

Distr.  
LIMITEE

E/ICEF/1993/P/L.8  
4 février 1993  
FRANCAIS  
ORIGINAL : ANGLAIS/FRANCAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE  
Comité du programme  
Session de 1993

POUR SUITE A DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT LE PROGRAMME DE PAYS\*

Mauritanie

Le Directeur général recommande que le Conseil d'administration approuve, au titre du programme de la Mauritanie et pour la période de 1993 à 1997, un prélèvement de 5 millions de dollars sur la masse commune des ressources, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 7 253 000 dollars sur les fonds supplémentaires, sous réserve de la réception de contributions à des fins spéciales.

---

\* Afin de respecter les délais impartis pour la production des documents du Conseil, le présent document a été établi avant que les résultats financiers définitifs de l'exercice ne soient disponibles. Les ajustements nécessaires, compte tenu des soldes non dépensés au titre de la coopération au programme à la fin de l'exercice 1992, seront indiqués dans l'état récapitulatif des recommandations de 1993 concernant la masse commune des ressources et les fonds supplémentaires (E/ICEF/1993/P/L.2 et Add.1).

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES . . . . .	3
COOPERATION AU PROGRAMME, 1989-1993 . . . . .	5
COOPERATION RECOMMANDEE AU PROGRAMME, 1994-1998 . . . . .	9

Tableaux

1. Données de base sur les enfants et les femmes . . . . .	17
2. Dépenses de la période de coopération précédente (1989-1993) . . . . .	19
3. Dépenses prévues (1994-1998) . . . . .	20
4. Lien entre le budget-programme, les effectifs et les dépenses de personnel . . . . .	21

## LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. La Mauritanie, un pays en voie de développement situé dans la zone sahélo-saharienne, est soumis depuis près de 30 ans à une désertification rapide. Le produit national brut (PNB) par habitant de 510 dollars des Etats-Unis doit être interprété avec prudence en raison de la répartition inégale des revenus et la concentration des pôles de développement.

2. La Mauritanie est un des pays les plus endettés du monde en termes relatifs (225 % du produit intérieur brut en 1991). Son industrie minière, principale pourvoyeur d'emploi, est aujourd'hui confrontée à un environnement international difficile et ne dégage plus aucune rente et fonctionne principalement pour assurer le service de la dette. La pêche, qui a constitué au milieu des années 1980 le second pilier économique du pays, fait également face à de graves difficultés dont la vétusté de la flotte, le sur-endettement des opérateurs et la sur-exploitation des ressources. L'ajustement structurel, initié en 1985, a aggravé une situation sociale déjà précaire suite à la sécheresse qui a entraîné un exode rural important, une urbanisation rapide et incontrôlée, une forte pression sur les services de villes mal préparés et la dégradation rapide de la qualité de ces services et la paupérisation d'une grande majorité de la population. Depuis la crise économique et l'ajustement structurel, les budgets des secteurs sociaux importants y compris ceux de la santé et de l'éducation ont diminué en termes réels et servent désormais principalement à couvrir les salaires.

3. Le dernier trimestre 1991 a marqué le démarrage du processus de démocratisation concrétisé par la succession, de janvier à avril 1992, d'élections présidentielles, législatives et sénatoriales qui ont doté le pays d'institutions politiques conformes à la nouvelle Constitution. La reprise des relations diplomatiques avec le Sénégal en mai 1992 fut immédiatement suivie de la réouverture des frontières entre les deux pays (celles-ci étaient fermées depuis 1989).

4. Au nombre des tâches immédiates du nouveau gouvernement figurent celles très difficiles d'assainir les finances publiques et de relancer l'économie tout en assurant la paix sociale. En octobre 1992, le pays a dû procéder à une dévaluation de la monnaie de 28 % de sa valeur; le chômage qui frappe actuellement environ 35 % de la population active va probablement augmenter. En raison de la compression de la demande, les débouchés de l'artisanat, du secteur informel ainsi que du secteur moderne ont considérablement réduits. Dans ce contexte de crise économique qui perdure, l'augmentation du niveau de la pauvreté est probablement inéluctable puisque le niveau des revenus qui alimentaient les transferts par l'intermédiaire de la solidarité familiale ou tribale permettant ainsi à une frange importante de la population de survivre, se trouve comprimé.

5. Plus des deux tiers du territoire du pays sont couverts par le désert qui progresse rapidement depuis quelques années à une vitesse estimée à six kilomètres par an et la société mauritanienne a donc connu de profonds bouleversements. Au nombre de ces bouleversements on compte la sédentarisation rapide et forcée de la population nomade qui est passé de 78 % à 12 % entre 1965 et 1988. On compte aussi les conséquences socio-économiques de l'extension du désert dans la zone sahélienne au sud et au sud-est (où réside près de 80 % de

la population) parmi lesquels l'exode rural, l'urbanisation rapide, le développement anarchique de bidonvilles péri-urbains et l'accroissement du déficit alimentaire.

6. Dans ce contexte écologique, économique et social difficile, les taux de mortalité demeurent très élevés. Le taux de mortalité infantile (TMI) est de 120 pour 1000 naissances vivantes; le taux de mortalité juvénile est de 209 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle (TMM) est entre 450 et 500 pour 100 000 naissances vivantes. Des enquêtes ponctuelles ont montré que ces taux sont plus élevés en zones rurales et péri-urbaines défavorisées où les TMI atteignent respectivement 176 dans la région du Gorgol en 1991 et 245 dans le bidonville de Nouakchott (1988). Les autorités mauritaniennes n'ont pas encore réussi à offrir aux populations un système sanitaire véritablement efficace. La faiblesse du système de santé est illustrée par l'accessibilité qui reste limitée, le manque de personnel en zones rurales, le nombre insuffisant et l'état dégradé des infrastructures et la pénurie des médicaments, matériel et équipement.

