

COMMENT BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE ?

La démographie au centre des trajectoires
de développement dans les pays de l'UEMOA
ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie
et au Nigeria

CONTRIBUTION A L'ANALYSE
DE LA SITUATION EN **MAURITANIE**



Etude coordonnée
par Initiatives Conseil
International, Burkina Faso

Auteur :
Jean-Pierre Guengant,
Directeur de recherche émérite IRD,
coordinateur scientifique

Avec la collaboration de :
Yarri Kamara, économiste
et de Nicolas de Metz, logisticien

Consultant pays :
Ahmed ould Isselmou,
démographe



Etude financée par

Avertissement

Cette analyse pays Mauritanie constitue une des douze analyses produites dans le contexte du projet «Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigéria».

Cette analyse est publiée par l'Agence Française de Développement dans un premier temps en **version non définitive** à l'occasion de la conférence « population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » (Ouagadougou, 8-11 février 2011).

Une publication reliée à paraître en 2011 compilera l'ensemble des analyses pays définitives développées à cette occasion.

Cette publication préliminaire a été réalisée avec le soutien de Vincent Joguet, Division de la communication, AFD.

Pour de plus amples informations, contacter Sarah Lahmani, Division animation et prospective, Direction de la stratégie, AFD, lahmanis@afd.fr

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.

Contexte et méthodologie de cette analyse

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon la révision 2008 des projections de population de la Division de la Population des Nations unies (publiée en mars 2009), la population de l'Afrique subsaharienne, estimée en 2010 à 860 millions d'habitants, pourrait se situer en 2050 entre 1,5 milliard et 2 milliards d'habitants selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010, à 2 ou 3 enfants par femme en moyenne en 2050. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception de 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été de 0,3 point par an en Afrique de l'Ouest et de 0,2 point en Afrique centrale.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer en analysant correctement les données disponibles sont énormes. Il s'agit de la capacité des pays à satisfaire les besoins essentiels de leurs populations en santé et en éducation. Il s'agit aussi de la possibilité ou non pour les systèmes agraires africains de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle qui touche de nombreux pays, en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit également de la capacité des Etats et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces en vue d'un développement durable (préserver l'environnement, prévenir les conflits, assurer la sécurité des biens et des personnes, équiper et gérer un nombre croissant d'agglomérations et accompagner l'émergence d'économies urbaines dynamiques...).

De façon à éclairer précisément la situation dans chacun des pays de l'UEMOA, une série d'analyses pays a été réalisée dans le contexte de la préparation de la **conférence "Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir" (Ouagadougou, 8-11 février 2011)** organisée conjointement par le Ministère des affaires étrangères et européennes, l'USAID, l'AFD, la Fondation Gates et la Fondation Hewlett, avec l'appui d'Equilibres et Populations. Ces analyses doivent être considérées comme des contributions aux réflexions en cours dans chaque pays sur la formulation d'un diagnostic et l'élaboration des politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté. Ces contributions à l'analyse de la situation dans divers pays seront complétées par une synthèse régionale et les divers documents produits seront accessibles depuis le site internet de l'AFD.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de ces contributions. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif était de retracer à l'aide de divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance de la plupart des pays de la sous-région. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés dans chaque pays, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais ces contributions permettent aussi de mieux appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir. Par ailleurs, des projections de populations avec diverses hypothèses couvrant la période 2010-2050 ont été réalisées. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 40 ans d'échéance, c'est-à-dire "après-demain" et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire "demain", mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours complète ce tableau avec le souci d'améliorer leurs impacts.

Les données utilisées pour réaliser ces contributions sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment par les Instituts de Statistiques ou leurs équivalents et les données disponibles dans les bases de données internationales. Mais chaque fois que possible, les données nationales, en particulier celles accessibles sur les sites web des Instituts de Statistiques, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans chaque contribution ; les plus utilisées ayant été celles de la Division de la Population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les Enquêtes Démographiques et de Santé). Pour ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté et autres politiques sectorielles (éducation, sécurité alimentaire,

approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement, aménagement du territoire), les documents utilisés sont les documents originaux émanant des Ministères ou autres services officiels nationaux. En fonction de leur accessibilité, ces documents ont été collectés par les consultants nationaux directement auprès de ces services ou *via* leurs sites internet. De même, les documents utilisés concernant les partenaires internationaux et privés ayant des activités en matière de population et en santé de la reproduction sont ceux fournis par les consultants nationaux ou bien ont été collectés *via* leurs sites internet lorsque disponibles. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

Afin de pas trop alourdir ces contributions, on a essayé de se limiter aux documents les plus récents, mais tous les documents récents disponibles sur la population, la santé, la santé de la reproduction etc. n'ont pas nécessairement été cités. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport avec la population, tels que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi complexe que celui des relations entre croissance démographique et développement. Enfin, dans la plupart des cas, les données et documents utilisés sont ceux qui étaient disponibles au 3^{ème} trimestre 2010. Dans certains pays et dans quelques-uns des domaines couverts, la publication de données nouvelles et/ou l'adoption de stratégies, politiques, plans, programmes après la finalisation de la contribution sont évidemment susceptibles de d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties rédigées, à partir de données et documents, qui fin 2010, n'étaient pas les plus récents. Le lecteur nous en excusera également, mais il s'agit là d'une contrainte habituelle de ce type de travail.

Sommaire

1	INTRODUCTION	5
2	La croissance démographique de la Mauritanie se ralentit.....	7
2.1	Une multiplication par quatre de la population depuis l'indépendance.....	7
2.2	Cinq millions de Mauritaniens en 2030, entre 6 et 7,5 millions en 2050 ?.....	11
3	Le Mauritanie face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain.....	18
3.1	Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?	18
3.2	Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?	22
3.3	Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?	24
3.4	Comment la Mauritanie peut-elle bénéficier du dividende démographique ?.....	28
4	Les politiques publiques de la Mauritanie face aux défis démographiques	31
4.1	Les politiques de population.....	31
4.2	Les politiques de santé et en santé de la reproduction.....	32
4.3	Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté	34
4.4	Les politiques sectorielles	35
4.5	Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes	36
5	Comment gérer la variable population au Mauritanie ?	38
5.1	Les partenaires en population et santé de la reproduction.....	38
5.2	Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?	40
5.3	Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?.....	46
6	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	52

1 INTRODUCTION

La conjonction entre 2005 et 2009 d'une croissance économique moyenne supérieure à 4% par an et d'une réduction de la croissance démographique a permis à la Mauritanie d'enregistrer une augmentation moyenne du PIB par tête de près de 2% par an. Ce résultat est d'autant plus appréciable qu'entre le début des années 1970 et le milieu des années 1990, la croissance économique moyenne de la Mauritanie avait été inférieure à la croissance démographique, ce qui avait entraîné une détérioration du PIB par tête.

La croissance économique de la Mauritanie pourrait se poursuivre et s'amplifier. Le pays est devenu producteur de pétrole brut en 2006 et l'économie mauritanienne possède divers atouts. Par ailleurs, sa croissance démographique s'est sensiblement ralentie. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant qu'il sera facile de répondre aux demandes croissantes de la population en termes d'éducation et de santé et surtout d'emploi, notamment pour les jeunes.

Malgré le ralentissement récent de la croissance démographique, celle-ci reste supérieure à 2% par an. Cette croissance va se poursuivre. En raison de l'extrême jeunesse de la population (un Mauritanien sur deux a moins de 20 ans), d'une mortalité en baisse et d'une fécondité supérieure à 4 enfants par femme, la population totale du pays va en effet continuer à augmenter d'environ 50% d'ici 2030. Parallèlement, la population urbaine et la population de Nouakchott devraient quasiment doubler d'ici 2030. La conséquence de ces évolutions est qu'une demande sociale très importante va continuer de s'exprimer dans divers domaines.

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), qui couvrait la période 2001-2004, mentionnait le facteur démographique comme un obstacle à une réduction rapide de la pauvreté¹. Il reposait sur quatre axes : (i) l'accélération de la croissance économique, (ii) son ancrage dans la sphère des pauvres, (iii) le développement des ressources humaines et l'expansion des services sociaux de base et (iv) la promotion d'un développement institutionnel et d'une bonne gouvernance. Le CSLP de deuxième génération qui a suivi et couvert la période 2006-2010 a repris ces axes. Mais il a retenu le scénario d'une croissance économique moyenne de 10,7%, en s'appuyant sur l'hypothèse d'une très forte croissance du secteur pétrolier².

L'amélioration du capital humain reste cependant une priorité pour que la Mauritanie puisse pleinement bénéficier de la rente pétrolière et asseoir une croissance durable. Cette amélioration requiert la poursuite d'efforts considérables d'ici 2030, notamment dans les domaines de l'éducation secondaire et universitaire si la Mauritanie veut atteindre rapidement une qualité de capital humain comparable à celle existant dans les pays émergents³. Il faut rappeler à ce sujet qu'une augmentation majeure des investissements sociaux et des investissements productifs, moteur d'une croissance endogène forte, est facilitée par une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif, ou "taux de dépendance". C'est ce qu'ont fait de nombreux pays émergents grâce à la réduction rapide de leur fécondité, ce qui leur a permis d'entrer dans ce qu'on appelle « la fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à une structure par âge plus favorable aux actifs, de bénéficier, sous certaines conditions, (réunies notamment en Asie), d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

La Mauritanie pourrait effectivement bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant elle, du dividende démographique pour rendre sa croissance économique moins dépendante de l'extérieur. La

¹ République Islamique de Mauritanie (2001) : *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté*, Nouakchott.

² République Islamique de Mauritanie (2006) : *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Plan d'actions 2006-2010*, Nouakchott.

³ On peut définir les pays émergents comme des pays autrefois considérés « en développement » voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie, la Turquie et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple, la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents mais comme des pays développés.

Mauritanie est en effet relativement bien avancée dans sa transition démographique et sa population a déjà des niveaux d'éducation primaire appréciables. Mais pour pouvoir bénéficier du dividende démographique, il importe que la Mauritanie continue d'une part à développer ses institutions et la bonne gouvernance et, d'autre part, à accélérer sa transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité, notamment la mortalité des enfants), au travers de programmes de santé et de planification familiale. L'accélération de la baisse de la fécondité permettrait en particulier à la Mauritanie de bénéficier des lourds investissements qu'elle a consentis dans le passé dans l'amélioration de son capital humain.

Mais, l'accélération de la baisse de la fécondité requiert l'engagement des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale et elle nécessite aussi des moyens financiers importants. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à dix ans d'échéance plus que compensés par « les moins à dépenser » en éducation, amélioration de la santé maternelle et vaccinations induits par le ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à la fois à court terme et à long terme qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

2 La croissance démographique de la Mauritanie se ralentit

2.1 Une multiplication par quatre de la population depuis l'indépendance

La population de la Mauritanie a été multipliée par quatre depuis l'indépendance. Elle est ainsi passée de 860 000 d'habitants en 1960 à environ 3,3 millions d'habitants en 2010. Elle continue d'augmenter de quelque 80 000 personnes par an, soit entre 2,2% et 2,5% par an⁴ (tableau 1 et figure 1.1). On notera que cette multiplication par quatre de la population en cinquante ans est assez exceptionnelle dans l'histoire des populations humaines (sauf en cas d'immigration massive).

Mais, alors que la population rurale a été multipliée par 2,5 depuis 1960, l'ensemble de la population urbaine a été multipliée par 24. Nouakchott, proclamée capitale du pays en 1957, mais dont la première pierre a été posée en 1958, comptait alors quelque 500 habitants. Sa population en 2010 devrait être d'environ 740 000 personnes, représentant 53% de l'ensemble de la population urbaine du pays⁵.

En dépit de cette urbanisation très rapide, la Mauritanie devrait rester, pour quelque temps encore, un pays majoritairement rural. En effet, selon les projections de la Division de la Population des Nations unies, la Mauritanie devrait devenir un pays majoritairement urbain vers 2025.

L'accroissement important de la population de la Mauritanie depuis 1960 est la conséquence d'une baisse de la mortalité, rapide jusqu'au début des années 1980, plus lente ensuite et du maintien jusqu'au début des années 2000 d'une fécondité supérieure à 5 enfants par femme. Avec en 2010, une espérance de vie à la naissance estimée à 57 ans (contre 44,5 ans en 1960) et une fécondité estimée à 4,30 enfants par femme en moyenne⁶ (figure 1.2), la première phase de la transition démographique - la baisse de la mortalité - est engagée et la seconde phase - la baisse de la fécondité - semble bien amorcée (figure 1.2).

Le ralentissement de l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance dans les années 1980, a certainement des causes multiples, mais il est d'abord la conséquence du ralentissement de la baisse de la mortalité chez les enfants révélé par les enquêtes. Néanmoins, ce ralentissement ne saurait être imputé à l'épidémie du VIH/Sida. En effet, la prévalence de la maladie parmi la population de 15 à 49 ans, qui était estimée en 2001 entre 0,5% et 0,7%, était estimée en 2009 entre 0,6% et 0,9%⁷. Elle aurait donc peut-être légèrement augmenté, tout en restant faible. La vigilance reste cependant de mise. Le nombre de personnes infectées en 2009 était estimé entre 11 000 et 17 000 personnes.

⁴ L'Office National de la Statistique de la Mauritanie -ONS (voir <http://www.ons.mr/>) donne dans son Annuaire Statistique pour l'année 2008 (page 15) une population de 3,162 millions de personnes et un taux d'accroissement de 2,4% par an. Mais la série 2004-2008 publiée correspond à un taux d'accroissement de 2,8% par an. Ce taux appliqué à la population de 2008 conduit à une population en 2010 de 3,250 millions de personnes, proche de l'estimation de la Division de la Population des Nations unies, qui donne cependant un taux d'accroissement démographique plus faible de 2,2%. Les projections de population nationales par composantes 2000-2030, dont nous avons eu seulement les résultats globaux, qui partent des résultats du recensement du 14 novembre 2000, donnent en 2010 une population de 3,220 millions et un taux d'accroissement annuel de 2,5%. La Mauritanie devait procéder à partir du 28 novembre 2010 à un nouveau recensement général de la population, qui va permettre d'actualiser les données et estimations démographiques nationales. Dans ces conditions, nous avons préféré reprendre la reconstitution depuis 1950 de la dynamique démographique de la population faite pour la Mauritanie (et pour tous les pays du monde) par la Division de la Population des Nations unies publiée en 2009. Cette reconstitution et les projections 2010-2050 présentées plus bas devront être révisées dès que les résultats du recensement de la population de novembre 2010 seront connus (en principe courant 2011, du moins pour les premiers résultats).

⁵ Selon la Division de la Population des Nations unies <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm> [World Urbanization Prospects: The 2009 Revision](#) (voir Mauritanie), qui estimait en 2009 la population de Nouakchott à 709 000 personnes et l'ensemble de la population urbaine à 1,356 millions de personnes, soit 41% de la population totale du pays.

⁶ Les dernières données disponibles sur la fécondité, qui donnent 4,6 enfants par femme en moyenne, portent sur les années 1999 à 2003, voir <http://www.measuredhs.com/pubs/> [Country, Mauritania: Special, 2003-04](#), Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme (EMIP), 2003-2004, page 18.

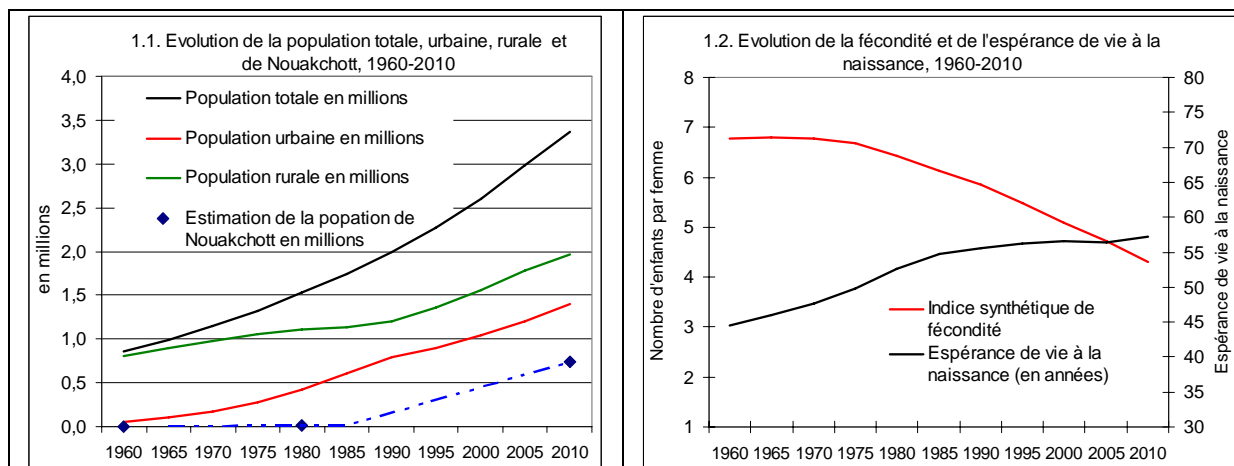
⁷ UNAIDS Report on The Global Aids Epidemic, 2010.

http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf , pages 180,181, 182

Indicateur	1960	1980	1990	2000	2010
Population totale en milliers	859	1 525	1 988	2 604	3 366
Taux de croissance annuel en %	2,9	2,8	2,6	2,8	2,2
Population urbaine en milliers	59	417	789	1 041	1 395
Pourcentage % de la population urbaine	6,9	27,4	39,7	40,0	41,4
Estimation de la population de Nouakchott en milliers		10	-	-	740
Population rurale en milliers	800	1 108	1 199	1 563	1 971
Pourcentage % de la population rurale	93,1	72,6	60,3	60,0	58,6
Indice synthétique de fécondité	6,8	6,4	5,9	5,1	4,3
Espérance de vie à la naissance (en années)	44,5	52,7	55,7	56,5	57,2
Taux brut de natalité pour 1000	50,1	43,3	39,9	36,6	32,7
Taux brut de mortalité pour 1000	20,5	13,8	11,5	10,7	10,3
Taux d'accroissement naturel pour 1000	29,6	29,4	28,4	25,9	22,4
Naissances par an en milliers	43	66	80	96	110
Décès par an en milliers	18	21	23	28	35
Naissances – décès par an en milliers	26	45	57	68	76
Accroissement annuel en milliers	25	43	51	72	75
Enfants de moins de 5 ans en milliers	156	271	340	413	487
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	219	417	545	686	834
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	164	299	399	534	676
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	206	347	455	618	838
Population de 15 à 64 ans en milliers	466	797	1 048	1 434	1 956
Population de 65 ans et plus en milliers	19	42	54	70	90
% d'enfants de moins de 5 ans	18,2	17,7	17,1	15,9	14,5
% d'enfants de moins de 15 ans	43,6	45,0	44,5	42,2	39,2
% de jeunes de moins de 20 ans	53,8	55,8	55,5	53,2	49,8
% de jeunes de moins de 25 ans	62,7	64,7	64,6	62,7	59,3
% de la population de 15 à 64 ans	54,2	52,2	52,7	55,1	58,1
% de la population de 65 ans et plus	2,2	2,7	2,7	2,7	2,7
Taux de dépendance (-15 et 65+ / 15 à 64 ans)	0,85	0,91	0,90	0,82	0,72
Ratio actifs sur inactifs (15 à 64 ans / -15 et 65+)	1,18	1,09	1,12	1,23	1,39
% d'enfants de moins de 20 ans	53,8	55,8	55,5	53,2	49,8
% de la population de 20 à 59 ans	42,3	39,7	40,0	42,4	45,8
% de la population de 60 ans et plus	3,9	4,6	4,5	4,4	4,4
Taux de dépendance (-20 et 60+ / 20 à 59 ans)	1,37	1,52	1,50	1,36	1,19
Ratio actifs sur inactifs (-20 et 60+ / 20 à 59 ans)	0,73	0,66	0,67	0,74	0,84

Source : voir note 4 : 1960-2010, Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html/>.

Figures 1.1. et 1.2. : Evolution des populations, de la fécondité, mortalité, 1960-2010.



Source : voir note 4 : 1960-2010, Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>

L'accroissement naturel de la population est resté de l'ordre de 3% par an jusqu'au milieu des années 1980, puis a commencé à décroître lentement pour se situer selon la Division de la Population des Nations unies à 2,2% en 2010 (figure 1.3).

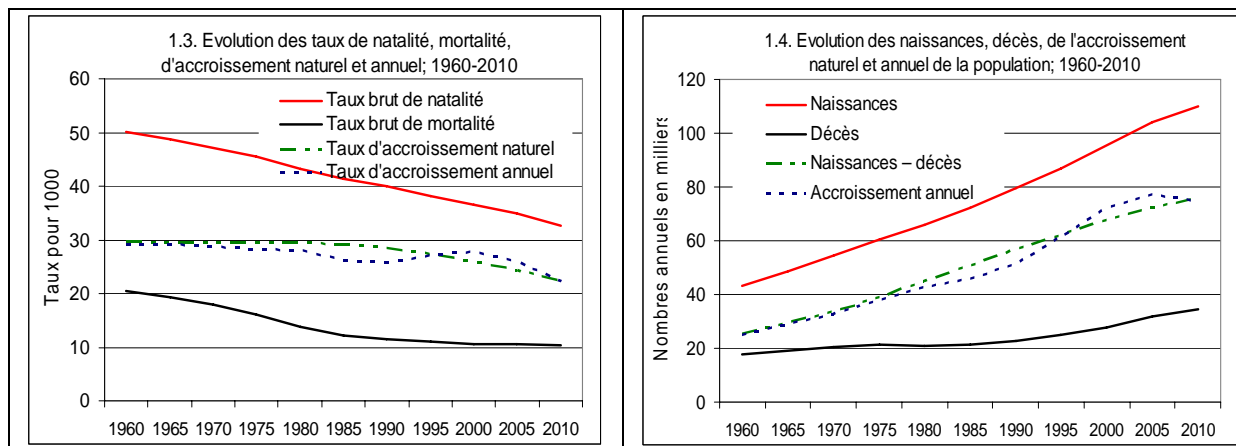
Selon la reconstitution de l'évolution de la population mauritanienne depuis 1950 faite par la Division de la Population des Nations unies, le solde migratoire a été négatif et croissant jusqu'à la fin des années 1980, puis a décliné pour devenir positif à partir du milieu des années 1990. Ensuite, après un maximum atteint en 2003, ce solde positif a décliné et on estime qu'il est redevenu négatif en 2010. Le total des départs nets entre 1960 et 1999 a ainsi été estimé à 74 000 et le total des arrivées nettes entre 2000 et 2009 à 42 000. Ces mouvements sont en grande partie la conséquence de mouvements de départs dans les pays voisins et de retours, suite à diverses turbulences politiques, en particulier le conflit qui a opposé entre 1989 et 1991 la Mauritanie et le Sénégal. Ce conflit a entraîné de très nombreuses victimes dans les deux pays et des milliers de réfugiés de part et d'autre de leur frontière commune. Encore en 2009 et 2010, dans le cadre d'opérations de retours organisés, plusieurs milliers de Mauritaniens réfugiés au Sénégal et ailleurs ont pu regagner leur pays 20 ans après ce conflit. Mais au total, ces mouvements n'ont eu qu'un impact ponctuel sur le taux d'accroissement annuel de la population qui est resté proche du taux d'accroissement naturel (figure 1.3).

Selon les estimations de la Banque mondiale⁸, l'ensemble de ces mouvements s'est traduit en termes de stocks de migrants par 118 000 émigrants Mauritaniens vivant à l'extérieur de la Mauritanie en 2010, soit 3,5% de la population résidente. Ceux-ci sont installés en Afrique principalement (au Sénégal, au Nigeria, en Côte d'Ivoire et au Mali) et au Nord (en France, en Espagne, aux Etats-Unis et en Allemagne). Près de 12% de ces émigrants avaient en 2000 une éducation supérieure. Par ailleurs, le nombre d'immigrants en Mauritanie était estimé toujours en 2010 à 99 000 personnes, soit 3% de la population résidente, venant principalement des pays voisins.

