

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Intégrité - Justice

Ministère du Plan

*Déclaration de Politique
de Population*

Adoptée en Conseil des Ministres, Session du 21/06/95

TABLE DES MATIERES

1. Préambule	1
2. Les questions de population en Mauritanie	3
2.1. Taille de la population et densité de peuplement	3
2.2. Les critères de répartition de la population	4
2.3. Répartition spatiale	5
2.4. Répartition selon l'âge	6
2.5. Répartition selon le sexe	7
2.6. Famille et femme	8
2.6.1. Constitution et stabilité des familles	8
2.6.2. Santé de la reproduction	10
2.6.3. Taille de la famille	13
2.6.4. Education familiale	14
2.6.5. Promotion de la femme	15
2.7. Population et santé	17
2.8. Education et formation	18
2.9. Population et besoins alimentaires	19
2.10. Population et conditions de logement	20
2.11. Population et emploi	21
2.12. Les groupes vulnérables	22
2.12.1. Les jeunes	22
2.12.2. Les populations les plus pauvres	23
2.12.3. Les handicapés	23
2.12.4. Les personnes âgées	24
2.13. Population et environnement	24
2.14. Collecte et analyse des données sur la population	24
3. Objectifs et stratégies	26
4. Cadre Institutionnel et Plan d'Action	39
4.1. Cadre Institutionnel de la Coordination:	39
la Commission Nationale de la Population	39
4.1.1. Attributions Commission Nationale de Population (CNP)	39
4.1.2. Composition	40
4.1.3. Règlement intérieur	42
4.1.4. Mesures transitoires	42
4.2. Cadres Institutionnels Sectoriels	42
4.3. Plan d'action	42

1. Préambule

Depuis 1985, notre pays travaille inlassablement pour mettre en oeuvre une politique économique et sociale capable d'assurer le meilleur épanouissement possible à nos citoyens. Les programmes d'ajustements structurels que le gouvernement a entrepris ont réussi à créer toutes les conditions d'un développement social durable et à jeter les bases d'une croissance économique soutenable. Cette croissance économique, qui a atteint en 1994 plus de 5%, vise, en premier lieu, le bien-être de nos populations et se fixe comme objectif majeur la lutte contre la pauvreté, notamment par le maintien d'un taux de croissance de la production supérieur à celui de la population. Aussi, l'intégration des problèmes de population et de développement constituera le gage de notre réussite.

En effet, dans le domaine du développement en général et de la relation entre celui-ci et la population en particulier on enregistre depuis de nombreuses années un effort soutenu de réflexion et de recherche. A cet effort la population n'est pas restée insensible comme peuvent en témoigner les fructueux débats et discussions qui ont animé les 13 séminaires régionaux sur la politique de population qui ont été organisés à travers toutes les régions du pays et à travers lesquels le Gouvernement a voulu prendre toutes les précautions et les dispositions tendant à recueillir l'avis et l'implication de tous les acteurs sociaux à quelque niveau qu'ils soient. Le séminaire national qui s'est déroulé à Nouakchott du 27 au 29 juin 1994 en a constitué la phase finale durant laquelle la substance de la présente déclaration a été approuvée à l'unanimité.

C'est donc en pleine conscience et après avoir pris toutes les

2. Les questions de population en Mauritanie

Dans ce document ne seront évoquées que les questions ayant trait aux composantes traditionnelles d'une politique de population. Mais il est bien entendu évident que ces aspects sont indissociables du contexte socio-économique global dans lequel la population est en inter-action avec les autres éléments de ce contexte.

Une politique de population ne pouvant constituer à elle seule une politique de développement, il y a tout simplement à la base de cette démarche le souci de vouloir dégager des axes potentiels pouvant canaliser des programmes dans le domaine de la population en cohérence avec les objectifs du développement économique et social.

2.1. Taille de la population et densité de peuplement

Le premier recensement réalisé sur des bases scientifiques en Mauritanie ayant eu lieu en 1977, la profondeur temporelle rétrospective concernant la taille de la population ne peut dépasser l'horizon des années '40 car les recensements administratifs antérieurs n'avaient aucune fiabilité. Alors que le recensement administratif de 1946 donnait pour chiffre 494.000 habitants, la population réelle à cette date a été estimée à environ 800.000 compte tenu des résultats du recensement de 1977, de l'enquête démographique de 1965 et des estimations concernant le mouvement naturel entre 1946 et 1965.

Depuis lors les 3 grandes opérations de collecte de données démographiques et sociales qui ont été menées ont donné les évaluations suivantes: 1.097.000 à l'enquête de 1965, 1.338.830 au recensement de 1977 et, enfin, 1.864.236 au dernier recensement de 1988. On estime aujourd'hui la

dispositions utiles pour que le pays tout entier soit associé à son élaboration, que le gouvernement adopte la présente Déclaration de Politique de Population. Elle est, en conséquence, l'aboutissement d'une démarche profonde dont l'objectif ultime est l'amélioration durable des conditions de vie de nos populations. Elle se situe, donc, dans le prolongement de programmes ambitieux mis en oeuvre par le gouvernement, pour assurer la scolarisation universelle, la santé pour tous et l'accessibilité généralisée aux services de base (eau potable, électricité, logement, etc...) à l'horizon 2000.

Enfin, il faut signaler que l'essentiel des dispositions figurant dans cette déclaration est déjà inscrit dans des programmes sectoriels en cours et certains depuis plusieurs années. Cette déclaration en est une synthèse qui se veut structurée et complète dans le but de rétablir une vision globale et cohérente de l'approche des problèmes de population.

population mauritanienne à environ 2.200.000. Ces chiffres correspondent à un accroissement annuel moyen de la population résidente de l'ordre de 2.2 % entre 1965 et 1977 et de 2.9% entre 1977 et 1988. Cet accroissement est bien typique des contextes de populations des pays en voie de développement et trouve son explication dans le comportement de ses composantes que sont la natalité et la mortalité et qui seront évoquées plus loin.

En ce qui concerne la densité de peuplement, bien souvent les publications sur notre pays mettent immédiatement en relation la faible taille de notre population et l'immensité de notre territoire (1.030.700 Km²) on oublie que la surface cultivée de notre sol ne représente guère plus de 2 Km² sur 1000. Cette densité physiologique place notre pays, avec environ 1.270 habitants au Km² cultivé en 1994, dans un rapport 4 fois plus élevé que dans certains pays aussi désertiques que le nôtre.

2.2. Les critères de répartition de la population

Nombreux sont les critères sur lesquels on peut vouloir étudier la répartition de la population. Toutes les variables de stratification saisies par les opérations statistiques mauritaniennes sont intéressantes à exploiter pour une connaissance approfondie de notre population.

Cependant les critères de répartition, forcément limités, qui seront évoqués dans cette déclaration seront ceux qui revêtent un caractère sur lequel il est pertinent de se pencher dans le cadre d'un document d'orientation de la politique de développement.

