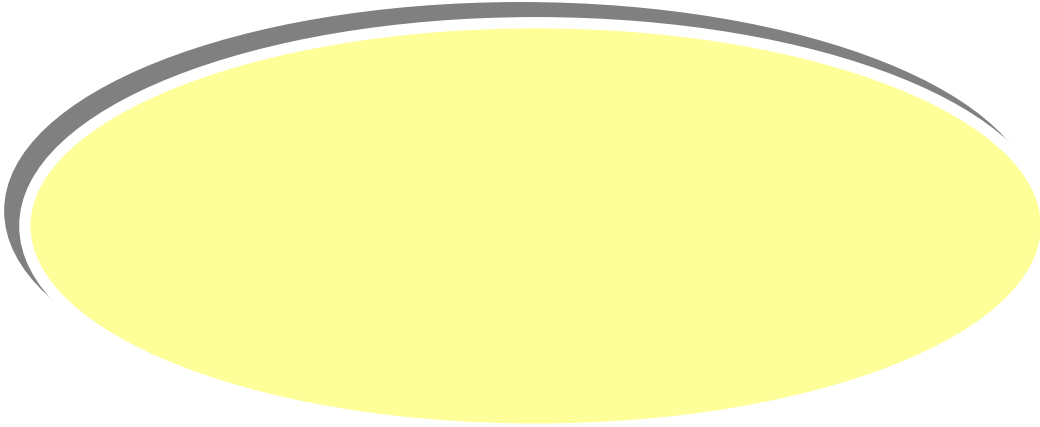


الجمهورية الإسلامية الموريتانية
شرف - إخاء - عدل

كتابة الدولة لشؤون المرأة
إدارة الأسرة والطفل



المحتويات

I. المقدمة

II. تقديم الجمهورية الإسلامية الموريتانية

III. تحليل وضعية الطفولة الصغرى

1. الإطار المؤسسي

2. الإطار التشريعي والتنظيمي

3. عرض السياسات القطاعية التي تستهدف الطفولة الصغرى

1.3. الصحة

2.3. التغذية

3.3. التربية

- التعليم الأصلي

- التعليم ما قبل المدرسي

- التعليم الأساسي

4.3. الماء والصرف الصحي

5.3. الأطفال ذوو الوضعيات الصعبة

4. مشاكل الطفولة الصغرى ذات الأولوية

IV. السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

1. عرض مسار إعداد السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

2. التوجيهات الكبرى للسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

3. المبادئ الأساسية للسياسة

4. مكونات السياسة

5. الإطار المؤسسي والتنظيمي للسياسة

6. آليات المتابعة والتقييم

7. اقتراح مفتاح لتوزيع التمويلات المتعلقة بالسياسة

V. الملاحق

(أ) الهياكل التنظيمية لتنمية الطفولة الصغرى

(ب) خلية تنفيذ برامج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

(ج) مأموريات المجتمع المدني

(د) نظام تسيير السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى على المستوى الوطني

(هـ) جاذبة وصف مركز التكوين في مجال الطفولة الصغرى

(و) البيبليوغرافيا

VI. الخاتمة

المقدمة

تسعى موريتانيا، منذ سنوات عدة، إلى إقامة برامج للتنمية بهدف تحقيق الرخاء لكافة الفئات السكانية. وتركز مختلف الخطط الإنمائية والسياسات القطاعية التي تُشرف عليها الحكومة في هذا الشأن على الفئات الأكثر ضعفاً، وخاصة النساء، والأشخاص المعاقين، والأطفال.

وفي هذا السياق، تم تنفيذ الكثير من الأنشطة الرامية إلى ضمان رخاء الطفل، وعلى الخصوص في المجال التربوي وفي مجال البقاء. غير أن مختلف البرامج المنجزة حتى الآن كان يتم تنفيذها بشكل قطاعي؛ في حين أن التنمية المندمجة للطفولة الصغرى تستدعي مقاربة شمولية، يتعين أن تستجيب لاحتياجات الطفل الجسمية والعاطفية والاجتماعية والمعرفية.

وهذا ما يجعل من الضروري أن يركّز التدخل في المقام الأول على الطفل ذاته، لا على النشاط الاجتماعي وطرق الرعاية أو النظام التربوي الذي يتم إرساؤه؛ وفي مستوى ثانٍ على الأولياء الذين يشكلون حلقة التّكفل الأولى بالطفل. وهذا يعني النظر إلى النمو بوصفه عبارة عن سلسلة من عمليات التعلّم تمكن الطفل من الوعي بمحيطه وبذاته، وتجعل الآباء يعون قيمة المقاربة المندمجة لتنمية الطفل.

وسيمكّن الاستثمار في تنمية الطفل وفق هذه المقاربة من تحقيق نموّه المنسجم. كما سيكون هذا الاستثمار سلاحاً فعالاً لتطويق مشاكل الأطفال وبالتالي مشاكل السكان مستقبلاً، لأن أطفال اليوم هم رجال الغد. علاوةً على ذلك، سيسهم تنفيذ السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى – وهي القائمة على هذه المقاربة – في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

هذا يعني أنّ مسوِّغات الاستثمار في تنمية الطفولة الصغرى عديدة ومتنوعة. فمنها:

- **الديموغرافي**، لأن الفئة العمرية 0 – 8 سنوات تشكّل ما يقارب ثلث السكان الموريتانيين، وأيّ استثمار لصالحها سيكون بمثابة تدخّل مباشر لصالح الطفل، كما أنه على المدى الطويل تدخّلٌ لصالح راشدي الغد.
- **العلمي**، فنسبة 80% من تطور دماغ الطفل تحصل في السنوات الثلاث الأولى؛ وهذا ما يجعل الطفل بحاجة ماسة خلال هذه الفترة إلى أكبر قدر من المحفّزات السيكلوجية والاجتماعية لضمان نموّه النفسي والاجتماعي والبدني والمعرفي. ومن هنا كانت أهمية الدور الذي يتعيّن أن يلعبه الآباء والأسر في هذا الشأن.
- **التربوي**، لأن الدراسات كشفت أن التّكفل بالأطفال على المستوى ما قبل المدرسي هو أفضل وسيلة لإعدادهم لمرحلة التعليم الأساسي. وهذا الإعداد له أثر إيجابي يظهر في نقص تكاليف التعليم الأساسي والحدّ المعترف من عمليات التسرّب.
- **السياسي**، فكفايات سكان بلد ما هي وحدها التي تسمح لهم بالالتحاق بركب الأمم المتقدمة. وتحصيل هذه الكفايات بشكل مبكّر يعد ضماناً إضافية للنجاح.
- **الاقتصادي**، إذ أن الاستثمار في الطفولة الصغرى وسيلة تحسّن من الإنتاجية في كافة الأعمار، كما أنها سلاح ناجع للحد من تكاليف الحياة اللاحقة، كما هو الشأن بالنسبة للعلاجات. ثم إنه يسهم كثيراً في مكافحة الفقر لدى الآباء.
- **الاجتماعي**، فالتدخل على هذا النحو، بشكل مبكّر، يؤدّي إلى إلغاء الفوارق بين مختلف فئات السكان، ويسهم نتيجة لذلك في تحقيق المزيد من العدالة والإنصاف في مجتمع الغد.

في موريتانيا، تشكل الإرادة القوية للحكومة في تنمية الطفولة، عاملاً مشجّعاً على إعداد وتنفيذ سياسة وطنية لصالح الطفولة الصغرى. ومن بين الفرص المتاحة لتنمية الطفل الصغير في موريتانيا، يمكن أن نذكر أيضاً:

* المناخ السياسي:

فقد أسهمت، على نطاق واسع، المصادقة على المعاهدة الدولية المتعلقة بحقوق الطفل، وإرساء الديمقراطية ابتداءً من سنة 1991، في خلق المناخ اللازم لنمو الأطفال.

وقد مكنت الإصلاحات التي قيم بها منذ تلك الفترة من توفير الظروف المناسبة لمثل ذلك النشاط. ويتعلق الأمر على وجه الخصوص بإقرار مدونة الأحوال الشخصية، وقانون إلزامية التعليم القاعدي، وانبثاق حركة جمعوية تسعى إلى حماية حقوق الطفل، من بينها: الفريق البرلماني للطفولة، والمجلس البلدي للطفولة، ورابطة العمد المدافعين عن حقوق الطفل. وتشكل اليوم هذه الحركة منبرا لنشر المعاهدة المتعلقة بحقوق الطفل، كما أنها شريك مميّز في مجال تنمية هذه الفئة.

* المناخ المؤسسي:

مكن إنشاء قطاع وزاري – كتابة الدولة لشؤون المرأة – يتولى الوصاية على الطفولة الصغرى من خلال إدارة الأسرة والطفل، من إرساء رؤية وطنية تسعى للتكفل بالطفل الموريتاني. وقد وجد نشاط كتابة الدولة لشؤون المرأة في هذا الشأن سندا في ما تقوم به وزارات أخرى يتجه جُلُّ نشاطها نحو الطفولة الصغرى؛ كما هو الشأن بالنسبة لوزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، ووزارة التهذيب الوطني، وكذا المجلس الوطني للطفولة، ومختلف المفوضيات (المفوضية المكلفة بمحاربة الفقر، ومفوضية الأمن الغذائي) التي لدى كل منها برامج يستفيد منها الأطفال.

* السياسات الوطنية في مجال التنمية البشرية:

إنّ تنفيذ البرامج الإنمائية الوطنية، كالمخطط التوجيهي للصحة والشؤون الاجتماعية، والبرنامج الوطني لتنمية القطاع التربوي، والاستراتيجية الوطنية للترقية النسوية، وسياسة الأسرة، ومشروع دومات، وبرنامج المياه القروية، قد أعطى دفعاً معتبراً لتنمية البلاد. والطفل من بين المستفيدين المقترضين من هذه المشاريع، خاصة في الوسط الريفي.

وبالنظر إلى الطابع المتعدد الاختصاصات لتنمية الطفل، يتعيّن على أية سياسة تُعنى به أن تُدمج المقاربات المناسبة في مجال الصحة، والتغذية، والتربية الأسرية، والتربية ما قبل المدرسية، والتعليم الابتدائي، والماء والصرف الصحي، والرعاية.

ومن الأهمية بمكان مراعاة خصوصية وأهمية كلّ فئة عمرية أثناء اختيار وتنفيذ البرامج التي يتم تبنيها. ذلك أن كلّ فئة عمرية لها أهمية بالنسبة للفئة الموالية، بل قد نقول إن مراعاة ذلك تتحكم في إعداد وتتابع الأنشطة التالية التي يمكن القيام بها.

وتشكّل المرحلة الجنينية نقطة الانطلاق في حياة الطفل. وعلى هذا الأساس، تنبغي مراعاة برنامج للتكفل بتربية النساء الحوامل ضمن السياسة، وذلك من أجل إعداد الأم الشابة للتكفل المناسب بوليدها وطفلها، والاضطلاع بدورها المحوري كمرحلة أولى للطفل. ويرمي التدخل في هذه المرحلة الحاسمة إلى تحاشي أي تأخر في النمو عند الطفل، وذلك عبر تحسين ظروفه الصحية والغذائية. وهذا ما يفسّر أهمية إقامة برنامج للتربية الأسرية يراعي مختلف هذه الجوانب.

وفي الفترة 3-6 سنوات، يبدأ الطفل نموّه الاجتماعي وتفاعلاته مع محيطه؛ وهذا ما يجعل من الضروري وجود تأطير مناسب خلال هذه الفترة، لأن الأحداث التي تمر به تتحكم عندئذ في الباقي من مسار حياته.

وفيما بين 6 و8 سنوات، يلتحق الطفل بالتعليم القاعدي. ويتطلب العبور إلى هذه المرحلة إعدادا جيدا حتى يستطيع الطفل الاندماج بسهولة في الوسط الجديد، ويتابع نموه بشكل منسجم.

وهكذا، فإن التدخلات المعتمدة في إطار برامج تنمية الطفولة الصغرى ينبغي أن تغطي فترة ما قبل الولادة وتمتد حتى سن الثامنة. وهذا ما يجعل السياسة تستهدف:

- النساء الحوامل والمرضعات؛
- الأطفال في ما بين 0 إلى 8 سنوات؛
- الأطفال ذوي الوضعيات الهشة أو الصعبة، التي تتطلب إجراءات رعاية خاصة، كالمعاقين، واللقطاء، واليتامى، ومُدمني المخدرات، والمتسولين، والأطفال الذين يوجدون في وضعية نزاع مع القانون، إلخ؛
- أي شخص ضالع في عملية التكفل بالأطفال أو تأطيرهم.

وعلى الرغم من الجهود التي بُذلت لصالح الطفولة في العديد من القطاعات، فإن المؤشرات التي تكشف عن مدى نمو الطفولة الصغرى لا تزال ضعيفة.

وقد دفعت هذه المعايير كتابة الدولة لشؤون المرأة إلى إعداد وتنفيذ هذه السياسة الوطنية للتنمية المندمجة للطفولة الصغرى، التي تمس مكوناتها مجموع حياة الطفل الصغير.

وترمي هذه السياسة إلى تصحيح الاختلالات والنواقص الملاحظة من أجل تمكّن الأطفال من فئة 0-8 سنوات من النمو بشكل منسجم، في مناخ يضمن تفقّهم بشكل أفضل.

على هذا النحو، ستشكّل السياسة إطارا تتضافر فيه جهود كافة الفاعلين (من أسرة، وقطاع عام وخاص، ومجتمع مدني، وشركاء في مجال التنمية)، من أجل فعالية أكبر في تحقيق وتنفيذ برامج مندمجة تستهدف هذه الفئة الضعيفة، مع تنسيق أفضل بين كافة المتدخلين.

علاوة على ذلك، سُسهم هذه السياسة في تسريع وتيرة الحد من وفيات الأطفال والأحداث، التي لا تزال مرتفعة جدا في موريتانيا رغم التقدّم المعترف الذي تحقّق.

II. تقديم الجمهورية الإسلامية الموريتانية

1. المعطيات الديموغرافية

تُعتبر الجمهورية الإسلامية الموريتانية أحد بلدان إفريقيا الغربية. وهي تقع فيما بين خطي العرض 15 و 27 شمالاً، وخطي الطول 5 و 17 غرباً. وهي تمتد على مساحة 1.030.700 كلم². تحدّها من الجنوب جمهورية السنغال، ومن الجنوب والشرق جمهورية مالي، ومن الشمال الشرقي الجزائر، ومن الشمال الصحراء الغربية. وفي الغرب، يشكّل المحيط الأطلسي واجهتها البحرية التي تمتد على ما يقارب 700 كلم.

ويقدّر عدد سكان موريتانيا سنة 2005 بـ 2.823.935 نسمة، بتطبيق معدل نمو ديموغرافي من 2.4% سنوياً على ساكنة إجمالية بلغت 2.508.159 نسمة حسب التعداد العام للسكان والمساكن الذي أجري سنة 2000. وتبلغ الكثافة السكانية 2.6 نسمة في الكيلومتر المربع.

1. المعطيات الديموغرافية حول الطفولة الصغرى:

حسب إسقاطات المكتب الوطني للإحصاء، في سنة 2002، يقدّر العدد الإجمالي للأطفال من فئة 0-8 سنوات بـ 853.098، يتوزعون إلى 430.228 طفلاً و 422.870 بنتاً. ومن المتوقع وصول العدد في سنة 2005 إلى 960.503 طفلاً، إذا ما طبقنا معامل النمو الديموغرافي للسكان إجمالاً (2.4% سنوياً). وهكذا، فإن الأطفال الصغار يمثلون في سنة 2005 نسبة 34% من مجموع السكان الموريتانيين.

الجدول 1: توزيع عدد الأطفال حسب الفئة العمرية، تبعاً للولاية والجنس

المجموع	الفئات العمرية						الولاية
	6 - 8 سنوات		3 - 6 سنوات		0 - 3 سنوات		
	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	
92401	8970	9123	14534	14784	22299	22691	ح. الشرقي
70531	6846	6961	11109	11304	17006	17305	ح. غربي
72687	7078	7199	11430	11627	17522	17831	العصابه
76063	7235	7355	11767	11914	18361	18684	كوركول
82523	7896	8029	12905	13130	20105	20458	ليراكنه
68279	7274	7395	11033	11232	15722	15997	اترارزه
24049	2426	2468	3833	3902	5661	5759	آدرار
34974	3137	3191	5445	5536	8755	8910	د.نواذيبو
25582	2654	2697	4101	4173	5927	6030	تكانت
50783	4786	4867	7895	8032	12491	12712	كيدماغه
14917	1413	1436	2342	2386	3638	3702	ت. الزمور
3989	444	451	649	665	883	897	إيتشيري
223113	21637	22009	36944	37585	58710	59746	انواكشوط
853 098	81796	83181	133994	136325	207080	210722	المجموع
	164 977		270 319		417 802		

2. المعطيات الجغرافية

عموماً، تتكوّن التضاريس في موريتانيا من سهول حجرية، ومن مناطق تكسوها كثبانٌ رملية حية في الشمال وحفرية في الجنوب. ويتوزع داخل البلاد إلى ستة أقاليم كبرى هي: منطقة الهضاب المحفورة في الحصباء والجبس شمالاً (الزمور)، ومنطقة شبه السهول الصحراوية المسطحة التي تمتد عبر الحدود الشرقية وحتى الحدود مع الصحراء الغربية، والمنطقة المدعوة "اتراب الحجر" والتي تشمل هضاب آدرار وتكانت والعصابه، والمنطقة الرملية المسماة "المجابات الكبرى" الممتدة شرق تكانت وآدرار، ومنطقة الحوض المعتبرة بمثابة حوض هائل يشمل منطقة البلاد الشرقية بكاملها، ومنطقة السهول التي

تغطيها الرمال على نطاق واسع والمنتمية إلى الحوض السينغالي الموريتاني، حيث تحاذيها جنوبا منطقة حوض نهر السينغال.

ويطبع موريتانيا عموما مناخ حار وجاف، صحراوي في الشمال، وساحلي في الجنوب. ويمكن تقسيم البلاد إلى ثلاث مناطق طبيعية: منطقة حوض النهر؛ والمنطقة الساحلية الواقعة جنوب خط يمتد من النواكشوط إلى النعمة مرورا بكيفه، وتطبعها تساقطات مطرية تتراوح ما بين 100 إلى 300 ملم سنويا؛ والمنطقة الصحراوية الواقعة شمال الخط المذكور آنفا، حيث التساقطات المطرية غير منتظمة أحيانا، وتتراوح ما بين 50 إلى 100 ملم، مع نقاط مياه نادرة فيما عدا الواحات المعدودة حيث تنمو بساتين نخيل هامة مما شجّع استقرار تجمّعات سكانية ذات حجم معتبر.

3. المعطيات الاقتصادية

دخلت موريتانيا منذ سنة 1985 - بدعم من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي - في برنامج واسع للإصلاح الهيكلي، بهدف إعادة التوازنات الاقتصادية الكبرى، وتحسين أداء الميزانية العامة. وقد مكّنت هذه الإصلاحات، من بين أمور أخرى، من تحسين معدل النمو الاقتصادي، والرفع من مستوى الناتج الداخلي الخام، والحد من التضخم.

الجدول رقم 2: نمو البيانات الاقتصادية الكبرى

المؤشر	1998	2003
النمو الاقتصادي (%)	3.7	5
الناتج الداخلي الخام (بالمليار من الأوقية)	185	296.46
الناتج الداخلي الخام (بالمليون من الدولار)	1000	1073
الناتج الداخلي الخام لكل ساكن	174	107.7
معدل التضخم (الرسمي)	4%	-
الصادرات (بملايين الدولارات)	399	341.2
الواردات (بملايين الدولارات)	469	-
العون العمومي في مجال التنمية (بملايين الأوقية)	29 245	24225
المديونية الخارجية (بملايين الدولارات)	2130	1033
سعر الصرف (الأوقية مقابل 1 دولار)	189	276.2

المصدر: "موريتانيا: تحليل وضعية الأطفال والنساء"، 2001 والمركز الموريتاني لتحليل السياسات/ وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية

4. المعطيات المتعلقة بالقطاع الاجتماعي

* النظام التربوي

عرف النظام التربوي تطورا كبيرا على المستوى الكمي، فمعدل التمدرس الخام انتقل من 45.5% سنة 1990/1989 إلى 83.4% سنة 2000/1999؛ ومعدل التمدرس الخام لدى البنات انتقل في نفس الفترة من 39.3% إلى 81.3%. وقد ارتسم إصلاح التعليم من بين أهدافه تصحيح الاختلالات التي وقعت في النظام السابق، وذلك عبر توحيد المنظومة التربوية، وتعزيز تدريس التربية المدنية، وتحسين مستوى تعليم اللغات، والرفع من مستوى التلاميذ بزيادة سنة للمرحلة الثانوية وترقية تدريس المواد العلمية.

* النساء والشبان

تمثل النساء 52% من السكان الموريتانيين. وقد كشف المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا، على الصعيد الاقتصادي، أن 70% من هؤلاء النسوة لا يعملن؛ وأن نسبة 12% فقط من النساء العاملات تعمل طيلة السنة، وهو ما يوضّح اتساع ظاهرة البطالة لديهن مع أثرها على التكفل الاقتصادي السليم بالأطفال. وقد بين المسح ذاته أن 32.9% من النساء ليس لديهن أي مستوى تعليمي، وأن النساء اللاتي حصلن على

مستوى تعليمي قرآني يشغلن 25.7% مقابل 31.6% و 7.9% و 0.6% على التوالي بالنسبة لمستويات التعليم الأساسي والثانوي والجامعي.

من جهة أخرى، تُظهر الوضعية الأسرية لهؤلاء النساء على النحو التالي:

59% متزوجات؛

29% في وضعية عزوبة؛

2% مترملات؛

11% مطلقات.

أما تعدد الزوجات فليس منتشرًا على نطاق واسع في موريتانيا، إذ يمثل - حسب نفس المصدر - نسبة 12% ويبدو أنه في تراجع، لأنه كان يبلغ في سنة 1981 نسبة 18%. وأما النساء معيلات الأسر فيشغلن 29.1%، مع ارتفاع لهذه النسبة في الوسط الريفي (25.4% في الوسط الحضري مقابل 31.7% في الوسط الريفي).

وفي سنة 2000، كانت النساء يمثلن 23.5% من عمال الوظيفة العمومية من فئة (أ) و 24.6% من عمال البنوك المحلية الخمسة. ويمثلن كذلك 26.15% من طواقم دواوين الوزارات.

وعلى الرغم من الثقل الديموغرافي لهذه الفئة، فإنها لا تزال عرضة لمشاكل الأمية وصعوبة النفاذ إلى التربية والتشغيل، وهشاشة الوضعية الصحية والغذائية المرتبطة بالفقر. وتُبدل في الوقت الراهن جهودًا لمواجهة هذه المشاكل من خلال قطاع مكلف -من بين أمور أخرى- بمحاربة الفقر والدمج.