Les taux élevés de croissance démographique, d'au moins 2,5% par an jusqu'à tout récemment, appliqués à une population croissante, ont généré des accroissements annuels exceptionnels de la population (de 25 000 en 1960 à 75 000 en 2010), du nombre annuel de naissances (de 43 000 à 110 000) (figure 1.4) et du nombre de jeunes. Entre 1960 et 2010, les effectifs des moins de 5 ans ont été multipliés par 3 et ceux des 5 à 14 ans et des 15 à 24 ans ont été multipliés par 4 (figure 1.4). Parallèlement, la population est restée très jeune malgré la baisse de la fécondité. Le pourcentage des moins de 15 ans en 2010 est toujours en effet d'environ 40%, celui des moins de 20 ans de 50% et celui des moins de 25 ans de 60% (59%). C'est ainsi qu'aujourd'hui un Mauritanien sur deux a moins de 20 ans et près de deux Mauritaniens sur trois ont moins de 25 ans.

⁸ Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 175.

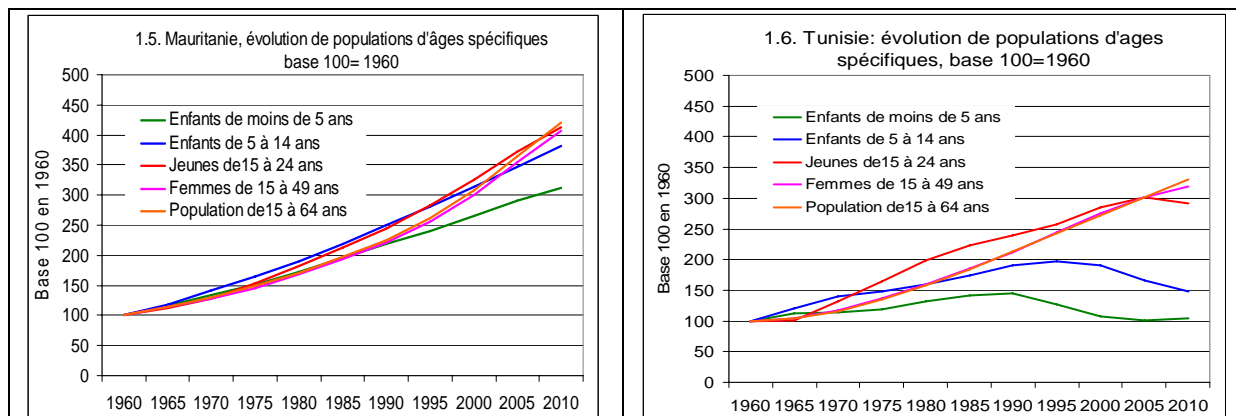
Figures 1.3. et 1.4. : Evolution de la dynamique démographique : taux, naissances, décès... 1960-2010.



Source : voir note 4 : 1960-2010, Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html/>.

Cette évolution - maintien depuis 1960 d'une forte croissance démographique et augmentation continue du nombre de jeunes - est en complet décalage avec celles observées dans les pays, souvent qualifiés dans les années 1950 de pays « sous-développés » mais aujourd'hui qualifiés de pays émergents⁹, qui ont mis en place très tôt des politiques de réduction rapide de leur fécondité et donc de leur croissance démographique. La comparaison avec les évolutions observées en Tunisie, par exemple, est à cet égard édifiante (figures 1.5 et 1.6). En Tunisie, l'impact des politiques démographiques adoptées s'est fait sentir dès les années 1960 et 1970 sur l'évolution du nombre des enfants. Pour les moins de 5 ans, ceci a conduit, après une augmentation modeste, à une stabilisation de leurs effectifs au niveau de celui des années 1960 et pour les 5 à 14 ans, à une stabilisation à un niveau 50% plus élevé. En Mauritanie au contraire, les effectifs de ces deux populations continuent d'augmenter et elles sont aujourd'hui respectivement 3 fois et 4 fois plus nombreuses qu'en 1960.

Figures 1.5. et 1.6. : Mauritanie et Tunisie. Evolution comparée de populations d'âges spécifiques, 1960-2010.



Source : voir note 3 : 1960-2010, Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html/>.

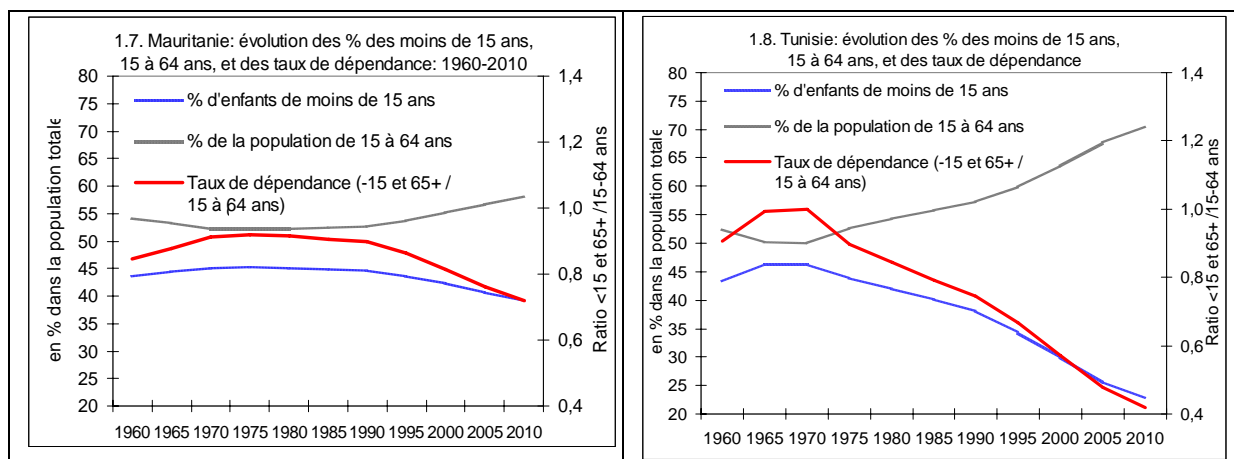
Conséquence de ces évolutions, le pourcentage de la population active (de 15 à 64 ans) dans la population totale a augmenté en Tunisie pour atteindre 70% de la population en 2010, alors qu'en Mauritanie l'augmentation est moindre et le pourcentage de la population active reste inférieur à 60% (58%) (figures 1.7 et 1.8). Ceci a conduit en Tunisie à des effectifs d'actifs 2,4 fois plus nombreux que les personnes à charge, alors qu'au Mauritanie on compte 1,4 actifs par inactifs. Le taux de dépendance en Mauritanie, malgré une diminution récente, est donc encore de 0,7. En comparaison, en Tunisie, le taux de dépendance s'est considérablement amélioré, puisqu'il est passé de 0,9

⁹ voir note 3

personne à charge par actif en 1960 à 0,4 personne à charge par actif en 2010. Cette évolution a permis à la Tunisie de maîtriser l'augmentation des coûts en santé et en éducation imputable à l'augmentation incontrôlée du nombre d'enfants et de jeunes, ce qui a ouvert pour ce pays une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain.

Figures 1.7. et 1.8. : Mauritanie et Tunisie.

Evolution comparée du % moins de 15 ans, 15 à 64 ans et des taux de dépendance, 1960-2010



Source : voir note 4 : 1960-2010, Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>

2.2 Cinq millions de Mauritaniens en 2030, entre 6 et 7,5 millions en 2050 ?

A partir de ce constat, que peut-on dire du futur démographique de la Mauritanie ? Il faut rappeler que dans les pays en transition démographique où la fécondité est encore relativement élevée comme la Mauritanie, l'évolution de la population et de ses diverses caractéristiques dépend principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables, même s'il n'est pas négligeable, est en effet beaucoup moins important. Les projections de population qui éclairent le futur sont donc généralement basées sur plusieurs hypothèses d'évolution de la fécondité et une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales. C'est ainsi qu'ont été construites les projections de population faites en Mauritanie : les premières projections faites à partir des résultats du recensement de 1988 et les projections 2000-2030 réalisées récemment à partir des résultats du recensement de 2000. Il en va de même pour les projections réalisées par la Division de la Population des Nations unies. Ces projections sont des projections « normatives », car elles fixent a priori la date de début de baisse de la fécondité et le rythme de cette baisse. On a retenu ainsi, par exemple, 3,5 enfants par femme en 2030 dans les projections nationales 2000-2030 pour le scénario dit moyen et 2,83 enfants par femme toujours en 2030 sous l'hypothèse moyenne des projections de 2008 des Nations unies, qui s'appuient sur des modèles de baisse de la fécondité construits à partir des évolutions observées depuis 1950 dans divers pays en développement.

Cependant, rien ne garantit que l'évolution de la fécondité en Mauritanie suive les normes données ou ces modèles. L'expérience de nombreux pays en développement depuis 1950 indique en fait que le début de la baisse de la fécondité et sa rapidité dépendent largement des politiques mises en œuvre et/ou des initiatives prises par des organisations de la société civile. Ces politiques et initiatives concernent en particulier ce qu'on appelle les déterminants proches de la fécondité : fréquence des unions, durée de l'insusceptibilité post-partum (liée aux durées de l'allaitement et de l'abstinence après l'accouchement), fréquence des avortements provoqués, importance de la stérilité et surtout prévalence de la contraception (niveau et efficacité des méthodes utilisées). Le modèle de Bongaarts¹⁰ a formalisé la relation entre niveau de fécondité et les valeurs de ces déterminants. Il permet ainsi de projeter l'évolution de la fécondité, non pas a priori, mais à partir des valeurs des

¹⁰ Bongaarts J., (1978), A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, Population and Development Review 4, 1: 105-132.

déterminants proches. On dispose pour la Mauritanie et les divers pays de la sous-région, de séries sur ces déterminants grâce aux enquêtes « Démographique et de Santé » (DHS)¹¹. On dispose aussi, grâce l'enquête MICS (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples) réalisée en Mauritanie, de données pour 2007 sur le pourcentage de femmes en union et la prévalence de la contraception.

Donc, après examen des données disponibles au niveau national et sous-régional et de la reconstitution de la dynamique démographique de la Mauritanie faite par la Division de la Population des Nations unies pour les années récentes, nous avons construit pour la Mauritanie à l'aide du modèle SPECTRUM¹², des projections pour la période 2010-2050. Ces projections doivent être considérées comme des « outils d'aide à la décision ». En effet, elles n'ont pas pour objet de présenter une hypothèse moyenne, supposément probable, mais de comparer les résultats obtenus selon les hypothèses retenues et donc d'éclairer les choix politiques correspondants.

Les projections 2010-2050 faites pour la Mauritanie sont basées sur les hypothèses suivantes :

- population de départ par sexe et par âge : 3,366 millions mi 2010, telle qu'estimée dans la révision 2008 des projections réalisées par la Division de la Population des Nations Unies ;
- mortalité : espérance de vie à la naissance de 57,2 ans en 2010, continuant à s'accroître ensuite à 63,5 ans en 2030 et 69,4 ans en 2050 ;
- urbanisation : progression du pourcentage de la population urbaine de 41,4% en 2010, à 51,7% en 2030 et 64,4% en 2050 (on a repris ici les projections 2009 des Nations unies¹³ et supposé que la population de Nouakchott représenterait 53% de l'ensemble de la population urbaine jusqu'en 2050) ;
- migrations internationales : solde négatif de -1000 en 2010, -2200 en 2011, -3400 en 2012 (l'émigration est quelque peu réduite par le retour de réfugiés), puis solde de -4 000 départs nets par an maintenu constant de 2013 à 2050 (on a repris ici les hypothèses des projections 2008 des Nations unies, déduite de leur reconstitution de l'évolution démographique de la Mauritanie) ;
 - Déterminants proches de la fécondité :
 - pourcentage de femmes en union : diminution lente de 58,2% en 2010¹⁴, à 55,2% en 2030 et 52,2% en 2050 ;
 - durée de l'insusceptibilité post-partum : diminution de 12 mois en 2010 à 10 mois en 2030 et maintenue à 10 mois jusqu'en 2050 ;
 - avortements provoqués : hypothèse d'un taux d'avortement négligeable jusqu'en 2050 ;
 - stérilité : taux de stérilité définitive de 7% en 2010, maintenu constant jusqu'en 2050 ;
 - contraception : trois hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception de 9,9% en 2010 pour l'ensemble des méthodes à :
 1. hypothèse dite haute, tendancielle : +0,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 19,9% en 2030 et de 29,9% en 2050,
 2. hypothèse intermédiaire : +1,0 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 29,9% en 2030 et de 49,9% en 2050,
 3. hypothèse dite basse, volontariste : +1,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 39,9% en 2030, puis de 61,7% en 2050,et pour ces trois hypothèses, diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles moins efficaces de 14% des méthodes utilisées en 2010, à 10% en 2030 et 5% en 2050.

Les augmentations de la prévalence contraceptive retenues de 0,5, 1,0 et 1,5 point de pourcentage par an correspondent à l'éventail des évolutions obérées : lente, moyenne ou rapide, sur des périodes relativement longues (au moins 10 ans) dans les pays en développement entre les années 1970 et le début des années 2000¹⁵. C'est la raison pour laquelle nous les avons choisies.

¹¹ DHS : Demographic and Health Surveys, voir <http://www.measuredhs.com/countries/> et Mauritanie 2000-01

¹² voir <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> . SPECTRUM version 3.46

¹³ <http://www.un.org/esa/population/> voir [World Urbanization Prospects: The 2009 Revision](#)

¹⁴ Ce pourcentage est inférieur à ceux trouvés pour d'autres pays de la sous-région, en particulier les pays du Sahel, ce qui est susceptible d'expliquer en partie la fécondité plus faible observée en Mauritanie.

¹⁵ Guengant J.-P. et Rafalimanana H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](#) », UIESP, Tours, 13-18 juillet, 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

L'hypothèse démographique dite haute a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de tendancielle parce qu'elle correspond à la faible augmentation de l'utilisation de la contraception observée entre l'enquête DHS de 2000-01 et l'enquête MICS de 2007. L'hypothèse démographique dite basse a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les moins élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de volontariste, car elle suppose des efforts considérables pour accélérer l'augmentation de l'utilisation de la contraception et pour arriver parallèlement à une baisse plus rapide de la fécondité.

Les résultats de ces deux projections sont très contrastés selon les horizons, mais aussi selon les variables considérées. Premier constat, les populations totales, urbaines et de Nouakchott, vont continuer à augmenter fortement (tableau 2 et figures 2.1 et 2.2).

A l'horizon 2030, les résultats des deux projections ne sont pas très différents :

- 4,9 millions contre 5,2 millions pour la population totale,
- 2,5 millions contre 2,7 millions pour la population urbaine,
- et 1,3 millions contre 1,4 millions pour Nouakchott.

A l'horizon 2050 par contre, les différences entre les hypothèses basse et haute sont beaucoup plus importantes :

- 6 millions contre 7,5 millions pour la population totale,
- 3,8 millions contre 4,8 millions pour la population urbaine,
- et 2 millions contre 2,6 millions pour Nouakchott

On notera aussi que dans les deux hypothèses, la population rurale se stabilise plus ou moins sous l'effet combiné de la baisse de la fécondité et de l'augmentation rapide de la population urbaine qui absorbe l'essentiel de l'augmentation projetée de la population totale. Ainsi, avec l'hypothèse démographique haute, la population rurale augmente de quelque 30% entre 2010 et 2030 et elle se stabilise à 2,7 millions de personnes dans les années 2040, à un niveau 35% plus élevé qu'en 2010. Avec l'hypothèse basse par contre, la population rurale atteint son maximum en 2030 avec 2,4 millions de personnes (20% de plus qu'en 2010) puis décroît légèrement et atteint en 2050 : 2,1 millions de personnes soit un niveau légèrement supérieur à celui de 2010 (2 millions).

En clair, du fait de la jeunesse de la population et des niveaux actuels intermédiaires de fécondité, on doit s'attendre à une augmentation d'environ 50% de la population totale du pays à l'horizon 2030 et plus ou moins à son doublement à l'horizon 2050 (en fait à une multiplication par 1,8 ou 2,2 selon l'hypothèse démographique considérée). Concernant la population urbaine et la population de Nouakchott, on doit s'attendre à une multiplication proche de 2 d'ici 2030 et à une multiplication entre 2,8 et 3,5 d'ici 2050 selon l'hypothèse démographique considérée. Comme on l'a dit, l'hypothèse d'évolution de l'urbanisation retenue suppose que la Mauritanie deviendrait majoritairement urbaine vers 2025 et que la part de la population de Nouakchott dans l'ensemble de la population urbaine du pays se maintiendrait à 53%. Ces projections impliquent également que l'on doit s'attendre à une stabilisation plus ou moins rapide de la population rurale, qui selon l'hypothèse retenue ne représenterait plus en 2050 que 36% de la population totale du pays.

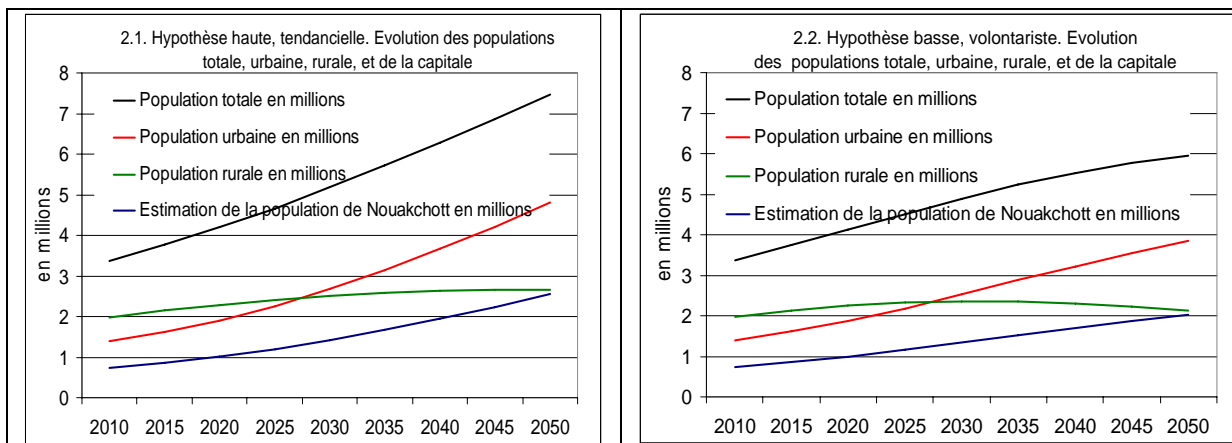
A partir de ces résultats, nombre d'économistes et même de démographes seront tentés de conclure que les politiques démographiques n'ont d'effets qu'à 30 ou 40 ans d'échéance. En fait, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, il est logique que l'impact de ces politiques sur la population totale ne soit pas immédiat. Par contre, cet impact est sensible assez rapidement sur l'évolution du nombre de naissances et donc sur le taux d'accroissement de la population et sur les effectifs des jeunes. C'est ainsi qu'avec l'hypothèse démographique haute, le nombre de naissances annuelles continue d'augmenter (figure 2.3), alors qu'avec l'hypothèse démographique basse, leur nombre se stabilise rapidement, puis décroît dans les années 2030 (figure 2.4). Avec l'hypothèse démographique haute en effet, le nombre de naissances passe de quelque 110 000 en 2010 à 153 000 en 2030 et à 181 000 en 2050, Par contre, avec l'hypothèse démographique basse, le nombre de naissances reste de l'ordre de 110 000 à 120 000 jusqu'en 2035 puis il décroît et atteint 86 000 en 2050 (figure 2.4). Ainsi, avec l'hypothèse démographique haute, l'augmentation modeste de l'utilisation de la contraception conduit à une baisse modérée de la fécondité, insuffisante pour compenser l'augmentation attendue de 50% d'ici 2030 du nombre de femmes en âge de procréer. En conséquence, le taux de croissance de la population décroît

lentement de 2,2% en 2010 à 2% en 2030 et atteint 1,6% en 2050. Avec l'hypothèse démographique basse au contraire, l'augmentation plus rapide de l'utilisation de la contraception et la diminution parallèle de la fécondité conduisent à une diminution rapide du taux de croissance annuel de la population, qui passe au dessous de 2% avant 2020, au dessous de 1% en 2040 et atteint 0,6% en 2050.