7. L'approvisionnement en eau potable, élément primordial de promotion de la santé est un problème majeur en Mauritanie. En milieu urbain, seules neuf villes disposent d'un réseau d'adduction d'eau, dont bénéficie une faible fraction de la population. D'après les estimations de 1991, seulement 20 % de la population de Nouakchott dispose d'un branchement individuel tandis que le reste de la population s'approvisionne, pour un petit nombre, auprès de bornes fontaines et pour la plupart, notamment les populations de la zone péri-urbaine défavorisée, auprès de revendeurs d'eau. En ville, le coût de l'eau est très élevé et paradoxalement le prix de l'eau transportée par charrette est 8 dollars des Etats-Unis par le mètre cube, soit dix fois plus cher que le prix d'un abonné au réseau. Les mauvaises conditions de transport et de stockage qui prévalent tant en milieu urbain que rural ne peuvent pas garantir la qualité de l'eau. Les connaissances et les activités en matière d'hygiène et d'assainissement, notamment la disposition des déchets et excréta sont insuffisantes. Globalement, la population mauritanienne reste directement exposée au péril fécal et à ses conséquences (incidence des affections diarrhéiques et des parasitoses).

8. La malnutrition, principalement protéino-énergétique, existe de façon structurelle en Mauritanie. Le taux de prévalence de la malnutrition globale se situe, à la lumière de plusieurs enquêtes réparties sur les dix dernières années, autour de 40 % dont 6 à 8 % sont des cas de malnutrition avancée. Selon les zones écologiques entre 30 et 60 % des nouveaux-nés souffrent d'une insuffisance pondérale. Selon les estimations de 1988, 18 % des enfants de moins de 5 ans sont émaciés (ce taux est supérieur à Nouakchott) et plus de 48 % souffrent d'un retard de croissance.

9. L'originalité du système éducatif mauritanien est caractérisée par la cohabitation entre l'enseignement fondamental et l'enseignement traditionnel. Les efforts importants entrepris depuis dix ans ont permis d'élever le taux de scolarisation à 51 % mais le taux d'analphabétisme demeure élevé (66 %). L'école traditionnelle fortement intégrée dans le milieu rural contribue de façon significative à l'effort de scolarisation. Le budget de l'éducation représente 22 % du budget national; 33 % du budget de l'éducation est consacré à l'enseignement fondamental dont 72 % est destiné aux salaires des fonctionnaires

et la formation ne bénéficie que de 22 % de ce budget. La scolarisation des filles demeure un problème. Les filles représentent seulement 40 % de l'effectif scolaire et leur taux de déperdition scolaire au niveau du premier cycle d'enseignement est de 80 %.

10. La femme mauritanienne se forge progressivement un statut de citoyenne par un usage plus conscient des droits que lui confèrent la Constitution et l'exercice de plus en plus fréquent de fonctions administratives et commerciales. Par leur orientation résolument rurale, les programmes de promotion féminine ont surtout favorisé le développement d'activités génératrices de revenus et d'alphabétisation fonctionnelle. Le TMM très élevé semble encore être sous-estimé aux vues des résultats des pays voisins. Un effort important doit être réalisé en terme de personnel et d'infrastructure pour la prise en charge des grossesses à risque. L'indice de fécondité (6,5 enfants par femme) reste encore très élevé et accroît le risque.

11. Le phénomène des enfants de la rue bien qu'encore insuffisamment documenté semble se développer en Mauritanie. Ce fait est la conséquence directe de la migration due à la sécheresse, à l'urbanisation, à la bidonvillisation, à la dégradation des revenus, à l'éclatement du tissu familial en zone urbaine et aux moyens insuffisants consacrés à l'action sociale. Selon la Conférence internationale des églises catholiques (Caritas), 400 jeunes, dont 10 % pratiquant la prostitution, fréquentent les rues de Nouakchott.

#### COOPERATION AU PROGRAMME, 1989-1993

12. Le programme 1989-1993 devait contribuer à l'atteinte des objectifs suivants : a) réduire les TMI et TMM; b) améliorer le statut et les conditions de vie des mères et des femmes les plus démunies; c) promouvoir la production alimentaire, l'éducation, le statut des femmes, l'espacement des naissances et l'appui aux personnes déplacées, particulièrement les enfants de la rue; d) améliorer et accroître les capacités nationales d'identification, de planification, de gestion et de suivi des problèmes prioritaires du groupe enfants, jeunes et femmes. La coopération de la période concernée devait permettre de mettre en oeuvre les trois programmes suivants : santé, éducation de base et développement communautaire aux niveaux rural et péri-urbain (Nouakchott).

#### Santé

13. Pendant la période 1988-1989, l'UNICEF a assisté au développement de programmes prioritaires (le programme élargi de vaccination (PEV), la lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre la cécité) et plus globalement la santé maternelle et infantile (SMI). En 1990, les nouvelles orientations du gouvernement catalysées par la préparation du projet santé-population soutenu par l'UNICEF, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement (BAFD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la coopération allemande et la coopération française, mais aussi par le choix de la stratégie de l'Initiative de Bamako ont permis de réorienter le programme santé en mettant l'accent sur la décentralisation des services et des moyens d'intégration des activités, de participation décisionnelle et financière des communautés, de recouvrement partiel des coûts grâce aux médicaments essentiels.

14. L'accélération du processus de mobilisation, l'implication du gouvernement et de l'Union maghrébine, des communes et des populations ont permis une augmentation significative de la couverture du PEV. Le nombre total de vaccinés est encore très modeste mais les chiffres satisfaisants obtenus pour la rougeole, la tuberculose et le vaccin pour la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, laissent espérer l'atteinte de meilleurs résultats dans un proche futur. Les taux de couverture les plus bas concernent les populations rurales desservies par les équipes mobiles. L'accessibilité difficile, les contraintes logistiques et le coût de cette stratégie sont les principaux obstacles à l'extension géographique de la couverture vaccinale aux populations les plus éloignées. La gestion insuffisante du matériel et de l'équipement logistique ainsi que la qualité des services dispensés (compétence du personnel, disponibilité, stérilisation du matériel) ont également compté parmi les contraintes à la bonne réalisation du programme.

15. L'intervention de l'UNICEF dès 1990 s'est orientée vers la validation opérationnelle du concept de l'Initiative de Bamako pour accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires (SSP) à Oua Naga et Kankossa (les deux zones d'apprentissage) et au travers de la collaboration avec la coopération allemande, dans la Tagant. La mise en place de deux zones d'apprentissage nationales a permis : a) de contribuer à la définition de la politique nationale de santé; b) de tester les concepts de décentralisation, de participation communautaire et de médicaments essentiels au niveau des unités sanitaires de base, des postes et des centres de santé; c) d'élaborer les outils nécessaires à la généralisation du concept de l'Initiative de Bamako (guide mise en place des SSP, guide clinique et thérapeutique, révision du système d'information sanitaire); d) d'aborder la problématique globale de développement par des interventions complémentaires dans les domaines de la nutrition, de l'hydraulique et de la lutte contre la désertification; e) d'étudier les possibilités de réduction du coût des prestations sociales et de génération de l'épargne communautaire.

