



# DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN MAURITANIE



J'aime Commenter Partager  
Votre commentaire...

وزارة الشباب والرياضة  
Ministère de la Jeunesse et des Sports  
UNFPA  
SWEDD  
Mauritanie موريتانيا

# DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN MAURITANIE

## CONTEXTE

Selon le Recensement Général de la Population de 2013 réalisé par l'Office National de la Statistique (ONS), la population mauritanienne est estimée à 3 537 368 d'habitants résidant de façon habituelle sur le territoire national. Le pays s'étend sur une superficie de 1 030 000 km<sup>2</sup>, avec une densité globale de la population de 3,4 habitants au kilomètre carré. Les femmes sont légèrement plus nombreuses avec un effectif s'élevant à 1 794 294 (soit 50,7%) contre 1 743 074 (soit 49,3%) pour les hommes. Il en ressort ainsi, un rapport de masculinité de 97 hommes pour 100 femmes.

Concernant la population féminine, sa structuration fait ressortir une prédominance des femmes en âge de procréer avec 46,4% de la population féminine totale. Il est aussi noté que cette population féminine est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain avec 51,4% de la population qui est rurale, pour un rapport de masculinité au niveau rural de 90,8. La population mauritanienne est majoritairement jeune avec plus de 30,0% d'individus de moins de 10 ans et 44,2% qui ont moins de 15 ans. La tranche d'âge 15-59 ans représente 50,2% de la population, tandis que la population âgée de plus de 60 ans ne constitue que 5,6% de la population. La dynamique de la population permet de constater qu'en l'espace de 25 ans, la Mauritanie a connu un doublement de sa population. En effet, cette dernière est passée de 1 864 236 habitants en 1988 à 3 537 368 habitants en 2013. Soit un taux d'accroissement intercentenaire de 2,8%.

La couverture sanitaire en Mauritanie est globalement insuffisante en dépit des nombreux efforts réalisés par la Mauritanie notamment dans la mise en place d'infrastructures de santé en grand nombre. Le taux de couverture sanitaire global s'élève à 32,7%, il est de 31% selon la carte sanitaire de la population vivant au-delà de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé qui s'élèvent respectivement à 32,7% et 31% en 2014 (EPCV 2014). Cette faiblesse des taux résulte principalement d'une répartition inégale de la couverture entre les régions du pays mais aussi entre les moughata d'une même région. Et cela s'explique par l'insuffisance et surtout la mauvaise répartition des infrastructures et équipements de santé dans le pays.

Le défi majeur du pays dans le domaine de la santé est d'améliorer la couverture sanitaire afin de permettre aux populations d'avoir accès plus facilement aux services de santé. L'amélioration de la couverture sanitaire contribuera également à réduire les taux très élevés de mortalité et de morbidité, qui constituent un réel défi pour la Mauritanie. Sur 1000 habitants, 11 personnes décèdent annuellement, soit un taux brut de mortalité de 10,9‰ (ONS, 2013). Ce taux connaît une baisse en moyenne de 0,7% par an par rapport à 2010 où le taux était de 11,6‰. Le taux brut de mortalité de la Mauritanie est relativement faible, preuve de l'amélioration des conditions de vie de la population et des efforts des pouvoirs publics pour améliorer le système sanitaire du pays. Ces efforts sont également visibles à travers l'évolution de l'espérance de vie qui est passé de 48 ans en 1988 à 60,3 ans en 2013. Les efforts réalisés doivent toutefois être approfondis en raison de la situation de certains indicateurs de la santé principalement ceux de la santé de la reproduction qui demeure encore préoccupante. En atteste le taux élevé de mortalité infanto-juvénile (76 pour 1000 naissances vivantes), observé en 2018 (OMS) ou encore le ratio de mortalité maternelle qui est de 582 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 (ONS, 2015). Ce dernier représente d'ailleurs le ratio le plus élevé de mortalité maternelle de la sous-région. La morbidité prend également de l'ampleur en Mauritanie, avec les prévalences et incidences des principales pathologies transmissibles telles que la tuberculose, l'hépatite B et le VIH Sida, qui présentent des prévalences respectives de 234,5 pour 100 000 en 2011, 10% à 24% en 2004 et 0,7% en 2011. Outre ces pathologies, nous avons aussi le paludisme avec un nombre d'épisodes de paludisme par personne et par an de 0,06 en 2011 et les pathologies non transmissibles comme le diabète avec une prévalence de 6% en 2008, l'hypertension artérielle avec une prévalence de 22,4% ou encore le Cancer (Ministère de la Santé, 2011).

