

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice



**Ministère des Affaires Economiques et du
Développement**

**Déclaration Nationale
de Politique de Population**

Réactualisée en Janvier 2005

Table des matières

1. Préambule

2. L'Etat de la population Mauritanienne

2.1 Les caractéristiques démographiques

2.2 Les problèmes éducatifs

2.3 Les problèmes sanitaires

2.4 Les problèmes alimentaires et nutritionnels

2.5 Les problèmes de logement

2.6 Les problèmes d'environnement

2.7 Les problèmes d'emploi

2.8 La famille et la promotion féminine

- *Les problèmes liés à la famille*
- *Les problèmes liés à la santé de la reproduction*
- *La promotion féminine*

2.9 Les populations vulnérables

- *Les jeunes*
- *Les plus pauvres*
- *Les handicapés*
- *Les personnes âgées*

2.10 Les Mauritaniens de l'étranger

2.11 La collecte et l'analyse des données sur la population

3. Objectifs et Stratégies en matière de population

4. Cadre institutionnel et plan d'action

1. Préambule

Les questions de population ont été, depuis plus de deux décennies au centre des préoccupations des pouvoirs publics. Les politiques nationales qui ont été conçues et mises en œuvre ont permis la réalisation de remarquables progrès au double plan de l'amélioration des connaissances en matière de ressources humaines et de leur développement qualitatif.

Les stratégies sectorielles adoptées reflètent une cohérence avec les objectifs énoncés dans le cadre de la première Déclaration nationale de politique de population, adoptée par le Gouvernement en Juin 1995.

Depuis, de vastes chantiers ont été ouverts sur plusieurs fronts en vue de traduire sur le terrain des réalités sociales les objectifs sur lesquels nous reviendrons plus loin.

En effet, au cours de la dernière décennie, l'urbanisation s'est accentuée, les femmes ont acquis de nouvelles parcelles de pouvoir que les mentalités acceptaient difficilement il n'y a pas si longtemps. Bien des tabous sont aujourd'hui discutés et des évolutions positives et significatives ont été observées en matière de mariage précoce, de planning familial ou du gavage entre autres.

Dès lors, on comprend l'opportunité, dix années après, de faire le bilan des réalisations et de prendre en considération les connaissances nouvellement acquises pour réactualiser la Déclaration de Politique de Population. Celle-ci doit tenir compte aussi des évolutions probables du contexte national et de l'environnement mondial.

En effet, de nouvelles priorités de développement ont été formulées dans le cadre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Des politiques sectorielles ont vu le jour, à la lumière des recommandations de la Conférence du Caire sur la Population et le Développement tenue en 1994 et ceux des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La présente Déclaration doit beaucoup aux efforts entrepris en matière de collecte et d'analyse des données qui ont permis la réalisation, en particulier, du recensement général de la population et de l'habitat en 2000, l'Enquête Démographique et de Santé 2001 (EDSM) et le profil de pauvreté 2000.

Il a été, bien entendu, tenu compte, entre autres, des objectifs du CSLP, des stratégies nationales sectorielles, notamment le PNDSE (Programme National de Développement du Secteur de l'Éducation), la SNPF (Stratégie Nationale de Promotion Féminine) et le PASS (Programme d'Ajustement du Secteur de la Santé).

2. L'Etat de la population Mauritanienne

2.1 Les caractéristiques démographiques

La population Mauritanienne a connu au cours du dernier quart du siècle précédent de profondes mutations dans ses structures sociales et de peuplement. Cette évolution peut être décrite à travers les quelques indicateurs suivants :

- (i) *Une croissance rapide* : la population a presque doublé en 23 ans. Elle est passée d'une estimation de 1.097.000 suivant les données de l'enquête de 1965 à 1 338 830 habitants (1^{er} RGP en 1977) pour atteindre 1.864.236 (RGPH de 1988) et 2 508 159 (RGPH 2000). Le taux de croissance moyen annuel entre les deux derniers recensements est de 2,4% alors qu'il était de 2,9% entre les recensements de 1977 et 1988. L'indice synthétique de fécondité, en dépit d'une tendance à la baisse demeure élevé. De 6,3 en 1988, il est estimé à 4,7 en 2000. Son niveau est légèrement inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (5,4 en 1999).
- (ii) *Une sédentarisation et une urbanisation accélérées et anarchiques* : la population nomade qui représentait 72% en 1965 a connu une inexorable décroissance au fil des ans. Les données du RGPH de 2000, situent à 4,8% la proportion des nomades. La répartition spatiale de la population est inégale sur le territoire national. Elle obéit plus à des critères politiques voire tribaux qu'économiques ou administratifs ou même rationnels. Ainsi, entre 1965 et 1988, la population urbaine est passée de 9% à plus de 40% en 1995. Elle est aujourd'hui estimée à 43,3%¹. Cette sédentarisation anarchique rend les investissements en infrastructures urgents et onéreux. Elle complique davantage la tâche des administrations dans leurs préoccupations de gestion, de suivi et d'évaluation des projets de développement. Les phénomènes de « bidonvilisation » ne concernent plus que Nouakchott : Nouadhibou, Zouerate et d'autres agglomérations ont les leurs. Les habitants de la Capitale

¹ Sur la base des projections établies par l'ONS en 2004

étaient au nombre de 707 576 en 2004. Ce qui représentait 25% de la population totale et un taux de croissance de 3,75% par an. La wilaya du Hodh Charghi continue à être la région la plus peuplée avec 312 381 habitants (11% de la population totale) après Nouakchott et l'Inchiri la moins habitée avec seulement 10 451 résidents. L'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages (EPCV) a montré que les migrations sont motivées par la recherche du travail dans 65 % des cas et que la majorité des populations issues du milieu rural entreprend une première migration 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. Il serait donc hautement souhaitable d'endiguer les méfaits inévitables de l'urbanisation excessive dont l'impact sur l'environnement, la santé et la qualité de la vie ne sont plus à démontrer.

- (iii) *La répartition par sexe* : Selon les données du RGPH de 2000, la population résidente serait composée de 51,3% de femmes pour 48,7% d'hommes à rapprocher du taux de masculinité en 1988 qui était de 97,8%. Le taux de masculinité le plus élevé a été observé en milieu urbain, les femmes étant plus nombreuses dans les villes de l'intérieur et en zones rurales. Ce phénomène est probablement l'une des conséquences des mouvements migratoires incontrôlés qui nécessitent des solutions durables susceptibles de rétablir les équilibres naturels entre les deux sexes.

- (iv) *La population est jeune* dans la mesure où 41,8% des habitants ont moins de 15 ans et 62,3% moins de 25 ans. La proportion des jeunes de moins de 15 ans est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Les plus de 60 ans sont estimés à près de 5% de la population en 2004. Cette structure caractéristique des pays en voie de développement crée des pressions importantes sur les services sociaux essentiels que sont l'éducation, la santé, la nutrition, l'emploi et le logement. Le suivi de la répartition par âge de la population est directement lié aux progrès en matière d'enregistrement de l'état civil. D'où la nécessité d'intensifier et de poursuivre les efforts déjà entrepris depuis quelques années.
- (v) *Le taux de mortalité et les implications de la pandémie du SIDA* : le taux de mortalité brut est estimé à 13 pour mille. Mais les dernières indications² sur la mortalité infantile et maternelle montrent des niveaux respectifs de 74 pour mille et 747 pour cent mille naissances vivantes. Il y a lieu toutefois de souligner les graves menaces que pèse la pandémie du SIDA sur les chiffres relatifs à la mortalité et donc à l'espérance de vie³. En effet, même si le taux de prévalence de la maladie restent encore dans des limites « raisonnables » (moins de 1%), rien ne permet d'exclure les progressions enregistrées ailleurs en Afrique si des mesures draconiennes ne sont pas appliquées immédiatement (voir plus loin les développements consacrés à la question).

² EDSM 2001 (ONS)

³ L'espérance de vie à la naissance est estimée à 53,8 ans pour les hommes et 55,8 pour les femmes

- (vi) L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 6,3 à 4,7 enfants par femme entre 1988 et 2000.
- (vii) La densité de peuplement est théoriquement faible (2,7 habitants/km²)⁴ pour un territoire de 1.030.700 Km² mais la surface cultivable ne représente guère plus de 2 Km² sur 1000.

2.2 Les problèmes éducatifs

Notre pays a été l'un des premiers et rares à avoir accordé et depuis fort longtemps une attention particulière à l'alphabétisation des adultes, notamment des femmes. Cette prise de conscience précoce⁵, est avant tout motivée par la nécessité de briser le cercle vicieux de la pauvreté. En effet, les données d'alors étaient surprenantes « au pays du million de poètes »⁶. Il n'y avait que 18 Mauritanien sur 100 qui savaient lire et écrire une phrase simple en 1977 ! Les femmes étaient moins de 10% dans ce cas. Les écarts étaient importants entre les urbains, les ruraux sédentaires et les nomades.

Depuis, le taux d'alphabétisation a été porté à 53% en 2000 mais avec un écart considérable entre les hommes (61%) et les femmes (46%), entre les citadins (75%) et les ruraux (45%). Aussi, une vaste campagne d'alphabétisation a-t-elle été engagée par les Pouvoirs publics depuis deux années.