16. L'UNICEF a concentré son appui sur la mise en place de l'Initiative de Bamako dans trois centres de santé, deux postes médicaux et 39 unités sanitaires de base communautaires. Les résultats obtenus ont été la base de l'adoption par le Conseil des ministres d'un décret autorisant les collectivités à cofinancer et à gérer localement leurs services de santé par l'intermédiaire de comités de gestion attachés à chaque établissement sanitaire. D'autres mesures ont été adoptées conformément aux orientations de l'Initiative de Bamako et de la phase préparatoire du projet santé-population : a) la décentralisation de la gestion du système de santé; b) la mobilisation des ressources pour le système sanitaire régional; c) le renforcement des capacités au niveau central; d) la mise en place d'une politique sur les médicaments essentiels.

#### Education de base et alphabétisation fonctionnelle

17. Tenant compte des orientations gouvernementales, de l'augmentation importante du budget de l'éducation et de l'engagement de la Banque mondiale et de la BAFD dans ce secteur, l'UNICEF a concentré ses efforts sur des activités spécifiques, notamment le développement d'activités pédagogiques favorisant la découverte du milieu, la mise en place d'un programme d'éducation sanitaire à l'échelle nationale et la production de manuels scolaires sur ces thèmes. En 1990, une évaluation du programme a permis de montrer qu'il y avait une

insuffisance des horaires accordés au programme, une non-assimilation des thèmes par les formateurs et une utilisation inadéquate du matériel pédagogique. Cependant, l'importance des thèmes choisis a été confirmée et la relance des activités du programme a été proposée. Parallèlement, le renforcement des activités dans le domaine de l'alphabétisation fonctionnelle des adultes, et particulièrement des femmes, a été accéléré par la multiplication des projets impliquant les capacités de gestion communautaire et la formation des collectivités rurales.

#### Programmes régionaux

18. Afin de soutenir le processus de décentralisation en cours et favoriser le développement d'activités multisectorielles à base communautaire en zone rurale, le programme 1989-1993 a soutenu la mise en place, dans la région du Fleuve, d'un projet visant l'amélioration de la situation sanitaire et nutritionnelle, la promotion du statut des femmes dans les collectivités en favorisant la mise en place et le développement des coopératives féminines et le renforcement des antennes régionales des affaires sociales. Les activités comprenaient essentiellement l'hydraulique et l'assainissement, la santé, le maraîchage, les cultures irriguées, le petit élevage et la lutte contre la désertification. Le projet a permis l'amélioration des capacités d'organisation et de gestion de quelques 100 groupements de femmes et l'amélioration de la prise en compte des organisations de femmes dans le processus décisionnel communautaire. La concentration des activités a permis une économie d'échelle importante en matière de coûts logistiques et un renforcement de l'impact du projet sur les collectivités bénéficiaires. Ces éléments sont pris en compte dans ce nouveau programme de coopération.

19. La mise en place d'un projet en milieu péri-urbain défavorisé a été retenu pour palier aux conséquences de l'exode rural dû à la sécheresse aggravée par l'absence d'infrastructures de base pour satisfaire les besoins des populations déplacées. Les activités réalisées ont porté essentiellement sur l'appui à la mise en place d'une structure sociale et l'élaboration d'une stratégie d'intervention en zone péri-urbaine défavorisée et la définition d'un plan directeur des affaires sociales; l'assistance aux enfants et aux femmes seules chefs de famille et vivant dans des conditions particulièrement difficiles et dans les bidonvilles de Nouakchott; la réalisation d'infrastructures de base dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, de la santé, de la nutrition et de l'éducation. Ces actions ont été réalisées en collaboration avec les autres partenaires et notamment avec les organisations non gouvernementales (ONG) dont Caritas et Terre des hommes. Elles ont permis au gouvernement de structurer le secteur des affaires sociales, d'organiser la protection des enfants en danger moral et d'accroître l'accessibilité des plus démunis aux services de base.

#### Plaidoyer et mobilisation sociale

20. Le plaidoyer en faveur de l'amélioration de la situation des enfants et des femmes a pu être mené grâce aux actions d'information et de communication. La presse écrite et la télévision ont été utilisées pour sensibiliser les populations de Nouakchott et la radio rurale pour l'information éducative des populations de l'intérieur du pays. Les grands événements internationaux, notamment le Sommet mondial pour les enfants et la Journée de l'enfant africain ont été particulièrement médiatisés pour en faciliter le suivi. Les groupements

de femmes au niveau des collectivités et les décideurs au niveau central ont été la cible principale des actions de mobilisation sociale. Une association nationale de soutien à l'UNICEF est en voie de création. Dans le cadre de l'Union du Maghreb arabe (UMA), des activités conjointes sont menées en faveur des enfants et des femmes notamment les journées maghrébines de vaccination désormais institutionnalisées comme une activité annuelle. La Mauritanie a abrité le deuxième symposium de l'UMA sur l'enfant qui s'est tenu à Nouakchott sur le thème de "la jeune fille," en décembre 1992. La célébration de la Journée de l'enfant africain tenue en juin 1992 a permis d'organiser des festivités le long du fleuve Sénégal aux cours desquelles des messages de paix ont été transmis par les enfants des deux pays.

#### Planification, suivi et évaluation

21. Un système de suivi et d'évaluation devait être établi pour chaque projet et pour le programme dans son ensemble. Ce système n'a été que partiellement élaboré et il n'a pas été possible d'entreprendre les évaluations annuelles prévues initialement. Une revue à mi-parcours du programme a eu lieu en août 1990. Le PEV et l'Initiative de Bamako ont fait l'objet d'évaluations régulières.