En plus de cela, d'autres indicateurs sont à prendre en compte lorsqu'on parle de santé de la reproduction. C'est le cas de la fécondité avec un ISF de 5,1 ; un taux global de fécondité générale de 160,0 pour 1000 naissances vivantes ; un taux brut de natalité de 35,3 pour 1000 naissances vivantes et surtout un taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) de 84 pour 1000 naissances vivantes. Ces chiffres attestent de la faiblesse de la planification familiale dans le pays avec seulement 18% des femmes actuellement mariées qui ont déclaré avoir recours à la contraception. Egalement, parmi ces femmes, seulement 17,8% considère être satisfait en matière de contraception pour l'espacement des naissances ou leur limitation contre 33,6% de non satisfaites. Concernant l'accouchement, 69,3% des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante ont pu bénéficier d'un accouchement avec une assistance qualifiée. Ce taux semble plutôt encourageant mais cache toutefois des disparités profondes en termes de milieu de résidence avec ainsi 90,9% en milieu urbain contre 51,5% en milieu rural. Le lieu d'accouchement représente aussi une donnée permettant d'apprécier la couverture sanitaire du pays. Ainsi, 69,3% des femmes ont accouché dans un établissement de santé contre





30,1% ayant accouché à leur domicile.

La mutilation génitale féminine/excision est un phénomène relativement fréquent en Mauritanie. En effet, deux tiers des femmes de 15-49 ans ont subi une forme de mutilation génitale féminine/excision (MGF/E). La prévalence de la MGF/E est supérieure en milieu rural (79%) qu'en milieu urbain (55%). Elle diminue toutefois avec le niveau d'instruction de la femme (75% pour les femmes sans aucune instruction à 49% pour les femmes ayant reçu une instruction secondaire ou supérieure). Plus de la moitié des femmes (53%) ont déclaré qu'au moins une de leurs filles vivantes de 0 à 14 ans avait subi une forme de MGF/E.



## BRÈVE REVUE DE LITTÉRATURE

Dans une perspective d'évaluation de la situation de la SR en Mauritanie, Meddeb et Mosbab (2006) font ressortir la nécessité de la mise en place d'un programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) en remplacement du programme de bien être familiale de 1999. Ce PNSR se focalise sur trois priorités que sont : la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le renforcement de l'espacement des naissances et la promotion de la santé reproductive des adolescents et des jeunes. Leur analyse de la situation de ce programme fait ressortir plusieurs faiblesses et lacunes, malgré la volonté des responsables, la place accordée à ce programme et les efforts entrepris en matière d'information et d'éducation entre autres. Ils finissent ainsi par formuler des recommandations en vue de relancer et promouvoir le PNSR. Cela se fera à travers une réorientation du programme qui prendra en compte une double contrainte de la santé de reproduction en Mauritanie à savoir : une natalité galopante et une mortalité maternelle très élevée.

A la suite de Meddeb et Mosbad (2006) qui ont relevé la natalité galopante comme un des défis de la SR, Gandaho et al. (2015) examine la problématique du plan de relance de la Planification Familiale (PF) développé par la Mauritanie en vue de faire passer la prévalence contraceptive de 10 à 18,5% sur la période 2011 à 2018. Avec l'objectif principal de renforcer la PF dans le pays, ce plan ambitionne également de faire baisser les cas de mortalité maternelle jusqu'à 30%. Pour la bonne marche effective de ce plan, les auteurs recommandent à la Mauritanie et à ses partenaires techniques et financiers, de prioriser la délégation des tâches et permettre au personnel des services de PF de niveau inférieur (infirmières) et les Agents de Santé Communautaire (ASC), d'offrir le premier cycle de pilule et d'administrer des contraceptions

injectables au niveau communautaire. Par ailleurs, les auteurs recommandent également l'appui du Projet de Politique de Santé dirigé par le Group et financé par l'USAID, pour suivre et soutenir le plan dans l'atteinte des objectifs fixés.

Dans leur rapport d'Octobre 2012 sur l'amélioration de la santé maternelle en Mauritanie, Boukar et al, à la suite du constat de retard de la Mauritanie dans l'atteinte des OMD notamment dans le secteur de la santé ont évoqué la mise en œuvre par le gouvernement mauritanien avec l'appui de ses partenaires, du Cadre stratégique d'Accélération des OMD (CAO) et l'application de ce dernier à l'OMD5 dont les cibles concernent la santé maternelle. La situation en termes de santé maternelle est marquée par de graves insuffisances telles que le déficit en ressources humaines qualifiées et motivées, en équipements et en infrastructures ; le manque de banques de sang fonctionnelles dans la plupart des hôpitaux et centres de santé ou encore le faible accès à la santé de la reproduction et l'importance des besoins non encore couverts. C'est dans ce sens que l'OMD5 et surtout le CAO se justifient comme une option stratégique avec comme principales solutions, la réalisation d'une extension de la couverture en soins obstétricaux et néonataux (SONU), le renforcement de l'accès des femmes à des services d'accouchement assistés de bonne qualité et l'exécution d'un repositionnement des services de la santé de la reproduction.