⁴ Sur la base d'une estimation de la population en 2004 de 2 823 062 habitants (ONS)

⁵ Discours de Nema du Chef de l'Etat en Mars 1985 suivi, une année plus tard par la création d'un Secrétariat d'Etat spécialement chargé de la question

⁶ Réputation sans doute laissée par les premiers migrants en Orient, parmi lesquels il y avait plusieurs érudits. La Mauritanie était alors devenue « bilad milliouna chaer »

Dotée d'un fonds de soutien au livre et à la lecture, elle se fixe pour objectif d'éliminer l'analphabétisme en 2006.

Le système éducatif pour sa part, a enregistré de remarquables performances *quantitatives* au cours des deux dernières décennies. Ainsi, le taux brut de scolarisation a atteint en 2003, 91,7% dans le primaire tandis que la performance est encore plus méritoire en matière d'écart entre les filles et les garçons dans le premier cycle d'enseignement secondaire. A telle enseigne que le rapport mondial sur le développement humain, publié par le PNUD en juillet 2003, cite la Mauritanie en exemple dans la mesure où 48% des élèves de l'enseignement fondamental sont des filles. En dépit des avancées évoquées plus haut, force est de reconnaître qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire en matière de développement du système éducatif. Certes, les taux de pré scolarisation ont connu une croissance fulgurante mais ils demeurent à un niveau très bas dans l'ensemble. Certes, les TBS (taux bruts de scolarisation) sont élevés par rapport à ceux des pays voisins mais les TNS (taux nets de scolarisation) sont encore à un niveau préoccupant, notamment en milieu rural et pour les filles. Certes, l'enseignement est désormais obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans mais sa *qualité* pose encore problème à différents égards. En effet, le *niveau de recrutement, la formation, la motivation et l'encadrement pédagogique* des enseignants présentent des insuffisances connues et pour certaines, en voie d'amélioration. Il en est de même pour *les affectations des enseignants et la gestion des flux*. L'enseignement secondaire général et technique accuse un retard en matière de réduction des disparités entre genres. Il

ne répond que partiellement à la demande d'un marché aussi capricieux qu'étroit. Mais, le plus préoccupant est sans doute la capacité fort limitée d'accueil des Etablissements chargés de l'éducation secondaire et professionnelle des adolescents. Environ plus de 350 000 d'entre eux ne sont en effet accueillis nulle part.

Au niveau de l'enseignement supérieur, le taux de participation des filles est passé de 13,2% en 1990 à 21,3% en 2000 mais avec un meilleur taux de rétention des filles (38% de l'effectif féminin inscrit en 1ère année en 1997 atteignent en 2000 la 4ème année, contre 26% des effectifs masculins). Il est vrai que les écarts entre les deux sexes restent considérables mais, comme on le voit, la tendance est à la réduction.

Au plan qualitatif, la réforme de 1999 s'oriente délibérément vers l'amélioration de la qualité de notre enseignement et son ouverture, notamment à travers les axes stratégiques ci-après :

- (i) l'unification du système éducatif par l'existence d'une seule filière (bilingue)
- (ii) le renforcement du 1^{er} cycle par une année supplémentaire et l'introduction de matières scientifiques (Physique, chimie et informatique)
- (iii) le renforcement de l'enseignement des langues étrangères (Français et Anglais)

2.3 Les problèmes sanitaires

L'espérance de vie à la naissance a progressé de 4 années entre 1993 et 2000 passant de 50,5 ans (49 ans pour les hommes et 52

ans pour les femmes) à 57,5 ans (56,7 pour les hommes contre 58,3 pour les femmes). Rappelons que la moyenne en Afrique était de 50 ans en 1999. Le taux brut de mortalité est estimé en 2000 à 11,6 pour 1000 habitants. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans serait passé de 182 pour 1000 naissances vivantes en 1995 (enquête MICS) à 116 en 2001 (EDSM 2001) tandis que les taux de mortalité infantile évoluaient de 118 à 74 pour 1000 au cours de la même période et selon les mêmes sources. Quant à la mortalité maternelle que les estimations situaient autour de 930 pour 100 000 naissances vivantes au cours de la dernière décennie, elle est de 747 en 2000 selon les résultats de l'enquête EDSM 2001 pour une moyenne en Afrique estimée à 822 en 1999. Ces opérations montrent que de réels progrès ont été enregistrés au cours de la dernière décennie. Ainsi, des efforts ont-ils été déployés pour améliorer l'environnement global du secteur de la santé. La couverture sanitaire est passée à 78% en 1998 dans un rayon de 10 Km autour des sièges des structures de santé. Un Plan Directeur National pour la Santé a été mis en place dès 1998. Il avait fixé des objectifs globaux conformes aux normes internationales. En outre, le PASS (programme d'appui au secteur de la santé) a permis de réaliser quelques progrès en matière de restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la décentralisation des responsabilités et des ressources ainsi que le renforcement des capacités de gestion.

Enfin, il y a lieu de noter un accroissement progressif de la part des dépenses courantes du Ministère de la santé (77% entre 2001 et 2002).

Toutefois, les questions ci-dessous énumérées méritent de retenir l'attention :

- (i) Les moyens matériels et humains (les compétences) sont très inégalement répartis entre les régions et à l'intérieur de celles-ci entre les centres urbains et les zones rurales. Ce déséquilibre est nettement en faveur de Nouakchott, ville où, il y a déjà des infrastructures privées et un nombre de pauvres relativement bas par rapport aux autres villes et villages du pays.
- (ii) Paradoxalement, les services de santé, particulièrement à l'intérieur ne sont que faiblement sollicités par les populations. Les activités de médecine préventive sont faibles tandis que celles de la médecine curative ne semblent pas convaincantes. Des formations manquent de compétences alors que d'autres manquent cruellement d'équipements. Les hôpitaux régionaux ne semblent pas jouer leur rôle de recours puisque la quasi totalité des malades vont directement à Nouakchott ou ailleurs
- (iii) Les capacités d'organisation, de planification et surtout de production de données statistiques fiables sont restées insuffisantes. Tout comme la complémentarité nécessaire entre les secteurs public et privé.
- (iv) Le financement d'une part importante des activités de santé est encore assuré grâce au concours des Partenaires au développement.
- (v) En dépit du fait que la Mauritanie soit l'un des pays qui consacrent le plus de moyens (en 1997, 6,6% du budget, de l'APD et 7,3 USD par tête d'habitant) au secteur de la santé, certains indicateurs d'impact sont restés faibles.

2.4 *Les problèmes alimentaires et nutritionnels*

La Mauritanie est un pays désertique à 90% elle est bordée au sud par le fleuve sénégal, possède un potentiel agropastoral considérable et reçoit annuellement une pluviométrie d'importance variable. Faiblement peuplé, le pays connaît pourtant des déficits céréaliers importants. En effet, la consommation annuelle céréalière nationale est de l'ordre de 350 000 tonnes alors que la production en couvre à peine 40%. Ce déficit structurel est comblé à partir des importations commerciales lesquelles représentent en moyenne annuelle 30% du total des importations nationales. Le marché est correctement approvisionné mais à des prix dont le niveau dépasse parfois les possibilités financières des ménages pauvres qui, selon les données de l'EPCVM 2000 consacrent 75% de leurs revenus à l'alimentation. L'aide alimentaire⁷ représente en moyenne 10% de l'APD que reçoit annuellement le pays.

Pour suppléer l'inexistence d'un dispositif institutionnel de gestion des crises et catastrophes naturelles, le Commissariat à la sécurité alimentaire a mis en place un Observatoire de la sécurité alimentaire doté d'un mécanisme d'alerte. D'autres actions ont des effets positifs sur la sécurité alimentaire des populations. Il s'agit, entre autres, de l'installation de filets de sécurité dans le cadre du CSLP ainsi que la construction de liges dans les zones fluviales et le développement des cultures irriguées.

En considérant une consommation annuelle céréalière de 165 Kg par habitant, et avec pour hypothèse un taux de croissance de la production de l'ordre de 6,5%, il serait possible d'atteindre

Environ 20 millions de dollars

l'autosuffisance en 2011, à condition que l'accroissement de la population n'excède pas 1,8%.

Quant aux problèmes nutritionnels, ils concernent 40% de la population dont une majorité de femmes enceintes et d'enfants en bas âge. Les données de l'enquête EDSM 2001 ont montré que 35% des enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition chronique, un sort qu'ils partagent avec 17% des femmes de la tranche d'âge 15-49 ans. Les solutions résident en partie dans la réactualisation du Plan d'Action National pour la Nutrition ainsi que la mise en oeuvre d'une stratégie nationale multidimensionnelle de lutte contre la malnutrition dont les éléments ont été définis dans le cadre de la politique nationale pour le développement de la nutrition. Celle-ci devra être considérée comme la référence en la matière. Elle préconise de parvenir d'ici à 2015 aux objectifs ci-dessous :

- (i) Accroître la productivité et la production en milieu rural et périurbain
- (ii) Améliorer l'accessibilité des produits alimentaires de première nécessité au niveau des ménages en quantité et en qualité
- (iii) Atténuer les effets des crises alimentaires et des situations d'urgence

2.5 Les problèmes de logement

Selon les données du RGPH 2000, 78,8% des ménages sont propriétaires de leur logement. Le type d'habitat varie évidemment en fonction du niveau de pauvreté. Les maisons en ciment ou en banco dominant avec respectivement 31,3 et 31,2%

tandis qu'on avait dénombré 10,4% de baraques et seulement 8,3% de tentes (EPCV 2000).