5. التنظيم السياسي والإداري

أرست موريتانيا منذ سنة 1991 نظامًا ديمقراطيًا، وذلك بمصادقتها على دستور جديد يدعى "دستور 20 يوليو 1991".

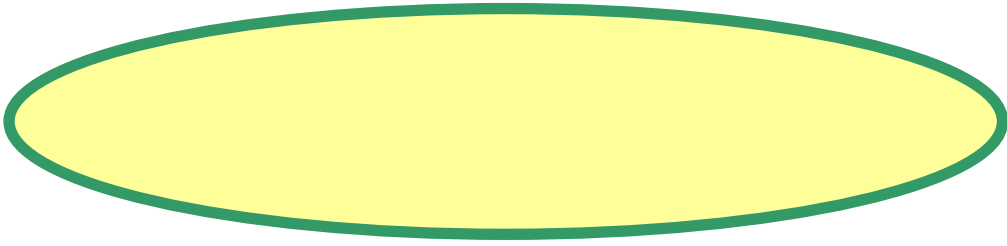
ومنذ الثالث من أغسطس 2005، تولى السلطة في موريتانيا مجلس عسكري يدعى "المجلس العسكري للعدالة والديمقراطية". ويمارس هذا المجلس السلطات التنفيذية والتشريعية، بعد تجميده للبرلمان طبقًا لروح الأمر القانون رقم 2005/001 المتضمن تنظيم الميثاق الدستوري المحدد لنظام وسير عمل السلطات العمومية خلال الفترة الانتقالية؛ هذه الفترة التي سيتم خلالها إعداد دستور جديد وإخضاعه للاستفتاء. وقد تم الإبقاء على ترتيبات الدستور المتعلقة بالإسلام والحريات الفردية والجماعية، وحقوق وصلاحيات الدولة؛ مع تعديل الترتيبات الأخرى.

وهكذا، تم الاحتفاظ بالمجلس الأعلى للقضاء والغرف والمحاكم، والمجلس الإسلامي الأعلى، ومحكمة الحسابات، ضمن التعديلات التي أُجريت على الدستور.

أما التنظيم الإداري للبلاد فيحدده الأمر القانوني رقم 90-002 الصادر بتاريخ 30 يناير 1990 والأمر القانوني رقم 87 - 289 الصادر بتاريخ 10 أكتوبر 1987 المنظم للبلديات في موريتانيا. فعلى الصعيد الإداري، تنوزع البلاد إلى 13 ولاية، تشكل كلٌّ منها دائرة إدارية غير مركزية، موضوعة تحت سلطة والٍ يمثل السلطة التنفيذية.

وبدورها، تنوزع الولاية إلى دوائر إدارية مصغرة تُدعى المقاطعات، يتولى قيادتها حكام. وتوجد بالبلاد 13 ولاية، و 53 مقاطعة، و 216 بلدية.

وتعتبر موريتانيا عضواً في العديد من المنظمات شبه الجهوية، والجهوية والدولية، كاللجنة المشتركة لدول الساحل، ومنظمة استثمار نهر السنغال، واتحاد المغرب العربي، والجامعة العربية، ومنظمة المؤتمر الإسلامي، والاتحاد الإفريقي، ومنظمة الأمم المتحدة، إلخ.



III. تحليل وضعية الطفولة الصغرى 1. الإطار المؤسسي للطفولة الصغرى

- تتوزع الإطار المؤسسي للطفولة الصغرى العديداً من القطاعات الوزارية:
- وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية فيما يتعلق بجوانب الوقاية والتكفل الطبي والغذائي والرعاية الاجتماعية للأطفال ذوي الوضعيات الصعبة كالمعاقين واليتامى والمتسولين، إلخ؛
 - وزارة التهذيب الوطني، بوصفها القطاع الأول المكلف بتربية الأطفال من فئة 6-8 سنوات؛
 - وزارة الوظيفة العمومية والشغل، فيما يتعلق بقضايا الرعاية الاجتماعية؛
 - وزارة العدل، فيما يتعلق بكافة جوانب حماية ومتابعة الأطفال الذين يوجدون في وضعية نزاع مع القانون؛
 - وزارة التنمية الريفية والمياه والبيئة، بوصفها مكلفة بالتنمية الزراعية الرعوية، وبتأطير الرابطات والتجمعات العاملة في هذا المجال، وإنجاز النقاط المائية، والمحافظة على سلامة البيئة؛
 - المفوضية المكلفة بحقوق الإنسان ومحاربة الفقر وبالدمج، التي تُشارك في مكافحة الفقر، من خلال إسهامها في إقرار وتنفيذ المعاهدات والاتفاقيات الدولية، وعبر أنشطة الدمج ومكافحة الفقر التي تقوم بها؛
 - الوزارة المكلفة بمحاربة الأمية، وبالتوجيه الإسلامي والتعليم الأصلي، في مسعاها لمكافحة الأمية من خلال المحاضر، خاصة بالنسبة لفئة 3-6 سنوات، ومحو الأمية عن أولياء الأطفال؛
 - وزارة الشؤون الخارجية والتعاون، التي تمثل القطاع المكلف بالتعاون، وبالتالي هي المسؤولة عن توقيع اتفاقيات التمويل الخارجي؛
 - وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية، التي تعتبر القطاع المسؤول عن الدراسات والتخطيط على المستوى الوطني؛
 - وزارة الثقافة والشباب والرياضة، التي تتكفل بكافة القضايا المتعلقة بالشباب، خاصة ترقية الثقافة والرياضة؛
 - كتابة الدولة لشؤون المرأة، التي تعتبر القطاع الوزاري المكلف بإرساء السياسات الموجهة لصالح الطفل، وكذا وضع آليات التنسيق بين كافة الهيئات الوطنية التي تتدخل من أجل الطفولة.
- ويحدد المرسوم رقم 2005/005 الصادر بتاريخ 30 يناير 2005 صلاحيات كاتبة الدولة لشؤون المرأة وتنظيم الإدارة المركزية لقطاعها. وهو ينص في المادة الأولى على أن "مهمة كتابة الدولة لشؤون المرأة تتمثل في ضمان ترقية المرأة ومشاركتها الكاملة في عملية اتخاذ القرار، وفي التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد، وكذا حماية الأسرة وحقوق الطفل ورخائه طبقاً لقيمنا الإسلامية، وبمراعاة حقائقنا الثقافية والحضارية، ومتطلبات الحياة العصرية".

وقد أنشأ المرسوم الجديد إدارة جديدة تدعى "إدارة الطفولة"، تتحدد مهمتها حسب المادة 25 في:

- ✓ السهر على رضاء الطفل؛
- ✓ الدفاع عن حقوق الأطفال، وحقوق الطفولة الصغرى على وجه الخصوص؛
- ✓ الإسهام في إعداد ومتابعة تطبيق أي نص أو معاهدة تحكم حقوق الأطفال؛
- ✓ العمل على مد شبكات رياض الأطفال العمومية والخصوصية، والإشراف على نوعية المناهج وتكوين المربيات، حتى يحصل الأطفال، خاصة الأطفال الأكثر ضعفاً على وسط يمكنهم في تفقهم الشامل؛
- ✓ إعداد سياسات للطفولة والطفولة الصغرى، بالتنسيق مع سياسة الأسرة؛
- ✓ إقامة وتنفيذ البرامج والمشاريع المتعلقة بحقوق الطفل.

وتتضمن إدارة الطفل مصلحتين مركزيتين هما: مصلحة الطفولة ومصلحة الطفولة الصغرى. وتكأف المصلحة الأخيرة بما يلي:

- العمل على توسيع شبكات رياض الأطفال العمومية والخصوصية، والإشراف على نوعية المناهج وتكوين المربيّات، لتقديم وسط للأطفال من شأنه أن يساعد على تفنقهم الشامل؛
 - تأطير ومتابعة شبكات الطفولة الصغرى، والحضانات الأهلية والمراكز الجهوية للطفولة الصغرى؛
 - إعداد وتنفيذ سياسة وطنية للطفولة الصغرى.
- وتتضمن مصلحة الطفولة الصغرى قسامين: قسما لرياض الأطفال يكلف بتوسيع شبكة الرياض العمومية والخصوصية، وبنوعية المناهج ومتابعة التكوين المستمر للمربيّات؛ وقسما لمتابعة وتطبيق سياسة الطفولة الصغرى، يُعنى بتحديث وتنفيذ ومتابعة سياسة الطفولة الصغرى، إضافة إلى متابعة وتقييم الشبكات والمراكز الجهوية للطفولة الصغرى.

2. الإطار التشريعي والتنظيمي

كانت موريتانيا إحدى الدول السبّاقة إلى المصادقة على المعاهدة المتعلقة بحقوق الطفل، في سنة 1991. وقد اتخذت الحكومة العديد من الإجراءات الرامية إلى التوفيق بين التشريع الوطني وبين أحكام المعاهدة الدولية المتعلقة بحقوق الطفل. من ذلك إعداد مدونة الأحوال الشخصية، ووضع آلية معالجة ملائمة للطفل عن طريق القضاء والشرطة، وتطوير النظام التربوي، وتعزيز الأنشطة التي تقوم بها القطاعات الأخرى لصالح الطفولة الصغرى.

ويمنح التشريع الوطني مكانة مميزة لحماية الطفل. ولتتمثيل على ذلك، هناك عدة نماذج تستحق التوقف عندها:

- عدم التمييز بين الجنسين، الذي يضمنه الدستور (المادة الأولى)؛
- حق الطفل في الجنسية المحدد في القانون 112/61 الصادر بتاريخ 12 يونيو 1961؛
- إلزامية التعليم الأساسي بالنسبة للأطفال من 6 إلى 16 سنة، كما ينص على ذلك القانون رقم 2001/054. وينص نفس القانون على عقوبات في شكل غرامات تظال الأشخاص المسؤولين عن الطفل، والذين يرفضون دون سبب وجيه تسجيل الطفل في التعليم الأساسي؛
- حماية السكان ضد الاضطرابات الناجمة عن نقص مادة البود الذي كان موضوع المرسوم رقم 2004-034 الذي يُحرّم استيراد أو بيع الملح غير المشبع باليود، ويحدد معايير نوعية الملح المشبع باليود، إضافة إلى ظروف إنتاج هذا الملح، والمتابعات والعقوبات المطبّقة على المخالفين؛
- تحريم سوء معاملة الأطفال في موريتانيا كما ينص على ذلك الدستور (المادة الأولى)، والقانون الجزائي (المادة 285)؛
- حماية المصلحة العليا للطفل (المادتان 32 و34 من مدونة الالتزامات والعقود)؛
- تحريم عمل الأطفال فيما دون سن 14 سنة (المادة الأولى من الكتاب الثاني، الباب الأول، الفصل الأول من مدونة الشغل)؛
- تحريم العلاقة الجنسية مع القاصر (المادة 293 من المدونة الجزائية)؛
- حق الطفل في الحصول على اسم، وفي التسجيل في الحالة المدنية عند الولادة (المادة الأولى من القانون 020/96 والمادة 48 من القانون 019/96). وقد كشف المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا الذي أنجز سنة 2001/2000 أن 55.2% من الولادات تم التصريح بها، لكن الفارق في هذا الشأن بين أوساط الإقامة كبير جدا (72% في الوسط الحضري مقابل 42% في الوسط الريفي)؛ كما أن مستوى تعلّم المرأة حاسم في التصريح بالولادات، ذلك أن النساء اللاتي وصلن إلى مستوى التعليم الثانوي يسجلن أطفالهن بنسبة 77% من الحالات، مقابل 67.7% بالنسبة للنساء ذوات المستوى التعليمي القاعدي، و45% لمن تلقين دراسات محظريّة.

وينجم عدم التصريح بالولادات في أغلب الأحيان عن نقص في المعلومات أو في التحسيس بأهمية هذه العملية (35.7%). ولا يُعتبر بُعد مراكز الحالة المدنية وغلاء التكاليف مسؤولاً إلا على التوالي عن 14.1% و6.4% من الحالات. كما أن تدني نسبة تسجيل الأطفال عند الولادة يمكن أن يجد تفسيراً له في المعدل المرتفع للولادات التي تجري خارج الدوائر الصحية، وهو ما لم يستكشفه المسح المذكور.

من جهة أخرى، لم يجر حتى الآن تقنين لبعض الممارسات التقليدية الضارة كالخفافض والتسمين. بالنسبة للخفافض، بيّن المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا (2001/2000) أن 71.3% من النساء قد تلقينه. ويتم إجراء هذه العملية في 75% من الحالات قبل نهاية السنة الأولى.

أما عملية التسمين، فقد عرفت تراجعاً معتبراً خلال السنوات الأخيرة، خاصة في الأوساط الحضرية. فقد كشف المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن 22% فقط من النساء جرى تسمينهن في موريتانيا، خاصة في المكونات العربية من السكان. لكن يتعين التنبيه إلى أن هذه الممارسة تعرف في الوقت الراهن تراجعاً هاماً لدى الشبان، إذ أن نسبة 35% من النساء ممن تجاوزت أعمارهن 40 سنة صرحن بأنهن تعرضن للتسمين مقابل 27% في فئة 30-39% و11% في فئة 15-19 سنة.

وقد أعطت الجهود التي بذلتها كتابة الدولة لشؤون المرأة خلال السنوات الأخيرة في مجال تحسيس السكان حول مضار هذه الممارسات نتائج مرضية، إذ أصبح 70% من الرجال و64% من النساء يوافقون على هجر الخفافض، حسب المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا.

غير أن بعض المجالات المتعلقة بحياة الطفل لم يتم اتخاذ تشريع حتى الآن بشأنها. من ذلك -مثلاً- الإطار التشريعي والتنظيمي المناسب لسير عمل المؤسسات الخاصة بالطفولة الصغرى، والنظم المتعلقة بمواصفات واكتتاب ومسار تكوين مربيات رياض الأطفال.

3. عرض السياسات القطاعية التي تستهدف الطفولة الصغرى

1.3. الصحة

قامت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، منذ أكثر من عقد من الزمن بتنفيذ سياسة جديدة في مجال الصحة مكنت من إحراز تحسّن ملموس للوضعية الصحية في البلاد. وقد منحت الأولوية في هذه السياسة للنساء والأطفال.

وقد عززت البرامج التي تستهدف صحة الأم والطفل بوسائل بشرية ومادية ومالية من أجل تحقيق الأهداف المنشودة، والمتمثلة في الحد المعترف من معدلات أمراض ووفيات الأمهات والأطفال.

غير أن أشكال تقدّم هامة لا يزال يتعين القيام بها من أجل تحقيق الأهداف التي رسمتها موريتانيا لتحسين مؤشرات الصحة، وخاصة معدلات وفيات الأمومة والطفولة والأحداث التي تبلغ على التوالي 747 في كل 100 ألف ولادة حية، و 74% و 116% حسب المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا لسنة 2001/2000.

وتبيّن الإحصائيات الصحية لسنة 2004 أن الأمراض الرئيسية التي تمت ملاحظتها لدى الأطفال فيما دون سن الخامسة هي **الالتهابات التنفسية الحادة والملاريا وأشكال الإسهال**. أما المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا لسنة 2001/2000 فقد أشار إلى أن أمراض الأطفال الأكثر تفشيًا هي أشكال الحمى (31%) والإسهال (18%)، والالتهابات التنفسية الحادة (10%).

ومن بين البرامج التي تم تنفيذها بغية تحسين الوضعية الصحية للأطفال، يمكن أن نذكر: البرنامج الموسّع للتلقيح، والبرنامج الوطني متعدد القطاعات لمكافحة السيدا والالتهابات المنتقلة عبر الجنس، والبرنامج الوطني لمكافحة الملاريا، والبرنامج الوطني للصحة الإنجابية.

1.1.3. البرنامج الموسع للتلقيح

يسعى هذا البرنامج إلى تلقيح الأطفال في سن 0-11 شهرا والنساء في سن الإنجاب ضد بعض الأمراض التي كانت تشكل حتى عهد قريب أحد أبرز أسباب وفيات الأطفال (السل، الديدان، الخناق، الحصبة، الجدري والكزاز). كما أن داء الكبد الوبائي "ب" ذو تفش مرتفع، على الخصوص لدى المتبرعين بالدم (24%)؛ وهذا ما يفسر إدخال اللقاح المتعلق به في البرنامج الاعتيادي الموسع للتلقيح ابتداء من 2005.

ويستخدم البرنامج استراتيجيتين بالأساس:

- الاستراتيجية الثابتة من خلال خدمات صحة الأمومة والطفولة؛
- الاستراتيجية المتنقلة، خاصة في المناطق الريفية، من خلال الفرق المتنقلة.

وهناك استراتيجية ثالثة تم إدخالها سنة 1985 تُدعى "استراتيجية التسريع" من خلال الأيام البلدية للتلقيح (من 1985 إلى 1989)، والأيام المغاربية للتلقيح من (1990 إلى 1994) والأيام الوطنية للتلقيح من أجل القضاء على الشلل والسيطرة على الحصبة.

وهكذا بلغت التغطية للقاحية في سنة 2004 على سبيل المثال ضد الديدان والكزاز والخناق، من خلال الاستراتيجيات الوطنية، على التوالي 67.6% و 32.4% للاستراتيجية الثابتة والاستراتيجية المتنقلة.

وبالنسبة للتغطية للقاحية، تبين نتائج المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا لسنة 2001/2000 أنها لا تزال ضعيفة لأن 32% فقط من الأطفال من فئة 12-23 شهرا تلقوا جميع اللقاحات بكامل الجرعات في برنامج التلقيح الموسع، و 15% من هذه الفئة لم تتلق أي لقاح.

لكن، نجد لحسن الحظ أن هذه النتيجة لا تتناسب مع الجهود الذي بُذل لمكافحة الشلل والحصبة (على التوالي 80% و 62% حسب المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا).

وقد مكنت حملات السنوات الأخيرة من الرفع المعتبر من معدلات التغطية للقاحية على مستوى مجموع الولايات تقريبا؛ وهذا التحسن يجد تفسيراً له في زيادة حجم المخصصات الممنوحة للبرنامج الموسع للتلقيح، ضمن مبادرة الحد من المديونية.

الجدول رقم 3: نسبة التغطية للقاحية حسب الولايات بتاريخ 2004/12/31

الولاية	لقاح	السل	لقاح الشلل 3	الديدان والكزاز والخناق 3	الجدري	الجدري والكزاز 2
الحوض الشرقي	70	60	63	46	31	70
الحوض الغربي	84	60	61	54	15	84
لغصابه	110	89	92	75	37	110
كوركول	84	73	75	58	38	84
ليركان	95	78	84	80	38	95
اترارزه	68	59	59	57	21	68
أدرار	73	48	50	51	10	73
داخلت نواذيبو	74	73	73	57	33	74
تكانت	81	48	53	58	50	81
كيدي ماغه	95	82	83	65	44	95
تيرس الزمور	66	57	57	53	18	66
إينشيري	80	69	69	77	40	80
انواكشوط	92	65	65	75	39	92
وطنيا	86	68	70	64	33	86

المصدر: البرنامج الموسع للتلقيح، ديسمبر 2004

يترجم تدني معدل تلقيح المرأة في سن الإنجاب ضد الكزاز (33%)، مع نسبة أعلى هي 40% لدى النساء الحوامل) ضعف ارتياد الدوائر الصحية، وهو ما يتطلب بذل جهد في مجال تحسين النساء حول ضرورة الاستفادة من الدوائر الصحية.

أما التلقيح ضد داء الكبد من فئة "ب"، فقد تم إدخاله في البرنامج الموسع للتلقيح الاعتيادي منذ شهر مارس 2005، ويُقام بالتلقيح عبر ثلاث جرعات يفصل بين كل اثنتين منها شهر. وقد مكنت الحملة التي أُجريت في هذا الشأن من جعل 33.688 طفلاً فيما بين 0 و11 شهراً يتلقون الجرعة الأولى، وهو ما يمثل نسبة تلقيح من 57% على المستوى الوطني.

غير أن البرنامج الموسع للتلقيح لا يزال يعاني من بعض سمات الضعف التي تحدّ من مفعول الجهد المبذول من قبل الحكومة لتلقيح الأطفال. من سمات الضعف تلك، يمكن أن نذكر:

- عدم كفاية الموارد البشرية المؤهلة؛
- الكلفة المرتفعة للتلقيح، بسبب ضخامة الإقليم، وبالتالي ضعف الكثافة السكانية؛
- ضعف سياسة الاتصال المعتمدة في البرنامج، وهو ما يحول دون المزيد من التحسيس حول فائدة التلقيح؛
- عدم كفاية التخطيط الوظيفي؛
- عدم إشراك القطاع الخاص في المجهود الوطني في مجال التلقيح.

2.1.3. البرنامج الوطني للصحة الإنجابية

في الوقت الراهن، تطبع الصحة الإنجابية المشاكل التالية:

- الارتفاع الكبير لمستوى الوفيات والأمراض المتعلقة بالأمومة في مرحلة ما قبل الوضع: 747 حالة وفيات للأم في كل 100 ألف ولادة حية، مع 53% من النساء الحوامل المصابات بفقر الدم، ومعدل وفيات لمرحلة ما قبل الولادة يناهز 35%؛
- نسب لا تزال مرتفعة في معدلات وفيات الأطفال والأحداث (74 في الألف و116 في الألف)؛
- زيادة تفشي الالتهابات المنتقلة عبر الجنس/ السيدا، والالتهابات النذبية.

ويؤكد ضعف معدلات الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية أن هذه المشاكل لا تزال قائمة. فحسب المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا، يظهر مستوى مؤشرات الصحة الإنجابية وطنياً على النحو التالي:

- انتشار موانع الحمل لدى النساء: 8%
- معدل المعاینات فيما قبل الوضع: 64.6%
- نسبة التغطية بvat2 وأكثر لدى النساء الحوامل: 24.7%
- نسبة الولادات التي تحصل تحت رعاية طاقم مكوّن: 56.9%
- نسبة التغطية لمعاينات ما بعد الوضع: 9.2%.

ولمعالجة هذه الوضعية وضمان تكفل أفضل بصحة الأم والطفل، أعد البرنامج خطة استراتيجية للفترة 2003-2007 من أبرز أهدافها:

- ◆ الإسهام في الحد من وفيات الأمومة ووفيات الأجنّة، عبر تعزيز نفاذ الأمهات والرضع إلى خدماتٍ نوعية في كافة مراحل الحمل والوضع، وإثر الوضع، خاصة في الحالات التي تحدث فيها تعقيدات؛
- ◆ تحسين الصحة الإنجابية للنساء عبر تقديم استجابة مناسبة في مجال منع الحمل تتناسب مع احتياجاتهن، خاصة من خلال نشر وتعميم النفاذ إلى وسائل تخطيط الولادات، وتقديم خدمات ذات

نوعية، على الخصوص في المناطق الريفية، وذلك في انسجام مع السياق الديني والثقافي للشعب الموريتاني؛

◆ ضمان التكفل بالصحة الإنجابية للمراهقين والشبان، عبر منحهم مجالات يستطيع فيها طاقم مؤهل أن يُمدّهم بردود على توقعاتهم.