## ANALYSE DU CYCLE DE VIE ECONOMIQUE

Le dividende démographique (DD) désigne l'accélération de la croissance économique résultant d'une modification de la structure par âge d'une population suite à la baisse de la mortalité et de la natalité. La mesure du DD est opérationnalisée à partir des comptes nationaux de transferts (NTA ou National Transfer Accounts). Les NTA sont un nouvel outil permettant de comprendre la façon dont les flux économiques circulent entre les différents groupes d'âge d'une population pour un pays et pour une année donnée. Ils indiquent notamment à chaque âge les différentes sources de revenus et les différents usages de ces revenus en termes de consommation, que celle-ci soit privée ou publique, et d'épargne (United Nations, 2013). Ils permettent ainsi d'étudier les conséquences liées aux modifications de la structure par âge de la population.

La construction des NTA de la Mauritanie a permis d'analyser la consommation et le revenu du travail en fonction de l'âge des individus afin de repérer les groupes d'âge qui présentent un déficit de ressources et qui sont donc en situation de dépendance économique, et ceux qui dégagent un excédent de ressources permettant de "subventionner" les premiers. Les différents profils de consommation et de revenu du travail sont analysés au niveau microéconomique (individu) et macroéconomique (national). Au-delà de cette analyse du cycle de vie, les NTA ont également montré, à partir des projections démographiques, l'évolution du DD de la Mauritanie, et donc l'impact du changement de sa pyramide des âges sur la croissance économique du pays.

### Encadré 1 : Notions de Déficit du cycle de vie et de Dépendance économique

Le déficit du cycle de vie pour les individus d'un âge  $a$  donné noté LCD se définit comme la différence de leur consommation  $C(a)$  et leur revenu du travail  $YL(a)$ .

$$LCD(a) = C(a) - YL(a)$$

La consommation  $C(a)$  comprend la consommation privée et publique d'éducation, de santé et autres (logements, électricité et eau, consommation non alimentaires et alimentaires, etc.).

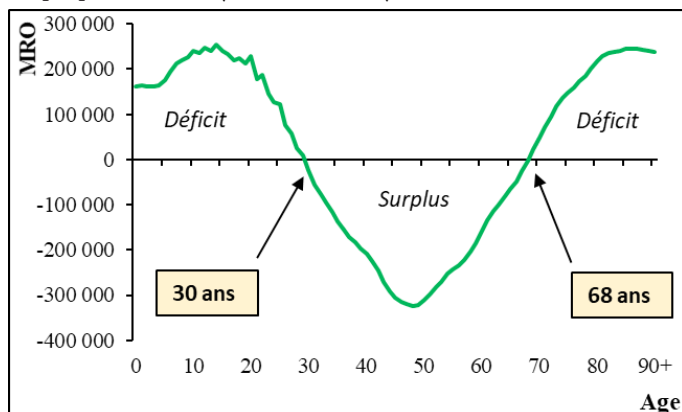
Le revenu du travail  $YL(a)$  est composé du salaire, des indemnités, de la cotisation de l'employeur aux programmes de prestations publiques (par exemple, les pensions et les soins de santé) et du revenu d'un travail indépendant.

Le déficit du cycle de vie permet d'analyser les besoins de consommation à satisfaire à chaque âge en respectant le niveau des agrégats de consommation et de revenu du travail des comptes nationaux. Il permet également d'identifier les personnes qui sont économiquement dépendantes et celles qui ne le sont pas. En effet, la dépendance économique est une situation où un individu a une consommation qui excède son revenu du travail. C'est le cas des enfants et des personnes âgées par exemple.