Les sources d'approvisionnement en eau potable les plus courantes sont les puits et forages (45,3%) ; les achats d'eau (30%), les robinets (15%) et diverses autres sources (10%).

Les principaux moyens d'éclairage étaient largement dominés par la bougie (50%) ou la torche (17,4%) suivies de l'électricité (18,8%).

En matière d'assainissement, 35,8% sont des latrines avec fosses tandis que 6% possèdent des toilettes avec chasses.

En dépit des efforts consentis pour la promotion du gaz butane, le bois et le charbon de bois continuent à dominer comme combustibles de cuisine avec respectivement 48,4% et 22,6%.

En réponse à une demande croissante de logements décentes occasionnée par le développement anarchique de certains centres urbains, la Mauritanie a entrepris depuis 2001 un ambitieux programme de développement urbain.

Ce sont en effet 300 000 Mauritaniens (environ 12% de la population) qui vivaient en 2000 dans les conditions de vie et d'hygiène des plus précaires.

L'objectif dont certaines composantes sont déjà en voie de réalisation, est d'améliorer, entre autres, l'état des infrastructures de base et la fourniture de services publics essentiels.

2.6 *Les problèmes d'environnement*

La nature et l'action de l'homme ont eu raison de la dégradation progressive de l'environnement. En effet, face à une nature hostile (désert, rareté de l'eau, couvert végétal réduit), il y a les besoins pressants d'une population dont un peu moins de la moitié vit en dessous du seuil de pauvreté et qui n'a souvent d'autre choix que d'exercer une pression continue et malheureusement destructrice sur l'environnement. Cette situation est aggravée par un déficit pluviométrique chronique, une croissance démographique forte et une urbanisation accélérée. En conséquence, la désertification avance inexorablement et avec elle, l'ensablement et la réduction du couvert végétal.

Ainsi, on estime que la proportion des zones forestières dans le territoire national serait passée de 0,4% en 1990 à 0,3% en 2000, soit un taux de déforestation annuelle de 2,5%. Ce qui se serait traduit par la transformation de 15% du territoire national en zones désertiques au cours de la même période.

Au niveau de la faune halieutique, on observe un phénomène similaire en raison de la surexploitation de la ressource. Ce qui expliquerait la baisse des rendements des pêcheries de fonds, entre 1992 et 1996 de 156 à 54KG en moyenne horaire.

Dans les centres urbains, l'insalubrité est aggravée par la précarité des moyens d'évacuation des ordures ménagères puisque dans 85% des cas, ils sont jetés dans la nature. Il n'y a que 12% des ménages qui déclarent participer à un système de collecte et 3% qui les brûlent ou les enterrent (EPCV 2000).

La gestion des eaux usées domestiques pose encore des problèmes. En effet, seules quelques villes (Nouakchott, Nouadhibou et Zouerate) possèdent un réseau rudimentaire d'évacuation des eaux domestiques qui ne concerne que très peu de résidents. La seule station d'épuration du pays est située à Nouakchott mais elle ne traite qu'environ 6% des eaux usées et des déchets liquides produits par les ménages. La quasi totalité de la production des ménages est rejetée de façon anarchique dans la nature ou dans des fosses septiques. A Nouakchott, les eaux partiellement traitées sont utilisées dans l'agriculture urbaine (maraîchage). Ce qui a des incidences négatives sur la santé de ceux qui y travaillent comme de ceux qui en consomment les produits.

Pour faire face aux problèmes évoqués plus haut, les pouvoirs publics ont intégré progressivement les principes du développement durable et de protection de l'environnement dans les différentes politiques de développement. Ainsi l'arsenal juridique a-t-il été adapté en conséquence dans le cadre des nouveaux codes et lois. Les principales conventions internationales ont été ratifiées. Plus concrètement, le CSLP a retenu en 2001 la protection de l'environnement comme axe prioritaire dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Les éléments d'une stratégie nationale pour le Développement Humain Durable et la Pauvreté sont disponibles après la publication de quatre rapports consacrés à la question par l'Observatoire du même nom. Enfin, un Programme d'Action National pour l'Environnement et le Développement Durable (PANE) a été validé sur le plan technique et pourrait faire l'objet d'une adoption par les pouvoirs publics.

2.7 Les problèmes d'emploi

Le taux d'activité en 2000 et pour l'ensemble de la population a été estimé à 59,4% (78,6% d'hommes contre seulement 42,7% de femmes). Paradoxalement, ce taux est plus élevé chez les plus pauvres (65,3%). Parmi les actifs, les indépendants sont les plus nombreux (56,3%) suivis des aides familiaux (13,2%) et des salariés (16,9%). En milieu sédentaire, l'agriculture et l'élevage constituent les activités les plus répandues avec 49,4%, l'administration publique vient en seconde position (17,6%) puis le commerce (13%). Les secteurs considérés comme vitaux de la pêche, des mines et du bâtiment ne contribuent pourtant que de façon marginale à la création d'emplois (respectivement 1,9 ; 0,6 et 1,5%).

Le taux de chômage était de 28,9% en 2000 (33,9% chez les femmes contre 25,7% pour les hommes). Il est encore plus important au niveau de jeunes de moins de 30 ans (72,4%). Ce phénomène est probablement lié à l'exode rural et donc à l'arrivée de jeunes de plus en plus nombreux sur le marché du travail. Cette situation est favorisée par la baisse de la mortalité, le niveau encore élevé de fécondité et les effets d'un système éducatif inadapté aux exigences du marché du travail. Il est permis de fonder des espoirs sur l'Agence nationale pour l'emploi, sur la poursuite des activités de l'AMEXTIPE et la politique d'insertion des diplômés mise en oeuvre par le CDHLCPI. Mais la solution adéquate ne peut provenir que d'une croissance économique soutenue que l'exploitation imminente des ressources énergétiques rend possible.

2.8 La famille et la promotion féminine

Il sera question dans ce qui suit de la constitution de la famille, de sa stabilité et des aspects liés à sa dimension reproductrice en tant que cellule de base de la société. Comme il sera aussi question de la situation et des efforts entrepris en matière de promotion féminine.

- Les problèmes liés à la famille

Selon les données disponibles, la taille moyenne de la famille, confondue avec le ménage est de 6 personnes (EDSM). Près des trois quarts d'entre eux (71%) sont dirigés par des hommes. C'est dire que plus d'un ménage sur quatre est sous la responsabilité d'une femme. Cette proportion est plus élevée en milieu rural où un ménage sur trois est dirigé par une femme (32%).

A l'origine de toute constitution de famille, le mariage était, il y a encore peu de temps aussi facile à contracter pour les hommes que précoce pour les filles. L'enquête nationale sur la fécondité (1981) avait permis, pour la première fois, d'obtenir des informations fiables et complètes sur la question. On y apprenait qu'une femme non célibataire sur deux s'était mariée avant 15 ans et 4 sur 5 avant 18 ans. L'âge moyen du premier mariage se situait à 15,3 ans mais la tendance était à la hausse. Ceci a d'ailleurs été confirmé par la suite par les RGPH de 1988 et 2000 ainsi que par l'enquête EDSM 2001 qui a permis de situer l'âge médian au premier mariage à 26,5 ans pour les hommes contre 17,1 pour les femmes. Cette évolution est probablement le résultat de la poursuite des études, des changements progressifs des mentalités et peut être des difficultés d'emploi, du moins en milieu urbain.

financements ainsi qu'à des aspects institutionnels internes au département.

- **Les problèmes liés à la santé de la reproduction**

La santé de la reproduction a, par le passé, fait l'objet d'une Stratégie nationale du "bien être familial". Etant d'une importance fondamentale dans la vie des familles, elle doit continuer à bénéficier de l'attention particulière qui lui est réservée depuis plus d'une décennie. Malheureusement, les taux encore élevés de mortalité maternelle et infantile sont importants. Seront donc successivement abordées les questions relatives à la stérilité, au suivi de la grossesse, aux conditions d'accouchement, au suivi postnatal et aux IST/SIDA. Il y a lieu de noter les efforts particuliers entrepris en matière de santé de la reproduction, notamment pour ce qui est des composantes de la Stratégie Nationale de santé de la Reproduction (SNSR).

Celle-ci ambitionne d'améliorer la planification familiale, la prise en charge de la SR des adolescents, la sensibilisation et de réduire le taux de mortalité maternelle. Les actions suivantes sont en cours de réalisation :

- (i) Amélioration de l'accessibilité géographique aux populations les plus enclavées ;
- (ii) Formation des personnels de santé et équipement des structures ;
- (iii) Amélioration de l'accessibilité financière des services de SR dans le cadre du programme micro assurance et du forfait obstétrical ;
- (iv) Amélioration de la qualité des services de supervision formative

(v) Expérimentation des espaces jeunes dans les formations sanitaires.

(i) *la stérilité.*

Il existe peu de données sur la question. Le seul indicateur disponible est la proportion de femmes de plus de 50 ans qui n'ont jamais connu de maternité. Elles représentaient 12% en 1965, 7,6% en 1977. L'EDSM de 2001 tout comme l'ENMF de 1981 avaient estimé à 3% le niveau de stérilité primaire.

