hépatite B présente une prévalence élevée notamment chez les donneurs de sang (24%). C'est pourquoi, le lancement de l'introduction de ce vaccin dans le PEV de routine a eu lieu en 2005.

Le programme utilise essentiellement deux stratégies:

- La stratégie fixe à travers les services de santé maternelle et infantile ;
- La stratégie mobile notamment dans les zones rurales à travers les équipes mobiles.

Une troisième stratégie fut introduite en 1985 dite « stratégie d'accélération » à travers les journées municipales de vaccination (1985 à 1989), les journées Maghrébines de vaccination (1990 à 1994) et les journées nationales de vaccination pour l'éradication de la poliomyélite et le contrôle de la rougeole.

C'est ainsi que qu'en 2004 et à titre d'exemple, la couverture vaccinale du DTC3 par stratégie au niveau national était respectivement de 67,6% et 32,4% pour la stratégie fixe et la stratégie avancée mobile.

Pour ce qui est de la couverture vaccinale, les résultats de l'enquête démographique et de santé 2000 -2001 montrent qu'elle reste encore faible car seulement 32% des enfants de 12 à 23 mois avaient reçu tous les vaccins et toutes les doses du PEV et 15 % de cette tranche d'âge n'ont reçu aucun vaccin.

Fort heureusement ce résultat contraste avec l'effort de lutte contre la poliomyélite et la rougeole (respectivement de 80% et 62% selon l'EDSM).

Les campagnes des dernières années ont permis une hausse significative du taux de couverture vaccinale au niveau de la quasi-totalité des wilayas, amélioration qui s'explique par l'augmentation du volume des fonds alloués au PEV dans le cadre de l'initiative de la réduction de la dette.

Tableau 3 : Taux de couverture vaccinale par wilaya au 31/12/2004:

WILAYA/ANTIGENE	BCG	POLIO3	DTC3	VAR	VAT2+
HODH ECH CHARGUI	70	60	63	46	31
HODH EL GARBI	84	60	61	54	15
ASSABA	110	89	92	75	37
GORGOL	84	73	75	58	38
BRAKNA	95	78	84	80	38
TRARZA	68	59	59	57	21
ADRAR	73	48	50	51	10
DAKHLET NDB	74	73	73	57	33
TAGANT	81	48	53	58	50
GUIDIMAKHA	95	82	83	65	44
TIRIS ZEMOUR	66	57	57	53	18
INCHIRI	80	69	69	77	40
NOUAKCHOTT	92	65	65	75	39
NATIONAL	86	68	70	64	33

Source : PEV – Décembre 2004

Le faible taux de vaccination antitétanique (33%) chez la femme en âge de procréer signe une faible fréquentation des structures sanitaires, ce qui demande un effort de sensibilisation des femmes pour l'utilisation des formations sanitaires. Ce taux est de 40% chez la femme enceinte.

La vaccination contre l'hépatite B a été introduite dans le PEV de routine depuis le mois de mars 2005. La vaccination se fait par trois doses séparées d'un mois. La campagne menée dans ce sens a permis de donner la première dose à 33 688 enfants de 0 à 11 mois soit un taux de vaccination de 57% au niveau national.

Le PEV connaît encore des faiblesses qui limitent l'effort consenti par le Gouvernement pour la vaccination des enfants. Parmi ceux-ci on peut noter :

- L'insuffisance des ressources humaines qualifiées ;
- Le coût élevé de la vaccination consécutif à l'immensité du territoire et donc la faible densité de la population ;
- La faiblesse de la politique de communication du programme pour assurer une plus grande sensibilisation sur l'intérêt de la vaccination ;
- L'insuffisance de la planification au niveau opérationnel ;
- La non implication du secteur privé dans l'effort national en matière de vaccination ;

3.1.2. Le Programme National de la Santé de la Reproduction

Actuellement, la santé de la reproduction est caractérisée par les problèmes suivants :

- ✓ Une mortalité et une morbidité maternelle néonatale très élevées : 747 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 53% des femmes enceintes sont anémiées et une mortalité néonatale de l'ordre de 35% ;
- ✓ Des taux de mortalités infantile et infanto-juvénile encore élevés, respectivement de 74 pour 1000 et 116 pour 1000 ;

- ✓ Une augmentation de la prévalence des IST/SIDA et des infections et affections mammaires.

Les faibles taux d'utilisation des prestations de la SR confirment la persistance de ces problèmes. Le niveau des indicateurs de la SR au niveau national se présente comme suit selon l'EDSM :

- Prévalence contraception chez les femmes : 8%
- Taux de consultations prénatales : 64.6%
- Taux de couverture par le VAT 2 et plus chez les femmes enceintes: 24.7%
- Taux des accouchements assistés par un personnel formé: 56.9%
- Taux de couverture par les consultations post-natales : 9.2%.

Pour remédier à cet état et assurer une meilleure prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, le programme a élaboré un plan stratégique 2003-2007 dont les principaux objectifs sont de:

- ✓ Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en renforçant l'accès des mères et des nouveaux-nés à des services de qualité à toutes les étapes de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, particulièrement en cas de complications ;
- ✓ Améliorer la santé reproductive des femmes par une réponse appropriée en contraception correspondant à leurs besoins, en particulier par la dissémination et la généralisation de l'accès aux moyens de planification des naissances en fournissant des services de qualité notamment dans les zones rurales, en conformité au contexte religieux et culturel du peuple mauritanien ;
- ✓ Assurer la prise en charge de la santé reproductive des adolescents et des jeunes en leur offrant des espaces où un personnel compétent pourra répondre à leurs attentes.

L'atteinte des objectifs cités plus haut se fera à travers la mise en œuvre des trois grandes stratégies suivantes :

- La lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale sévère,
- Le renforcement de l'espacement des naissances et de la planification familiale et
- La promotion de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.

En Mauritanie, le plan stratégique de promotion et de renforcement de la santé de la reproduction bénéficie de l'appui des partenaires au développement (FNUAP, BAD, BM, OMS, UNICEF) et ce en plus de l'effort engagé par le Gouvernement dans ce domaine.

Dans le cadre du recouvrement des coûts des prestations médicales et en vue de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, le Ministère de la santé a initié avec le concours de l'OMS et de la Coopération française, un projet de « Forfait obstétrical » à Nouakchott. Ce projet vise à améliorer l'accessibilité des soins à toutes les femmes pendant toute la grossesse et de leur permettre un accouchement adéquat dans les structures publiques. En contrepartie, la femme doit payer un montant forfaitaire abordable et unique ou payer à l'acte suivant une tarification pré-établie.

Le projet « forfait obstétrical » a été initié dans les Moughataas de Sebkhah et El Mina puis il a connu une extension aux wilayas des deux Hodhs et de l'Assaba en mai 2005.

3.1.3. Le Programme National de lutte contre le paludisme

* Situation épidémiologique

Le paludisme constitue encore un problème majeur de santé publique tant par son impact socio-économique que par la place qu'il occupe parmi les causes de consultation dans les formations sanitaires. Ainsi, il occupe le 3^{ème} rang des motifs de consultations au niveau national après les IRA et les maladies diarrhéiques et le premier rang dans les régions du Sud et de l'Est du pays.

Trois raisons principales font du paludisme un problème majeur de santé publique en Mauritanie :

- ✓ **La prise en charge insuffisante des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires car toute** fièvre est traitée comme un paludisme sans faire la part des choses et le suivi correct n'est pas assuré pour les cas avérés. L'EDSM a montré que 31% des enfants de moins de 5 ans qui font des fièvres ont été traités essentiellement par des médicaments antipaludiques.
- ✓ **La disponibilité des moustiquaires imprégnées est faible et la promotion de celles-ci mérite d'être renforcée.** L'enquête sur la mortalité infantile et le paludisme a révélé que le pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides au cours des six derniers mois est très faible (0,6 %) et que 56 % de cette même population possèdent au moins une moustiquaire. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire est d'environ 31% alors qu'il n'est que de 4,1% pour les enfants de la même tranche d'âge qui utilisent les moustiquaires traitées pour ne représenter que 2,1% chez ceux ayant fait usage des moustiquaires imprégnées depuis 6 mois. Ce taux est plus élevé chez les femmes enceintes (6,6%).
- ✓ **Le retard de la mise en place du laboratoire de Contrôle de la Qualité des médicaments,** ce qui empêche un contrôle plus strict de la qualité des produits introduits sur le marché national surtout que les antipaludéens sont largement consommés et le secteur informel contribue beaucoup à leur disponibilité sur le territoire national.

Face à la situation décrite ci-dessus, le MSAS a créé en 1996 un programme national de lutte contre le paludisme qui a formulé une politique nationale de lutte contre cette maladie dans le cadre de l'initiative « Faire reculer le paludisme ». Le programme est appuyé par l'Etat, l'OMS, l'UNICEF, l'IDA, le GFATM et la coopération japonaise. Au niveau régional, on note l'intervention de la GTZ dans les deux Hodhs.

Les objectifs visés par le programme national de lutte contre le paludisme sont de :

- Réduire d'au moins 30% les décès imputables au paludisme d'ici 2005 ;
- Réduire d'au moins 30% les cas de paludisme d'ici 2005.

L'atteinte des objectifs sus-mentionnés se fera à travers la mise en œuvre des stratégies suivantes :

- o La prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme ;
- o La promotion accélérée des moustiquaires imprégnées ;
- o La prévention du paludisme par les antipaludéens chez la femme enceinte ;
- o La prévention, la détection et la lutte contre les épidémies de paludisme ;
- o La mobilisation sociale, l'IEC et les activités à base communautaire ;
- o La recherche opérationnelle ;
- o La supervision, le monitoring et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique ;
- o Le renforcement des capacités de gestion du PNLP ; et
- o Le renforcement de la coordination et du partenariat dans le cadre de l'Initiative RBM / GBATM.

3.1.4. Le Programme National Multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA

Peu après l'apparition du premier cas de SIDA dans le pays, la Mauritanie a mis en place son programme national de lutte contre ce fléau (PNLS). Au départ, les efforts déployés dans ce sens se sont focalisés sur les aspects sanitaires de la maladie. Mais le plaidoyer lancé par le PLNS a très vite permis de prendre conscience de l'ampleur du problème et de la nécessité d'une action multisectorielle concertée pour éviter la propagation de la maladie et permettre une prise en charge globale des cas déclarés.

La situation épidémiologique générale est présentée dans le tableau ci-dessous:

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA fin 1999					Orphelins	Décès dus au SIDA	Population 1999 (en milliers)	
Adultes et Enfants	Adultes (15 – 49 ans)	Taux chez L'adulte (%)	Femmes (15 – 49 ans)	Enfants (0 – 14 ans)	Total cumulé	Adultes et enfants en 1999	Total	Adultes (15 – 49 ans)
6600	6300	0.52	3500	260	-	610	2598	1210

Source : Cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003 – 2007

Les enquêtes de séroprévalence de 2001 et 2003 chez les femmes en consultation prénatale ont montré respectivement des prévalences de 0.57 % et 0.83 %. Egalement un taux de prévalence de 0.67 % est observé chez les donneurs de sang en 2001.

Entre 2002 et 2004, la fréquence annuelle du VIH a connu une augmentation au niveau des unités de dépistage volontaire de Nouakchott et de Kiffa qui s'explique par la demande de dépistage parmi les populations les plus vulnérables notamment les partenaires des séropositifs.

Les différentes enquêtes menées chez les tuberculeux ont montré une évolution significative : La prévalence est passée de 0.53% en 1986 à 5.2% en 2002.

Au niveau du groupe des nouvelles recrues de l'armée (18 à 25 ans) pour l'année 2004, on note une prévalence de 0.21% qui reflète les données de la population générale.

A ce jour, il n'existe pas de données sur la séroprévalence du groupe des prostituées.

Cette pathologie était méconnue du grand public mais les efforts de sensibilisation engagés ces dernières années par le MSAS ont permis d'améliorer les connaissances sur cette maladie. C'est ainsi que l'EDSM a révélé que 86% des

hommes et 76% des femmes ont déjà entendu parlé du SIDA. Ces chiffres contrastent fortement avec les résultats obtenus sur la connaissance de la population des moyens de prévention de celle-ci : 44% des femmes connaissent le VIH/SIDA sans toutefois savoir des moyens de l'éviter.

La prévalence du VIH en Mauritanie reste encore faible avec des disparités importantes entre les wilayas. Cependant, les projections des différents paramètres sont inquiétantes comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Projections des paramètres sur le VIH/SIDA

INDICATEURS	ANNEES	
	2004	2010
Prévalence du VIH chez les adultes	0.98%	1.3%
Nombre de femmes enceintes séropositives VIH	1480	2120
Nombre de nouvelles infections VIH	2610	3420
Nouveaux cas de SIDA	1100	2020
Décès dus au SIDA	1020	1880
Décès cumulés dus au SIDA	7270	16310
Nombre de nouveaux sujets devant être sous ARV	2260	4050
Cas de tuberculose	4730	5850
Orphelins de pères et de mères dus au SIDA	1740	3860

En vue de freiner la propagation du VIH/SIDA et pour une plus grande efficacité dans l'action, le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre un projet national multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

C'est ainsi qu'en octobre 2002, un comité national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA a été créé sous la présidence du Premier Ministre avec pour membres des représentants des secteurs public et privé, de la société civile et des organisations confessionnelles. Ce comité est chargé de la mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA. Les missions du comité sont de :

- Adopter des stratégies et des politiques sur le VIH/SIDA ;
- Assurer la sensibilisation et la mobilisation des ressources ;
- Assurer une réponse multisectorielle, la coordination des donateurs et le suivi et l'évaluation des plans d'action sur le VIH/SIDA.

Le projet national multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA comprend 4 composantes :

- 1) Renforcement des capacités des organismes publics, de la société civile et de l'Administration du projet
- 2) Elargissement des réponses du secteur multi public non sanitaire pour la prévention et les soins du VIH/SIDA;
- 3) Elargissement des réponses du secteur sanitaire pour la prévention, le traitement et les soins du VIH/SIDA/IST/TB
- 4) Développement et Elargissement des Initiatives des Organisations de la Société Civile et du Secteur privé concernant le VIH/SIDA

3.1.5. Le programme National de la Santé Bucco-Dentaire

Créé en 1999 par le MSAS, le PNSBD s'est fixé comme objectif de faire la promotion de la santé bucco-dentaire en Mauritanie. Les principales stratégies retenues par le programme sont :

- L'intégration des activités de santé bucco-dentaire au système des soins de santé primaires,
- La diffusion de messages d'IEC pertinents pour un changement positif de comportement, et
- L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins bucco-dentaires.

Les données épidémiologiques disponibles font état d'une prévalence élevée des caries dentaires (80%) avec un indice CAO de 3.77. Les statistiques du MSAS montrent que les affections bucco-dentaires représentent le 6^{ème} motif de consultation.

