

RTE Rapport Mauritanie

- Préface
- Résumé du rapport (1 page)
- Liste des abréviations

1. Introduction et méthodes [2 pages]

1.1. Contexte, champ d'application du RTE, approche et méthodes, telles qu'appliquées au niveau national (1 page)

L'examen opérationnel a pour objectif d'aider les équipes et les responsables les parties prenantes à mieux appréhender le processus de mise en œuvre des interventions au cours de la pandémie de la COVID19, d'en tirer des leçons à travers les points forts à conserver et les points faibles à renforcer.

L'approche de « l'apprentissage partagé » préconisée dans le cadre de la présente évaluation en temps réel (RTE) consiste à collecter des informations auprès du personnel de l'UNICEF ainsi que des partenaires, d'autres travailleurs de première ligne et de la population cible.

L'approche mixte utilisée est basée sur la collecte de données qualitatives et quantitatives à travers différents canaux qui tiennent compte tenu du contexte de la pandémie COVID-19 en cours.

La collecte de données est réalisée à trois niveaux :

a) Au niveau national

10 interviews sont menées avec les premiers responsables des entités concernées :

- ✓ Ministère de l'Éducation nationale : trois responsables identifiés (IGE ; DP ; DREN)
- ✓ Ministère de la Santé : trois responsables identifiés (DRS ; DDS)
- ✓ ONG partenaires : quatre identifiées

b) Au niveau sous-national

- ✓ Deux sites ont été identifiés (Nouakchott et Sélibabi). Trois écoles (2 primaires, 1 secondaire) et deux centres de santé ont été visités dans la périphérie de Nouakchott.
- ✓ Les Interviews et discussions de groupes sont en cours avec les travailleurs de première ligne (les agents de santé, les agents de santé communautaires et les enseignants et chefs d'établissement).

c) Niveau communautaire

- ✓ Groupe 1 : 1 chef de communauté + 2 autres informateurs clés seront interviewés + au moins 5 autres membres de la communauté
- ✓ Groupe 2 : Dans chaque école visitée, 4 Groupes de discussion formés par 5 adolescents chacun (2 groupes de garçon et 2 groupes de filles séparés) seront organisés autour de l'outil Cartographie du Corps.

Les instruments de collecte utilisés :

- ✓ Questionnaire d'enquête conçu et administré à chacune des trois catégories d'interviewés ;
- ✓ Enquêtes téléphoniques et appels téléphoniques avec les partenaires d'exécution et les travailleurs de première ligne ;
- ✓ Discussion de groupes quand cela est possible.

L'analyse des données :

Les données sont analysées à la fois **quantitativement** à travers des tableaux de fréquence et les outils de statistique descriptive et **qualitativement** en utilisant le codage et l'analyse du contenu.

L'échantillon :

Il est composé de cinq Moughataa dont quatre à Nouakchott périphérique (quatre) et les zones rurales de Sélibabi (Guidimagha) qui constituent un échantillon à priori représentatif des populations mauritaniennes dans leur diversité de résidence, de milieu et d'ethnies. Le tableau ci-dessous en donne une synthèse ().

Catégorie	Éducation	Santé	Autres
Travailleurs 1ere ligne et autres	4 écoles à Nouakchott	4 centres de santé à Nouakchott	
Gouvernement national et partenaires de mise en œuvre	En cours	En cours	
Communautés touchées	En cours	En cours	

1.2. Contexte du pays par rapport à l'épidémie de la COVID-19 (0.5 page)

Les mesures prises en juillet 2020 de lever les restrictions de voyage à l'intérieur du pays et de réduire progressivement la durée du couvre-feu ainsi que la réouverture progressive et conditionnelle des aéroports ont fait croire à la fin de la pandémie. A telle enseigne qu'on a assisté à un relâchement des mesures de protection.