وستتحقق الأهداف المذكورة أعلاه من خلال تنفيذ ثلاث استراتيجيات كبرى رئيسية هي:

- مكافحة الوفيات والأمراض عند الأمومة والأجنة في أشكالها الحادة؛
- تعزيز مستوى تباعد الولادات والتخطيط الأسري؛
- ترقية الصحة الإنجابية للمراهقين والشبان.

وفي موريتانيا، يستفيد المخطط الاستراتيجي لتعزيز الصحة الإنجابية من دعم شركاء في مجال التنمية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الإفريقي للتنمية، البنك الدولي، المنظمة العالمية للصحة، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف))، وذلك علاوة على الجهد الذي تبذله الحكومة في هذا المجال.

وفي إطار تحصيل التكاليف من الخدمات الطبية، ومن أجل الحد من أمراض ووفيات الأمومة والأجنة، أرسلت وزارة الصحة بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة والتعاون الفرنسي مشروع "المبلغ الجزافي للتوليد" في نواكشوط. ويرمي هذا المشروع إلى تحسين مستوى النفاذ إلى العلاجات بالنسبة لكافة النساء خلال فترة الحمل، من أجل تمكينهن من الوضع (الولادة) بشكل مناسب في الدوائر الصحية العمومية. مقابل ذلك، على المرأة أن تدفع مبلغا واحدا جزافيا يسيرا؛ أو أن تدفع عند الفحص التالي تعريفة تم إقرارها من قبل.

وقد تم إرساء "المبلغ الجزافي للتوليد" في مقاطعتي السبخة والميناء، قبل أن يعرف توسعا في ولايات الحوضين والعصابه، ونواكشوط في شهر مايو 2005.

3.1.3. البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا

• الوضعية الوبائية

لا تزال الملاريا مشكلا بارزا للصحة العمومية، من حيث آثارها الاجتماعية والاقتصادية، ومن حيث المنزلة التي تحتلها في أسباب المعايينات داخل التشكيلات الصحية. فهي تحتل المرتبة الثالثة في أسباب المعايينات على المستوى الوطني، بعد الانتهايات التنفسية الحادة وأمراض الإسهال. وهي تنصدر الأسباب في الولايات الجنوبية والشرقية من البلاد.

وهناك ثلاثة دوافع رئيسية تجعل من الملاريا مشكلا رئيسيا للصحة العمومية في موريتانيا:

◆ **التكفل غير الكافي بحالات الملاريا على مستوى الدوائر الصحية،** لأن أية حمى يتم التعامل معها على أنها من فصيلة الملاريا، دون تمييز. كما أن المتابعة السليمة لا يتم القيام بها في الحالات التي يُتأكد منها. وقد بيّن المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن 31% من الأطفال فيما دون سن الخامسة ممن أصابتهم الحمى تمت معالجتهم أساسا بأدوية مضادة للملاريا.

◆ **ضعف توفر الناموسيات المشبّعة والحاجة إلى تعزيز حملات الترقية المتعلقة بها.** فقد كشف المسح حول "وفيات الأطفال والملاريا" أن النسبة المئوية للأسر التي تمتلك ناموسية واحدة مشبّعة على الأقل خلال الأشهر الستة الأخيرة متدنية (0.6%)؛ مع أن 56% من ذات السكان يمتلكون على الأقل ناموسية واحدة. أما عدد الأطفال فيما دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات فيقدر بـ 31%، في حين أن هذه النسبة لا تتجاوز 4.1% من بالنسبة للأطفال من نفس الفئة العمرية الذين يستخدمون الناموسيات المعالجة، وتصل النسبة 2.1% بالنسبة لأولئك الذين

يستعملون الناموسيات التي تم تشييعها منذ ستة أشهر؛ رغم أن هذا المعدل أكثر ارتفاعا لدى النساء الحوامل (6.6%).

◆ **التأخر في إرساء مختبر مراقبة نوعيات الأدوية،** مما أعاق المراقبة الصارمة لنوعية المنتجات التي تدخل السوق الوطنية، خاصة تلك المضادة للملاريا والتي ينتشر استهلاكها على نطاق واسع، مع إسهام القطاع غير المصنّف كثيرا في توفيرها على امتداد التراب الوطني.

ولمواجهة هذه الوضعية، أنشأت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية سنة 1996 برنامجا وطنيا لمكافحة الملاريا. وقد قام هذا البرنامج بصياغة سياسة وطنية لمكافحة هذا المرض في إطار مبادرة "العمل على تراجع الملاريا". وقد تلقى البرنامج دعما من الدولة والمنظمة العالمية للصحة، واليونيسيف، والوكالة الدولية للتعاون وGFATM، والتعاون الياباني. ويذكر على المستوى الجهوي تدخل الوكالة الألمانية للتعاون في الحوضين.

- ويسعى البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا إلى تحقيق الأهداف التالية:
- الحد بنسبة 30% على الأقل من الوفيات التي تعود إلى الملاريا من الآن وحتى سنة 2005؛
 - الحد بنسبة 30% على الأقل من حالات الإصابة بالملاريا من الآن وحتى سنة 2005.

وستتحقق الأهداف المذكورة أعلاه من خلال تنفيذ الاستراتيجيات التالية:

- التكفل المبكر والسليم بحالات الإصابة بالملاريا؛
- الترقية المتسارعة للناموسيات المشبّعة؛
- الوقاية من الملاريا عن طريق ترقية استخدام النساء الحوامل لمضادات الملاريا؛
- تفعيل عمليات الوقاية والكشف والمكافحة لحالات الملاريا الوبائية؛
- القيام بالتعبئة الاجتماعية واستغلال الإعلام والتثقيف والاتصال والأنشطة الجماعية؛
- البحث العملي؛
- القيام بعمليات الإشراف والمساعدة، وتقييم التدخلات المتعلقة بمكافحة الملاريا؛
- تعزيز قدرات تسيير البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا؛
- تعزيز التنسيق والشراكة في إطار مبادرة RBM/GBATM.

4.1.3. البرنامج الوطني متعدد القطاعات لمكافحة الالتهابات المنتقلة عبر الجنس والسيدا

بُعِدَ ظهور أول إصابة بالسيدا في البلاد، أقامت موريتانيا برنامجا وطنيا لمكافحة هذا الداء (البرنامج الوطني لمكافحة السيدا). وقد تركّزت الجهود المبذولة بادئ الأمر حول الجوانب الصحية للمرض. لكن عملية المناصرة التي أطلقها البرنامج الوطني لمكافحة السيدا مكّنت من الوعي بسرعة باتساع دائرة المشكلة وضرورة القيام بنشاط متعدد القطاعات يعتمد التشاور، وذلك لتحاشي انتشار المرض، والتمكين من التكفل بشكل شامل بالحالات التي تم التصريح بها.

وتظهر الوضعية الوبائية العامة على نحو ما يظهر في الجدول التالي:

تقدير عدد الأشخاص الذي يعيشون بفيروس السيدا نهاية 1999				اليتامي	حالات الوفاة بسبب السيدا	عدد السكان سنة 1999 (بالآلاف)	
الراشدون والأطفال	الراشدون (15-49 سنة)	النسبة لدى الراشدين (%)	النساء (15-49 سنة)	المجموع المترام	الراشدون والأطفال في 1999	المجموع	الراشدون (15-49 سنة)
6.600	6.300	0.52	3.500	260	-	610	1.210

المصدر: الإطار الاستراتيجي الوطني لمكافحة الأمراض المنتقلة عبر الجنس والسيدا 2003 - 2007

لقد بيّنت المسوح حول حمل فيروس نقص المناعة المكتسبة لدى النساء اللائي تابعن معاینات لمرحلة ما قبل الولادة في سنتي 2001 و2003 أن نسبة حمل الفيروس في هاتين السنتين تبلغ على التوالي 0.57% و0.83%. كما أن نسبة تفش تبلغ 0.67% لوحظت لدى المتبرعين بالدم في سنة 2001.

وفيما بين 2002 و2004، عرف التواتر السنوي لفيروس نقص المناعة المكتسبة ارتفاعا على مستوى وحدات الكشف الطوعية المُقامة في انواكشوط وكيفه، وهو ما يفسره طلبُ الكشف من قبل السكان الأكثر تعرضا، وخاصة من شركاء حاملي الفيروس.

وقد بيّنت مختلف المسوح التي أُجريت لدى المصابين بالسل تطورا معتبرا لحمل فيروس نقص المناعة المكتسبة، حيث انتقلت النسبة من 0.53% سنة 1986 إلى 5.2% سنة 2002.

وعلى مستوى فئة الملتحقين حديثا بالجيش (18-25 سنة) لسنة 2004، تلاحظ نسبة تفش تبلغ 0.21%، وهو ما يعكس معطيات السكان بوجه عام. وإلى حد الآن، لا توجد بيانات حول تفشي فيروس نقص المناعة المكتسبة لدى فئة البغايا.

ويذكر أن هذا المرض كان مجهولا لدى الجمهور الواسع، لكن جهود التحسيس التي قامت بها الحكومة في السنوات الأخيرة مكنت من تحسين مستوى المعرفة به. وهكذا، كشف المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن 86% من الرجال و76% من النساء قد سمعوا عن السيدا. وهذه الأرقام متباعدة جدا مع النتائج التي حُصل عليها حول معرفة السكان لوسائل الوقاية منه، ذلك أن نسبة 44% من النساء تعرف السيدا دون أن تكون قادرة على معرفة الوسائل التي تمكّن من تحاشيه.

وعلى الرغم من وجود فروق هامة بين الولايات، يبقى انتشار فيروس السيدا في موريتانيا عموما حتى الآن ضعيفا. غير أن إسقاطات مختلف العوامل مقلقة كما يبيّن ذلك الجدول التالي.

الجدول رقم 4: إسقاطات العوامل حول فيروس نقص المناعة المكتسبة/ السيدا

المؤشرات	السنوات	
	2004	2010
تفشي فيروس السيدا لدى الراشدين	0.98%	1.3%
عدد النساء الحوامل لفيروس السيدا	1480	2120
عدد حالات الإصابة الجديدة لفيروس السيدا	2610	3420
الحالات الجديدة للسيدا	1100	2020
الوفيات الناجمة عن مرض السيدا	1020	1880
الوفيات المجمعّة الناجمة عن السيدا	7270	16310
عدد الأشخاص الجدد الذين يتعين أن يوضعوا تحت ARV	2260	4050
حالات السل	4730	5850
اليتامى من الأبوين بسبب السيدا	1740	3860

ومن أجل إيقاف انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة / السيدا، وتحقيق فعالية أكبر للنشاط المُقام به، أعدت الحكومة ونفذت برنامجا وطنيا متعدد القطاعات لمكافحة الأمراض المنتقلة عبر الجنس والسيدا.

وهكذا، تم في أكتوبر 2002 إنشاء لجنة وطنية متعددة القطاعات لمكافحة السيدا، برئاسة الوزير الأول وعضوية ممثلين عن القطاعات العمومية والخصوصية والمجتمع المدني والتنظيمات الدينية. وقد كلفت هذه اللجنة بتنفيذ إطار استراتيجي لمكافحة السيدا.

وتتمثل مهام اللجنة في:

- إقرار استراتيجيات وسياسات لمكافحة السيدا؛
- القيام بعمليات التحسيس وتعبئة الموارد؛
- ضمان تقديم استجابة متعددة القطاعات، وتنسيق الأنشطة مع المانحين، ومتابعة وتقييم خطط العمل المتعلقة بمكافحة السيدا.

ويضم المشروع الوطني متعدد القطاعات لمكافحة الأمراض المنتقلة عبر الجنس والسيدا أربع مكونات:

- (1) تعزيز قدرات الهيئات العمومية والمجتمع المدني وإدارة المشروع؛
- (2) توسيع مدى استجابة القطاع العمومي غير الصحي المتعدد الأطراف، في مجال الوقاية والعلاجات المتعلقة بالسيدا؛
- (3) توسيع مدى استجابات القطاع الصحي في مجال الوقاية والمعالجة وتقديم الأدوية المتعلقة بالسيدا والأمراض المنتقلة عبر الجنس؛
- (4) تطوير وتوسيع المبادرات التي تقوم بها تنظيمات المجتمع المدني والقطاع الخاص المتعلقة بمكافحة السيدا.

5.1.3. البرنامج الوطني لصحة الفم والأسنان

تم إنشاء البرنامج الوطني لصحة الفم والأسنان في سنة 1999. وقد ارتسم كهدف لنشاطه ترقية صحة الفم والأسنان في موريتانيا. أما الاستراتيجيات الرئيسية التي اعتمدها البرنامج فهي:

- دمج أنشطة صحة الفم والأسنان في نظام العلاجات الصحية الأولية؛
- نشر خطابات الإعلام والتثقيب والاتصال الفعالة حول ضرورة التغيير الإيجابي للمسلوكيات؛
- تحسين مستوى توفير العلاجات المتعلقة بالفم والأسنان وتيسير النفاذ إليها.

وتكشف البيانات الوبائية المتوفرة عن تفش مرتفع لحالات تسوس الأسنان (80%) مع أساس CAO يبلغ 3.77. وتبين إحصائيات وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية أن التهابات الفم والأسنان تشكل السبب السادس من أسباب المعاينة الطبية.

كما أن المسح الذي قيم به في 6 مدارس في انواكشوط و4 أخريات في عاصمة الحوض الغربي لدى أطفال في سن الثانية عشرة كشف عن النتائج التالية:

- وضعية سيئة للأسنان تطبعها نسبة 29.4% من حالات نزيف الدم في اللثة، و35.3% من البقع اللاصقة في الأسنان. وكان مستوى الوقاية الملاحظ أفضل لدى البنات (40.7% من حالات سلامة الأسنان، مقابل 30.4% عند الأولاد)؛
- تفش ضعيف لحالات الانسداد الرخو في الولايتين، وبالنسبة للجنسين؛
- وضعية أسنان يطبعها تفش كبير للتسوس الذي يدور حول نسبة 71%، وإن بشكل متباين بين الولايتين (84.2% في انواكشوط و59.6% في لعيون) وهيمنة لدى البنات (75.6%) مقارنة بالأولاد (67%)؛
- أساس يتعلق بتسوس الأسنان (CAO) المعتدل في حدود 3.71؛ لكنه متغير تبعا للمدينة والجنس والمقاطعة. فهو أكثر حدة في انواكشوط (5.2) بأعلى قيمة في مقاطعة الرياض (5.44)، وهي لدى الأولاد أرفع (4.26) منها لدى البنات (3.24).

وتبرز نتائج هذا المسح الوضعية المتردية لصحة الفم والأسنان وضرورة وضع استراتيجية فعالة لضمان التشخيص والعلاجات الملائمة لهذا الصنف من الأمراض من جهة، والقيام بعمليات التحسيس حول مشاكل صحة الفم والأسنان من جهة أخرى.

6.1.3. برنامج التكفل المندمج بأمراض الطفل

آخر وليد في برامج الصحة والشؤون الاجتماعية هو برنامج التكفل المندمج بأمراض الطفل الذي يطمح إلى التكفل المندمج المناسب بأمراض الطفل في كافة التشكيلات الصحية. وهكذا، عكف منذ سنة 2002 على خطة عمل تمتد على الفترة 2002 – 2004، كما قام بتكوين المكونين، وتكييف الأدوات والمحاور التكوينية، إضافة إلى إجراء مسح غذائي في مناطق نموذجية.

ويُذكر أن بعض الأمراض لا تزال كثيرة الانتشار لدى الأطفال، على الرغم من الجهود التي بذلتها السلطات العمومية حتى الآن. ويتعلق الأمر على وجه الخصوص بأشكال الحمى والإسهال والالتهابات التنفسية الحادة التي تصل على التوالي إلى 31%، و10% و18% حسب المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا 2000 – 2001.

وبالجملة، فإن وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية تقوم في الوقت الراهن بتنفيذ (أو تزمع تنفيذ) برامج تستهدف بأكملها الطفولة الصغرى. وستساهم هذه التدخلات دونما شك في تحقيق الرخاء بالنسبة للطفل إذا ما تم تنفيذها حسب مقاربة مدمجة، وإذا ما تم توسيعها لتشمل كافة التشكيلات الصحية في البلاد، وإذا ما ضُمّن لها التنسيق القطاعي المشترك اللازم.

2.3. التغذية

يطبع الوضعية الغذائية في موريتانيا انتشاراً سوء التغذية البروتيني الطاقوي، ونقص المكونات الدقيقة وما ينجم عنه من وفيات.

وتبيّن مختلف المسوح التي قيم بها حتى الآن أن الوضعية مقلقة. فقد كشف المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن أكثر من 35% من الأطفال فيما دون سن الخامسة يعانون من سوء تغذية مزمن، وأن 17% من هؤلاء يعانون منه في شكله الحاد.

ويقدم الجدول التالي المؤشرات الرئيسية المتعلقة بالتغذية.

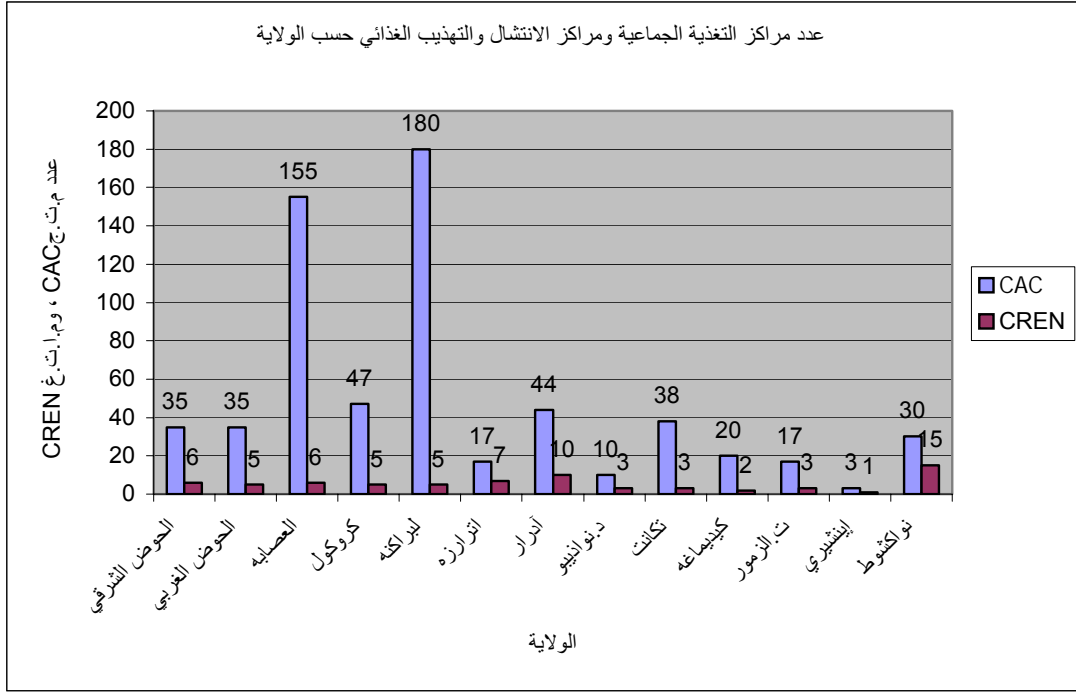
الجدول رقم 5: المؤشرات الرئيسية للتغذية

المؤشرات	القيمة	المعدل الجهوي (إفريقيا جنوب الصحراء)	مصدر البيانات المتعلقة بموريتانيا
معدل حالات فقر الدم لدى النساء الحوامل	53%	-	البرنامج الوطني للصحة الإنجابية/ وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
نقص الوزن عند الولادة	9.2%	15%	المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا 2000 - 2001
سوء التغذية:			
- المزمّن	35%	-	
- الحاد	17%	-	
عدم كفاية الوزن	32%	20.5%	
تأخر النمو	35%	37%	
الهزال	13%	10%	
الرضاعة الطبيعية:			
- الإرضاع الصرف (0 – 3 أشهر)	21.6%	34%	
- زائد أغذية الفطام	96.7%	60%	
- الإبقاء على الإرضاع (20-23 شهرا)	49.6%	52%	
تغطية التكميل بفتيامين أ (6-59 شهرا)	57.8%	54%	
نسبة الأسر التي تستهلك الملح المشبع باليود	1.1%	64%	

ويفسّر تدني نسبة الأسر التي تستخدم الملح المشبع باليود جزئياً التقشي الكبير للاضطرابات الناجمة عن نقص مادة اليود.

وتقوم وزارات عدّة بتطوير أنشطة لمكافحة مختلف أشكال سوء التغذية، وذلك على النحو التالي:

(1) وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، من خلال تصوّر وتنفيذ برامج للتغذية. وتجري هذه الأنشطة داخل مراكز الانتشال والتهديب الغذائي ومراكز التغذية الجماعية المدمجة مع التشكيلات الصحية. ويقدم الشكل التالي توزيع مراكز التغذية الجماعية (م.ت.ج) ومراكز الانتشال والتهديب الغذائي (م.ا.ت.غ) حسب الولاية في سنة 2003.



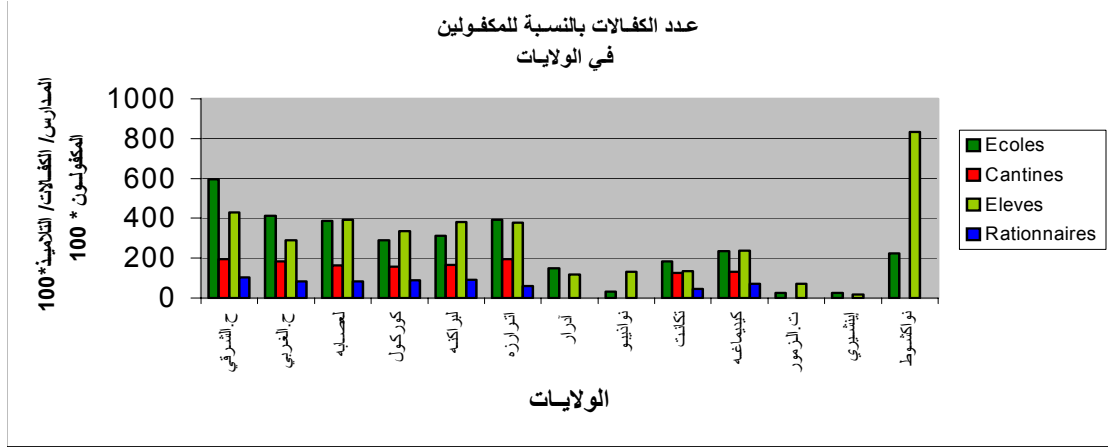
المصدر: إدارة مكافحة المرض/ وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

تقوم مراكز التغذية الجماعية ومراكز الانتشال والتهديب الغذائي -التي يتوفّر منها 702 على امتداد التراب الوطني- بالتكفل في مجال التغذية بـ 19.325 طفلا، أي بمعدل 27 طفلا لكل هيئة، وهو ما يمثل معدل تغطية بنسبة 2.8% للأطفال من فئة 0-6 سنوات.