#### ➤ Une très forte dépendance économique avant 30 ans : 29% du PIB concernés

Le graphique 1 fournit une représentation du déficit du cycle de vie (LCD) moyen de l'année 2014. Les parties négatives de la courbe correspondent à un déficit de revenu du travail pour supporter la consommation (consommation supérieure au revenu du travail). En revanche la partie positive montre un excédent de revenu du travail par rapport à la consommation. Le graphique montre, d'une part, que les individus âgés de moins de 30 ans et ceux dont l'âge dépasse 68 ans sont en situation de déficit (dépendance économique). Le déficit moyen s'élève à près de 165.000 ouguiyas à la naissance, puis augmente avec l'âge pour atteindre 253.000 ouguiyas vers l'âge de 15 ans avant de commencer à baisser. En effet, au-delà de 15 ans, les individus commencent à s'insérer progressivement sur le marché du travail et le revenu de leur travail permet de supporter une partie de leurs besoins de consommation. D'autre part, lorsqu'ils partent à la retraite, les personnes âgées s'appauvrissent davantage car le déficit à la vieillesse augmente continuellement avec l'âge. Pour ce qui concerne les personnes actives, elles dégagent un excédent de ressources à partir de 30 ans ; et cet excédent atteint une valeur maximale de près de 315.000 UM autour de 46 ans. Au-delà de 68 ans, les individus accumulent encore un déficit de cycle de vie.

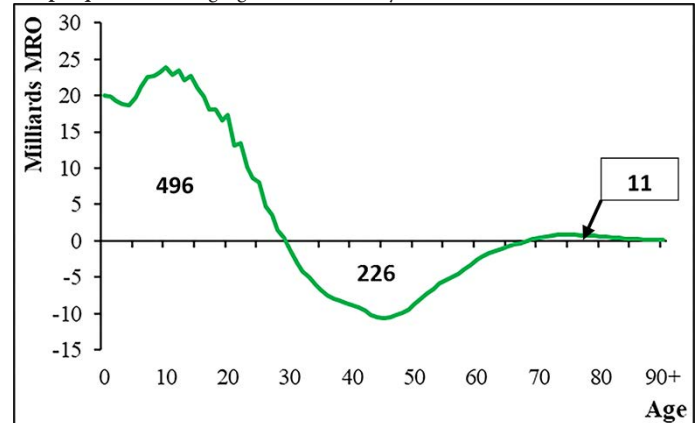
Graphique 1 : Profil moyen du déficit du cycle de vie



Source : Policy Brief N°1 sur la dépendance économique en Mauritanie, 2017

En prenant en compte la structure de la population, on observe que le niveau du déficit est très important à la jeunesse (0-29 ans) mais négligeable à la vieillesse (69 ans et plus). En effet, le graphique ci-dessous montre que le déficit à la naissance avoisine les 20 milliards, et augmente jusqu'au niveau le plus élevé de 23,4 milliards autour de 15 ans. En revanche, le surplus maximal est observé autour de 45 ans avec une valeur de près de 10,6 milliards seulement. Ainsi, on se rend compte très vite que la somme des déficits à la jeunesse et à la vieillesse dépasse largement le surplus engrangé par la population active.

Graphique 2 : Profil agrégé du déficit du cycle de vie



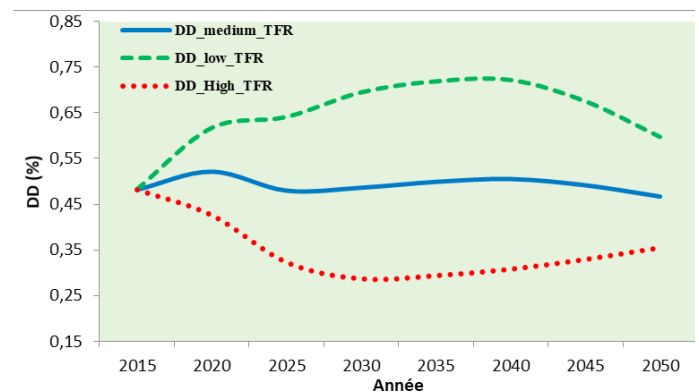
Source : Policy Brief N°1 sur la dépendance économique en Mauritanie, 2017

#### ➤ Faible fécondité pour un dividende démographique optimal

Dans le cadre de l'exploitation plus judicieuse du dividende démographique, des modèles de projection des effets dus aux changements politiques et aux investissements sociaux ont été élaborés. Ainsi, à partir des NTA, des méthodes ont été élaborées pour projeter le DD suivant les hypothèses de fécondité :

- Baisse rapide de la fécondité (ou fécondité faible) : chaque femme aura en moyenne 2,7 enfants à l'horizon 2050 ;
- Baisse tendancielle de la fécondité (ou fécondité moyenne) : chaque femme aura en moyenne 3,2 enfants à l'horizon 2050, soit 0,4 enfant de plus au niveau de l'hypothèse de fécondité faible ;
- Baisse lente de la fécondité (ou fécondité forte) : chaque femme aura en moyenne 3,7 enfants jusqu'à l'horizon 2050.