Indicateur	Situation en	Hypothèse haute		Hypothèse basse		Différence basse-haute en	
	2010	2020	2030	2020	2030	2020	2030
Population totale en milliers	3 366	4 194	5 182	4 128	4 887	-66	-296
Taux de croissance annuel en %	2,2	2,2	2,0	1,9	1,5	-0,3	-0,5
Population urbaine en milliers	1 395	1 904	2 679	1 874	2 526	-30	-153
Pourcentage % de la population urbaine	41,4	45,4	51,7	45,4	51,7		
Estimation population de Nouakchott (milliers)	740	1 009	1 420	993	1 339	-16	-81
Population rurale en milliers	1 971	2 290	2 503	2 254	2 360	-36	-143
Pourcentage % de la population rurale	58,6	54,6	48,3	54,6	48,3		
Indice synthétique de fécondité	4,3	4,1	3,9	3,7	3,0	-0,5	-0,9
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	838	1 053	1 271	1 053	1 263	0	-8
Prévalence contraceptive % (femmes en union)	9,9	14,9	19,9	24,9	39,9	10,0	20,0
Utilisatrices, toutes méthodes (en milliers)	48	89	140	149	278	60	139
Utilisatrices méthodes modernes (milliers)	41	77	124	129	247	52	123
Espérance de vie à la naissance (années)	57,2	60,4	63,5	60,4	63,5	0	0
Taux brut de natalité pour 1000	32,7	31,6	29,5	28,5	23,9	-3,0	-5,6
Taux brut de mortalité en pour 1000	10,3	9,1	8,3	8,9	8,0	-0,3	-0,3
Taux d'accroissement naturel pour 1000	22,4	22,4	21,2	19,7	15,8	-2,7	-5,4
Naissances par an en milliers	110	132	153	118	117	-15	-36
Décès par an en milliers	35	38	43	37	39	-2	-4
Naissances – décès par an en milliers	76	94	110	81	77	-13	-32
Accroissement annuel en milliers	75	90	106	77	73	-13	-32
Enfants de moins de 5 ans en milliers	487	570	675	520	532	-50	-142
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	834	963	1 155	946	1 018	-16	-137
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	676	814	944	814	928	0	-16
% d'enfants de moins de 5 ans	14,5	13,6	13,0	12,6	10,9	-1,0	-2,1
% d'enfants de 5 à 14 ans	24,8	22,9	22,3	22,9	20,8	24,3	46,4
% de jeunes de 15 à 24 ans	20,1	19,4	18,2	19,7	19,0	0,0	5,4
% de jeunes de moins de 25 ans	59,3	55,9	53,5	55,2	50,7	-0,7	-2,8
Enfants de moins de 15 ans en milliers	1 321	1 532	1 830	1 466	1 550	-66	-280
Population de 15 à 64 ans en milliers	1 956	2 521	3 128	2 521	3 112	0	-16
Population de 65 ans et plus en milliers	90	141	225	141	225	0	0
% d'enfants de moins de 15 ans	39,2	36,5	35,3	35,5	31,7	-1,0	-3,6
% de la population de 15 à 64 ans	58,1	60,1	60,4	61,1	63,7	1,0	3,3
% de la population de 65 ans et plus	2,7	3,4	4,3	3,4	4,6	0,1	0,3
Taux de dépendance (-15 et 65+/15 à 64 ans)	0,72	0,66	0,66	0,64	0,57	-0,03	-0,09
Enfants de moins de 20 ans en milliers	1 677	1 962	2 321	1 896	2 025	-66	-296
Population de 20 à 59 ans en milliers	1 540	2 000	2 500	2 000	2 500	0	0
Population de 60 ans et plus en milliers	149	232	361	232	361	0	0
% d'enfants de moins de 20 ans	49,8	46,8	44,8	45,9	41,4	-0,9	-3,3
% de la population de 20 à 59 ans	45,8	47,7	48,2	48,4	51,2	0,8	2,9
% de la population de 60 ans et plus	4,4	5,5	7,0	5,6	7,4	0,1	0,4
Taux de dépendance (-20 et 60+/20 à 59 ans)	1,19	1,10	1,07	1,06	0,95	-0,03	-0,12

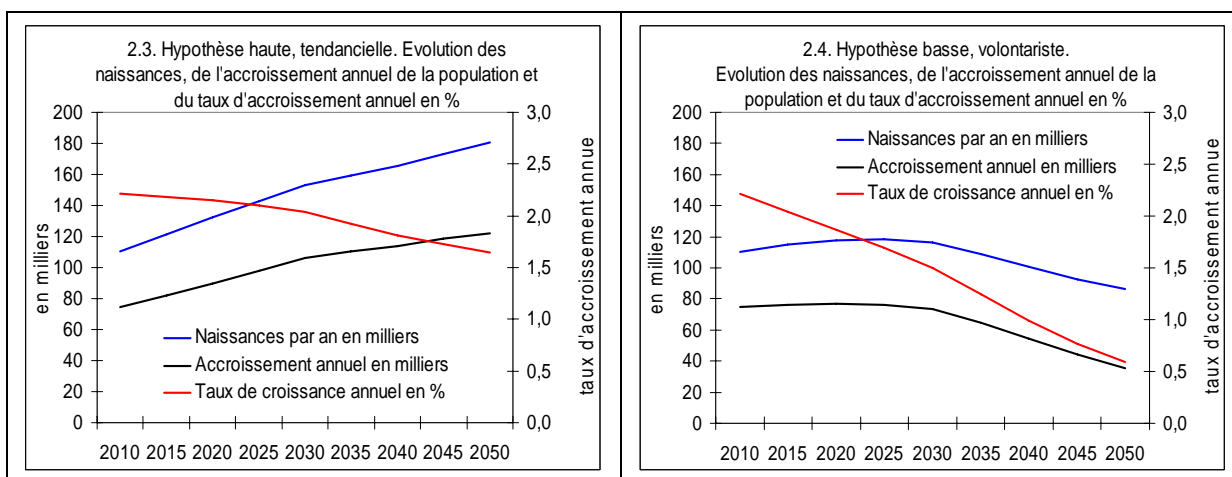
Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Figures 2.1. et 2.2. : Projection de la population totale, urbaine, rurale, 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude

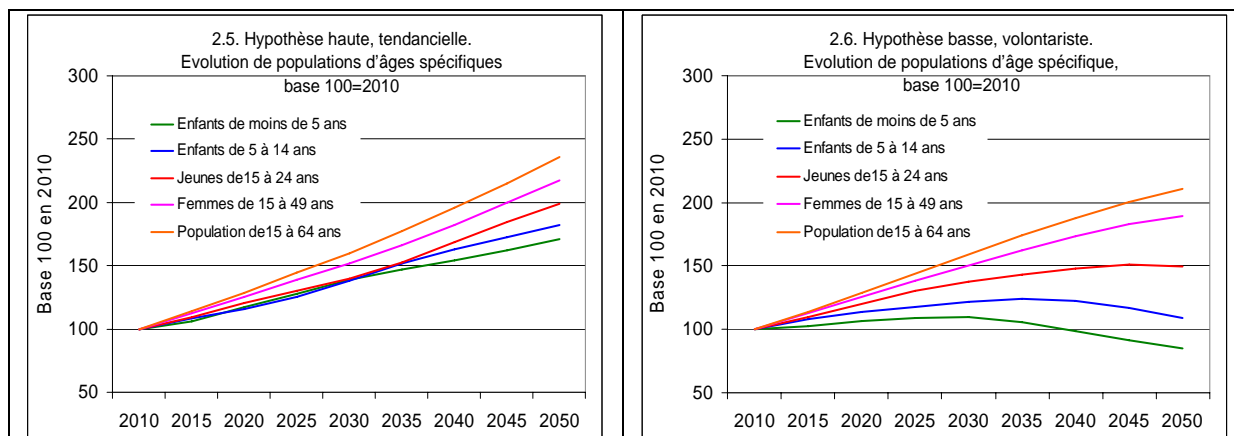
Figures 2.3. et 2.4. : Projection naissances, accroissement annuel et accroissement en % 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

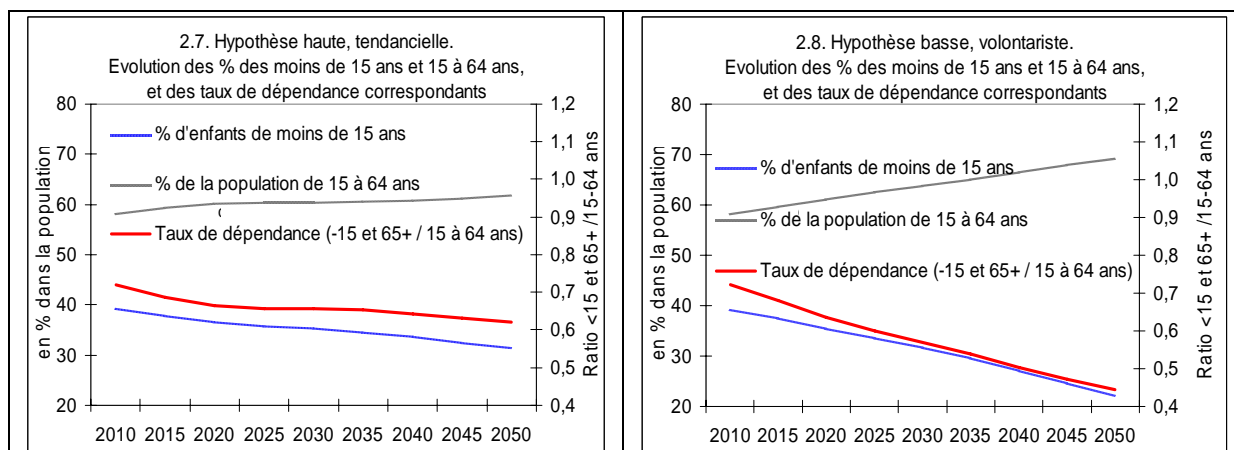
Des constatations similaires peuvent être faites concernant l'évolution des populations jeunes et des rapports de dépendance. Avec l'hypothèse démographique basse, la stabilisation du nombre de naissances s'inscrit rapidement dans la pyramide des âges, ce qui conduit à la quasi-stabilisation du nombre des enfants de moins 5 ans dès les années 2010. Quant aux effectifs des 5 à 14 ans, ils sont quasi stabilisés dix ans plus tard (c'est-à-dire dans les années 2030) à un niveau de 20% à 25% supérieur aux effectifs de 2010 (figures 2.5 et 2.6). La progression du nombre d'entrants sur le marché du travail (les 15-24 ans) continue cependant d'être vive jusqu'en 2030, puisque la plupart d'entre eux sont déjà nés. Il en va de même pour la population active de 15 à 64 ans. Concernant les taux de dépendance, l'augmentation attendue importante de la population active se traduit dans le contexte de baisse projetée de la fécondité, par une amélioration du rapport de dépendance dans les deux hypothèses (figures 2.7 et 2.8). Mais la poursuite de l'augmentation du nombre de naissances avec l'hypothèse démographique haute, se traduit par une amélioration modeste des taux de dépendance (de 0,7 en 2010 à 0,6 en 2050). Avec l'hypothèse démographique basse, par contre, le taux de dépendance décroît régulièrement et atteint 0,5 dès 2040, ce qui correspond à deux actifs pour un dépendant, soit le niveau actuel de la plupart des pays émergents.

Figures 2.5 et 2.6 : Projection de populations d'âges spécifiques, base 100=2010, 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Figures 2.7. et 2.8: Projection % moins de 15 ans, 15 à 64 ans et des taux de dépendance, 2010-2050.



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Ainsi, au-delà de l'évolution de la population totale, l'impact des politiques et programmes visant à réduire la fécondité et donc la croissance démographique, a des effets sur plusieurs variables à 10 ans, 20 ans d'échéance. Par exemple, avec l'hypothèse démographique basse, le taux d'accroissement annuel de la population diminue de 2,2% en 2010 à 1,9% en 2020 et à 1,5% en 2030. Avec l'hypothèse démographique haute par contre, le taux d'accroissement annuel de la population reste quasiment inchangé à 2,2%, 2,0% par an. De même, en 2020, le nombre d'enfants de moins de 5 ans, obtenu avec l'hypothèse démographique basse est inférieur de 50 000 à celui trouvé avec l'hypothèse démographique haute et en 2030, la différence est de 142 000. Ceci est la conséquence de la baisse plus rapide de la fécondité dont les effets sont loin d'être négligeables à 10 ans - 3,7 enfants par femme en 2020 avec l'hypothèse démographique basse contre 4,1 avec l'hypothèse démographique haute - et encore plus à 20 ans - 3,0 enfants par femme en 2030 contre 3,9 avec l'hypothèse démographique haute. Mais le taux de 3,0 enfants par femme en 2030 reste un niveau de fécondité sensiblement plus élevé que celui observé aujourd'hui dans la plupart des pays émergents où il se situe entre 2 et 2,5 enfants par femme. Enfin, compte tenu des niveaux intermédiaires de fécondité déjà atteints par la Mauritanie, l'amélioration des taux de dépendance est rapide avec l'hypothèse démographique basse, mais beaucoup plus lente avec l'hypothèse démographique haute.

3 Le Mauritanie face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain¹⁶

3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?

Dans quel contexte social et économique s'est inscrite la forte croissance démographique enregistrée en Mauritanie depuis 1960 ? Quelles ont été les conséquences de cette croissance démographique sur les principaux indicateurs économiques et sociaux ? Quelles ont été les interactions entre croissance économique, croissance démographique et progrès sociaux et que peut-on dire à ce sujet pour le futur ?

Avec un PIB estimé en 2008 à 770 milliards d'Ouguiya et à 2,9 milliards de dollars selon la Banque mondiale la Mauritanie avait alors un PIB total équivalent à celui du Togo (pays deux fois plus peuplé). Toujours selon les données de la Banque mondiale, le PIB de la Mauritanie en termes réels (en dollars US 2000 constants) aurait été multiplié par 3,3 fois entre 1965 (première année disponible) et 2007. Mais compte tenu de l'accroissement démographique, le PIB réel par tête en 2007 n'était que de 5% supérieur à ce qu'il était en 1965 (tableau 3, figure 3.1). Ainsi, on peut dire en gros que depuis l'indépendance la croissance économique de la Mauritanie a été tout juste suffisante pour maintenir le PIB réel par tête à son niveau initial.

En comparaison, les pays émergents ont vu leur PIB en termes réels multiplié au moins par 10 (Indonésie, Egypte, Tunisie, Inde, Turquie) et entre 20 et 40 fois pour plusieurs pays asiatiques (Thaïlande, Malaisie, Corée du sud, Singapour et Chine). Aussi, entre 1960 et 2008, les PIB par tête dans ces pays qui ont réduit par ailleurs leur croissance démographique ont aussi fortement augmenté, puisqu'ils ont été multipliés entre 4 et 14 fois et près de 20 fois en Chine, ce qui a conduit à une forte réduction de leurs niveaux de pauvreté.

Le PIB par tête de la Mauritanie était estimé en 2008, toujours selon la Banque mondiale à environ 240 000 Ouguiya (près de 450 000 FCFA) ou encore à 890 USD courants, mais à 1900 USD en parité pouvoir d'achat (PPA). Le PIB par tête de la Mauritanie en 2008 exprimé en dollars courants est à peu près équivalent à celui du Bénin. Il est 2,5 fois plus élevé que celui du Niger et 2 fois plus élevé que celui du Togo, mais il est inférieur de 20% aux PIB par tête en dollars courants de la Côte d'Ivoire et du Sénégal. Cependant exprimé en PPA, le PIB par tête de la Mauritanie en 2008 estimé à 1 900 dollars dit « dollars internationaux » est l'un des plus élevés de la sous région. Il n'est que de 10% inférieur à celui du Nigéria (qui est le plus élevé), mais de 10% à 15% supérieur aux PIB par tête en PPA du Sénégal et de la Côte d'Ivoire et 70% à 80% plus élevé que les PIB par tête PPA du Mali et de la Guinée.

Sur l'ensemble de la période, après les taux de croissance économique élevés observés dans les années 1960, la croissance économique moyenne de la Mauritanie a été légèrement inférieure à la croissance démographique jusqu'au milieu des années 1990, puis est devenue légèrement supérieure ce qui a permis d'enregistrer une croissance du PIB par tête après trois décennies de léger repli (figure 3.2). Cette évolution est le résultat de plusieurs facteurs : turbulences politiques et coups d'état militaires, politiques économiques inadaptées, conséquences des programmes d'ajustement structurel, cours défavorables des produits exportés sur les marchés internationaux, etc. Les meilleures performances récentes ont été enregistrées entre 1995 et 1999 et 2005 et 2009 avec des taux de croissance économique moyens supérieurs à 4% par an. Entre 2005 et 2009 la conjonction d'un « bon » taux de croissance économique et la réduction de la croissance démographique a permis une augmentation moyenne du PIB par tête de 1,8% par an, ce qui est appréciable (voir tableau 3). Il faut noter que la Mauritanie est devenue un producteur de pétrole brut en 2006. La croissance économique projetée est de 5,4% pour 2011 et de 6,0% pour 2012¹⁷.

¹⁶ Les indicateurs utilisés dans cette partie proviennent pour l'essentiel de la base de données de la Banque mondiale « Indicateurs du développement dans le monde » qui reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale et celles provenant d'autres bases de données (UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE, etc.). Voir <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. Chaque fois que cela a été possible, ces données ont été complétées par les données nationales les plus récentes auxquelles nous avons pu avoir accès.

¹⁷ Global Economic Prospects, Summer 2010, Banque mondiale.

Indices de croissance						
<i>Années</i>	1965	1970	1980	1990	2000	2007
Indice de croissance du PIB- 1965=base100	100	130	153	180	239	331
Indice: croissance du PIB par tête- 1965=base100	100	112	100	90	91	105
Taux de croissance						
<i>Périodes</i>	1961- 1969	1970- 1979	1980- 1989	1990- 1999	2000- 2009	2005- 2009
Taux de croissance annuel du PIB en %	8,1	2,6	2,2	2,6	3,8	4,3
Taux de croissance annuel du PIB par tête%	5,0	-0,2	-0,5	-0,1	1,2	1,8
Contribution au PIB, en %						
<i>Périodes</i>	1961- 1969	1970- 1979	1980- 1989	1990- 1999	2000- 2007	2005- 2007
Contribution de l'agriculture au PIB, en %	35,9	30,6	30,4	33,9	22,9	16,4
Contribution de l'industrie au PIB, en %	32,8	33,0	27,0	26,6	32,4	41,3
Contribution des services au PIB, en %	31,3	36,4	42,6	39,4	44,8	42,3
Pauvreté						
<i>Périodes</i>	1985- 1990	- 1993	1995- 1999	2000	2000- 2004	2005- 2009
% Population sous seuil de pauvreté national	56,6(1990)		54,3(1996)	51,0	46,7(2004)	42,0(2008)
- en milieu rural			68,0(1996)	66,2	59,0(2004)	59,4(2008)
- en milieu urbain			36,0(1996)	28,5	28,9(2004)	20,8(2008)
%Population avec moins de 1,25\$PPA/jour	41,3(1986)	42,8(1993)	23,4(1996)	21,2		
%Population avec moins de 2,00\$PPA/jour	64,6(1986)	68,6(1993)	48,3(1996)	44,1		

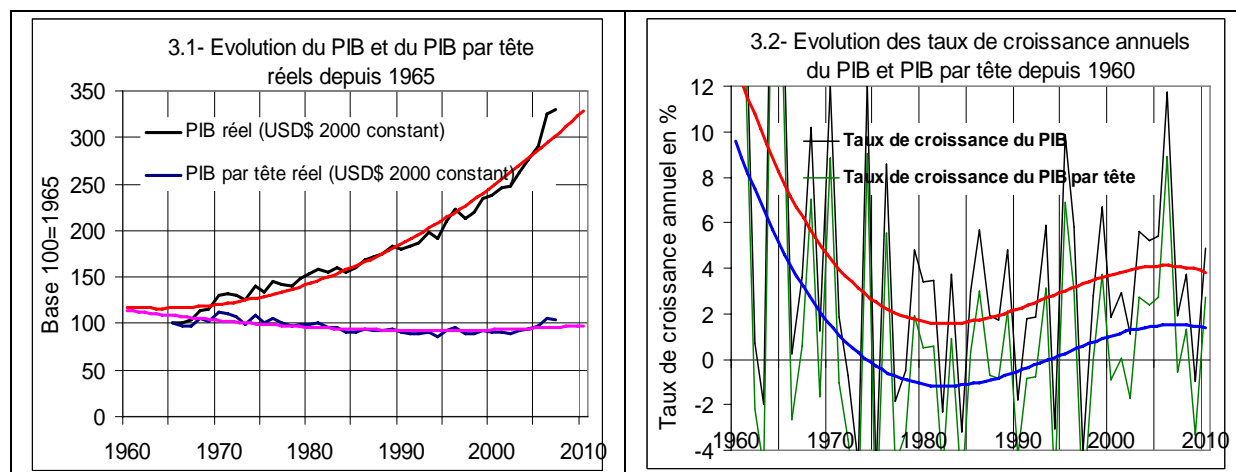
Source : voir note 16 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) ainsi que Global Economic Prospects, Summer 2010, World Bank

Note : concernant la pauvreté, les pourcentages de la population sous le seuil de pauvreté national pour 1990, 1996, 2000 et 2004 sont ceux donnés dans le « Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté, Plan d'action 2006-2010 », pages 8 et 16 et les pourcentages pour 2008, sont ceux donnés par l'« Annuaire Statistique 2008 », Août 2009, page 48 - ONS Office National de la Statistique de Mauritanie.

Les pourcentages de la population avec moins de 1,25\$ et moins de 2,00\$ PPA/jour pour 1993, 1996 et 2000, sont ceux donnés par les World Development Indicators de la Banque Mondiale (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>),

Il est difficile de savoir quels seront les taux de croissance de l'économie mauritanienne dans les 10, 20 ou 30 ans à venir. Il faut cependant rappeler que si la croissance économique de 6% par an projetée pour 2012 se poursuivait et que la croissance démographique restait forte, de plus de 2,0% par an jusqu'en 2030 (selon l'hypothèse démographique haute), il faudrait encore près d'une vingtaine d'années pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel. Mais toujours avec une croissance économique de 6% par an et une croissance démographique qui se ralentit pour atteindre 1,5% par an en 2030 (selon l'hypothèse démographique basse), une quinzaine d'années suffirait pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel.

Figures 3.1. et 3.2. : Evolution du PIB et du PIB par tête réels depuis les années 1960.



Source : voir note 16 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>).

L'enjeu est de taille, car un PIB par tête PPA deux fois plus élevé qu'aujourd'hui, c'est-à-dire d'environ 3 800 dollars, dans quelque 15 ou 20 ans, ne représenterait toujours que 27% à 37% des PIB par tête PPA actuels de pays comme Maurice, l'Afrique du Sud, la Malaisie, le Brésil ; entre près de 50% et 70% des PIB par tête PPA de pays comme la Tunisie, la Thaïlande, la Chine, l'Egypte, mais 90% du PIB par tête PPA actuel du Maroc ; et il serait supérieur de 30% au PIB par tête PPA actuel de l'Inde. Mais d'ici là, les PIB par tête PPA de ces pays continueront d'augmenter aussi vite voire plus vite que celui de la Mauritanie.

Ces résultats indiquent que si la croissance économique est relativement élevée - de 6% par an voire plus - la poursuite d'une forte croissance démographique augmente le temps nécessaire au doublement du PIB par tête (entre 15 et 20 ans environ). Il faut souhaiter bien sûr que la croissance économique se maintienne à au moins 6% par an voire davantage dans les années qui viennent, mais rien n'est absolument garanti en la matière. Il faut cependant garder à l'esprit que même si la croissance économique atteignait ou dépassait les 6% par an, le maintien d'une croissance démographique élevée impliquerait, comme on l'a vu, la poursuite de l'augmentation du nombre des naissances et des effectifs de jeunes, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires de prise en charge de ces enfants et de ces jeunes par rapport à l'hypothèse d'une baisse rapide de la fécondité qui conduit à une stabilisation rapide du nombre des naissances et des effectifs de jeunes. L'économie mauritanienne est susceptible de bénéficier d'une accélération de la baisse de sa fécondité et de sa croissance démographique quelle que soit l'importance de la croissance économique à travers la réduction des dépenses consacrées aux enfants et aux jeunes, les économies ainsi réalisées pouvant être alors affectées au soutien de l'activité économique. Même si la croissance économique reste modérée, la baisse rapide de la croissance démographique diminue sensiblement le temps nécessaire au doublement du PIB par tête, ce qui est loin d'être négligeable.

L'économie mauritanienne possède a priori des atouts pour avoir des taux de croissance économique relativement élevés dans les prochaines années. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'il sera facile de répondre aux demandes croissantes de la population en termes d'emploi (notamment pour les jeunes), d'éducation et de santé.

L'économie mauritanienne s'appuie sur la pêche et l'élevage, mais aussi sur l'exploitation du minerai de fer et depuis 2006 sur la production et l'exportation de pétrole brut. Le développement des activités liées à l'exploitation du minerai de fer et plus récemment du pétrole, le développement de l'administration et l'urbanisation ont contribué à la diminution de la part du secteur primaire dans le PIB du pays. De fait, la contribution du secteur primaire au PIB, malgré l'importance de la pêche et de l'élevage a été divisée par deux depuis l'indépendance, passant de 36% dans les années 1960 à 16% pour les années 2005-2007 (figure 3.3). Parallèlement les parts du secteur secondaire et du secteur tertiaire ont augmenté et ces deux secteurs contribuent aujourd'hui chacun à environ 42% du PIB du pays. On notera cependant la faiblesse du secteur manufacturier qui ne contribue que pour environ 6% au PIB. Néanmoins, comme on l'a vu ces changements structurels n'ont pas permis jusqu'à ces dernières années, d'arriver à des taux de croissance économique supérieurs à la croissance démographique, d'où la stagnation du niveau de vie de la population jusqu'au milieu des années 1990. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer les turbulences politiques

et les coups d'état qui ont marqué l'histoire du pays, mais aussi l'importance du secteur informel dans l'économie mauritanienne.

Il n'existe pas à notre connaissance d'estimations de la contribution du secteur informel au PIB de la Mauritanie. Mais elle devrait être du même ordre de grandeur que celles estimées pour plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest francophone.¹⁸. On a ainsi estimé en 1999/2000 la contribution du secteur informel au PIB total de ces pays à 44% pour la Côte d'Ivoire, à quelque 50% pour le Sénégal et le Burkina Faso, à 60% pour le Mali et à plus de 70% pour le Bénin, le Togo et le Niger.

L'informalisation de l'économie mauritanienne a cependant fait l'objet de plusieurs articles. L'un d'eux¹⁹ mettait en avant l'importance des surplus annuels de main d'œuvre débouchant sur le marché urbain du travail du fait de la croissance démographique et de l'exode rural. Il estimait ainsi qu'environ la moitié de ces nouveaux arrivants trouvait un emploi ou créait leur emploi dans le secteur informel : artisanat de production et de service, mais surtout petits commerces ne nécessitant qu'un faible capital et peu de qualification et se caractérisant par une grande facilité d'installation. De fait, la forte croissance des activités informelles et de l'emploi informel au cours des dernières décennies en Afrique de l'Ouest et en Mauritanie peut être considérée comme la réponse apportée au défi de la croissance démographique par les populations, face à l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois. Si l'agriculture, l'élevage et la pêche occupait toujours plus de la moitié des actifs dans les années 1980, on a estimé pour la Mauritanie que l'emploi informel représentait à la fin des années 1980, 80% du total des emplois non agricoles du pays²⁰. Pour l'Afrique de l'Ouest en général les travaux de l'OCDE sur le sujet considèrent que le secteur informel est devenu depuis 1980 « le principal pourvoyeur d'emploi urbain et il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent en gros 80 % de la valeur ajoutée non-agricole. ».