Etant donné l'importance de la fécondité dans la vie, la stabilité et l'avenir des familles, il est nécessaire qu'on s'y intéresse

(ii) *le suivi de la grossesse*

Le taux de mortalité maternelle est considérable puisqu'il a été estimé à 747 pour 100 000 naissances. Ce niveau élevé¹¹ trouve son explication dans le taux de consultation prénatale encore faible (l'enquête EDSM avance 64,6% en 2000 mais 49,8% en milieu rural), un sous équipement pour les interventions d'urgence (césariennes), un taux d'utilisation de contraceptifs particulièrement bas (8% en 2000 dont 2.9% pour les méthodes traditionnelles). La pauvreté, l'ignorance et les mauvaises conditions d'hygiène (52.9% des ménages n'avaient pas d'installations sanitaires adéquates en 2000) et de nutrition (femmes anémiées et carence en iode) viennent aggraver la situation.

¹ Sur 21 pays Africains, la Mauritanie figure parmi les 4 pays où le taux est le plus élevé (EDSM 2001, page 161)

(iii) *les conditions d'accouchement*

Entre 1995 et 2000, moins d'une naissance sur deux (49%) a eu lieu dans une structure sanitaire. En milieu rural, il n'y avait que 23% des femmes qui avaient bénéficié d'un accouchement assisté dans une structure de santé.

Les causes de la mortalité maternelle élevée sont liées aux conditions de l'accouchement. Ce sont par ordre d'importance les éclampsies, les hémorragies et les infections. Pour sa part, la mortalité néonatale, il semble, d'après les chiffres de l'EDSM 2001, qu'elle soit de 41,7 (0/00).

Les principales causes de décès des nouveaux nés en milieu hospitalier sont la prématurité, les infections néonatales, l'hypotrophie et le Tétanos néonatal.

(iv) *le suivi post-natal*

Le suivi postnatal revêt une importance particulière eu égard à la fragilité des enfants avant leur premier anniversaire. Il n'y a malheureusement pas de statistiques fiables au niveau national à cause, entre autres, des insuffisances du système de collecte de données de base. Pour l'essentiel, les indicateurs montrent des progrès certains en matière de mortalité infantile.

En effet, en 1991, le taux de mortalité infantile était de 144‰ et en 1995. Il est passé à 118‰ (Enquête MICS 1996). Les résultats de l'enquête EDSM 2001 sont plus optimistes avec seulement 74 pour mille. Ils le sont davantage pour la mortalité post néonatale avec 32,9 ‰ et néonatale 41,7‰.

Trois affections dominent largement chez les enfants de moins de 5 ans. Il s'agit des IRA, du paludisme et des diarrhées. Elles constituent les principales causes de mortalité chez les enfants.

La persistance de taux de mortalité relativement élevés trouve en partie son explication dans un environnement difficile, marqué par la prédominance de l'analphabétisme au féminin (72,4 à 53,2% en 2000 suivant les définitions), des conditions climatiques et géographiques précaires, des voies de communications rudimentaires et surtout un taux de pauvreté élevé. Il faut y ajouter, comme souligné plus haut, l'inexpérience de certaines mères, un faible espacement des naissances à cause d'une pratique encore limitée de la contraception auxquels il faut ajouter et en dépit des progrès enregistrés au cours de la dernière décennie, la malnutrition, la déficience de la couverture vaccinale et l'insalubrité du milieu déjà décrite plus haut.

(v) *Le défi du VIH/SIDA*

Principalement à cause de la nature du mal, les chiffres sur le SIDA ne peuvent, par la force des choses, être que des estimations, souvent à revoir à la hausse, du fait des sous-déclarations, des difficultés de dépistage et de dénombrement.

La réalité de la pandémie en Mauritanie est en fait inconnue. Au mieux, en l'absence d'un système de recueil de données fiables, il n'y a que deux « indices » de propagation du virus.

Il s'agit de la proportion de sang infecté parmi les donneurs ou les femmes enceintes et le nombre de malades pris en charge dans les infrastructures sanitaires. D'ores et déjà, on peut affirmer que le virus se transmet depuis quelques années de manière « endogène ». Il touche tous les âges, tous les groupes sociaux, toutes les régions ainsi que des personnes n'ayant jamais quitté le territoire national. Les chiffres publiés estiment à 0,57% le taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes dépistées.

Le mode de transmission le plus répandu en Mauritanie est la transmission hétérosexuelle. La présence d'enfants malades du SIDA en hospitalisation pédiatrique prouve qu'il ne faut pas exclure, à priori, la transmission de la mère à l'enfant. La transmission du VIH par des objets contaminés est hélas encore possible à cause des mauvaises conditions d'hygiène, de travail et peut être des défaillances en matière de conscience professionnelle de certains membres des professions de santé. C'est le lieu de rappeler la modestie des rémunérations et la précarité des conditions de vie du personnel fonctionnaire et contractuel des professions de santé.

Les facteurs de risque sont multiples. Nous en retiendrons les plus importants :

- (i) La pauvreté et la promiscuité jouent un rôle de facteur aggravant. Elles peuvent être à l'origine de pratiques dangereuses comme la prostitution ou le viol.
- (ii) Le manque d'information, particulièrement chez les personnes analphabètes pose problème. Même si, selon les données de l'enquête EDSM, 86% des hommes et 76% des femmes ont « entendu parler du SIDA », seuls 34% des femmes et 65% des hommes

admettent qu'il est possible de l'éviter en citant au moins un moyen adéquat. Mais l'utilisation du préservatif n'est connue que de 8% des femmes contre 14% des hommes...La forte prévalence des MST et les insuffisances de leur prise en charge constituent un facteur important de risque.

- (iii) Les mouvements migratoires avec des pays à haut risque de la région Africaine favorisent la transmission du VIH.
- (iv) La précarité de la condition féminine a des effets aggravant les possibilités de transmission du VIH. La grande mobilité conjugale, avec des divorces et remariages fréquents, sans aucune vérification de l'état sérologique, est aussi un facteur de risque non négligeable. La polygamie, vécue par 7% des femmes d'après l'enquête EDSM pourrait s'avérer être une pratique risquée. Certaines femmes pauvres et chefs de ménages, dans un contexte d'insécurité sociale, recourent à la prostitution pour subvenir aux besoins immédiats de leurs familles.
- (v) Les pratiques socioculturelles néfastes constituent d'autres facteurs de risque. L'excision, la percée des oreilles, ainsi que La circoncision (parfois à la chaîne) qui est encore inévitable chez les tout jeunes adolescents.
- (vi) La qualité des soins est une nécessité impérieuse. La sécurité des injections, la stérilisation consciencieuse du matériel médical, la gestion des déchets hospitaliers sont autant d'actes porteurs de risque dans un environnement peu habitué à la rigueur et au geste qui sauve la vie.

On peut difficilement estimer le nombre d'orphelins du SIDA dans la mesure où les véritables causes de décès ne sont pas toujours connues. Mais il est évident que l'impact sur les adolescents est dramatique puisqu'ils auront à affronter les difficultés de la vie trop tôt avec des chances amoindries de scolarisation, d'éducation et de formation.

Les femmes qui constituent 52% ou plus des personnes vivant avec le virus auront en plus à jouer le rôle de chef de ménage une fois veuves.

Plusieurs campagnes de sensibilisation sur les dangers et les modes de transmission du SIDA ont été menées (par et) en direction de la Société Civile (Parlementaires¹², Etudiants, ONG et Associations des jeunes, Coopératives féminines).

Ces actions de sensibilisation ont été complétées par une plus grande prise en charge des cas d'IST, l'élaboration d'une politique transfusionnelle, le renforcement des capacités de « testing » et la création de structures de dépistage anonyme et gratuit.

Les actions d'acquisition sur le budget de l'Etat de réactifs, d'augmentation des subventions, de formation de techniciens, de constitution de Banques de sang régionales et la création d'un CNTS (Centre national de Transfusion Sanguine) ont été réalisées.

Le Programme Multisectoriel de Lutte Contre le Sida (PMLS) qui bénéficie du soutien financier des partenaires au

¹² Un Groupe Parlementaire s'est constitué pour contribuer à la sensibilisation.

Le développement¹³ a mis en place des structures décentralisées au niveau régional.

Malgré le fait que la démystification du SIDA ait enregistré quelques progrès, des questions restent encore en suspens. En effet, la prise en charge des malades et des personnes séropositives est encore insuffisante mais il est vrai que les moyens sont limités et les traitements fort onéreux (trithérapie). Il y a lieu toutefois de signaler que la situation est en voie d'amélioration.

- La promotion féminine

La promotion féminine a connu des avancées certaines au cours des deux dernières décennies. Du point de vue institutionnel et juridique, la création du SECF en 1992 a, très tôt, traduit une volonté politique qui, depuis ne s'est pas démentie. La ratification des principales conventions internationales (la CDE et la CEDEF), l'adoption du code du statut personnel en 2001 plus favorable à l'émancipation des femmes constituent des pas significatifs. D'ores et déjà, les derniers chiffres relatifs à l'enseignement de base indiquent une quasi parité entre les filles et les garçons mais des écarts persistent au niveau des autres ordres d'enseignement.