(2) وزارة التهديب الوطني التي تُسهم في هذا المجهود من خلال الكفالات المدرسية. ذلك أن هذا القطاع يدعمه برنامج الغذاء العالمي في جهوده الرامية إلى مكافحة سوء التغذية من خلال فتح الكفالات المدرسية. وقد غطى برنامج الكفالات المدرسية 1.316 مدرسة تتوزع على 8 ولايات هي الحوضان والعصابة وكوركول ولبركانه واطرارزه وتكانت وكيدماغه. وتستقبل الكفالات المدرسية 64.580 مكفولا من بينهم 62.600 تلميذ في مدارس التعليم الأساسي و1.980 من تلاميذ المحاضر والمعاهد الإسلامية. وعليه، فهي تغطي نسبة 40.3% من مدارس التعليم الأساسي، وهو ما يساوي و16.7% من مجموع عدد تلاميذ التعليم الأساسي. أما نصيب المحاضر والمعاهد الإسلامية فيمثل 4.6% من مجموع الكفالات.

وهكذا، يبدو بوضوح وجود نقص كبير في مجال التغطية بالكفالات على مستوى مدارس التعليم الأساسي، وبشكل أكبر على مستوى هياكل التعليم الأصلي.

الشكل رقم 2: توزيع الكفالات حسب المكفولين تبعاً للولايات



3) **كتابة الدولة لشؤون المرأة**، التي تنفّذ مشروعاً للتغذية الجماعية (نيتريكوم) يستهدف النساء الحوامل والأطفال في ما دون سن الثالثة. ويسعى هذا المشروع إلى تجريب مقاربة للتغذية الجماعية حسب نمطين متميزين، أحدهما في الوسط الريفي والآخر في الوسط الحضري؛ وذلك من أجل الحد بشكل قابل للقياس من سوء التغذية لدى الأطفال، وتحسين صحة الأمهات. وهو يغطي خمس ولايات هي: الحوض الغربي والعصابه وكوركول وناواكشوط وداخت نواذيبو.

ويشمل المشروع، علاوة على الدعم المؤسسي لكتابة الدولة لشؤون المرأة، أربع مكونات هي: التغذية، والمشاريع الصغيرة، والتعبئة الاجتماعية، والتقييم الخارجي.

4) **مفوضية الأمن الغذائي**، التي تنفّذ بشكل مستمر أنشطة لضمان الأمن الغذائي للسكان. وهناك أنشطة ظرفية تقوم بها في حالات الاستعجال والكوارث.

وفي سنة 2004، قامت الحكومة بإعداد "سياسة وطنية لتنمية التغذية". وهذه السياسة التي تدرج في إطار مكافحة الفقر في موريتانيا طبقاً لروح القانون التوجيهي رقم 50-2001 تستهدف بوجه عام "تحسين نفاذ الأسر الموريتانية، وخاصة الأسر الفقيرة، إلى المنتجات الغذائية ذات الأولوية (كما وكيفاً) للحد بشكل معتبر من الوفيات والأمراض المتصلة بمشاكل التغذية؛ وترقية مسلكيات غذائية مناسبة".

وتتمحور السياسة الوطنية لتنمية التغذية حول أربعة محاور أساسية هي:

- الأمن الغذائي
- التغذية داخل المصالح الصحية
- التغذية الجماعية وبرنامج الطفولة الصغرى
- التغذية المدرسية.

وهناك خمسة محاور أخرى أفقية تأتي لتعزيز محاور السياسة الوطنية لتنمية التغذية، وهي:

- الإعلام والتثقيب والاتصال في مجال التغذية؛
- نظام المعلومات؛
- ترقية البحث التطبيقي والتكوين في مجال التغذية؛

- مراقبة نوعية الأغذية؛
- الشراكة مع المجتمع المدني.

3.3. التربية

ثبت حديثاً أن التربية تشكّل الوسيلة الأكثر أماناً لضمان التنمية المنسجمة للأطفال. وفي موريتانيا، توجد عدة أشكال من التعليم تساهم في تربية الطفولة الصغرى:

- التعليم الأصلي الذي يمكّن من محو الأمية عن الأولياء وتربية الأبناء؛
- التعليم النظامي الذي يضمن -من خلال رياض الأطفال والحضانات الأهلية - الإعداد الأولي والتحفيز السيكلوجي والاجتماعي للطفل في مرحلة ما قبل التمدرس قبل أن يتمكن من بدء دراسته القاعدية.

• محو الأمية والتعليم الأصلي (المحاضر)

- محو الأمية:

في شبه المنطقة، كانت موريتانيا من أوائل الدول التي أعطت عناية خاصة لمحو الأمية ولتثمين دور التعليم الأصلي (المحاضر). وفي هذا الصدد، تم إنشاء قطاع وزارتي سنة 1986 كُلف بإرساء سياسة وطنية في هذا المجال.

وقد بيّن المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن نسبة الأمية تبلغ 32.9% عند النساء و23.8% لدى الرجال، وهو ما يترجم ضرورة بذل المزيد من الجهود في مجال التحسيس من أجل محو الأمية عن الأولياء وتربيتهم.

- التعليم الأصلي

إن هذا التعليم الذي يمارس في مدارس غير نظامية تُدعى المحاضر، قد أسهم على نطاق واسع في دعم الجهود المبذولة في مجال محو الأمية في موريتانيا. وقد أنجزت الوزارة المكلفة بمحو الأمية وبالتوجيه الإسلامي والتعليم الأصلي سنة 2001 مسحا مكن من إحصاء 3.098 محظرة تتوزع على ثلاثة أصناف حسب المواد المُدرّسة في هذه المؤسسات:

- 233 محظرة عامة أو جامعة تُدرّس كافة المواد من قرآن وفقه وحديث وغيره؛
- 865 محظرة متخصصة تُدرّس علاوةً على القرآن مادة واحدة؛
- 2000 محظرة قرآنية حيث يُدرس القرآن بشكل صرف.

بيّن المسح ذاته أن أعداد التلاميذ في هذه المؤسسات تقدّر بـ 78.915 متعلما يتوزعون إلى 42.614 بنتا و36.301 ولدا.

وتترجم هذه الأرقام بجلاء أهمية المحاضر في محو الأمية ودورها المحوري في إعداد الأطفال للالتحاق بالتعليم الأساسي.

لكن، للأسف، لا تسمح الإحصائيات المتوقّرة بمعرفة عدد الأطفال من فئة 0-8 الذين يرتادون هذه المحاضر، ولا عن توزيعهم حسب العمر والجنس والولاية.

ومهما يكن، فإن المحظرة لا تزال تشكّل بالنسبة للأسرة الموريتانية الملجأ الأول لتحقيق التمدرس المبكر؛ بل أكثر من ذلك، تبقى المحظرة مؤسسة مفتوحة يرتادها المتعلمون بموازاة مع المدرسة العصرية.

وعليه، ينبغي اتخاذ تدابير من أجل تحسين إطار ووضعية المحاضر، خاصة في مجال النظافة، مع المحافظة على طابعها الحضاري الخصوصي.

• التعليم الرسمي ما قبل المدرسي:

كشفت كافة الدراسات التي أجريت حول مختلف أشكال التعليم ما قبل المدرسي عن أهميته في التهيئة للتعليم القاعدي والنفاز إليه. ذلك أن التعليم ما قبل المدرسي يسهل عملية التكيف الاجتماعي ويُعدُّ الأطفال للكتابة والقراءة واعتماد الطرائق الجيدة.

وهذا ما يجعل من الضرورة بمكان بذل الجهد لضمان الاستمرارية التربوية فيما بين السنة الأخيرة من التعليم ما قبل المدرسي والسنة الأولى من التعليم الأساسي. ومن المعلوم أن الحاجة في موريتانيا إلى هياكل الحضانة الجماعية التي تستقبل الأطفال من فئة 0-6 سنوات أصبحت متنامية، وذلك نتيجة آثار الهجرة الريفية وضرورة نفاذ المرأة إلى سوق الشغل.

وهذه الفئة العمرية التي تُقدَّر بـ 270.319 طفلا حسب إسقاطات المكتب الوطني للإحصاء لسنة 2002، تبلغ حوالي 10% من مجموع سكان البلاد؛ وهي تتوزع إلى 136.325 طفلا (50.43%) و 133.994 بنتا (49.57%).

وفي غياب بيانات مكتملة وموثوقة عن القطاع التربوي ما قبل المدرسي الرسمي، يكون من الصعوبة بمكان معرفة هذه الوضعية بدقة. لكن، من الأكيد أن الكثير من المشاكل لا تزال قائمة في هذا القطاع على مستوى الموارد البشرية والمادية والمالية.

(1) المنشآت

تطورت المنشآت من 18 منشأة في سنة 1996 إلى 243 في سنة 2003 وهو ما يعطي عاملا مضاعفا يقارب 13.5، ويؤكد التنبؤات التي تتحدث عن زيادة هائلة لهذه الهياكل في المستقبل.

الجدول رقم 6: توزيع هياكل الحضانة حسب الولاية والنمط

في سنة 2005، كان العدد الإجمالي لهياكل الحضانة 610 منشأة تتوزع حسب الولاية والنمط على النحو التالي:

الولاية	أنماط الهياكل				المجموع
	رياض الأطفال العمومية	رياض الأطفال البلدية	رياض الأطفال الخصوصية	الحضانات الأهلية	
الحوض الشرقي	0	0	5	5	10
الحوض الغربي	0	0	6	14	20
العصابة	1	0	10	53	64
كوركول	1	0	6	23	30
ليراكنه	2	1	3	52	58
اترارزه	2	0	6	35	41
آدرار	1	0	6	13	20
داخلت نواذيبو	0	0	3	5	8
تكانت	1	7	8	14	30
كيدماغه	0	0	4	6	10
تيرس الزمور	0	0	5	8	13
إينشيري	0	0	3	7	10
انواكشوط	4	0	60	232	296
المجموع	12	8	125	465	610

المصدر: إدارة الأسرة والطفل/ كتابة الدولة لشؤون المرأة

يقدر العدد الإجمالي للأطفال في المرحلة ما قبل المدرسية بـ 360.550 تلميذاً، من بينهم 180.170 بنتاً. ويتولى تأطير هؤلاء الأطفال أكثر من 1.800 مربية.

ويبين الجدول أن هياكل الإيواء المتوفرة في المستوى ما قبل المدرسي النظامي تغطي حوالي 4.50% من احتياجات الأطفال في سن ما قبل التمدرس.

أما المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا لسنة 2001/2000 فيقدم نسبة تغطية للتعليم ما قبل المدرسي تبلغ 8.2% بالنسبة للأطفال من فئة 3 إلى 5 سنوات، مع حالات قصوى تنتقل من 3.7% في الوسط الريفي إلى 16.4% في مدينة انواكشوط. ويمكن تفسير هذا الفارق بين نسبة التغطية التي تتحدث عن 6.84% وتلك التي قدمها المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا من خلال نصيب المحظرة في هذا المستوى التعليمي ما قبل المدرسي من جهة وكون المسح قام على أطفال فئة 3-5 سنوات الذين يرتادون الحدائق أو المدارس.

من جهة أخرى، يوجد 16 مركزاً للموارد تتولى تحسين خبرة طواقم التأطير، ومتابعة وتقييم الأنشطة المنفذة ميدانياً.

ومن أجل تحقيق المزيد من الفعالية في التكفل بالطفل، أقامت كتابة الدولة لشؤون المرأة شبكات للطفولة الصغرى تشمل كافة الهياكل الجهوية المعنية بتنمية الطفولة الصغرى (الصحة، التعليم، التعاونيات النسوية، إلخ).

(2) طاقم هياكل الحضانة:

تعرف هذه الهياكل نقصاً معتبراً في مجال التكوين وذلك منذ إغلاق المدرسة الوطنية للتكوين التجاري والعائلي التي كانت تقوم بعملية التكوين بالنسبة لهذه الفئة من الأشخاص، ذلك أن أية مؤسسة وطنية أخرى لم تحل محلها حتى سنة 2002 تاريخ افتتاح مركز التكوين في مجال الطفولة الصغرى.

وقد مكن هذا المركز من وضع مناهج تكوينية قاعدية للمرشحات، كما قام بتكوين دفعتين من مرشحات الأطفال بلغت أعدادهما على التوالي 53 و33 عنصراً وذلك في السنتين الدراسيتين 2004/2003 و2005/2004. علاوة على ذلك، قام المركز في سنة 2005 بتقديم محاور تكوينية في مختلف ولايات الوطن: 45 شخصاً مكوّناً في كنعوسة و47 في كيفة، و40 في تجكجه، و16 في مقطع لحجار بلبراكته. وهناك برنامج تكويني بالتناوب يغطي 6 محاور وهو قيد الإنجاز لصالح 120 امرأة من مختلف مقاطعات انواكشوط.

(3) المباني والتجهيزات:

إذا كانت رياض الأطفال العمومية تتوفر على مبانٍ وعلى الحد الأدنى من التجهيزات اللازمة لسير عملها، فإن ذلك لا ينطبق على رياض الأطفال الخصوصية والحضانات الأهلية التي تعتبر مبانيها متقدمة وضيقة وتنقصها التجهيزات بشكل بالغ. كما أن ظروف النظافة والصحة اللازمة لصحة الأطفال غير متوفرة فيها على الدوام.

(4) الميزانية:

تأتي الموارد المالية الممنوحة للطفولة الصغرى أساساً من ميزانية الدولة ومن مخصصات الدعم التي تقدمها منظمة اليونيسيف. كما أن البنك الدولي يدعم أنشطة تنمية الطفولة الصغرى من خلال البرنامج الوطني لتنمية القطاع التربوي الذي بدأ تنفيذه. وتقوم الأنشطة المعتمدة في هذا البرنامج على:

- ترميم 67 من الحضانات الأهلية القائمة؛
- بناء مركز وطني للتكوين، و10 مراكز للموارد، و73 حضانة أهلية جديدة؛

- تكوين 13 مربية للطفولة الصغرى و319 مربية جماعية؛
 - إعداد مناهج للإيقاظ، واقتناء تجهيزات للهيكل ما قبل المدرسية؛
 - إعداد المعدّات التربوية.
- وقد عرف هذا المحور تنفيذا مقبولا إلى حد ما فيما يتعلق بالتكوين واقتناء المعدات والتجهيزات، إضافة إلى إعداد مختلف الدراسات.

• التعليم الأساسي:

منذ أكثر من 10 سنوات، أقامت الحكومة الموريتانية مجموعة من الخطط والاستراتيجيات الرامية إلى تحقيق هدف التمدرس الشامل لكافة الأطفال الموريتانيين. وقد استهدفت الأنشطة المقام بها في هذا الاتجاه توسيع تدخل التعليم الأساسي ليشمل المناطق الريفية المختلفة، مع زيادة معدلات تمدرس البنات.

وقد انتقل معدل التمدرس الخام من 46.8% سنة 1991/1990 إلى 103.7% سنة 2004/2003. أما معدل التمدرس الصافي فلا تتوفر بياناته إلا منذ سنة 1993/1993؛ وقد انتقل إلى 75.7% سنة 2004/2003.

4.3. الماء والصرف الصحي

• النفاذ إلى الماء:

في موريتانيا، تقدّر الموارد المائية بـ6 مليار متر مكعب بالنسبة للمياه السطحية، و50 مليار متر مكعب بالنسبة للمنابع الكبرى (اترارزه، تاودني، وحوض نهر السينغال). أما المنشآت المائية فتقدر بـ2.580 منشأة.

ويكشف تحليل وضعية الأطفال والنساء في موريتانيا (2001) أن بيانات سنة 2000 تذكر إقامة 2.485 منشأة مائية تتوزع على النحو التالي:

- الآبار الإسمنتية: 1.082 (47%)؛
- الحفر المصحوب بالآلات الضخ: 398 (23%)؛
- المنشآت المجهزة بمضخات يدوية: 615 (30%).

وتبين معطيات الإحصاء العام للسكان والمسكن لسنة 2000 أن معدلات التغطية المائية كانت على النحو التالي:

- شبكات المياه: 15%
- الحفريات العمومية: 25.7%
- الآبار: 37.3%
- المنابع: 13%
- غيرها: 9%

أما المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا فيبيّن أن النفاذ إلى الماء لا يزال ضعيفا؛ إذ أن نسبة 33.4% من الموريتانيين تستقي من ماء الحنفية، في حين أن 16.9% يتزوّدون بماء الآبار المغطاة، و27% يستخدمون الآبار غير المغطاة؛ ولا يزال الباعة يزودون 12% من السكان بالماء.

• الصرف الصحي:

في الوقت الذي انتقلت فيه التغطية بالوسائل الصحية على المستوى العالمي من 51 إلى 61% خلال العشرية الأخيرة، لا يزال النفاذ إلى الصرف الصحي المناسب في معدلات ضعيفة بموريتانيا، في الوسطين الحضري والريفي.

وتكشف إحصائيات اليونيسيف المتعلقة بمدى التقدم الحاصل في هذا المجال أن موريتانيا لا تزال ضمن منطقة العالم التي يبلغ معدلها زهاء 12%. كما ذكر المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن نسبة 52.6% من الموريتانيين لا تتوفر على دورات للمياه.

وتبلغ النسبة المئوية للنفاد إلى مراحيض لها نظام للصرف 4.6%. وهناك 16% من الموريتانيين يمتلكون مراحيض لا تتوفر على نظام للصرف، و25.3% يتخذون مراحيض تقليدية.

وعلى المستوى المدرسي، لا تتوفر سوى 288 مدرسة على امتداد التراب الوطني على مراحيض، وهو ما يمثل نسبة تغطية تصل إلى 8.8% في التعليم الأساسي. وهذه النسبة المتدنية جدا تبين مدى ظروف النظافة المزرية التي يوجد فيها الأطفال بالتعليم الأساسي، وهو ما ينعكس سلبا على وضعيتهم الصحية.

5.3. الأطفال ذوو الوضعيات الصعبة

ينضوي تحت هذه التسمية الأطفال الذين أصبحوا يعيشون وضعية هشة بسبب الإعاقة والتسول والعمل المنزلي؛ أو نتيجة بعض الظواهر الأخرى كالطلاق وفيروس نقص المناعة المكتسبة وتعاطي المخدرات، أو التشرد. ولا تسمح البيانات المتوفرة بمعرفة الوضعية الحقيقية للأطفال الذين يواجهون هذه المشاكل، ولا سعة تلك المشكلات. كما أن بعض المجالات في هذا الشأن لا تزال قليلة التوثيق كما هو الحال بالنسبة لوضعية اليتامى، والأطفال الذين جعلهم فيروس السيدا في وضعية هشة، والأطفال اللقطاء وأولئك المنحدرين من آباء يتعاطون المخدرات.

• الأطفال والطلاق

يشكل الطلاق سبب عدد لا يستهان به من المشاكل التي يتعرض لها الأطفال، ذلك أن التفكك الأسري له انعكاسات جسمية وسيكولوجية على نمو الطفل. وقد كشف المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا أن النساء المطلقات يمثلن نسبة 82% من النساء اللاتي يعشن في وضعية تفكك أسري.

ويبدو بجلاء من هذا المسح أن ربع النساء الموريتانيات قد ارتبطن في الماضي في أكثر من زواج واحد، مع ما لذلك من أثر ضار على أبنائهن.

أما الأسباب الرئيسية للطلاق، والتي ينبغي العمل على الحد من آثارها الكارثية، فهي:
- سوء التفاهم بين المرأة وأسرّة الزوج: 20%؛

- الزواج بدون رضی الزوجة: 16%؛
- عدم احترام بنود التعاقد الزوجي (الخيانة الزوجية): 14%.

من جهة أخرى، كشف المسح ذاته أن نسبة 55% من الأطفال يعيشون مع أبويهم البيولوجيين، وأن النسبة تبلغ 27% بالنسبة للذين يعيشون مع أمهاتهم فقط و4% بالنسبة للذين يعيشون مع آبائهم فحسب.

أما توزيع الأطفال حسب حياة الأبوين فيظهر على النحو التالي:

- الأطفال ذوو الأب المتوفى: 3.4%
- الأطفال ذوو الأم المتوفاة: 1.1%
- الأطفال ذوو الأبوين المتوفيين: 0.8%.

ولا يعطي المسح توزيعاً للأطفال حسب الفئة العمرية حتى نستخلص منه عدد اليتامي من فئة 0-8 سنوات.

يُذكر من جهة أخرى، وجود مصلحة لكتابة الدولة لشؤون المرأة مكلفة بمعالجة النزاعات الأسرية؛ وهو ما يسمح بالحصول على نفقة الأطفال الذين لا يعيشون مع آبائهم، وبالحد من أشكال العنف الزوجي، ومن التنازع بشأن الأطفال.

لكن حل مشاكل الطلاق وأثاره الضارة على الطفل منوط بمدى تنفيذ مدونة الأحوال الشخصية.

• الأطفال المعاقون:

لا تمكّن البيانات الإحصائية المتوفرة من ضبط وضعية الأشخاص المعاقين، ومن باب أولى الأطفال المعاقين في موريتانيا. وحسب الإحصاء العام للسكان والمساكن لسنة 1988، يشكل الأشخاص المعاقون نسبة 1.5% من إجمالي عدد سكان البلاد البالغ 2.508.159 نسمة. ويقدر عدد الأشخاص المعاقين حسب نفس المصدر بـ 37.628 شخصاً يتوزعون ما بين 19.262 امرأة و18.360 رجلاً. ويشكل الأطفال المعاقون تبعاً لنفس المصدر 20% من هذه الفئة السكانية، أي حوالي 7.500 طفلاً، منهم 5% فقط متمدرسون.

أما التعليم ما قبل المدرسي فلم يكن متوفراً لهذه الفئة من الأطفال حتى عهد قريب. وفي الوقت الراهن، هناك روضة أطفال واحدة مختصة تفتح أبوابها أمام هؤلاء في مقاطعة الرياض بانواكشوط. وهي تستقبل 14 طفلاً معاقاً.

ويجد تدني نسبة التمدرس عند هؤلاء الأطفال تفسيراً له في غياب المؤسسات المناسبة والتي يمكن النفاذ إليها جغرافياً ومالياً. ذلك أنه لا توجد سوى هينتان لاستقبال الأشخاص المعاقين، وهما: المعهد الوطني للأشخاص العمي، ومركز تعليم الصمّ. وهاتان المؤسساتان لا تزالان قليلتي الارتياح بسبب انعدام الظروف المواتية للتعليم (نقص المدرّسين، الانعزال، غياب وعي الأولياء بأهمية تربية أبنائهم المعاقين، فقر الآباء).