Graphique 3 : Projections du dividende démographique de la Mauritanie suivant les scénarii de fécondité



Source : Policy Brief N°2 sur le dividende démographique en Mauritanie, 2017

Les projections sur le dividende démographique (DD) permettent de prévoir selon les scénarii d'évolution de la

fécondité en Mauritanie, les tendances en termes de gain économique à l'horizon 2050. De 0,48% en 2015, le gain économique tiré de la structure de la population (encore appelé le DD) atteindrait 0,60% ; 0,47% et 0,35% en 2050 respectivement selon que la fécondité est faible, moyenne et élevée. Cela traduit l'impact potentiel d'une réduction de la fécondité sur la croissance économique.

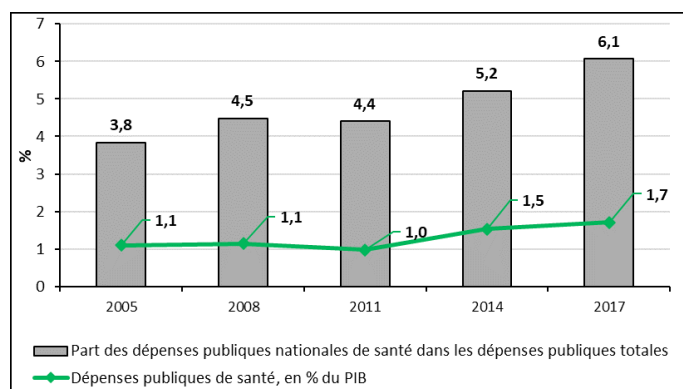
Le déficit relativement important observé sur le cycle de vie et les projections démographiques en fonction des scénarii de fécondité montrent que d'importants efforts restent à être consentis en vue de la capture du dividende démographique. **En relation avec la fécondité, la dimension santé en général et la santé de la reproduction en particulier nécessite une prioritaire particulière en termes de définition de politiques adéquates et d'investissements subséquents.** Ainsi, une analyse de l'évolution des dépenses en santé et en santé de la reproduction, et des indicateurs de la SR offrirait des évidences pour cet aspect essentiel du développement humain et de la capture du dividende démographique.

## ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE

### ➤ Part faible des dépenses publiques consacrées à la santé

L'analyse de l'évolution des dépenses publiques de santé permet de constater une variation globalement positive aussi bien en termes de pourcentage du PIB qu'en termes de part dans le budget national. Toutefois cette évolution reste marquée par une inconstance avec certaines années où il est observé une décroissance aussi bien en pourcentage du PIB qu'en part dans le budget national.

**Graphique 4 :** Dépenses publiques de santé, en % du PIB et en % des dépenses publiques totales



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Concernant la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, elle est de 3,8% en 2005 ; 4,5% en 2008 ; 4,4% en 2011 ; 5,2% en 2014 et 6,1% en 2017. Elle connaît ainsi, malgré sa tendance baissière une évolution positive entre 2005 et 2008 avec respectivement 3,8% et 4,5% avant de connaître une phase descendante avec 4,4% en 2011. A partir de cette année, la part des dépenses publiques de santé dans le budget national connaîtra globalement une belle évolution dans le temps avec notamment 5,2% en 2014 et 6,1% en 2017. Ces chiffres témoignent ainsi de l'inconstante évolution de la part des dépenses publiques de santé mais surtout de son insuffisance.

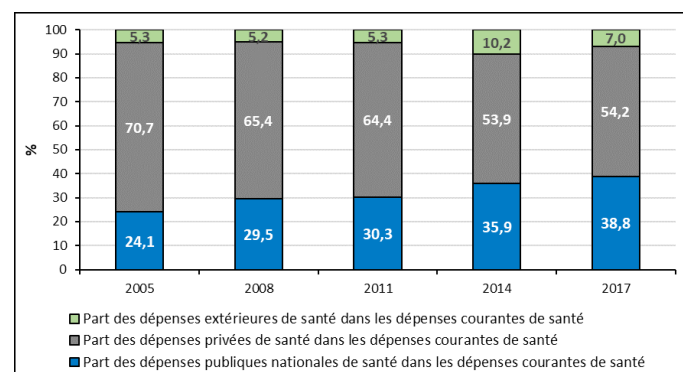
En termes de pourcentage du PIB des dépenses publiques de santé, la tendance observée dans son évolution est relativement semblable à celle observé dans l'évolution de la part des

dépenses publiques de santé dans le budget national. En effet, de 1,1% en 2005, les dépenses publiques en pourcentage du PIB se sont globalement maintenu à ce taux jusqu'en 2008 avant de connaître une légère baisse en 2011(1,0%). Et tout comme pour la part des dépenses publiques de santé, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB connaissent à partir de 2011, une évolution généralement positive et continue avec notamment 1,5% en 2014 et 1,7% en 2017. A l'image des faibles parts du budget national alloués aux dépenses publiques de santé, le pourcentage des dépenses publiques de santé dans le PIB est relativement faible, ne dépassant même pas les 2%.