D'autres progrès ont été enregistrés, comme cela a été mentionné ailleurs, au plan de la santé, de l'emploi, de l'accès aux responsabilités politiques et administratives.

Pourtant, il y a encore d'autres sujets de préoccupation dont la réalisation passe par la prise en compte des contraintes ci-dessous :

- (i) La promotion féminine ne peut, par la force des choses, avoir un impact significatif sans de profonds changements sociaux. Or, le carcan social dans ses déterminants « super structurels » conditionne encore largement toute émancipation. Il en est ainsi des mentalités dominantes. Avec leur cortège de préjugés, elles sont encore, dans certains cas, réfractaires à la modernité, se réfugiant derrière des conceptions et interprétations erronées de la religion musulmane et ce, en dépit des efforts des pouvoirs publics et de la majorité des Oulémas.
- (ii) Les femmes éprouvent encore des difficultés pour faire valoir leurs droits, principalement en milieu rural et ce pour diverses raisons dont entre autres :
 - (a) la persistance de pesanteurs sociologiques et de certaines coutumes
 - (b) l'ignorance des lois les concernant
 - (c) les difficultés financières pour faire face aux frais de justice et
 - (d) leur dépendance économique vis à vis des hommes.
- (iii) La dimension genre n'a pas été jusqu'ici prise explicitement en considération dans les différentes politiques nationales de développement. Mais grâce aux activités du Groupe de suivi « Genre » au niveau du SECF, des perspectives prometteuses existent. L'éducation des filles, fait l'objet d'un ensemble d'activités IEC et de sensibilisation en faveur de leur scolarisation prolongée. Tout comme

la politique de regroupement des écoles incomplètes, l'ouverture de cantines scolaires et de foyers d'accueil pour les filles déplacées (à l'étude) militent en faveur de la lutte contre les déperditions, chez les filles en particulier. Certes, la participation politique des femmes, à l'emploi et au crédit est encore limitée mais la situation s'améliore depuis plus d'une décennie. En effet, seules 12,4% des femmes occupaient un emploi salarié en 2000 contre 27,3% d'hommes. Leur participation au niveau sociopolitique demeure faible avec tout de même quatre membres du Gouvernement mais seulement 3,3% de conseillères municipales dont un maire, 3,7% de femmes députés et 3,6% de Sénateurs.

2.9 Les populations vulnérables

- Les jeunes

Les enfants et les adolescents constituent des franges de la population dont le développement est particulièrement sensible. Il conditionne en réalité l'avenir de toute la société. Les moins de 20 ans représentent 53,6% de la population totale du pays en 2004¹⁴. Pour les années, à venir, et dans le cadre de la politique nationale pour la jeunesse, il sera nécessaire de prendre en compte les problèmes auxquels ils font face.

¹⁴ ONS, projections démographiques 2001-2015

On peut en énumérer les plus saillants comme suit :

- Ils sont en général mal formés et mal informés par l'école et par leurs parents qui jouent de moins en moins leur rôle d'encadrement ;
- La plupart d'entre eux travaillent trop tôt quand ils ne sont pas au chômage ;
- Leur niveau d'association et de participation est encore bas.

Une enquête sur l'« Avis des enfants sur la vision en Afrique » avait été réalisée en 2000¹⁵. Les questions les plus importantes pour les jeunes enquêtés (600 entre 13 et 18 ans) étaient la lutte contre le SIDA (76,9%), la santé pour tous (76,1%), l'immunisation des enfants (76,1%), l'éducation pour tous (75,4%) et la lutte contre la pauvreté (74,7%). Les efforts déployés pour y parvenir sont jugés dans l'ensemble insuffisants (58,2% contre 26,8% qui pensent le contraire). Les raisons invoquées se résument à la faiblesse des médias, au manque de fonds, de vision, de programmes auxquels s'ajoute le manque d'engagement des autorités, la faiblesse de l'implication des jeunes ainsi que la participation des communautés et des adolescents eux-mêmes. De leur point de vue, il fallait privilégier les actions prioritaires suivantes :

- (i) Lutter contre le SIDA (70,7%)
- (ii) Eliminer la pauvreté (70,5%)
- (iii) Assurer un approvisionnement en eau potable et une éducation plus large (68,6%)
- (iv) et l'information (62,9%)

En matière de protection des droits des jeunes, ils estiment que beaucoup reste à faire en dépit de progrès certains. Il s'agit en

¹⁵ Bureau de l'UNICEF à Nouakchott

particulier du droit à l'éducation, à la santé mais aussi, fait nouveau, à l'information.

Une attention particulière devra être accordée à la prévention de la délinquance juvénile, à la lutte contre toute forme d'exploitation des enfants et aux dérives comportementales comme la consommation de l'alcool et des stupéfiants.

Les problèmes évoqués plus haut trouvent amplement des réponses dans le cadre de la Politique nationale de la jeunesse adoptée en Mars 2004 et dont les grandes lignes peuvent être résumées comme suit :

- (i) la révision des textes juridiques de base ;
- (ii) Le renforcement des capacités (structures administratives et associatives) ;
- (iii) La promotion de l'emploi des jeunes pour une meilleure insertion socioéconomique ;
- (iv) La promotion des activités culturelles, socioéducatives et sportives ;
- (v) La protection des jeunes et des adolescents

- Les plus pauvres

Les informations les plus récentes (EPCV 2000) indiquent que 31,4% de la population étaient concernées par l'extrême pauvreté sur la base d'un seuil de 50 897 UM par an et par personne. Sont particulièrement frappées les ruraux (44,1%) et les habitants des périphéries des grandes agglomérations urbaines.

Une catégorie particulière de pauvres s'adonne à la mendicité.

Ce phénomène de la mendicité figure parmi les manifestations externes les plus criantes de la pauvreté. Il n'est pas nouveau en Mauritanie. Ce qui l'est, c'est son ampleur et les formes qu'il prend au niveau de certaines agglomérations urbaines, le Centre de la ville de Nouakchott en particulier.

Pourtant, la mendicité est contraire aux enseignements de notre Sainte religion et constitue un signe inquiétant de dégradation des valeurs sociales de dignité, d'entraide et de solidarité.

La croissance démographique incontrôlée, l'urbanisation accélérée et l'exode vers Nouakchott et, il faut le reconnaître, la « professionnalisation » de la mendicité, sont des facteurs aggravants.

Le cas le plus frappant est sans doute celui des enfants « talibés ». Ils retiennent déjà l'attention des pouvoirs publics.

Les causes de mendicité sont entre autres:

- (i) la pauvreté des familles ;
- (ii) l'absence de perspectives autres que la mendicité pour une partie des exclus qui n'ont pas reçu d'éducation convenable ou qui ne peuvent pas travailler (handicapés) ;
- (iii) le relâchement des liens traditionnels d'entraide ;
- (iv) les perspectives de gain sans effort¹⁶ ; et
- (v) l'instabilité familiale...

¹⁶ Les enquêtes ont révélé qu'en matière de recettes journalières, les mendiants avaient fait de surprenantes déclarations dans la mesure où 27,1% « gagnent » entre 500 et 1000 ouguiyas par jour, soit un revenu mensuel situé entre 15000 et 30 000 ouguiyas. De loin supérieur à celui de la moyenne des agents de la fonction publique et bien évidemment du SMIG ! Une minorité (3,8%) avoue plus de 1000 ouguiyas par jour. 78,4% déclarent ne recevoir aucune assistance permanente

Aussi, les pouvoirs publics ont-ils pris l'initiative d'explorer à travers le CDHLCPI des solutions qui, jusqu'ici, n'ont donné que des résultats limités.

- **Les handicapés**

Selon les données disponibles, les handicapés représenteraient 1,5% de la population totale. Les enfants handicapés représentent 20% de l'ensemble des handicapés. Les aveugles constituent au niveau national 20% des handicapés. En particulier, les enfants handicapés méritent de bénéficier d'une action à la mesure du drame que vivent leurs familles. Trois enfants handicapés sur quatre seraient issus de familles pauvres. Leur taux de scolarisation ne dépasse pas les 5% ! C'est dire l'ampleur des efforts à déployer pour leur offrir plus de chances dans la vie.

- **Les personnes âgées**

A partir des données du RGPH 2000, on peut estimer en 2004 le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans à 140 000 dont 69 673 de sexe masculin. Les personnes âgées représentent donc 4,95% d'une population totale de 2 823 062 habitants. Si leur nombre a augmenté en valeur absolue, leur proportion a baissé puisqu'ils étaient estimés à 6% en 1988 (112.564 dont 59.284 femmes et 53.280 hommes).

On connaît peu de choses sur la manière dont la société assure leur prise en charge dans un contexte marqué par le début de relâchement des valeurs ancestrales de solidarité et d'entraide *non compensé par un système de sécurité sociale moderne performante*. Malheureusement, il est permis de penser que certains d'entre eux n'ont d'autre solution que de recourir à la mendicité.

2.10 *Les Mauritanien de l'étranger*

Les recensements nationaux ne comptabilisent pas les populations non résidentes. Mais les estimations de source administrative font état de 250.000 personnes dont seulement quelques 80.000 gérées par nos neuf Consulats Généraux.