#### Programme d'urgence

22. Le programme d'urgence nutritionnelle a focalisé son intervention sur la région du Tagant (centre de pays). Cette région est caractérisée par un taux de malnutrition global très élevé (64 %), la persistance d'une urgence nutritionnelle silencieuse, une accessibilité difficile et une forte altération du potentiel agricole en raison de la rapidité de la désertification. Ces facteurs ont un impact très important sur la dégradation du statut nutritionnel et sanitaire des enfants et des femmes et engendrent une pauvreté et une précarité extrêmes. Le programme a développé des activités de suivi de la croissance, complément alimentaire ayant bénéficié à plus de 1 500 enfants mal nourris et de leurs mères ainsi qu'à des femmes enceintes. Des activités de production alimentaire ou génératrice de revenus ont été initiées dont la construction d'ouvrages hydrauliques, la mise en place de périmètres agricoles, la fourniture de chèvres laitières et l'équipement de groupements artisanaux féminins.

#### Leçons retenues

23. L'examen à mi-parcours a souligné que le programme a souffert de l'insuffisance de l'implication des responsables chargés de la coordination sectorielle. Une plus grande concentration des activités et l'adoption d'une stratégie multisectorielle systématisée auraient permis de réduire et de rationaliser les coûts opérationnels (notamment logistiques); elle aurait également permis une plus grande complémentarité des actions multisectorielles favorisant la synergie pour un meilleur impact. Cependant, la poursuite simultanée de projets à vocation nationale permettant de contribuer à la définition de stratégies sectorielles standardisées est un acquis qui sera maintenu dans le nouveau programme de coopération. Ceci favorisera l'adoption d'une approche globale conforme au soucis du gouvernement et permettra à ses partenaires de développement d'accélérer la couverture nationale en services de base.



24. Quatre évaluations ont été entreprises, deux concernant le PEV (en 1989 et en 1990) et les deux derniers concernant l'Initiative de Bamako (en 1990 et en 1991). Les résultats, les contraintes et les recommandations ont contribué à l'élaboration du nouveau programme.

25. Les difficultés à mobiliser les fonds supplémentaires ont été aggravées par les répercussions du conflit entre la Mauritanie et le Sénégal et la situation entre l'Irak and le Koweït. Les conflits ont perturbé l'exécution du programme de coopération 1989-1993. Le gouvernement et l'UNICEF se sont vus témoins d'une baisse constante des interventions planifiées au départ. La coordination entre le gouvernement et les bailleurs de fonds et celle de ces différentes agences entre elles s'intensifie depuis quelques mois. Cette coordination devrait aboutir à une plus grande concertation, une meilleure complémentarité des ressources et une meilleure rentabilisation de celles-ci dans l'avenir.

COOPERATION RECOMMANDEE AU PROGRAMME, 1994-1998

Masse commune des ressources : 5 000 000 dollars  
 Fonds supplémentaires : 7 253 000 dollars

Coopération recommandée au programme<sup>a</sup>

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

	Masse commune des ressources	Fonds supplémentaires <sup>b</sup>	Total
Santé/nutrition	1 875	1 829	3 704
Education de base	300	1 576	1 876
Plaidoyer/mobilisation sociale	300	580	880
Planification, statistique/ évaluation et suivi	200	150	350
Appui au programme	500	200	700
Programme de zone	1 825	2 918	4 743
<b>Total</b>	<b>5 000</b>	<b>7 253</b>	<b>12 253</b>

<sup>a</sup> La ventilation des dépenses annuelles estimées figure au tableau 3.

<sup>b</sup> A ce chiffre viennent s'ajouter des projets à financer à l'aide de fonds supplémentaires déjà disponibles, comme indiqué au tableau 3.

Buts et objectifs du programme

26. Le programme de coopération est conforme aux orientations du gouvernement et de l'UNICEF en matière de développement notamment dans les domaines spécifiques visant l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes. La réalisation de ce programme de coopération contribuera d'ici 1998

/...

à : a) réduire le taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle en augmentant l'accès à des soins préventifs, curatifs et promotionnels de qualité et en développant les autres activités intersectorielles ayant un impact sur la survie des enfants et des mères; b) réduire la prévalence de la malnutrition chez les enfants âgés de moins de 5 ans, en améliorant les capacités de dépistage et de prise en charge des cas et en favorisant la mise en place d'activités communautaires productives et génératrices de revenus; c) améliorer la qualité et l'efficacité de l'éducation de base en accordant un intérêt particulier à l'enseignement traditionnel et aux mécanismes d'intégration et de continuité entre celui-ci et le secteur moderne; d) renforcer la participation communautaire, surtout celle des femmes, dans le processus de planification, d'exécution et de financement de toutes les activités du programme; e) accélérer l'alphabétisation des communautés, notamment des groupements de femmes pour favoriser la réussite des activités et améliorer les capacités de gestion communautaire; f) établir un système viable de collecte, d'analyse et de publication des informations en vue de suivre l'évolution de la situation des enfants et des femmes en Mauritanie et de renforcer les capacités de planification et de définition des stratégies.

#### Santé/nutrition

27. Au cours de la phase préparatoire du programme santé/nutrition, une attention particulière a été accordée : a) à l'analyse des expériences précédentes (verticalisation excessive des projets, insuffisance de concertation extra et intersectorielle dans la planification et l'exécution, manque d'implication communautaire); b) à l'évaluation de la faisabilité du programme à partir des résultats du PEV et des zones d'expérimentation nationales, de l'Initiative de Bamako (amélioration de l'accessibilité aux services de santé, amélioration du fonctionnement des structures sanitaires, contribution efficace à la lutte contre les principales causes directes de mortalité infantile, fiabilité de la gestion communautaire et mise en place de mécanismes de prise en charge des pauvres et des indigents); c) à l'identification des contraintes socio-économiques globales et des contraintes spécifiques au secteur de la santé mais aussi des mécanismes à mettre en oeuvre pour lever ces contraintes ou en atténuer les effets sur le développement du programme; d) à l'exploitation des opportunités permettant d'augmenter de manière significative les chances de réussite du programme (rationalisation de la politique de santé, adoption de cette politique par l'ensemble des bailleurs de fonds, participation effective des communautés dans les zones expérimentales).

28. Ces données ont permis d'élaborer un programme santé/nutrition à vocation nationale qui contribuera à renforcer l'engagement du gouvernement et de l'UNICEF dans la généralisation de la politique nationale de SSP inspirée du concept de l'Initiative de Bamako et qui bénéficiera directement ou indirectement à l'ensemble de la population mauritanienne, soit près de 2 100 000 personnes en 1992.