Le gouvernement et ses partenaires ont convenu d'apporter une réponse face à l'évolution de la pandémie, notamment à travers le renforcement des messages et des actions de protection, les interventions communautaires d'information et les activités de sensibilisation (RCCE) dont la direction est assurée par l'UNICEF y compris la surveillance communautaire, et ensuite celui de la "Prévention et contrôle des infections" (IPC).

La réponse de l'UNICEF est alignée sur le plan d'action stratégique mondial (SRP) de l'OMS pour 2020 et sur l'appel à l'action humanitaire pour les enfants COVID-2019 de l'UNICEF pour 2020.

C'est ainsi que les activités et les sites de mise en œuvre tiennent compte de ces impératifs.

Les entretiens réalisés avec trois parmi les responsables du Bureau de l'Unicef à Nouakchott ont permis de se faire une première opinion sur la portée géographique et thématique de la réponse de l'UNICEF à la COVID-19 en Mauritanie (voir plus loin au point 2 consacré aux constats).

La Mauritanie présente des risques d'impacts sanitaires et humanitaires élevés pour la COVID-19. On pense que la capacité de réponse nationale actuelle, pourra être dépassée et conduire à un besoin d'assistance internationale (Protocole INFORM COVID-19 Risk Index).

1.3. Précis de l'impact de COVID-19 sur les pays cibles (mortalité, morbidité, socio-économique, NLOB) et d'autres acteurs et approches clés (gouvernement, autres Nations Unies, principales INGO et approches de la société civile) (0.5 page)

En Mauritanie, du 14 mars au 18 décembre 2020, les services officiels ont enregistré 12046 cas confirmés de COVID 19 occasionnant 264 décès.

La dynamique de l'économie mauritanienne¹ a subi les incidences négatives de la pandémie de la COVID19. En effet, on estime que le Produit Intérieur Brut (PIB) à prix constants qui aurait dû progresser de + 6,3% en 2020, se rétractera de - 3.2%, marquant ainsi une perte nette par rapport aux prévisions initiales pour 2020, soit un écart de plus de 9 points du PIB.

Les pertes nettes de recettes fiscales sont estimées à plus de 25%, au moment où les dépenses ont augmenté de plus de 12%, pour financer les mesures sanitaires liées à la pandémie de la COVID-19, accompagner certains secteurs économiques et soutenir les ménages les plus pauvres. Il en résulte une aggravation du déficit budgétaire qu'on estime à 5% du PIB.

Au cours de la même période, l'environnement extérieur s'est fortement dégradé. En conséquence, le déficit de la balance courante devrait s'aggraver, pour passer de 805 millions USD en 2019 à 1285 millions USD en 2020, soit respectivement -10.6% et -17.3% du PIB. A cela s'ajoute le poids relativement important du service de la dette qui représente 220 millions USD.

Le Plan National Multisectoriel de Riposte à la COVID 19 constitue l'un des instruments mis en place par le gouvernement pour juguler la pandémie. Un fonds spécial de solidarité sociale et de lutte contre le Coronavirus, doté d'une contribution de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards MRU fut créé.

A fin juin 2020, le Fonds a recueilli 4,3 milliards MRU grâce à la participation des acteurs nationaux publics et privés ainsi que des partenaires au développement.

2. Constats [6 pages]

2.1 Adaptation

Comment le Bureau Pays (BP) s'est-il adapté à l'épidémie de la COVID-19, au confinement et au travail à distance, s'est-il adapté aux besoins de la population au fil du temps, y compris l'impact socio-économique de la pandémie, en adoptant des approches nouvelles et différentes, en comblant les lacunes et en recherchant des solutions locales ?

¹ Données officielles (Ministère des affaires économiques)

L'UNICEF a harmonisé sa stratégie d'intervention travaille dans cinq sous projets et a adapté sa stratégie de mise en œuvre des activités, en vue de répondre à la pandémie COVID-19, ce qui a permis la réalisation des formations en cascade et la sensibilisation porte à porte pour limiter le contact et le rassemblement des personnes.