L'enquête menée dans 6 écoles à Nouakchott et 4 autres dans la capitale du Hodh El Gharbi chez les enfants de 12 ans a montré les résultats suivants :

- Un mauvais état parodontal caractérisé par 29.4% de cas de saignements gingivaux et 35.3% de tartre. Le niveau d'hygiène observé était meilleur chez les filles (40.7% de parodonte sain) que les garçons (30.4%);
- Une faible prévalence des malocclusions dans les deux régions et pour les deux sexes ;
- Un état dentaire marqué par une forte prévalence de la carie située autour de 71% mais différente entre les deux wilayas (84.2% à Nouakchott et 59.6% à Aioun) et prédominante chez les filles (75.6%) que les garçons (67%) ;
- Un indice de carie dentaire (CAO) modéré de l'ordre de 3.71 mais variable en fonction de la ville, du sexe et de la Moughataa. Il est plus sévère à Nouakchott (5.2) avec une valeur maximale pour la Moughataa de Riad de 5.44 et chez les garçons (4.26) que les filles (3.24).

Les résultats de cette enquête mettent en exergue l'état de santé bucco-dentaire défectueux et la nécessité de mettre en place des stratégies efficaces pour assurer le diagnostic et les soins de ces pathologies d'une part et la sensibilisation sur les problèmes de santé bucco-dentaire d'autre part.

3.1.5. Le Programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

Dernier né des programmes du MSAS, le programme de la PCIME affiche comme ambition une prise en charge intégrée adéquate des maladies de l'enfant dans toutes les formations sanitaires. Il s'est ainsi attelé en 2002 à mettre en place un plan d'action sur la période 2002-2004 et à réaliser la formation des formateurs, l'adaptation des outils et modules de formation ainsi qu'une enquête nutritionnelle dans les zones pilotes. Il est à noter qu'actuellement, en dépit des efforts déployés jusqu'ici par les pouvoirs publics, certaines maladies restent encore très fréquentes chez le jeune enfant, c'est le cas notamment des **fièvres**, des **diarrhées** et des **IRA** qui représentent respectivement **31%**, **10%** et **18%** selon l'EDSM 2000-2001.

En somme, le MSAS met en œuvre actuellement ou projette des programmes entièrement orientés vers la petite enfance. Ces interventions contribueront sans nul doute au bien être du jeune enfant si leur exécution était menée suivant une approche intégrée, et si ceux-ci sont étendus à toutes les formations sanitaires du pays et si la coordination intersectorielle est amarrée.

3.2. LA NUTRITION

La situation nutritionnelle en Mauritanie est caractérisée par la prépondérance de la malnutrition protéino-énergétique, les déficiences en micro nutriments et la morbidité qui en résulte.

Les différentes enquêtes menées jusqu'ici montrent une situation assez préoccupante. L'EDSM 2000-2001 a révélé que plus de 35% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique et 17% souffrent de la forme sévère. Les principaux indicateurs en relation avec le développement ou non de la nutrition sont consignés dans le tableau ci-dessous.

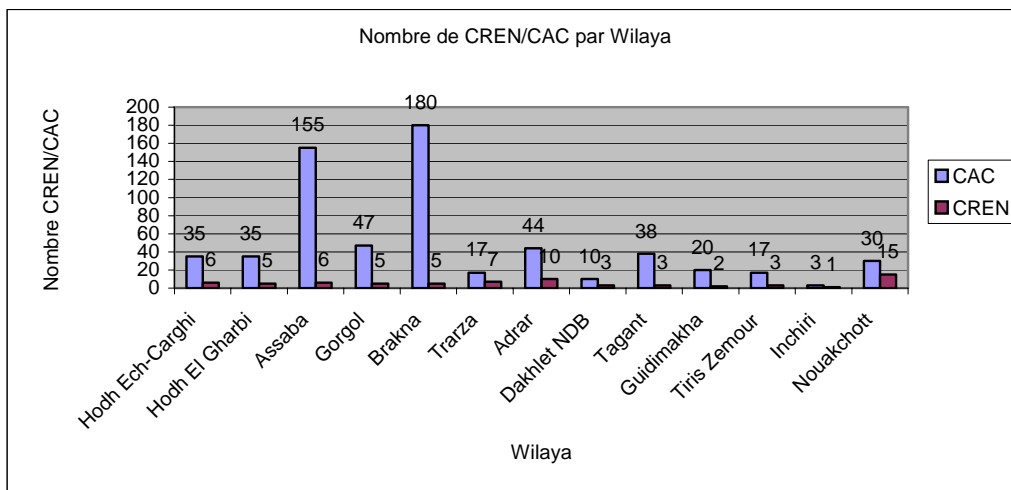
Tableau 5 : Principaux indicateurs de nutrition

Indicateurs	Valeur	Moyenne régionale (Afrique subsaharienne)	Source des données sur la Mauritanie
Taux d'anémies ferriprive chez la femme enceinte	53%	-	PNSR/MSAS
Faible poids à la naissance	9.2%	15%	EDSM 2000-2001
Malnutrition			
- chronique	35%	-	
- sévère	17%	-	
Insuffisance pondérale	32%	20.5%	
Retard de croissance	35%	37%	
Émaciation	13%	10%	
Allaitement maternel			
- Nourris au sein exclusivement (0 à 3 mois)	21.6%	34%	
- Plus aliments de sevrage	96.7%	60%	
- Plus aliments de sevrage	49.6%	52%	
- Encore allaités (20 à 23 mois)			
Couverture de l'apport en vitamine A (6 à 59 mois)	57.8%	54%	
Proportion des ménages consommant du sel iodé	1.1%	64%	

La faible proportion des ménages utilisant le sel iodé explique en partie la forte prévalence des troubles dus aux carences en iode.

Les actions de lutte contre les différentes formes de malnutrition sont développées par plusieurs départements ministériels :

1) **Le MSAS** à travers la conception et la mise en œuvre des programmes de nutrition. Les activités de lutte contre la malnutrition se font à travers les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle et les Centres d'Alimentation Communautaires qui sont intégrés aux formations sanitaires. La répartition des CAC et CREN par wilaya en 2003 est donnée par la figure 1 ci-dessous :



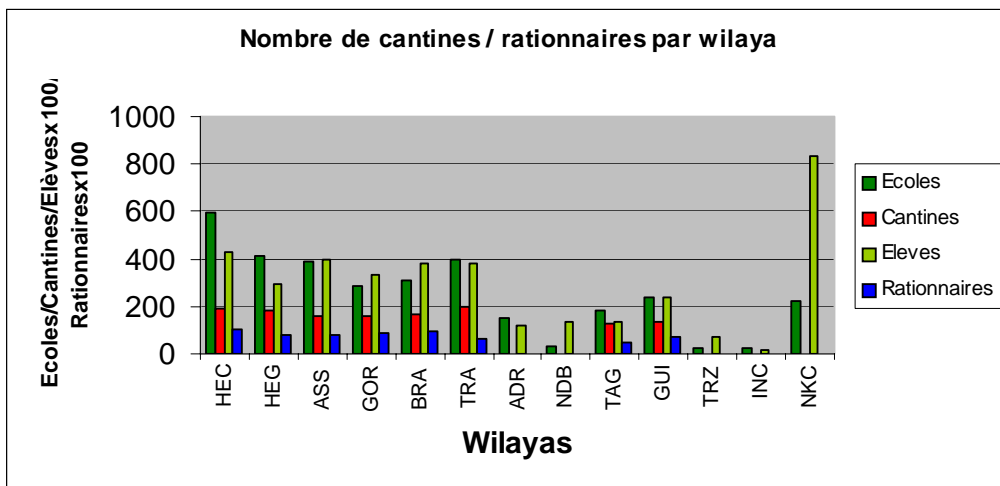
Source : DLM/MSAS

Les 702 CAC et CREN existant sur toute l'étendue du territoire assurent les services de prise en charge en matière de nutrition pour 19 325 enfants soit une moyenne de 27 enfants par structure ce qui correspond à un taux de couverture de 2.8% pour les enfants de 0-6 ans.

2) **Le MEN** contribue également à cet effort à travers les cantines scolaires. Ce département est appuyé par le PAM dans le cadre de ses efforts de lutte contre la malnutrition à travers les cantines scolaires. Le programme des cantines scolaires a couvert 1316 écoles réparties entre 8 wilayas (les deux Hodhs, l'Assaba, le Gorgol, le Brakna, le Traarza, le Tagant et le Guidimakha). Les cantines scolaires accueillent 64 580 rationnaires dont 62 600 au profit des écoles de l'enseignement primaire et 1980 au profit des Mahadras et instituts islamiques. En conséquence, elles couvrent 40.3% des écoles fondamentales et donc 16.7% du nombre total des élèves de l'enseignement fondamental.

La part des Mahadras et instituts islamiques représente 4.6% de l'effectif total des cantines. Ainsi, il apparaît clairement qu'il y a un déficit important en terme de couverture par les cantines au niveau des écoles de l'enseignement primaire mais surtout des structures de l'enseignement originel.

Figure 2 : Répartition des cantines / rationnaires par wilaya



3) **Le SECF** met en oeuvre un projet de nutrition communautaire « NUTRICOM » orientés vers les femmes enceintes et les enfants de moins de 3 ans. Ce projet a pour objet de tester l'approche de la nutrition communautaire suivant deux prototypes distincts, l'un en milieu rural et l'autre en milieu urbain, en vue de réduire de manière mesurable la malnutrition infanto-juvénile et améliorer la santé maternelle. Il couvre 5 wilayas qui sont le Hodh El Gharbi, l'Assaba, le Gorgol, Nouakchott et Dakhlet Nouadhibou.

Le projet comprend en plus de l'appui institutionnel du SECF, quatre composantes : la nutrition, les micro-projets, la mobilisation sociale et l'évaluation externe.

4) **Le CSA** qui met en oeuvre et de manière continue des activités pour assurer la sécurité alimentaire des populations. Des actions ponctuelles sont également faites dans les cas d'urgence ou de catastrophes.

En 2004, le Gouvernement a élaboré une « Politique Nationale de Développement de la Nutrition ». Cette politique qui s'inscrit dans le cadre de l'éradication de la pauvreté en Mauritanie conformément à l'esprit de la loi d'orientation 50-2001, se fixe comme objectif général d' : " **Améliorer l'accessibilité aux niveau des ménages mauritaniens, en particulier les indigents, des produits alimentaires de première nécessité (en quantité et en qualité), de réduire de façon significative la mortalité et la morbidité liées aux problèmes de nutrition et de promouvoir des comportements alimentaires et nutritionnels adéquats**".

La Politique nationale de développement de la Nutrition s'articule autour de quatre axes fondamentaux :

- La Sécurité alimentaire
- La Nutrition dans les services de santé
- La Nutrition Communautaire et programme de la petite enfance
- La Nutrition scolaire

Cinq autres axes transversaux viendront renforcer les axes de la politique nationale de développement de la nutrition, il s'agit de :

- L'IEC en matière de nutrition et alimentation
- Système d'information
- La Promotion de la Recherche Appliquée et la Formation en Nutrition
- Contrôle de qualité des aliments
- Partenariat avec la société civile

3.3 L'EDUCATION

Actuellement, il est prouvé que l'éducation constitue le moyen le plus sûr pour assurer le développement harmonieux du jeune enfant. En Mauritanie, il existe plusieurs formes d'enseignements qui contribuent à l'éducation de la petite enfance :

- ✓ L'enseignement originel qui permet l'alphabétisation et l'éducation des jeunes enfants ainsi que celle des parents;
- ✓ l'enseignement formel à travers les jardins d'enfants et les garderies communautaires qui assure une préparation initiale et une stimulation psychosociale du jeune enfant dans sa phase préscolaire avant de lui permettre de commencer son éducation de base.

* L'alphabétisation et l'enseignement originel (Mahadras)

□ L'alphabétisation

La Mauritanie était parmi les premiers pays de la sous-région à accorder une attention particulière à la lutte contre l'analphabétisme et à la valorisation de l'enseignement originel (Mahadras). Un département ministériel avait été ainsi créé en 1986 pour mettre en place une politique nationale en la matière.

L'EDSM a montré un taux d'analphabétisme de 32.9% chez les femmes contre 23.8% chez les hommes, ce qui traduit la nécessité de déployer d'avantages d'efforts de sensibilisation pour l'alphabétisation et l'éducation des parents.

□ L'enseignement originel

Cet enseignement, qui se pratique dans des écoles non formelles appelées Mahadras, a largement contribué à l'effort d'alphabétisation en Mauritanie. Le MCLAOIEO a réalisé en 2001 une enquête qui a permis de recenser 3098 Mahadras réparties en trois catégories suivant les disciplines enseignées dans ces établissements:

- **233 Mahadras généralisées ou « JAMI-AA »** qui font l'enseignement de toutes les disciplines (Coran, Fikh, Hadith, etc.) ;
- **865 Mahadras spécialisées ou « Moutakhassissa »** qui font, en plus du coran, l'enseignement d'une seule discipline ;
- **2000 Mahadras coraniques** où l'on enseigne exclusivement le coran.

La même enquête a montré que les effectifs des élèves sont estimés à 78 915 répartis en 42 614 filles et 36 301 garçons.

Ces chiffres traduisent clairement l'importance des Mahadras dans la lutte contre l'analphabétisme et le rôle prépondérant qu'elles occupent dans la préparation des jeunes enfants avant d'accéder à l'enseignement primaire.

Malheureusement, les statistiques disponibles ne permettent pas de connaître le nombre d'enfants de 0-8 ans qui fréquentent les Mahadras, ni leur répartition par âge, par sexe et par wilaya. La Mahadra constitue pour la famille mauritanienne le premier recours pour la pré-scolarisation et mieux encore elle reste fréquentée parallèlement à l'école moderne.

Une action doit être entreprise pour améliorer le cadre et la situation des Mahadras en matière d'hygiène tout en préservant leur caractère civilisationnel et leur spécificité.

* L'enseignement préscolaire formel

Les études menées sur les différentes formes de l'enseignement pré-scolaire ont toutes montré l'importance de celui-ci dans la préparation et l'accès à l'enseignement de base. L'enseignement pré-primaire favorise la socialisation du jeune enfant et le prépare à la lecture, à l'écriture et aux bonnes méthodes.

C'est pourquoi, une continuité pédagogique entre la dernière année des programmes de l'enseignement préscolaire et la première année de l'enseignement primaire devra être assurée.

En Mauritanie, l'effet conjugué de l'exode rural et de la nécessité de participation de la femme au marché de l'emploi, a créé un besoin de plus en plus pressant en structures de garde collective pour les jeunes enfants de 0 à 6 ans.