كما أن المؤسسات الدراسية (العمومية والخصوصية) ليست معدّة ولا مجهزة لاستقبال الأطفال المعاقين. وهكذا، فإن الأطفال المعاقين يعانون من العديد من المشاكل كالفقر، وعدم اهتمام المجتمع بهم، وغياب إمكانية التكفل الذاتي المستقل، وغياب الهياكل التربوية المناسبة. وذلك ما يعيق حصولهم على نفس الفرص التي يحصل عليها الآخرون، طبقاً لروح المعاهدة الدولية لحقوق الطفل.

• الأطفال المتسولون (وضعية الأطفال الطلبة)

الأطفال الطلبة هم أطفالٌ وضعهم ذوهم لدى مدرّسي القرآن. لكن من بين الأنشطة غير التربوية التي يتعاطونها، نجد ظاهرة التسول من أجل جلب وسائل المعيشة للمدرّس. وهناك 92% من هؤلاء الأطفال يعيشون لدى مدرسيهم حسب ما بيّنت الدراسة التي أنجزت سنة 2001 حول وضعية الأطفال الطلبة المتسولين في موريتانيا.

وتعتبر ظروف عيش هؤلاء الأطفال هشة، خاصة فيما يتعلق بالصحة والنظافة والتغذية والسكن. كما بيّنت الدراسة أن التسول في 95.7% من الحالات هو المصدر الوحيد للغذاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال. وهذه النسبة نجدها كذلك لدى الأطفال الذين يمارسون التسول بأمر من مدرّسهم. وتُسهم الوضعية الأسرية للأولياء بشكل كبير في هذه الظاهرة، ذلك أن نفس المصدر يذكر أن الأبوين بالنسبة لثلث المتسولين إما مطلقان (27.8%)، أو متوفان (5.2%).

ولهذه الظاهرة انعكاساتٌ خطيرة على مستقبل الأطفال. فهم عندما يحسّون بالهجران، يتعاطون التدخين، وفي بعض الأحيان المخدرات. وهكذا يقع الانحراف عن منطلق التعاليم القرآنية التي يسعى إليها هؤلاء، ويصبح الأطفال بدون ضوابط، فينغمسون في حمأة الجنوح التام.

وتعرف هذه الفئة من الأطفال مشاكل كبيرة في مجال الصحة والتغذية والتربية. فمن بين المشاكل الصحية التي تم استكشافها خلال المسح نجد خطورة التعرض للملاريا، ذلك أن أكثر من 89% من هؤلاء الأطفال لم ينموا قط تحت ناموسية.

• الأطفال والمخدرات:

يبين المسح الذي أجرته رابطة "الطفل والتنمية في موريتانيا" سنة 2002/2001 حول تعاطي الأطفال والمراهقين للمخدرات في انواكشوط أن الفئة 10-13 سنة تمثل 5.6% من الأعداد موضوع المسح. ولا تزال الفئة 0-8 سنوات بمنجى من هذه الظاهرة التي تعرف مع ذلك انتشارا متناميا.

والذكور، حسب نفس المصدر، أكثر إصابة من الإناث، لأنهم يمثلون نسبة 94.4% من مجموع الفئة التي شملها المسح. وتمس ظاهرة تعاطي المخدرات أطفال الأوساط غير المحظوظة أكثر من غيرها؛ فنسبة 74.4% من هؤلاء تتكفل بهم أمهاتٌ بائعات أو أمهاتٌ لا يتعاطين أي نشاط تجاري. ويُسهم تعاطي المخدرات على نطاق واسع في هجر الدراسة.

أما أبرز الأسباب التي تدفع الأطفال إلى تعاطي المخدرات فهي:

- "البحث عن ما يُكسبُ الشجاعة": 42.4%، وهو ما يفسر الوضعية الذهنية التي يبحث عنها الطفل لمواجهة محرّمات القانون والعادات؛
- "لفعل ما يفعله الآخرون": 39.2%، وهو رقم يشير إلى درجة تأثر الطفل بمحيطه.

وتبين هذه الدراسة إلى أي مدى يعتبر ضمان تنمية الطفولة الصغرى هاما من أجل الحيلولة دون وقوعها في المزالق التي ستكون لها فيما بعد آثار مأساوية على الصعيد الاجتماعي والصحي والتربوي. كما أنها تبرز أهمية التكفل بالأطفال الذين يتعاطي ذوهم المخدرات.

• اليتامى والأطفال الآخرون ذوو الوضعية الهشة في سياق فيروس نقص المناعة المكتسبة/ السيدا

لا تزال هذه الفئة من الأطفال غير معروفة في البلاد. لكن، في إطار الدينامية الدولية لمكافحة السيدا وإثر توصيات ورشات يامسوكرو وديكار حول OEV، أرست موريتانيا لجنة للإشراف على فئة حماية التي تضم الهيئات الحكومية والمجتمع المدني والشركاء في مجال التنمية. وهكذا تم إطلاق مسح في سنة 2003 على مستوى انواكشوط من أجل التعرف على وضعية هؤلاء الأطفال وتقديم محاور استراتيجية للتكفل بهم بشكل أفضل. وقد شملت الدراسة 201 طفلا تتراوح أعمارهم ما بين سنة واحدة

و18 سنة، أي نسبة 56.7% من العدد الإجمالي. ويبين التوزيع الإجمالي أن أكثر من ثلثي هؤلاء الأطفال من الفئة العربية وحوالي الربع من البولاريين. وعلى الرغم من الطابع المحدود لهذا المسح، فقد أبرز أن ظاهرة الأطفال الذين يعيشون وضعية هشّة يُخشى أن تتفاقم. وهذا ما جعل لجنة إشراف تضع خطة عمل ترمي إلى مراعاة إشكالية OEV في أنشطة حماية الأطفال في موريتانيا، خاصة عبر معرفة وضعية هؤلاء وتعزيز قدرات الفاعلين الضالعين في التكفل بهم.

4. مشاكل الطفولة الصغرى ذات الأولوية

في ختام تحليل الوضعية الوارد أعلاه، يظهر أن المشاكل التالية تستدعي عناية خاصة في السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى، وذلك بغية إيجاد حلول مناسبة لها. ويتعلق الأمر على وجه الخصوص بما يلي:

- **في مجال الصحة**
- ضعف النفاذ الجغرافي والمالي إلى التشكيلات الصحية، ونقص التجهيزات المناسبة والطاقم المؤهل لهذه التشكيلات في المناطق الريفية، خاصة فيما يتعلق بصحة الأم والطفل؛
- عدم كفاية التغطية اللقاحية في المناطق الريفية المعزولة؛
- محدودية مراقبة نوعية الأدوية، رغم إنشاء مختبر لمراقبة المنتوجات الصيدلانية؛
- غياب سياسة وطنية لا مركزية في مجال التربية الصحية، من شأنها أن تنتشر الخطابات المناسبة لدى كافة المستهدفين؛
- غياب إطار وطني للبحث العملي والتطبيقي حول كافة الجوانب المتعلقة بالطفولة الصغرى؛
- ميل وباء السيدا إلى التنامي والانعكاسات التي يمثلها على هذه الفئة من السكان، خاصة اليتامى والأطفال ذوو الوضعيات الهشة؛
- عدم كفاية التكفل المندمج بأمراض الطفولة الأولى داخل الدوائر الصحية؛
- انتشار الإصابة بالطفيليات عند الأطفال وغياب برامج للتطهير التلقائي منها؛
- عدم كفاية التدخل للوقاية من الملاريا.

● **في مجال التغذية:**

- تدني مستوى تغطية البلاد بمراكز التغذية الجماعية ومراكز الانتشال والتهديب الغذائي والكفالات المدرسية؛
- عدم التكفل بحالات سوء التغذية بشكل مناسب؛
- غياب التربية الأسرية في مجالي التغذية والفظام؛
- نقص الطاقم المختص في مجال التغذية بالدوائر الموجودة؛
- عدم ضمان الأمن الغذائي للفئات ذات الوضعية الهشة؛
- ضعف الوسائل المالية والمادية التي تتوفر عليها التعاونيات النسوية العاملة في مجال الإنتاج الغذائي؛
- ترسخ العادات الغذائية وعادات الطبخ التي تؤثر الكم على الكيف (غياب ترقية المنتوجات المحلية الغنية بمواد اليود والحديد وفيتامين أ وغيرها).

● **في مجال التربية:**

- نقص المصادر البشرية المتخصصة في مجال الطفولة الصغرى
- عدم تمكّن البنى التحتية المدرسية، والمنشآت ما قبل المدرسية بدرجة أشدّ، من مواجهة الطلب الراهن؛
- الغياب شبه الكامل لفضاءات اللعب بالنسبة للأطفال؛
- عدم تكوين غالبية طواقم التعليم ما قبل المدرسي، وجزء من طواقم التعليم القاعدي؛
- ضعف توفر التجهيزات داخل المنشآت التربوية؛
- غياب المناهج المناسبة لكل مستوى على حدة؛

- الغياب شبه الكامل للمنشآت والتجهيزات والمناهج الملائمة للأطفال المعاقين؛
- غياب الأنشطة الترفيهية والرياضية والموسيقية والفنية في غالبية المدارس؛
- غياب مراكز الطب المدرسي؛
- غياب المقررات التربوية المنسجمة وأنشطة الإيقاظ داخل المحاضر؛
- عدم نشر القانون المتعلق بالزامية التعليم القاعدي، والمرسوم الذي يعيد تنظيم الخريطة المدرسية؛
- عدم وجود إطار تشريعي وتنظيمي للتعليم ما قبل المدرسي؛
- عدم كفاية تربية وتحسيس رابطات أولياء التلاميذ؛
- عدم وجود محاور تكوينية في مجال تربية الأولياء؛
- عدم وجود تنسيق بين التعليم ما قبل المدرسي والتعليم المدرسي؛
- عدم كفاية الميزانية الممنوحة لتنمية التعليم ما قبل المدرسي.

● في مجال الماء والصرف الصحي:

- تدني مستوى التغطية بموارد التزود بالماء في المدارس والتشكيلات الصحية والدوائر ما قبل المدرسية؛
- عدم وجود معايير في هذا المجال؛
- غياب مساهمة البلديات في هذه المجالات؛
- غياب برامج التحسيس حول حماية الأطفال ضد مخاطر الغرق ومضار المياه الراكدة؛
- نقص المراحيض في التشكيلات الصحية والمؤسسات ما قبل المدرسية والمدرسية؛
- غياب شبكات الصرف الصحي في البلديات، وعلى وجه الخصوص في المدارس والهيئات ما قبل المدرسية.

● في مجال الحماية:

- غياب إطار تشريعي وتنظيمي يُعنى بهيكل الاستقبال، وتكوين طواقمها؛
- نقص الانسجام في ما بين التشريع الوطني وبين المعاهدة الدولية المتعلقة بحقوق الطفل والاتفاقيات والمعاهدات الأخرى التي صادقت عليها موريتانيا؛
- غياب تشريع وطني حول الأطفال ذوي الوضعيات الصعبة، وخاصة الأطفال المعاقين، وأطفال الأسر المفككة؛
- غياب سياسة وطنية لترقية الأشخاص المعاقين؛
- النقص في مجال التنسيق بين مختلف الهياكل المتدخلة في مجال العناية بالمعاقين؛
- نقص هياكل الاستقبال والتأطير للأطفال المعاقين؛
- نقص تسجيل حالات الولادة، خاصة في الوسط الريفي؛
- غياب البيانات المتعلقة بعمل الأطفال؛
- غياب برنامج للتحسيس والتوعية المدنية لحماية الأطفال ضد مخاطر الغرق ومضار المياه الراكدة؛
- نقص الإطار الملائم في المحاضر في مجالي النظافة والصرف الصحي؛
- نقص التأطير حول الجوانب البنوية والعملية المتعلقة بالمحاضر، للحيلولة دون تحول المتعلمين في المدارس القرآنية إلى متسولين؛
- هشاشة وضعية الأطفال الطلبة المتسولين في المدارس القرآنية؛
- غياب نظام للتكفل بالأطفال الذين يتعاطون المخدرات؛
- عدم كفاية الهياكل المختصة في استقبال الأطفال المعاقين؛
- عدم مراعاة مشكل الأطفال المولودين خارج إطار زوجي، والبنات الأمهات، ضمن مشاغل الأطفال؛
- عدم وجود صندوق أو هيئة للتكفل بنفقة الأطفال في حالة عجز الزوج عن ذلك.

السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

IV. السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

مكنت الإصلاحات المنقّدة في موريتانيا من دفع وتيرة النمو الاقتصادي، وذلك ما أدى بشكل إيجابي إلى الرفع من مستوى المؤشرات الاجتماعية. غير أن الأثر المحدود للنتائج التي حُصل عليها دفع الحكومة إلى إقامة إطار استراتيجي لمكافحة الفقر للفترة 2001-2004 تتمثل محاوره الرئيسية في:

- تسريع وتيرة النمو الاقتصادي، مع تحسين تنافسية الاقتصاد والحد من خضوعه القوي للعوامل الخارجية؛
- تثمين مقدرات النمو والإنتاجية لدى الفقراء (برامج الاستثمار العمومية)؛
- تنمية الموارد البشرية والنفوذ إلى البنى التحتية القاعدية؛
- ترقية تنمية مؤسسية مناسبة (الحكم الرشيد ومشاركة جميع الفاعلين في مكافحة الفقر).

ويجري تعزيز نشاط الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر من خلال:

- (1) برامج قطاعية يُعتبر أثرها على تنمية الطفولة الصغرى حاسما، كما هو الحال بالنسبة للبرنامج التوجيهي للصحة والشؤون الاجتماعية، والبرنامج الوطني لتنمية القطاع التربوي، والاستراتيجية الوطنية للتربية النسوية، والسياسة الوطنية للأسرة؛
- (2) عملية التوطين الجهوي للإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر.

ويمثل وجود مختلف هذه البرامج في الوقت الراهن فرصا ملائمة يتعين اغتنامها لتنفيذ السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى.

1. عرض مسار إعداد السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

منذ أكثر من عشر سنوات، صادقت موريتانيا على المعاهدة المتعلقة بحقوق الطفل، وذلك ما يشهد على الاهتمام الذي تمنحه سلطات البلاد لتنمية الطفل. ومنذ ذلك التاريخ، تم قطع بعض المراحل في مجال إرساء إطار وطني لتنمية الطفولة بوجه عام، والطفولة الصغرى على وجه الخصوص.

ويمكن التمييز في هذا الشأن بين مرحلتين هامتين في عملية صياغة السياسة المتعلقة بالطفولة الصغرى:

(1) الخطة الوطنية لإعداد سياسة وطنية لتنمية الطفولة الصغرى:

- إعداد سلسلة من الدراسات حول تأطير وصيغ حضانة الطفل الصغير (تحليل وضعية رياض الأطفال العمومية والخصوصية، دراسة حول صيغ الحضانة التقليدية للأطفال، دراسة حول المرجعية المهنية لمربيات رياض الأطفال، دراسة حول إدخال أنشطة الإيقاظ على مستوى المحاضر)؛
- إنشاء لجنة قطاعية مشتركة تضم كافة القطاعات الوزارية المعنية بتنمية الطفولة الصغرى، بزيادة المجتمع المدني والشركاء في مجال التنمية؛
- إعداد استراتيجية وطنية للطفولة الصغرى من قبل كتابة الدولة لشؤون المرأة؛
- الشروع في إعداد سياسة وطنية لتنمية الطفولة الصغرى، من خلال اكتتاب استشاري وطني؛
- تنظيم ورشات وطنية وجهوية للتشاور حول التنمية المندمجة للطفل الصغير، وذلك بغية إغناء مشاريع مسودات السياسة.

(2) دخول الدولة في مسار شبه إقليمي

- سعيا إلى جعل خطتها أكثر فعالية، دخلت الدولة منذ نهاية 2001 في مسار شبه إقليمي تمثل في: المشاركة في اجتماع فريق العمل لرابطة تنمية التربية في إفريقيا المنظم حول الطفولة الصغرى في ديسمبر 2001 بهولندا؛

- دعم الفريق الوطني لإدارة الأسرة والطفل خلال أسبوعين باستشارية دولية مختصة في مجال الطفولة الصغرى، وذلك من أجل إرساء منهجية تمكن من القيام بشكل جيد بعمليات المعاينة والتشاور المتعلقة بالمقاربة المندمجة لتنمية الطفولة الصغرى في موريتانيا؛
- اكتتاب استشاري وطني ثانٍ مكلف بإعداد مشروع سياسة تنمية الطفولة الصغرى؛
- مشاركة الفريق المكلف بتحقيق عملية إعداد السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في مختلف اللقاءات شبه الإقليمية والإقليمية حول تنمية الطفولة الصغرى.

2. التوجيهات الكبرى للسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

تندرج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في إطار السياسة الوطنية الأشمل لتنمية البلاد؛ وهي تتسجم مع مختلف الاستراتيجيات شبه القطاعية.

ويتمثل الهدف الإجمالي لهذه السياسة في: "تمكين الطفل الصغير من الحصول على انطلاقة جيدة في الحياة، وذلك ما سيمكّنه من أن يكون في صحة جيدة، وأن يكتسب معرفة ويحصل على النفاذ إلى الموارد اللازمة للتمتع بمستوى معيشة لائق، ضمن مناخ السلم والاستقرار والحماية المطلوبة".

وهكذا، فإن تراجع ظاهرة الفقر يشكّل عاملاً أساسياً للتحسين الدائم لظروف الطفولة الصغرى، لأن الأطفال سيكون بمقدورهم النفاذ بشكل أسهل إلى الصحة والتغذية والتربية بكافة أشكالها، وإلى الماء والخدمات الاجتماعية القاعدية الأخرى؛ وبالتالي الحصول على المزيد من حقوقهم الأساسية.

وتبقى إمكانية ودرجة تنمية الأطفال وثيقة الصلة بمستوى النفاذ إلى هذه الخدمات. وبالتالي فإن هذه السياسة ترمي إلى خلق الإطار المرجعي للتنسيق بين كافة الفاعلين المعنيين بتنمية الطفولة الصغرى في موريتانيا من خلال التوجيهات التالية:

- إرساء رؤية مشتركة للتنمية المندمجة للطفل الصغير، تحظى بالإجماع؛
- ترسيخ ثقافة الشراكة الموسّعة لصالح الطفولة الصغرى، بين القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني والمجموعات القاعدية والأسر والممولين؛
- توجيه الجهود الإنمائية نحو الأطفال الأكثر احتياجاً، وخاصة الأطفال المعاقين، والأطفال المفقدين إلى التأطير الأسري؛
- تملك سياسة الطفولة الصغرى، والعمل على أن تتسجم برامجها مع مختلف الاستراتيجيات شبه القطاعية المتعلقة بالتنمية؛
- تعبئة الموارد اللازمة لتحقيق أهداف السياسة.

3. المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

تمثل حماية حقوق الطفل في الوقت الراهن إحدى أولويات الحكومة الموريتانية. وتحرّم النصوص التي تمت المصادقة عليها حتى الآن أشكال التمييز بين الأطفال؛ كما أن الاتجاه يميل نحو الموازنة بين هذه التشريعات الوطنية وبين روح الاتفاقية الدولية المتعلقة بحقوق الطفل.

واستناداً منها على المدونة التشريعية التي وضعتها الحكومة، ستعتمد السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى على تسعة مبادئ أساسية وثيقة الترابط، وهي:

- أ) عدم إمكانية التفريق بين حقوق الطفل؛
- ب) عدم التمييز بين الأطفال في البرامج التي سيتم تنفيذها؛
- ج) مراعاة المصلحة العليا للطفل في كافة الأنشطة التي سيقام بها؛
- د) الاعتراف بالأدوار المتميزة للأسرة والمجموعة في تنمية الطفل الصغير، وتعزيزها؛
- هـ) تنمية أنشطة لصالح البنات والنساء، بوصفها عوامل تشجّع تنمية الطفولة الصغرى؛

- (و) ترسيخ التدخلات المتبناة في الخصوصيات الثقافية الموريتانية؛
(ز) تشجيع نوع الخدمات المقدّمة، بنفس الدرجة التي يتم بها تشجيع كمّها؛
(ح) مراعاة الانسجام بين برامج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى وبين السياسات والاستراتيجية الوطنية؛ ومراعاة السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في البرامج القطاعية؛
(ط) ترقية شراكة متعددة الفاعلين ومتعددة القطاعات.

(1) عدم إمكانية التفريق بين حقوق الطفل:

حقوق الأطفال متساوية، ويتعين اعتبارها بمثابة كيان واحد، وهو ما يعني أن كافة التشريعات الرامية إلى حماية الطفل ينبغي أن تأخذ في الحسبان هذا العنصر.

(2) عدم التمييز بين الأطفال في البرامج التي سيتم تنفيذها:

ستعمل السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في اتجاه الحد من الفروق القائمة، من أي نوع كانت، بين الأطفال؛ وذلك لتمكين الفئة العمرية 0-8 سنوات بكاملها من الحصول على انطلاقة جيدة في الحياة.

(3) مراعاة المصلحة العليا للطفل في كافة الأنشطة التي سيُقام بها:

وعيا منها بأن طفل اليوم هو مواطن الغد، وأن إعداد المواطن يمر ضرورةً عبر التكفل الجيد بالطفل في سن مبكرة، وضعت الحكومة الموريتانية الطفل في قلب استراتيجياتها الإنمائية. وتأتي السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى لتعزيز هذا التوجّه، وذلك لخلق رؤية للتنمية المندمجة تراعي الاحتياجات المتطورة للطفولة الصغرى تبعا لمختلف مراحل نموها.

(4) الاعتراف بالأدوار المتميزة للأسرة والمجموعة في تنمية الطفل الصغير، وتعزيزها:

على الرغم من التحولات المرتبطة بظاهرة الجفاف والهجرة الريفية والتمدن السريع، فإن الأسرة والمجموعة الموريتانية لا تزال تحافظ على نسيج تقليدي عميق. والطفل لا يزال ذلك الكائن المحبوب الذي يستفيد من العطف والتضحيات المفيدة لنموه ورخائه. وتشكل هذه الوضعية في الوقت الراهن مزية وفرصة يتعين اغتنامها من أجل تعزيز أدوارهم بوصفهم أوائل مقدّمي الخدمات للطفل في مجال العلاجات والتربية.

(5) تنمية أنشطة لصالح البنات والنساء، بوصفها عوامل تشجع تنمية الطفولة الصغرى:

لم تُعد العلاقة بين المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي لأولياء الطفل – وخاصة للأم – وبين درجة نموّه تحتاج إلى برهان. لذلك، فإن ترقية الطفل ستبقى غير ذات جدوى ما لم يتم القيام في وقت واحد بأنشطة تستهدف مكافحة الفقر وترقية البنات والنساء. وهكذا، فإن السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى ستركز على دعم الأسر الفقيرة، وخاصة النساء، من أجل تسهيل نمو أطفالهم الصغار.