Dès l'apparition de la pandémie, L'UNICEF a assuré la direction de deux piliers : la « Communication sur les risques et l'engagement communautaire » (RCCE), y compris la veille communautaire, et « Prévention et contrôle des infections » (IPC) en plus d'être membre du groupe local d'éducation et de soutien au plan d'intervention du ministère de l'Éducation face à l'urgence du COVID-19.

La réponse du Bureau de l'UNICEF est alignée sur l'appel 2020 UNICEF COVID-2019 « Humanitarian Action for Children ». Il était prévu de réaliser des activités de communication en direction de la population totale du pays, et d'autres interventions plus spécifiques en faveur de 1,6 million d'enfants et de femmes en âge de procréer.

Aussi les mesures suivantes ont été adoptées : i) Élargir les programmes et / ou les fournitures pour atteindre notamment les groupes les plus vulnérables ; ii) explorer de nouveaux domaines programmatiques et dans de nouvelles zones géographiques ; iii) préconiser des solutions locales ; iv) satisfaire les besoins de fournitures qui ne sont pas disponibles localement (concentrateurs d'oxygène, tests de diagnostic, entre autres) ; v) renforcer l'utilisation des plateformes numériques pour la programmation et la surveillance à distance ainsi que la coordination avec les partenaires externes et vi) recruter du nouveau personnel.

2.2 Mise en œuvre

Effacité de la réponse de l'UNICEF à la COVID-19 en Mauritanie

Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-elle pu contribuer à compenser les effets négatifs de la pandémie sur l'accès aux services de base [assurer la couverture et l'extension des services] ?

Financement

Le budget de la réponse a été estimé à 18,8 millions de dollars EU mais l'UNICEF Mauritanie n'a mobilisé que 7 pour cent des besoins de financement de 18,8 millions de dollars EU.

Pour répondre aux besoins immédiats, un montant de 2,6 millions de dollars EU a été programmé (mars 2020, voir SITREP 2). Plus de 1,1 million de dollars de fournitures ont été distribuées² de janvier à juillet 2020, ciblant 22470 enfants (SITREP 10, août 2020).

Résultats préliminaires

Paradoxalement et en dépit de la pénurie des ressources, le Bureau de l'UNICEF estime avoir atteint entre 85 et 110% de son objectif. Y avait-il une surestimation des besoins en ressources ou des résultats ?

RCCE : les publications Facebook ont permis de toucher près de 130 000 personnes avec un taux d'engagement de 12% (objectif : 10-15%).

Rapidité de la réponse du Bureau de l'UNICEF

Les facteurs les plus cités et qui ont contribué à la rapidité de l'intervention sont : i) la reconnaissance par tous les acteurs de la gravité de la situation et le besoin urgent de soutien ; ii) la simplification des procédures et la disponibilité des ressources mobilisées, des fournitures avant la fermeture des frontières ; iii) la flexibilité des budgets en fonction des objectifs et iv) la proactivité du personnel. D'autres facteurs ont au contraire entravé la célérité des interventions : les insuffisances de connectivité Internet et de circulation de l'information au niveau des équipes de pays des Nations Unies.

Synthèse des entretiens déjà réalisés

Des entretiens ont été réalisés avec les principaux responsables du Bureau de l'UNICEF à Nouakchott, en l'occurrence, ceux de l'Éducation, de la Santé/Nutrition, les opinions sur les réalisations qui ont été portées à la connaissance de l'équipe de consultants sont résumées de la communication et de la Protection.

Les entretiens qui ont jusqu'ici été réalisés ont concerné les zones périphériques de Nouakchott avec les travailleurs de première ligne. Les réponses recueillies sont synthétisées ci-dessous.