29. L'objectif général du programme est de contribuer à réduire de 30 % le TMI d'ici à l'an 1998 en diminuant de façon significative la mortalité spécifique due aux infections respiratoires aiguës (IRA), aux maladies diarrhéiques, au paludisme et à la rougeole et en contrôlant de façon efficace l'évolution de l'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) en Mauritanie.

30. Au travers d'une approche décentralisée et intersectorielle et favorisant la participation décisionnelle et financière des communautés, le programme santé/nutrition cherchera à : a) favoriser et accélérer la mise en oeuvre des stratégies issues du concept de l'Initiative de Bamako au niveau de 100 structures sanitaires en accordant la priorité aux 70 centres/postes fixes de vaccination existants; b) maintenir les acquis du PEV, augmenter son efficacité et assurer sa pérennité dans le cadre de l'Initiative de Bamako; c) relancer les activités de surveillance, de prise en charge et de réponse à l'urgence nutritionnelle au niveau des structures sanitaires impliquées dans la mise en place de l'Initiative de Bamako. L'assistance de l'UNICEF aux deux projets qui seront développés se fera entre autres sous la forme de soutien aux activités de formation, de supervision, d'approvisionnement en matériel et équipement et de soutien à la logistique.

31. Le premier projet, SSP, selon le concept de l'Initiative de Bamako, favorisera : a) la généralisation de la politique nationale de SSP/Initiative de Bamako et la promotion du paquet minimum d'activités; b) l'amélioration de la qualité des prestations; c) la mise en oeuvre de la stratégie nationale dans 100 structures sanitaires dont les 53 centres de santé départementaux existants; et d) le renforcement des capacités de planification et de gestion, de formation, d'information et de mobilisation sociale, d'évaluation et de recherche opérationnelle.

32. Le projet PEV à vocation logistique permettra : a) le maintien et l'amélioration de la qualité des activités vaccinales dans les 70 sites fixes existants; b) l'extension de la stratégie fixe à 30 postes de santé supplémentaires et la mise en place d'une stratégie semi-fixe dans 100 postes de santé ne disposant pas de chaîne du froid; c) l'approvisionnement régulier en vaccins et matériel, l'entretien de la chaîne du froid centrale et périphérique et le maintien de la logistique centrale; d) l'accroissement de la rentabilité, de l'efficacité et de la pérennité du PEV par une intégration complète dans l'Initiative de Bamako.

33. La coopération étroite engagée depuis 1992 avec la Banque mondiale, la BAFD, le FNUAP, la coopération allemande et la coopération française dans le cadre du projet santé/population sera poursuivie et intensifiée pour permettre d'atteindre les objectifs stratégiques et opérationnels communs.

#### Education de base

34. Le programme d'éducation de base se concentrera principalement sur le renforcement des capacités de planification sectorielle et la recherche d'approches innovatrices afin d'accélérer la réalisation des objectifs en matière d'éducation fondamentale. Ce programme comprendra : a) un projet d'appui à l'éducation de base qui contribuera à accroître l'accessibilité aux services éducatifs, à renforcer les capacités de planification et à améliorer la qualité de l'enseignement dispensé en Mauritanie; b) un projet expérimental d'appui à l'enseignement originel traditionnel, très développé en Mauritanie. Cet enseignement accueille près de 20 % de l'effectif des élèves ayant l'âge du primaire. Ce projet cherchera à améliorer les conditions d'apprentissage et les performances du système d'enseignement traditionnel en conservant son identité et sa spécificité. Le renforcement des liens et des échanges entre les systèmes moderne et traditionnel sera favorisé. Il bénéficiera de l'appui et

éventuellement des ressources qui seront mobilisés dans le cadre des initiatives sahéliennes. Ces initiatives favoriseront les échanges avec les autres pays de la zone sahélienne confrontés aux mêmes contraintes.

#### Programme de zone

35. Le programme de zone multisectoriel destiné à maîtriser l'exode rural et ses conséquences, a pour but la mise à la disposition des populations en zones rurales et péri-urbaines les plus démunies des services de base de qualité et des outils de production. Les objectifs de ce programme sont d'améliorer de façon significative les conditions socio-économiques de ces groupes vulnérables et de contribuer à freiner l'exode rural.

36. Tenant compte des principales orientations de l'enquête sur le profil de pauvreté en Mauritanie, des potentialités de coopération avec d'autres intervenants, de la volonté gouvernementale et des actions déjà soutenues par l'UNICEF, la zone péri-urbaine défavorisée de Nouakchott ainsi que les wilayas du Brakna, de l'Assaba, du Gorgol et du Guidimakha ont été retenues pour la mise en place de programmes multisectoriels décentralisés dans lesquels le rôle de la communauté et particulièrement des femmes dans le processus d'identification des besoins, de planification, de co-financement et d'exécution des activités sera prépondérant.

37. Les interventions qui seront menées concernent les SSP selon le concept Initiative de Bamako, la protection des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles, la nutrition, la sécurité alimentaire et la promotion des activités génératrices de revenus, l'hydraulique villageoise et l'assainissement, la lutte contre la désertification, l'enseignement fondamental et l'alphabétisation fonctionnelle et la participation au processus d'éradication de la dracunculose.

38. Le programme intégré de zone est composé des trois projets qui renforcent les activités déjà engagées au niveau national dans le cadre du programme santé-nutrition et pour lesquels l'assistance fournie par l'UNICEF dans le cadre du programme national (soutien à la formation, équipement, logistique, mobilisation sociale) sera complétée pour satisfaire les spécificités des activités prévues dans les zones :

a) Développement rural dans la wilaya du Brakna à assise communautaire qui vise la promotion des services de base, la mise en place d'outils de production et la protection des infrastructures vitales grâce à la mobilisation, l'organisation et la participation décisionnelle et financière des communautés;

b) Services de base intégrés en milieu urbain qui couvre les zones périphériques de Nouakchott abritant les populations les plus défavorisées, notamment les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles et leurs familles;

c) Les régions de l'Assaba, du Gorgol et du Guidimakha qui focalisera son intervention sur la lutte contre la dracunculose et sur l'augmentation de la couverture sanitaire, tout en initiant par la mobilisation sociale des communautés, une dynamique de planification et de gestion communautaire.