Le reste de nos ressortissants, soit environ les 2/3 sont partiellement administrés par nos Ambassades telles que Abidjan (50.000 avant les événements), Bamako (40.000) Abou Dhabi (4.000) qui constituent les plus grands regroupements.

Il y a lieu toutefois de noter l'existence d'une population à l'étranger qui se trouve dans des pays où nous n'avons aucune représentation officielle. Il s'agit de celle établie au Gabon, en RCA, au Cameroun, au Congo Démocratique, en Angola, au Nigeria, au Bénin, au Togo et dans une certaine mesure au Liberia et au Ghana qui dépendent de la circonscription diplomatique de notre Ambassade à Abidjan.

Dans ces pays, nos ressortissants sont estimés à 15.000 dont certains se trouvent dans des zones de turbulence.

Dans cette région, nos compatriotes mènent généralement une existence difficile, notamment au niveau de l'obtention ou le renouvellement des cartes de séjour et subissent parfois des cas d'abus de pouvoir de la part de certaines autorités locales du pays hôte.

Le cas particulier de nos ressortissants dans les pays de la CDEAO mérite une attention particulière, notamment pour

ceux qui résident dans des pays avec lesquels nous n'avons pas signé d'accords consulaires.

2.11 la collecte et l'analyse des données sur la population

Toute politique de population qui ne repose pas sur des données fiables est vouée à l'échec. Trois sources sont particulièrement importantes. Il s'agit des statistiques de l'état civil, des recensements de la population et des enquêtes démographiques.

L'état civil, couvre certes toute l'étendue du territoire national mais il n'est pas exhaustif au niveau de l'enregistrement des faits d'état civil. On estime que le taux d'enregistrement des naissances est faible et que celui des décès et des mariages le serait encore plus¹⁷. Les efforts qui sont menés depuis quelques années doivent être poursuivis.

Trois recensements ont été réalisés depuis l'indépendance (1977, 1988 et 2000). Ils ont permis de disposer de précieuses et exhaustives données sur la population et l'habitat lesquelles sont indispensables pour le suivi et l'évaluation des projets et programmes de développement et d'une manière générale comme aide à la prise de décision.

Des enquêtes par sondage sont aussi réalisées pour palier les insuffisances de l'état civil ou pour compléter certaines données indisponibles entre deux recensements.

Ils avaient été estimés respectivement à 35 et 5%

Ainsi, ont été réalisées depuis l'indépendance les 6 grande enquêtes suivantes : l'enquête démographique de 1965, l'Enquête Nationale Mauritanienne sur la Fécondité en 1981, l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des Ménages (1987 en a été la première année d'observation), l'Enquête Mauritanienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant en 1990, l'enquête sur les migrations de 1993, l'enquête démographique et de santé en 2000 en plus des enquêtes EMIP¹⁸ et EPCV¹⁹. La plupart des opérations de collecte de données de base ont fait l'objet de publications plus ou moins complètes et plus ou moins diffusées.

Mais, on pense que dans certains cas les analyses auraient pu être plus poussées n'eût été la pénurie de cadres bien formés, expérimentés et *motivés*. C'est pourquoi, il serait souhaitable qu'il y ait des actions de formation, de motivation des cadres et de sensibilisation des décideurs et des usagers sur ces questions soient envisagées.

La recherche en matière de politique de population devra retenir davantage l'attention des pouvoirs publics. C'est ici le lieu de saluer la mise en place, au sein de l'ONS, d'une base de données sociales DEV INFO, avec l'appui du PNUD, de l'UNICEF et de l'FNUAP ainsi que l'existence de sites WEB et d'un CD-ROM consacré à la production statistique en Mauritanie de 1960 à aujourd'hui. Un schéma directeur de la statistique vient d'être adopté. Il aura à jouer un rôle de premier plan dans le cadre du cadrage des activités de collecte, d'analyse et de recherches en matière de données statistiques et démographiques. Dans le même ordre d'idées, il faut noter la création en 2004, au niveau de

¹⁸ Enquête sur la mortalité infantile et le paludisme

¹⁹ Enquêtes sur les Conditions de Vie des Ménages

l'ONS, d'une Unité de Recherche en Population, renforcée par un partenariat avec l'Université de Nouakchott et un appui des réseaux de chercheurs nationaux et internationaux.

3 Objectifs et Stratégies en matière de population

Dans le cadre de la formulation des objectifs de la politique nationale de population, il a été tenu compte de notre vision en matière de développement social et économique, de l'analyse de la situation qui précède et des recommandations formulées dans le cadre des études et séminaires réalisés ces dernières années. Aussi, notre politique nationale de population sera-t-elle axée sur les objectifs qui suivent et sera exécutée suivant les stratégies associées à chacun de ces objectifs. Pour l'essentiel, certaines formulations n'ont pas subi de notables modifications, du moins pour les objectifs globaux de la DPP

Les objectifs définis ci-dessous sont en adéquation avec ceux du CSLP dans la mesure où ceux qui sont communs aux deux documents ont retenu des définitions similaires.

Pour ceux qui sont quantifiables, les indicateurs sont les mêmes et pour des délais de réalisation équivalents. Pour l'essentiel, leur réalisation constituera un pas important aussi bien en matière de recul de la pauvreté que comme contribution à l'atteinte des OMD.

3.1. Objectif 1 : Favoriser une répartition spatiale optimale de la population d'ici 2015

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes seront développées:

- 3.1.1. Concevoir, adopter et mettre en oeuvre le schéma national d'aménagement du territoire qui tienne compte de la vocation de chaque zone socioéconomique ;
- 3.1.2. Doter les communes de plans directeurs intégrant les aménagements des espaces vitaux et réserves foncières ;
- 3.1.3. Intensifier la mise en place des infrastructures sociales de base en milieu rural et promouvoir l'agriculture, l'élevage et la protection du milieu physique.
- 3.1.4. Poursuivre le développement des voies de communication pour permettre le désenclavement de toutes les régions et l'accès des populations aux services publics de base.
- 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. Mettre en application des mesures dissuasives pour lutter contre la sédentarisation anarchique.
- 3.1.7. Encourager l'investissement privé national et international en milieu rural en offrant des privilèges incitatifs aux investisseurs.

3.2. Objectif 2 : Accorder plus de place au suivi de la situation des immigrés, assurer un meilleur accueil aux revenants et un suivi rigoureux de la migration internationale.

Cet objectif sera réalisé à travers les stratégies suivantes:

- 3.2.1. Effectuer un recensement de tous les Mauritaniens vivant à l'étranger ;
- 3.2.2. Conclure des Conventions et Accords consulaires ;

- 3.2.3. Favoriser le renforcement des liens culturels, sociaux et économiques entre nos citoyens à l'étranger et la mère patrie ;
- 3.2.4. Encourager les nationaux émigrés à investir dans le pays en leur offrant des facilités ;
- 3.2.5. Mettre en place une structure efficace de suivi des émigrés et de réinsertion des émigrés de retour ;
- 3.2.6. Mettre en place une structure efficace de suivi et d'orientation des immigrants.

3.3. Objectif 3 : Mettre en œuvre la politique de 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. Mettre en œuvre la politique actualisée de la famille ;
- 3.3.2. Vulgariser et diffuser largement le contenu du code du statut personnel (CSP) ainsi que la convention relative aux droits de l'enfant ;
- 3.3.3. Assurer un suivi régulier de l'application et de la diffusion du CSP ;
- 3.3.4. Favoriser le développement du mouvement associatif orienté vers la protection et la promotion de la femme et de la famille ;
- 3.3.5. Favoriser la prolongation de la scolarité et/ou la formation des jeunes filles.
- 3.3.6. Mettre en œuvre des programmes IEC consacrés aux inconvénients du mariage précoce, de la fréquence du divorce et ses conséquences sur la cohésion de la famille et sur les enfants.
- 3.3.7. Renforcer les capacités économiques des familles ;

- 3.3.8. 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 prénatales, la surveillance nutritionnelle ainsi que l'identification des grossesses à risque.
- 3.3.9. Sensibiliser la population et les femmes en particulier sur l'importance des consultations prénatales et l'intérêt du suivi postnatal, notamment dans ses aspects nutritionnels et ceux relatifs à la vaccination dans les endroits enclavés ou difficiles d'accès.
- 3.3.10. Généraliser l'assistance médicale à l'accouchement en prévoyant sur tout le territoire des maternités accessibles à la population et en équipant certaines d'entre elles avec les moyens chirurgicaux nécessaires tout en envisageant les possibilités d'évacuation en cas d'urgence.
- 3.3.11. Renforcer les mécanismes d'intégration de la dimension genre dans les politiques de développement et les stratégies sectorielles ;
- 3.3.12. Assurer la prévention et le traitement des fistules obstétricales ;
- 3.3.13. Lutter contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et de s filles (gavage, excision, etc...) et les violences basées sur le genre.
- 3.3.14. Généraliser la prise en charge des grossesses à risque dans les milieux hospitaliers.
- 3.3.15. Sensibiliser les femmes sur les bienfaits de l'allaitement et de l'espacement des naissances tout en favorisant un accès généralisé à l'information sur les méthodes modernes de contraception.