L'autre alternative à l'emploi informel, l'émigration, concernait en 2010, comme on l'a vu près de 118 000 Mauritaniens vivant à l'extérieur de la Mauritanie. Les envois de fonds de ces émigrés contribuent à la fois au mieux-être des parents restés au pays et à l'économie. Mais ces envois étaient estimés, grossièrement ces dernières années à 2 millions de dollars, ce qui ne représente que 0,1% du PIB du pays²¹. C'est très peu comparativement à l'aide publique au développement reçue par la Mauritanie en 2008 - de l'ordre de 300 millions de dollars - et aux investissements directs étrangers réalisés au Mauritanie en 2008 estimés à environ 100 millions de dollars.

En dépit de ses atouts, l'économie de la Mauritanie reste vulnérable ainsi que l'atteste la forte variabilité de ses taux de croissance, vulnérabilité qui explique aussi la persistance des niveaux de pauvreté importants notamment en milieu rural. Selon les données nationales (corrigées de l'inflation) publiées pour les années 1990, 1996, 2000, 2004 et 2008²², le pourcentage de la population vivant au dessous du seuil national de pauvreté serait passé de 57% en 1990 à 42% en 2008 (figure 3.4). Ces données indiquent donc que la pauvreté est en constante diminution depuis 1990. Cette diminution de la pauvreté a concerné aussi bien le milieu urbain que le milieu rural, mais le pourcentage de la population rurale vivant au dessous du seuil national de pauvreté restait élevé et il était en 2004 deux fois plus élevé qu'en milieu urbain (59% contre 29%) et presque trois fois plus élevé en 2008 (59% contre 21%). L'écart entre milieu rural et milieu urbain se serait donc creusé (voir tableau 3 et figure 3.4).

¹⁸ OECD Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, décembre 2008, 2.3.2.: Économie Informelle - Source : Charmes J. (2000), <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

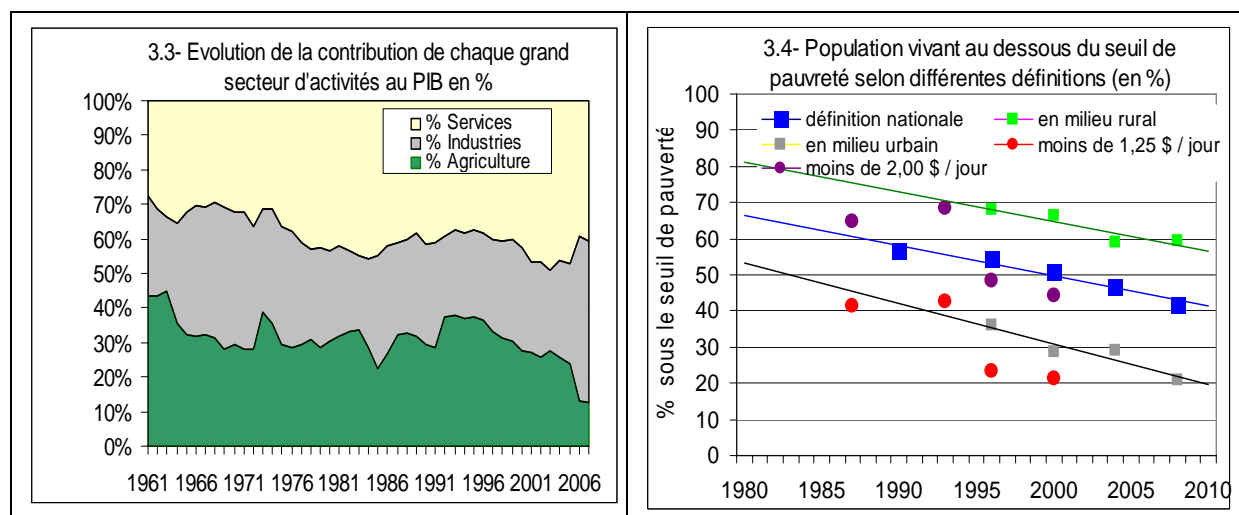
¹⁹ *L'économie mauritanienne au risque de l'informalisation* par Jacques Charmes, www.politique-africaine.com/numeros/pdf/055074.pdf

²⁰ 2008 - J. Charmes, 'Concepts, measurement and trends', chapter 2 of Johannes P. Jütting and Juan R. de Laiglesia (2009): *Is Informal Normal? Towards more and better jobs in developing countries*, An OECD Development Centre Perspective, Paris, 163p. (pp. 27-62).

²¹ Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 175.

²² Voir note en bas du tableau 3.

Figures 3.3. et 3.4. : Evolution de la contribution de chaque secteur au PIB et de la pauvreté.



Source : voir note 16 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/>) et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) et figure 3.4 voir Note en bas du tableau 3.

Les estimations internationales donnent des pourcentages de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) nettement inférieures aux estimations nationales, notamment en 1996 et 2000. Mais les estimations des pourcentages de personnes vivant avec moins de 2,00\$ US PPA par jour sont proches en 1996 et 2000 des estimations nationales. Tout ceci reflète évidemment l'adoption d'approches différentes dans la définition de la pauvreté entre sources nationales et internationales. Mais la tendance est aussi à la baisse. Le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour serait ainsi passé de plus de 40% en 1987 à 21% en 2000 et le pourcentage de personnes vivant avec moins de 2,00\$ US PPA par jour serait passé de 65% en 1987 à 44% en 2000 (figure 3.4).

En comparaison, le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour a chuté en Chine de 60% en 1990 à 16% en 2005, il était estimé à 29% en Indonésie en 2007 et à 42% en Inde en 2005. Mais dans les autres pays émergents pour lesquels on dispose de données récentes, on estime que seulement 5% au plus de la population totale vivaient avec moins de 1,25\$ US PPA par jour.

3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

Le maintien d'une croissance économique forte et durable, suppose la constitution d'un capital humain de qualité²³. De ce point de vue, on peut dire que la Mauritanie a déjà atteint des niveaux d'éducation primaire appréciables dans la sous-région. Néanmoins, des efforts soutenus sont encore nécessaires pour réaliser l'éducation pour tous au niveau primaire et surtout pour que tous les actifs sachent lire et écrire et que la majorité d'entre eux ait au moins un niveau d'éducation secondaire.

Le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) sachant lire et écrire était estimé à 57% en 2008 (tableau 4, figure 4.1). Chez les jeunes (15 à 24 ans), entrant sur le marché du travail, il était estimé à 67% en 2008. Ces niveaux en augmentation donc chez les jeunes sont le résultat des efforts considérables consentis par la Mauritanie pour accroître le niveau d'éducation de sa population. C'est ainsi que le taux brut de scolarisation au primaire serait passé de quelque 10% en 1960 à 14% en 1971 et à environ 100% ces dernières années. Mais l'éducation pour tous n'est pas encore atteinte puisque le taux net de scolarisation au primaire en 2008 était de 80%, soit 20 points de moins que le taux brut, ce qui souligne l'importance du nombre d'élèves ayant dépassé l'âge normal d'inscription au primaire et qui sont donc en situation de retard scolaire. En Mauritanie comme dans les autres pays

²³ Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il s'acquiert par l'éducation et l'expérience et suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population.

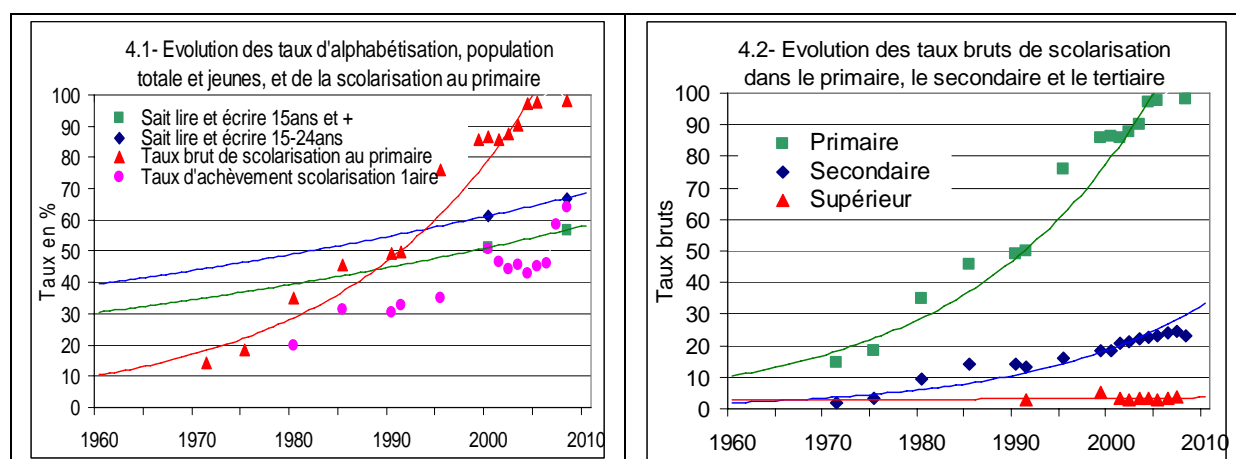
de la sous-région, la forte progression de la scolarisation au primaire est associée à divers problèmes comme l'importance des retards et redoublements, le non achèvement du cycle primaire et des ratios élèves-enseignant trop élevés, problèmes qui sont le reflet des difficultés d'accorder au secteur éducatif les moyens dont il a besoin pour arriver à la fois à scolariser tous les enfants, maintenir des niveaux d'enseignement de qualité acceptable et faire face à la croissance rapide de la population scolarisable. Ainsi, les taux d'achèvement du cycle primaire ne sont toujours pas satisfaisants puisque un enfant sur trois n'achève pas le cycle primaire, même si les taux d'achèvement ont fortement progressé (de 20% en 1980 à 64% en 2008). Aussi, les ratios élèves-enseignants sont restés élevés au primaire, supérieurs à 40 élèves par enseignant jusqu'en 2007. Ces ratios représentent en effet, environ le double des ratios enregistrés dans la plupart des pays émergents, où ils se situent aujourd'hui entre 15 et 25 élèves par maître.

Mauritanie **Tableau 4. Education.**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2005-08
Population adulte sachant lire et écrire	-	-			51,2	56,8(2008)
Population de 15 à 24 ans sachant lire et écrire	-	-			61,3	67,0(2008)
Enseignement Primaire						
- Taux brut de scolarisation		14,4(1971)	35,0	49,2	86,5	98,2(2008)
- Taux net de scolarisation		--		35,0(1991)	62,6	79,7(2007)
- Taux d'achèvement du cycle			19,9	30,3	50,5	64,2(2008)
- Ratio élèves-enseignant		24,0(1971)	45,7	44,4	45,0	37,2(2008)
Enseignement Secondaire						
- Taux brut de scolarisation		2,0(1971)	9,4	14,4	21,0(2001)	24,5(2007)
- Taux net de scolarisation					14,0(2001)	16,3(2007)
Supérieur: Taux brut de scolarisation		-	-	2,7(1991)	3,4(2001)	3,8 (2008)
Dépenses publiques pour l'éducation						
- en % du PIB		3,1	4,8(1978)	3,6(1995)	3,3(2001)	4,4(2008)
- en % des dépenses du gouvernement		21,9	14,3(1976)	16,2(1995)	16,6(1998)	15,6(2008)

Source : voir note 16 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/>) et/ou (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

Figures 4.1. et 4.2. : Evolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation.



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/>) et/ou (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

Un constat plus ou moins similaire peut être dressé pour le secondaire et le supérieur. Le taux brut de scolarisation au secondaire qui était de 2% en 1971, est passé à environ 25% ces dernières années (figure 4.2). Mais là aussi, les retards sont nombreux et le taux net de scolarisation au secondaire n'était que de 16% en 2007, soit près de 10 points de pourcentage de moins que le taux brut. Dans le secondaire, le ratio élèves-enseignant reste également élevé depuis plusieurs années, de l'ordre de 25 élèves par maître, soit sensiblement plus élevé que les ratios observés dans les pays émergents.

Dans le supérieur, le taux brut de scolarisation reste faible: il était de 2,7% en 1991 et il était estimé à 3,8% en 2008.

Des avancées majeures ont donc été réalisées au niveau de l'enseignement primaire et secondaire en Mauritanie. Mais au niveau secondaire le taux net de scolarisation, qui était de 16% en 2007, reste près de quatre à six fois moindre que les taux enregistrés dans les pays émergents où ils se situent aujourd'hui entre 60% et plus de 90%. Au niveau supérieur, le taux brut de scolarisation atteint, pour la Mauritanie, 3,8%, ce qui est quatre à huit fois moindre que les taux atteints dans les pays émergents où ils se situent entre 15% et 30%. On notera par ailleurs l'absence d'écart entre les taux de scolarisation au primaire des garçons et des filles. Mais cet écart persiste aux niveaux secondaire et surtout supérieur. Au niveau secondaire comme au niveau supérieur, le taux brut de scolarisation des filles était d'environ 3 points inférieurs à celui des garçons. Mais compte tenu du niveau des taux, cela signifie que les filles scolarisées étaient 12% moins nombreuses que les garçons au secondaire en 2008 et qu'il y avait (en 2007) près de deux fois moins de filles que de garçons à l'Université.

La multiplication par 4 depuis 1960 de la population à scolariser et la multiplication des taux bruts de scolarisation par près de 10 au primaire (d'environ 10% en 1960 à 100% en 2008) et par 12 au secondaire (de 2% à 25%) ont conduit à une multiplication énorme du nombre d'élèves scolarisés: par 40 au primaire et par 50 au secondaire. Dans l'enseignement supérieur par contre, entre 1991 et 2008, le taux brut n'a augmenté que de 25%. Les moyens humains et financiers qu'il a fallu mobiliser pour arriver à ces résultats ont été colossaux. Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à l'éducation se serait situé ces dernières années entre 3% et 4% du PIB et ces dépenses auraient représenté environ 16% du total des dépenses de l'Etat. Le coût par élève au primaire représentait en 2008 environ 13% du PIB par tête, ce qui correspond à environ 30 000 Ouguiya ou près de 120 USD. Cependant les coûts par élève au secondaire et dans le supérieur sont trois fois plus élevés. Or, comme on vient de le voir, on doit s'attendre dans les 20 prochaines années à une forte progression des effectifs de ces deux niveaux.

On peut se fixer comme objectif d'atteindre assez rapidement un taux net de scolarisation de 100% dans le primaire (contre 80% en 2008) et d'ici 2030, un taux net de scolarisation de 60% dans le secondaire (contre 16% en 2007) et un taux brut de 15% dans le supérieur, ce qui permettrait à la Mauritanie d'arriver à des niveaux d'éducation plus ou moins comparables à ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents. Ces objectifs correspondent à une augmentation des taux de 25% pour le primaire, à leur multiplication par 3,75 pour le secondaire et par 4 pour le supérieur. Mais par ailleurs, d'ici 2030, les populations scolarisables vont augmenter en gros de 20% à 40% pour le primaire (dépendant de l'hypothèse démographique) et elles vont augmenter de 40% pour le secondaire et pour le supérieur. La combinaison de ces facteurs conduit ainsi en 2030 à des effectifs d'élèves de 50% à 75% plus nombreux au primaire, 5 fois plus nombreux au secondaire et 5,5 fois plus nombreux au supérieur. Atteindre ces objectifs constitue un défi qu'il n'est pas impossible de relever, mais les moyens humains et financiers qu'il faudra mobiliser de manière continue sont très importants. Il faut savoir en effet qu'une multiplication de moyens par 5 en 20 ans requiert un taux de croissance continu de ces moyens de 8% par an. Par ailleurs, le processus formel d'accumulation des connaissances étant lent, plusieurs décennies d'efforts sont encore nécessaires pour que tous les 15 à 64 ans (la population active) sachent lire et écrire. En effet, en supposant qu'on arrive à l'éducation pour tous au primaire en 2020, les enfants qui auront alors entre 5 et 15 ans n'auront en 2050 qu'entre 35 et 45 ans. Concernant l'éducation secondaire, compte tenu des taux encore modestes atteints il faudra davantage de temps et d'efforts pour que 60% de la population active ait au moins un niveau d'éducation secondaire.

3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?

Un état de santé satisfaisant de l'ensemble de la population, en particulier de la population active, mais aussi des mères et des enfants, est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie et pour les enfants à leur réussite scolaire. Des taux de mortalité et de morbidité peu élevés constituent donc un élément essentiel de la qualité du capital humain du pays. Les indicateurs dont on dispose à ce sujet sont des estimations. Elles ne sont pas parfaites, mais elles permettent cependant de se faire une idée des progrès réalisés.

Ainsi l'espérance de vie à la naissance, qui était selon la Division de la Population des Nations unies de 44,5 ans en 1960, était estimée à 57 ans en 2010. Malgré le ralentissement récent de sa progression (voir en 2.1), elle aurait donc progressé de 13 ans.

La Mauritanie devait compter une vingtaine de médecins au moment de l'indépendance. Elle en compterait aujourd'hui plus de 300. Mais la population ayant été multipliée par quatre, le nombre d'habitants par médecin reste très élevé. On ne comptait toujours en effet en 2004 qu'un médecin pour 9 000 habitants, contre un médecin pour 2000/3000 habitants dans les pays émergents (tableau 5). Par ailleurs, la Mauritanie comptait en 2004 environ 1 600 infirmiers, soit un infirmier pour 1 800 habitants. Elle comptait aussi en 2006, 1 200 lits d'hôpital, soit un lit pour 2 500 habitants. Dans les pays émergents, on compte un infirmier pour 500 à 1500 habitants et un lit pour 500 à 1000 habitants. Dans ce contexte, les décès, largement évitables, imputables aux maladies infectieuses, à une mauvaise prise en charge des grossesses et à la malnutrition sont nombreux. On estimait en 2002 que 65% du total des décès au Mauritanie étaient imputables à ces causes (contre 10% à 30% dans les pays émergents). Le pourcentage de personnes sous alimentées (en dehors des périodes de pénuries aigües qui surviennent entre deux récoltes), reste non négligeable puisqu'il était estimé en 2006 à 8%, contre 10% en 1992, donc en légère diminution. 200 000 personnes sont concernées.

Dans le domaine de l'hygiène, l'accès à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité reste insuffisant, mais il a progressé ces dernières années. On estimait ainsi que 60% de la population avaient accès à une eau de meilleure qualité en 2006, contre 37% en 1990. Les progrès réalisés ont concerné aussi bien le milieu rural que le milieu urbain. Entre 1990 et 2006 en effet, le pourcentage de la population ayant accès à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité est passé de 41% à 54% en milieu rural et de 30% à 70% en milieu urbain. L'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement est aussi globalement insuffisant (24% en 2006), les quelques progrès réalisés n'ont concerné que le milieu urbain. Le pourcentage de la population ayant accès à tels systèmes est en effet passé de 33% en 1990 à 44% en 2006 en milieu urbain, mais de 11% à 10% en milieu rural où les réalisations ont donc tout juste suffi à compenser l'augmentation de la population.

Mauritanie **Tableau 5. Santé.**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2006-09
Nombre d'habitants par médecin (en milliers)	41,3	18,0	14,5(1977)	15,9	7,2(1995)	9,1(2004)
Population sous-alimentée (en %)	-	-	10(1992)	8(1997)	7(2002)	8(2006)
Population approvisionnée en eau (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	30	52	70(2006)
- en milieu rural	-	-	-	41	48	54(2006)
Accès à un système d'assainissement (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	33	39	44(2006)
- en milieu rural	-	-	-	11	11	10(2006)
Mères ayant reçu des soins prénatals	-	-	-	-	-	-
- au moins 1 fois	-	-	-	48(1991)	64(2001)	75(2007)
- au moins 4 fois	-	-	-	-	16(2001)	-
Naissances assistées par personnel de santé %	-	-	-	40(1991)	57(2001)	61(2007)
Enfants vaccinés (%) contre:	-	-	-	-	-	-
- la rougeole	-	-	45(1981)	38	62	65(2008)
- la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	-	-	18(1981)	33	40	74(2008)
- la tuberculose	-	-	57(1981)	79	75	89(2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	181	157	103	74	73	71(2009)
Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1000)	-	-	165	130	121	118(2009)
Enfants de petits poids par rapport à l'âge(%)	-	-	-	-	30(2001)	23(2007)
Enfants de petite taille par rapport à l'âge (%)	-	-	-	-	40(2001)	29(2007)

Source : voir note 16 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050.

La mortalité maternelle et celle des enfants sont toujours à des niveaux élevés, malgré les progrès accomplis en termes de suivi des grossesses et d'assistance à l'accouchement. On estimait en 2007 que 3 femmes sur 4 (75%) avaient reçu des soins prénatals par un personnel de santé au moins une fois pendant leur grossesse. Malheureusement ce suivi était très incomplet car selon les données de l'enquête DHS de 2000-2001, seule une femme sur six (16%) avait eu les quatre visites recommandées. Concernant les accouchements, on estimait en 2007, que 61% des naissances s'étaient déroulées avec l'assistance de personnels de santé contre 41% en 1991 (tableau 5, figure 5.1). Ces taux de couverture ne sont pas satisfaisants de même que, globalement, la qualité des soins

correspondants. Ceci explique le ratio de décès maternel toujours élevé qui prévaut au Mauritanie. Le ratio de décès maternel a été estimé par modèle²⁴ à 820 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2005, contre 686 estimé à partir des déclarations recueillies lors de l'enquête réalisée en 2007. Quel que soit le ratio retenu, la mortalité maternelle au Mauritanie reste parmi les plus élevées au monde. Le ratio estimé par modèle est en effet environ 3,5 fois plus élevé que celui donné pour le Maroc, 6 fois plus élevé que celui donné pour l'Égypte, 8 fois plus élevé que celui donné pour la Tunisie, 13 fois plus élevé que celui donné pour la Malaisie, plus de 50 fois plus élevé que celui donné pour l'île Maurice et 100 fois plus élevé que ceux donnés pour les pays développés. Selon le ratio utilisé (données de l'enquête de 2007 ou ratio estimé par modèle), le nombre de décès maternels en Mauritanie se situerait actuellement entre environ 750 et 900 décès par an, ce qui correspond à environ 2,5% du total des décès. Ces résultats s'expliquent non seulement par la prise en charge toujours insuffisante des grossesses, mais aussi par l'importance des grossesses à risques qui représentent entre la moitié et les deux tiers des grossesses. Ceci est la conséquence de l'importance des grossesses chez les adolescentes, des grossesses mal espacées, des grossesses trop nombreuses ainsi que des grossesses tardives (après 35 ans voire 40 ans). En effet, selon les résultats de l'enquête de 2003-2004²⁵, une Mauritanienne sur deux avait eu son premier enfant avant 18 ans et 43% d'entre elles étaient mères avant 20 ans. L'espacement entre les deux dernières naissances reste aussi encore trop souvent inférieur à 24 mois. Aussi, les naissances de mères de plus de 35 ans concerneraient près d'une Mauritanienne sur cinq.