2.3. Répartition spatiale

Le phénomène de sédentarisation massive qui a fait que notre population nomade s'est réduite de 78% de la population totale en 1965 à seulement 12% en 1988 est, dans son essence et surtout dans sa rapidité, la conséquence des effets de la sécheresse mais aussi des espoirs de promotion sociale et de bien être suscités par les opportunités offertes par les activités économiques et sociales engagées dans le cadre des programmes de développement. Ce mouvement de sédentarisation et de croissance urbaine qu'il a engendré, n'a, cependant, pas produit les effets attendus. En effet, s'il faut considérer que la migration vers les centres urbains constitue un acte rationnel en soi, il faut admettre que, sauf lorsqu'ils sont prévus de longue date et intégrés dans une démarche de programmation adéquate, les déplacements des populations ont précipité, entre autres effets néfastes, celui de rendre tous les efforts de planification inopérants.

Une enquête sur les migrations est en cours d'exploitation et devrait permettre de mieux comprendre ce phénomène afin d'orienter les politiques et les actions à envisager dans le futur. Mais nous savons déjà assez de choses pour nous convaincre que, sans une politique soutenue en matière de développement rural et d'aménagement des pôles de sédentarisation à l'intérieur du pays, le phénomène de croissance urbaine accéléré qu'a connu notre pays au cours des trois dernières décennies et qui se poursuit encore risque de compromettre l'espoir de voir s'améliorer rapidement les conditions de vie dans nos grands centres urbains.

On sait en effet que, entre 1965 et 1988, la population urbaine est passée de 9% environ à plus de 40%. Il s'agit là d'un rythme assez exceptionnel que peu de pays dans le monde ont connu. A elles seules, les villes de

Nouakchott et Nouadhibou, accueillait en 1988, déjà, le quart de la population après avoir observé, l'une et l'autre, un rythme d'accroissement vertigineux: 17% et 6%, respectivement, entre 1965 et 1977, puis 10 % et 9 % entre 1977 et 1988. Dans le même temps on a vu la population de nombreuses Wilayas diminuer progressivement et durablement. C'est le cas notamment de Trarza, de l'Adrar, du Tagant et de l'Inchiri qui ont connu un accroissement négatif entre 1965 et 1988.

On sait en outre, grâce à l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages (EPCV), que l'essentiel des migrations est motivé par la recherche du travail (65 %) et que la grande majorité des populations issues du milieu rural entreprend une première migration d'abord vers le milieu sédentaire rural (63%). Les migrants vers les grandes villes en général, et vers Nouakchott en particulier, proviennent dans leur très grande majorité (plus de 80%) des villes d'une certaine taille. Ce sont là déjà quelques caractéristiques qui, complétées par les apports de l'enquête nationale sur les migrations, devront orienter les actions à envisager pour, entre autres, endiguer les méfaits inévitables de l'urbanisation excessive dont l'impact sur l'environnement et la qualité de la vie est de plus en plus ressenti.

2.4. Répartition selon l'âge

Dans toutes les opérations menées depuis l'indépendance, la structure par âge de la population est restée pratiquement identique: environ 44% de moins de 15 ans, 54% de moins de 20 ans et seulement moins de 6% au delà de 60 ans. Cette structure qu'on observe dans la quasi totalité des pays en voie de développement crée des pressions importantes sur les services sociaux de base. Il s'agit principalement de l'éducation, de la santé, de l'emploi et du logement.

Aussi y a-t-il lieu de souligner, à propos de la question de l'âge, que les efforts de planification exigent, pour leur pertinence et leur efficacité, une maîtrise de cette variable à travers les données qui doivent être utilisées. Or la seule source de données à même de fournir des informations fiables et détaillées sur cette variable est l'état civil. Il est par conséquent indispensable que les efforts actuels menés au niveau de l'institution de l'état civil soient maintenus et renforcés afin d'atteindre cet objectif dans les meilleurs délais.

2.5. Répartition selon le sexe

Au niveau de l'ensemble du pays et tous âges confondus les femmes sont en léger surnombre par rapport aux hommes, ce qui est un phénomène normal généralement observé de par le monde. Au niveau des tranches d'âge ce surnombre est cependant anormalement élevé entre 20 et 30 à 35 ans (116 femmes pour 100 hommes) probablement à cause d'une émigration masculine plus importante vers les pays étrangers.

C'est surtout au niveau régional qu'apparaissent les effets sélectifs des migrations selon l'âge et le sexe. Avec plus de 110 femmes pour 100 hommes, ce sont les Wilayas du Hodh El Gharbi, de l'Assaba, du Brakna, du Trarza et du Tagant qui enregistrent les plus grands déficits en hommes. Ce déficit peut même atteindre des niveaux extrêmement élevés entre 20 et 35 ans: plus de 160 femmes pour 100 hommes en Assaba, au Brakna et au Tagant et plus de 140 pour les autres. A l'opposé, ce sont les Wilayas de Nouakchott, de l'Inchiri et, surtout, du Tiris-Zemmour et de Dakhlet Nouadhibou qui enregistrent des taux de masculinité élevés: 90 femmes pour 100 hommes pour la première, 88 pour la seconde, 81 pour la troisième et seulement 64 pour la dernière. De nouveau ce sont surtout les jeunes âges adultes qui souffrent de ce déséquilibre: moins de

45 femmes pour 100 hommes à Dakhlet Nouadhibou entre 20 et 35 ans, moins de 70 au Tiris-Zemmour et moins de 85 à Nouakechott et dans l'Inchiri.

Ce tableau montre encore une fois l'urgence de se pencher sur les questions de migrations en vue de leur trouver des solutions durables susceptibles de rétablir, dans leurs normes naturelles, les conditions de coexistence entre les deux sexes.

2.6. Famille et femme

Cellule de base où se jouent les destins des sociétés, la famille est le noyau à partir duquel s'assure la reproduction et la socialisation des générations futures. Tout effort de développement doit reposer sur les mécanismes qui assurent à cette cellule les conditions optimales de bien être, d'épanouissement et de stabilité afin qu'elle puisse jouer son rôle pour le mieux.

A cause de l'importance de son rôle, la famille fait l'objet actuellement de nombreuses actions du Gouvernement. Le Code de la Famille, en cours d'élaboration, vise à traduire juridiquement l'engagement de l'Etat dans la protection de cette entité et des éléments qui la composent. La présente déclaration n'évoquera par conséquent que les aspects démographiques intervenant dans son processus de formation et de dissolution, dans sa taille et dans sa reproduction.

2.6.1. Constitution et stabilité des familles

Le phénomène initiant la formation du noyau familial, la nuptialité, constitue un facteur dont l'importance marque durablement la famille et les individus qui la composent. Chez nous la caractéristique première du mariage

est sa précocité: une femme non célibataire sur deux s'était mariée avant 15 ans et 4 sur 5 avant 18 ans selon les données de l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1981. En moyenne, les générations qui se sont mariées avant 1981 avaient contracté leur premier mariage à 15,3 ans et cette moyenne ne diffère que très peu d'une génération à l'autre.

Une légère tendance au recul de cette précocité se remarquait néanmoins dans les données recueillies par cette enquête: la proportion des femmes ayant contracté leur première union avant 15 ans, par exemple, variait de 24% chez les femmes âgées de 15-19 ans à 55% chez celles ayant un âge compris entre 40 et 45 ans. La comparaison des recensements de 1977 et 1988 permet elle aussi de remarquer un léger recul de l'âge au premier mariage: la proportion des femmes célibataires à 15-19 ans passe entre ces deux dates de 54% à 64%, et celle concernant les femmes âgées entre 20 et 24 ans passe de 24 à 32%.