### ➤ Dépenses de santé prioritairement à la charge des ménages malgré une hausse continue du financement de source publique

L'analyse de la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques courantes de santé permet de constater principalement la faiblesse de ces dépenses publiques de santé vis-à-vis des dépenses privées de santé.

**Graphique 5 :** Part des dépenses de santé d'origine publique intérieure, privée et extérieure dans les dépenses courantes de santé



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Les dépenses publiques de santé en Mauritanie connaissent globalement une constante évolution dans le temps avec des parts dans les dépenses courantes de santé de 24,1% en 2005 ; 29,5% en 2008 ; 30,3% en 2011 ; 35,9% en 2014 et aussi 38,8% en 2017. Toutefois, ces parts paraissent vraisemblablement faibles surtout au vue des fortes parts des dépenses courantes de santé consacrées aux dépenses privées de santé. En effet, comparativement aux pourcentages des dépenses publiques de santé, les dépenses privées de santé s'élèvent elles à 70,7% en 2005 ; 65,4% en 2008 ; 64,4% en 2011 ; 53,9% en 2014 et 54,2% en 2017. Il est clairement observé une baisse des dépenses privées de santé qui s'explique notamment par les efforts du gouvernement mauritanien en termes de dépenses publiques de santé. Cependant, l'écart toujours important entre les parts des dépenses publiques de santé et celles privées ainsi que les faibles résultats observés dans le cadre des dépenses publiques de santé, en pourcentage du PIB et en pourcentage des dépenses publiques totales montre que des efforts doivent encore être réalisés en ce qui concerne les dépenses publiques de santé de la part de l'Etat mauritanien.

L'analyse de la première partie à révéler que les dépenses publiques de santé de l'Etat mauritanien, malgré les efforts consentis restent quand même à améliorer. Outre cela, et au vue des nombreux défis de santé, particulièrement de santé de la reproduction auxquels font face la Mauritanie, il serait aussi

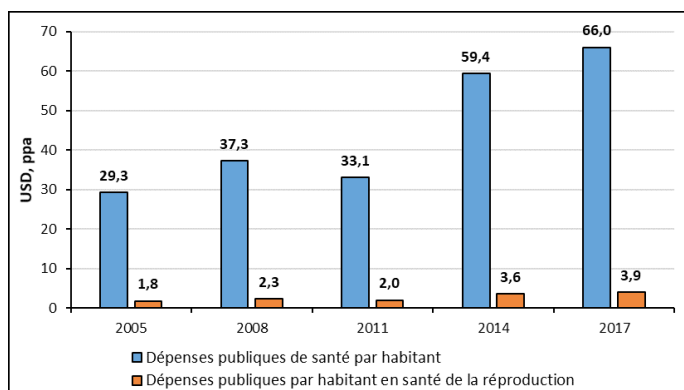


intéressant de voir l'importance qu'accorde le gouvernement mauritanien aux dépenses de santé de la reproduction.

### ➤ Faible niveau des dépenses publiques en santé de la reproduction

L'analyse du graphique 6 montre que malgré les faibles parts des dépenses publiques de santé générale notamment vis-à-vis des dépenses privées de santé, les dépenses publiques par habitant consacrées à la santé de la reproduction restent largement inférieures à celles attribuées à la santé générale et demeurent par conséquent très faibles.

**Graphique 6 :** Dépenses publiques par habitant en santé générale et en santé de la reproduction (USD ppa)



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Les dépenses publiques de santé par habitant en USD (PPA) s'élèvent à 29,3 en 2005, 37,3 en 2008, 33,1 en 2011, 59,4 en 2014 et 66,0 en 2017. Tout comme pour l'évolution des parts des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, le montant des dépenses publiques de santé par habitant suit une évolution positive qui connaît une rupture en 2011. A partir de cette année, l'évolution sera de nouveau positive et ira crescendo dans le temps. La tendance de cette évolution est tout à fait normale car elle est la conséquence de la tendance et surtout de l'importance qu'ont prise les dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales et sur le PIB au fil du temps. La baisse du montant des dépenses publiques de santé par habitant visible en 2011 par rapport à 2008 peut donc en partie être expliquée par la baisse observée de la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales de 2011 par rapport à celle de 2008.