L'ensemble de ces facteurs contribue également à la forte mortalité des enfants. La moitié (49%) des quelque 35 000 décès annuels qui surviennent en Mauritanie sont des décès d'enfants de moins de 5 ans. Pourtant, la couverture vaccinale a fortement progressé. Aujourd'hui 2 enfants sur 3 ont été vaccinés contre la rougeole (65% en 2008), 3 enfants sur 4 ont été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (vaccin DTP : 74%) et 9 enfants sur 10 ont été vaccinés contre la tuberculose (89%). De fait, les taux de mortalité infantile avant 5 ans ont diminué, mais comme on l'a déjà signalé, on estime que cette baisse s'est ralentie dans les années 1980. Par ailleurs, la malnutrition des enfants reste à des niveaux trop élevés, malgré des progrès récents. On distingue à ce sujet le petit poids pour l'âge et la petite taille par rapport à l'âge. Le faible poids pour l'âge peut être dû à la petite taille de l'enfant et/ou à sa maigreur, deux causes qu'il n'est pas facile d'isoler. Selon les résultats des enquêtes DHS de 2000-2001 et MICS 2007 les pourcentages d'enfants de moins de 5 ans de petit poids et de petite taille par rapport à leur âge ont diminué. En 2007, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans de petits poids par rapport à leur âge était estimé à 23% et le pourcentage d'enfants de petite taille par rapport à leur âge à 29% (tableau 5, figure 5.2)²⁶. Le retard de croissance en taille, plus fréquent, appelé parfois « malnutrition chronique » est le révélateur de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés par l'enfant notamment entre 6 et 24 mois. Près d'un enfant sur trois souffrait toujours d'un retard de taille par rapport à son âge en Mauritanie en 2007. Ce niveau est très préoccupant, car le retard de croissance en taille a des conséquences à long terme très graves. Selon plusieurs études en effet, le retard de croissance en taille affecte négativement les capacités cognitives et l'état de santé des enfants concernés jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance en taille est donc susceptible d'avoir des effets considérables et durables sur la productivité des économies et le bien-être des citoyens²⁷. Les efforts pour éliminer la malnutrition en Mauritanie doivent donc être poursuivis.

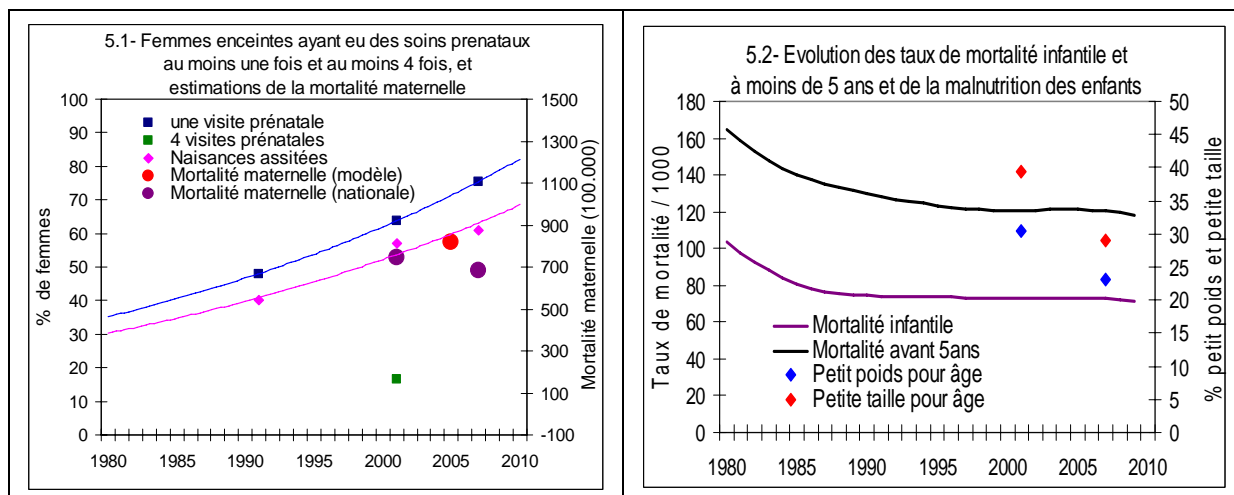
²⁴ Les niveaux de mortalité maternelle sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression à partir de données sur la fécondité, les sages-femmes, la prévalence du VIH, voir <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>.

²⁵ voir <http://www.measuredhs.com/pubs/> Country, Mauritania: Special, 2003-04, Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme (EMIP), 2003-2004, page 21

²⁶ Pour les définitions de ces deux indicateurs voir <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> et <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS>

²⁷ Voir www.worldbank.org/adi « Indicateurs du Développement en Afrique, 2010, Banque mondiale », page 14.

Figures 5.1. et 5.2. : Evolution de la prise en charge des grossesses, mortalité et nutrition des enfants



Source : voir note 16 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations, Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050

Selon la Banque mondiale, les dépenses consacrées à la santé ont représenté ces dernières années près de 2,6% du PIB, ce qui correspond à des dépenses d'environ 6 200 FCFA par an et par personne ou 25 USD. Le gouvernement a consacré ces dernières années environ 5% de son budget à des dépenses liées à la santé (dépenses récurrentes – prestations de soins préventifs et curatifs, activités de planification familiale, ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence en matière santé – et en immobilisations prévues par les budgets de l'Etat). Mais le recours assez fréquent au secteur privé pour les soins préventifs comme curatifs pose le problème de l'organisation du système de santé en Mauritanie et des carences du secteur public auquel recourt encore la majorité de la population, mais surtout les familles et les personnes les plus défavorisés et vulnérables de la population.

Dans les 20 ans à venir, l'augmentation de la population et la nécessité d'améliorer la couverture sanitaire et les performances du système de santé, vont requérir des moyens considérables. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre d'adultes et de vieux, les cas de maladies cardio-vasculaires et de maladies liées au vieillissement vont augmenter. Quelle que soit l'hypothèse démographique retenue, les effectifs de la population de 15 à 64 ans vont augmenter d'environ 60% d'ici 2030 et les effectifs de la population de 65 ans et plus vont plus que doubler. Même en se fixant des objectifs à atteindre d'ici 2030 modérés, correspondants aux niveaux atteints par les pays émergents, il faudrait par exemple multiplier par 4, le nombre de médecins par habitant, par 3 le nombre d'infirmiers par habitant et par 2 le ratio lits d'hôpital par habitant. Comme la population totale augmentera d'environ 50% d'ici 2030, il faudrait pour atteindre ces objectifs multiplier les moyens actuels par respectivement 6, 4, 5 et 3 fois, ce qui suppose une croissance des moyens de 6% à 9% par an pendant 20 ans. Concernant le suivi des grossesses, leur nombre peut être stabilisé d'ici 2030 avec l'hypothèse démographique basse, mais il augmentera de 40% avec l'hypothèse démographique haute. La quasi-stabilisation du nombre des naissances dans les 20 ans qui viennent permettrait donc un suivi plus complet des femmes enceintes et l'amélioration de la qualité des soins, deux conditions essentielles pour accélérer la baisse de la mortalité maternelle et pour réduire encore davantage les taux de mortalité des enfants. Avec l'hypothèse démographique haute par contre, des moyens importants continueront d'être nécessaires pour simplement faire face à l'augmentation du nombre des grossesses. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qu'il faudra vacciner et dont il faudra suivre la croissance augmentera à peu près dans les mêmes proportions que les naissances, mais ils seront moins nombreux avec l'hypothèse démographique basse (530 000 contre 680 000 en 2030), ce qui se traduira par « un moins à dépenser », c'est-à-dire par des économies susceptibles d'être investies par exemple dans l'amélioration du système de santé.

3.4. Comment la Mauritanie peut-elle bénéficier du dividende démographique ?

Dans ce contexte, toujours contraint par divers retards à rattraper et par la poursuite de la croissance démographique, quelle est la pertinence du concept de « dividende démographique » ?

L'impact de la forte croissance démographique des pays du Sud sur leur développement a fait l'objet de nombreux débats. En Afrique subsaharienne, le point de vue dominant a été et reste encore largement, de considérer la croissance rapide de la population et sa taille comme des facteurs de prospérité, car contribuant à l'expansion des marchés et à l'augmentation du capital humain des pays. De fait, jusqu'à la fin des années 1990, la plupart des travaux économétriques sur le sujet concluaient que les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu robustes, ce qui explique en partie la faible mobilisation des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité. Cependant, en se limitant à l'analyse des relations entre croissance économique et croissance démographique et à la taille de la population, ces travaux ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge²⁸. Se pose aussi la question de l'impact de la taille de la population d'un pays sur sa croissance économique, nombre de pays émergents en dépit de leurs populations peu importantes, comme Maurice et Singapour par exemple, ayant enregistré de fortes croissances économiques.

De nombreux travaux récents montrent effectivement l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays, conclut ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques.²⁹ Les auteurs estiment à partir d'un modèle de régression pour la période 1960-2004, la contribution de 11 variables (regroupées en conditions initiales, démographie, géographie, chocs, facteurs politiques) à la croissance des pays concernés. Ils trouvent ainsi que les différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées pour l'échantillon (différence de -1,1 point), pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de -2,8 points) et d'Asie du Sud (différence de -1,7 point), s'explique principalement par les écarts entre taux de dépendance et espérances de vie à la naissance des pays étudiés. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40% et 60% de ces différences. Vient ensuite, à un niveau aussi très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par périodes (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays, confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Ceci se vérifie également dans le cas de la Mauritanie pour la période 1975-1994. Les auteurs concluent qu'il convient donc de chercher à accélérer la transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité) au travers de programmes de santé et de planification familiale, ceci afin de créer les conditions d'amélioration de la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches qui intègrent la dimension structure par âge se basent sur la reconnaissance de la solidarité intergénérationnelle qui existe dans toute société et sur la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique³⁰. Dans un premier temps, la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît, mais, la population d'âge actif (conventionnellement les 15 à 64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent et les actifs, plus nombreux, ainsi que les gouvernements sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus et de leurs budgets à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance, ouvre une première fenêtre d'opportunité, qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin donc de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce qu'on appelle la période du « second dividende

²⁸ BIRSDSALL N., KELLEY C., SINDINGS S.W., 2000 : "Population Matters". OXFORD University Press.

²⁹ NDULU Benno J. & al., 2007 : « *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions* » – World Bank, Washington D.C (voir pages 79 à 97, 86 et 90 pour les données sur la Mauritanie et 106 à 116).

³⁰ Booms, Replis et Échos. David E. Bloom et David Canning. Finances & Développement, septembre 2006 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, pages 8 à 13.

démographique ». En effet ces nouveaux « vieux » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs. Et, si ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent donc se chevaucher, ont eu des effets positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ceci est particulièrement vrai en Asie de l'Est et du Sud-est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44% des 4,3% par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000³¹. Cependant, la contribution à la croissance du premier dividende démographique, comme du second, n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. A ce sujet, l'expérience des pays d'Asie de l'Est³² souligne l'importance de trois facteurs : 1) la qualité du capital humain (éducation et santé), 2) la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail et par là, les salaires et 3) le rôle de l'épargne et des investissements. De fait, la croissance rapide de la main d'œuvre ne devient un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse, plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge et un facteur de troubles sociaux. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allègement des dépenses en direction des enfants et des jeunes, ne se traduira pas par une augmentation des investissements si l'inflation est forte, la situation politique instable et si les institutions politiques et judiciaires sont peu fiables.

Ceci dit, l'importance et les modalités des transferts des actifs (qui produisent plus qu'ils ne consomment) vers les enfants et les personnes âgées (qui consomment mais ne produisent pas ou peu) varient d'un pays à l'autre. Certaines dépenses sont surtout à la charge des familles (nourriture, habillement, logement), d'autres, davantage à la charge de l'Etat (santé, éducation), quoique le recours au secteur privé puisse être important. Le projet *National Transfer Accounts* (NTA) étudie dans le détail ces modalités pour 23 pays dont 5 pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Nigeria, Mauritanie, Mozambique et Afrique du Sud)³³. Il apparaît pour ces pays que l'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) est relativement élevé, de l'ordre de 30 ans (35 ans au Mauritanie en 2004 et 32 ans au Nigeria en 2005) et que l'âge auquel ils redeviennent des consommateurs nets est de l'ordre de 60 ans (60 ans au Mauritanie et 62 ans au Nigeria). Ceci laisse un nombre d'années de « surplus » d'une trentaine d'années et conduit à des ratios de support (nombre d'actifs par dépendants) plus faibles que ceux obtenus en considérant comme actifs les 15 à 64 ans et les dépendants les moins de 15 ans et les 65 ans et plus.

Compte tenu de l'amorce très récente de la baisse de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »³⁴. Le travail fait à ce sujet qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les données nécessaires à l'analyse étaient disponibles répond positivement, tout en soulignant à nouveau l'importance d'un environnement politique et institutionnel adéquat. Malheureusement la Mauritanie ne fait pas partie des pays examinés. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, les auteurs ont conclu en 2007, que parmi les 32 pays étudiés, le Ghana, la Côte-d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique. Le Cameroun, le Mauritanie, la Tanzanie et le Togo étaient bien placés pour la croissance de leur main-d'œuvre, mais devaient améliorer

³¹ Les dividendes de l'évolution démographique. *Ronald Lee et Andrew Mason*. Finances & Développement Septembre 2006, page 17 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>

³² Capitalizing On The Demographic Dividend. *Andrew Mason*. In *Poverty. Achieving Equity ...PDS Series, Nber 8, 2003*, UNFPA, p.39-48. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf .

³³ <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings> voir [EWC Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, June 11-12, 2010](#)

³⁴ Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different? D.E. Bloom & al. Harvard University, May 2007. http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf

significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et un environnement institutionnel toujours déficient semblaient exclure dans l'immédiat, selon les auteurs, les autres pays étudiés.

On peut conclure à partir de ce qui précède que la Mauritanie est effectivement en bonne position pour bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant lui du dividende démographique pour conforter et accélérer sa croissance économique. En effet, elle est relativement avancée dans sa transition démographique et sa population a déjà des niveaux d'éducation appréciables (du moins au niveau primaire). Si la baisse de la fécondité se poursuit, la Mauritanie continuera à améliorer son taux de dépendance et elle sera en mesure de bénéficier des investissements importants qu'elle a consentis dans l'amélioration de son capital humain, tout en étant en position de pouvoir continuer à l'améliorer dans les domaines de l'éducation (notamment aux niveaux secondaire et supérieure) et de la santé. Si parallèlement des efforts pour parfaire la qualité de son environnement institutionnel sont poursuivis, la Mauritanie pourrait donc bénéficier assez rapidement du dividende démographique et donc d'une croissance économique plus forte et moins aléatoire que par le passé.

4 Les politiques publiques de la Mauritanie face aux défis démographiques³⁵

Les autorités mauritaniennes ont considéré jusque dans les années 1990, que la croissance démographique du pays et ses niveaux de fécondité étaient satisfaisants et ne justifiaient pas d'intervention particulière³⁶. Pourtant, depuis le milieu des années 1970, la croissance rapide de la population de la Mauritanie est bien documentée. En effet, les projections des Nations unies, comme les projections nationales publiées sur la base des résultats du recensement de 1988 ont anticipé l'augmentation rapide de la population.

4.1 Les politiques de population

La Mauritanie a adopté sa première Déclaration de Politique de Population (DDP) en 1995 et une année après a procédé à la création de la Commission Nationale de la Population (CNP) chargée de conseiller et d'orienter le gouvernement sur les questions de population. La CNP est aujourd'hui rattachée à la Direction des Stratégies et des Politiques du Ministère des Affaires Economiques et du Développement. Le Conseil des Ministres est l'organe de décision en matière de politique de population.

La Déclaration de Politique de Population de 1995³⁷ était à vocation multisectorielle et soulignait que l'intégration des problèmes de population et de développement était une condition nécessaire à une croissance économique qui assure le bien-être des populations. Elle se fixait pour objectif général la lutte contre la pauvreté. Huit objectifs spécifiques ont été définis :

1. favoriser une répartition spatiale optimale de la population ;
2. accorder plus de place au suivi de la situation des immigrés et au suivi rigoureux de la migration internationale ;
3. mettre en œuvre la politique de la famille et promouvoir le bien-être de la femme et de l'enfant. Parmi les stratégies pour la mise en œuvre de cet objectif on a l'adoption du Code de famille (ce Code est entré en vigueur en 2001), la lutte contre le mariage précoce, le suivi de toutes les femmes enceintes et la scolarisation des filles ;
4. assurer la santé de la population, notamment en augmentant le budget alloué au secteur de la santé pour le ramener au niveau recommandé par l'OMS ;
5. généraliser l'éducation et la formation ;
6. protéger les groupes vulnérables;
7. protéger l'environnement ;
8. développer la recherche sur la population. Cet objectif comprend le respect de la périodicité intercensitaire recommandée par les Nations Unies.

En janvier 2005, le gouvernement a procédé à l'actualisation de la DPP. Cette actualisation a été jugée nécessaire pour intégrer les différentes politiques nationales de développement, notamment le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2001-2004 et pour prendre en compte les nouveautés sur le plan international, tels que la Déclaration Mondiale sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD). La DPP 2005 tient compte de l'urbanisation qui s'est accentuée depuis la première DPP, de l'évolution des mentalités qui ont fait que les femmes ont acquis de nouvelles parcelles de pouvoir. La DPP 2005 tient également compte des évolutions positives et significatives qui ont été observées en particulier en matière de mariage précoce, de planning familial et de « gavage » des jeunes femmes.

³⁵ Cette partie s'appuie sur le travail d'analyse de nombreux documents réalisé en septembre 2010 par Ahmed Ould ISSELMOU.

³⁶ <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, voir [World Population Policies 2009 Data Online](#)

³⁷ Ministère du Plan (1995) : *Déclaration de Politique de Population*, Nouakchott

La DPP de 2005³⁸ a repris les huit objectifs de la DPP précédente sans pour autant afficher d'objectifs quantitatifs. La DPP de 2005 prend comme cadre de référence le CSLP 2001-2004. Elle précise que les indicateurs et objectifs quantifiables sont les mêmes que ceux du CSLP. La DPP de 2005 ne s'appuie pas sur différents scénarios d'évolution future de la population, mais elle utilise les résultats du recensement général de 2000, de l'enquête DHS 2001 et du profil de pauvreté fait en 2000.

La DPP 2005 n'est pas associée à un programme d'actions en matière de population, comme dans la plupart des autres pays de la sous-région, mais elle est exécutée à travers des projets et son évaluation se fait au travers des neuf composantes-projet décrites ci-après :

- Office National de la Statistique ;
- Agence Nationale de Promotion de l'Emploi des Jeunes ;
- Ministère de la Communication et des Relations avec le Parlement ;
- Genre-Droit de la femme et de la famille/ Ministère des Affaires Sociales de l'Enfance et de la Famille ;
- Programme National de Santé de la Reproduction ;
- Ministère de la Culture de la Jeunesse et des Sports ;
- Education ;
- Ministère des Affaires Islamiques et de l'Enseignement Originel ;
- Politique de Population et Coopération/ Ministère des Affaires Economiques et du Développement.

Chaque composante est autonome dans sa gestion et est suivie au travers des audits annuels, des réunions de suivi et des revues. Elle établit au début de chaque programme un plan d'action annuel détaillé qui est proposé pour la revue et qui donne les grandes lignes des plans d'actions.

Un processus de révision de la DPP de 2005 a été entamé en 2010 afin qu'elle puisse s'adapter au Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté de troisième génération 2011-2015. Ce processus devrait aboutir prochainement à l'adoption d'une nouvelle politique de population couvrant également la période 2011-2015.

4.2 Les politiques de santé et en santé de la reproduction

Le document national de référence pour toute action socio-sanitaire en Mauritanie aujourd'hui est la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale 2005-2015 (PNSAS)³⁹. Les objectifs ciblés par cette politique de façon prioritaire concernent la santé de la mère et de l'enfant et la lutte contre les grandes endémies et les maladies émergentes. Pour ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, il a été décidé de poursuivre les actions prioritaires entreprises depuis plusieurs années en vue de réduire d'ici à 2015 la mortalité maternelle de trois quart et la mortalité infantile de deux tiers conformément aux OMD. Il a également été décidé d'améliorer la situation nutritionnelle tant des enfants que des mères, de façon à contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité imputable à la malnutrition tant chez les enfants de moins de 5 ans et que chez les femmes enceintes. En ce qui concerne les grandes endémies et les maladies émergentes, les efforts viseront d'ici à 2015 à stabiliser la prévalence du VIH/Sida en dessous de 1% dans la population générale et à diminuer la prévalence du paludisme, de l'hépatite B et de la tuberculose.

Le Gouvernement et certains de ses partenaires ont convenu d'adopter progressivement l'appui budgétaire comme mode de financement de ces politiques de façon à permettre plus de souplesse dans les mécanismes de disponibilité financière, ainsi que dans l'amélioration du processus de suivi du programme sanitaire et social. Les plans directeurs et les plans d'actions qui doivent opérationnaliser la PNSAS sont en cours d'élaboration.

La PNSAS 2005-2015 ne fait pas référence à la DPP et ne mentionne aucun objectif, aucune hypothèse concernant la croissance démographique et la prévalence contraceptive. Dans sa partie

³⁸ Ministère des Affaires Economiques et du Développement (2005) : *Déclaration de Politique de Population, réactualisée en janvier 2005*, Nouakchott

³⁹ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (2005) : *Politique nationale de Santé et d'Action Sociale 2005-2015*, Nouakchott.

relative au contexte général, la PNSAS remarque que la population de la Mauritanie qui était de 2,75 millions d'habitants en 2003 devrait atteindre 3,4 millions d'habitants en 2010.

En 2009, un Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) a été élaboré en même temps qu'un plan stratégique (PSSR) 2009-2013. Ce plan stratégique⁴⁰ souligne que la Mauritanie est confrontée à une double problématique dans le domaine de la santé de la reproduction : une natalité galopante et des mortalités maternelle, néonatale et infantile très élevées. Le diagnostic de la situation contenu dans le plan fait état de certaines contraintes importantes qui empêchent l'amélioration de la santé de la reproduction, y compris le fait que «l'engagement politique à la promotion de la santé de la reproduction, annoncé dans les discours et les documents officiels, ne [soit] pas encore palpable sur le terrain».

Le PSSR 2009-2015 définit quatre composantes prioritaires, à savoir:

- la santé maternelle et néonatale,
- l'espacement des Naissances,
- la santé de La Reproduction des Adolescents et des Jeunes,
- les infections Sexuellement Transmissibles.

Pour ce qui concerne la composante "santé maternelle et néonatale", l'objectif principal identifié est la réduction d'ici 2013 de 30% de la mortalité maternelle et de 20% de la mortalité néonatale. Parmi les objectifs intermédiaires, on trouve l'augmentation d'ici 2013, du taux de couverture périnatale de 20 % ainsi qu'un taux d'accouchement assisté de 85%.

Pour ce qui concerne la composante "espacement des naissances", l'objectif principal identifié est l'atteinte d'un ISF inférieur ou égal à 5,5 enfants par femme. Les objectifs intermédiaires incluent l'augmentation de 50 % de la prévalence contraceptive d'ici à 2012 et de 50% des « couple/année/protection».

Le PSSR dresse un constat de faiblesse de la demande en contraceptif due au « comportement procréatif 'supposé' pronataliste de la population » entretenu par les barrières socioculturelles et majorées par l'analphabétisme, ainsi qu'à la perception par certains responsables mauritaniens, qui eu égard à la taille (modeste) de la population, considèrent la planification familiale inutile. La conclusion indique que cette stigmatisation « voulue ou non voulue » compromet le rôle crucial de la planification familiale dans la prévention des risques, induits par les grossesses précoces, rapprochées et fréquentes.

Par ailleurs, une Stratégie Nationale de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SNSPSR) a été élaborée en décembre 2009, dans le cadre du Programme National de la Santé de la Reproduction⁴¹. Au regard des résultats et des recommandations de l'analyse situationnelle réalisée en juillet 2008, cinq domaines prioritaires ont été identifiés :

- engagement politique de l'Etat et coordination des interventions - un des objectifs clé de ce volet est l'adoption de la loi sur la SR ;
- sécurisation du financement et coordination de l'apport des partenaires ;
- sécurisation de l'approvisionnement des produits SR de qualité et gestion performante des produits SR ;
- mise en place d'une stratégie de promotion de l'espacement des naissances ;
- élaboration d'un manuel de procédures et de gestion des produits de la SR.