Comme cela s'est produit partout ailleurs il y a lieu de s'attendre à ce que cette précocité, dont on reconnaît l'effet néfaste sur la santé et la survie des enfants ainsi que sur la stabilité de la première union, recule davantage chez nous sous l'effet du prolongement de la scolarité et de la formation professionnelle ainsi que du travail en dehors du foyer. Considérant que la précocité du mariage est une stratégie qui avait ses raisons d'être, dans notre société comme ailleurs, il faudrait étudier les moyens d'assurer à la transition en cours les conditions, de nature éducative ou autres, qui minimisent l'impact bien connu de cet événement sur la santé des enfants et sur la stabilité des couples.

Grâce aux données de la même enquête (1981), on avait pu découvrir aussi que l'instabilité des unions est une autre caractéristique saillante chez nous: presque un premier mariage sur trois avait été rompu par divorce

(29,5%). Ce phénomène est bien plus répandu dans la communauté arabe (46%) que dans les autres communautés (Pular: 22%, Soninké: 12%, Wolof: 22%) et plus dans les villes que dans les zones rurales. Le mariage reste cependant très fréquent: 3 ruptures d'une première union sur 4 se sont suivies de remariage. Mais cela ne doit pas occulter l'impact de ce douloureux événement pour l'enfance en particulier et pour la famille de façon générale. Encore une fois, même si les stratégies individuelles ne sont jamais dépourvues de rationalité, il faudrait étudier les moyens d'assurer une plus grande stabilité à la formation des unions. Il est certain que l'éducation peut y contribuer.

2.6.2. Santé de la reproduction

La santé de la reproduction qui fait partie de notre stratégie nationale du "bien être familial" est un domaine bien particulier du secteur de la santé orienté vers le cœur même de la famille que constituent la mère et l'enfant (qui représentent les deux tiers de notre population). A ce titre, elle doit continuer à bénéficier de l'attention particulière qui lui est réservée depuis de nombreuses années déjà.

Première composante: la stérilité.

Le phénomène de la stérilité, mesuré, à défaut d'un autre indicateur, par la proportion de femmes n'ayant pas eu d'enfants à 50 ans, semble avoir reculé au cours des dernières décennies (12 % en 1965 contre 7,6% en 1977). La santé de la reproduction doit s'attaquer en tout premier lieu aux troubles de la fertilité.

Deuxième composante: le suivi de la grossesse

Le suivi de la grossesse connaît chez nous une grande déficience. Selon des données recueillies en 1990, moins d'une femme sur deux, à l'échelle du pays, a consulté durant sa grossesse, cette proportion allant de 80 % environ à Nouakchott à moins de 10 % dans les zones rurales. Quant on sait que 60 % des femmes enceintes sont sujettes à une carence nutritionnelle grave et que la plupart des consultations ne surviennent qu'en cas de problème au cours de la grossesse, on mesure à quel point les efforts à fournir dans ce domaine restent importants.

Troisième composante: les conditions d'accouchement

L'accouchement dont les conditions définissent dans une très large mesure l'issue de la grossesse en terme de survie d'abord puis en terme de santé pour la mère et pour l'enfant. Avec une assistance médicale à l'accouchement qui ne dépasse pas les 35% (80% à Nouakchott contre seulement 10% dans le monde rural), la mortalité maternelle en Mauritanie demeure très élevée (565 décès pour 100.000 naissances). On sait que les causes de décès maternels sont étroitement liées aux conditions de l'accouchement: pour 31% environ ils font suite à une éclampsie, pour 26% à une hémorragie et pour 23% à une infection. Quant à la mortalité néonatale, tout en étant certain qu'elle doit être très élevée, on n'a pas de données fiables sur ce sujet. On sait tout juste, d'après les statistiques sanitaires, que les décès des nouveau-nés en milieu hospitalier surviennent en grand nombre pour cause de prématurité (40%), d'infection néonatale (12%), d'hypotrophie (10%) et de Tétanos (4%).

Quatrième composante: le suivi post-natal

La grande fragilité de l'enfant durant les premières années et les premiers mois de sa vie imposent une vigilance accrue dans le suivi du nouveau-né. Au cours des 12 mois, précédant le recensement de 1988, les décès d'enfants de moins d'un an représentaient 19% de l'ensemble des décès enregistrés. La mortalité infantile, même si elle a diminué sensiblement au cours des dernières décennies, passant de 200 pour 1000 environ en 1965 à 140 en 1988, elle demeure très élevée.

Les grandes composantes de la mortalité à ces âges sont bien connues de par le monde: la malnutrition, la déficience de la couverture vaccinale, l'insalubrité du milieu, etc... L'état des lieux chez nous montre des progrès sur tous ces aspects. Grâce au PEV et en particulier à la campagne nationale de vaccination organisée aux mois d'avril et mai 1995, la Mauritanie est parvenue à 91% de couverture immunitaire contre la polio, et 84% des enfants de 0 à 5 ans ont reçu une supplémentation en vitamine A. Cette situation certainement se répercute positivement sur cette frange de la population.

Par ailleurs, la politique nationale dans le domaine de l'eau potable a permis ces 3 dernières années d'atteindre un niveau d'accessibilité des populations à l'eau potable de l'ordre de 81%.
Dependant, l'influence importante de facteurs tels que l'âge de la mère, son niveau d'instruction, ainsi que l'intervalle entre les naissances contribuent à la mortalité des enfants et sont encore présents chez nous. La précocité de l'âge à la maternité place d'une part les jeunes mères dans les pires des conditions d'une primipare pour l'issue de leur grossesse et place, d'autre part, leurs enfants dans les conditions, très défavorables, de l'inexpérience maternelle.

L'analphabétisme, obstacle majeur pour la diffusion de l'éducation sanitaire, malgré les progrès spectaculaires de ces dix dernières années, reste encore répandu parmi nos populations. Enfin vient le rôle de l'espacement entre les naissances qui est aussi un facteur reconnu.

En dépit d'une pratique quasi générale de l'allaitement, l'espace entre deux naissances successives reste assez court en raison d'une faible pratique de la contraception. A l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1981, on n'avait enregistré qu'1% des femmes mariées utilisent la contraception au moment de l'enquête et moins de 8% connaissent au moins une méthode contraceptive. L'Enquête Mauritanienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant menée en 1990 montrait, un timide changement: la prévalence est passée à 4% et la proportion de femmes ayant déjà utilisé un moyen contraceptif s'était élevée à 8% contre moins de 2% en 1981. Parmi les méthodes utilisées, les méthodes traditionnelles dominent encore largement la pratique contraceptive.

2.6.3. Taille de la famille

La composante issue de la descendance finale des couples à la base du noyau familial a été évaluée à environ 6,5 enfants par femme par toutes les collectes menées dans notre pays.

L'accroissement que connaît notre population est la conséquence de la persistance de cette norme qui n'est plus compensée par la mortalité, jadis élevée. Il faut toutefois admettre qu'aucune action ne peut se substituer au mécanisme d'adaptation que développera spontanément la famille mauritanienne, par elle-même, face aux données nouvelles de son contexte économique et social. En plus du fait que la détermination de la taille de la famille est une affaire privée du couple qui en est à la base et qu'il doit exercer en toute liberté, il doit être souligné que l'histoire des sociétés, industrialisées notamment, nous enseigne que l'adaptation de la taille de la famille s'est

en toute liberté, il doit être souligné que l'histoire des sociétés, industrialisées notamment, nous enseigne que l'adaptation de la taille de la famille s'est produite indépendamment de la disponibilité des moyens contraceptifs modernes qui n'existent, il faut le rappeler, que depuis le début des années soixante.