39. Dans la région du Brakna (215 000 habitants) et dans le district de Nouakchott (442 000 habitants) où seront développés des programmes multisectoriels touchant la plupart des secteurs socio-économiques, le programme contribuera à réduire la mortalité infantile de 50 % et la mortalité maternelle de 30 % d'ici à 1998. Dans les régions de l'Assaba, du Gorgol et du Guidimakha (525 000 habitants) où sera développé un projet spécifique de lutte contre la dracunculose permettant simultanément une augmentation de la couverture sanitaire, le programme contribuera à éradiquer la dracunculose autochtone d'ici à 1996 et à réduire la mortalité infantile de 40 %.

40. Pour chaque projet les activités qui seront programmées concerneront la santé (Initiative de Bamako) dans le Brakna, les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles à Nouakchott et la lutte contre la dracunculose dans les trois autres régions. Toutes les collectivités bénéficiant de l'intervention du programme disposeront d'un comité de développement local représentatif de la communauté au sein duquel les femmes et groupements de femmes seront représentés. Des comités régionaux de pilotage des projets où seront représentées les collectivités assureront la coordination des activités.

#### Plaidoyer et mobilisation sociale

41. L'objectif recherché dans ce programme est d'accroître la sensibilisation, l'information et la mobilisation des populations pour favoriser et accélérer l'application du programme national d'action, conformément aux orientations du Sommet mondial pour les enfants. Grâce à une exploitation efficace des réseaux traditionnels et modernes de communication, on cherchera à orienter les ressources humaines et financières nationales et internationales vers les secteurs essentiels pour améliorer la survie, la protection et le développement des enfants et des mères. Les techniques d'information, d'éducation et de communication seront utilisées pour a) faciliter l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant; b) influencer sur les comportements dans les secteurs ayant un impact important sur l'évolution des taux de mortalité, notamment le contrôle du SIDA, les maladies cibles du PEV, les maladies diarrhéiques, le paludisme et les IRA; et c) mobiliser la participation communautaire dans le processus d'identification, de planification, de cofinancement et d'exécution des activités.

#### Planification, suivi et évaluation

42. Ce programme sera composé de deux projets : le premier cherchera à renforcer les capacités nationales et locales d'analyse de la situation des enfants et des femmes en Mauritanie afin de mieux orienter les programmes et assurer le suivi dynamique et permanent des objectifs que s'est fixé le programme national d'action; le deuxième, orienté vers la sélection, la compilation et le suivi des indicateurs permettra de mesurer l'impact du programme sur l'évolution des conditions des enfants et des femmes. Le suivi du programme de coopération 1994-1998 sera assuré à trois niveaux : au niveau national, le suivi de l'exécution du programme pays sera assuré par le Ministère du plan qui assurera aussi la coordination entre l'ensemble des ministères concernés et l'UNICEF. La Direction des ressources humaines dont les capacités de traitement des informations seront renforcées, assurera le suivi des indicateurs globaux et la mise à jour permanente de la situation des enfants et

des femmes. Au niveau central, sous la coordination du Ministère du plan, les ministères techniques concernés du Gouvernement mauritanien assureront l'orientation, la planification, le suivi et l'évaluation des programmes et des projets sectoriels en collaboration étroite avec les cadres techniques de l'UNICEF. Au niveau régional, conformément à la politique de décentralisation en cours, les services techniques régionaux et les collectivités locales impliqués assureront la microplanification, le cofinancement, l'exécution et la gestion des projets en collaboration étroite avec les communautés bénéficiaires qui seront représentées au niveau des comités régionaux de pilotage de projets. Dans la région du Brakna qui bénéficiera d'une intervention multisectorielle importante, une permanence de l'équipe technique de l'UNICEF sera mise en place pour assurer le suivi des activités et le maintien du matériel du projet.

#### Appui au programme

43. Un appui au programme est prévu pour financer le personnel technique nécessaire pour assurer, en concertation avec les ministères et les directions concernées, la planification, le suivi et l'évaluation des projets et des financements; les coûts logistiques inhérents au suivi de l'exécution des programmes; et les activités de plaidoyer.

#### Coordination avec autres partenaires

44. Le programme a bénéficié, lors de son élaboration, d'une concertation continue avec les agences multilatérales et bilatérales et les ONG. Cette collaboration sera poursuivie et renforcée dans l'optique d'une meilleure coordination des activités tenant compte des spécificités et des compétences des partenaires intéressés.

45. La coopération étroite engagée avec la Banque mondiale, la BAFD, le FNUAP, la coopération allemande et la coopération française dans le cadre de l'exécution du projet santé-population sera renforcée notamment dans les domaines de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako et de l'augmentation de la couverture sanitaire des régions du Brakna et de Nouakchott.

46. Un rapprochement des principaux intervenants du secteur éducatif, notamment la Banque mondiale et la BAFD (projet de restructuration du secteur de l'éducation) permettra de mieux définir l'assistance de l'UNICEF dans ce programme et d'analyser la faisabilité des stratégies alternatives proposées.

47. Dans le domaine de l'hydraulique, l'UNICEF collaborera dans les zones retenues pour le programme de coopération avec les programmes financés par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds d'équipement des Nations Unies (FENU), la Communauté européenne et la Coopération italienne. Ces agences assureront la réalisation des ouvrages tandis que l'UNICEF concentrera son effort sur les activités d'accompagnement y compris l'entretien, l'assainissement et la protection des infrastructures, la gestion communautaire et la mise en place d'activités autour des points d'eau. Cette même complémentarité sera recherchée dans les régions où l'UNICEF est engagée dans la lutte contre la dracunculose.

48. La coopération avec le Programme d'alimentation mondiale (PAM) dans le cadre des activités de nutrition/sécurité alimentaire communautaire sera poursuivie dans le cadre du programme de zone avec un plus grand accent sur les activités de production et de nutrition.

49. Le renforcement des capacités d'intervention et de production de la radio rurale se fera en étroite collaboration avec la coopération allemande dans le cadre du programme mobilisation sociale et plaidoyer.