(6) ترسيخ التدخلات المعتمدة في الخصوصيات الثقافية الموريتانية:

تتطلب تنمية الطفولة الصغرى انخراطا كاملا لكافة الفاعلين في الجهود الرامية إلى تحقيقها. ولهذا الغرض، ينبغي أن تتدرج ضمن الخصوصيات الثقافية لبلادنا. وستكون السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى الإطار الأمثل لتجذير أطفالنا في ثقافة بلادهم، وذلك لجعل مواطني الغد حَمَلَة القيم والثقافة الموريتانية.

(7) تشجيع نوع الخدمات المقدّمة، بنفس الدرجة التي يتم بها تشجيع كمّها:

يشكّل النفاذ إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية من صحة وتربية وتغذية وماء وصرف صحي عاملا محوريا بالنسبة لأية تنمية. غير أن مثل هذا النفاذ لا يمكن أن يحقق الأهداف المنشودة منه إذا لم يتم

ضمان نوعية الخدمات. ولهذا الغرض، ستعمل السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى من أجل إيجاد خدمات اجتماعية قاعدية توفّر للطفل عن قرب، وتكون ذات نوعية جيدة.

(8) مراعاة الانسجام بين برامج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى وبين السياسات والاستراتيجية الوطنية؛ ومراعاة السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في البرامج القطاعية:

لا يعتبر تطوير الطفولة الصغرى وفق مقاربة مندمجة برنامجاً جديداً، وإنما هو رؤية شمولية موحّدة للجهود التي يُقام بها في هذا الاتجاه. لذلك، ستتحرك السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى على نبض كافة الاستراتيجيات والسياسات الوطنية في مجال التنمية، وهو ما سيمكّن من تحويل عملية التلاحم إلى نتائج ملموسة.

(9) ترقية شراكة متعددة الفاعلين ومتعددة القطاعات:

سيكون تنفيذ سياسة تنمية الطفولة الصغرى في موريتانيا ناجحاً بقدر اعتماده على الاتفاق بين كافة الأطراف، وإقامة الشراكة الواسعة المتعددة القطاعات والمتعددة المتدخلين.

لذلك، ستقوم السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى بإرساء هياكل التسيير والتنسيق والتنفيذ للاستجابة بشكل أفضل للطابع متعدد الأبعاد لتنمية الطفولة الصغرى. وستسمح هذه الهيئات بإجراء تسيير سليم، ديمقراطي وشفاف لبرامج السياسة.

4. مكونات السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

- يتركز إطار التوجيهات الاستراتيجية التي تقوم عليها سياسة تنمية الطفولة الصغرى حول المحاور التالية:
- المناصرة والتعبئة الاجتماعية لتنفيذ السياسة؛
 - الإطار التشريعي والتنظيمي لحماية الطفولة الصغرى؛
 - النفاذ كما وكيفا إلى الخدمات الاجتماعية القاعدية، من صحة وتغذية وتربية وماء وصرف صحي وغيرها؛
 - الرفع من مستوى الموارد البشرية؛
 - التسيير والتنسيق والمتابعة والتقييم لتنفيذ السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى.

وتشكّل هذه المحاور الخطوط العريضة في مجال التوجيه لحماية وتنمية الطفولة الصغرى، كما تتحكم في مجالات الأنشطة ذات الأولوية.

وفي مجال البرمجة، سيتم تنفيذ الأنشطة التي يتم إقرارها حسب ثلاث مراحل متميزة: المدى القصير (2004-2007) وال المدى المتوسط (2008 – 2011) وال المدى الطويل (2012-2015). وستقدّم الأهداف الخاصة والاستراتيجيات المتعلقة بها في أغلب الأحيان حسب الفئة العمرية (0-3 سنوات، 3-6 سنوات، و6-8 سنوات)؛ لكن مع تجميع تلك التي يمكن تنفيذها معا بالنسبة لكافة المراحل العمرية.

المكونة الأولى: المناصرة والتعبئة الاجتماعية لتنفيذ السياسة

(1) الأهداف الاستراتيجية:

- القيام على كافة المستويات بعملية التحسيس حول المقاربة المندمجة لتنمية الطفولة الصغرى وضرورة إشراك الجميع في هذه العملية، ابتداء من مرحلة الإعداد وحتى تقييم الأنشطة المنجزة، مروراً بتنفيذها؛

- إرساء خطة في مجال الاتصال، بهدف إعلام أصحاب القرار والمجتمع المدني والقطاع الخاص والتنظيمات الجماعية القاعدية والشركاء في مجال التنمية بأهمية العمل التشاوري الذي ينال الإجماع من الجميع، وذلك لترقية الطفل من جهة، ومواكبة تنفيذ السياسة، من جهة أخرى.

(2) الاستراتيجيات ذات الأولوية

في إطار البحث عن أوسع شراكة ممكنة، يمنح إطار تنمية الطفولة الصغرى مكانة متميزة لعملية الإعلام والتحسيس حول كافة القضايا المتعلقة بالترقية المندمجة للطفولة الصغرى.

- و على هذا النحو، ستقوم الاستراتيجيات ذات الأولوية في هذا الشأن على:
 - المناصرة لدى الحكومة والشركاء لتعبئة الموارد اللازمة لتنفيذ السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛
 - تحسيس الأسر والمجموعات وقادة الرأي والمنتخبين.

المكونة الثانية: الإطار التشريعي والتنظيمي لحماية الطفولة الصغرى

(1) الأهداف الاستراتيجية

يرتبط رخاء الأطفال إلى حد كبير بدرجة حمايتهم، هذه الحماية التي تعتبر وثيقة الصلة بنوعية ودرجة تطبيق التشريعات المعمول بها.

- وهكذا، فإن السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى ستسعى إلى وضع نصوص تشريعية وتنظيمية من شأنها أن تضمن كافة حقوق الطفل.
- وستعمل الحكومة على تعميم وتطبيق التشريعات الراهنة من أجل ضمان أفضل لحقوق الأطفال، وخاصة تلك المنصوصة في الدستور، ومدونة الأحوال الشخصية، وقانون الشغل، ومدونة الرعاية الاجتماعية، إلخ. وتتمثل الأهداف العامة في هذا المجال في:
 - تعميم التشريع المتعلق بحماية الأطفال والنساء؛
 - مراجعة وتعزيز التشريع الوطني، خاصة فيما يتعلق بالجوانب التي لم تغطها النصوص التنظيمية بَعْدُ؛
 - تعبئة الموارد اللازمة لمتابعة تطبيق التشريعات الوطنية الرامية إلى حماية الأطفال.

أما بالنسبة للأهداف الخاصة، فإن الحكومة تلتزم بما يلي:

(أ) بالنسبة لكافة الفئات العمرية:

- إنشاء مراكز استقبال جماعية للتكفل بمشاكل الأطفال الذين يعانون من أوضاع صعبة كالأطفال المعاقين، والأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، إلخ؛
- إقامة هيئة لمتابعة تطبيق التشريعات المعمول بها، وتحديد الاحتياجات الجديدة في المجال الحقوقي؛
- خلق الإطار التنظيمي لشراكة مع القطاع الخاص والمجتمع المدني والشركاء في مجال التنمية؛
- تحسين معدلات التمدرس بالنسبة للأطفال المعاقين.

(ب) بالنسبة للفئة العمرية 0-3 سنوات:

- ضمان تسجيل الأطفال عند الولادة في كافة البلديات؛
- خلق الإطار التشريعي المتعلق بتحريم الممارسات الضارة بالبنات الصغرى.

(ج) بالنسبة للفئة العمرية 3-6 سنوات:

- وضع إطار تشريعي وتنظيمي للتعليم ما قبل المدرسي.

(د) بالنسبة للفئة العمرية 6-8 سنوات:

- إعداد وإقرار النصوص التطبيقية لقانون إلزامية التعليم القاعدي.

(2) الإستراتيجيات ذات الأولوية

على الرغم من وجود تشريعات معمول بها في العديد من المجالات، ما زال الأطفال يواجهون بعض المصاعب.

ونتيجة لذلك، تنوي الحكومة، من خلال السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى، إقامة ورشة للإستراتيجيات المتعلقة بحماية هذه الفئة الضعيفة من السكان.

وتشمل الإستراتيجيات ذات الأولوية المدرجة في هذا الشأن كافة الفئات العمرية، وتتمثل في:

- تعميم النصوص الحالية؛
- المراجعة الموسمية لها من أجل جعلها أكثر انسجاما مع الاحتياجات الجديدة؛
- استحداث نصوص جديدة في المجالات التي تبدو فيها الحاجة ملحة إليها، مثل تحريم الممارسات الضارة بالبنات؛ وترقية وتعميم تدريس حقوق الطفل والمرأة.

المكونة الثالثة: النفاذ إلى الخدمات الاجتماعية القاعدية

إن الشرط اللازم لتحقيق التنمية الشاملة للطفولة الصغرى هو توفير خدمات ذات نوعية وكم كاف لصالح الأطفال، خاصة في مجال الصحة، والتربية ما قبل المدرسية، والتعليم الأساسي، والتغذية، والغذاء والصرف الصحي، والرعاية الخاصة.

ويشكّل نفاذ الأطفال المبكر إلى هذه الخدمات في حد ذاته تحديا بالنظر إلى أن بعض المؤشرات في هذا الشأن لا تزال ضعيفة.

• في مجال الصحة:

(1) الأهداف الاستراتيجية

في مجال الصحة، يتعيّن على الخدمات المقدّمة أن تأخذ في الحسبان في الوقت ذاته احتياجات المرأة الحامل والمرأة المرضع، إضافة إلى احتياجات الطفل طيلة مختلف مراحل نموه.

وهكذا، فإن السياسة ترسم كهدف في هذا المجال، تحسين الخدمات من أجل التمكين من القيام بتكفل مندمج بكافة الأمراض المتعلقة بالطفل وأمه، أثناء فترة الحمل وبعد الولادة.

وستتمثل الأهداف العامة في مجال الصحة في:

- تحسين التغطية اللقاحية؛
- دمج التلقيح ضد الهيموفيليس الإفلونزا ضمن البرنامج الوطني للتلقيح الاعتيادي؛
- تعزيز مكافحة الأمراض المنتقلة عبر الجنس والسيدا، وأمراض الإسهال، والالتهابات التنفسية الحادة، والملاريا؛
- ضمان التكفل الشامل والمندمج باحتياجات المرأة الحامل في مجال الصحة؛
- تحسين النفاذ إلى عمليات التوليد ذات النوعية؛
- تنفيذ رزمة الأنشطة النموذجية في مجال التربية والصحة على المستوى الجهوي للوصول إلى أكبر قدر من المستهدفين بهذه الأنشطة؛

- الاستفادة من جهود المجتمع المدني في مجال الصحة، كالوداديات والمبلغ الجرافي للتوليد والتكفل بالمعوزين، إلخ؛
 - تحسين مستوى التغطية اللقاحية، خاصة في المناطق الريفية والمناطق المعزولة؛
 - تحسين مستوى الرقابة على نوعية الأدوية (بأصولها المختلفة)؛
 - ضمان التوفير الكامل والأمن لنقل الدم؛
 - القيام بحملة تحسيس للحصول على بنك للدم؛
 - تحسين مستوى النظافة والصرف الصحي في الأوساط العمومية والمدرسية وما قبل المدرسية؛
 - الحد بنسبة 100% من مخاطر نقل فيروس السيدا المرتبطة بالوسائل والأدوات المتعلقة بعلاجات الفم والأسنان (بالنسبة للأطفال من فئة 6 - 8 سنوات)؛
 - تحسين مستوى التغطية الصحية، خاصة في الوسط الريفي؛
 - تحسين مستوى النفاذ إلى عمليات التوليد تحت الرعاية الطبية.
- أما في مجال الأهداف الخصوصية، فإن الحكومة ستعكف من هنا ولغاية 2015 على تحقيق الأهداف التالية:

← بالنسبة للنساء الحوامل:

- الحد بنسبة 35% من الآن ولغاية 2007 - اعتبارا من النسبة التي تم الكشف عنها في سنة 2003 - من معدلات الوفيات والأمراض المتعلقة بالأمومة والتي تعود إلى الملاريا وعمليات النزيف والالتهابات الجينية والمشيمية. وهكذا، فإن مختلف البرامج المنفذة ينبغي أن تحدد أهدافا خصوصية في هذا المضمار تتمثل في:
- الحد من بنسبة 70% من انتشار مرض الملاريا لدى النساء الحوامل من هنا ولغاية 2006؛
- نقل نسبة الولادات الحاصلة تحت رعاية طبية من 35% إلى 70% في أفق 2007؛
- بلوغ نسبة تغطية 75% ضد الكزاز بالنسبة للنساء في سن الإنجاب، في أفق 2007؛
- توفير العلاجات التوليدية المستعجلة الأساسية بنسبة 100% في المستشفيات الجهوية، والمراكز الصحية في أفق 2007؛
- الحد، من الآن وإلى غاية 2007، بنسبة 75% من تأثير الالتهابات المنتقلة عبر الجنس، وذلك للحد من انتشار السيدا؛
- الحد بنسبة 60% في أفق 2007 من انتقال فيروس السيدا من الأم إلى الطفل؛
- تقديم العلاجات بنسبة 100% في أفق 2007 للأشخاص الذين يعيشون بفيروس السيدا؛
- ضمان أمن جيوب الدم المخصصة للنقل وذلك بنسبة 100% في أفق 2007.

← بالنسبة للأطفال من فئة 0-6 سنوات:

- بلوغ التغطية اللقاحية الشاملة بالنسبة للكرزاز والديفتيريا والسل والخناق والشلل والحصباء من الآن وإلى غاية 2008؛
- تحقيق التغطية اللقاحية بنسبة 50% ضد الكبد الوبائي "ب" (الجرعة الثالثة) بالنسبة للأطفال؛
- الحد بنسبة 100% -انطلاقا من النسبة التي تم الكشف عنها سنة 2003 - من معدلات وفيات الأطفال والأحداث الناجمة عن الملاريا، وأمراض الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة، وذلك في أفق 2015. وتستهدف الاستراتيجيات المعتمدة في هذا الشأن:
- ضمان التكفل السليم ب90% من حالات الملاريا لدى الأطفال في الدوائر الصحية، بنهاية 2006؛

▪ التكفل السليم ب75% من حالات الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة لدى الأطفال في أفق 2007.

← بالنسبة للأطفال من 6-8 سنوات:

- الحد عند الأطفال من 6 إلى 12 سنة من تأثير تسوّس الأسنان بنسبة 50% في حدود 2008؛
- ضمان التطهير من الطفيليات بنسبة 100% لتلاميذ التعليم الأساسي، مرة في السنة؛
- الحد بنسبة 100% من مخاطر نقل فيروس نقص المناعة المكتسبة عبر الأدوات الوسخة ومن خلال علاجات الفم والأسنان.

(2) الاستراتيجيات ذات الأولوية

لتحقيق الأهداف التي حددتها السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في مجال الصحة، ستقوم الحكومة بتنفيذ أو تعزيز نشاط عدد من البرامج الإنمائية التي تستجيب للمشاكل الصحية للمرأة والطفل. وهكذا فإن تنفيذ الاستراتيجيات التالية سيمكّن من حل المشاكل ذات الأولوية:

← بالنسبة لكافة الفئات العمرية:

- تحسين مستوى التغطية الصحية، خاصة في المستوى الريفي، من خلال عمليات البناء والتجهيز والتكوين المستمر للطواقم، واتباع المعايير؛
- إرساء مجانية العلاجات بالنسبة للأطفال ذوي الوضعيات الهشة وأسرهم؛
- متابعة سياسة اللامركزية، وتعزيزها، من أجل الوصول إلى مستوى لامركزية الولاية؛
- إدخال عملية التخطيط والإشراف إلى المستويات الجهوية والمحلية والبلدية؛
- إنجاز دراسات الجدوائية والتجارب النموذجية حول الوداديات الصحية، والمبلغ الجرافي للتوليد، والتكفل بالمعوزين في الحوضين؛
- إقامة نظام لمراقبة وحسن تسيير أرصدة التضامن التي تُنتجها الوداديات أو المبلغ الجرافي للتوليد أو المشروع النموذجي للتكفل بالمعوزين؛
- تحسين الرقابة على نوعية الأدوية؛
- التأمين التام لعلاجات الفم والأسنان ضد أي خطر لنقل فيروس السيدا.

← بالنسبة للنساء الحوامل والأطفال من فئة 0-3 سنوات:

- تحديد رزمة للأنشطة بغية التكفل المندمج بأمراض المرأة الحامل والمرأة المرضع والطفل الصغير، من خلال برنامج التكفل المندمج لأمراض الطفل، والبرنامج الوطني لمكافحة الملاريا، والبرنامج الوطني لمكافحة السيدا، والبرنامج الوطني لمكافحة السل والجذام، وبرنامج التلقيح الموسع، والبرنامج الوطني للصحة الإنجابية، والبرنامج الوطني لصحة الفم والأسنان، والبرنامج الوطني للصحة العقلية، والبرنامج الوطني للتربية الصحية، إلخ.

• في مجال التغذية:

(1) الأهداف الاستراتيجية:

في هذا المجال، ستقوم الجهود التي سبُدل في إطار السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى على دعم الأنشطة الرامية إلى ترقية تغذية متوازنة، وعلى مكافحة كافة أشكال سوء التغذية والالتهابات التي تنجم عنه.

وتتمثل الأهداف العامة في هذا الشأن في:

- الحد من انتشار الأمراض المتعلقة بنقص المكونات الدقيقة؛
- تحسين مستوى التغطية بمراكز الانتشال والتهديب الغذائي ومراكز الإطعام الجماعي ومراكز التغذية الجماعية؛
- ضمان التزويد المنتظم بالمنتجات الغذائية، وبأسعار معقولة، للسكان الفقراء؛

- تقديم الدعم الفني والاقتصادي للنساء العاملات في مجال الإنتاج الغذائي؛
- تربية السكان حول طرق تنويع الأغذية؛
- القيام بجرد للمنتوجات المحلية الغنية بالحديد وفيتامين أ واليود، وذلك بغية ترقية استخدامها.

أما بالنسبة للأهداف الخصوصية، في مجال التغذية، فهي حسب الفئات العمرية على النحو التالي:

← بالنسبة لكافة الفئات العمرية:

- تعزيز إجراءات الرقابة التلقائية على المنتوجات الغذائية، وخاصة تلك الموجهة إلى الأطفال والنساء الحوامل.

← بالنسبة للنساء الحوامل والأطفال من فئة 0-6 سنوات:

- الحد بنسبة 60% من معدل تفشي نقص فيتامين أ والالتهابات الناجمة عنه كالعُمى، وذلك من الآن وإلى غاية 2008؛
- الحد بنسبة 60% من الآن وإلى غاية 2006 من تفشي فقر الدم لدى النساء الحوامل؛
- الحد بنسبة 50% من نسبة تفشي DTCI لدى النساء في أفق 2008؛
- ضمان ترقية الرضاعة الطبيعية، وأشكال الدقيق التكميلية، واستخدام المكونات الدقيقة؛
- تكوين الطاقم الطبي في مجال التغذية المتعلقة بالأم والطفل، وذلك بنسبة 50% في الدوائر الصحية بالبلاد؛
- إنجاز مسح وطني حول تفشي نقص مادة الحديد لدى الأطفال فيما دون سن الخامسة ولدى النساء في سن الإنجاب؛
- وضع التجهيزات اللازمة للكشف والمتابعة عن الوضعية الغذائية للأم والطفل تحت تصرف 100% من الدوائر الصحية؛
- وضع قاعدة بيانات شاملة حول الوضعية الغذائية للطفل وأمه؛
- بناء وتجهيز مراكز للتغذية الجماعية ومراكز للإطعام الجماعي ومراكز للانتشال والتهديب الغذائي في 75% من البلديات، من الآن وإلى غاية 2008.

← بالنسبة للأطفال من فئة 6-8 سنوات:

- تزويد كافة المدارس والمعاهد الإسلامية بكافلات؛
- تنظيم حملات وطنية للتطهير من الطفيليات، وتقديم كبسولات فيتامين أ للأطفال.

(2) الإستراتيجيات ذات الأولوية

إنّ تنمية الأنشطة الرامية إلى تحسين ترقية مراكز الإطعام الجماعي ومراكز التغذية الجماعية ومراكز إعادة التأهيل والتهديب الغذائي، وتشجيع الرضاعة الطبيعية، واستخدام المنتوجات الغذائية المحلية، وتوسيع مدى تدخل مراكز إعادة الانتشال والتهديب الغذائي ومراكز التغذية الجماعية، واستخدام المكملات الغذائية، وتكوين الطواقم المختصة، تشكّل الأولويات الكبرى في الوقت الراهن، للتكفل الأمثل بالوضعية الغذائية للأطفال. كما أن القيام بالتربية الأسرية ضروري من أجل قيام الأسرة بشكل أفضل بالتكفل بمشاكل تغذية الطفل، وتحسين نموه من خلال التحفيز السيكولوجي والاجتماعي.

وفي هذا الصدد، تلتزم الحكومة بوضع وتنفيذ الأنشطة التالية ذات الأولوية حسب الفئات العمرية، وذلك خلال السنوات الخمس القادمة:

← بالنسبة لكافة الفئات العمرية:

- تنفيذ السياسة الوطنية لتنمية التغذية تكوين الطواقم الطبية وشبه الطبية في مجال التغذية، وتحويلها إلى الدوائر الصحية؛
- إعداد التشريع الوطني المتعلق بالتغذية؛

- زيادة وحدات إنتاج الملح المشبّع باليود؛
- دعم التعاونيات النسوية العاملة في مجال الإنتاج الغذائي (زراعة الخضروات، صيد الأسماك، التتمة الحيوانية، غرس الأشجار، إلخ)؛
- ترقية التربية الأسرية بغية التكفل الأفضل بمشاكل التغذية من قبل الأسرة؛

← بالنسبة للنساء الحوامل والأطفال من فئة 0-3 سنوات:

- ترقية الرضاعة الطبيعية المبكرة والصرف، واستخدام دقيق الفطام والمكملات الغذائية الضرورية؛
- القيام بحملات تحسيس حول أهمية المنتوجات المحلية الغنية بالمكونات الدقيقة؛
- إنشاء كفالات مدرسية وكفالات للمرحلة ما قبل المدرسية.

← بالنسبة للأطفال من فئة 3-8 سنوات:

- التزويد المنتظم لمراكز الإطعام الجماعي، ومراكز إعادة الانتشال والتهديب الغذائي ومراكز التغذية الجماعية، والهيكل ما قبل المدرسية والمؤسسات المدرسية بالمنتوجات الغذائية اللازمة لإعداد وجبات للأطفال؛
- بناء و/أو ترميم مراكز للإطعام الجماعية ومراكز للتغذية الجماعية ومراكز لإعادة الانتشال والتهديب الغذائي، وتجهيزها بمعدات للكشف والمتابعة للوضعية الغذائية للأطفال وأمهاتهم.