2.6.4. Education familiale

Pour prétendre à la réussite dans sa vie familiale, l'homme aussi bien que la femme doivent être armés d'une éducation suffisante sur tous les aspects touchant à la vie familiale. Même si la famille a une responsabilité centrale à assumer dans ce domaine, la société dans son ensemble et le système éducatif en particulier ont aussi une part importante à prendre en charge.

L'éducation des enfants et des adolescents en particulier doit non seulement porter sur les déterminants de la vie familiale (nuptialité, fécondité, etc) mais aussi sur les rapports qui doivent être empreints de respect mutuel entre les différents membres de la famille. Les manuels scolaires doivent veiller à prendre toutes les précautions pédagogiques nécessaires, y compris en cela les messages symboliques, pour imprimer dans la mentalité de nos enfants les vertus du respect mutuel et de la coopération entre les deux sexes.

En Mauritanie, nous avons fait la preuve, par l'originalité de notre approche de lutte contre l'analphabétisme, que l'éducation des adultes est également possible. La réussite de notre programme d'alphabétisation témoigne de la réceptivité remarquable de nos populations aux messages de progrès. De cette expérience il convient de tirer le maximum de profit dans les étapes futures et notamment à travers l'effort de fonctionnalité qui n'a été suffisamment exploité par le passé. Les médias sont également des vecteurs qui ont montré leur efficacité. Par exemple, concernant l'éducation sanitaire, on a vu à Nouakchott que, à côté de l'information véhiculée par le personnel médical, lui-même, (43%), la radio et la télévision ont largement contribué (48 %) à la sensibilisation des mères au sujet des vaccinations.

2.6.5. Promotion de la femme

La protection de la famille passe nécessairement par la protection et la promotion de la femme qui en est un pilier tant au niveau affectif qu'éducatif et économique. Même si elles se sont fortement réduites ces dernières années, les inégalités entre les deux sexes demeurent encore présentes chez nous et commencent dès l'enfance au niveau de l'accès à l'éducation scolaire: en 1993, il y avait 125 garçons pour 100 filles au niveau du cycle fondamental. Il convient cependant de souligner l'énorme progrès accompli, depuis peu, puisque ce rapport était de l'ordre de 165 garçons pour 100 filles en 1980. Il reste, néanmoins, vrai que certaines régions enregistrent encore des inégalités très prononcées entre les deux sexes au niveau fondamental. Les Wilayas où l'accès est le plus défavorable aux filles sont celles de l'Assaba, du Gorgol, du Guidimaka et de l'Inchiri. En terme de déperdition, on retrouve également les Wilayas de l'Assaba, du Gorgol et du Guidimaka auxquelles s'ajoutent celles du Brakna et de Hodh Chargui.

Les inégalités enregistrées au niveau du fondamental se répercutent naturellement sur le secondaire et le supérieur où le rapport garçons/filles est respectivement de 2 à 6. Au niveau de l'enseignement technique et professionnel le déséquilibre est également important: 5 garçons pour 1 fille en 1992-93. Mais dans le domaine de la formation professionnelle, il convient de souligner que les femmes bénéficient d'un cadre privilégié que constituent les Centres de Promotion Féminine qui sont fréquentés par 2.000 femmes environ.

L'alphabétisation, en dépit des grands progrès réalisés depuis la création, en 1986, d'un Secrétariat d'Etat à la Lutte contre l'Analphabétisme, reste défavorable à l'égard des femmes, celles-ci étant encore analphabètes à 70% contre 52 % pour les hommes selon les données du recensement de 1988.

Au plan de la santé, on a déjà évoqué plus haut les conditions difficiles liées à la survie et au bien-être de la femme et de l'enfant. Même si aucune discrimination n'est à l'origine de cette situation, l'attention à accorder à la mère et à l'enfant doit être particulièrement renforcée.

Une caractéristique de la population féminine chez nous tient au nombre élevé des femmes chefs de ménages: 32% des ménages au niveau

national sont dirigés par une femme et cette proportion atteint même 39% à Nouakchott. Vers 1965, la proportion de ménages dirigés par une femme était estimée à 9% dans le milieu rural sédentaire: il y a donc eu une extension très importante de ce phénomène. Cette singularité doit bénéficier d'une attention particulière d'autant plus que, selon les données de l'EPUV, le ménage dirigé par une femme est en moyenne plus défavorisé que celui dirigé par un homme: logé plus fréquemment sous la tente ou sous un toit de banco, moins fréquemment alimenté en eau (7% contre 14%) et en électricité (2% contre 11%).

Dans de nombreux autres domaines de la vie sociale et économique apparaissent des inégalités qu'il convient de combler. Au niveau de l'emploi, en plus du fait que l'écrasante majorité des femmes actives sont couvertes par l'auto-emploi (80%), les taux de chômage enregistrés au recensement de 1988 sont extrêmement discriminants: 42% pour les femmes en milieu urbain contre 28% pour les hommes, 42% également en milieu nomade contre 8% et, enfin, 31% contre 21% en milieu rural. Un autre obstacle majeur à l'intégration de la femme dans la vie économique est la difficulté que celle-ci éprouve dans l'accès aux crédits.

En outre, doivent être évoquées les dispositions légales protégeant la femme et l'enfant. A ce sujet, même s'il faut s'attendre à ce que les dispositions contenues dans le projet de Code de la Famille contribuent davantage à la protection de la femme et de l'enfant, il faut admettre que ce sera surtout par l'éducation que la société pourra arriver à établir le modèle d'équilibre des responsabilités et des privilèges que l'Islam préconise pour la société de façon générale et pour la famille en particulier.

Enfin, la stratégie nationale de promotion des femmes adoptée récemment par le gouvernement constitue une partie intégrante de la présente déclaration de politique nationale de population. Elle identifie clairement les obstacles et met en exergue les axes prioritaires pour permettre à la femme mauritanienne de jouer pleinement son rôle dans le développement du pays.

2.7. Population et santé

En dépit des progrès importants obtenus en la matière ces dernières années et au delà de la situation relativement défavorable en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant qui a été évoquée plus haut, la situation sanitaire de la population dans son ensemble demeure en deça de nos ambitions. En terme d'espérance de vie, d'après les estimations récentes avec 50,5 ans en 1993 (49 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes). Cette longévité, qui est déjà un progrès de plus de 10 ans par rapport à celle que l'on observait vers la fin des années 70, correspond à une situation sanitaire où les réalisations positives, malgré leur importance demeurent encore insuffisantes. Au titre des réalisations positives il faut en premier lieu citer l'effort remarquable dans le domaine de la formation médicale qui place notre pays, avec 1 médecin pour 10.000 habitants en 1994, dans les normes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (1/10.000). Il convient, cependant, de noter le fait que cet effectif ne profite pas de façon uniforme à l'ensemble de la population puisque près de sa moitié est concentré à Nouakchott.