Cette tranche d'âge est estimée à 270 319 enfants selon les projections de l'ONS pour 2002 soit 10% environ de la population totale du pays dont 136 325 garçons (50.43%) et 133 994 filles (49.57%).

L'absence de données complètes et fiables sur le secteur de l'enseignement préscolaire formel rend difficile la connaissance avec exactitude de sa situation.

De nombreux problèmes existent encore au niveau des ressources humaines, matérielles et financières de ce secteur.

1) Les infrastructures :

Les infrastructures sont passées de 18 en 1996 à 243 structures en 2003, ce qui donne un coefficient multiplicateur d'environ 13.5 et confirme le pronostic d'une augmentation exponentielle dans le futur.

Tableau 6 : Répartition des structures de garde par wilaya et par type

En 2003, le nombre total des structures de garde est de 243 réparties par wilaya et par type comme suit :

WILAYA	TYPES DE STRUCTURES			
	JE PUBLICS	JE MUNICIPAUX	JE PRIVES	GARDERIES COMMUNAUTAIRES
HEC	0	0	2	0
HEG	0	0	1	0
ASSABA	1	0	3	9
GORGOL	1	0	0	12
BRAKNA	3	0	1	16
TRARZA	2	0	1	11
ADRAR	1	0	3	4
DAKHLET NDB	1	7	4	1
TAGANT	0	0	4	0
GUIDIMAKHA	0	0	2	0
T. ZEMMOUR	0	0	12	0
INCHIRI	0	0	2	0
NOUAKCHOTT	4	0	60	75
TOTAL	13	7	95	128

Source : DFE/SECF

Tableau 7 : Nombre d'enfants et de monitrices par type de structure de garde :

Catégorie	Nombre	Nombre d'élèves	Nombre de monitrices	Ratio (Enfants/Monitrice)
Jardins d'enfants publics	13	1045	43	24.3
Jardins d'enfants municipaux	7	1600	56	28.57
Jardins d'enfants privés	95	3664	200	18.32
Garderies communautaires	128	5747	252	22.8
TOTAL	243	12056	551	30.53

Source : Diagnostic du système éducatif – PNDSE et Analyse de situation du programme de développement UNICEF juin 2002.

Ce tableau montre que les structures d'accueil disponibles dans le pré-primaire formel couvrent environ 4.50% des besoins des enfants en âge de pré scolarisation. La contribution des différentes catégories de structures au taux de couverture préscolaire est de 0.4%, 0.6%, 1.40% et 2.6% respectivement pour les jardins d'enfants publics, les jardins d'enfants municipaux, les jardins privés et les garderies communautaires.

L'EDSM 2000/2001 donne un taux de couverture par l'enseignement préscolaire de 8.2% pour les enfants de 3 à 5 ans avec des extrêmes allant de 3.7% en milieu rural à 16.4% à Nouakchott. La différence entre le taux de couverture de 6.84% et celui de l'EDSM pourrait s'expliquer par la part de la Mahadra dans cet ordre d'enseignement préscolaire d'une part et par le fait que l'enquête avait porté sur les enfants de 3 à 5 ans fréquentant une garderie ou une école.

2) Le personnel des structures de garde

Il connaît un déficit très prononcé car depuis la fermeture de l'ENFACOS qui assurait la formation de cette catégorie de personnel aucun établissement national n'a pris la relève jusqu'à 2002, date d'ouverture du Centre de Formation de la Petite Enfance.

Ce dernier a permis de mettre en place les curricula de formation de base des monitrices et d'assurer la formation de deux promotions de monitrices de jardins d'enfants de 53 et 33 éléments respectivement pour les années scolaires 2003/2004 et 2004/2005. De plus, le centre a dispensé en 2005, des modules de formation dans différentes wilayas du pays : 45 personnes à Kankossa et 47 à Kiffa en Assaba, 40 à Tidjikja au Tagant et 16 autres sont encore en cours de formation à Maghtaa Lahjar au Brakna. Egalement, un programme de formation alternée couvrant 6 modules est en cours d'exécution au profit de 120 femmes venues des différentes Moughataas de Nouakchott.

3) les locaux et les équipements :

Si les jardins d'enfants publics disposent de locaux et du strict minimum d'équipements nécessaires pour leur fonctionnement, tel n'est pas le cas des jardins privés et des garderies communautaires dont les locaux sont vétustes et exigus et les équipements y manquent cruellement. De même les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires pour la santé des petits enfants ne s'y retrouvent pas toujours.

4) Le Budget :

Les ressources financières allouées à la petite enfance proviennent essentiellement du budget de l'Etat et des fonds d'appui de l'UNICEF. La Banque Mondiale soutient également les activités de développement de la PE à travers le PNDSE dont la mise en œuvre a déjà connu un début d'exécution. Les activités retenues portent sur :

- ✓ La réhabilitation des 67 garderies communautaires déjà existantes,
- ✓ La construction d'un centre national de formation, de 10 centres de ressources et de 73 nouvelles garderies communautaires,
- ✓ La formation de 13 éducatrices de la PE et de 317 éducatrices communautaires,
- ✓ L'élaboration de programmes d'éveil et l'acquisition des équipements pour les structures préscolaires, et
- ✓ La conception de matériel pédagogique.

Ce volet a connu une exécution assez satisfaisante en ce qui concerne les aspects de formation, d'acquisition du matériel et des équipements ainsi que l'élaboration des différentes études.

*** L'enseignement fondamental**

Depuis plus d'une décennie, le Gouvernement mauritanien a mis en place un ensemble de plans et de stratégies visant à atteindre l'objectif de scolariser tous les enfants. Les actions engagées dans ce sens avaient pour but d'élargir l'enseignement fondamental aux zones rurales et d'augmenter le taux de scolarisation des filles.

Le taux brut de scolarisation est passé de 46,8% en 1990/1991 à **103.7%** en 2003/2004. Le taux net de scolarisation disponible seulement depuis 1993/1994 est passé à **75.7%** en 2003/2004.

3.4. L'eau et l'assainissement

*** L'accès à l'eau**

En Mauritanie, les ressources en eau sont estimées à 6 milliards de m³ pour les eaux de surface et 50 milliards de m³ pour les grandes nappes (Trarza, Taoudenni, et vallée du fleuve). Le nombre d'ouvrages hydrauliques est estimé à 2 580. L'analyse de situation des Enfants et des Femmes de Mauritanie (2001) rapporte que les données de 2000 font état de l'aménagement de 2485 ouvrages hydrauliques répartis comme suit :

- Puits cimentés : 1082 (47%)
- Forages motorisés : 398 (23%)
- Ouvrages équipés de pompes manuelles : 615 (30%).

Les données du RGPH 2000 montrent que les taux de couverture en eau sont :

- Réseaux AEP : 15%
- Fontaines publiques : 25.7%
- Puits : 37.3%
- Rivières sources : 13%
- Autres : 9%.

L'EDSM, quant à elle, a montré que l'accès à l'approvisionnement en eau reste encore faible : 33.4% des mauritaniens ont accès à l'eau de robinet tandis que 16.9% s'approvisionnent à travers des puits protégés et 27% utilisent l'eau des puits non protégés. Les revendeurs d'eau approvisionnent encore 12% de la population.

*** L'assainissement**

Au moment où la couverture mondiale en moyens hygiéniques est passée de 51 à 61% au cours de la décennie, le taux d'accès à un assainissement adéquat reste encore faible en Mauritanie aussi bien dans le milieu urbain que le milieu rural.

Les statistiques de l'UNICEF relatives aux progrès accomplis dans ce domaine montrent que la Mauritanie fait partie de la région du monde dont le taux se situe vers 12%. L'EDSM a montré aussi que 52.6% des mauritaniens ne disposent pas de toilettes.

Le pourcentage d'accès à des latrines avec un système d'évacuation est de 4.6%. Par contre, 16% possèdent des latrines sans système d'évacuation et 25.3% disposent de fosses ou latrines rudimentaires.

Les latrines sont disponibles seulement dans 288 écoles sur toute l'étendue du territoire soit un taux de couverture de 8.8% au niveau de l'enseignement fondamental.

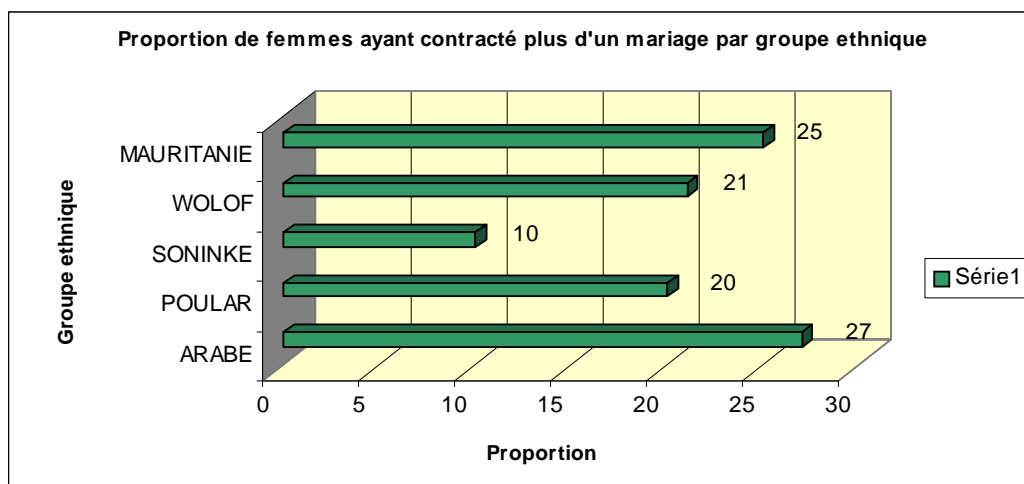
Ce ratio très bas montre les conditions déplorables en matière d'hygiène dans lesquelles se trouvent les enfants dans l'enseignement fondamental, ce qui se répercute négativement par des retombées néfastes sur le plan sanitaire.

3.5. Les enfants en situation difficiles

Sous ce vocable, on regroupe les enfants rendus fragiles par certains maux comme le handicap, la mendicité, le travail domestique ou par les phénomènes de divorce, du VIH/SIDA, de la toxicomanie ou de l'abandon par les parents. Les données disponibles ne permettent pas de connaître la situation exacte des enfants confrontés à ces problèmes ni l'ampleur du problème et même certains domaines restent encore peu documentés comme la situation des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA, les enfants abandonnés après leur naissance et ceux issus de parents toxicomanes.

* Les enfants et le divorce

Sur un autre plan le divorce constitue une cause non négligeable des problèmes du jeune enfant car la dislocation familiale a des répercussions tant physiques que psychologiques sur l'épanouissement de celui-ci. L'EDSM a révélé que les femmes divorcées représentent 82% de celles en rupture d'union. La proportion par groupe ethnique de femme ayant contracté plus d'un mariage est donnée par la figure 3 ci-contre:



Il apparaît clairement de cette enquête que le quart des femmes mauritaniennes a déjà contracté plus d'un mariage avec tout ce que cela suppose comme conséquence néfaste sur leurs jeunes enfants.

Les raisons principales du divorce et sur lesquelles on doit agir pour éviter les conséquences désastreuses de ce phénomène sont :

- la mésentente entre la femme et la famille de son mari : 20% ;
- le mariage sans le consentement de la femme : 16% ;
- le non respect du contrat du mariage (infidélité conjugale du mari) : 14%.

D'autre part, la même enquête a révélé que 55% des enfants vivent avec leurs parents biologiques et que ce taux n'est que de 27% pour ceux qui vivent avec leurs mères et seulement de 4 % pour les enfants gardés par leurs pères.

La répartition des enfants par état de survie des parents est comme suit :

- ❖ les enfants avec le père décédé : 3.4%
- ❖ les enfants avec la mère décédée : 1.1%
- ❖ les enfants avec les 2 parents décédés : 0.8%.

Les données de l'enquête ne donnent pas une répartition des enfants par tranche pour en déduire le nombre d'orphelins de 0 à 8 ans.

Actuellement, il existe au sein du SECF, un service chargé du traitement adéquat des litiges familiaux, ce qui permet de recouvrer la pension alimentaire des enfants

ne vivant pas avec leurs pères, de minimiser les violences et de limiter le tiraillement des enfants.

Mais du degré d'applicabilité du code du statut personnel dépendra grandement la solution des conséquences néfastes du divorce sur le jeune enfant.

* **Les enfants handicapés :**

Les données statistiques disponibles ne cernent pas la situation des personnes handicapées et encore moins celle des enfants handicapés en Mauritanie. Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 1988, les personnes handicapées représentent 1.5% de la population totale du pays (2508159 habitants). Le nombre de personnes handicapées est estimé par la même source à 37 622 personnes répartis en 19 262 femmes et 18 360 hommes. Les enfants handicapés représentent selon la même source 20% de cette population soit environ 7 500 enfants dont seulement 5% sont scolarisés.

L'enseignement préscolaire n'existait pas pour cette catégorie d'enfant jusqu'à un passé récent. Actuellement, un seul jardin d'enfants spécialisé a ouvert ses portes dans la Moughataa de Riadh à Nouakchott. Il accueille 14 enfants handicapés.

Le faible taux de scolarisation trouve son explication dans l'absence de structures adaptées et accessibles tant géographiquement que financièrement: Il existe seulement deux structures d'accueil pour les personnes handicapées, l'Institut National des Aveugles et le centre d'enseignement pour sourds.

Les deux établissements restent très peu fréquentés faute de conditions appropriées pour l'enseignement (déficit en enseignants, enclavement, manque de prise de conscience des parents de l'intérêt de l'éducation de leurs enfants handicapés, pauvreté des parents).

De plus les établissements scolaires (publics et privés) ne sont pas conçus ni équipés pour recevoir les enfants handicapés. Ainsi ces enfants souffrent de plusieurs problèmes comme la pauvreté, le rejet par la société, l'absence d'autonomie personnelle pour se prendre en charge et l'absence de structures éducatives adaptées ce qui les empêche d'avoir les mêmes chances que les autres conformément à l'esprit de la CDE.

* **Les enfants mendiants (Cas des Talibés)**

Les talibés sont des enfants placés par leurs parents chez un maître de coran. Parmi les activités extra éducatives auxquelles s'adonne l'apprenant figure le phénomène de mendicité en vue de ramener à son maître des moyens de subsistance. 92% de ces enfants vivent chez leurs maîtres selon l'étude réalisée en 2001 sur la situation des enfants Talibés mendiants en Mauritanie.

Les conditions de vie de ces enfants sont précaires notamment en ce qui concerne la santé et l'hygiène, la nutrition et le logement : L'étude a montré également que la mendicité est la seule source de nourriture pour ces enfants dans 95.7% des cas. Cette même proportion est retrouvée chez les enfants qui pratiquent la mendicité sur ordre de leurs maîtres. La situation familiale des parents contribue grandement à ce phénomène car la même source a révélé que le tiers des mendiants ont soit les parents séparés (27.8%) soit décédés (5.2%).