Synthèse des entretiens avec les responsables du Bureau de l'UNICEF

a) Éducation

² Y compris des ATPE et des articles anthropométriques

Points clés :

- ✓ Coordination avec les PTF pour trouver une alternative à l'enseignement en présentiel et élaboration d'un plan de riposte au niveau de la collaboration ente le MEN et l'UNICEF
- ✓ Déc 2019 et Janv. 2020, création d'une cellule d'urgence qui a coïncidé avec l'apparition de la pandémie (note de service du SG du MEN mais pas d'arrêté ministériel)
- ✓ L'urgence était de trouver une solution pour la partie restée des programmes, notamment pour le cursus final. Il a été alors décidé de réaliser 35 leçons en plus d'autres pour couvrir le programme restant à travers des cours enregistrés complété par un travail pédagogique à la radio et à la télévision. Un informaticien a renforcé l'équipe qui a élaboré une plateforme de référence opérationnelle (monécole.gov.mr) en plus de séances télévisées. La radio a dédié une antenne scolaire (fréquence spécifique).
- ✓ La conception et la diffusion de 10 000 exemplaires et 50 000 de manuels d'exercices corrigés ainsi que la distribution de photocopiés (zone de Bassiknou).
- ✓ Un suivi de proximité a été réalisé dans les régions du Guidimagha, du Hodh Charghi et de l'Assaba.
- ✓ Des poste radio (1300) ont été distribués dans les zones reculées à des familles vulnérables (ciblage des foyers abritant des filles en particulier)
- ✓ Des groupes WhatsApp ont été créés (personnel de l'éducation)
- ✓ Un rapport de suivi a été élaboré par la DREN du Hodh Charghi (remis aux consultants).
- ✓ Des activités ont été menées au profit des enfants « hors de l'école » dans plusieurs régions (Brakna, Guidimagha, Assaba, Nouakchott et les deux Hodhs).
- ✓ Le regroupement au niveau de certains foyers a été favorisé ainsi que l'appui au e-learning et l'enseignement du français à travers le suivi et l'encadrement des équipes pédagogiques (centres de formation, langues, digitalisation).
- ✓ D'autres interventions sont à noter : outils de communication, d'hygiène (poste de lavage des mains dans plus de 500 écoles).

b) Santé/Nutrition

Points clé :

- ✓ Les interventions sont réalisées sous un objectif essentiel : la continuité des services
- ✓ Un guide de permanence des services de santé
- ✓ Le niveau communautaire a été mis à contribution au Guidimagha (voir avec la DRASS à Sélibabi et Mr BA, point focal Nutrition)
- ✓ Auprès de chaque centre de santé (poste), on trouve une structure communautaire
- ✓ A trois postes correspondent trois agents communautaires (acteurs communautaires)
- ✓ Insuffisances des financements mais prise en charge et suivi des enfants malnutris
- ✓ Des équipements ont été remis à l'hôpital mère et enfant et des consultations ont été assurées en Inchiri, au Trarza, en Adrar et quelques centres de santé à Nouakchott (Dar El beida, Kissal, El Avia, entre autres).

c) Wash

Points clés :

- ✓ Formations des médecins des Moughataa sur l'infection, des responsables des hôpitaux de Nouakchott et appui au Ministère de la Santé (11000 équipements de protection individuelle, produits d'hygiène et de désinfection). Des kits d'hygiène ont été distribués au Hodh Charghi.
- ✓ Des brigades de désinfection pilotes ont été déployées à travers la Direction de l'hygiène publique et les communes pour en assurer une autonomisation
- ✓ La prise en charge des sites de l'Université où ont été hébergées les personnes asymptomatiques limiter la contagion.
- ✓ En partenariat avec le Croissant rouge et la Croix Rouge, organisation de tri, désinfection et prise en charge des malades y compris psychosociale, de 20 hygiénistes (350 000 USD)
- ✓ Au niveau du Site de l'hôpital Mère et Enfant : travaux en cours : dispositif de stockage ; SAS ; aiguillage.
- ✓ Appui à la Protection civile : matériels et Kits eau-hygiène au profit de 500 ménages.