- 3.3.16. Sensibiliser les Hommes sur les bienfaits de l'espacement des naissances pour la santé de leurs épouses et de leurs enfants.
- 3.3.17. Poursuivre les efforts déjà entamés en matière de renforcement du programme élargi de vaccination en vue d'atteindre une couverture vaccinale généralisée des enfants.
- 3.3.18. Poursuivre la politique de promotion de la femme conformément à nos réalités socioculturelles.
- 3.3.19. Réaliser une enquête nationale sur la situation des femmes et des enfants dans le but de constituer une base de données nécessaire pour le suivi du respect de leurs droits conformément aux engagements pris dans la CEDEF et de la CDE.
- 3.3.20. Encourager l'accès des femmes à la formation professionnelle.
- 3.3.21. 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.
- 3.3.22. Promouvoir la formation de formatrices dans tous les domaines de l'éducation.
- 3.3.23. Poursuivre la politique d'encouragement pour assurer une plus grande rétention féminine aux cycles fondamental et secondaire et prendre des mesures pédagogiques d'appui particulières aux classes d'examen.
- 3.3.24. Poursuivre la politique de décentralisation de la formation professionnelle au niveau des Wilayas.
- 3.3.25. Poursuivre les activités d'information, d'éducation et de communication en faveur d'une plus grande

conscientisation des parents sur les avantages de la scolarisation des filles.

- 3.3.26. Mettre en place la politique de la petite enfance ;
- 3.3.27. Poursuivre l'encouragement des femmes pour un meilleur accès au crédit bancaire, dans le cadre de leurs activités productrices.
- 3.3.28. Prendre des mesures dynamiques en vue de l'application effective des textes favorisant la promotion de la femme.
- 3.3.29. Harmoniser et assurer une meilleure coordination entre les actions en faveur des femmes entrepreneurs au niveau national et régional
- 3.3.30. Revigorer la CNSS et favoriser la création de mutuelles d'assurance-maladie interprofessionnelles ou autres.

3.4. Objectif 4 : Assurer la santé de la population et le bien être des populations d'ici 2015

Les stratégies liées à cet objectif sont les suivantes:

- 3.4.1. Accroître le budget alloué au secteur de la santé pour le ramener au niveau recommandé par l'OMS, tout en prenant les mesures adéquates pour assurer *l'effectivité, l'efficacité et l'équité des dépenses de santé.*
- 3.4.2. Former en nombre suffisant le personnel médical et paramédical de façon à tendre progressivement vers les normes recommandées par l'OMS et ce pour toutes les spécialités.
- 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. Poursuivre la politique d'encouragement des populations à mieux contribuer à l'amélioration de leur niveau de santé par la mise en place de pharmacies villageoises.
- 3.4.9. Intensifier 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. Poursuivre les actions tendant au développement du système d'informations sanitaires pour que les données de base soient plus fiables et plus exhaustives.
- 3.4.12. Poursuivre la réalisation des études et 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 plus d'importance à la nutrition dans les programmes sanitaires et particulièrement ceux destinés aux enfants et aux femmes.

- 3.4.15. Adopter et mettre en oeuvre la politique nationale nutrition en complément des activités menées de la sécurité alimentaire.
- 3.4.16. Poursuivre la politique nationale d'accès à l'eau en quantité et en qualité suffisante.
- 3.4.17. Poursuivre et intensifier les activités entant matière d'amélioration des conditions de l'hab l'hygiène et de l'assainissement public.
- 3.4.18. Améliorer la prise en charge des porteurs des IS individus séropositifs ou atteints de particulièrement les femmes enceintes.
- 3.4.19. Publier régulièrement des indications épidémiol sur les IST et sur le Sida.
- 3.3.20. Assurer un meilleur encadrement pour les coo féminines, les regroupements et associations n afin de mieux orienter leurs activités et leur dc contenus plus concrets et plus efficaces.

3.5. Objectif 5 : Généraliser l'éducation et la formation

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes ser en œuvre

- 3.5.1. Veiller à l'application des dispositions prises faire appliquer la loi sur l'obligation de la sc de tous les enfants en âge d'aller à l'école ;
- 3.5.2. Intensifier les activités de lutte contre l'aband et les déperditions particulièrement chez les
- 3.5.3. Assurer un soutien pédagogique spécifique filles en classes terminales afin d'améliore) aux cycles secondaire et supérieur.

- 3.5.4. Poursuivre le développement des infrastructures scolaires pour faire face aux besoins d'hygiène et d'expansion du système.
- 3.5.5. Assurer des structures d'hébergement adéquates pour accueillir les filles en cycle secondaire et supérieur.
- 3.5.6. Assurer la disponibilité d'un personnel enseignant de qualité et en nombre suffisant tout en favorisant la participation féminine à compétence égale ; disponibiliser le matériel didactique, les outils de gestion et intensifier l'encadrement de proximité des enseignants ainsi que le contrôle de gestion des établissements.
- 3.5.7 Poursuivre l'effort d'alphabétisation en veillant au développement des aspects fonctionnels particulièrement chez les femmes.
- 3.5.8. Organiser l'enseignement originel et au besoin lui accorder des subventions.
- 3.5.9. Faciliter aux sortants des mahadras l'accès à la formation professionnelle et continuer à oeuvrer à leur insertion dans la vie active.
- 3.5.10. Généraliser l'enseignement en matière de famille et de population à tous les niveaux et ordres de l'enseignement.
- 3.5.11. Intégrer dans tout le système éducatif des enseignements sur l'importance et sur les moyens de préservation de l'environnement.
- 3.5.12. Poursuivre l'effort de formation universitaire de spécialistes dans les domaines de la famille, de la population et des statistiques.
- 3.5.13. Généraliser l'enseignement de l'éducation à la vie familiale et en matière de population dans les programmes scolaires et dans les programmes d'alphabétisation.

- 3.5.14. Poursuivre l'intégration des programmes d'alphabétisation fonctionnelle et d'éducation familiale dans les activités des centres de promotion féminine.
- 3.5.15. Adapter le contenu des manuels scolaires à la vision du genre en favorisant par la symbolique et par le texte la complémentarité entre les garçons et les filles.
- 3.5.16. Réaliser des programmes fonctionnels d'éducation nutritionnelle.

3.6. Objectif 6 : Protéger les groupes vulnérables

Les stratégies liées à cet objectif sont:

- 3.6.1. Consacrer plus de moyens financiers aux problèmes sociaux tout en accordant une priorité aux enfants et aux jeunes en situation difficile.
- 3.6.2. Favoriser le développement du mouvement associatif des enfants et des jeunes en situation difficile.
- 3.6.3. Encourager et soutenir la création de jardins d'enfants et de garderies communautaires pour les enfants issus des familles pauvres et accorder une attention particulière à leur scolarisation.
- 3.6.4. Etudier en profondeur les causes de déperdition scolaire et de délinquance en vue de cibler des actions dans ce domaine.
- 3.6.5. Veiller à l'insertion des enfants déviants dans le circuit de formation et dans l'activité économique.
- 3.6.6. Intensifier les efforts déjà entrepris en matière d'éducation des jeunes adultes dans les établissements pénitenciers.

- 3.6.7. Veiller à la prévention de la délinquance et à la protection des enfants et des jeunes.
- 3.6.8. Mener des actions d'information, d'éducation et de communication en direction des parents afin de les sensibiliser sur la responsabilité parentale.
- 3.6.9. Vulgariser et diffuser largement les dispositions législatives relatives à la protection des enfants.
- 3.6.10. Garantir la formation et l'insertion des jeunes dans la vie active en veillant particulièrement à l'adéquation entre les formations assurées et les besoins du marché de l'emploi et de l'activité économique, y compris le secteur informel.
- 3.6.11. Améliorer l'état des infrastructures et activités qui peuvent contribuer à l'épanouissement physique et intellectuel des enfants et des jeunes
- 3.6.12. Assurer la scolarisation spécialisée ainsi que la formation et l'insertion sociale et économique des enfants handicapés.
- 3.6.13. Réaliser des enquêtes et des recherches sur les conditions de vie et les aspirations des jeunes.
- 3.6.14. Elaborer une politique de soutien aux ménages pauvres en accordant la priorité aux ménages dirigés par une femme.
- 3.6.15. Elaborer une politique de protection sociale et de soutien des personnes âgées, en particulier celles qui vivent seules.
- 3.6.16. Faciliter l'accès des jeunes à la santé de la Reproduction des adolescents et jeunes (SRAJ)
- 3.6.17. Etudier les moyens de mise en oeuvre de canaux de substitution aux solidarités traditionnelles pour la réinsertion et l'appui aux populations marginales.

- 3.6.18. Faire le bilan des politiques entamées pour lutter contre le phénomène de la mendicité et les renforcer le cas échéant.

3.7. Objectif 7: Protéger l'environnement

Cet objectif sera développé selon les stratégies qui suivent:

- 3.7.1. Poursuivre l'intégration de la dimension environnementale dans tous les projets de développement, en particulier dans le cadre des activités d'exploitation des ressources pétrolières en off shore.
- 3.7.2. Mettre en oeuvre la nouvelle stratégie nationale de l'environnement ;
- 3.7.3. Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'éducation en matière d'environnement.
- 3.7.4. Inclure dans tous les programmes éducatifs et d'alphabétisation un volet relatif à la protection de l'environnement (voir 3.5.11).
- 3.7.5. Faire participer les populations aux différents niveaux de conception et d'exécution des projets et programmes de protection de l'environnement.
- 3.7.6. Faire le bilan d'exécution de la stratégie de substitution auprès des ménages des combustibles traditionnels par d'autres qui sauvegardent leur environnement (gaz butane) et envisager, le cas échéant, des solutions alternatives.
- 3.7.7. Rationaliser l'utilisation des eaux de surface et des eaux profondes et les protéger de la pollution.
- 3.7.8. Poursuivre et intensifier les efforts de reboisement.