Ce phénomène a des conséquences graves sur l'avenir des enfants : Abandonnés à eux-mêmes, ils se livrent à la consommation du tabac et dans certains cas à celle de la drogue. L'objectif de base d'apprentissage du coran se trouve alors dévié et l'enfant devient ainsi sans repères et verse dans la délinquance totale. Cette frange de l'enfance connaît des problèmes sérieux de santé, de nutrition et d'éducation. Parmi les problèmes de santé explorés par l'enquête, on retrouve l'exposition au risque de paludisme car plus de 89% de ces enfants n'ont jamais dormi sous une moustiquaire.

* Les enfants et la toxicomanie

L'enquête menée en 2001/2002 par l'association « Enfant et Développement en Mauritanie » sur la toxicomanie des enfants et des adolescents à Nouakchott a montré que la tranche d'âge de 10 à 13 ans représente 5.6% des effectifs enquêtés. La tranche d'âge de 0 à 8 ans est encore épargnée par ce phénomène qui prend cependant de plus en plus de l'ampleur.

Les garçons sont les plus touchés par la toxicomanie selon la même source car ils représentent 94.4% de la population totale couverte par l'enquête.

Le phénomène de la toxicomanie touche plus les enfants des milieux défavorisés : 74.4% sont pris en charge par des mères vendeuses ou n'ayant pas d'activités lucratives. Egalement, la toxicomanie contribue largement à l'abandon scolaire.

Les principales raisons qui poussent les enfants vers la toxicomanie sont :

- ✓ « Avoir du courage » : 42.4%, ceci explique l'état d'esprit recherché par l'enfant pour affronter les interdits par la loi et les coutumes ;
- ✓ « Pour faire comme les autres » : 39.2%, Ce chiffre signe le degré de susceptibilité d'influence de l'enfant par son environnement

Cette étude montre à quel degré il est important d'assurer le développement de la prime enfance afin de lui éviter des dérapages qui auront par la suite des conséquences dramatiques sur le plan socio-sanitaire et éducatif. De plus, elle met en exerque l'intérêt de prendre en charge les enfants dont les parents s'adonnent à la toxicomanie.

* Les orphelins et autres enfants vulnérables dans le contexte du VIH/SIDA

La situation de cette catégorie d'enfants reste encore mal connue dans le pays. Mais dans le cadre de la dynamique mondiale de lutte contre le VIH/SIDA et suite aux recommandations des ateliers de Yamoussoukro et Dakar sur les OEV, la Mauritanie a mis en place un comité de pilotage du groupe de protection des OEV, qui regroupe les institutions gouvernementales, la société civile et les partenaires au Développement. C'est ainsi qu'une enquête avait été lancée en 2003 à Nouakchott afin de connaître la situation de ces enfants et de dégager des axes stratégiques pour une meilleure prise en charge de ceux-ci.

L'étude avait porté sur 201 enfants âgés de 1 à 18 ans et les enfants enquêtés étaient issus des 9 Moughataas de Nouakchott. La répartition par âge de l'échantillon a montré que 114 enfants avaient tout au plus 8 ans soit 56.7% de l'effectif total. La répartition par ethnie montre que plus des deux tiers de ces enfants étaient des arabes et environ le quart des Pulaar. En dépit du caractère limité de cette enquête, elle a dégagé que le phénomène d'enfants vulnérables risque de prendre de plus en plus de l'ampleur dans ce nouveau contexte. C'est ainsi que le comité de pilotage a mis en place un plan d'action visant à prendre en compte la problématique des OEV dans les actions de protection des enfants en Mauritanie notamment par la connaissance de la situation des OEV et le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la PEC de ceux-ci..

4. PROBLEMES PRIORITAIRES DE LA PE

A l'issue de l'analyse de situation ci-dessus, les problèmes suivants se dégagent et méritent une attention particulière dans cette politique nationale de développement de la PE afin de leur trouver les solutions adéquates. Il s'agit de :

◆ En matière de santé

- ❖ La faible accessibilité géographique et financière des structures sanitaires et le manque d'équipements adéquats et de personnel qualifié dans les zones rurales, notamment en ce qui concerne la santé maternelle et infantile ;
- ❖ L'insuffisance de la couverture vaccinale dans les zones rurales enclavées ;
- ❖ La limite du contrôle de la qualité des médicaments, malgré la création d'un laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques ;
- ❖ L'absence d'une politique nationale décentralisée en matière d'EPS qui fait propager les messages adéquats à toutes les cibles ;
- ❖ L'absence d'un cadre national de recherche opérationnelle et fondamentale sur tous les aspects touchant la petite enfance ;
- ❖ La tendance de la progression de la pandémie du SIDA et les risques qu'elle constitue pour cette frange de la population notamment les orphelins et les enfants vulnérables ;
- ❖ L'insuffisance de la prise en charge intégrée des maladies du jeune enfant dans les formations sanitaires
- ❖ La grande infestation parasitaire des enfants et l'absence de programmes de déparasitage systématique ;
- ❖ L'insuffisance de la prévention du paludisme ;

◆ En matière de nutrition

- La faible couverture du pays par les CNC, les CREN et les cantines scolaires;
- La prise en charge des cas de malnutrition n'est pas faite de manière adéquate ;
- L'éducation parentale en matière de nutrition et de sevrage
- Le manque de personnel spécialisé dans le domaine de la nutrition dans les structures existantes ;
- La sécurité alimentaire n'est pas assurée pour les groupes vulnérables ;
- La faiblesse des moyens financiers et matériels dont disposent les coopératives féminines opérant dans le domaine de la production alimentaire,
- Les habitudes alimentaires et culinaires qui favorisent la quantité au détriment de la qualité (absence de la promotion des produits locaux riches en iode, fer et vitamine A...etc..

◆ En matière d'éducation

- ✓ Le manque d'infrastructures scolaires mais surtout préscolaires face à la demande actuelle ;
- ✓ L'absence quasi totale des aires de jeux pour les enfants ;
- ✓ Le manque de formation de la majorité du personnel de l'enseignement préscolaire et d'une partie de l'enseignement de base ;
- ✓ La faible disponibilité des équipements dans les structures ;
- ✓ L'absence de programmes bien adaptés à chaque niveau ;
- ✓ L'absence quasi-totale d'infrastructures, d'équipements et de programmes adaptés pour les enfants handicapés ;
- ✓ Le manque d'activités récréatives, sportives, musicales et artistiques dans la majeure partie des écoles ;
- ✓ L'absence d'infirmeries scolaires ;
- ✓ L'absence de curricula cohérents et d'activités d'éveil dans les Mahadras ;
- ✓ L'absence de la vulgarisation de la loi rendant l'enseignement obligatoire et du décret réorganisant la carte scolaire ;
- ✓ L'inexistence de cadre législatif et réglementaire de l'enseignement préscolaire
- ✓ L'insuffisance d'éducation et de sensibilisation des APE.
- ✓ L'inexistence de modules de formation en matière d'éducation parentale ;

- ✓ L'absence de guides d'éducation parentale ;
- ✓ Le manque de synergie entre l'enseignement préscolaire et scolaire ;
- ✓ Le manque de contribution des communes dans le développement de l'enseignement préscolaire ;
- ✓ Le manque de suivi des activités de l'enseignement préscolaire ;
- ✓ L'insuffisance du budget alloué au développement de l'enseignement préscolaire

◆ En matière d'eau et d'assainissement

- La faible couverture en sources d'approvisionnements en eau dans les écoles, les formations sanitaires et les structures préscolaires ;
- L'absence de normes dans le domaine ;
- L'absence de la contribution des communes dans ces domaines ;
- Absence de programmes de sensibilisation pour la protection des enfants contre les noyades et les méfaits des eaux stagnantes ;
- Le manque de latrines dans les structures sanitaires, préscolaires et scolaires;
- L'absence de réseaux d'assainissement dans les communes mais surtout les écoles et les structures préscolaires.

◆ En matière de protection

- L'absence du cadre législatif et réglementaire des structures d'accueil et de formation du personnel de celles-ci ;
- Le manque d'harmonie de la législation nationale avec la CDE et les traités et conventions ratifiés par la Mauritanie ;
- L'absence d'une législation nationale sur les enfants en situations difficiles notamment les enfants handicapés, les enfants dont les parents sont divorcés,
- L'absence d'une politique nationale de promotion des personnes handicapées ;
- Le manque de coordination entre les différentes structures intervenant dans le domaine des handicapés ;
- Le manque de structures d'accueil et d'encadrement pour les enfants handicapés ;
- Le manque d'enregistrement des naissances notamment en milieu rural ;
- L'absence de données sur le travail des enfants ;
- L'absence de programme de sensibilisation et de civisme pour la protection des enfants contre les noyades et les méfaits des eaux stagnantes ;
- Le manque d'un cadre acceptable en matière d'hygiène et d'assainissement des Mahadras ;
- Le manque d'encadrement des aspects structurel et opérationnel des Mahadras afin d'éviter que les apprenants ne se transforment en mendiants ;
- La précarité des enfants talibés ;
- L'absence de système de prise en charge de l'enfant toxicomane ;
- L'insuffisance de structure spécialisée pour l'accueil des enfants handicapés ;
- L'absence de la prise en compte du problème des enfants naturels et des filles mères dans les problèmes des enfants;
- L'absence d'une caisse ou de structure pour la prise en charge de la pension alimentaire en cas de défaillance du mari ;



*POLITIQUE NATIONALE
DE DEVELOPPEMENT DE
LA PETITE ENFANCE*

IV. LA POLITIQUE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Les reformes mises en œuvre par la Mauritanie ont permis de relancer la croissance économique ce qui s'est traduit positivement par une hausse des indicateurs sociaux. Mais l'impact limité des résultats obtenus a conduit le gouvernement à mettre en place un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté pour la période 2001 – 2004 dont les axes fondamentaux sont :

- ◆ L'accélération de la croissance économique tout en améliorant la compétitivité de l'économie et en réduisant sa forte dépendance des facteurs exogènes ;
- ◆ La valorisation du potentiel de croissance et de productivité des pauvres (programmes d'investissement publics) ;
- ◆ Le développement des ressources humaines et l'accès aux infrastructures de base ;
- ◆ La promotion d'un développement institutionnel adéquat (bonne gouvernance et participation de tous les acteurs dans la lutte contre la pauvreté).

L'action du CSLP est actuellement renforcée par :

- 1) des programmes sectoriels dont l'impact sur le développement de la PE est déterminant, c'est le cas du PDSAS, du PNDSE, de la SNPF et de la PNF
- 2) le processus de régionalisation du CSLP.

L'existence actuellement de tous ces programmes constitue autant d'opportunités à saisir pour mettre en œuvre la politique de développement de la petite enfance.

1. PRESENTATION DU PROCESSUS D'ELABORATION DE LA PNDPE

Depuis plus de dix ans la Mauritanie a signé la convention relative aux droits de l'enfant, ce qui témoigne de l'intérêt accordé à l'enfant par les autorités du pays. Depuis lors certaines étapes ont été franchies dans le sens de la mise en place d'un cadre national pour le développement de l'enfance en général et la petite enfance en particulier.

Deux grandes étapes peuvent être distinguées dans le processus de formulation de la politique:

1) Démarche nationale pour l'élaboration d'une PNDPE

- ✓ La réalisation d'une série d'études sur l'encadrement et les modes de garde du jeune enfant (Analyse de situation des jardins d'enfants publics et privés, étude sur les modes de garde traditionnels des enfants, étude sur le référentiel professionnel des monitrices des jardins d'enfants, étude sur l'introduction des activités d'éveil au niveau des Mahadras (Ecoles coraniques traditionnelles)
- ✓ La mise en place d'un comité intersectoriel qui regroupe tous les départements ministériels concernés par le développement de la petite enfance, la société civile et les partenaires au développement
- ✓ L'élaboration d'une stratégie nationale Petite enfance par le SECF ;
- ✓ L'initiation de l'élaboration de la politique de développement de la petite enfance par le recrutement d'un consultant national,
- ✓ L'organisation d'ateliers nationaux et régionaux de concertation sur le développement intégral du jeune enfant en vue d'enrichir les projets de la politique.

2) L'engagement du pays dans un processus sous - régional

Pour rendre plus efficace sa démarche, le pays s'est engagé depuis fin 2001 dans un processus sous-régional:

- ☞ Participation à la réunion du groupe de travail de l'ADEA sur le développement de la petite enfance tenue en décembre 2001 en Hollande,
- ☞ L'appui de l'équipe nationale de la DFE pendant deux semaines par une consultante internationale spécialiste de la petite enfance pour mettre en place une méthodologie permettant de mener à bien le processus de consultations et de concertation sur l'approche intégrée de développement du jeune enfant en Mauritanie,
- ☞ Le recrutement d'un deuxième consultant national chargé de la rédaction du projet de politique de développement de la petite enfance
- ☞ La participation de l'équipe chargée de la planification du processus d'élaboration de la PNDPE aux différentes rencontres sous – régionales et régionale sur le développement de la petite enfance et à la rencontre d'Asmara sur le DPE.

1. GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE

La politique nationale de développement de la petite enfance s'inscrit dans le cadre de la politique globale de développement national et s'imbrique parfaitement avec les différentes stratégies sous-sectorielles.

L'objectif global de cette politique est de «permettre au jeune enfant un bon départ dans la vie, ce qui permettra à celui-ci, d'être en bonne santé, d'acquérir un savoir et d'avoir un accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable dans la paix, la stabilité et la protection requise».

C'est ainsi que le recul du phénomène de la pauvreté constitue un facteur fondamental pour une amélioration durable des conditions de la petite enfance puisque les jeunes enfants auront plus facilement accès à la santé, à la nutrition, à l'éducation sous toutes ses formes, à l'eau et aux autres services sociaux de base et recouvreront ainsi plus de ses droits fondamentaux.

L'aptitude et le degré de développement des jeunes enfants restent intimement liés au niveau d'accès à ses services. Cette politique vise donc à constituer le cadre référentiel de coordination entre tous les acteurs concernés par le développement de la petite enfance en Mauritanie à travers les orientations suivantes :

- La création d'une vision consensuelle entre tous les partenaires sur le développement intégral du jeune enfant ;
- L'ancrage d'une culture de large partenariat en faveur du jeune enfant qui implique simultanément les secteurs public et privé, la société civile, les communautés de base, les familles et les bailleurs de fonds,
- L'orientation des efforts de développement vers les enfants les plus nécessiteux notamment les enfants handicapés, les enfants sans encadrement parental,
- L'appropriation de la politique PE par le pays et l'harmonisation de ses programmes avec les différentes stratégies sous - sectorielles de développement ;
- La mobilisation des ressources nécessaires pour l'atteinte des objectifs de la politique,

3. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PNDPE

La protection des droits de l'enfant constitue actuellement l'une des priorités du Gouvernement mauritanien. Les textes promulgués jusqu'ici interdisent la discrimination entre les enfants et la tendance est à l'harmonisation de ceux-ci avec l'esprit de la CDE.