- ✓ 3000 volontaires ont été encadrés pour la promotion de latrines et dispositifs de lavage des mains.

d) Communication

Points clés :

- ✓ La principale activité a concerné la mise en place du centre d'appel du ministère de la Santé (recrutement et motivation des opérateurs, appui technique, transferts des alertes)
- ✓ En collaboration avec le Ministère de la Santé (MS) et le Ministère de l'Emploi et de la Jeunesse (MEJ), une veille communautaire a été organisée avec « WATANOUNA »
- ✓ Organisation de partenariats avec les principaux acteurs de la société civile (leaders religieux, organisations de jeunes)

e) Protection

Points clé

- ✓ Les activités se sont limitées au niveau de la région du Guidimagha
- ✓ Le partenaire « Terre des hommes » a participé à toutes les activités au niveau communautaire à Nouakchott.
- ✓ Le système de protection qui fonctionne depuis dix ans a été redéployé dans le cadre de la COVID19.
- ✓ Les partenaires principaux : outre « Terre des hommes » ; la coordination régionale du MASEF ; Réseau national des jeunes ; l'ONG MAURISANTE ; Radio Mauritanie ; le réseau des Oulémas, entre autres.

Appréciations des travailleurs de première ligne sur quelques aspects de l'évaluation

Sur la base des interviews réalisées dans les sites (4 écoles dans les zones périphériques de Nouakchott et 4 centres de santé à Nouakchott). Ces appréciations seront complétées à partir des interviews avec les différents acteurs au Guidimagha. La collecte dans cette région a été fortement perturbée par les effets de la deuxième vague de la COVID en cours. Néanmoins les consultants ont rencontré le Directeur Régional de l'Enseignement Fondamental (DREF), le Directeur régional de la santé et de l'action sociale (DRAS), les responsables locaux d'Action contre la faim (ACF) et des responsables de trois communautés. Toutes les informations ont été saisies sur des feuilles Excel en vue de leur exploitation dans le cadre des différentes sections du rapport. Les résultats seront incorporés dans le rapport final.

a) Education

b) Santé

Le succès de l'UNICEF à atteindre les segments les plus vulnérables de la population et à garantir l'équité.

La vulnérabilité en Mauritanie étant essentiellement rurale et accessoirement dans la périphérie des grandes villes, les interventions de l'UNICEF au cours de la période de pandémie ont été essentiellement centrées dans les régions caractérisées par un taux de pauvreté élevé (notamment le Guidimagha, Hodh Charghi et zones périphériques de Nouakchott). Le dépouillement des réponses aux questionnaires permet compléter les

Comment l'UNICEF a-t-il pu respecter les normes et les protocoles de programmation ?

Le groupe RCCE (60 organisations) a produit des outils de planification et d'information utiles pour le renforcement de la réponse de la RCCE, notamment un plan d'intervention révisé, le partage continu des mises à jour et d'autres informations critiques entre ses membres ainsi qu'une version validée de la feuille de route du pilier RRCE. Un mécanisme de coordination simplifié avec le gouvernement, des lignes directrices et des outils de communication de pointe, ont été mis au point.

Le groupe de coordination de la RCCE a fait des efforts pour assurer une liaison avec d'autres groupes de coordination axés sur les aspects « Protection » et « Santé » de la riposte. En outre, le groupe a servi de relais pour relayer les informations et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre des activités.

Au niveau national, la gestion intégrée des indicateurs de performance de la malnutrition aiguë répondait aux normes standards SPHERE avec 90% de taux de récupération ; 0,3% du taux de mortalité et 9,1% du taux d'abandon (sitrep 10).

Le groupe de prévention et de contrôle des infections (IPC) s'est concentré sur le partage d'informations.

Les informations fournies au Sitrep sont ventilées par sexe, ce qui est conforme aux pratiques recommandées.