Au titre des insuffisances au niveau de la formation, il convient de noter le déficit encore important en pharmaciens (1/330.000), en dentistes (1/100.000) et en sage-femmes (1/11.000). Les normes de l'OMS pour ces 3 corps sont, respectivement, de 1 pharmacien pour 50.000 habitants, 1 dentiste pour 30.000 et 1 sage-femme pour 5.000. En ce qui concerne le personnel infirmier, on note également un ratio de 1 pour 3.000 habitants chez nous, alors qu'il est recommandé d'en avoir 1 pour 2.000. On perçoit bien ainsi que, en ajoutant les besoins qui seront générés par les effectifs qui vont naître dans les prochaines années, l'effort de formation en ce qui concerne uniquement le corps médical et para-médical sera très important.

En matière d'infrastructures sanitaires, en dépit des grands efforts menés depuis quelques années, la couverture des besoins de la population ne dépasse guère les 50% au moment où 16% de cette population n'y ont tout simplement pas encore accès. Une exploitation très partielle des registres des Centres et des Postes de Santé pour 1993 montre qu'un malade sur 4 doit

effectuer un déplacement d'au moins 5 Km pour accéder aux soins curatifs. Dans de telles conditions, il est tout à fait compréhensible que la population qui s'adresse aux structures de santé pour des soins préventifs ne représente pas plus de 20 % des fréquentations de ces structures. Elle est d'ailleurs constituée en majorité (57 %) par des enfants présentés pour des vaccinations.

2.8. Education et formation

Dans le domaine de l'éducation de base du niveau fondamental il faut d'emblée souligner que les efforts déployés au cours des deux dernières décennies ont permis un réel progrès au niveau quantitatif puisque, entre 1980 et 1993, l'accroissement annuel moyen des effectifs dans ce cycle est plus que deux fois supérieur à celui de la population: 8,9 % pour les filles, 6,5 % pour les garçons, soit 7,7 % pour l'ensemble. Durant cette période l'inégalité entre filles et garçons s'est substantiellement réduite, le rapport garçons/fille passant de 1,65 à 1,25. De 1988 à 1994 le taux brut de scolarisation est passé de 53% pour les garçons et 34% pour les filles à 77,29% et 65,1% respectivement. Ce taux pour l'ensemble est de 71,32% en 1994 on estime qu'il atteint 76,6% en 1995.

Au niveau de l'enseignement secondaire, le taux de scolarisation ne dépasse guère les 20% pour les garçons et 10% pour les filles en 1992-93. Même les régions les plus avancées (Nouakchott, Tiris-Zemmour, Nouadhibou, Inehiri et Adrar) n'enregistrent que des taux relativement modestes: entre 20 et 33% pour les garçons et entre 12 et 22% pour les filles. Dans les autres régions le taux de scolarisation des garçons ne dépasse pas 15% et celui des filles reste en dessous de 9%.

Dans le domaine de l'enseignement et la formation techniques et professionnels, en dehors des Centres de Promotion Féminine (CPF), dont le pays compte une vingtaine, qui sont spécialement orientés vers la couverture des besoins des femmes en matière de formation pour l'auto-emploi (2.000 femmes environ), on a enregistré, en 1992-93, 1.169 élèves au niveau des Lycées Techniques (978 garçons et 191 filles) et seulement 104 au niveau des centres de formation professionnelle (67 garçons et 37 filles). En ce qui concerne

l'enseignement supérieur, on a enregistré, pour la même période, 7.501 étudiants dont seulement 15% sont de femmes.

Ad plan qualitatif, il y a lieu de noter l'existence d'insuffisances qui sont directement liées au manque de moyens pour faire face aux problèmes de dispersion et d'accessibilité des infrastructures scolaires aux besoins engendrés par l'expansion du système. Les plans d'action engagés par le Gouvernement dans le cadre des projets Education, dans tous les cycles et filières de l'enseignement, doivent être suivis avec toute la rigueur nécessaire pour atténuer les grandes insuffisances y compris en cela le déséquilibre entre les deux sexes et l'inadéquation entre formation et besoins d'emploi.

En particulier, le plan spécifique de soutien à l'enseignement technique (1994-98) doit être appuyé en vue de répondre rapidement aux besoins des petites et moyennes entreprises et surtout du secteur informel par le biais de la formation de type court.

2.9. Population et besoins alimentaires

En dépit d'un doublement des surfaces irriguées entre 1986/87 et 1990/91, la proportion des importations n'a cessé de croître entre ces deux dates passant de 40,6% à 77,6%. A côté de cette extension des importations la part constituant le stock de sécurité se réduit de 24,2% à 5,4% sur la même période. Selon les données de l'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages (EPCV) aucun ménage urbain n'avait déclaré détenir un stock de céréales. Dans le Rural-l'œuvre un ménage possède en moyenne un stock de 3 semaines de consommation en céréales et dans le reste du monde rural, il ne s'agit plus que d'une semaine de sécurité.

En maintenant la norme de consommation céréalière à son niveau actuel, c'est-à-dire à environ 165 Kg par habitant, on estime qu'il faudrait attendre l'an 2003 pour que notre auto-suffisance soit assurée, mais à la condition, difficilement réalisable, que la production connaisse une croissance annuelle de l'ordre de 11%. En envisageant une hypothèse plus modérée pour la croissance de la production de l'ordre de 6,5%, on estime que l'auto-

suffisance pourrait intervenir vers 2011 si l'accroissement de la population n'excède pas 1,8%.

Étant donné l'importance des céréales dans notre mode de consommation, le gouvernement se devra de poursuivre et d'intensifier ses efforts pour l'accroissement de la production dans ce domaine. Il faut en effet noter que même avec une hypothétique baisse de la fécondité dans le futur proche, il faudra au moins 10 à 15 ans pour que l'accroissement de la population se situe en dessous de 1,8%.

Il faut en outre souligner que, au delà des besoins quantitatifs en céréales et autres, il y a les besoins nutritionnels, domaine où nous avons une déficience importante qui n'est, statistiquement visible que chez la femme et l'enfant comme on l'a évoqué plus haut. Les actions en cours pour adoption d'un plan national pour la nutrition, en vue d'assurer une couverture convenable des besoins nutritionnels de la population, doivent inclure des volets spécifiquement orientés vers les femmes, les enfants, les vieillards, les personnes handicapées et les populations les plus pauvres.

2.10. Population et conditions de logement

Bien avant les limites de l'offre de logement il faut soulever le problème de la qualité de l'habitat: selon l'EPV, moins de 25% des ménages au niveau national habitent un logement en dur, cette proportion allant de 10% dans le monde rural à 43% dans le milieu urbain et 47% à Nouakchott. Dans la capitale il y a pratiquement autant de ménages habitant une baraque (42,2%) que de ménages logés en dur.

Pour de larges couches de la population les conditions de logement sont encore bien en deça de ce que l'on peut souhaiter pour la famille mauritanienne. Cependant l'approvisionnement en eau et en électricité a connu ces trois (3) dernières années un développement spectaculaire.

En terme de disponibilité de logement décentes, en 1986 on avait évalué la production à 8.750 unités d'habitation moderne pour tout le secteur urbain alors que pour Nouadhibou et Nouakchott, à elles seules, les besoins avaient été estimés à 5.278 unités. Au niveau de l'ensemble du pays les besoins étaient évalués à 8.817 unités. Les habitudes de cohabitation des nouveaux ménages avec leur famille parentale pouvant connaître un recul chez nous, comme cela s'est produit ailleurs, il y a lieu de croire que la pression sur la demande en logements modernes subira une aggravation.