Forte de l'arsenal juridique mis en place par le Gouvernement, la PNDPE reposera sur neuf principes de base intimement liés:

- (i) L'indivisibilité des droits de l'enfant ;
- (ii) La non discrimination entre les enfants dans les programmes qui seront mis en œuvre ;
- (iii) La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les actions qui seront menées;
- (iv) La reconnaissance et le renforcement des rôles privilégiés de la famille et de la communauté dans le développement du jeune enfant ;
- (v) Le développement des actions en faveur des filles et des femmes comme facteurs favorisant le développement de la prime enfance ;
- (vi) L'ancrage des interventions retenues dans les spécificités culturelles mauritaniennes ;
- (vii) La qualité des services offerts doit être favorisée au même titre que leur quantité ;
- (viii) L'harmonisation des programmes de la PNDPE avec les politiques et stratégies nationales et la prise en compte de la PNDPE dans les programmes sectoriels;
- (ix) La promotion d'un partenariat multi-acteurs et inter-sectoriels.

(i) L'indivisibilité des droits de l'enfant :

Les droits des jeunes enfants sont égaux et doivent être considérés comme un tout, ce qui signifie que toutes les législations visant la protection du jeune doivent prendre en considération cet élément.

(ii) La non discrimination entre les enfants dans les programmes qui seront mis en œuvre :

La politique nationale de développement de la petite enfance oeuvrera dans le sens de réduire les inégalités de toutes sortes entre les jeunes enfants en vue de permettre à toute la population de la tranche d'âge de 0 à 8 ans un bon départ dans la vie.

(iii) La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les actions qui seront menées:

Le Gouvernement mauritanien, conscient du fait que l'enfant d'aujourd'hui est le citoyen de demain et que la préparation du citoyen passe nécessairement par la bonne prise en charge du jeune enfant, a mis celui-ci au cœur de toutes les stratégies de développement. La PNDPE viendra renforcer cette orientation en créant une vision d'un développement intégral qui prend en compte les besoins évolutifs de la petite enfance en fonction de ses différents stades de développement;

(iv) La reconnaissance et le renforcement des rôles privilégiés de la famille et de la communauté dans le développement du jeune enfant:

En dépit des mutations inhérentes au phénomène de la sécheresse, de l'exode rural et de l'urbanisation rapide, la famille et la communauté mauritaniennes gardent encore un tissu traditionnel dense. L'enfant y reste un être cher qui bénéficie de l'affection et des sacrifices utiles pour son bien être et son épanouissement. Cette situation constitue présentement un atout et une opportunité à saisir pour renforcer leurs rôles de premiers prestataires de soins et d'éducateurs du jeune enfant;

(v) Le développement des actions en faveur des filles et des femmes comme facteurs favorisant le développement de la prime enfance

La relation entre le niveau socioculturel et économique des parents de l'enfant notamment sa mère et son degré de développement n'est plus à démontrer. Pour cela, la promotion de la jeune enfance resterait un vain travail si des actions, visant simultanément la lutte contre la pauvreté et le développement des filles et des femmes, ne sont pas de mise. Ainsi la PNDPE, mettra donc l'accent sur le soutien des familles pauvres et notamment des femmes afin de faciliter le développement de leurs jeunes enfants.

(vi) L'ancrage des interventions retenues dans les spécificités culturelles mauritaniennes :

Le développement de la prime enfance demande l'adhésion complète de tous les acteurs. A cet effet, il doit s'inscrire dans la droite ligne des spécificités culturelles de notre pays. La PNDPE sera le cadre idéal pour enraciner nos enfants dans la culture de leur pays et en faire des citoyens de demain porteurs de valeurs et de cultures mauritaniennes.

(vii) La qualité des services offerts doit être favorisée au même titre que leur quantité

L'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, nutrition, eau et assainissement) constitue un facteur fondamental pour tout développement. Mais un tel accès ne saurait donner le résultat escompté si la qualité des services n'est pas assurée. A cette fin, la politique de développement de la petite enfance œuvrera pour des services sociaux de base de proximité mais surtout de qualité au profit du jeune enfant.

(viii) L'harmonisation des programmes de la PNDPE avec les politiques et stratégies nationales

Le développement de la prime enfance suivant une approche intégrée n'est pas un programme nouveau mais plutôt une vision globale et fédératrice des efforts menés dans ce sens. Pour cela, la PNDPE vibrera au même diapason que toutes les stratégies et politiques nationales de développement, ce qui capitalisera cette synergie en résultats palpables.

(ix) La promotion d'un partenariat multi-acteurs et inter-sectoriels

La mise en œuvre de la politique de développement du jeune enfant mauritanien sera d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur un large consensus et un partenariat multi-sectoriel et pluri-intervenants.

Pour cela, la PNDPE mettra en place des structures de gestion, de coordination et d'exécution pour mieux répondre au caractère multi - dimensionnel du développement de la petite enfance. Ces instances permettront une gestion saine, démocratique et transparente des programmes de la politique.

4. LES COMPOSANTES DE LA PNDPE

Le cadre d'orientations stratégiques, qui sous-tendent la politique de développement de la petite enfance, s'articule autour des axes suivants :

- **LE PLAIDOYER ET LA MOBILISATION SOCIALE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE**
- **LE CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE DE PROTECTION DE LA PETITE ENFANCE,**

- ❑ **L'ACCES TANT EN QUANTITE QU'EN QUALITE AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE (SANTE, NUTRITION, EDUCATION, EAU ET ASSAINISSEMENT NOTAMMENT),**
- ❑ **LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES,**
- ❑ **LA GESTION, LA COORDINATION ET LE SUIVI / EVALUATION LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNDPE**

Ces axes constituent les grandes lignes d'orientation en matière de protection et de développement de la petite enfance et déterminent les domaines d'actions prioritaires. En terme de programmation, les activités retenues seront exécutées suivant trois périodes distinctes : le court terme (2004 à 2007), le moyen terme (2008 à 2011) et le long terme (2012 à 2015).

Les objectifs spécifiques et les stratégies correspondantes sont généralement présentés par tranche d'âge (0-3 ans, 3-6 ans et 6-8 ans). Cependant celles pouvant être mises en œuvre pour toutes les tranches d'âge seront regroupées.

COMPOSANTE 1 : LE PLAIDOYER ET LA MOBILISATION SOCIALE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

1. Objectifs stratégiques

- Assurer une action de sensibilisation à tous les niveaux sur l'approche intégrée de développement de la prime enfance et la nécessité de l'implication de tous dans ce processus depuis l'élaboration jusqu'à l'évaluation des actions mises en œuvre en passant par l'exécution des activités ;
- Mettre en œuvre un plan de communication visant d'une part à informer les décideurs, la société civile, le secteur privé, les organisations communautaires de base et les partenaires au développement sur l'intérêt d'une action concertée et consensuelle de tous pour la promotion des jeunes enfants, et d'accompagner la mise en œuvre de la politique d'autre part.

2. Stratégies prioritaires

Dans le cadre de la recherche d'un partenariat aussi large que possible, le cadre de développement de la petite enfance accorde une place de choix à l'information et à la sensibilisation sur toutes les questions ayant trait à la promotion holistique du jeune enfant.

Ainsi les stratégies prioritaires sont :

- ❖ Le plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires pour la mobilisation des fonds nécessaires pour la mise en œuvre de la PNDPE ;
- ❖ L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de communication de la PNDPE ;
- ❖ La sensibilisation des familles, des communautés, des leaders d'opinion et des élus.

COMPOSANTE 2 : LE CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE DE PROTECTION DE LA PE

1. Objectifs stratégiques

Le bien être des jeunes enfants dépend en grande partie du degré de protection de ceux-ci, lequel est intimement lié à la qualité et à l'applicabilité de la législation en vigueur.

Ainsi, la PNDPE vise la mise en place des textes législatifs et réglementaires qui assurent la garantie de tous les droits de l'enfant.

Le Gouvernement œuvrera à vulgariser et faire appliquer la législation actuellement disponible pour permettre une plus grande garantie des droits des enfants notamment la constitution, le code statut personnel, le code de travail, le code de la sécurité sociale etc.

Les objectifs globaux dans ce domaine sont :

- ❖ Vulgarisation la législation de protection des enfants et des femmes ;
- ❖ Réviser et renforcer la législation nationale notamment en ce qui concerne les aspects non encore couverts par des textes réglementaires ;
- ❖ La mobilisation des ressources nécessaires pour le suivi de l'application de la législation nationale visant la protection des jeunes enfants

Pour ce qui est des objectifs spécifiques, le Gouvernement s'engage pour :

a) POUR TOUTES LES TRANCHES D'AGE, à

- * Créer des centres d'accueil communautaire pour la PEC des problèmes des enfants vulnérables (enfants handicapés, avec troubles de comportement...etc);
- * Mettre en place une structure de suivi de l'application de la législation en vigueur et d'identification des nouveaux besoins en matière de droits ;
- * Créer le cadre réglementaire de partenariat avec le secteur privé, la société civile et les partenaires au développement ;
- * Améliorer le taux de scolarisation des enfants handicapés,

b) LA TRANCHE D'AGE DE 0-3 ANS, à :

- Assurer l'enregistrement des naissances dans toutes les communes ;
- Créer le cadre législatif d'interdiction des pratiques néfastes chez la petite fille;

c) LA TRANCHE D'AGE DE 3-6 ANS, à :

- * Mettre en place le cadre législatif et réglementaire de l'enseignement préscolaire ;

d) LA TRANCHE D'AGE DE 6 – 8 ANS, à :

- ✓ Elaborer et faire adopter les textes d'application de la loi rendant l'enseignement de base obligatoire.

2. Stratégies prioritaires

En dépit de l'existence d'une législation en vigueur dans bon nombre de domaines, les enfants vivent encore des difficultés.

A cet effet, le Gouvernement envisage, à travers la politique de développement de la petite enfance, de mettre en chantier des stratégies allant dans le sens de la protection de cette frange encore fragile de la population.

Les stratégies prioritaires inscrites dans ce sens concernent toutes les tranches d'âge et porteront sur :

- ◆ la vulgarisation des textes existants,
- ◆ la révision périodique de ceux-ci en vue de les rendre conformes aux besoins nouveaux,

- ◆ la création de nouveaux textes dans les domaines où le besoin se fait sentir notamment la mise en place des textes interdisant les pratiques néfastes chez la petite fille
- ◆ la promotion et la vulgarisation de l'enseignement des droits des enfants et des femmes.

COMPOSANTE 3 : L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE

La condition sine qua non du développement intégral de la prime enfance est la mise à disposition de cette frange de services sociaux de qualité et en quantité suffisante notamment en matière de santé, d'éducation préscolaire et primaire, de nutrition, d'eau et d'assainissement et de protection spéciale.

L'accès des jeunes enfants à ces services essentiels constitue en soi un défi au regard de certains indicateurs qui demeurent encore faibles.

➤ **EN MATIERE DE SANTE**

1. Objectifs stratégiques

En matière de santé, les services offerts doivent prendre en considération aussi bien les besoins de la femme enceinte, de la femme allaitante que ceux du jeune enfant pendant tous les stades de son évolution.

Ainsi la politique se fixe pour objectif, dans ce domaine, l'amélioration des prestations sanitaires en vue de permettre une prise en charge intégrée des toutes les maladies du jeune enfant et de sa mère aussi bien pendant la grossesse qu'après la naissance de celui-ci.

Les objectifs globaux dans le domaine de la santé seront alors de:

- Améliorer la couverture vaccinale ;
- Intégrer la vaccination contre l'hémophilus influenzae dans le PEV de routine ;
- Renforcer la lutte contre les IST/VIH/SIDA, les maladies diarrhéiques, les IRA et le paludisme ;
- Assurer la prise en charge complète et intégrée de la femme enceinte ;
- Améliorer l'accessibilité à l'accouchement de qualité ;
- Exécuter au niveau régional un paquet d'activités standard en matière d'éducation pour la santé pour toucher le maximum de leurs cibles ;
- Capitaliser l'effort de la société civile dans le domaine de la santé (mutuelles / forfait obstétrical / PEC des indigents...)
- Améliorer la couverture vaccinale en particulier dans les zones rurales et enclavées ;
- Améliorer le contrôle de qualité des médicaments (toute origine confondue) ;
- Assurer de manière complète la disponibilité et la sécurité transfusionnelle ;
- Mener une campagne de sensibilisation pour l'obtention d'une banque de sang ;
- Améliorer l'hygiène et l'assainissement en milieu public, scolaire et préscolaire ;
- Réduire de 100% les risques de transmission de VIH, liés aux instruments / outils des soins bucco-dentaires (Pour les enfants de 6 à 8 ans) ;
- Améliorer la couverture sanitaire notamment en milieu rural ;
- Capitaliser l'effort de la société civile dans le domaine de la santé notamment les mutuelles, le forfait obstétrical et la prise en charge des indigents ;
- Améliorer l'accessibilité à l'accouchement assisté.

En terme d'objectifs spécifiques, le Gouvernement s'attellera d'ici 2015 à atteindre les objectifs ci-après:

➤ **POUR LA FEMME ENCEINTE, de :**

- Réduire de 35%, d'ici 2007, par rapport au taux observé en 2003, le taux de mortalité et de morbidité maternelle attribuable au paludisme, aux hémorragies, aux infections puerpérales et aux dystocies. Ainsi, les différents programmes mis en œuvre doivent se fixer comme objectifs spécifiques de:
 - Réduire d'au moins 70% la morbidité palustre chez la femme enceinte d'ici 2006;
 - Porter d'ici 2007, le taux d'accouchements assistés de 35% à 70% ;
 - Atteindre une couverture de 75% contre le tétanos chez les femmes en âge de procréer d'ici 2007;
 - Rendre disponible dans 100% des HR des SOUC et dans 100% des CS des SOUB d'ici 2007
- Réduire de 75% l'incidence des IST afin de limiter la propagation du SIDA d'ici 2007;
- Réduire de 60% la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2007;
- Offrir des soins à 100% des personnes vivant avec le VIH, d'ici 2007;
- Assurer la sécurité à 100% des poches de sang destinées à la transfusion d'ici 2007

➤ **POUR LES ENFANTS DE 0 A 6 ANS, de :**

- Atteindre une couverture vaccinale complète pour le tétanos, la diphtérie, la tuberculose, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole d'ici 2008;
- Atteindre une couverture vaccinale de 50% contre l'hépatite B (pour la troisième dose) chez les enfants,
- Réduire de 100%, par rapport au taux observé en 2003, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile dus au paludisme, aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës d'ici 2015. Les stratégies retenues ont pour objectifs de :
 - Assurer la prise en charge correcte de 90% des cas de paludisme chez le jeune enfant dans les structures sanitaires d'ici fin 2006;
 - Assurer la prise en charge correcte de 75% des cas de diarrhées et des infections respiratoires aiguës chez le jeune enfant d'ici 2007;

➤ **POUR LES ENFANTS DE 6 A 8 ANS, de :**

- Réduire l'incidence des caries dentaires de 50% chez les enfants de 6 à 12 ans d'ici 2008,
- Assurer le déparasitage de 100% des élèves du primaire une fois par an ;
- Réduire de 100% les risques de transmission du VIH par les instruments souillés et les soins bucco-dentaires.