On constate que la SNSPSR évoque uniquement l'espacement des naissances et que ce volet reçoit un traitement relativement sommaire par rapport aux trois premiers volets. La SNSPSR constate que selon le MICS 2007, 25% des femmes auraient un besoin non satisfait de contraception et indique que le manque d'information sur l'espacement des naissances, l'insuffisance de compétences des prestataires dans l'offre des méthodes contraceptives et dans la gestion des effets secondaires

⁴⁰ Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (2009) : *Programme National de Santé de la Reproduction : Plan Stratégique SR 2009-2015*, Nouakchott

⁴¹ Ministère de la Santé (2009) : *Stratégie Nationale de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction*, Nouakchott

constituent des obstacles contribuant à la sous utilisation des produits pour d'espacement des naissances. En termes de financement, une contribution grandissante de la part de l'Etat est proposée, partant d'un financement assuré à 100% par les PTF en 2009, puis il est prévu pour 2015 un financement à hauteur de 65% par l'Etat et 35% par les PTF.

4.3 Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté

Le premier CSLP en Mauritanie a été élaboré en janvier 2001 pour la période 2001-2015. Son premier plan d'action de mise en œuvre couvrait la période 2001-2004⁴² et reposait sur quatre axes : (i) l'accélération de la croissance économique, (ii) son ancrage dans la sphère des pauvres, (iii) le développement des ressources humaines et l'expansion des services sociaux de base et (iv) la promotion d'un développement institutionnel et d'une bonne gouvernance. Le CSLP 2001-2004 mentionnait le facteur démographique comme un obstacle à une réduction rapide de la pauvreté et soulignait que la contrainte démographique pesait sur le développement du pays à deux niveaux.

Ainsi il indiquait d'abord que, le maintien d'une natalité forte se traduisait par un rythme de croissance élevé de la population (2,9% par an en moyenne) et que du fait de la pyramide des âges du pays, la population mauritanienne devait pratiquement doubler entre 1996 et 2020 pour passer de 2,6 millions à 4,1 millions entre 2000 et 2015. Le CSLP 2001-2004 identifiait également l'importance des mouvements migratoires comme deuxième paramètre essentiel, soulignant que le rythme des migrations vers la capitale restait soutenu, ce qui se traduisait par une croissance de la population de Nouakchott de l'ordre de 5% par an. Ces deux éléments étaient identifiés comme constituant des contraintes fortes de par leurs effets sur l'évolution du revenu par tête et sur l'accroissement de la demande sociale, en particulier urbaine. Ces évolutions contribuaient également à aggraver les problèmes d'environnement.

Au terme du premier plan d'action, le processus de révision du CSLP a abouti à l'élaboration d'un deuxième CSLP couvrant la période 2006-2010. Ce CSLP de deuxième génération s'inscrit pleinement dans une optique de prise en compte et d'accélération de l'atteinte des OMD. Les quatre axes du CSLP 2001-2004, considérés comme toujours pertinents, ont été reconduits et complétés par un cinquième axe portant sur le renforcement du pilotage, du suivi, de l'évaluation et de la coordination.

Le CSLP 2006-2010⁴³ vise une croissance économique ambitieuse de 10,7% par an sur la période. Ce scénario de croissance, le seul scénario retenu, est basé en grande partie sur l'hypothèse d'une très forte croissance du secteur pétrolier. Sans la contribution de l'exploitation pétrolière, le CSLP estimait un taux de croissance, toujours ambitieux de 6,5% par an, pour la période 2006-2010. Cette forte croissance devait contribuer à la réduction de la pauvreté à moins de 35% au niveau national en 2010 – moins de 45% en milieu rural et moins de 35% en milieu urbain. Quelques-uns des objectifs retenus par la DSRP 2006-2010 sont résumés au tableau 6.

Le CSLP 2006-2010, souligne qu'en matière de population, les principales réalisations concernent : (i) la validation de la Déclaration de la Politique de Population, (ii) le renforcement de la prise de conscience des questions de population à travers le développement de programmes d'information et de communication en partenariat avec les ONG, les parlementaires et les médias, (iii) le renforcement du dispositif de pilotage et (iv) le développement d'outils d'analyse et de recherche sur la population à travers l'appui aux associations de population et la mise en place, au niveau de l'Office National de la Statistique, d'une base de données sociales et d'une unité de recherche et d'analyse démographique.

Les objectifs fixés en matière de politique de population sont : (i) la réduction de l'indice synthétique de fécondité⁴⁴ ; (ii) le renforcement des capacités de mise en œuvre et de suivi de la Déclaration de Politique de Population ; (iii) assurer un développement régional harmonieux favorisant la fixation des populations dans leurs terroirs et (iv) la réduction des inégalités entre genres. Malgré ces objectifs spécifiques dans le domaine de la population, l'intégration de la variable démographique n'apparaît pas clairement dans les objectifs généraux fixés par le CSLP 2006-2010, notamment, en ce qui concerne le scénario de croissance démographique retenu.

⁴² République Islamique de Mauritanie(2001) : *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté*, Nouakchott

⁴³ République Islamique de Mauritanie(2006) : *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Plan d'actions 2006-2010*, Nouakchott

⁴⁴ Les objectifs retenus sont cependant confus. En effet, le document parle de réduire l'ISF de 4,7 à 4,2 enfants par femme mais sans préciser les années correspondantes et plus loin le tableau des objectifs chiffrés parle d'un ISF de 4,5 enfants par femmes en 2010 et de 4,0 enfants par femmes en 2015.

Indicateurs/Objectifs	Valeur de référence (année ou période)	Objectif (année ou période)
Croissance PIB annuel	4,6% (2001-2004)	10,7% (2006-2010)
Croissance PIB/tête	2,7% (2004)	8,4% (2010)
Croissance démographique ISF (Indice synthétique de fécondité)	2,4% ISF : 4,7 enfants/femme (2000)	ISF 4,5 enfants/femme (2010) 4,0 enfants/femme (2015)
Taux de mortalité, des moins de 5 ans	135‰ (2000)	128‰ (2010), 55‰ (2015)
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	747 (2004)	400 (2010), 300 (2015)
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	30,2% (2004)	20% (2010), 10% (2015)
Taux brut de scolarisation -1 ^{er} cycle	95,1% (2004)	98% (2010), 100% (2015)

Source : République Islamique de Mauritanie(2006) : *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Plan d'actions 2006-2010*, Nouakchott

La préparation du CSLP 2011-2015 inaugure une méthodologie nouvelle et entend promouvoir une implication active des départements ministériels en charge des déclinaisons à l'échelle des secteurs des différents aspects de la stratégie nationale de développement portée par le CSLP. Le lancement du processus de conception et de validation du plan d'action de la troisième phase du CSLP a été entamé fin février 2010 et devrait aboutir fin 2010 / début 2011.

4.4 Les politiques sectorielles

La prise en compte des aspects démographiques est variable selon les politiques sectorielles considérées.

Concernant l'éducation, le Programme National de Développement du Secteur Educatif (PNDSE) pour la période 2001-2010 vise, entre autres, la réalisation à un horizon intermédiaire (2005) de l'accès universel à la première année de l'enseignement de base⁴⁵. Ceci devrait se traduire par l'accueil d'environ 85 000 nouveaux entrants en premier cycle en 2005. Les effectifs totaux en premier cycle devraient passer de 346 000 en 1998 à 453 000 en 2005 et à 546 000 en 2010. Les hypothèses de croissance démographique qui sous-tendent ces simulations ne sont pas explicitées. Le programme évoque plutôt de l'hypothèse d'une croissance économique de 6% par an sur la période et d'un accroissement des dépenses courantes de l'éducation en pourcentage du budget de l'Etat passant de 13,5% à 16,5% en fin de période, ceci afin d'assurer l'accès et la qualité de l'éducation.

Le Rapport d'Etat sur le Système Educatif Mauritanien de 2006⁴⁶ souligne la forte proportion de jeunes dans la population. Ainsi, la population de 6 à 11 ans représentait 16 % de la population totale en 2004. Le rapport constate que ce chiffre est un peu inférieur à la moyenne observée dans les pays

⁴⁵ Ministère de l'Education Nationale (2001) : *Programme National de Développement du Secteur Educatif, Tome 1 : Diagnostic et Stratégie*, Nouakchott

⁴⁶ Ministère de l'Enseignement Fondamentale et Secondaire (2006) : *Rapport d'Etat sur le Système Educatif Mauritanien : Eléments de diagnostic pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire et la Réduction de la Pauvreté*, Nouakchott

de la région mais très supérieur à ce qui est enregistré dans les pays à faible revenu d'Asie ou d'Amérique Latine. On anticipe que ce pourcentage diminue légèrement pour atteindre 15,2 % en 2015. La croissance relativement forte de la population du pays et la réduction encore modeste du ratio de dépendance, auront comme conséquence une croissance soutenue de la population d'âge scolaire au cours des 10 années à venir. Le rapport estime ainsi que le nombre des jeunes de 6 à 11 ans passerait de 411 783 en 2000 à environ 520 000 en 2010, une augmentation de près de 108 000 enfants sur 10 ans (+ 26,2 %), ce qui représente une pression forte de la demande potentielle de scolarisation sur le système éducatif mauritanien.

Dans les domaines du développement agricole et de la sécurité alimentaire, la Mauritanie a élaboré en 2003 une Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire qui vise à assurer l'accès de tous les Mauritaniens aux aliments nécessaires pour mener une vie saine et active à l'horizon 2015, à travers notamment de la promotion d'une agriculture productive, diversifiée, durable et régionalement intégrée. En 2005, la Mauritanie s'est dotée également d'une Politique Nationale de Nutrition couvrant la période 2005-2015. Cette politique estime la population mauritanienne en 2010 à 3,4 millions d'habitants, en appliquant un taux de croissance démographique de 2,6% par an.

La Stratégie de Développement du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement (SDSEA⁴⁷) a été élaborée en 2006 en conformité avec les OMD que la Mauritanie a adopté en 2000. Elle s'est engagée à réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population privée d'un accès régulier à l'eau potable et à l'assainissement. Elle utilise des projections démographiques basées sur les données du recensement de 2000, mais les objectifs sont fixés en termes de pourcentage, sans mention des effectifs. La stratégie se fixe pour objectif de passer d'un taux d'accès à l'eau potable de 30% en 2004 à 65% en 2015 en milieu urbain et de 49% en 2004 à 74% en 2015 en milieu rural.

Dans le domaine de l'aménagement du territoire, un premier Schéma d'aménagement du territoire a été réalisé en 1986 et la mission de l'aménagement du territoire est intégrée depuis 1984 à un département ministériel. Néanmoins, la Mauritanie ne dispose pas à ce jour d'une politique nationale bien définie en la matière. Le CSLP 2006-2010 en fait une priorité, constatant que les objectifs ambitieux qu'il se fixe ne pourront être atteints sans la conception et la mise en œuvre d'une véritable Stratégie Nationale d'Aménagement du Territoire qui permettrait de déterminer une vision territoriale de la Mauritanie (définissant des zones viables, les vocations des zones, le positionnement des infrastructures, l'occupation des sols, une répartition équilibrée des efforts de développement, etc.). Dans cette ligne, la Direction de l'Aménagement du Territoire et de l'Action Régionale du Ministère de l'Habitat de l'Urbanisme et de l'Aménagement du Territoire a défini en juillet 2008 les Termes de Référence de l'Etude relative à l'élaboration d'un nouveau Schéma National d'Aménagement du Territoire en Mauritanie.

4.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes

Le CSLP 2006-2010 fait référence à la Déclaration de Politique de Population et identifie des objectifs et des stratégies spécifiques pour sa mise en œuvre, contrairement à la DPP 2005 qui ne fixe pas d'objectifs chiffrés mais reprend implicitement ceux du CSLP. On pourrait donc considérer la cohérence entre ces deux politiques comme forte.

Ceci n'est pas le cas pour les politiques sectorielles dont aucune ne fait mention explicite de la DPP. Ceci est particulièrement regrettable pour les politiques et plans du secteur sanitaire (santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits de santé de la reproduction). La Politique Nationale de Santé a été élaborée en 2005, année même de l'actualisation de la DPP ; les deux autres politiques ont été élaborés en 2009, soit quatre ans après la DPP. On constate que seul le Programme en Santé de la Reproduction se fixe un objectif chiffré au niveau de la prévalence contraceptive.

En dehors de la prise en compte de la DPP dans le CSLP 2006-2010, la prise en compte des variables démographiques dans les politiques sectorielles est donc assez faible d'une manière générale. Les projections démographiques sont peu ou pas utilisées pour la fixation des objectifs qui d'ailleurs sont souvent exprimés en termes de pourcentage sans mention des effectifs concernés. Par ailleurs, il est souvent difficile de savoir comment les objectifs retenus et les besoins à couvrir ont été fixés sauf lorsque les OMD sont repris (voir tableau 7).

⁴⁷ Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (2006) : *Stratégie de Développement du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement*

Mauritanie : Tableau 7 - Objectifs démographiques selon les politiques, plans et programmes

Indicateurs / Objectifs / Politiques, plans, programmes	Mortalité avant 5 ans pour 1000 enfants nés vivants et mortalité néonatale	Mortalité maternelle pour 100.000 naissances	Prévalence contraceptive (méthodes modernes)
Déclaration de Politique de Population 2005 (<i>reprend implicitement les objectifs du CSLP 2001-2004</i>)	réduire de 140‰ en 1998 à 103‰ en 2010 et 55‰ en 2015	réduire de 930 en 1998 à 450 en 2010 et 250 en 2015	aucun objectif. réduire l'ISF de 5,4 en 1998 à 4 en 2010 et 3 en 2015
Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale 2005-2015	réduire la mortalité infantile de 2/3 d'ici 2015	réduire la mortalité maternelle de 75% d'ici 2015	aucun objectif
Plan Stratégique de Santé de la Reproduction 2009-2015	réduire de 20% la mortalité néonatale (qui était de 43‰ en 2003)	réduire de 30% la mortalité maternelle (estimée à 686 en 2007)	augmenter de 50% d'ici 2012, partant d'une prévalence de : 9,3% toutes méthodes 8,0% méthodes modernes en 2000
Stratégie Nationale de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2009-2015	aucun objectif quantifié	aucun objectif quantifié	aucun objectif quantifié

Sources : Les diverses politiques et plans mentionnés

Les projections démographiques constituent pourtant un outil privilégié de mesure des taux de couverture, d'estimation des besoins et d'identification des objectifs. C'est pourquoi il est important que des projections nationales s'appuyant sur les résultats du recensement de novembre 2010 soient réalisées dès que possible afin de servir d'outil unique de référence des divers Ministères et acteurs du développement pour une réelle prise en compte des évolutions attendues non seulement de la population totale, de la population urbaine et de la population rurale, mais également et surtout des évolutions des effectifs par âge et des effectifs des diverses populations spécifiques.

5 Comment gérer la variable population au Mauritanie ?

5.1 Les partenaires en population et santé de la reproduction

Plusieurs partenaires au développement interviennent aux côtés des autorités mauritaniennes dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction. Nous en avons dénombrés 10 (mais la liste qui suit n'est pas forcément exhaustive):

- 5 relèvent du système des Nations unies : UNFPA, UNICEF, OMS, PNUD et Banque mondiale ;
- 1 relève du multilatéral : la Commission Européenne ;
- 3 relèvent de la coopération bilatérale. Il s'agit de la Coopération française, de la Coopération espagnole et de la Coopération allemande (GTZ);
- 1 relève d'une organisation privée. Il s'agit de l'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF).

On peut ajouter à cette liste le « fond commun », programme d'appui au développement sanitaire financé par plusieurs partenaires.

Les agences du système des Nations unies et les coopérations multilatérale et bilatérale apportent essentiellement un appui financier aux structures publiques mauritaniennes (appui financier à des projets et/ou appui budgétaire). Les partenaires privés, qui reçoivent des fonds internationaux, d'origine bilatérale et privée, sont souvent plus directement impliqués dans la fourniture de services ou prestations. Les champs d'intervention de ces partenaires sont variables. Ils apportent généralement leur appui à des actions en santé de la reproduction. Ces appuis ou actions visent en priorité la réduction de la mortalité maternelle, l'amélioration de la survie des enfants, la planification familiale et aussi la lutte contre les violences faites aux femmes. Les activités en matière de planification familiale concernent plus particulièrement l'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF).

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population, intervient en Mauritanie depuis 1974. Dans les années 1980, ses interventions se sont inscrites dans le cadre d'un programme de coopération exécuté généralement sur une période de cinq ans. A ce jour, cinq programmes de coopération ont été mis en œuvre et le cinquième programme (2003-2008) s'est terminé en 2008. Le sixième programme, en cours, couvre la période 2009-2011⁴⁸. Le cinquième programme a appuyé en 2005 la définition d'une stratégie en matière de population et a cherché à sensibiliser les différents partenaires autour des questions de population. Le programme a réussi à mettre sur pied des mécanismes régionaux de coordination et de suivi de la politique nationale de population dans les départements de la région de Nouakchott. Le mécanisme a été reproduit dans d'autres régions à l'intérieur du pays. Le programme a aussi contribué à reproduire les expériences couronnées de succès visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles, en particulier le forfait obstétrical, l'accès aux services et aux droits en santé de la reproduction et la réponse humanitaire aux besoins en santé de la reproduction des femmes victimes d'inondations. On estime que la mortalité maternelle aurait diminué grâce à l'amélioration de la prise en charge des accouchements, à l'augmentation de la prévalence contraceptive et à la sensibilisation des femmes sur la maternité à moindres risques. Enfin, le cinquième programme a apporté son appui au Ministère de la Santé pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre la fistule, ce qui a permis de prendre en compte la question de la violence liée au genre qui était jusque-là non reconnue officiellement. Ceci a contribué parallèlement à accroître la représentation des femmes au sein du parlement (4% en 2005, 18% en 2007).

Le programme proposé pour 2009-2011 repose sur les priorités de la stratégie de réduction de la pauvreté (2006-2010), la politique nationale de santé (2006-2015), la stratégie d'éradication de la fistule (2005-2015), la politique nationale de la jeunesse (2004-2010), le code du statut personnel (2001), le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA (2004-2008), la loi sur le VIH (2007) et le Cadre de Développement des Nations Unies (UNDAF) 2009-2010. Son budget prévisionnel est de 12 millions USD dont 3 millions USD provenant de ressources régulières de l'UNFPA et 9 millions USD à mobiliser à travers des modalités de cofinancement (dont 6 millions de dollars pour le Recensement de 2010).

⁴⁸ <http://mauritania.unfpa.org/unfpa.htm> voir aussi Document de programme pays de la Mauritanie, Fonds des Nations-Unies pour la population, septembre 2008.

Ce programme entend :

- a) développer les capacités nationales en s'attelant aux priorités du pays dans les domaines de la santé de la reproduction, du genre, de la migration, de l'urbanisation et des questions humanitaires,
- b) développer et renforcer une action intégrée dans les zones affectées par la pauvreté en accordant une attention particulière aux anciens esclaves, aux réfugiés et aux personnes déplacées victimes d'inondations. Il comprend trois volets: (a) la santé de la reproduction, (b) la population et le développement et (c) le genre. Bien qu'il vise quatre régions spécifiques (Assaba, Gorgol, Nouadhibou et Nouakchott), certaines activités seront réalisées sur toute l'étendue du territoire national : le genre, la collecte de données, la recherche, la communication sur le changement de comportement et la sécurité des produits de la santé de la reproduction.

Il comprend trois composantes :

- 1) la composante « Santé et droits de la reproduction » qui s'inscrit dans le cadre des priorités nationales et des objectifs de l'UNDAF. Elle entend ainsi contribuer à l'accès universel aux services de santé de haute qualité, y compris ceux qui ont trait à la santé de la reproduction; et participer au renforcement de la réponse nationale face au VIH et au SIDA ;
- 2) la composante « Population et Développement » qui entend contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies visant à réduire la pauvreté et à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- 3) la composante « Genre » qui œuvrera pour la promotion d'un environnement socioculturel et législatif favorisant l'équité et l'égalité en genre ainsi que la réduction des violences faites aux femmes.

Examinons maintenant brièvement les activités de l'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF) qui intervient sur le terrain en planification familiale. L'AMPF est l'une des quelque 180 associations nationales autonomes de planning familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'IPPF a pour objectif de promouvoir dans le monde le droit à la santé reproductive et sexuelle: l'éducation sexuelle des jeunes, le renforcement du pouvoir des femmes vers l'égalité, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et la maîtrise de la fécondité⁴⁹. L'AMPF a commencé ses activités de services en 1990, à l'occasion de l'ouverture de sa première clinique cette même année. Les objectifs de l'AMPF sont de participer aux efforts en vue de l'adoption d'une politique de population, de sensibiliser la population à l'espacement des naissances et à ses avantages, de contribuer à l'amélioration des services en santé reproductive à travers les activités de sa clinique pilote et de promouvoir le statut et le développement des femmes au sein et à l'extérieur de la famille. L'AMPF compte sur l'exemple des services et de consultations de qualité qu'elle donne dans sa clinique pilote ainsi que sur les conférences et les débats radiotélévisés qu'elle organise pour accroître la demande en planification familiale. La promotion de l'espacement des naissances se fait aussi de manière indirecte au travers et à l'occasion des vaccinations et d'autres activités liées à la santé de la mère et de l'enfant. Elle se fait aussi au travers d'activités en faveur de l'autonomie des femmes par l'aide à la création de coopératives. L'AMPF fournit des services et consultations de qualité en santé maternelle et infantile et en planification familiale dans ses cliniques à Nouakchott et dans quatre autres localités (Rosso, Kiffa, Boghé, Kaédia)⁵⁰.

En dépit du nombre relativement faible des acteurs ayant des activités en santé de la reproduction et surtout en planification familiale en Mauritanie, il n'est pas aisé d'évaluer l'impact de l'ensemble des activités menées dans ce domaine dans le pays. La diversité des champs couverts est l'une des conséquences de la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population où a été adoptée une approche globale de la santé de la reproduction, ne se limitant pas à la planification familiale, mais comprenant de nombreuses autres composantes : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, épidémie du SIDA, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, etc. Dans de nombreux pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une certaine concurrence est ainsi apparue entre ces diverses composantes pour la définition de priorités. Finalement la priorité implicite ou explicite a été souvent donnée à une maternité protégée et aux soins des enfants, ces besoins étant les plus pressants. Mais cela s'est fait le plus souvent aux dépens de la planification familiale comme l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce

⁴⁹ <http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidariteInter/fiche03.php>

⁵⁰ <http://www.ippf.org/en/Where/> voir « Member Association: Mauritanie »

sujet en 2004⁵¹. Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductrice et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais elle met aussi en évidence plusieurs obstacles à cette intégration - organisation structurelle verticale des soins, manque de moyens financiers et de ressources humaines adaptés et aussi faible capacité d'absorption de l'aide - auxquels il faut ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation pré ou post-natale, l'information la plus basique sur la planification familiale⁵². Nombre de ces remarques s'appliquent à la situation en Mauritanie.

Au total, la question de l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique et la question de l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, ainsi que la question de la place à réserver aux prestataires privés ne sont pas simples. L'enquête DHS 2000-01 ne donne malheureusement aucune indication sur les sources d'approvisionnement en contraceptifs des utilisatrices, une information qu'il serait important d'avoir.

L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées et des choix envisageables en matière d'évolution future de cette répartition. Des études du type de celle réalisée au Niger en 2008 intitulée « Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé » sont susceptibles d'éclairer les choix à faire en la matière⁵³. L'extension du rôle du secteur privé par exemple permettrait d'augmenter et de diversifier l'offre. Il serait aussi judicieux d'étudier la possibilité d'augmenter l'offre en méthodes de plus long termes (telles que les DIU et les implants).