2.11. Population et emploi

L'emploi et les revenus sont les deux facettes d'une même réalité économique. Des efforts importants sont consentis depuis 1992 pour créer de nouveaux emplois productifs et lutter contre le chômage car les données du dernier recensement, effectué en 1988, avaient révélé un taux de chômage de 26% (22% pour les hommes et 36% des femmes). Cependant, il y a lieu ici de noter que la notion de chômage est très large en Mauritanie. En effet, tous les nomades en rupture de mode de vie sont considérés comme chômeurs, il en est de même de tous les analphabètes qui n'ont pas d'emploi.

C'est en milieu urbain que le chômage frappe le plus durement: 42% des femmes et 28% des hommes. Ce phénomène est dû à l'exode rural et à l'arrivée de cohortes de jeunes de plus en plus importantes sur le marché du travail à cause notamment de la baisse de la mortalité, du niveau encore élevé de la fécondité et des effets de la scolarisation croissante.

Conscient de cette situation, et en plus des programmes qui ont été déjà lancés, le gouvernement prépare actuellement, une politique nationale de l'emploi dont l'objectif est d'offrir à tout mauritanien un emploi productif stable.

Afin de lui assurer toutes les chances de succès, il vient de créer un

observatoire national de l'emploi pour assurer le suivi et l'évaluation de cette politique.

D'autre part, il est à espérer que les bonnes performances de l'économie mauritanienne ces dernières années favoriseront la création d'emploi productifs par le fait de la relance économique qu'elle ne manquera de susciter. Mais d'ores et déjà des actions concrètes sont en cours pour stimuler le marché du travail. On peut en particulier noter l'existence d'un code d'investissement qui accorde des incitations substantielles aux projets utilisant une main d'œuvre intense. La création d'une Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public pour l'Emploi (AMEX'TIPE), procède aussi de la même logique.

Par ailleurs, des réflexions ont été engagées sur l'adéquation de la formation à l'emploi et ont abouti à la formulation d'un projet d'appui à l'enseignement et la formation techniques et professionnels qui répondent plus aux besoins du marché du travail. Ce projet a effectivement démarré en 1994.

En matière d'insertion des diplômés chômeurs, une stratégie a été approuvée par le gouvernement en Juillet 1994. Elle a déjà permis l'insertion de plus de 185 diplômés dans les différents secteurs d'activité et le financement de micro-réalisations au profit de 162 diplômés.

2.12. Les groupes vulnérables

2.12.1. Les jeunes

Eu égard à son importance numérique dans la population, la jeunesse doit être considérée comme un groupe-cible majeur sur lequel il faut orienter toutes les actions susceptibles de l'intégrer socialement et économiquement dans le monde des adultes tout en lui facilitant l'accès à l'éducation et à la santé. Au niveau de l'emploi, nous venons de voir que les possibilités d'intégration sont limitées, par la réalité d'une économie soumise aux contraintes des ajustements successifs et par une conjoncture internationale défavorable. Des mesures,

parfaitement ciblées et coordonnées doivent être prises pour canaliser l'énergie de cette jeunesse et pour répondre à ses attentes de se voir offertes des perspectives réelles d'intégration. Il convient de souligner, ici, la nécessité de mener des études et recherches sur lesquelles pourraient reposer des programmes adéquats. Dans ce cadre, la jeunesse féminine doit bénéficier d'une attention particulière.

2.12.2. Les populations les plus pauvres

Un autre groupe cible connaît une situation alarmante: il s'agit des populations les plus défavorisées, qui vivent dans des ménages où le revenu annuel ne dépasse pas 24.000 (Duguiyas). Elles représentent selon l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie et des Ménages (EPCV), les trois quarts de la population et sont principalement situées dans les périphéries des centres urbains et dans les régions enclavées.

La situation de ces populations et des ménages dirigés par des femmes, en particulier, représente l'une des plus importantes préoccupations du Gouvernement. Le phénomène de la mendicité en tant qu'expression de la pauvreté est aussi devenu un phénomène inquiétant qui mérite d'être traité rapidement et de façon profonde.

2.12.3. Les handicapés

Même s'ils ne représentaient que 1,5% de la population au recensement de 1988, les citoyens handicapés ont été évalués à 27.541 personnes dont 14.100 femmes et 13.441 hommes. Les aveugles constituent au niveau national 20% des handicapés. Les enfants qui constituent 20% de la sous-population des handicapés doivent bénéficier d'une action à la mesure du drame qui accable leur famille. Les 3 quarts de ces enfants sont issus de familles pauvres et

ramassage public. L'évacuation des eaux usées et des excréments est également un problème sérieux dans le monde urbain: 29% à Nouakchott et 37% des ménages dans les autres villes utilisent un lieu d'élimination autre que le WC ou les latrines.

A côté des actions qui sont inscrites depuis de nombreuses années (1987) dans le Plan Directeur de Lutte Contre la Désertification il convient de renforcer les aspects éducationnels au sujet de l'environnement et de l'importance de sa préservation, notamment auprès des enfants et des femmes. Les initiatives du style "reboisement scolaire" sont à encourager et à généraliser à l'ensemble du système scolaire et éducatif.

2.14. Collecte et analyse des données sur la population

Ni la planification, ni l'évaluation ne sont possibles sans données fiables et chronologiques sur la population. Deux sources de données sont essentielles et complémentaires pour l'analyse de la dynamique des populations: l'état civil et le recensement.

L'état civil, bien que couvrant toute l'étendue du territoire, est encore loin d'être exhaustif au niveau de l'enregistrement des faits d'état civil. (On estime à 35% le taux d'enregistrement des naissances et celui des décès et des mariages à 5%. L'appui et la consolidation des efforts qui sont menés par le Secrétariat d'Etat à l'Etat Civil doivent être poursuivis. Les réformes en cours doivent tirer profit de l'expérience des pays qui nous ont précédé dans ce type d'opérations et notamment ceux qui ont expérimenté le procédé de la double collecte.

Les deux recensements menés depuis l'indépendance (1977 et 1988) ont fourni des informations précieuses et exhaustives sur la population et sur l'habitat. Ces données sont indispensables pour le processus de planification et d'évaluation du développement économique et social. Elles sont également

seulement 5% parmi eux sont scolarisés.

2.12.4. Les personnes âgées

De la même façon, même s'ils ne constituent que 6% de la population, les personnes âgées (plus de 60 ans) ont été évalués en 1988 à 112.564 dont 59.284 femmes et 53.280 hommes. Peu d'études sont faites pour voir comment la société entreprend la prise en charge de cette sous-population dans la transition sociale et économique actuelle. Les rares chiffres avancés sont préjudiciables à notre système de valeurs. Ainsi dans les zones urbaines périphériques, la moitié des ménages constitués de personnes âgées vivaient seules et ses moyens de subsistance seraient la mendicité. Une action sociale en direction du 3ème âge doit être envisagée avec la plus grande détermination.

2.13. Population et environnement

Aux agressions de nature climatiques sur l'espace environnemental s'ajoutent les agressions dues à l'activité humaine. Le processus de désertification induit par les facteurs pluviométriques et éoliens est aggravé par la consommation importante de bois: près de 9 ménages sur 10 utilisent le bois ou le charbon de bois comme combustible principal. Dans le monde rural c'est de la quasi totalité des ménages qu'il s'agit (96%).