2. Stratégies prioritaires

Pour atteindre les objectifs fixés par la PNDPE dans le domaine de la santé, le Gouvernement mettra en œuvre ou renforcera l'action d'un certain nombre de programmes de développement qui répondent aux problèmes de sanitaires de la femme et du jeune enfant. Ainsi, la mise en œuvre des stratégies suivantes permettra de résoudre les problèmes prioritaires :

1) POUR TOUTES LES TRANCHES

- a) L'amélioration de la couverture sanitaire notamment au niveau rural par la construction, l'équipement, la mise aux normes et la formation continue du personnel ;
- b) La mise en place de la gratuité des soins pour les enfants vulnérables et leurs familles ;
- c) La poursuite de la politique de déconcentration et son renforcement pour atteindre le niveau décentralisé de la wilaya,
- d) L'introduction de la planification et du monitoring au niveau régional, départemental et communal,
- e) La réalisation d'études de faisabilité et d'expériences pilotes sur les mutuelles de santé, sur le forfait obstétrical et la PEC des indigents dans les deux Hodhs ;
- f) La mise en place d'un système de contrôle et de bonne gestion des fonds de solidarité générés par les mutuelles, par le forfait obstétrical et par le projet pilote de la prise en charge des indigents ;
- g) L'amélioration du contrôle de la qualité des médicaments ;
- h) La sécurisation totale des soins bucco-dentaires contre tout risque de transmission du VIH/SIDA.

2) POUR LA FEMME ENCEINTE ET L'ENFANT DE 0 A 3 ANS :

a) La définition d'un paquet d'activités pour la prise en charge intégrée des maladies de la femme enceinte, de la femme allaitante et du jeune enfant à travers les programmes de la PECIME, du PNLN, du PNLNLS, du PNLTL, du PEV, du PNSR, du PNSBD, du PNSM, du programme national d'EPS, etc.

➤ EN MATIERE DE NUTRITION,

1. Objectifs stratégiques :

Dans ce domaine, les efforts qui seront déployés dans le cadre de la PNDPE porteront sur le soutien des actions visant la promotion d'une alimentation équilibrée, la lutte contre toutes les formes de malnutrition et les affections qui en résultent.

Les objectifs globaux dans ce sens sont :

- Réduire la morbidité liée à la carence en micro – nutriments ;
- Améliorer la couverture par les CREN, les CAC et les CNC ;
- Assurer pour les populations pauvres un approvisionnement régulier et accessible financièrement en produits alimentaires ;
- Apporter un appui technique et économique aux femmes travaillant dans le domaine de la production alimentaire ;
- Eduquer les populations sur la diversification des aliments ;
- Faire un inventaire des produits locaux riches en fer, vitamine A et en iode en vue d'assurer la promotion de leur utilisation

En matière de nutrition, les objectifs spécifiques par tranche d'âge sont:

⇒ **POUR TOUTES LES TRANCHES D'AGE**

- ❖ Renforcer les mesures de contrôle systématique des produits alimentaires notamment ceux destinés aux enfants et aux femmes enceintes;

⇒ **LA FEMME ENCEINTE ET L'ENFANT DE 0 – 6 ANS :**

- ◇ Réduire de 60% le taux de prévalence de l'hypovitaminose A et des affections qui en résultent comme la cécité d'ici 2008;
- ◇ Réduire de 60% d'ici 2006 la prévalence de l'anémie ferriprive chez la femme enceinte,
- ◇ Réduire de 50% le taux de prévalence des TDCI chez les femmes d'ici 2008;
- ◇ Assurer la promotion de l'allaitement maternel, des farines de compléments et de l'utilisation des micro nutriments;
- ◇ Former le personnel sanitaire de 50% des structures sanitaires du pays en matière de nutrition du couple mère-enfant ;
- ◇ Réaliser une enquête nationale sur la prévalence des carences en fer chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer ;
- ◇ Mettre à la disposition de 100% des structures sanitaires les équipements nécessaires pour le dépistage et le suivi de l'état nutritionnel du couple mère – enfant ;
- ◇ Mettre en place une base de données exhaustive sur la situation nutritionnelle du jeune enfant et de sa mère ;
- ◇ Construire et équiper des CNC, des CAC et des CREN dans 75% des communes d'ici 2008.

⇒ **L'ENFANT DE 6 – 8 ANS**

- ◇ Doter 100% des écoles, des Mahadras et Instituts Islamiques de cantines;
- ◇ Organiser des campagnes nationales de déparasitage et d'administration de la vitamine A chez les enfants ;

2. Stratégies prioritaires

Actuellement, le développement d'actions visant l'amélioration de la couverture par les CAC, CNC et les CREN, la promotion de l'allaitement maternel, la consommation des produits alimentaires locaux, l'extension des CREN et des CNC, l'usage des suppléments et la formation de personnel spécialisé constitue les grandes priorités pour une meilleure prise en charge de l'état nutritionnel des jeunes enfants. De plus, la promotion de l'éducation parentale doit être assurée pour une meilleure prise en charge des problèmes de nutrition de la famille pour améliorer le développement de l'enfant à travers la stimulation psychosociale.

Dans ce sens, le Gouvernement s'engage à mettre en exécution les actions prioritaires suivantes par tranche d'âge pour les 5 prochaines années :

⇒ **POUR TOUS LES TRANCHES D'AGE**

- La formation dans le domaine de la nutrition du personnel médical et paramédical et son affectation dans les formations sanitaires ;
- L'élaboration de la législation nationale dans le domaine de la nutrition ;
- L'augmentation des unités de production du sel iodé ;
- L'appui des coopératives féminines travaillant dans le domaine de la production alimentaire (maraîchage, pêche, élevage, arboriculture etc.) ;
- La promotion de l'éducation parentale pour une meilleure prise en charge des problèmes de nutrition de la famille ;
- La mise e œuvre de la politique nationale de développement de la nutrition ;

⇒ **LA FEMME ENCEINTE ET L'ENFANT DE 0 – 3 ANS**

- La promotion de l'allaitement maternel précoce et exclusif et de l'usage des farines de sevrage et des compléments
- La sensibilisation sur les produits locaux riches en suppléments nutritifs;
- La création de cantines préscolaires et scolaires

⇒ **L'ENFANT DE 3 – 8 ANS**

- L'approvisionnement régulier des CAC, CREN, CNC et des structures préscolaires et scolaires, en produits alimentaires nécessaires pour la préparation des repas pour les enfants,
- La construction et/ou la réhabilitation et l'équipement des CAC, CNC et des CREN en matériel de dépistage et de suivi du statut nutritionnel des jeunes enfants et de leurs mamans ;

➤ **EN MATIERE D'ALPHABETISATION ET D'EDUCATION**

1. Objectifs stratégiques

L'analyse de situation du système éducatif mauritanien montre que le chemin à parcourir sur la voie de l'amélioration de l'accès et des conditions de l'enseignement préscolaire et primaire et de la disparition des inégalités entre les sexes et les régions, est encore long.

C'est pourquoi, la PNDPE mettra en œuvre des actions pour corriger ces insuffisances en vue d'assurer un enseignement de qualité.

Le développement de l'enseignement préscolaire – formel et informel – constitue actuellement une priorité face à la forte demande d'ouverture de structures de garde dictée par :

- 1) la nécessité de mieux préparer les jeunes enfants pour l'enseignement fondamental et permettre ainsi d'améliorer sa qualité
- 2) le besoin de plus en plus pressant de libérer les mamans pour le marché de travail sous la double influence de l'exode rural et de l'urbanisation.

De plus, ces actions permettront d'établir des passerelles entre l'enseignement préscolaire- formel et informel- et l'enseignement fondamental, ce qui se traduira par des résultats meilleurs au niveau de l'éducation primaire grâce à la préparation qu'offriront la maternelle et la Mahadra.

Au niveau de l'enseignement primaire, les actions prévues mettront l'accent sur l'amélioration de la qualité de celui-ci, la création d'un environnement meilleur pour les études par l'affectation, la formation et la motivation des instituteurs, l'équipement des salles de classe, une plus grande implication des parents dans la vie scolaire, l'introduction de nouvelles approches comme le concept d'écoles propres, saines et vertes et la disponibilisation de l'eau et des latrines.

Les Mahadras bénéficieront aussi d'un soutien qui leur permettra de bien cerner la mesure d'introduction des activités d'éveil dans ces structures et d'assurer les activités d'alphabétisation des femmes.

Les objectifs globaux de la politique pour ce secteur sont :

- ✧ Améliorer la couverture préscolaire et scolaire ;
- ✧ Faire la promotion de l'enseignement en faveur des enfants handicapés ;
- ✧ Créer un partenariat pour le développement de l'enseignement Préscolaire ;
- ✧ Améliorer la qualité de l'enseignement de base ;

En termes d'objectifs spécifiques mis en œuvre d'ici 2015 par niveau, le Gouvernement s'engage à :

⇒ **AU NIVEAU DE L'ENSEIGNEMENT PRESCOLAIRE INFORMEL**

- Doter toutes les Mahadras de programmes d'éveil
- Former les Cheikhs des Mahadras sur les programmes d'éveil et les matières scientifiques introduits dans leur cursus
- Mettre à la disposition des Mahadras les équipements nécessaires pour mener à bien leur mission ;

⇒ **AU NIVEAU DE L'ENSEIGNEMENT PRESCOLAIRE FORMEL**

- Réhabiliter et équiper les garderies communautaires existantes;
- Construire et équiper de nouvelles garderies communautaires ;
- Assurer la formation des monitrices et des directrices au profit des jardins d'enfants publics ;
- Equiper et assurer le recyclage du personnel d'encadrement des jardins d'enfants publics existants;
- Assurer l'élaboration des programmes d'éveil et en doter les structures existantes ;
- Mettre en place les centre de ressources régionaux.

⇒ **AU NIVEAU DE L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL**

- Atteindre un taux net d'admission de 75% et un taux net de scolarisation de 85% notamment pour le milieu rural;
- Atteindre un taux d'inscription en première année des filles de 80%;
- Atteindre un taux d'inscription en première année des zones rurales de 75% d'ici 2008 ;
- Assurer la mise à disposition gratuite des livres et manuels au profit de 50% des enfants issus de milieux défavorisés ;
- Développer des initiatives pour améliorer la rétention des filles dans ce cycle ;
- Renforcer et soutenir la création des APE dans 75% des écoles du fondamental ;

2. Stratégies prioritaires

La réforme de 1999 du système éducatif montre que le Gouvernement mauritanien est engagé sur la voie de l'amélioration de la qualité de l'enseignement en général et du fondamental en particulier. A travers le cadre de développement de la petite enfance, les domaines d'intervention suivants constituent des priorités :

- L'amélioration des conditions de l'enseignement fondamental par la poursuite des constructions, l'acquisition des équipements, la création de conditions d'hygiène et d'activités de loisirs ;
- La formation d'enseignants en quantité suffisante suivant un cursus normal ;
- L'implication des APE dans la gestion et l'évaluation des établissements scolaires ;
- L'amélioration des conditions d'enseignement dans le système préscolaire par la construction de salles de classes et de latrines, l'équipement en matériel didactique, la formation et le recyclage continu des monitrices et la création d'un partenariat de gestion et d'évaluation de celui-ci avec les ONG œuvrant dans le domaine de l'enfance;
- Le renforcement des actions d'alphabétisation des femmes notamment dans les milieux défavorisés :

- La création de passerelles entre l'enseignement préscolaire formel et coranique et l'enseignement primaire
- L'amélioration de l'accès des enfants issus de milieux démunis et la réinsertion des enfants non scolarisés et/ou déscolarisés
- La modernisation du système traditionnel des mahadras.

En somme, la poursuite de la réforme du système éducatif ne manquera pas d'apporter des corrections aux lacunes de l'ancien système mais un accent particulier devra être mis sur l'amélioration de la qualité de l'enseignement de base pour permettre à nos jeunes enfants de mieux développer leurs capacités d'apprentissage.

➤ EN MATIÈRE D'EAU

1. Objectifs stratégiques

Dans le secteur de l'eau, les actions retenues visent à améliorer la couverture en eau potable, ce qui se répercutera sans nul doute sur les conditions sanitaires des populations.

Les objectifs globaux dans le domaine de l'eau sont :

- Améliorer la couverture en eau potable notamment pour les zones rurales défavorisées ;
- Mettre l'eau potable à la disposition de structures de garde, des écoles et des formations sanitaires,
- Continuer l'effort de formation sur la maintenance des équipements des ouvrages hydrauliques.

En ce qui concerne les objectifs spécifiques, le Gouvernement entend renforcer les actions déjà entreprises dans le secteur de l'eau et qui profitent pour toutes les tranches d'âge de la petite enfance :

- Doter 55% des structures de garde, des écoles et des formations sanitaires en eau potable d'ici 2008, 75% en 2012 et 100% en 2015;
- Réduire de 75% par rapport au taux observé en 2002 le taux de panne des équipements (pompes) des ouvrages d'eau ;
- Impliquer au moins 70% des femmes dans la gestion et la maintenance des ouvrages hydrauliques d'ici 2008;

2. Stratégies prioritaires

Actuellement, la solution du problème de l'eau passe nécessairement par la bonne gestion des ressources et l'implication de la femme dans le secteur.

Pour cela, le Gouvernement s'engage au :

- 1) Renforcement des acquis dans ce secteur en terme de réalisation des ouvrages hydrauliques,
- 2) de formation sur les techniques de maintenance et de gestion des ouvrages réalisés.