5.2 Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?

Dans le contexte démographique, socio-économique, politique et culturel qui vient d'être décrit, est-il possible d'envisager une accélération de la baisse de la fécondité, qui permettrait à la Mauritanie d'entrer rapidement dans la première fenêtre d'opportunité démographique ?

L'utilisation de la contraception en Mauritanie reste parmi les plus faibles au monde. Selon les résultats de l'enquête MICS de 2007, moins d'une femme en union sur dix (9,3%) utilisait alors une méthode quelconque de contraception. En comparaison, au milieu des années 2000 la prévalence de la contraception se situait entre 60% et 85% dans les pays émergents⁵⁴. De fait, ces pays qui, pour la plupart avaient des prévalences de la contraception de l'ordre de 10% à 20% dans les années 1960, ont réalisé leur « révolution contraceptive » en une quarantaine d'années. Ceci correspond à des augmentations moyennes de la prévalence sur longue période d'environ 1,5 point de pourcentage par an⁵⁵. Les méthodes traditionnelles, moins efficaces⁵⁶, y sont aujourd'hui généralement peu utilisées et les besoins non satisfaits concernent de 2-3% des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice...) à 10% des femmes (Egypte, Mexique, Maroc...). Il s'agit dans la moitié à deux tiers des cas de besoins en contraception pour ne plus avoir d'enfants. La demande totale en planification familiale dans les pays émergents - utilisation actuelle, plus besoins non-satisfaits - se situe donc globalement entre 70% et 85% des femmes en union, les autres femmes n'étant pas concernées (car désirant être enceintes, pensant être stériles, etc.).

⁵¹ United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

⁵² Jaffré, Yannick and Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds. (2003). *Une Médecine Inhospitale. Les Difficiles Relations entre Soignants et Soignés Dans Cinq Capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala Edition.

⁵³ *Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé*, par J-P Guengant et N.de Metz, KfW, UNFPA, Ministère de la Santé Publique, avril 2008, Niamey

⁵⁴ <http://www.un.org/esa/population/> : 2010 Update for the MDG database: [Contraceptive Prevalence Unmet Need for Family Planning](#)

⁵⁵ GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](#) », UIESSP, Tours, 13-18 juillet, 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

⁵⁶ L'efficacité de méthodes traditionnelles est moindre que celle des méthodes modernes et de ce fait elles sont à l'origine de nombreux échecs (c'est-à-dire de grossesses non désirées (voir l'efficacité des diverses méthodes de contraception à : <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> voir sous Spectrum, le module FamPlan).

Les résultats de l'enquête DHS menée en Mauritanie en 2000-01 et de l'enquête MICS de 2007 indiquent non seulement des niveaux très faibles d'utilisation de la contraception, mais aussi une augmentation très faible de la prévalence contraceptive entre 2000-01 et 2007⁵⁷ (voir tableau 8 et figure 6.1).

Mauritanie **Tableau 8 - Utilisation et progression de l'utilisation de la contraception**

Enquêtes DHS 2000-01 et MICS 2007	Mauritanie DHS 2000-01	Mauritanie MICS 2007
Prévalence de la contraception		
- méthodes modernes	5,2	8,0
- méthodes traditionnelles	2,8	1,3
Total sans allaitement sans MAMA	8,0	9,3
% méthodes traditionnelles	35%	14%
- "MAMA"-en méthodes modernes	--	--
- allaitement-en méthodes traditionnelles		
Progression annuelle moyenne en points de pourcentage		2000-01 2007
- méthodes modernes		0,43
- méthodes traditionnelles		-0,23
Total non compris allaitement&MAMA		0,20

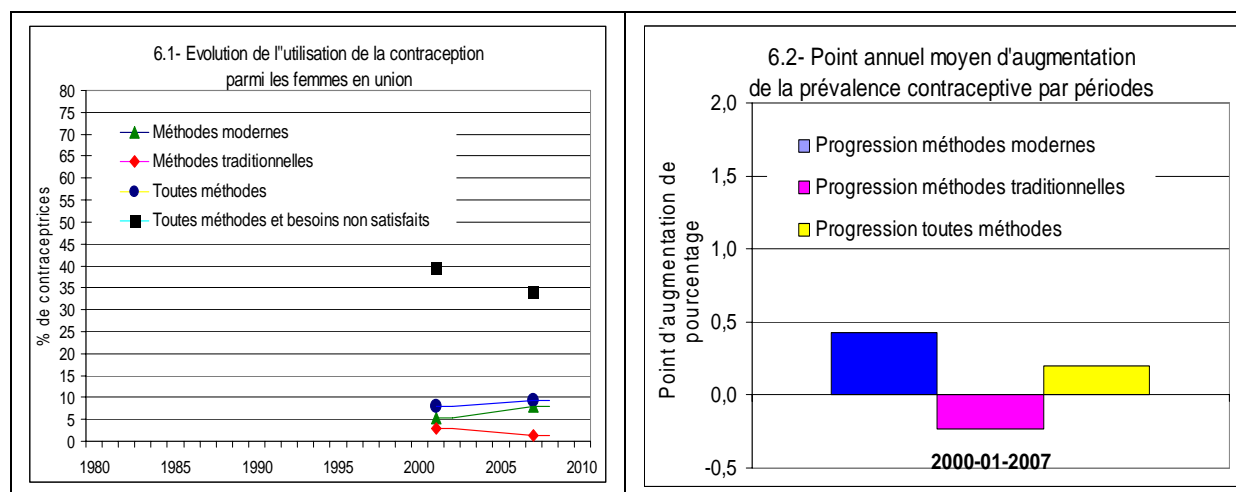
Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Entre 2000-01 et 2007, l'utilisation très faible des méthodes modernes a un peu augmenté (de 5,2% à 8%). Cette augmentation a été en partie compensée par une diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles (de 2,8% à 1,3%). Ainsi, l'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues se retrouve en 2007 à un niveau à peine supérieur à celui de 2000-2001. Certes, l'utilisation des méthodes traditionnelles a diminué au profit de l'utilisation de méthodes modernes plus efficaces, mais l'augmentation annuelle moyenne de l'utilisation de méthodes modernes entre 2000-2001 et 2007 reste très faible puisqu'elle s'établit en moyenne à 0,43 point de pourcentage par an (figure 6.2). A ce rythme, la prévalence de la contraception moderne augmenterait de 17 point d'ici 2050 et serait alors égale à 25%, soit le tiers des niveaux observés aujourd'hui dans les pays émergents.

Pourtant, les enquêtes révèlent une demande non satisfaite importante en planification familiale : 32% en 2000-2001 et 25% en 2007. Ceci dit, la demande totale en planification familiale en 2007 restait inférieure à 35% (figure 6.1), ce qui est très faible en comparaison de la demande de 70% et 85% observée dans les pays émergents.

⁵⁷ L'allaitement maternel, aussi appelé "MAMA", est aujourd'hui souvent considéré comme une méthode de contraception. Mais les enquêtes DHS 2000-01 et MICS 2007 donnent pour l'ensemble du pays une prévalence de la MAMA égale à zéro, elle n'est donc pas incluse dans la prévalence totale donnée pour ces deux enquêtes.

Figures 6.1. et 6.2. : Evolution de l'utilisation de la contraception



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

On attribue souvent les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté de la population. Les données disponibles à ce sujet ne confirment que partiellement cette interprétation. Selon les résultats de l'enquête DHS de 2000-2001, l'utilisation de la contraception chez les femmes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire était alors cinq fois plus élevée que chez celles qui n'ont pas été scolarisées soit 23% contre 5% (tableau 9). Les femmes appartenant au quintile le plus aisé de la population étaient 10 fois plus nombreuses à utiliser la contraception que celles appartenant au quintile le plus pauvre : 22% contre 2%.

Mauritanie **Tableau 9 - Utilisation, besoins et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse.**

Utilisation, besoins, demande en contraception : DHS 2005	Utilisation de la contraception	Besoins non satisfaits	Demande en planification familiale			% demande satisfaite
			Espacement	arrêt	total	
Par niveau d'éducation						
DHS 2000-01:						
- femmes non scolarisées	4,7	29,3	23,9	10,2	34,1	14%
- de niveau primaire	11,3	37,3	35,4	13,2	48,6	23%
- secondaire ou plus	23,3	34,4	41	16,8	57,8	40%
Par quintile de richesse						
DHS 2000-01:						
- femmes les plus pauvres	1,6	29,2	24,6	6,2	30,8	5%
- très pauvres	2,1	33,1	27,2	7,9	35,2	6%
- pauvres	4,7	31,4	25,8	10,3	36,1	13%
- moyennes	10,2	33,4	30,4	13,1	43,5	23%
- aisées	22,3	30,6	32,5	20,5	52,9	42%
Ensemble DHS 2000-01	8,0	31,6	28,1	11,5	39,5	20%
Ensemble MICS 2007	9,3	24,6	--	--	33,9	27%

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

L'utilisation de la contraception en Mauritanie reste largement une utilisation pour des raisons d'espacement. En 2000-2001, quel que soit le niveau d'éducation, deux femmes sur trois (64%) utilisaient la contraception pour espacer leurs naissances. Les besoins non satisfaits étaient encore plus des besoins pour des raisons d'espacement (73%). Les différences entre catégories concernent en fait surtout la demande totale et la couverture des besoins non satisfaits.

C'est ainsi qu'en 2000-2001, 23% des femmes les plus éduquées utilisaient une méthode de contraception (ce qui correspond à des besoins satisfaits), mais près 34% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (ce qui correspond à des besoins non satisfaits - voir tableau 9). La demande totale en contraception chez les femmes les plus éduquées concernait donc 58% d'entre elles (23,3% + 34,4%) et cette demande était satisfaite à 40% (besoins satisfaits de 23% divisés par la demande totale de 58%)

Chez les femmes non scolarisées, 5% utilisaient une méthode de contraception et 29% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (besoins non satisfaits). La demande totale en contraception chez les femmes non scolarisées concernait donc 34% d'entre elles (5% + 29%) et cette demande était satisfaite à 14% (besoins satisfaits de 5% divisés par la demande totale de 34%).

En Mauritanie donc, en 2000-01, les femmes les plus éduquées exprimaient un niveau de demande en planification familiale (58%) qui reste sensiblement inférieur aux niveaux (70% à 85%) observés dans les pays émergents. Chez les femmes non scolarisées la demande en planification familiale est beaucoup plus faible (34%) et reste moitié moindre que celle exprimée dans les pays émergents. Non seulement, les femmes non scolarisées utilisent peu la contraception, mais leur demande est massivement insatisfaite. La faible demande en planification familiale en Mauritanie peut s'expliquer par le fait que les Mauritaniennes n'ont pas toutes conscience de leur droit d'espacer ou de limiter leurs naissances. On peut faire ainsi l'hypothèse pour les femmes non scolarisées d'un double déni de leurs droits reproductifs : un déni d'expression ou de connaissance de leurs droits, d'où une demande très faible mais également un déni d'accès révélé par la faiblesse de leur utilisation de la contraception et l'importance des besoins non satisfaits. Des phénomènes similaires étaient observables en 2000-01 entre les femmes les plus aisées et les femmes les plus pauvres. La demande totale s'établissait à 53% pour les premières et à 31% pour les secondes et une femme aisée sur cinq (22%) utilisait une méthode de contraception, mais seulement une sur 50 (2%) chez les femmes les plus pauvres.

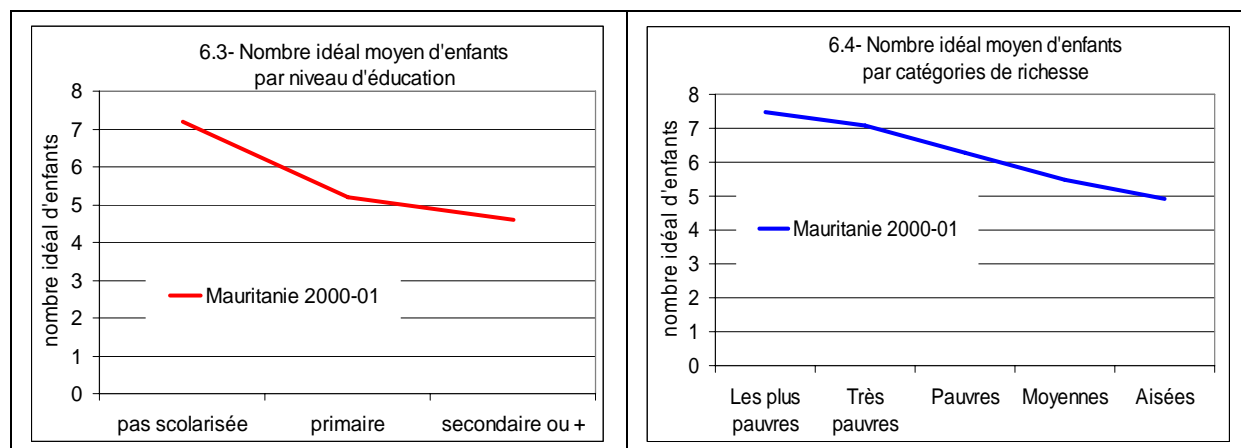
La faiblesse de la demande en planification familiale en Mauritanie, particulièrement chez les femmes et les couples mariés les moins éduqués et les plus pauvres peut donc s'expliquer par l'absence de connaissance ou de reconnaissance de leurs droits en matière de mariage et de procréation. Mais elle peut aussi s'expliquer par une demande effectivement faible du fait des normes sociales : tradition pro-nataliste, valorisation des maternités nombreuses et par ce que certains qualifient de « pesanteurs socioculturelles ».

Les nombres moyens idéaux d'enfants par niveau d'éducation et par quintiles de richesse restent en effet élevés au Mauritanie. Selon les résultats de l'enquête DHS de 2000-01, les mères ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus, ont alors déclaré vouloir en moyenne 4,6 enfants, celles ayant un niveau d'éducation primaire 5,2 enfants et celles n'ayant pas été scolarisées 7,2 enfants (tableau 10, figure 6.3). Par quintiles de richesse, les nombres moyens idéaux d'enfants restaient également élevés en 2000-01 : environ 5 enfants pour les femmes les plus aisées et plus de 7 enfants chez les femmes les plus pauvres (figure 6.4).

Nombre idéal moyen d'enfants	Mauritanie 2000-01
Par niveau d'éducation	
- femmes non scolarisées	7,2
- de niveau primaire	5,2
- secondaire ou plus	4,6
Par quintile de richesse	
- les plus pauvres	7,5
- très pauvres	7,1
- pauvres	6,3
- moyennes	5,5
- aisées	4,9
Ensemble	6,2

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.3. et 6.4. : Nombre idéal d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse



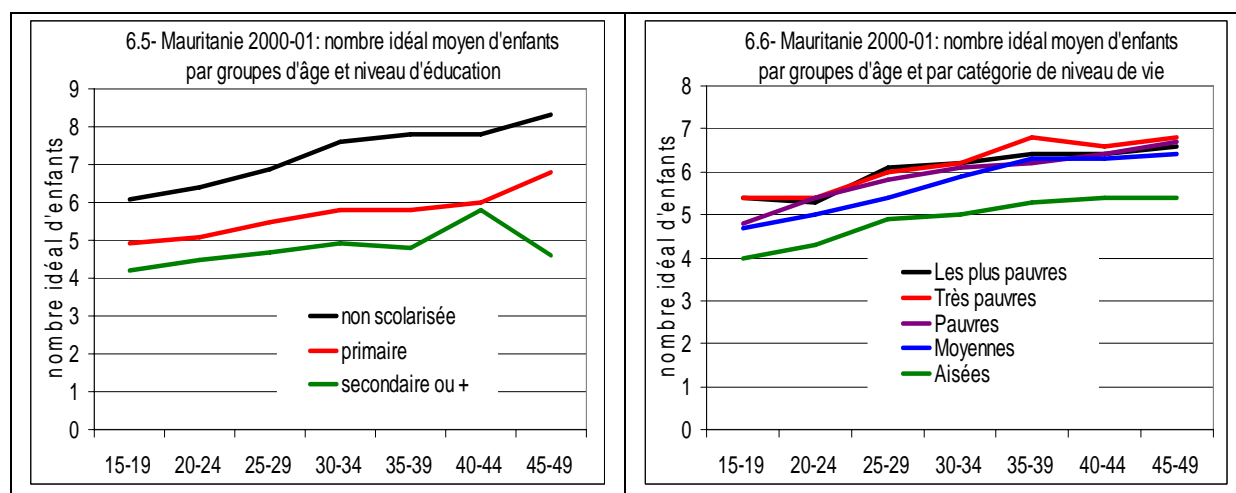
Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Les résultats par groupes d'âges et niveau d'éducation et par quintile de richesse en 2000-01 (tableau 11) mettent en évidence des nombres moyens idéals d'enfants désirés toujours élevés chez les jeunes femmes. Ainsi, au cours des 30 dernières années séparant les générations les plus anciennes des générations les plus jeunes, le nombre moyen idéal d'enfants désirés est passé d'environ 8 enfants chez les femmes de plus de 40 ans, à 5 enfants environ chez les femmes les plus jeunes, âgées de 15-19 ans et 20-24 ans. Des générations les plus anciennes aux générations les plus jeunes, les nombres moyens idéals d'enfants ont donc diminué, mais ils restent élevés. Ceci est vrai chez les femmes les plus éduquées et les plus jeunes (figure 6.5) de même que chez les femmes les plus aisées et les plus jeunes (figure 6.6). Les femmes les plus éduquées, âgées de 15-19 ans et 20-24 ans, indiquaient ainsi en 2000-01 un nombre moyen idéal d'enfants de 4 à 4,5 enfants, soit à peu près un demi enfant de moins que les nombres donnés par les femmes âgées de 40-44 ans et 45-49 ans. Les femmes les plus aisées et les plus jeunes indiquaient aussi en 2000-01 un nombre moyen idéal d'enfants de 4 à 4,5 enfants. Chez les femmes les plus jeunes non scolarisées et les plus pauvres le nombre moyen idéal d'enfants restait supérieur à 6 enfants.

Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge : DHS 2000-01	15-19	20-24	25-29	30-39	40-44	45-49
Par niveau d'éducation						
- femmes non scolarisées	6,1	6,4	6,9	7,7	7,8	8,3
- de niveau primaire	4,9	5,1	5,5	5,8	6,0	6,8
- secondaire ou plus	4,2	4,5	4,7	4,9	5,8	4,6
Par quintile de richesse						
- les plus pauvres	6,4	6,8	7,5	8,6	9,1	9,3
- très pauvres	5,6	6,6	6,9	8,0	8,9	9,2
- pauvres	5,2	5,6	6,5	7,1	7,6	7,4
- moyennes	4,5	4,8	5,3	6,5	6,7	7,4
- aisées	4,1	4,5	4,7	5,6	6,0	6,6
Ensemble	5,1	5,5	6,0	7,0	7,6	8,0

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.5. et 6.6. : Nombre idéal d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation
et quintile de richesse



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée, on observe des écarts similaires mais d'amplitude variable, selon les niveaux d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Cependant, les nombres moyens d'enfants désirés se situent depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants. Dans certains pays, les femmes les plus éduquées donnent un nombre moyen d'enfants désirés compris entre 2,5 et 3 enfants (Egypte, Maroc, Tunisie, Indonésie, Philippines) de même qu'en Haïti qui appartient comme la Mauritanie au groupe des pays les moins avancés, alors que dans d'autres pays elles indiquent ne vouloir que 2 enfants voire moins (Turquie, Inde, Viet Nam, Brésil) et aussi au Bangladesh et au Népal qui appartiennent au groupe des pays les moins avancés.

En Mauritanie donc, les écarts entre catégories sont réels, mais ils ne semblent pas avoir beaucoup varié ces dernières années. On note, il est vrai, une diminution de deux à trois enfants entre le nombre moyen d'enfants désirés, qui est de 7,5 à 8 enfants chez les femmes qui terminent leur vie féconde (âgées de 40 à 49 ans) et de 5 à 5,5 enfants chez celles qui la commence (âgées de 15 à 24 ans). Mais cette diminution étalée sur 25 à 30 ans n'a pas empêché le nombre moyen idéal d'enfants de rester en 2000-01 supérieur à 6 enfants pour l'ensemble de la population et supérieur à 4 enfants

chez les femmes les plus jeunes et les plus éduquées, comme chez les femmes les plus jeunes et les plus aisées. Ce niveau, s'il se maintenait ne permettrait pas de maîtriser la croissance démographique et d'arriver à des taux de dépendance plus faibles, plus favorables à l'épargne, aux investissements et susceptibles d'aider la Mauritanie à accélérer sa croissance économique.

Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation, l'amélioration du niveau de vie et « l'effet jeunesse » (les jeunes étant supposés vouloir moins d'enfants que leurs aînés) ne suffiront pas à eux seuls à permettre la poursuite de la baisse de la fécondité qui pourrait bien stagner pendant un moment autour de 4 enfants par femme. Le maintien d'un nombre moyen d'enfants désirés à un niveau encore élevé en Mauritanie, peut être expliqué par la prégnance des comportements natalistes, la lenteur des changements socio-économiques, l'absence d'autonomie des femmes ou encore par le manque de « légitimation » du concept de planification familiale. Il peut être aussi expliqué aussi par les difficultés d'accès à des services de planification familiale de qualité, le personnel de santé bousculé par les urgences obstétricales n'ayant pas le temps de parler des avantages de la planification familiale, ou ne sachant pas les expliquer ou n'ayant pas été formé à ce sujet.

Pourtant, une accélération de l'utilisation de la contraception et de la baisse de la fécondité est envisageable en Mauritanie, compte tenu de la demande existante et de l'importance des besoins non satisfaits. Mais elle ne se fera pas « toute seule » et elle ne sera pas la simple conséquence mécanique du développement économique. En fait, si l'on retient les leçons des expériences des pays émergents, l'accélération de leur croissance économique s'est faite parallèlement et, on l'a vu à la section 3.4, grâce à l'accélération de leur transition démographique provoquée par des politiques et programmes visant cet objectif. Il apparaît ainsi nécessaire de convaincre le leadership du pays que l'accélération de la croissance économique de la Mauritanie pourra difficilement se faire sans l'accélération de la transition démographique, ce qui requiert la poursuite des efforts pour réduire la mortalité mais aussi un engagement résolu pour accélérer la baisse de la fécondité. L'augmentation insignifiante de l'utilisation de la contraception entre 2000-01 et 2007 indique que la baisse de la fécondité pourtant assez bien engagée pourrait connaître une pause et donc ralentir la diminution des taux de dépendance qui est l'une des conditions nécessaires à l'accélération de la croissance économique. L'accélération de la baisse de la fécondité passe à la fois par la satisfaction des besoins non satisfaits mais aussi par l'augmentation de la demande en planification familiale. Ceci nécessite un réexamen des politiques et programmes concernant la population, la santé et la santé de la reproduction. Ce réexamen doit être l'occasion de donner à la planification familiale la place qui lui revient parmi les diverses composantes de la santé de la reproduction. Par ailleurs, il semble nécessaire de lancer de véritables campagnes de promotion de la planification familiale inscrites dans la durée. Enfin, il apparaît toujours nécessaire de veiller aux respects des droits des femmes, leurs droits économiques, leurs droits sociaux, mais aussi leurs droits reproductifs qui ne sont pas toujours respectés.

5.3 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?

L'estimation des coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé et il est compliqué d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement sont multiples. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre. Enfin, le taux d'urbanisation et les salaires pratiqués dans chaque pays ont aussi un impact sur le coût des programmes.