50. Un programme conjoint inter-agences sera mis en place dans la région de l'Assaba avec la participation du PNUD, de l'UNICEF, du FENU, du FNUAP, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, du PAM et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce programme conjoint se traduira dans un premier temps par une concentration de l'intervention des agences dans l'Assaba et la recherche de mécanismes de programmation concertée et sera suivi par l'élaboration en 1995 d'un programme conjoint qui sera soumis pour approbation au Conseil d'administration.

#### Initiatives maghrébines

51. A l'image des journées maghrébines de vaccination devenues désormais une activité régulière, d'autres actions feront l'objet d'efforts conjoints de la part des cinq pays de l'UMA qui regroupent l'Algérie, la Libye, la Mauritanie, le Maroc et la Tunisie. Les autres thèmes retenus pouvant apporter un soutien important aux efforts déployés par le gouvernement et l'UNICEF pour protéger les enfants et les femmes sont les conditions de vie de la jeune fille, l'éducation préscolaire, la promotion de la maternité sans risque et les enfants privés de famille.

#### Initiatives sahéliennes

52. Deux initiatives sahéliennes bénéficieront d'un soutien du programme de coopération. La première concerne la définition avec l'aide du bureau régional, d'une approche commune aux pays du Sahel face à la double problématique de l'assistance aux enfants vivants dans des conditions particulièrement difficiles et de la promotion de l'éducation pour tous. L'autre concerne la mise en place d'un réseau d'échange, le partage des informations et des expériences pour accélérer la définition d'approches pertinentes et pérennisables.

53. Dans le cadre de la collaboration engagée avec le Bureau des Nations Unies pour la région soudano-sahélienne depuis 1991, le gouvernement et l'UNICEF collaboreront à l'étude des problèmes rencontrés par les populations nomades de l'arrondissement de Male à l'est de la région du Brakna. Cette analyse qui sera menée en collaboration avec le projet sous-régional NOPA (Project for Nomadic Pastoralists in Africa) aboutira à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action pour l'aménagement de cette zone pastorale traditionnelle.

#### Gestion du programme

54. Le programme de collaboration 1994-1998 est structuré sur deux niveaux de l'administration du Gouvernement mauritanien : au niveau national responsable pour la formulation des politiques de développement, l'exécution des programmes et le suivi et l'évaluation; au niveau régional responsable pour la gestion et

l'exécution directe des programmes, y compris les programmes de zone au niveau communautaire. La gestion de l'assistance de L'UNICEF sera décentralisée au niveau approprié. Une équipe technique de l'UNICEF collaborera étroitement avec les structures gouvernementales pour assurer le développement harmonieux du programme et contribuer à l'atteinte des objectifs définis. Le renforcement des capacités nationales sera une priorité.

55. L'intégration et la coordination effective des activités nécessitent des compétences techniques afin de conseiller efficacement le gouvernement pour le développement et la mise en oeuvre des politiques nationales. Cette contribution permettra d'atteindre l'objectif prioritaire de l'UNICEF de renforcement des capacités nationales. A cette fin, une restructuration du bureau de Nouakchott est proposé. Deux postes de professionnels nationaux pour les logistiques et le développement communautaire, seront réalloués à l'éducation de base. Pour gérer et suivre régulièrement les activités intégrées du programme de zone, une permanence sera mise en place et assurée dans la région du Brakna avec les nationaux par une équipe pluridisciplinaire du bureau. Cette équipe qui fera partie intégrante du comité de pilotage du projet assurera aussi le suivi complémentaire dans les régions de l'Assaba, du Gorgol et du Guidimakha.



Tableau 1

Statistiques de base sur les enfants et les femmes

Mauritanie (1991 et années antérieures)

Classification du pays par l'UNICEF

Taux de mortalité avant 5 ans : 209 (1991)  
 Taux de mortalité infantile : 120 (1991)  
 PNB par habitant : 510 dollars (1991)  
 Population totale : 2,1 millions (1991)

TMM5 : très élevé  
 TMI : très élevé  
 PNB : faible

INDICATEURS CLEFS (SURVIE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT)	1970	1980	1990	1991
Naissances (milliers)	58	73	94	97
Mortalité infantile (avant 1 an) (milliers)	10	10	11	12
Mortalité juvénile (avant 5 ans) (milliers)	18	18	20	20
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	292	249	213	209
Taux de mortalité infantile (avant 1 an) (pour 1 000 naissances vivantes)	167	143	122	120
	Vers 1980		Très récemment	
Malnutrition des enfants de moins de 5 ans (rapport poids/âge, 1991)	Modérée et grave		48	
	Grave		23	
Nourrissons de poids insuffisant à la naissance (pourcentage, 1984)	..		11	
Enfants terminant leurs études primaires (pourcentage des inscriptions en 1re année, 1980/1988)	80		68	
INDICATEURS DE NUTRITION	Vers 1980		Très récemment	
Mères allaitantes (pourcentage à 3/6/12 mois, 1981)	.. /.. / ..		91 / 86 / 67	
Prévalence des dénutritions (pourcentage, 1991)	..		18	
Prévalence des rachitismes (pourcentage, 1991)	..		65	
Apport calorique quotidien par habitant (pourcentage des besoins, 1988-1990)	..		106	
Indice de la production alimentaire par habitant (1979-1981 = 100, 1980/1991)	99		75	
Dépenses des ménages tous aliments/céréales (pourcentage du revenu total)	..		.. /..	
INDICATEURS DE SANTE	Vers 1980		Très récemment	
Taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie buccale (pourcentage, 1989)	..		54	
Accès aux services de santé (pourcentage de la population, 1980/1985)	Total	30	40	
	Milieu urbain/ milieu rural	.. / ..	.. / ..	
Accès à une eau salubre (pourcentage de la population, 1980-1988)	Total	16*	66	
	Milieu urbain/ milieu rural	.. / ..	67 / 65	
Accès à un assainissement adéquat (pourcentage de la population, 1980/1990)	Total	..	39	
	Milieu urbain/ milieu rural	5 / ..	69 / 13	
Accouchements assistés par un personnel qualifié (pourcentage, 1980/1988)	15*		20	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	..		..	
Immunisation	1981	1985	1990	1991
Enfants de 1 an (pourcentage) vaccinés contre : tuberculose	57	74	75	60
	diphtérie/tétanos/	18	..	28
	coqueluche	18	..	26
	poliomyélite	45	..	29
	rougeole	1	..	40
Femmes enceintes (pourcentage) vaccinées contre le tétanos	..			