➤ **EN MATIERE D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT**
1. Objectifs stratégiques

La protection de l'environnement et la sécurité de l'assainissement sont autant de facteurs nécessaires pour le développement de l'enfant. C'est ainsi que le Gouvernement, à travers les différents programmes sectoriels, œuvrera à :

- Améliorer l'hygiène et l'assainissement dans les milieux public, préscolaire et scolaire ;
- Améliorer l'hygiène publique par une gestion rationnelle des ordures publiques, des eaux usées et la mise à disposition des structures préscolaires et scolaires, sanitaires et des lieux publics de latrines fonctionnelles ;
- Encourager et soutenir financièrement les efforts des ONGs dans le cadre de la protection de l'environnement et de l'assainissement du milieu
- Faire la promotion de l'hygiène corporelle et de l'éducation environnementale ;
- Améliore la disponibilité de l'eau, des latrines et du savon ;.

Les objectifs spécifiques dans ce domaine concernent toutes les tranches d'âge et sont alors :

- Doter 100% des écoles, des formations sanitaires et des garderies communautaires de latrines d'ici 2007 ;
- Former les agents éducateurs sur la protection de l'environnement et l'hygiène du milieu pour la vulgarisation de l'éducation environnementale au niveau communautaire ;
- Réduire de 60% la proportion des ménages n'ayant pas accès à l'assainissement dans leurs habitations ;
- Soutenir la formation des bureaux exécutifs des associations notamment féminines pour la protection de l'environnement et l'hygiène du milieu dans 55% des communes.

Les stratégies prioritaires retenues dans le domaine de l'assainissement sera l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement des milieux public, préscolaire et scolaire.

➤ **EN MATIERE DE PROTECTION**

Le degré de développement du jeune enfant est grandement lié à la protection et aux services sociaux offerts à celui-ci. C'est pourquoi, l'enfant a besoin de mesures de protection contre les abus et les violences, les mutilations génitales, le dépistage et la prise en charge des handicaps. Ce besoin est d'autant plus grand s'il s'agit d'enfants sans encadrement parental, d'enfants orphelins ou d'enfants abandonnés. La promotion de l'éducation parentale est primordiale pour ce qu'elle apporte aux parents et aux associations féminines dans les domaines de l'hygiène et de la protection des enfants.

1. Objectifs stratégiques

Dans ce domaine, la protection du jeune enfant revêt plusieurs formes allant de la mise en place des textes réglementaires jusqu'à l'application stricte de ces lois et la sanction des contrevenants.

Une des priorités actuelles est la garantie de l'enregistrement des naissances partout où elles se passent. Pour cela, le cadre de développement de la petite enfance se fixe comme objectif global d'assurer l'enregistrement des naissances dans toutes les communes du pays.

En matière d'objectifs spécifiques, la PNDPE œuvrera à :

- ❖ Mettre en place des centres d'état civil dans toutes les communes du pays ;
- ❖ Mener la sensibilisation et la mobilisation nécessaires pour la réussite de cette opération ;
- ❖ Favoriser l'application des dispositions du code du statut personnel dans ce domaine ;
- ❖ Contribuer à la formation des agents d'état civil,

Les stratégies prioritaires dans ce domaine sont alors :

- ◆ La sensibilisation et le plaidoyer pour un enregistrement systématique de toutes les naissances ;
- ◆ La promotion de la formation des femmes comme agents d'état civil ;
- ◆ La création de prix pour les communes qui réalisent le plus important score d'enregistrement des naissances ;
- ◆ La mise à disposition des communes d'équipements au profit des centres d'état civil ;

COMPOSANTE 4: LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

1. Objectifs stratégiques

Comme tout développement, la promotion de la petite enfance passe nécessairement par la formation – tant en qualité qu'en quantité - des ressources humaines.

Le secteur de la petite enfance connaît actuellement des déficits importants en ressources humaines en ce qui concerne le personnel d'encadrement au niveau des structures de garde.

A travers la PNDPE, le Gouvernement compte assurer la formation et le recyclage de toutes les catégories de personnel impliquées dans le développement du jeune enfant.

Les objectifs spécifiques du volet « développement des ressources humaines » sont :

- Elaborer les programmes d'éducation parentale sur la prise en charge intégrée des jeunes enfants
- Assurer la formation d'éducateurs communautaires et des conseillers en matière d'IEC pour les parents
- Assurer la formation des monitrices au profit des structures de garde existantes;
- Renforcer les capacités techniques des formateurs – ressources du Centre National de la Formation de la Petite Enfance, des éducateurs communautaires et des conseillers parentaux ainsi que des directrices des structures de garde, en IEC;
- Assurer la formation en gestion et planification des réseaux régionaux de la petite enfance:
- Assurer la formation en administration et gestion des directrices des structures de garde ;
- Assurer la formation du personnel des organisations socioprofessionnelles ;
- Renforcer les compétences des responsables des Mahadras en matière d'hygiène et de nutrition.

2. Stratégies prioritaires

La capacité du personnel dont dispose la direction de la petite enfance pour assurer la programmation, la planification, l'exécution et le suivi/ évaluation des programmes en direction de la petite enfance est encore limitée. Tout comme celle du personnel d'encadrement dans les structures de garde.

A cet effet, les stratégies prioritaires sont :

- ✓ Le renforcement des capacités institutionnelles des départements ayant en charge la petite enfance ;
- ✓ La mise à la disposition du SECF en quantité suffisante du personnel technique tant au niveau central que régional ;
- ✓ La formation et le recyclage des différentes catégories de personnel impliquées dans le développement de la petite enfance ;
- ✓ L'élaboration d'un plan de formation pour toutes les ressources humaines concernées.

COMPOSANTE 5 : LA GESTION, LE SUIVI/EVALUATION ET LA COORDINATION DE LA PNDPE

1. Objectifs stratégiques

La mise en place d'une politique nationale de développement de la PE demande un ensemble de conditions sans lesquelles l'exécution de celle-ci sera difficile.

Pour cela, l'objectif global de cette composante sera la mise en place d'un cadre institutionnel et d'organisation qui permettra l'exécution, le suivi / évaluation et la coordination des programmes de la politique.

Les objectifs spécifiques assignés à ce volet sont :

- ◆ Mettre en place le cadre institutionnel et organisationnel de la politique;
- ◆ Créer le cadre de coordination et du suivi / évaluation de la politique ;
- ◆ Mettre en place les mécanismes de gestion des fonds de la PNDPE

En terme d'objectifs spécifiques, le Gouvernement s'engage à :

- Créer et mettre en place dès l'adoption du projet de politique, les organes de décision, de coordination et d'exécution de la PNDPE au niveau national, régional, départemental et communal ;
- Doter les différents organes des ressources humaines et matérielles leur permettant de mener à bien leurs tâches ;
- Mobiliser la contrepartie gouvernementale du financement dans les délais impartis ;
- Mettre en place une structure nationale d'accréditation, d'inspection et d'évaluation des structures de garde ;
- Mettre en place une base de données exhaustive sur la petite enfance et un site Internet ;
- Promouvoir la recherche opérationnelle et fondamentale sur la petite enfance ;
- Mettre sur pied le bureau d'exécution des programmes de la politique

2. Stratégies prioritaires

La réussite des actions qui seront mises en œuvre dans le cadre des programmes de la PNDPE dépendra en grande partie de la rigueur de la gestion de celles-ci et de leur suivi / évaluation ainsi que de la coordination entre les différents acteurs et intervenants.

A cet effet, la priorité devra être accordée à la mise sur pied des structures centrales, régionales, départementales et communales d'exécution de la politique et des autres structures connexes.

Ces structures doivent être légères, souples et transparentes.

5. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA PNDPE

L'exécution de la politique doit se faire dans un cadre de concertation, de coordination et d'organisation qui permet à tous les acteurs de jouer pleinement leurs rôles.

C'est pourquoi, le Gouvernement mettra en place un cadre institutionnel et organisationnel qui fixe les attributions, les rôles et les missions de toutes les structures et instances qui sont créées afin de faciliter l'exécution, le suivi et l'évaluation de la PNDPE.

Pour le pilotage des programmes, parmi les structures mises en place, on trouve :

- ◆ **Les organes de décision** : Ils sont mis en place à tous les niveaux :
 - **Au niveau national** : on trouve le CNDPE qui est la structure nationale chargée des orientations de la PNDPE;
 - **Au niveau de la Wilaya**, on trouve une structure régionale chargée de toutes les questions ayant trait au développement de la petite enfance à ce niveau, il s'agit du CWDPE;
 - **Au niveau de la Moughataa** se trouve le CMDPE ;
 - **Au niveau des communes** un CCDPE est mis en place.
- ◆ **Les organes de coordination** : Au niveau national, la coordination sera assurée par une structure technique qui s'appelle le « comité exécutif intersectoriel ».

Au niveau des Wilayas, des Moughataas et des communes, la coordination est assurée par des comités techniques choisis au sein des conseils de développement de la petite enfance.

- ◆ **Les organes d'exécution** : Au niveau central, il sera mis en place une cellule d'exécution des programmes de la politique au sein du SECF (voir organigramme en annexe) qui assurera la gestion des fonds et la coordination des activités avec les différents intervenants et le CEI.

La cellule d'exécution des programmes (CEP) de la politique nationale de développement de la petite enfance est la structure centrale au niveau du SECF qui sera chargée de tous les aspects de la gestion administrative et financière des fonds de développement de la petite enfance. Elle doit être sous la tutelle directe du SECF et devra comprendre 5 unités fonctionnelles :

- ✓ l'unité de passation des marchés,
- ✓ l'unité de formation,
- ✓ l'unité d'information, de vulgarisation et de documentation,
- ✓ l'unité administrative et comptable ; et
- ✓ l'unité du suivi – évaluation.

La CEP doit être dotée de l'autonomie financière et mettre en place des procédures souples et rapides pour permettre une plus grande efficacité dans l'atteinte des objectifs.

Le personnel de la CEP doit comprendre des spécialistes en passation des marchés, en planification et suivi et évaluation des projets de développement.

Au niveau décentralisé, des comités d'exécution sont mis en place pour assurer un meilleur suivi de l'exécution des activités programmées. Ils sont choisis parmi les membres des conseils de développement.

6. LE MECANISME DU SUIVI - EVALUATION DE LA PNDPE

Le suivi et l'évaluation des actions doivent faire partie intégrante du processus de programmation et de planification de la politique. Pour cela, un dispositif de suivi / évaluation sera mis en place pour permettre le contrôle des activités programmées d'une part et de porter un jugement évaluatif sur les réalisations d'autre part.

Egalement, une revue annuelle doit être tenue et préparée par le CEI conjointement avec la CEP pour évaluer la pertinence, les résultats, l'efficacité et l'impact des

programmes de la politique. Elle doit réunir, en plus des départements sectoriels concernés, les bailleurs de fonds et les ONG participant au financement de la PNDPE. Cette revue servira également pour la révision des plans d'action annuels et l'approbation des plans opérationnels annuels de l'exercice suivant.

Des revues régionales et inter-régionales doivent être tenues 2 fois par an pour suivre l'état d'avancement des programmes et leur impact sur les jeunes enfants et favoriser l'échange d'expérience entre les acteurs dans les différentes wilayas.

Dans ce cadre, un comité des partenaires au développement qui financent les activités de développement de la petite enfance. Le chef de file de ce comité auquel reviendra la coordination avec les autres bailleurs de fonds et le Gouvernement sera l'Unicef.

La performance des programmes sera évaluée grâce à la matrice d'indicateurs ci-dessous qui permet de dire à quel degré les résultats escomptés ont été atteints. La même liste d'indicateurs est utilisée dans les différents programmes qui interviennent dans le développement de la petite enfance. De plus la quasi-totalité de ces indicateurs fait partie de ceux de la liste du CSLP.

TRANCHE D'AGE /DOMAINES	INDICATEURS
PERIODE PRE ET PERINATALE	
SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de couverture des consultations prénatales pendant le premier trimestre et post-natales ✓ Taux de prévalence contraceptive moderne par wilaya ✓ Taux d'accouchements assistés par wilaya ✓ Taux d'anémies ferriprives chez la femme enceinte ✓ Taux de mortalité néo-natale ✓ Pourcentage de morts nés ✓ Pourcentage de femmes enceintes sous chimioprophylaxie paludéenne ✓ Taux de mortalité maternelle ✓ Taux de couverture vaccinale complète ✓ Taux de couverture par le VAT chez la femme enceinte et en âge de procréer ✓ Taux de femmes enceintes utilisant les moustiquaires imprégnées ✓ Taux de femmes enceintes ayant reçu des séances d'éducation parentale ✓ Pourcentage de filles excisées

NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de faibles poids à la naissance (inférieur à 2500 kg) ✓ Taux d'allaitement maternel exclusif ✓ Proportion de femmes enceintes ayant reçu une supplémentation en fer par wilaya ✓ Proportion d'enfants de moins de 1 an ayant reçu une supplémentation en vitamine A
EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de femmes alphabétisées ✓ Taux de femmes bénéficiant des programmes d'éducation parentale par wilaya
PROTECTION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux d'enregistrement des naissances par wilaya ✓ Pourcentage de petites filles excisées et/ ou gavées par wilaya et par ethnie
PERIODE DE 3 A 6 ANS	
SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de mortalité infantile ✓ Taux de mortalité infanto-juvénile ✓ Taux de mortalité liés aux maladies diarrhéiques ✓ Taux de mortalité due aux IRA ✓ Taux d'utilisation de la TRO
NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de malnutrition sévère ✓ Taux de malnutrition chronique ✓ Taux d'insuffisance pondérale ✓ Taux de retard de la croissance ✓ Taux d'émaciation ✓ Taux de couverture de l'apport en vitamine A ✓ Pourcentage de garderies bénéficiant d'aide alimentaire
EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de couverture par l'enseignement préscolaire par sexe, région, par type de mode de garde et par secteur (public et privé) ✓ Nombre de Mahadras ayant introduit les activités d'éveil dans son programme ✓ Nombre de Cheikhs de Mahadras formés sur les programmes d'éveil ✓ Nombre de structures préscolaires construites et ou réhabilitées et équipées ✓ Nombre de monitrices et d'éducatrices formées ✓ Nombre de structures de garde ouvertes pour enfants handicapés par wilaya ✓ Nombre de centres de ressources fonctionnels ✓ Nombre de réseaux PE fonctionnels ✓ Nombre de membres des bureaux des réseaux formés
PERIODE DE 6 – 8 ANS	
SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'enfants bénéficiant du déparasitage par wilaya ✓ Nombre d'enfants pris en charge pour les soins bucco-dentaires par wilaya
NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de couverture par les cantines scolaires par wilaya ✓ Nombre d'enfants pris en charge dans les cantines scolaires par wilaya
EDUCATION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'éducateurs communautaires formés ✓ Nombre d'éducateurs en service par wilaya ✓ Taux d'admission brut et net au primaire ✓ Taux de scolarisation brut et net ✓ Taux de scolarisation brut et net des filles ✓ Ratio élèves / maître ✓ Ratio élèves / classe ✓ Nombre d'APE formées par wilaya
POUR TOUTES LES TRANCHES D'AGE	
SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de couverture sanitaire ✓ Taux d'accessibilité des structures sanitaires dans un rayon de 5 km ✓ Taux de disponibilité des MEG dans les formations sanitaires ✓ Coût moyen par traitement ✓ Taux de prévalence de la dracunculose chez le jeune enfant et la femme
NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proportion des ménages consommant du sel iodé ✓ Nombre de CREN et CNC construits et / ou réhabilités et équipés

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'agents de nutrition formés, ✓ Nombre de coopératives féminines bénéficiant d'appui pour la production alimentaire, ✓ Nombre d'unités de production du sel iodé mise en place, ✓ Nombre d'enfants bénéficiant de nutrition dans les CNC, les CREN et les structures de garde, ✓ Nombre de cantines scolaires ouvertes dans les Mahadras par wilaya, ✓ Nombre d'enfants bénéficiaires par wilaya
EAU	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de couverture en eau potable par région et par milieu de résidence ✓ Nombre de jardins, garderies, et écoles disposant de l'eau potable ✓ Nombre d'ouvrages construits et équipés ✓ Nombre de ménages disposant de l'eau potable ✓ Nombre de femmes engagées dans la gestion des ouvrages
ASSAINISSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'écoles et structures préscolaires avec latrines fonctionnelles ✓ Nombre de communes avec réseaux d'assainissement ✓ Nombre de ménages disposant de latrines par milieu de résidence
PROTECTION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de textes juridiques existants révisés ✓ Nombre de textes juridiques nouvellement élaborés ✓ Nombre de formations réalisées sur les droits des jeunes enfants et des femmes ✓ Nombre de centre d'états civils ouverts par wilaya ✓ Nombre d'agents d'état civil formés ✓ Nombre d'enfants vulnérables pris en charge ✓ Nombre d'enfants identifiés avec des retards en développement

7. FINANCEMENT DES PROGRAMMES DE LA PNDPE

L'exécution de la politique de développement de la petite enfance doit se faire dans le cadre d'un large partenariat. Ainsi toutes les voies doivent être explorées pour assurer la mobilisation des fonds nécessaires pour la réalisation des objectifs d'une telle entreprise. Les participations à ce financement pourraient être fixées comme suit :

1° - L'Etat doit mobiliser **20 %** des financements de l'ensemble des programmes.