- 3.7.9. Se donner les moyens de faire appliquer avec rigueur la réglementation relative à la protection de l'environnement.
- 3.7.10. Prendre des mesures de surveillance et de suivi du patrimoine forestier.
- 3.7.11. Multiplier les efforts pour la conservation des espèces en voie de disparition.
- 3.7.12. Accorder une attention particulière à l'environnement maritime et rationaliser l'exploitation des ressources.
- 3.7.13. Lutter contre la pollution des eaux de mer, en particulier aux abords des ports et *s'assurer que les futures activités pétrolières n'aurent pas de graves conséquences environnementales (voir le point 3.7.1).*
- 3.7.14. Encourager l'extension et le développement des parcs naturels tels celui du Banc d'Arguin et de Dawling.
- 3.7.15. Promouvoir et soutenir les associations prenant en charge la protection de l'environnement.

3.8. Objectif 8 : Développer la recherche sur la population

Cet objectif sera réalisé à travers les stratégies suivantes:

- 3.8.1. Assurer un suivi régulier des activités de l'état civil notamment en matière de couverture, de fiabilité et de publication des données.
- 3.8.2. Généraliser la déclaration obligatoire et automatique des faits d'état civil tels que, les décès, les mariages, ou autres.
- 3.8.3. Etudier les voies et moyens pour parvenir à l'enregistrement et l'exploitation de données sociales, économiques et épidémiologiques relatives aux événements saisis par l'état civil.

- 3.8.4. Encourager la réalisation d'enquêtes sociales sur les jeunes, les femmes, les handicapés, les ménages, les personnes âgées.
- 3.8.5. Respecter la périodicité intercensitaire recommandée par les Nations Unies.
- 3.8.6. Veiller à la publication rapide des résultats des enquêtes et des recensements ainsi que les analyses les plus pertinentes.
- 3.8.7. Publier les données des enquêtes et des recensements de la façon la plus détaillée au niveau régional.
- 3.8.8. Elaborer des monographies annuelles sur toutes les Wilayas du pays.
- 3.8.9. Accorder les moyens nécessaires à la mise en place d'une documentation complète en matière de population et développement.
- 3.8.10. Faciliter l'accès des chercheurs aux données des enquêtes et des recensements ainsi qu'à celles de l'état civil ;
- 3.8.11. Assurer une culture statistique chez tous les citoyens Mauritaniens.

4 Cadre institutionnel et plan d'action

La plupart des objectifs figurant dans la présente Déclaration de politique de population ont déjà été pris en considération dans le cadre des stratégies sectorielles. Il s'agit de s'en assurer, les y inclure le cas échéant tout en veillant à leur application effective. Pour cela, la coordination des actions dans l'espace et dans le temps tout comme les nécessaires arbitrages financiers revêt une importance de premier plan.

Dès lors, la Commission Nationale de la Population (CNP) devra être maintenue et renforcée par des moyens d'appui pour le suivi, l'évaluation et la coordination qui incombent à la Direction du Développement social (DDS) du Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED).

Compte tenu de l'expérience passée, la CNP devra être fonctionnelle et rendue opérationnelle par la prise en considération des facteurs ci-après :

- (i) La sensibilisation des acteurs sur l'importance du rôle de coordination des activités. Ce qui s'est traduit dans le passé par une confusion entre la coordination et le contrôle
- (ii) La nécessité de doter la CNP de moyens juridiques, matériels et humains pour lui permettre de jouer convenablement son rôle de coordination. A cet effet, il convient de déterminer sa mission de coordination et de préciser les responsabilités de toutes les parties concernées.

4.1. Attributions de la Commission Nationale de Population (CNP)

La Commission Nationale de la Population aura les attributions suivantes :

(a) Auprès du Gouvernement:

- Informer, conseiller et orienter dans les domaines de la population,

- Agréer, coordonner, suivre et évaluer les programmes d'actions entrepris par les agences gouvernementales et non gouvernementales dans le cadre de la mise en oeuvre de la Déclaration de Politique de Population
- Etudier et proposer au gouvernement toute action visant à actualiser ou à modifier les dispositions législatives dont la Déclaration de Politique de Population, le Code de la Famille et les problèmes d'ordre éthique touchant à la population
- Mener pour le compte du Gouvernement et sur un financement prévu spécialement à cet effet toute étude ou recherche dans le domaine de la population

(b) La CNP pourra avoir toutes sortes d'activités d'information, de consultation, de recherche, d'étude et d'action dans le domaine de la population au profit des partenaires et pour autant que ces activités n'entravent pas celles qui doivent être assurées en priorité pour le Gouvernement. La Commission pourra gérer en toute autonomie, dans les conditions réglementaires en vigueur, les fonds qu'elle aura acquis sur la base de dons, de legs ou de prestations de services dans le domaine de la population.

4.2. Composition

La Commission Nationale de la Population aura la composition suivante:

(a) Un président : le responsable en charge de la coordination du Programme National de Population ;

(b) Des membres permanents représentant, chacun, les départements ministériels ayant en charge les questions de:

- . Aménagement du territoire ;
- . Etat civil;
- . Economiques et de développement;
- . Santé et des Affaires Sociales;
- . Education Nationale ;
- . Habitat
- . Fonction Publique et Emploi ;
- . Culture, jeunesse et sports
- . Communication ;
- . Développement Rural et Environnement ;
- . Hydraulique et Energie;
- . Alphabétisation et Enseignement Originel;
- . Condition Féminine ;
- . Nouvelles Technologies ;
- . Lutte contre la Pauvreté
- . Office National des Statistiques

Chacun des membres sera désigné par le Département Ministériel compétent parmi ses fonctionnaires cadres. Les membres permanents pourront recevoir des indemnités incitatives si les moyens dont dispose la Commission le permettent.

(c) Un Conseil Scientifique regroupant des personnalités scientifiques compétentes dans les domaines touchant aux questions de population. Le président de la Commission sera également président du Conseil Scientifique. Les membres de ce

conseil seront désignés par la tutelle sur proposition du président de la Commission et pourront être indemnisés dans la mesure du possible pour leurs consultations.

(d) Trois membres associés représentant les Organisations non Gouvernementales actives dans le domaine de la population. Ce nombre peut être étendu sur proposition du conseil scientifique sans pour autant dépasser le tiers de l'effectif des membres permanents. Les membres associés sont désignés par le Président de la Commission après consultation du conseil scientifique. Le président de la Commission, après consultation du conseil scientifique, peut accorder la qualité de membre associé à tout fonctionnaire de l'Etat ayant, de par ses compétences ou de par son activité, un apport jugé utile pour la Commission.

(e) Au sein de la DDS, qui est son point d'attache, la Commission Nationale de Population s'appuie sur deux structures permanentes:

- (i) Une structure permanente de soutien logistique et administratif rattachée à la Présidence de la Commission ;
- (ii) Une structure permanente d'études, de suivi et d'évaluation.

Ces deux structures seront créées par arrêté du Ministre chargé des affaires économiques et du développement.

4.3. Règlement intérieur

Toutes les dispositions réglementaires antérieures, hormis celles qui sont prévues dans la présente déclaration ou celles qui seront énoncées ultérieurement par le Gouvernement, sont du ressort du conseil scientifique qui doit en élaborer et approuver le contenu et le soumettre à la CNP pour approbation.

4.4. Cadres Institutionnels Sectoriels

Pour chacune des actions qui seront envisagées en vue de la mise en oeuvre de la présente Déclaration, le Gouvernement décidera, après consultation de la Commission Nationale de Population, des cadres institutionnels adéquats qui seront chargés de l'exécution des actions en question sans préjudice pour celles en cours. Lorsque l'intérêt de l'action le justifie, le Gouvernement pourra en confier l'exécution à des Organisations non Gouvernementales Nationales reconnues par le Gouvernement. Toute action d'envergure internationale dans le domaine de la population à laquelle le Gouvernement peut souscrire devra se dérouler dans le cadre institutionnel qui aura été précisé lors de la procédure de ratification.

4.5 Plan d'action

Le plan d'action du Gouvernement qui sera élaboré dans le cadre de la mise en oeuvre de la présente Déclaration fera l'objet d'une décision ministérielle. Il sera au préalable adopté par la Commission Nationale de la Population qui aura en outre la charge des activités de coordination et de suivi.

Le Plan d'action s'efforcera, autant que faire se peut d'affiner les objectifs globaux, en les rendant plus précis. Des délais de réalisation seront fixés et des indicateurs déterminés, du moins pour ceux qui sont quantifiables.

Après consultation de la Commission Nationale de la Population et en accord avec les Agences nationales et internationales de financement, le Gouvernement, s'il le juge nécessaire, peut procéder au réaménagement et/ou à la réaffectation de certaines attributions en ce qui concerne l'exécution d'une action déterminée.