L'ensablement menace de paralysie de nombreuses infrastructures économiques vitales (routes, oasis, puits, ouvrages hydrauliques ...) sans parler des grandes agglomérations urbaines. En conséquence du phénomène de désertification et de la pression sur les terres cultivables le regroupement d'importants effectifs de migrants autour des pôles de sédentarisation entraîne une dégradation du cadre de vie urbain. Dans les centres urbains, l'EJCV avait révélé que 64% des ménages jettent leurs ordures dans la rue faute de

ispensables dans l'analyse de la dynamique de la population parce qu'elles
rnisent les dénominateurs de tous les taux démographiques, les numérateurs
venant, en principe, des données de l'état civil.

Pour pallier la déficience de l'état civil et la trop longue période
avant deux recensements mais aussi pour approfondir certaines études, on
it être amené à envisager une enquête par sondage. Notre pays a réalisé 4
ndes enquêtes depuis son indépendance: l'enquête démographique de 1965,
nquête Nationale Mauritanienne sur la Fécondité en 1981, l'Enquête
manente sur les Conditions de Vie des Ménages dont la première année
bservation a commencé en 1987 et, enfin, l'Enquête Mauritanienne sur la
té de la Mère et de l'Enfant en 1990. Une 5^{ème} grande enquête sur les
rations a été menée en 1993 et ses résultats sont attendus pour les tout
chains mois.

Etant donné l'importance des ressources qui ont été mobilisées pour les
ensements et les enquêtes, il devra être accordé une attention particulière à
ploitation la plus complète des données recueillies lors de ces opérations et
diffusion des résultats.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse des données, il convient d'évoquer
uestion cruciale des compétences scientifiques dans le domaine de la
ulation. (On estime à une dizaine au maximum l'effectif des cadres nationaux
isamment bien formés en démographie. De plus, ceux-ci sont dispersés entre
différentes institutions utilisatrices. L'effort de formation doit donc être
ement poursuivi en même temps que doit être envisagée une action visant
fir un cadre institutionnel de recherche et de mise en commun du savoir et
résultats pour ces cadres.

3. Objectifs et stratégies

Compte tenu de nos objectifs de développement social et économique, de l'analyse de la situation qui précède concernant les questions relatives à la population, des recommandations émises lors des séminaires régionaux et des recommandations formulées par les études et les séminaires réalisés ces dernières années, notre politique nationale de population sera axée sur les objectifs qui suivent et sera exécutée selon les stratégies associées à chacun de ces objectifs.

3.1. Objectif I: Assurer une répartition spatiale optimale

Pour atteindre cet objectif les stratégies suivantes seront développées:

- 3.1.1. Concevoir, adopter et mettre en oeuvre un schéma national d'aménagement du territoire qui tient compte de la vocation de chaque région.
- 3.1.2. Mettre en place des plans directeurs des villes et des villages de façon à équilibrer le développement et l'expansion urbaine.
- 3.1.3. Accorder la priorité au milieu rural dans les infrastructures sociales de base et promouvoir l'agriculture, l'élevage et la protection du milieu physique.
- 3.1.4. Développer les voies de communication pour permettre le désenclavement de toutes les régions et l'accès des populations aux services publics de base (santé et éducation).
- 3.1.5. Etudier les mouvements migratoires ainsi que leurs déterminants et leurs conséquences sociales et économiques afin d'orienter l'action.
- 3.1.6. Lutter contre le phénomène de sédentarisation anarchique.

- 3.1.7. **Developper la relation de complementarité entre l'agriculteur et l'éleveur et déterminer des zones de pâturage fixées sur la base d'une stratégie claire.**
- 3.1.8. **Encourager l'investissement privé national et international en milieu rural en offrant des privilèges incitatifs aux investisseurs.**
- 3.1.9. **Introduire dans les programmes d'éducation et d'alphabétisation des modules relatifs aux réalités du monde rural.**

3.2. Objectif 2: Assurer une meilleure suivi des émigrés

Cet objectif sera réalisé à travers les stratégies suivantes:

- 3.2.1. **Elaborer les conventions avec les pays accueillant les mauritaniens afin de protéger nos émigrés.**
- 3.2.2. **Renforcer les liens culturels, sociaux et économiques entre nos citoyens à l'étranger et la mère-patrie.**
- 3.2.3. **Encourager les nationaux émigrés à investir dans le pays en leur offrant des facilités.**
- 3.2.4. **Mettre en place une politique de réinsertion pour les migrants de retour.**
- 3.2.5. **Réaliser des recherches et des études sur les migrations internationales pour mieux orienter les programmes et les actions à mener.**

3.3. Objectif 3: Protéger la famille et promouvoir le bien être de la femme et de l'enfant.

Cet objectif sera réalisé au travers les stratégies suivantes:

- 3.3.1. **Adopter un Code de la Famille régissant les rapports entre les membres de la famille et garantissant les droits de ceux-ci.**
- 3.3.2. **Vulgariser et diffuser largement le contenu du code de la famille dès sa promulgation et de la convention relative aux droits de l'enfant.**
- 3.3.3. **Accorder une place privilégiée aux droits de la femme et de l'enfant.**
- 3.3.4. **Susciter et développer un mouvement associatif orienté vers la protection et la promotion de la famille.**
- 3.3.5. **Favoriser la prolongation de la scolarité et/ou la formation des jeunes filles.**
- 3.3.6. **Sensibiliser la population et particulièrement les femmes sur les inconvénients du mariage précoce.**
- 3.3.7. **Lutter contre la fréquence du divorce et ses conséquences sur la cohésion de la famille et sur les enfants.**
- 3.3.8. **Introduire dans les services sanitaires une composante relative à la lutte contre la stérilité et les troubles de la fécondabilité.**
- 3.3.9. **Assurer un suivi à toutes les femmes enceintes en envisageant des équipes mobiles pour les régions enclavées. Doivent être compris dans ce suivi les vaccinations pré-natales, la surveillance nutritionnelle ainsi que l'identification des grossesses à risque.**