Le Gouvernement devra à cet effet créer un fonds de développement de la petite enfance qui sera alimenté par 5% des coûts des permis de recherches et prospections minières et des contrats de pêche en Mauritanie, les dons et legs de toute nature, les contributions du secteur privé, de la société civile et le budget propre de l'Etat ;

2° - Le secteur privé apportera **15%** du coût global pour prendre en charge les programmes de développement des jeunes enfants dont les parents travaillent dans ce secteur ;

3° - Les ONG nationales et internationales doivent contribuer à hauteur de **5%** du financement global des programmes de la PNDPE ;

4° - Les communes doivent participer à hauteur de **10%** de la totalité du financement des programmes de la politique ;

5° - La communauté des partenaires au développement doit assurer **50%** du financement global.

VI. CONCLUSION

Le projet de politique sera traduit sous forme de plan d'action qui fait dégager l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour l'atteinte des objectifs de celle-ci.

Mais l'esprit de l'approche intégrée lors de la mise en œuvre de la politique sera déterminant dans le choix des programmes. Ces programmes couplés et/ou renforcés par ceux en cours d'exécution répondront mieux aux besoins identifiés par les acteurs de la PE lors de la formulation du projet de politique.



ANNEXES

CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

C'est la structure nationale de pilotage et d'orientation de la politique de développement de la petite enfance.

1. MISSIONS DU CNDPE:

- Assurer le plaidoyer auprès des autorités gouvernementales et de la communauté des bailleurs de fonds pour la mobilisation des ressources financières pour le développement de la PE,
- Approuver les plans opérationnels annuels de la PNDPE,
- Donner les orientations nécessaires pour la bonne exécution de la politique,
- Définir le curriculum de la petite enfance ;
- Mener les évaluations nécessaires pour vérifier l'impact des programmes mis en oeuvre sur la petite enfance ;
- Réviser la PNDPE en cas de besoin

2. FONCTIONNEMENT DU CNDPE

Le CNDPE se réunit deux (2) fois par an en session ordinaire. Sur convocation de son président, le conseil peut se réunir en session extraordinaire en cas de besoin. Le CNDPE est doté d'une structure technique chargée de la coordination entre les différents secteurs d'une part et les bailleurs de fonds d'autre part. Cette structure s'appelle le « Comité Exécutif Intersectoriel ».

3. COMPOSITION DU CNDPE :

Président d'Honneur : La Première Dame du Pays

Président : Premier Ministre

Vice-Président : Secrétaire d'Etat à la Condition féminine

Membres :

4. Les Ministres concernés par la PNDPE (MJ, MIPT, MF, MAED, MCJS, MEN, MSAS, MCRP, MCLAOIEO, MDRHE, MFPT, CSA, CDHLCPI)
5. Le Président du Conseil National de l'Enfance
6. Un représentant du sénat
7. Un représentant de l'Assemblée Nationale
8. Un représentant de la CNPM
9. Un représentant des différentes centrales syndicales du pays ;
10. Un représentant de l'Association des Maires de Mauritanie ;
11. Trois représentants des ONG opérant dans le domaine de protection de l'enfance ;
12. Toute autre personne ressource dans les différents domaines du développement de la petite enfance.

4. LE COMITE EXECUTIF INTERSECTORIEL DU CNDPE

Il est créé au sein du CNDPE, un comité exécutif appelé « comité exécutif intersectoriel ». Le comité exécutif est choisi parmi les membres du conseil national de développement de la petite enfance. Il doit comprendre un membre de chaque

département ministériel concerné par la question de la petite enfance, ses principales missions sont de:

- préparer en étroite collaboration avec la CEP les plans d'action de la politique,
- définir les curriculum du jeune enfant,
- coordonner l'élaboration des plans d'action des différents niveaux de mise en œuvre de la politique,
- Soutenir la concertation avec la société civile,
- Organiser le suivi et l'évaluation des programmes,
- Encourager la création et l'appui des réseaux pouvant contribuer à l'amélioration de l'efficacité des programmes de développement de la petite enfance,
- Assurer la coordination des activités et de l'appui technique nécessaire à tous les intervenants (Formation, information, documentation etc.),
- Assurer le secrétariat du CNDPE,
- Préparer toutes les réunions de concertation des organes de la PNDPE,
- Elaborer un rapport trimestriel sur l'état d'avancement des activités des programmes de la politique.

Liens du CEI avec les autres secteurs

Le CEI doit collaborer étroitement avec :

13. les services et les programmes mis en œuvre par les différents ministères dans le but de favoriser et de consolider l'approche intégrée,
14. les ONGs nationales et internationales pour une meilleure efficacité dans la mise en œuvre des programmes,
15. les partenaires au développement pour assurer la bonne coordination des activités
16. Coordonner étroitement avec la CEP pour l'identification, l'exécution, le suivi et l'évaluation des activités.

CONSEIL DE LA WILAYA POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

C'est l'instance régionale chargée de toutes les questions de développement de la petite enfance. Elle est présidée par le wali et regroupe tous les services régionaux dont les départements ministériels sont impliqués dans la mise en œuvre de la PNDPE.

Le secrétariat de cette structure est assuré par la responsable de l'antenne régionale du SECF.

* MISSIONS DU CWDPE:

17. Préparer les programmes régionaux de développement de la PE ;
18. Assurer le suivi et l'évaluation des programmes régionaux ;
19. Veiller à la multi-sectorialité du développement de la PE ;
20. Coordonner les activités de la PNDPE avec les bailleurs de fonds représentés au niveau de la wilaya;

* COMPOSITION DU CWDPE

Président : Le Wali

Vice – Président : Responsable de l'antenne régionale du SECF

Membres :

21. Les élus locaux
22. Les chefs de services régionaux impliqués dans la politique
23. Les chefs de réseaux de la petite enfance ;
24. Les ONGs opérant dans le domaine de la PE au niveau régional ;
25. Les bailleurs de fonds représentés au niveau de la Wilaya

* FONCTIONNEMENT :

Le CWDPE se réunit deux fois par semestre ou exceptionnellement sur la demande son président. Le Secrétariat du conseil sera assuré par la responsable de l'antenne régionale du SECF.

CONSEIL DE LA MOUGHATAA POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

* MISSIONS DU CMDPE:

26. Elaboration des plans opérationnels annuels ;
27. Approbation des plans de développement de la Moughataa ;
28. Evaluation des activités au niveau de la Moughataa ;
29. Préparation des rapports d'activités trimestriels ;
30. Supervision de la mise en œuvre des activités ;
31. Mise en œuvre des activités à travers les structures locales.

* COMPOSITION DU CMDPE

Président : Le Hakem

Membres :

32. Les élus locaux
33. Médecin chef de la Moughataa
34. Représentant du SEAEO
35. Représentant du MDRE
36. Directeurs des écoles fondamentales du chef lieu de la Moughataa
37. Chefs des réseaux de la PE

* FONCTIONNEMENT :

Le CMDPE se réunit deux fois par semestre ou exceptionnellement sur la demande son président. Le Secrétariat du conseil sera assuré par le médecin chef de la Moughataa

CONSEIL COMMUNAL POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

* MISSIONS DU CCDPE

- Elaboration des programmes annuels de la PNDPE ;
- Préparation des rapports d'activités trimestriels sur l'état d'avancement des programmes mis en œuvre ;

* COMPOSITION DU CCDPE

Président : Maire central de la commune

Membres :

- 38. Deux autres conseillers municipaux
- 39. Le Directeur de l'école de la commune
- 40. La Présidente des Associations et/ou coopératives féminines
- 41. La Présidente du réseau de la petite enfance dans la commune

* FONCTIONNEMENT :

Le CCDPE se réunit une fois par mois pour faire l'état d'avancement des activités et peut se réunir chaque fois qu'il le juge nécessaire.

MANDATS ET RESPONSABILITES DE LA SOCIETE CIVILE

La société civile (ONGs, le privé et les organismes à base communautaire) constitue un partenaire privilégié pour le SECF dans le domaine du développement de la petite enfance. A ce titre, leur participation pourrait se faire de plusieurs manières :

- D'abord au niveau de la sensibilisation et de la mobilisation sociale, la société civile peut contribuer à la conception et à l'exécution des activités,
- Ensuite, certaines activités comme la gestion des jardins d'enfants et de garderies communautaires et leur suivi peuvent être déléguées aux ONGs nationales travaillant dans le domaine de la petite enfance,
- Enfin la société civile peut être mise à contribution dans le suivi et l'évaluation des activités au niveau communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. A case study on ECD policy development in Ghana March 15/ 2001
2. A review of child development and nutrition interventions October 1998
3. Analyse de développement de la petite enfance étude de cas sur l'île Maurice Décembre 2000
4. Banque Mondiale 2002: "Le développement de la PE dans la région Afrique" Un répertoire de projets et d'activités soutenus »
4. Document d'orientation stratégique du programme de développement de la petite enfance au Sénégal
5. Early childhood development policy in Mauritius December 2000
6. Elaboration de la politique de développement de la petite enfance au Ghana 15 Mars 2001
7. MAED/MSAS, "Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie" 2000 - 2001
8. MAED/Office National de la Statistique : Indicateurs sociaux (Version provisoire)
9. MAED/ONS : Projections démographiques pour la période 1988 - 2005
10. MAED/ONS, "Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2000"
11. MAED/UNICEF, Renforcement des services sociaux de base: Initiative 20%- 20% en Mauritanie – 2000
12. MEN, Annuaire statistiques 2002
13. MEN/MAED, Programme National de développement du Secteur Educatif 2001/2010
14. MEN/MSAS, Projet de Politique Nationale de santé, d'hygiène et de nutrition à l'Ecole Septembre 2002
15. Ministère du plan et de l'Aménagement du Territoire, "Enquête nationale mauritanienne sur la fécondité 1981 " Rapport principal volume 1 - Analyse des principaux résultats mars 1984
16. MSAS, "Plan Directeur de la Santé et des Affaires Sociales pour la période 1998/2002"
17. MSAS, Annuaire des statistiques sanitaires Année 1998 Edition Juillet 2000
18. MSAS, Programme National de la Santé de la Reproduction "Rapport Annuel 2001"
19. MSAS, Programme National de Lutte contre le Paludisme - "Rapport de supervision des activités de lutte antipaludique" 2001
20. MSAS, Programme National de lutte contre le Sida " Cadre stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2007 Avant projet 2002
21. MSAS, Rapport du groupe thématique « Santé-Nutrition »
22. MSAS, Revue annuelle des soins de santé primaires Kiffa du 25 au 30 Septembre 1999 Tome I
23. MSAS, Septième revue annuelle des soins de santé primaire Aioun du 26/09/98 au 02/10/98 Tome I
24. MSAS, Septième revue annuelle des SSP Aioun du 26/09/98 au 02/10/98 Tome II
25. MSAS, Manuel d'exécution de programme du secteur de la santé et du projet d'appui au secteur de la santé – Version Avril 1998
26. MSAS/Unicef, "Revue de l'Initiative de Bamako" - rapport final Juillet 2000
27. Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2003-2007 (Draft) Mai 2003
28. Revue Programme élargi de vaccination Mauritanie Septembre 2001 - Avril 2002
29. SECF, Projet de Stratégie Nationale Petite Enfance
30. SECF, Rapport de l'Atelier de concertation sur la politique de la petite enfance Juillet 2002

31. SECF, Revue de la politique de développement de la petite enfance et de sa mise en œuvre Juin 2001
32. SECF/Projet Nutricom Rapport d'analyse des résultats de l'enquête sur le suivi des indicateurs de nutrition (2000-01)
33. SECF/Unicef, "Projet de politique nationale en faveur de la petite enfance Juin 2002
34. Unesco, Soins et développement de la Petite Enfance - " Le développement de la petite enfance : mettre en place les bases de l'apprentissage" Dossier thématique 1999
35. Unicef : Convention relative aux droits de l'enfant Janvier 2000
36. Unicef : Une approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant "Pour un bon départ dans la vie" Novembre 2001
37. Unicef, Analyse de la situation des enfants et des femmes en Mauritanie 2001
38. Unicef, Analyse de la situation du programme de développement 2001
39. Unicef, Enquête sur la toxicomanie des enfants et des adolescents à Nouakchott 2001/2002
40. Unicef, Enquête sur les Filles domestiques en Mauritanie Janvier 1999
41. Unicef, La situation des enfants dans le monde 2001
42. Unicef, La situation des enfants Talibés mendiants (almoude) en Mauritanie 27,28 et 29 Mars 2001
43. WGECD policy project 1 October 2001
44. World Bank : Early child development projects in Africa