Il va de soi que les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les coûts d'achat des contraceptifs. Mais ils comprennent aussi la rémunération des personnels (en fonction du temps qu'ils consacrent à la planification familiale si celle-ci est intégrée dans des services de santé), la sensibilisation des personnels de santé à l'importance de la planification familiale, leur formation (notamment pour la fourniture de méthodes de longue durée), le recrutement de nouveaux personnels en cas d'augmentation de l'utilisation de la contraception ainsi que le recrutement et la formation d'agents communautaires. Ils incluent également des coûts liés aux infrastructures : entretien courant, réhabilitation construction de nouveaux centres de santé, mise en place d'équipes mobiles, etc. L'augmentation de l'utilisation de la contraception nécessite aussi de stimuler la demande ce qui implique des budgets importants en matière de communication à travers par exemple des campagnes

nationales annuelles de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Enfin, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un renforcement voire une réorganisation de la chaîne logistique d'approvisionnement en produits contraceptifs et autres produits en santé de la reproduction apparaît nécessaire et cela comporte un coût.

Pour toutes ces raisons, trois approches, ou méthodes, sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achat des produits contraceptifs, coûts auxquels on ajoute un pourcentage variable pour la couverture d'autres dépenses. La seconde approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres d'« année-couple protection ». Cette approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Comme indiqué en partie 4.2, la Stratégie Nationale de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SNSPSR) 2009-2015 traite de manière relativement sommaire de la planification familiale par rapport aux autres volets. Elle n'aborde que la question de l'espacement des naissances. En terme de financement, une contribution grandissante de la part de l'Etat est proposée : 65% par l'Etat et 35% par les PTF en 2015, contre un financement assuré à 100% par les PTF en 2009.

Nous avons tenté de chiffrer les coûts d'achat des produits contraceptifs pour les dix prochaines années pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence présentées en 2.2: +0,5 point d'augmentation de pourcentage par an (hypothèse démographique haute, tendancielle), +1,0 point d'augmentation par an (hypothèse démographique intermédiaire) et +1,5 point d'augmentation (hypothèse démographique basse, volontariste).

On notera qu'avec ces hypothèses, la prévalence de 34%⁵⁸ (correspondant en 2007 à la satisfaction des besoins en planification familiale) est atteinte :

- en 2060 avec l'hypothèse +0,5 point d'augmentation par an,
- en 2034 avec l'hypothèse +1,0 point d'augmentation par an
- en 2026 avec l'hypothèse +1,5 point d'augmentation par an.

Il apparaît ainsi impossible pour la Mauritanie d'atteindre d'ici 2015, l'accès universel à la santé procréative tel que retenu dans la cible 5b des OMD.

Les coûts des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de quatre facteurs : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues pour les méthodes modernes.

Concernant le coût des méthodes, nous avons estimé pour chaque méthode un prix de référence pour l'année de base 2010 (prix de l'arrivée à Nouakchott hors taxes et frais de douane), en effectuant la moyenne des coûts des contraceptifs reçus dans le pays, tels que notifiés (en USD) dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*.⁵⁹ Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques et des hypothèses qui ont été faites. On arrive ainsi à une estimation en 2010 pour les quelque 40 000 utilisatrices de produits contraceptifs modernes⁶⁰ à un coût total d'acquisition des contraceptifs de près de 250 000 USD, ou 70 millions d'Ouguiya (tableau 12), ce qui correspond à un coût moyen par utilisatrice de 6,0 USD, ou environ 1 700 Ouguiya. Entre 2010 et 2020, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera de 26% (+2,4% par an environ) et le coût des produits de 35% (en supposant une augmentation annuelle des prix de +3% par an pour tous les contraceptifs). La combinaison de ces facteurs avec les hypothèses d'augmentation de la prévalence totale, associées à une diminution du pourcentage de méthodes

⁵⁸ 9% d'utilisatrices, ensemble des méthodes, plus 25% de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale

⁵⁹ Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010/11), <http://rhi.rhsupplies.org/>

⁶⁰ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation, estimées en 2010 à environ, 500 et les utilisatrices de « méthodes barrières » : diaphragme, mousse, gelée, estimées en 2010 également à 500 environ.

traditionnelles utilisées (voir en 2.2), conduit à une estimation du coût des produits en 2020 qui serait 2,5 fois plus élevée avec l'hypothèse tendancielle +0,5 point par an, 3,4 fois plus élevée avec l'hypothèse +1 point par an et 4,2 fois plus élevée avec l'hypothèse volontariste de +1,5 point par an. Les coûts correspondants en 2020 sont respectivement d'environ 600 000, 800 000 et 1 million USD, soit environ 170, 230 et 290 millions d'Ouguiya. La répartition entre méthodes modernes étant supposée rester la même, ces coûts se répartissent en 2010, comme en 2020 en 54% pour l'achat de pilules, 32 % pour l'achat de condoms et 12% pour l'achat d'injectables.

Ainsi quelle que soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement de contraceptifs seront considérables dans les années qui viennent. Pour les cinq prochaines années l'augmentation annuelle moyenne des coûts serait de 9% avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, 11,5% avec l'hypothèse démographique intermédiaire et l'augmentation de la prévalence de +1,0 point par an et de 13% avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an. Pour la période 2011-2016, les besoins cumulés en financement s'établissent respectivement en gros à 1,7, 1,9 et 2,1 millions de USD, soit environ 470, 530 et 590 millions d'Ouguiya.

Mais comme on l'a indiqué plus haut, ces sommes ne représentent qu'une petite fraction du coût total du programme de planification familiale en Mauritanie. Ils ne comprennent pas en particulier le coût des activités de communication et de promotion de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans une étude conduite en Egypte qui tente d'estimer l'efficacité des programmes de planification familiale par la mesure du coût de la promotion/communication par rapport aux personnes touchées et ayant changé de comportement⁶¹. Cette étude conclut que le coût de promotion/communication par couple-année-protection était égal à 50% du coût par couple année protection mesuré uniquement à partir des prix des contraceptifs.

Par ailleurs, lors de l'élaboration de son Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) 2005-2009, le Niger a pris en compte divers coûts autres que les coûts nécessaires à l'achat des contraceptifs. Le PNSR Niger 2005-2009 a ainsi estimé que les coûts d'achat des contraceptifs représentaient environ les deux tiers du coût total de sa composante « planification familiale » (composante qui elle-même représentait 15% du coût d'ensemble du PNSR). Cette estimation qui rejoint jusqu'à un certain point la conclusion de l'étude réalisée en Egypte, semble suggérer qu'il faudrait ajouter aux estimations du coût d'achats des contraceptifs environ 50% pour arriver au coût total d'un programme de planification familiale.

Cependant les estimations de coûts des programmes de planification familiale faites pour divers pays d'Afrique subsaharienne en utilisant l'approche « coûts par année-couple protection » et l'approche « coûts par utilisateur » sont beaucoup plus élevées.

L'étude sur la contribution de la planification familiale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement réalisée en 2006 estime, pour 16 pays d'Afrique subsaharienne entre 2005 et 2015, que les coûts associés à la satisfaction des besoins seraient non satisfaits en planification familiale dans ces pays d'ici 2020⁶². Malheureusement la Mauritanie n'est pas incluse dans cette étude. Cette étude utilise l'approche « coûts par année-couple protection » avec un coût moyen de 11,20 USD par « année-couple protection ». Ce chiffre qui correspond au coût moyen trouvé pour 5 pays d'Afrique subsaharienne à la fin des années 1990, est 2 fois plus élevé que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 6,0 USD en 2010 indiqué plus haut.

Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle. L'estimation du coût moyen par utilisateur donné pour l'Afrique subsaharienne est de 28 USD en 2005 et de 26,2 USD en 2010 soit 4,4 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 6,0 USD en 2010. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 USD, soit un chiffre très proche de l'estimation précédente⁶³.

⁶¹ *Cost Effectiveness Analysis of Behaviour, Change Intervention. A Proposed New Approach and an Application to Egypt.* Warren C. Robinson, Gary L. Lewis, Population Research Institute, the Pennsylvania State University, USA (Robinson); John Hopkins University Center for Communication Programs USA (Lewis), October 15, 2003.

⁶² Moreland, S., and S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning.* Washington, DC: Futures Group, POLICY Project. <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

⁶³ Scott Moreland, Ellen Smith, Suneeta Sharma *World Population Prospects and. Unmet Need for Family Planning.* April 2010 (revised October 2010). Futures Group ...

Mauritanie : Tableau 12 - Coûts estimés des produits contraceptifs selon les hypothèses d'augmentation annuelle de la contraception

Années / périodes	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
Femmes de 15 à 49 ans (milliers)	838	944	1 053	2,4%	2,2%
Prévalence, méthodes modernes					
- hypothèse haute, +0,5 point/an	8,4%	10,7%	13,0%	4,9%	4,0%
- hypothèse +1,0 point/an	8,4%	12,8%	17,3%	8,8%	6,2%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	8,4%	15,0%	21,7%	12,2%	7,7%
Utilisatrices, méthodes modernes_(milliers) ¹					
- hypothèse haute +0,5 point/an	41	57	76	7,1%	6,0%
- hypothèse +1,0 point/an	41	69	102	11,1%	8,3%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	41	80	128	14,6%	9,8%
¹ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation et les utilisatrices de diaphragme, mousse, gelée					
Coût méthodes modernes sans stérilisation, en US Dollars	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
- hypothèse haute, +0,5 point/an	244 888	399 216	619 099	10,3%	9,2%
- hypothèse +1,0 point/an	244 888	479 718	826 844	14,4%	11,5%
- hypothèse basse +1,5 point/an	244 888	560 191	1 034 590	18,0%	13,1%
Coût par méthode en US Dollars	2010	2015	2020	Cumul de 2011 à 2015	
- hypothèse haute, +0,5 point/an					
* condom	79 131	128 794	199 443	537 516	
* injectable	29 270	47 814	74 290	199 303	
* DIU	237	388	604	1 614	
* implants	5 356	8 641	13 271	36 200	
* pilule	130 895	213 580	331 492	890 621	
Total hypothèse haute, +0,5 point/an				1 665 253	
- hypothèse intermédiaire, +1,0 point/an					
* condom	79 131	154 777	266 372	610 381	
* injectable	29 270	57 451	99 216	226 315	
* DIU	237	466	807	1 833	
* implants	5 356	10 384	17 718	41 087	
* pilule	130 895	256 640	442 732	1 011 356	
Total hypothèse+1,0 point/an				1 890 973	
- hypothèse basse, +1,5 point/an					
* condom	79 131	180 726	333 302	683 243	
* injectable	29 270	67 095	124 143	253 345	
* DIU	237	544	1 009	2 052	
* implants	5 356	12 126	22 164	45 996	
* pilule	130 895	299 700	553 972	1 132 088	
Total hypothèse basse, +1,5 point/an				2 116 723	

Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

<http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

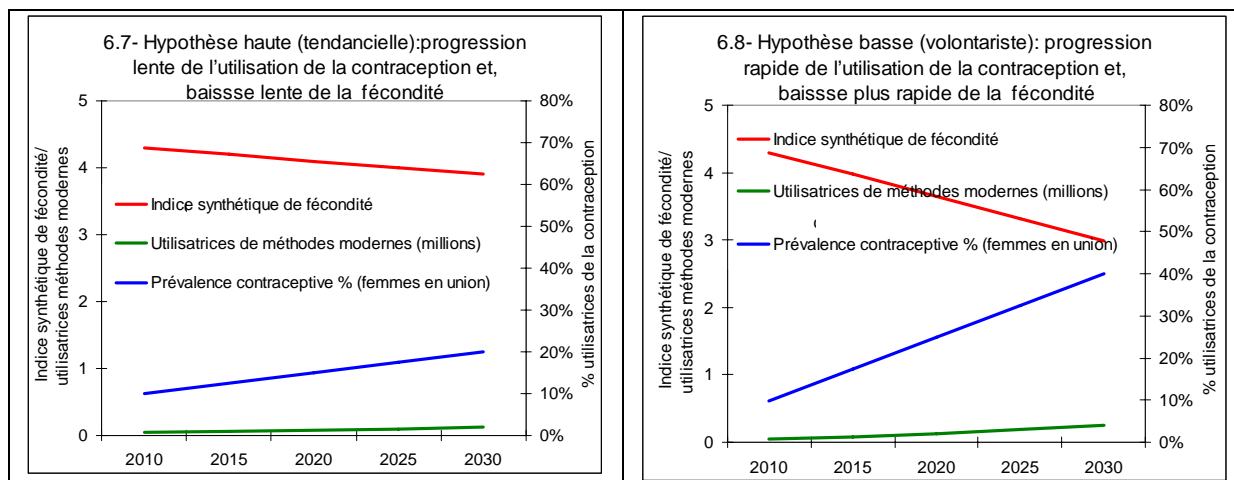
Outre ces estimations de « coûts par année-couple-protection » et de « coûts par utilisateur » cette étude donne également une idée des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en place de programmes de planification familiale dans les 16 pays d'Afrique subsaharienne étudiés.

Pour la plupart des pays, l'hypothèse retenue d'une satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale en 2020 conduit à une augmentation de la prévalence de la contraception de plus ou moins 1,5 point de pourcentage par an soit une augmentation proche de celle que nous avons retenue pour notre hypothèse démographique dite basse.

L'hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits est comparée pour chaque pays avec l'hypothèse de non satisfaction de ces besoins (c'est-à-dire à leur maintien à leur niveau de départ), qui donne en 10 ans (entre 2010 et 2015) un certain nombre de personnes en moins qui sont en fait des enfants de moins de 10 ans. L'étude estime ensuite d'une part, les coûts du programme de planification familiale avec une augmentation de la prévalence de la contraception de l'ordre de 1,5 point de pourcentage par an, ceci sur la base d'un coût moyen « année-couple protection » de 11,20 USD et d'autre part, le « moins à dépenser » ou les économies réalisées du fait de la diminution du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015 (mais qui restent nombreux et ne diminuent pas). Ces « moins à dépenser » sont calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. Ces « moins à dépenser » en 10 ans apparaissent en moyenne 3 fois plus importants (en fait entre 2 et 6 fois plus importants) que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. A noter qu'en général plus des trois quarts de ces économies sont réalisées dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations. Un investissement supplémentaire en planification familiale apparaît donc ainsi comme un investissement ayant des retours très importants à court comme à long terme (voir en 2.2) et il facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

Au total une augmentation de la prévalence contraceptive de +1,5 point de pourcentage par an suppose, outre la fourniture de contraceptifs en quantité suffisante, des moyens supplémentaires financiers et humains importants susceptibles de représenter environ entre 2 et 4 fois les 2,1 millions de USD (soit 590 millions d'Ouguiya) nécessaires à la Mauritanie entre 2011 et 2016, pour couvrir simplement les achats de contraceptifs. Mais comme on vient de le voir, ces coûts doivent être appréciés en fonction des « moins à dépenser », c'est-à-dire des économies beaucoup plus importantes que les dépenses en planification familiale rendent possibles. Par ailleurs, au-delà de cet aspect « coût-bénéfice », les enjeux associés à l'augmentation de la prévalence contraceptive sont considérables. Comme on l'a vu, avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, le nombre moyen d'enfants par femme reste presque le même -4,3 en 2010 et 4,1 en 2020- alors qu'avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an, il passe à 3,7 enfants par femme en 2020. Mais pour arriver à ce résultat, il faut beaucoup plus d'utilisatrices de méthodes modernes en 2020 (128 000, contre 76 000) et consentir les efforts financiers correspondants (figures 6.7 et 6.8)

Figures 6.7. et 6.8. : Projections de la fécondité et de l'utilisation de la contraception



Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

Mais au-delà des coûts, l'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite aussi des efforts considérables en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles en continu de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Tout plan en Santé de la Reproduction et de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction doit, concernant le volet planification familiale, prévoir, aussi soigneusement que possible, les activités correspondantes. Par ailleurs, des choix doivent être faits en termes d'évolution des méthodes utilisées, de segmentation du marché et de répartition des charges financières correspondantes. Certaines méthodes comme les implants, les injectables, les DIU requièrent l'intervention d'un personnel qualifié dans des structures fixes ou des structures mobiles équipées. Les prestataires peuvent aussi bien relever du secteur public que du secteur privé et les contraceptifs peuvent être distribués avec ou sans prescription selon les méthodes et la réglementation en vigueur. Le secteur privé comprend de multiples intervenants - hôpitaux, cliniques, centres de santé, médecins privés, pharmacies, centres de planning familial, boutiques, distribution à base communautaire - dont la contribution à l'effort d'extension de l'utilisation de la contraception moderne pourrait être renforcée.

L'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite enfin un engagement résolu de tous les acteurs concernés. Si le Gouvernement et le leadership du pays doivent clairement s'engager à ce sujet, il est clair qu'il sera difficile pour les autorités mauritanienne de supporter les coûts d'achat des contraceptifs et l'ensemble des autres coûts du programme de planification familiale. La diminution ces dernières années des financements des partenaires en faveur des programmes de planification familiale a compromis l'extension de l'utilisation de la contraception dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont la Mauritanie. Il importe donc aujourd'hui, qu'à côté des efforts consentis par les Gouvernements, les bailleurs et autres partenaires s'engagent eux aussi à redonner à la planification familiale la place importante qui lui revient.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document ont pour objectif de permettre d'approfondir encore davantage, les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté en Mauritanie.

Parmi les défis auxquels la Mauritanie sera confrontée dans les 20 prochaines années et qui sont mentionnés dans plusieurs documents officiels, nous en avons retenu trois : 1) atteindre une croissance économique soutenue et durable, 2) répondre à la demande sociale en santé, éducation et emploi, notamment pour les jeunes, 3) développer des institutions et une bonne gouvernance garantissant aux acteurs économiques un environnement politique et institutionnel fiable.

Pour relever ces défis, la Mauritanie peut s'appuyer sur trois leviers : 1) des taux élevés d'épargne et d'investissements (ce qui suppose une gestion avisée de la rente pétrolière), 2) une amélioration majeure du capital humain et 3) la réduction des taux de dépendance, à travers la poursuite de la baisse de la fécondité. Mais aucun de ces leviers qui sont essentiels pour accélérer la croissance économique du pays, n'est suffisant à lui seul. En effet, pour être efficaces, ceux-ci doivent être mis en œuvre simultanément. La réduction du nombre de dépendants, via la réduction de la fécondité, pourra créer les conditions permettant d'entrer dans la fenêtre d'opportunité démographique, puis de bénéficier éventuellement du dividende démographique, comme l'ont fait d'autres pays en développement devenus depuis pays émergents. Elle facilitera l'amélioration du capital humain et la constitution d'une épargne nationale plus importante. Disposer d'un capital humain bien formé et en bonne santé est en effet essentiel pour attirer les investissements nationaux, sous-régionaux et étrangers qui créeront des emplois ayant une productivité plus élevée qu'actuellement. La création d'emploi à productivité élevée, créera ensuite les conditions d'accélération de la croissance économique et de diversification des activités qui sont nécessaires pour réduire la pauvreté.

Depuis l'indépendance, la Mauritanie a fait des efforts considérables pour améliorer son capital humain. Ainsi, par exemple le taux brut de scolarisation dans le primaire est égal à 100%, la malnutrition chez les enfants a reculé. Cependant beaucoup reste encore à faire notamment pour réduire les retards et la déperdition scolaire et accroître le taux de scolarisation dans le secondaire afin d'avoir à terme au moins la moitié de la population active avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur, pour réduire la malnutrition qui frappe toujours plus d'un enfant sur quatre et dont les d'être en bonne santé et d'apprendre sont durablement affectées et pour réduire le pourcentage de grossesses à risques dont la prise en charge alourdit la facture sanitaire.

Néanmoins, une marge de manœuvre importante existe. En effet, une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne répondant d'ailleurs aux besoins non satisfaits exprimés par les femmes mauritaniennes et la poursuite parallèle de la baisse de la fécondité permettrait dans le contexte mauritanien de stabiliser quasiment immédiatement le nombre annuel de naissances et donc de réduire les sommes à consacrer aux enfants et aux plus jeunes et d'affecter « les économies » ainsi réalisées au rattrapage des retards et à l'amélioration de la qualité des soins et services en santé et en éducation. Aussi, l'augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne permettrait de réduire le pourcentage toujours très élevé de grossesses à risques et les dépenses correspondantes.

Pour que la Mauritanie puisse pleinement bénéficier de la rente pétrolière et consacrer les revenus correspondants à des investissements productifs, au développement des infrastructures, à l'amélioration de la qualité des soins et de l'éducation, sans avoir à faire face à la poursuite de l'augmentation du nombre d'enfants et de jeunes, il est nécessaire que la variable démographique soit correctement prise en compte. Certes le CSLP 2006-2010 mentionne la politique de population révisée de 2005 et se fixe quelques objectifs liés à celle-ci. Cependant, l'intégration de la variable démographique n'apparaît pas clairement dans les objectifs généraux fixés par le CSLP 2006-2010. Par ailleurs, les politiques sectorielles ne mentionnent pas la politique de population. Ceci est particulièrement regrettable pour les politiques et plans du secteur sanitaire (santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits de santé de la reproduction). Enfin les projections démographiques sont peu ou pas utilisées pour la fixation des objectifs qui sont généralement exprimés en pourcentage sans mention des effectifs concernés.

La décennie qui commence doit être l'occasion de mettre à jour et d'harmoniser les diverses politiques sectorielles et de réviser leurs objectifs pour les dix prochaines années. Une harmonisation des dates

de début et de fin de ces diverses politiques (par exemple 2011-2020) apparaît également nécessaire. La politique de population, la politique de santé, la politique en santé de la reproduction et sécurisation des produits en santé de la reproduction doivent avoir les mêmes objectifs programmatiques, non coercitifs, basés sur des projections démographiques nationales acceptées par tous.

Concernant la politique de population, celle-ci devrait être révisée et recentrée sur le champ qui est le sien, à savoir comment influencer la dynamique de la population, c'est à dire comment accélérer la baisse de la mortalité et de la fécondité et prendre correctement en compte les migrations internationales dans l'évolution démographique, sans prétendre compléter voire se substituer aux politiques qui traitent des problèmes spécifiques à l'émigration et aux réfugiés. Concernant la santé de la reproduction, il importe que chaque composante - maternité sans risque et survie des enfants, planification familiale, santé sexuelle et reproductive des jeunes et lutte contre les IST et le VIH - bénéficie de moyens équilibrés et que la santé de la reproduction soit véritablement considérée de manière globale. Il importe, dans nombre de structures sanitaires de sortir d'une logique qui, de fait, privilégie l'urgence aux détriments de la prévention. Réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, passe par la réduction des grossesses à risques et la satisfaction des besoins en planification familiale. Ceci suppose une augmentation majeure, informée et sans contrainte, de l'utilisation de la contraception par les femmes et les couples. Ceci suppose aussi de cesser de considérer la planification familiale uniquement comme un moyen d'espacer les naissances. Ceci suppose enfin une politique résolue garantissant effectivement les droits des femmes et renforçant leur autonomie.

L'expérience de nombreux autres pays en développement aujourd'hui devenus pays émergents indique en effet que l'accélération de la croissance économique, l'amélioration de la qualité du capital humain et la réduction de la pauvreté, ne pourront se faire, sans une baisse rapide de la fécondité. Cette baisse de la fécondité va de pair avec le passage de sociétés massivement rurales avec des niveaux de mortalité et de fécondité élevés, à des sociétés plus urbanisées avec des niveaux maîtrisés de mortalité et de fécondité. De ce point de vue, la Mauritanie d'aujourd'hui, qui devrait être d'ici une quinzaine d'année un pays majoritairement urbain, avec des niveaux d'éducation, de santé et d'aspiration élevés chez les jeunes notamment, est très différent de la Mauritanie des années 1960, alors massivement rurale. Les changements majeurs qui sont intervenus en Mauritanie au cours des 50 dernières années appellent une réduction parallèle des niveaux de mortalité et de fécondité. Il s'agit d'une condition essentielle pour que la Mauritanie puisse réduire la pauvreté, bénéficier pleinement de la rente pétrolière et asseoir une croissance durable.

Agence Française de Développement (AFD)
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12
Tél. : + 33 1 53 44 31 31

www.afd.fr