• في مجال محو الأمية والتربية:

(1) الأهداف الاستراتيجية

يبين تحليل وضعية النظام التربوي الموريتاني أن الطريق الذي يتعين قطعه في سبيل الرفع من مستوى الالتحاق، وتحسين ظروف التعليم ما قبل المدرسي والأساسي، والقضاء على الفوارق بين الجنسين وفيما بين الولايات، لا يزال طويلاً.

لذلك، ستقوم السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى بتنفيذ أنشطة لتصحيح هذه الاختلالات وضمان تعليم ذي نوعية.

ويشكل تطوير التعليم ما قبل المدرسي – النظامي وغير النظامي – في الوقت الراهن إحدى الأولويات بالنظر إلى الطلب القوي في مجال افتتاح هياكل الحضانات الذي تملّيه:

- (1) ضرورة جودة إعداد الأطفال في سن مبكرة للتعليم الأساسي، للتمكن من تحسين نوعيته؛
- (2) الحاجة التي تزداد إلحاحاً لتحرير الأمهات حتى يلجن سوق الشغل، وذلك تحت التأثير المزدوج للهجرة الريفية والتثمن.

كما أن هذه الأنشطة من شأنها أن تمكّن من مد الجسور بين التعليم ما قبل المدرسي – النظامي وغير النظامي – وبين التعليم الأساسي، مما سيؤدي إلى نتائج أفضل على مستوى التعليم الأساسي بفضل الإعداد الذي ستوفّره رياض الأطفال والحضانات الأهلية والمحاضر.

وعلى مستوى التعليم الأساسي، ستركز الأنشطة المبرمجة على تحسين نوعية هذا المستوى التعليمي، وخلق مناخ أفضل للدراسة، عبر الاهتمام بعمليات تحويل وتكوين وتحفيز المعلمين، وتجهيز قاعات الدراسة، والمزيد من إشراك أولياء التلاميذ في الحياة المدرسية، وإدخال مقاربات جديدة كمفهوم المدارس النظيفة، الصحية والخضراء؛ وتوفير الماء ودورات المياه.

وستستفيد المحاضر كذلك من دعم يمكّنها من اعتماد أنشطة للإيقاظ، وتوفير أنشطة لمحو الأمية لصالح النساء.

- وتتمثل الأهداف العامة للسياسة في هذا القطاع في:
- تحسين مستوى التغطية ما قبل المدرسية والتغطية المدرسية؛
- تحسين مستوى التعليم الموجّه للأطفال المعاقين؛
- خلق شراكة لتنمية التعليم ما قبل المدرسي؛
- تحسين نوعية التعليم القاعدي.

أما من حيث الأهداف الخاصة التي سيتم تنفيذها من هنا ولغاية سنة 2015 حسب المستوى، فإن الحكومة تلتزم بما يلي:

← على مستوى التعليم ما قبل المدرسي غير المصنف:

- تزويد كافة المحاضر ببرامج للإيقاظ؛
- تكوين شبوخ المحاضر حول برامج الإيقاظ، وحول المواد العلمية التي يتعين إدخالها في منهاجهم الدراسي؛
- وضع التجهيزات اللازمة تحت تصرف المحاضر حتى تؤدي مهامها على الوجه الأكمل.

← على مستوى التعليم النظامي ما قبل المدرسي:

- إعادة تأهيل وتجهيز الحضانات الأهلية القائمة؛
- بناء وتجهيز حضانات أهلية جديدة؛
- ضمان تكوين مربيات ومديرات رياض الأطفال العمومية؛
- تجهيز وتحسين خبرة طاقم رياض الأطفال العمومية؛
- القيام بإعداد مناهج الإيقاظ وتزويد الهياكل القائمة بها؛
- إقامة مراكز للموارد الجهوية ودعم قدراتها .

← على مستوى التعليم الأساسي:

- بلوغ نسبة 75% من معدل النجاح الصافي، و85% من معدل التمدرس الصافي، خاصة في الوسط الريفي؛
- بلوغ 80% كمعدل تسجيل للبنات في السنة الأولى؛
- بلوغ نسبة تسجيل من 75% في السنة الأولى، في المناطق الريفية، من هنا ولغاية 2008؛
- ضمان التوفير المجاني للكتب المدرسية لصالح 50% من الأطفال المنحدرين من أوساط غير محظوظة؛
- تطوير مبادرات لتحسين استبقاء البنات داخل سلك التعليم الأساسي؛
- تعزيز ودعم إنشاء رابطات لأولياء التلاميذ في 75% من مجالس التعليم الأساسي.

(2) الاستراتيجية ذات الأولوية

يبيّن إصلاح النظام التعليمي الذي أجري سنة 1999 أن الحكومة الموريتانية قد سلكت طريق تحسين نوعية التعليم بوجه عام، والتعليم الأساسي على وجه الخصوص. ومن خلال إطار تنمية الطفولة الصغرى، تُعتبر مجالات التدخل التالية في سلم الأولويات:

- تحسين ظروف التعليم الأساسي، عبر مواصلة عمليات البناء، واقتناء التجهيزات، وخلق ظروف النظافة، وأنشطة الترفيه؛
- تكوين المدرّسين بكم كاف تبعاً لمسار طبيعي؛
- إشراك رابطات أولياء التلاميذ في تسيير وتقييم المؤسسات الدراسية؛

- تحسين ظروف التعليم في النظام ما قبل المدرسي، من خلال بناء حجرات دراسية ومراحيض، وتوفير التجهيزات والمعدات الديدانكتيكية، وتكوين وتحسين خبرة المربيات، وخلق شراكة في مجال التسيير والتقييم مع المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الطفولة؛
- تعزيز أنشطة محور الأمية التي تستهدف النساء، خاصة في الأوساط غير المحظوظة؛
- إقامة جسور بين التعليم ما قبل المدرسي النظامي والمحظري وبين التعليم الأساسي؛
- تحسين نفاذ الأطفال المنحدرين من أوساط معدمة إلى التعليم، وإعادة دمج الأطفال غير المتمدرسين أو ضعيفي التمدرس؛
- عصرنة نظام المحاضر.

وبالجملة، فإن مواصلة إصلاح النظام التربوي ستؤدي إلى القيام بالتصحيحات اللازمة لثغرات النظام القديم. غير أن عناية خاصة ينبغي أن تُمنح لتحسين نوعية التعليم القاعدي لتمكين أطفالنا من تطوير قدراتهم في مجال التعلم.

• في مجال الماء

(1) الأهداف الاستراتيجية:

ضمن قطاع الماء، ترمي الأنشطة المعتمدة إلى تحسين مستوى التغطية بالماء الشروب، وهو ما سينعكس دونما شك على الظروف الصحية للسكان.

أما الأهداف العامة في مجال الماء فهي:

- تحسين مستوى التغطية بالماء الشروب، خاصة في المناطق الريفية غير المحظوظة؛
- توفير الماء الشروب لهياكل الإيواء والمدارس والتشكيلات الصحية؛
- مواصلة الجهود المبذولة في مجال التكوين حول صيانة التجهيزات والمنشآت المائية.

وفيما يتعلق بالأهداف الخاصة، فإن الحكومة تسعى إلى تعزيز الأنشطة المنقّدة من قبل في قطاع الماء، تلك الأنشطة التي تستفيد منها كافة فئات الطفولة الصغرى العمرية:

- تزويد 55% من هيئات الحضارة والمدارس والدوائر الصحية بالماء الشروب في أفق 2008؛
- وبنسبة 75% في 2012؛ و100% في أفق 2015؛
- الحد بنسبة 75% -انطلاقاً من معدل 2002 - من نسبة تعطل التجهيزات (المضخات) المرتبطة بالمنشآت المائية؛
- إشراك 70% على الأقل من النساء في تسيير وصيانة المنشآت المائية، من الآن وإلى غاية 2008.

(2) الاستراتيجيات ذات الأولوية

في الوقت الراهن، يمرُّ حلُّ مشكل الماء ضرورةً عبر التسيير الجيد للموارد وإشراك المرأة في القطاع. لذلك، تتعهد الحكومة بما يلي:

- (1) تعزيز المكاسب في هذا القطاع من حيث إنجاز المنشآت المائية؛
- (2) إنجاز الدورات التكوينية حول تقنيات صيانة وتسيير المنشآت المائية المنجزة.

• في مجال النظافة والصرف الصحي

(1) الأهداف الاستراتيجية

إن حماية البيئة وسلامة الصرف الصحي من العوامل اللازمة لتنمية الطفولة. تبعا لذلك، ستعمل الحكومة من خلال مختلف البرامج القطاعية على:

- تحسين مستوى النظافة والصرف الصحي في الأوساط العمومية وما قبل المدرسية والدراسية؛

- تحسين مستوى النظافة العمومية، عبر التسيير المعقلن للفضلات العمومية، والمياه المستعملة؛ وتوفير مراحيض وظيفية في الهيئات ما قبل المدرسية والمؤسسات المدرسية والدوائر الصحية والأماكن العمومية؛
- التشجيع والدعم المالي لجهود المنظمات غير الحكومية المتعلقة بحماية البيئة والصرف الصحي؛
- ترقية نظافة الجسم والتربية البيئية؛
- تحسين مستوى توفير الماء والمراحيض والصابون.

أما الأهداف الخاصة في هذا المجال، والتي تشمل مختلف الفئات العمرية، فهي:

- تزويد 100% من المدارس والدوائر الصحية والحضانات الأهلية بالمراحيض في أفق 2007؛
- تكوين وكلاء تربويين حول حماية البيئة ونظافة الوسط، وذلك لتعميم التربية البيئية على المستوى الجماعي؛
- الحد ب 60% من نسبة الأسر التي ليس لها نفاذ إلى الصرف الصحي داخل المنازل؛
- دعم إقامة مكاتب تنفيذية للرابطات، وخاصة للرابطات النسوية التي تعمل في مجال حماية البيئة ونظافة الوسط، وذلك في 55% من البلديات.

أما الاستراتيجيات ذات الأولوية المتبناة في مجال الصرف الصحي فتستكون عبارة عن تحسين مستوى النظافة والصرف الصحي في الأوساط العمومية والهيئات ما قبل المدرسية والمؤسسات المدرسية.

• في مجال الرعاية

ترتبط تنمية الطفولة الصغرى إلى حد كبير بالخدمات الاجتماعية الممنوحة للأطفال. وهذا ما يفسر كون الطفل بحاجة إلى تدابير للحماية ضد التجاوزات وأشكال العنف، والخفاض، ولاستكشاف الإعاقات والتكفل بها. وتزداد الحاجة إلحاحا عندما يتعلق الأمر بأطفال لا سند أسري يُوْطِرُهُم أوباطفال أيتام أو لقطاع. وهكذا فإن التربية الأسرية أمر هام، بالنظر إلى ما تجلبه للأولياء وللرابطات من قضايا تتصل بالوقاية وحماية الأطفال.

(1) الأهداف الاستراتيجية

في هذا المجال، تكتسي حماية الطفل الصغير العديد من الأشكال، التي تبدأ بوضع النصوص التشريعية لتصل إلى التطبيق الصارم لهذه القوانين وردع المخالفين.

وتتمثل إحدى الأولويات الراهنة في هذا الشأن في ضمان تسجيل عمليات الولادة حيثما وقعت. من أجل ذلك، يرتسم إطار تنمية الطفولة الصغرى كهدف إجمالي له في هذا المضمار ضمان تسجيل الولادات في جميع بلديات الوطن.

أما بالنسبة للأهداف الخاصة، فتستعمل السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى على:

- إقامة مراكز للحالة المدنية في كافة بلديات الوطن؛
- القيام بعمليات التحسيس والتعبئة الاجتماعية اللازمة لإنجاح هذه العملية؛
- تشجيع تطبيق مقتضيات مدونة الأحوال الشخصية في هذا الشأن؛
- الإسهام في تكوين وكلاء الحالة المدنية.

أما الاستراتيجيات ذات الأولوية في هذا الشأن فهي:

- التحسيس والمناصرة في سبيل تسجيل تلقائي لكافة الولادات؛
- ترقية وتكوين النساء كوكيلات للحالة المدنية؛

- إنشاء جائزة للبلديات التي تُنجز أعلى مستوى من تسجيل الولادات؛
- توفير التجهيزات اللازمة للبلديات، لصالح مراكز الحالة المدنية.

المكونة الرابعة: تنمية الموارد البشرية

(1) الأهداف الاستراتيجية

كما هو الحال بالنسبة لأية تنمية، تمر ترقية الطفولة الصغرى بالضرورة عبر التكوين – الكمي والكيفي – للموارد البشرية. ويعرف قطاع الطفولة الصغرى في الوقت الراهن عجزاً هاماً في مجال الموارد البشرية، من حيث طواقم التأطير على مستوى هياكل الحضانة.

ومن خلال السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى، تنوي الحكومة تكوين وتحسين خبرة أصناف الطواقم الضالعة في تنمية الطفولة الصغرى.

أما الأهداف الخاصة لمحور "تنمية الموارد البشرية" فهي:

- إعداد المناهج المتعلقة بالتربية الأسرية حول التكفل المندمج بالأطفال؛
- ضمان تكوين المربين الجماعيين وبعض المستشارين في مجال الإعلام والتثقيب والاتصال المتعلق بالأولياء؛
- ضمان تكوين مربيات هياكل الحضانة الموجودة بالفعل؛
- تعزيز القدرات الفنية في مجال الإعلام والتثقيب والاتصال للمكوّنين المرجعيّين للمركز الوطني للتكوين في مجال الطفولة الصغرى، والمربين الجماعيين والمستشارين حول قضايا الأولياء، إضافة إلى مديرات هياكل الحضانة؛
- ضمان تكوين الشبكات الجهوية للطفولة الصغرى في مجال التسيير والتخطيط؛
- ضمان تكوين مديرات هياكل الحضانة، في مجال الإدارة والتسيير؛
- ضمان تكوين طواقم التنظيمات الاجتماعية والمهنية؛
- تعزيز كفاءات مسؤولي المحاضر في مجال النظافة والتغذية.

(2) الاستراتيجيات ذات الأولوية

لا تزال طاقة الطواقم الذي تتوفر عليه إدارة الطفولة الصغرى من أجل القيام بالبرمجة والتخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم محدودة. ونفس الشيء يمكن أن يُقال بالنسبة لطواقم التأطير في هياكل الحضانة.

لذلك، فإن الاستراتيجيات ذات الأولوية في هذا الشأن تتمثل في:

- تعزيز القدرات المؤسسية للقطاعات التي تتكفل بالطفولة الصغرى؛
- توفير الطواقم الفنية لكتابة الدولة لشؤون المرأة بكم كاف، مركزياً وجهوياً؛
- تكوين وتحسين خبرة مختلف أصناف الطواقم الضالعة في تنمية الطفولة الصغرى؛
- إعداد خطة تكوينية لجميع الموارد البشرية المعنية بالطفولة الصغرى.

المكونة الخامسة: التسيير والتنسيق والمتابعة والتقييم

لتنفيذ السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

(1) الأهداف الاستراتيجية

تتطلب إقامة سياسة وطنية لتنمية الطفولة الصغرى توفير ظروف، بدونها يصعب تنفيذ هذه السياسة.

نتيجة لذلك، سيكون الهدف الشامل لهذه المكوّنة هو إقامة إطار مؤسسي وتنظيمي من شأنه التمكين من تنفيذ ومتابعة وتقييم وتنسيق برامج السياسة.

أما الأهداف الخاصة المتعلقة بهذا المحور فهي:

- وضع إطار مؤسسي وتنظيمي للسياسة؛
- خلق إطار لتنسيق ومتابعة وتقييم السياسة؛
- وضع آليات لتسيير أرصدة السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى.

وبحسب الأهداف الخاصة، تلتزم الحكومة بما يلي:

- خلق وإرساء أجهزة اتخاذ القرار والتنسيق والتنفيذ المتعلقة بالسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى على المستوى الجهوي والمحلي والبلدي، وذلك فور إقرار مشروع السياسة؛
- تزويد مختلف الأجهزة بالموارد البشرية والمادية التي تمكنها من أداء مهامها على الوجه الأكمل؛
- تعبئة المقابل الوطني للتمويل في الأجل المحددة؛
- إرساء هيئة وطنية لاعتماد وتفتيش وتقييم هياكل الحضانة؛
- وضع قاعدة بيانات شاملة حول الطفولة الصغرى، مع موقع على شبكة الإنترنت؛
- تشجيع البحث العملي والأساسي حول الطفولة الصغرى؛
- إرساء مكتب لتنفيذ البرامج المتعلقة بالسياسة.

(2) الاستراتيجيات ذات الأولوية

يُعتبر نجاح الأنشطة التي سيتم تنفيذها في إطار برامج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى رهينا إلى حد كبير بمدى صرامة تسييرها ومتابعتها وتقييمها، إضافة إلى التنسيق بين مختلف الفاعلين والمتدخلين.

لذلك، ينبغي أن تُمنح الأولوية لإرساء هياكل مركزية وجهوية ومحلية وبلدية لتنفيذ السياسة والهيئات المرتبطة بها. وهذه الهيئات ينبغي أن تكون خفيفة، مرنة وشفافة.

5. الإطار المؤسسي والتنظيمي للسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

إن تنفيذ السياسة ينبغي أن يتم في إطار من التشاور والتنسيق والتنظيم يمكن كافة الفاعلين من أن يلعبوا أدوارهم بشكل كامل.

ونتيجة لذلك، ستضع الحكومة إطارا مؤسسيا وتنظيميا يحدد الصلاحيات والأدوار والمهام بالنسبة لكافة الهياكل والهيئات التي سيتم استحداثها، وذلك بغية تسهيل تنفيذ ومتابعة وتقييم السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى.

من بين الهياكل التي يتعين إرساؤها على مستوى قيادة البرامج، نجد:

- **أجهزة اتخاذ القرار**، ويتم وضعها في كافة المستويات:
 - **على المستوى الوطني**، حيث نجد "اللجنة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى" وهي الهيئة الوطنية المكلفة بتوجيه السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛
 - **على مستوى الولاية**، حيث نجد هيئة جهوية مكلفة بكافة القضايا المتعلقة بتنمية الطفولة الصغرى في هذا المستوى، وتدعى هذه الهيئة بـ"لجنة الولاية لتنمية الطفولة الصغرى"؛
 - **على مستوى المقاطعة**، نجد لجنة المقاطعة لتنمية الطفولة الصغرى؛
 - **على مستوى البلديات**، يتم إرساء لجان بلدية لتنمية الطفولة الصغرى.

• **أجهزة التنسيق:** على المستوى الوطني، ستضطلع بمهام التنسيق هيئة فنية تُدعى "اللجنة التنفيذية القطاعية المشتركة". وعلى مستوى الولايات والمقاطعات والبلديات، ستقوم بمهام التنسيق لجان فنية يتم اختيارها ضمن مجالس التنمية للطفولة الصغرى.

• **أجهزة التنفيذ:** على المستوى المركزي، سيتم وضع خلية لتنفيذ برامج السياسة على مستوى كتابة الدولة لشؤون المرأة (انظر الهيكل التنظيمية للخلية بالملحق)؛ ستتولى تسيير الأرصدة وتنسيق الأنشطة مع مختلف المتدخلين ومع لجنة التنفيذ القطاعية المشتركة. وتعتبر خلية التنفيذ المتعلقة بالسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى الهيئة المركزية على مستوى كتابة الدولة لشؤون المرأة التي تُكافئ بكافة جوانب التسيير الإداري والمالي لأرصدة تنمية الطفولة الصغرى.

ويتعين أن تكون تحت الوصاية المباشرة لكاتبة الدولة لشؤون المرأة، كما ينبغي أن تضم 5 وحدات وظيفية هي:

- وحدة إبرام الصفقات؛
- وحدة التكوين؛
- وحدة الإعلام والتعميم والتوثيق؛
- الوحدة الإدارية والمحاسبية؛
- وحدة المتابعة والتقييم.

وينبغي لخلية تنفيذ البرامج أن تتمتع بالاستقلالية، وأن تضع إجراءات مرنة وسريعة من أجل فعالية أكبر في تحقيق الأهداف. ويتعين على طاقم خلية تنفيذ البرامج أن يضم أخصائيين في إبرام الصفقات وفي التسيير والمتابعة والتقييم للأنشطة الإنمائية.

أما على المستوى اللامركزي، فإن لجانا للتنفيذ سيتم إرساؤها لضمان متابعة أمثل لتنفيذ الأنشطة المبرمجة. وسيتم اختيارها من بين أعضاء مجالس التنمية.

6. آليات المتابعة والتقييم للسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

ينبغي أن يكون متابعة وتقييم الأنشطة جزءا لا يتجزأ من عملية برمجة وتخطيط السياسة. من أجل ذلك، سيتم وضع جهاز للمتابعة والتقييم للتمكن من الرقابة على الأنشطة المبرمجة من جهة، وإصدار حكم تقييمي حول الإنجازات من جهة أخرى.

وسيتم تنظيم مراجعة سنوية تُعدها وتُشرف عليها لجنة التنفيذ القطاعية المشتركة مع خلية تنفيذ البرامج، وذلك لتقييم مدى إلحاح برامج السياسة، ونتائجها، وفعاليتها، وأثارها. وينبغي أن تُجمع هذه المراجعة السنوية، علاوة على القطاعات الوزارية المعنية، الممولين والمنظمات غير الحكومية المشاركة في تمويل السياسة. وستكون هذه المراجعة كذلك فرصة لإعادة النظر في خطط العمل السنوية، وإقرار الخطط العملية السنوية للدورة الموالية.

كما ينبغي أن يُقام بمراجعات جهوية وجهوية مشتركة مرتين في السنة لمتابعة مدى تقدم البرامج وأثرها على الأطفال، ولتشجيع تبادل التجارب بين الفاعلين في مختلف الولايات.

في هذا الإطار، سيتم إرساء لجنة للشركاء في مجال التنمية الذين يمولون أنشطة تنمية الطفولة الصغرى. وستتولى اليونيسيف التنسيق مع الممولين الآخرين ومع الحكومة.

وسيجري تقييم أداء البرامج عن طريق مصفوفة المؤشرات التالية التي تمكن من معرفة إلى أي مدى تم تحقيق الأهداف المنشودة. وستُستخدم قائمة المؤشرات ذاتها في مختلف البرامج التي تتدخل لصالح تنمية الطفولة الصغرى. يُذكر أنّ جميع هذه المؤشرات تقريبا مُدرجة في قائمة الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر.