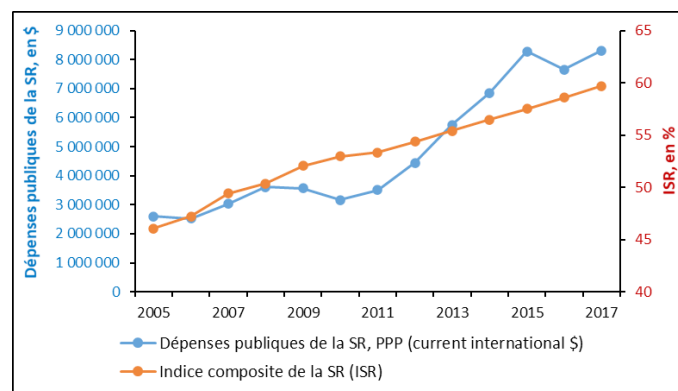
Concernant le montant des dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction (en USD ppa), elle suit la même tendance en termes d'évolution dans le temps que le montant des dépenses publiques de santé par habitant avec ainsi, 1,8 en 2005 ; 2,3 en 2008 ; 2,0 en 2011 ; 3,6 en 2014 et 3,9 en 2017. L'évolution du montant des dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction dépend donc de l'évolution du montant des dépenses publiques de santé par habitant. Ceci explique donc la rupture constatée en 2011 après une première évolution positive entre 2005 et 2008 et aussi la deuxième évolution positive observée après 2011 avec les chiffres de 2014 et 2017 entre autres. Outre ce constat de dépendance, l'aspect le plus important à ressortir de cette analyse est la faiblesse des dépenses publiques par habitant en santé de la reproduction vis-à-vis des dépenses publiques de santé par habitant. Cette faiblesse des dépenses publiques par habitant consacrées à la santé de la reproduction peut susciter l'interrogation au vu des chiffres inquiétants des indicateurs de santé de la repro-

duction comme la mortalité (maternelle, infanto-juvénile...), d'autant plus que les dépenses publiques de santé générale par habitant sont elles-mêmes considérées comme relativement faibles.

### ➤ Nécessité d'accroître les dépenses en santé de la reproduction pour améliorer les indicateurs de la SR

Il existe une corrélation positive prononcée entre les dépenses publiques de la santé de reproduction et les indicateurs de la SR regroupés dans l'indice ISR. En d'autres termes, on assisterait une amélioration sensible des indicateurs de la SR et donc une amélioration du bien-être sanitaire des populations à travers d'un accroissement des dépenses publiques en SR en Mauritanie.

**Graphique 7 :** Evolution des dépenses de la SR et l'ISR



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

L'élasticité des dépenses en santé de la reproduction (SR) par rapport à l'indice composite de la SR est estimée à environ 0,26 en Mauritanie. Une analyse de cette élasticité montre qu'une augmentation des dépenses de la SR de 10% entraînerait un accroissement de l'indice de la SR de 2,6%. Autrement dit, l'augmentation des investissements en santé de la reproduction aurait engendré une amélioration au niveau de la santé maternelle et infantile, favoriserait une plus grande utilisation des méthodes contraceptives et ainsi une lutte plus efficace contre les maladies sexuellement transmissibles. En termes de comparaison avec certains pays limitrophes et membres du Partenariat de Ouagadougou, l'élasticité budgétaire de la santé de la reproduction de la Mauritanie est légèrement au-dessus de celle du Sénégal (0,24) et du Mali (0,24).



© ALIMA NGO

## Encadré 2 : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et Elasticité budgétaire

En statistique, l'élasticité mesure la variation d'une grandeur provoquée par la variation d'une autre grandeur. Dans le cadre de la santé de la reproduction, l'élasticité budgétaire est une mesure de la sensibilité d'un indice de la SR par rapport aux variations des dépenses allouées à la SR.

Pour les besoins de calcul de l'élasticité des dépenses de la SR, il est nécessaire de disposer d'un indicateur « unique et synthétique » de la SR qui serait une agrégation de tous les indicateurs relatifs à la SR. Ainsi, nous avons construit un **indice synthétique de la SR**, en abrégé **ISR**, qui agrège les indicateurs relatifs de la SR.