- 3.3.10. Sensibiliser la population et les femmes en particulier sur l'importance des consultations prénatales.
- 3.3.11. Généraliser l'assistance médicale à l'accouchement en prévoyant sur tout le territoire des maternités accessibles à la population et en dotant un nombre suffisant de celles-ci des équipements et des moyens chirurgicaux nécessaires ainsi que des moyens d'évacuation d'urgence.
- 3.3.12. Généraliser la prise en charge des grossesses à risque dans les milieux hospitaliers.
- 3.3.13. Sensibiliser la population et les accouchées particulièrement sur la nécessité et l'intérêt du suivi post-natal.
- 3.3.14. Généraliser le suivi post-natal en veillant particulièrement sur les aspects nutritionnels et sur la vaccination. Les régions enclavées doivent être atteintes au moyen d'équipes mobiles.
- 3.3.15. Sensibiliser les femmes sur les bienfaits de l'allaitement et de l'espacement des naissances.
- 3.3.16. Sensibiliser les pères sur les bienfaits de l'espacement des naissances sur la santé de leurs épouses et de leurs enfants.
- 3.3.17. Renforcer le programme élargi des vaccinations en vue d'atteindre une couverture vaccinale satisfaisante des enfants.
- 3.3.18. Introduire et développer l'éducation à la vie familiale et en matière de population dans les programmes scolaires et dans les programmes d'alphabétisation.
- 3.3.19. Soutenir une politique et une stratégie claires en matière de promotion de la femme conformément à nos réalités socio-culturelles.
- 3.3.20. Réaliser une enquête sur les femmes et les enfants afin de constituer une base de données permettant le suivi des conditions de ce groupe social.
- 3.3.21. Encourager l'éducation des femmes en accordant la priorité à la formation professionnelle.
- 3.3.22. Intégrer les programmes d'alphabétisation fonctionnelle et d'éducation familiale dans les activités des centres de promotion féminine.
- 3.3.23. Revoir le contenu des manuels scolaires afin de promouvoir par la symbolique et par le texte la coopération entre les garçons et les filles.
- 3.3.24. Intégrer les besoins d'éducation et de formation des filles et des femmes dans les plans de restructuration de l'enseignement technique, de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur.
- 3.3.25. Assurer la formation de formatrices dans tous les domaines de l'éducation.
- 3.3.26. Prendre des mesures discriminatoires positives pour assurer une plus grande rétention féminine aux cycles fondamental et secondaire et des mesures pédagogiques d'appui particulières aux classes d'examen.
- 3.3.27. Décentraliser au niveau des Wilayas la formation professionnelle.
- 3.3.28. Elaborer un programme d'information, d'éducation et de communication en vue d'une plus grande conscientisation des parents sur les avantages de la scolarisation des filles et en vue de leur implication effective dans l'éducation.
- 3.3.29. Consolider et étendre le réseau de jardins d'enfants.
- 3.3.30. Organiser les coopératives féminines dans le cadre de regroupements et d'associations nationales visant à faciliter leur encadrement et l'orientation de leurs activités.

- 3.3.31. Faciliter à la femme l'accès aux crédits, s'agissant des activités productrices.
- 3.3.32. Veiller à l'application effective des textes favorisant la promotion de la femme.
- 3.3.33. Coordonner au niveau national et régional toutes les actions en direction des femmes en vue de leur harmonisation.

3.4. Objectif 4: Assurer la santé de la population

Les stratégies liées à cet objectif sont les suivantes:

- 3.4.1. Augmenter le budget alloué au secteur de la santé pour le ramener au niveau recommandé par l'OMS.
- 3.4.2. Former en nombre suffisant le personnel médical et paramédical de façon à tendre progressivement vers les normes recommandées par l'OMS pour toutes les catégories.
- 3.4.3. Généraliser la couverture sanitaire à tout le pays en privilégiant les soins de santé primaires.
- 3.4.4. Doter toutes les communes de moyens de communication et d'évacuation d'urgence.
- 3.4.5. Généraliser les unités de santé de base et la disponibilité des agents de santé communautaires.
- 3.4.6. Assurer au groupe mère et enfants un cadre privilégié de prise en charge de leur besoins.
- 3.4.7. Assurer la disponibilité des produits et matériels médicaux et leur distribution de façon fiable en veillant au respect de la qualité et en mettant en oeuvre une politique de prix adéquate.

- 3.4.8. Encourager les populations à mieux contribuer à l'amélioration de leur niveau de santé par la mise en place de pharmacies villageoises.
- 3.4.9. Renforcer l'implication des communautés dans la prise de décision, la planification et la gestion des structures de santé.
- 3.4.10. Décentraliser et redéployer le personnel de santé de manière générale et les accoucheuses de façon particulière.
- 3.4.11. Développer un système d'informations sanitaires fiable au niveau national et régional.
- 3.4.12. Réaliser des études et des recherches pour mieux orienter l'action sanitaire.
- 3.4.13. Mettre en oeuvre des programmes au niveau national et régional en matière d'éducation pour la santé en faisant participer les populations et en tirant profit de tous les canaux de communications.
- 3.4.14. Accorder une importance particulière à la nutrition dans les programmes sanitaires et en particuliers envers les enfants et les femmes.
- 3.4.15. Elaborer et mettre en oeuvre une politique nationale de nutrition et de sécurité alimentaire.
- 3.4.16. Réaliser des programmes fonctionnels d'éducation nutritionnelle.
- 3.4.17. Améliorer l'accès à l'eau potable en quantité et en qualité suffisante.
- 3.4.18. Améliorer les conditions de l'habitat, de l'hygiène et de l'assainissement public.
- 3.4.19. Améliorer la prise en charge des porteurs de MST et des individus séropositifs ou atteints de Sida, particulièrement les femmes enceintes.

3.4.20. Intégrer au niveau du système d'informations sanitaires des indications épidémiologiques sur les MST et sur le Sida.

3.5. Objectif 5: Assurer l'éducation et la formation pour tous

- 3.5.1. Oeuvrer à la scolarisation de tous les enfants en âge d'aller à l'école.
- 3.5.2. Accorder une importance à la scolarisation des filles.
- 3.5.3. Lutter contre l'abandon scolaire et les déperditions particulièrement chez les filles.
- 3.5.4. Assurer un soutien pédagogique spécifique pour les filles en classes terminales afin d'améliorer leur accès aux cycles secondaire et supérieur.
- 3.5.5. Développer les infrastructures scolaires pour faire face aux besoins d'expansion du système.
- 3.5.6. Assurer des structures d'hébergement adéquates pour accueillir les filles en cycle secondaire et supérieur.
- 3.5.7. Assurer la disponibilité d'un personnel enseignant de qualité et en nombre suffisant en augmentant la part féminine.
- 3.5.8. Continuer l'effort d'alphabetisation en veillant au développement des aspects fonctionnels particulièrement chez les femmes.
- 3.5.9. Encourager l'enseignement originel en accordant, entre autre, des subventions aux mahadras.
- 3.5.10. Faciliter aux sortants des mahadras l'accès à la formation professionnelle et oeuvrer à leur insertion dans la vie active.
- 3.5.11. Intégrer des enseignements sur la population et la famille à tous les niveaux du système éducatif.

3.5.12. Intégrer dans tout le système éducatif des enseignements sur l'importance et sur les moyens de préservation de l'environnement.

3.5.13. Poursuivre l'effort de formation universitaire de spécialistes dans les domaines de la famille, de la population et des statistiques.

3.6. Objectif 6: Protéger les groupes vulnérables

Les stratégies liées à cet objectif sont:

- 3.6.1. Accorder dans les budgets sociaux une priorité aux enfants et aux jeunes en situation difficile.
- 3.6.2. Susciter et développer un mouvement associatif en direction de cette sous-population.
- 3.6.3. Encourager et soutenir la création de jardins d'enfants & de garderie pour les enfants issus des familles pauvres.
- 3.6.4. Oeuvrer à la généralisation de l'enseignement fondamental pour tous les enfants en accordant une attention particulière aux enfants issus de familles pauvres.
- 3.6.5. Etudier en profondeur les causes de déperdition scolaire et de délinquance en vue de cibler des actions dans ce domaine.
- 3.6.6. Veiller à l'insertion des enfants délinquants dans le circuit de formation et dans l'activité économique.
- 3.6.7. Séparer les jeunes des adultes dans les établissements pénitenciers.
- 3.6.8. Veiller à la prévention de la délinquance et à la protection des enfants et des jeunes.