الفئة العمرية/ المجالات	المؤشرات
فترة ما قبل الولادة وبعيها	
الصحة	<ul style="list-style-type: none"> - نسبة تغطية الاستشارات في مرحلة ما قبل الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى، وفيما بعد الولادة - نسبة معدل انتشار موانع الحمل العصرية حسب الولاية - معدل الولادات المدعومة طبيا حسب الولاية - معدل فقر الدم لدى النساء الحوامل - معدل الوفيات فيما قبل الولادة - النسبة المئوية للأجنة الميتة - النسبة المئوية للنساء الحوامل الخاضعات لعلاج الملاريا بالشميوبروفيلاكسي - نسبة وفيات الأمومة - نسبة التغطية للقاحية الكاملة - نسبة التغطية بـVAT لدى النساء الحوامل والنساء في سن الإنجاب - معدل النساء الحوامل اللاتي يستخدمن ناموسيات مشبعة - معدل النساء الحوامل اللاتي تلقين حصصا في مجال التربية الأسرية - النسبة المئوية للنساء اللاتي كن موضوع خفاض
التغذية	<ul style="list-style-type: none"> - معدل أصحاب الوزن الضعيف عند الولادة (أقل من 2500غ) - معدل الإرضاع الطبيعي الصرف - نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين مكملات من الحديد حسب الولاية - نسبة الأطفال ممن تقل أعمارهم عن سنة، والذين تلقوا مكملات من فيتامين أ
التربية	<ul style="list-style-type: none"> - نسبة النساء اللاتي تم محو الأمية عنهن - نسبة النساء اللاتي استفدن من برامج للتربية الأسرية حسب الولاية
الرعاية	<ul style="list-style-type: none"> - معدل تسجيل الولادات حسب الولاية - النسبة المئوية للبنات اللاتي كن موضوع خفاض و/أو اللاتي تعرضن للتسمين، حسب الولاية والانتية
الفترة من 3 إلى 6 سنوات	
الصحة	<ul style="list-style-type: none"> - معدل وفيات الأطفال - معدل وفيات الأحداث - معدل الوفيات المتعلقة بأمراض الإسهال - معدل الوفيات الناجمة عن الالتهابات التنفسية الحادة - نسبة استخدام محاليل التمييه
التغذية	<ul style="list-style-type: none"> - معدل سوء التغذية الحاد - معدل سوء التغذية المزمن - نسبة عدم كفاية الوزن - معدل تأخر النمو - نسبة الهزال - نسبة التغطية بمكملات فيتامين أ - النسبة المئوية للحضانات التي تستفيد من عون غذائي
التربية	<ul style="list-style-type: none"> - معدل التغطية بالتعليم ما قبل المدرسي حسب الجنس والولاية ونمط وطريقة الحضانة، وحسب القطاع (العام والخاص) - عدد المحاضر التي أدخلت أنشطة إيقاظ في مناهجها - عدد شيوخ المحاضر المكوّنين حول برامج الإيقاظ - عدد الهيئات ما قبل المدرسية التي تم بناؤها و/أو ترميمها وتجهيزها - عدد المرشدات والمربيات اللاتي تم تكوينهن

	<ul style="list-style-type: none"> - عدد دوائر الحضانة المفتوحة للأطفال المعاقين حسب الولاية - عدد مراكز موارد الطفولة الصغرى التي أصبحت وظيفية - عدد شبكات الطفولة الصغرى الوظيفية - عدد أعضاء مكاتب الشبكات المكوّنة
الفترة من 6 إلى 8 سنوات	
الصحة	<ul style="list-style-type: none"> - عدد الأطفال المستفيدين من عمليات التطهير من الطفيليات، حسب الولاية - عدد الأطفال المتكفل بهم من حيث علاجات الفم والأسنان، تبعا للولاية
التغذية	<ul style="list-style-type: none"> - معدل التغطية بالكفالات المدرسية حسب الولاية - عدد الأطفال المكفولين في الكفالات المدرسية حسب الولاية
التربية	<ul style="list-style-type: none"> - عدد المربين الجماعيين الذين جرى تكوينهم - عدد المربين الذين يعملون حسب الولاية - معدل النجاح الخام والصافي في مستوى التعليم الأساسي - معدل التمدرس الخام والصافي - معدل التمدرس الخام والصافي للبنات - نسبة التلاميذ إلى معلم - نسبة التلاميذ إلى قسم - عدد رابطات أولياء التلاميذ التي تم تكوينها حسب الولاية
بالنسبة لكافة المراحل العمرية	
الصحة	<ul style="list-style-type: none"> - نسبة التغطية الصحية - نسبة النفاذ إلى الدوائر الصحية في شعاع 5 كلم - معدل توفر MEG في الدوائر الصحية - متوسط كلفة المعالجة الطبية - نسبة تفشي دودة غينيا في صفوف الأطفال والنساء
التغذية	<ul style="list-style-type: none"> - نسبة الأسر التي تستخدم الملح المشبع باليود على الدوام - عدد مراكز إعادة الانتشال والتهديب الغذائي ومراكز التغذية الجماعية التي تم بناؤها وأو ترميمها وتجهيزها - عدد وكلاء التغذية الذين جرى تكوينهم - عدد التعاونيات النسوية التي استفادت من دعم للإنتاج الغذائي - عدد وحدات الإنتاج للملح المشبع باليود التي تم وضعها - عدد الأطفال المستفيدين من التغذية في مراكز التغذية الجماعية ومراكز إعادة الانتشال والتهديب الغذائي وهيئات الحضانة - عدد الكفالات المدرسية في المحاضر، حسب الولاية - عدد الأطفال المستفيدين حسب الولاية
الماء	<ul style="list-style-type: none"> - نسبة تزويد بالماء الشروب حسب الولاية ووسط الإقامة - عدد الرياض والحضانات والمدارس التي تتوفر على الماء - عدد المنشآت المائية التي تم بناؤها وتجهيزها - عدد الأسر التي تتوفر على الماء الشروب - عدد النساء العاملات في مجال تسيير المنشآت المائية
الصرف الحي	<ul style="list-style-type: none"> - عدد المدارس والهيكل ما قبل المدرسية التي تتوفر على مراحيض وظيفية - عدد البلديات التي تتوفر على شبكات للصرف الصحي - عدد الأسر التي تتوفر على مراحيض، حسب وسط الإقامة
الحماية	<ul style="list-style-type: none"> - عدد النصوص القانونية المتوفرة التي تمت مراجعتها - عدد النصوص التشريعية التي تم إعدادها حديثا - عدد الدورات التكوينية التي تم إنجازها حول حقوق الأطفال والنساء - عدد مراكز الحالة المدنية المفتوحة حسب الولاية - عدد وكلاء الحالة المدنية الذين جرى تكوينهم - عدد الأطفال الضعاف الذين تم التكفل بهم - عدد الأطفال الذين تم الكشف عن تأخر نموهم

7. تمويل برامج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى

ينبغي أن يجري تنفيذ سياسة تنمية الطفولة الصغرى في إطار شراكة واسعة. وهكذا، يتعين استكشاف كافة السبل لضمان تعبئة الموارد اللازمة لإنجاز الأهداف المرسومة.

ويمكن تحديد المشاركات في هذا التمويل على النحو التالي:

أولاً: الدولة التي ينبغي أن تقوم بتعبئة 20% من تمويلات مجموع البرامج. وعلى الحكومة في هذا الشأن القيام بإنشاء صندوق لتنمية الطفولة الصغرى، يتم تزويده عبر نسبة 5% من تكاليف تراخيص البحث والتنقيب المنجمي واتفاقيات الصيد في موريتانيا والهبات والأعطيات من أي شكل كانت، ومساهمات القطاع الخاص والمجتمع المدني والميزانية الذاتية للدولة؛

ثانياً: سيقوم القطاع الخاص بتقديم نسبة 15% من الكلفة الإجمالية، وذلك للتكفل بالبرامج الإنمائية للأطفال الذين يعمل ذووهم في هذا القطاع؛

ثالثاً: يتعين على المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية أن تسهم في حدود 5% من التمويل الإجمالي لبرامج السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛

رابعاً: ينبغي للبلديات أن تشارك في حدود 10% من مجموع تمويلات برامج السياسة؛

خامساً: ينبغي لمجموعة الشركاء في مجال التنمية أن تتولى نسبة 50% من التمويل الإجمالي للسياسة.

IV. الخاتمة

سيتم تحويل مشروع السياسة إلى خطة عمل تُبرز مجموع الأنشطة التي يتعين تنفيذها من أجل تحقيق أهداف السياسة.

غير أن اعتماد روح المقاربة المندمجة في تنفيذ السياسة سيكون أمراً حاسماً في اختيار البرامج. ومن شأن هذه البرامج المرتبطة أو المعززة بالبرامج السابقة قيد الإنجاز أن تستجيب بشكل أفضل للاحتياجات التي ضبطها الفاعلون في مجال الطفولة الصغرى خلال صياغة مشروع السياسة.

الملاحق

المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى

يمثل هذا المجلس الهيئة الوطنية لقيادة وتوجيه السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى.

1. مهام المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى:

- القيام بعمليات المناصرة لدى السلطات الحكومية ومجموعة الممولين من أجل تعبئة الموارد المالية اللازمة لتنمية الطفولة الصغرى؛
- إقرار الخطط العملية السنوية للسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛
- تقديم التوجيهات اللازمة لحسن تنفيذ السياسة؛
- رسم المسار التكويني للطفولة الصغرى؛
- القيام بعمليات التقويم اللازمة للتأكد من أثر البرامج المنفذة لصالح الطفولة الصغرى؛
- مراجعة سياسة تنمية الطفولة الصغرى عند الاقتضاء.

2. سير عمل المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى

يجتمع المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى مرتين في السنة في دورة اعتيادية. ويمكنه الاجتماع في دورة استثنائية عند الحاجة، باستدعاء من رئيسه.

ويتوفر المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى على هيئة فنية مكلفة بالتنسيق بين مختلف القطاعات من جهة وبين الممولين من جهة أخرى. وهذه الهيئة تُدعى "المجلس التنفيذي القطاعي المشترك".

3. تشكيلة المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى:

الرئيس الشرفي: السيدة الأولى في البلاد

الرئيس: رئيس الوزراء

نائب الرئيس: كاتبة الدولة لشؤون المرأة

الأعضاء:

1. الوزراء المعنيون بالسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى (وزير العدل، وزير الداخلية والبريد والمواصلات، وزير المالية، وزير الشؤون الاقتصادية والتنمية، وزير الثقافة والشباب والرياضة، وزير التعليم الأساسي والثانوي، وزير الصحة والشؤون الاجتماعية، وزير الاتصال، الوزير المكلف بمحو الأمية وبالتوجيه الإسلامي والتعليم الأصلي، وزير التنمية الريفية والبيئة، ووزير المياه ووزير الوظيفة العمومية والشغل، مفوض الأمن الغذائي، المفوض المكلف بحقوق الإنسان ومحاربة الفقر وبالدمج)
2. رئيس المجلس الوطني للطفولة
3. ممثل عن الكونفيدرالية الوطنية لأرباب العمل الموريتانيين
4. ممثل عن مختلف المراكز النقابية في البلاد
5. ممثل عن رابطة العمد الموريتانيين
6. خمسة ممثلين آخرين عن مختلف تنظيمات المجتمع المدني
7. أية شخصية مرجعية أخرى عاملة في أحد الميادين المتعلقة بتنمية الطفولة الصغرى.

4. المجلس التنفيذي القطاعي المشترك للمجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى

يتم ضمن المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى إنشاء مجلس تنفيذي يدعى "المجلس التنفيذي القطاعي المشترك". ويتم اختيار المجلس التنفيذي من بين أعضاء المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى. ويتعين أن يضم عضوا من كل قطاع وزاري معني بقضية الطفولة الصغرى.

وتتمثل أبرز مهام المجلس التنفيذي في:

- إعداد خطط العمل السنوية للسياسة، وذلك بالتنسيق الوثيق مع خلية تنفيذ البرامج؛
- رسم المسار التكويني للطفولة الصغرى؛
- تنسيق عملية إعداد خطط العمل في مختلف مستويات تنفيذ السياسة؛
- دعم عملية التشاور مع المجتمع المدني؛
- تنظيم البرامج ومتابعتها وتقييمها؛
- تشجيع إنشاء ودعم الشبكات التي من شأنها أن تسهم في تحسين مستوى فعالية البرامج المنقّدة لصالح تنمية الطفولة الصغرى؛
- تنسيق الأنشطة وكذا الدعم الفني اللازم لكافة المتدخلين (التكوين، الإعلام، التوثيق، إلخ)؛
- الاضطلاع بدور سكرتارية المجلس الوطني لتنمية الطفولة الصغرى؛
- إعداد كافة الاجتماعات التشاورية لهيئات السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛
- إعداد تقييم كل ثلاثة أشهر حول مدى تقدم أنشطة برامج السياسة.

صلات المجلس التنفيذي القطاعي المشترك مع القطاعات الأخرى

يتعين على المجلس التنفيذي أن ينسق تنسيقاً وثيقاً مع:

- المصالح والبرامج المنقّدة من قبل مختلف الوزارات، بهدف تشجيع ودعم المقاربة المندمجة؛
- المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، لتحقيق نجاعة أفضل في تنفيذ البرامج؛
- الشركاء في مجال التنمية، لضمان حسن تنسيق الأنشطة؛
- الخلية المكلفة بتنفيذ البرامج، وذلك من أجل تحديد وتنفيذ ومتابعة وتقويم الأنشطة.

مجلس الولاية لتنمية الطفولة الصغرى

يُعتبر هذا المجلس الهيئة الجهوية المكلفة بكافة قضايا تنمية الطفولة الصغرى. ويرأسه الوالي. ويضم كافة المصالح الجهوية الضالعة قطاعاتها الوزارية في تنفيذ السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى. وتتولى سكرتارية هذه الهيئة مسؤولة الممثلة الجهوية لكتابة الدولة لشؤون المرأة.

- **مهام مجلس الولاية لتنمية الطفولة الصغرى:**
 - إعداد البرامج الجهوية لتنمية الطفولة الصغرى؛
 - متابعة وتقييم البرامج الجهوية؛
 - السهر على الطابع متعدد القطاعات لتنمية الطفولة الصغرى؛
 - تنسيق أنشطة السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى مع الممولين الممثلين على مستوى الولاية.

● **تشكيلة مجلس الولاية لتنمية الطفولة الصغرى:**

الرئيس: الوالي

نائب الرئيس: مسؤولة ممثلة كتابة الدولة لشؤون المرأة؛

الأعضاء:

- المنتخبون المحليون؛
- رؤساء المصالح الجهوية الضالعة في السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛
- رؤساء شبكات الطفولة الصغرى؛
- المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الطفولة الصغرى داخل الولاية؛
- الممولون المحليون الممثلون على مستوى الولاية.

● **سير عمل مجلس الولاية لتنمية الطفولة الصغرى**

يجتمع مجلس الولاية لتنمية الطفولة الصغرى مرتين كل 6 أشهر، وبشكل استثنائي بطلب من رئيسه. وتتولى سكرتارية المجلس مسؤولة الممثلة الجهوية لكتابة الدولة لشؤون المرأة.

مجلس المقاطعة لتنمية الطفولة الصغرى

- **مهام مجلس المقاطعة لتنمية الطفولة الصغرى:**
 - إعداد الخطط العملية السنوية المتعلقة بتنمية الطفولة الصغرى؛
 - المصادقة على خطط تنمية المقاطعة؛
 - تقييم الأنشطة على مستوى المقاطعة؛
 - إعداد تقارير عن الأنشطة التي قيم بها كل 3 أشهر؛
 - الإشراف على تنفيذ الأنشطة؛
 - تنفيذ الأنشطة من خلال الهياكل المحلية.
- **تشكيل مجلس المقاطعة لتنمية الطفولة الصغرى:**
 - الرئيس: الحاكم**
 - الأعضاء:**
 - المنتخبون المحليون؛
 - الطبيب الرئيس في المقاطعة؛
 - ممثل الوزارة المكلفة بمحو الأمية وبالتوجيه الإسلامي والتعليم الأصلي؛
 - ممثل وزارة التنمية الريفية والبيئة؛
 - مديرو مدارس التعليم الأساسي في عاصمة المقاطعة؛
 - رؤساء شبكات الطفولة الصغرى.
- **سير عمل مجلس المقاطعة لتنمية الطفولة الصغرى**
 - يجتمع مجلس المقاطعة لتنمية الطفولة الصغرى مرتين كل 6 أشهر، وبشكل استثنائي بطلب من رئيسه.
 - ويتولى الطبيب الرئيس في المقاطعة سكرتارية المجلس.

مجلس البلدية لتنمية الطفولة الصغرى

- مهام مجلس البلدية لتنمية الطفولة الصغرى:
 - إعداد البرامج السنوية المتعلقة بالسياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى؛
 - إعداد تقارير كل 3 أشهر عن الأنشطة ومدى تقدم البرامج المنفذة.
- تشكيلة مجلس البلدية لتنمية الطفولة الصغرى:
 - الرئيس: العمدة المركزي للبلدية
 - الأعضاء:
 - مستشاران بلديان؛
 - مدير مدرسة البلدية؛
 - رئيسة الرابطات و/أو التعاونيات النسوية؛
 - رئيسة شبكة الطفولة الصغرى بالبلدية.
- سير عمل مجلس البلدية لتنمية الطفولة الصغرى
 - يجتمع مجلس البلدية لتنمية الطفولة الصغرى مرة في الشهر، لمتابعة سير الأنشطة؛ كما يستطيع الاجتماع كلما كان ذلك ضروريا.

مأمورية ومسؤوليات المجتمع المدني

يشكّل المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والهيئات القاعدية الجماعية) شريكا مميّزا لكتابة الدولة لشؤون المرأة في مجال تنمية الطفولة الصغرى. ويمكن لمشاركته أن تتم بأشكال عدة:

- أولاً، على مستوى التحسيس والتعبئة الاجتماعية، حيث يستطيع المجتمع المدني أن يسهم في إعداد الأنشطة وتنفيذها؛
- ثم، من خلال إسناد القيام ببعض الأنشطة (كتسيير رياض الأطفال والحضانات الأهلية ومتابعتها) إلى المنظمات غير الحكومية الوطنية العاملة في مجال الطفولة الصغرى؛
- وفي الأخير، يُمكن طلب إسهام المجتمع المدني في متابعة وتقييم الأنشطة المنقّدة على المستوى الجماعي.

البيبلوغرافيا

1. تحليل تنمية الطفولة الصغرى، حالة جزيرة موريس، ديسمبر 2000
2. البنك الدولي، 2002: "تنمية الطفولة الصغرى في منطقة إفريقيا"، قائمة بمشاريع الأنشطة المدعومة
3. وثيقة التوجيه الاستراتيجي لبرنامج تنمية الطفولة الصغرى في السنغال
4. إعداد السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في غانا، 15 مارس 2001
5. وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية/ وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، "المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا"، 2001/2000
6. وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية/ المكتب الوطني للإحصاء: المؤشرات الاجتماعية (نسخة مؤقتة)
7. وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية/ المكتب الوطني للإحصاء: الإسقاطات الديموغرافية للفترة 1988 – 2005
8. وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية/ المكتب الوطني للإحصاء، "الإحصاء العام للسكان والمساكن 2000"
9. وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية/ اليونيسيف، تعزيز الخدمات الاجتماعية القاعدية: مبادرة 20/20 في موريتانيا، 2000
10. وزارة التهذيب الوطني، الحوليات الإحصائية، 2002
11. وزارة التهذيب الوطني/ وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية، البرنامج الوطني لتنمية القطاع التربوي 2001-2010
12. وزارة التهذيب الوطني/ وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، مشروع السياسة الوطنية للصحة والنظافة والتغذية في المدرسة، سبتمبر 2002
13. وزارة التخطيط والاستصلاح الترابي، "المسح الوطني الموريتاني حول الخصوبة 1981"، التقرير الرئيسي، الكتاب 1، تحليل أبرز النتائج، مارس 1984
14. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، "المخطط التوجيهي للصحة والشؤون الاجتماعية للفترة 1998-2002"
15. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، الحوليات الإحصائية الصحية لسنة 1998، نشرة يوليو 2000
16. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، البرنامج الوطني للصحة الإنجابية، "التقرير السنوي 2001"
17. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا، "تقرير الإشراف على أنشطة مكافحة الملاريا" 2001
18. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، البرنامج الوطني لمكافحة السيدا، "الإطار الاستراتيجي لمكافحة الالتهابات المنتقلة عبر الجنس/ السيدا 2003 – 2007"، مسودة 2002
19. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، تقرير فريق محور "الصحة والتغذية"
20. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، المراجعة السنوية للعلاجات الصحية الأولية، كيفه من 25 إلى 30 سبتمبر 1999، الجزء الأول
21. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، المراجعة السنوية السابعة للعلاجات الصحية الأولية، لعيون من 26-09-1998 إلى 02-10-1998، الجزء الأول
22. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، المراجعة السنوية السابعة للعلاجات الصحية الأولية، لعيون من 26-09-1998 إلى 02-10-1998، الجزء الثاني
23. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، دليل تنفيذ برنامج قطاع الصحة ومشروع دعم قطاع الصحة، نسخة 1998
24. وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية/ اليونيسيف، "مراجعة مبادرة بامكو"، التقرير النهائي، يوليو 2000
25. المخطط الاستراتيجي للصحة الإنجابية 2003-2007 (مسودة) مايو 2003
26. مراجعة البرنامج الموسع للتلقيح في موريتانيا، سبتمبر 2001 – إبريل 2002
27. كتابة الدولة لشؤون المرأة، مشروع الاستراتيجية الوطنية للطفولة الصغرى
28. كتابة الدولة لشؤون المرأة، تقرير ورشة التشاور حول سياسة الطفولة الصغرى، يوليو 2002
29. كتابة الدولة لشؤون المرأة، مراجعة سياسة تنمية الطفولة الصغرى وتنفيذها، يونيو 2001
30. كتابة الدولة لشؤون المرأة/ مشروع نثريكوم، تقرير تحليل نتائج متابعة مؤشرات التغذية (2000 – 2001)
31. كتابة الدولة لشؤون المرأة/ اليونيسيف، "مشروع السياسة الوطنية للطفولة الصغرى، يونيو 2002
32. اليونيسكو، العلاجات وتنمية الطفولة الصغرى، "تنمية الطفولة الصغرى: إرساء دعائم التعلم"، ملف محوري، 1999
33. اليونيسيف: المعاهدة المتعلقة بحقوق الطفل، يناير 2000
34. اليونيسيف: المقاربة المندمجة لبقاء وتنمية الطفل الصغير "من أجل انطلاقة جيدة في الحياة"، نوفمبر 2001
35. اليونيسيف، تحليل وضع برنامج التنمية، 2001
36. اليونيسيف، المسح المتعلق بتعاطي المخدرات في صفوف الأطفال والمراهقين في انواكشوط، 2001 – 2002
37. اليونيسيف، المسح المتعلق بالبنات المربيات في موريتانيا، يناير 1999
38. اليونيسيف، وضعيات الأطفال في العالم، 2001
39. اليونيسيف، وضعيات الأطفال الطلبة المتسولين (آموده) في موريتانيا، 27، 28 و 29 مارس 2001
40. A case study on ECD policy development in Ghana March 15/ 2001
41. A review of child development and nutrition interventions October 1998
42. Early childhood development policy in Mauritius December 2000
43. WGECD policy project 1 October 2001
44. World Bank : Early child development projects in Africa