## Mauritanie

INDICATEURS D'EDUCATION		Vers 1980		Très récemment		
Taux d'inscription, enseignement primaire (brut/net) (pourcentage 1980-1988)	Total	37 / ..		51 / ..		
	Garçons	47 / ..		60 / ..		
	Filles	26 / ..		42 / ..		
Taux d'inscription, enseignement secondaire (brut/net) (pourcentage 1980-1988)	Total	11 / ..		16 / ..		
	Garçons	18 / ..		22 / ..		
	Filles	4 / ..		10 / ..		
Taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans et plus (pourcentage, 1990)	Total	..		34		
Récepteurs de radio et de télévision (pour 1 000 habitants, 1980-1990)	Hommes/femmes	.. / ..		47 / 21		
		97 / ..		144 / 23		
INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES		1970	1980	1990	1991	2000**
Population totale (milliers)		1 221	1 551	2 024	2 083	2 680
Population de 0 à 15 ans (milliers)		554	718	947	978	1 259
Population de 0 à 4 ans (milliers)		214	277	368	380	470
Population urbaine (pourcentage du total)		14	29	47	48	60
Espérance de vie à la naissance (années)	Total	39	43	47	47	51
	Hommes	38	41	45	46	49
	Femmes	41	45	49	49	53
Taux de fécondité total		6,5	6,5	6,5	6,5	5,8
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)		47	47	46	46	42
Taux brut de mortalité (pour 1 000 habitants)		25	21	18	18	15
		Vers 1980		Très récemment		
Taux de prévalence contraceptive (pourcentage, 1977-1990)		1		4		
Taux annuel de croissance démographique (pourcentage, 1965-1980/1980-1991)	Total	2,3		2,7		
	Zones urbaines	12,4		7,3		
INDICATEURS ECONOMIQUES		Vers 1980		Très récemment		
Taux de croissance annuelle du PNB par habitant (pourcentage, 1965-1980/1981-1991)		-0,1		-1,8		
Taux d'inflation (pourcentage, 1965-1980/1980-1990)		8		9		
Population en état de pauvreté absolue (pourcentage)	Milieu urbain/ milieu rural	.. / ..		.. / ..		
Part du revenu total allant à la couche supérieure (20 %) et à la couche inférieure (40 %) de la population (pourcentage)		.. / ..		.. / ..		
Dépenses publiques (pourcentage des dépenses totales, 1980/1987)	Santé/éducation Défense	2* / 19*		4* / 23*		
		..		..		
Dépenses des ménages consacrées à la santé/éducation (pourcentage du revenu total)		.. / ..		.. / ..		
Aide publique au développement (1980-1991)	En millions de dollars E.-U.	176		208		
	En pourcentage du PNB	29		20		
Service de la dette (en pourcentage des exportations de biens et services, 1980/1990)		11		8		

\* Estimation du bureau local de l'UNICEF.

\*\* Projections de la Division de la population de l'ONU fondées sur l'évolution de ces indicateurs au cours des ans et sur la situation actuelle.

Tableau 2

Dépenses de la période de coopération précédente (1989-1993) <sup>a</sup>

Pays : Mauritanie

Date d'approbation du dernier engagement par le Conseil : 1988

Masse commune des ressources : 4 211 000 dollars

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Domaine d'activité	Fournitures et matériel (montant effectif)		Subventions à la formation (montant effectif)		Personnel des projets (montant effectif)		Autres montants en espèces (montant effectif)		Total					
	MC		FSD		MC		FSD		MC		FS		Total (MC et FS)	
	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu
Santé	1 027	590	134	100	766	138	751	311	2 678	1 973	1 139	2 046	3 817	4 019
Sécurité alimentaire des ménages et nutrition	30	141	1		6	6	2	8	33		155	1 098	188	1 098
Approvisionnement en eau et assainissement	68	96	19		49	49	159	49	246	530	194	2 277	194	2 277
Education	482	224	73	15	320	113	401	343	1 276	372	695	3 887	1 971	4 259
Organisation et développement communautaires	49		12		423		6		67	347			67	347
Programme axé sur les femmes	94						215		732	989			732	989
Appui au programme et développement	97		47		9		224		377	395			377	395
Secours d'urgence														
Total général	1 847	1 051	286	115	1 518	306	1 758	711	5 408 <sup>b</sup>	4 606 <sup>c</sup>	2 183	9 308 <sup>d</sup>	7 592	13 914

MC = masse commune des ressources

FSD = Fonds supplémentaires disponibles

FS = Fonds supplémentaires (disponibles et non disponibles)

<sup>a</sup> Le montant effectif des dépenses correspond aux dépenses comptabilisées à partir du 17 décembre 1992.<sup>b</sup> Ce montant comprend un prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources destiné à des programmes qui auraient dû être financés à l'aide de fonds supplémentaires.<sup>c</sup> Dont un prélèvement de 395 000 dollars sur le Fonds de réserve pour les secours d'urgence.<sup>d</sup> Dont 3 678 000 dollars au titre d'activités pour lesquelles les fonds nécessaires n'ont pas été réunis.

Tableau 3

Dépenses prévues pour la période 1994-1998

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Pays : Mauritanie Période : 1994-1998	Source de financement	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Santé	MC	375	375	375	375	375	1 875
	NFS	454	392	353	326	304	1 829
Education de base	MC	60	60	60	60	60	300
	NFS	264	346	341	311	314	1 576
Mobilisation sociale et plaidoyer	MC	60	60	60	60	60	300
	NFS	116	116	116	116	116	580
Planification et statistiques sociales	MC	50	45	42	35	28	200
	NFS	30	24	30	25	41	150
Appui aux programmes	MC	100	100	100	100	100	500
	NFS	40	40	40	40	40	200
Programme de zone intégré	MC	355	360	363	370	377	1 825
	NFS	685	522	693	561	457	2 918
Total	MC	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	5 000
	NFS	1 589	1 440	1 573	1 379	1 272	7 253
Total général		2 589	2 440	2 573	2 379	2 272	12 253

MC = masse commune des ressources  
NFS = Nouveaux fonds supplémentaires