Au regard de la littérature, les principaux indicateurs de la SR sont :

- Prévalence contraceptive ( $SR_1$ )
- Proportion de femmes enceintes recevant des soins prénataux ( $SR_2$ )
- Taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié ( $SR_3$ )
- Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos ( $SR_4$ )
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes ( $SR_5$ )
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 05 ans ( $SR_6$ )
- Risque de décès maternel ( $SR_7$ )
- Taux de mortalité des enfants de moins d'un an ( $SR_8$ )
- Prévalence des mutilations génitales féminines ( $SR_9$ )
- Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale ( $SR_{10}$ )

Ces indicateurs interviennent dans la construction de l'indice composite ISR, à l'exception des deux derniers ( $SR_9$  et  $SR_{10}$ ) qui sont écartés pour des raisons de disponibilité des données.

L'ISR est déterminé en prenant la moyenne géométrique des indicateurs relatifs à la SR, au moyen de la formule suivante :

$$ISR = \left( \prod_{j=1}^4 SR_j \times \prod_{j=5}^7 (1 - SR_j) \times \left( 1 - \frac{SR_8}{10} \right) \right)^{\frac{1}{8}}$$

L'ISR est construit de sorte que sa valeur soit toujours comprise entre 0 et 1. Il donne une mesure des performances en matière de la santé de la reproduction pour un pays. Le niveau de la santé de la reproduction d'un pays donné est meilleur lorsque l'ISR tend vers 1, et médiocre lorsque l'ISR tend vers 0.

## RECOMMANDATIONS

Au vue de la faiblesse des dépenses publiques allouées à la santé mais aussi et surtout de la part minimale du budget de la santé attribué à la santé de la reproduction (SR) par rapport aux nombreuses difficultés rencontrées par ce secteur en Mauritanie, il semble plus que nécessaire d'entreprendre des actions plus renforcées en soutien aux actions déjà réalisées par l'Etat mauritanien. C'est dans ce sens que la Mauritanie pourrait de manière spécifique :

- **Augmenter la part des dépenses publiques de santé** dans les dépenses publiques totales. Cette augmentation est plus que nécessaire pour faire face aux nombreux défis de santé auxquels font face l'Etat mauritanien mais aussi pour soutenir la population mauritanienne en leur allégeant leurs dépenses de santé ;
- **Accorder une plus grande importance à la santé de la reproduction** : la faible part des dépenses publiques de

santé de la reproduction par habitant dans les dépenses publiques de santé générale par habitant laisse penser que le gouvernement mauritanien n'accorderait pas une place prioritaire à la santé de la reproduction malgré les nombreuses inquiétudes qu'elle peut susciter. Une réorientation des priorités semble donc nécessaire afin d'attribuer à la santé de la reproduction et aux dépenses publiques qui lui sont attribuées, une plus grande importance et une plus grande part dans les dépenses publiques de santé ;

- **Sensibiliser considérablement les populations sur certains aspects importants de la santé de la reproduction** : notamment sur la nécessité de la planification familiale et sur les dangers de l'excision.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Dramani (2019) : *Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et Modèles normatifs*. Editions L'Harmattan

Ministère de la santé (2011), « Rapport d'analyse de situation du secteur de la santé en Mauritanie ».

Gandaho, T., C. Striefel, M. Maiga et A. Chen. (2015). « Repositionnement de la planification familiale en Mauritanie : la délégation des tâches ». Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

Office National de la Statistique (2014), « Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 2013 ».

Organisation Mondiale de la Santé (2015), « Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 », 2015.

Organisation mondiale de la Santé (2017) "Country Cooperation Strategy of the World Health Organization with Mauritania", 2018-2022. Genève

Organisation Mondiale de la Santé (2017), « Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS5 2015 ».

République Islamique de Mauritanie (2017). « Dépendance économique en Mauritanie : Entre soutien privé et public ». Policy Brief N°1 Projet SWEDD.

République Islamique de Mauritanie (2017). « Dividende démographique en Mauritanie : Entre mythes et réalités » Policy Brief N°2 Projet SWEDD.

Slab Meddeb, Faouzi Mosbab (2006) « Diagnostic de situation de la santé de la reproduction en Mauritanie ».

Souleman Boukar et al (2012) « CADRE D'ACCELERATION DE L'OMD5 : Amélioration de la santé maternelle en Mauritanie »

United Nations (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

United Nations (2017). « World Population Prospects: The 2017 Revision », DVD Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

## AUTEURS

Pr Latif Dramani | Dr Sam Agbahoungba | Edem Akpo  
Pierre Ndiaye | Sabin Nendobe Dobah