La capacité de l'UNICEF à assurer/maintenir l'engagement communautaire/les mécanismes pour rendre compte aux populations bénéficiaires

Certes, l'obligation de rendre compte aux populations affectées (AAP) est « un engagement actif des acteurs et des organisations humanitaires à utiliser le pouvoir de manière responsable en tenant compte des personnes qu'ils cherchent à aider, en leur rendant des comptes et en leur étant redevables » mais son application dans le contexte de la pandémie a été mitigée.

Comment le Bureau de l'UNICEF a utilisé la planification de la préparation et de l'urgence pendant l'intervention COVID-19 ?

En cours

Comment le Bureau de l'UNICEF a révisé le plan d'intervention COVID-19 en fonction de l'évolution des besoins de la population ?

En cours

Que sait-on des besoins dans le pays et comment le Bureau de l'UNICEF a déterminé et vérifié ces besoins ?

Le Bureau de l'UNICEF a œuvré pour la mise en place d'une coordination avec les PTF pour trouver une alternative à l'enseignement en présentiel et élaboré un plan de riposte en collaboration avec le MEN et l'UNICEF. En fait, depuis décembre 2019 et Janvier 2020, une cellule d'urgence a été créée et ses activités ont coïncidé avec l'apparition de la pandémie (note de service du Secrétaire Général du MEN).

2.3 Qualité

Les effets de la crise et des contraintes connexes en matière de confinement et de mouvement sur la capacité de l'UNICEF à fournir des services de qualité ?

Il ressort des différents entretiens que les interventions de l'UNICEF ont été **quantitativement insuffisantes** (couverture faible) mais **opportune et de bonne qualité** (à part les stylos qui ont été unanimement reconnus de mauvaise qualité) avec un ciblage équitable. Les quelques reproches formulés sont mis sur le compte du contexte difficile de l'urgence (contraintes exogènes). A Nouakchott, le score moyen des réponses des travailleurs de première ligne est de 8,75/10 et 7/10 respectivement pour les secteurs de l'éducation et de la santé pour la question 7, portant sur l'opportunité de l'intervention de l'UNICEF.

Comment le Bureau de l'UNICEF a assuré la qualité de l'intervention, et les processus et systèmes de vérification utilisés pour garantir la qualité ?

L'UNICEF doit la qualité de ses interventions en temps de COVID à l'existence préalable de structures rodées depuis de nombreuses années (système de protection par exemple) et la sélection de partenaires stratégiques qui ont des prolongements à l'intérieur du pays (Gouvernement, ACF, Terre des hommes, entre autres).

3. Thèmes émergent /Conclusions [1 page]

3.1. Les points positifs qui se dégagent des résultats obtenus par l'UNICEF dans le cadre de l'intervention COVID-19 dans le pays

Beaucoup d'efforts ont été consentis mais pour des résultats difficiles à quantifier. Il est vrai qu'en l'absence d'un système de préparation préalable à l'urgence, il est difficile d'obtenir les meilleurs résultats. Pourtant, à en juger par les taux de réussite aux examens (concours d'entrée en 1^{ère} année secondaire), les résultats ont été bons au Guidimagha, en Assaba et au Hodh Charghi (Ministère de l'Education nationale).

En matière de lutte contre la pandémie, les efforts ont permis de contenir la première vague qui se situe entre mars et octobre 2020. L'intérieur du pays avait été faiblement touché.

3.2. Les contraintes/défis rencontrés par l'UNICEF dans le cadre de la mise en œuvre de la réponse à la COVID-19 en Mauritanie

Les défis les plus cités sont : i) l'insuffisance des financements ; ii) la lourdeur des procédures opérationnelles ; iii) la précarité des liaisons internet, notamment à l'intérieur du pays mais aussi : i) l'absence de données et d'informations en provenance des lieux d'intervention ; ii) les insuffisantes réactivités des partenaires de l'administration ; iii) les difficultés de déplacement et d'approvisionnement qui engendrent des surcoûts.

En matière d'éducation :

Un problème de taille mérite d'être noté : à l'intérieur du pays, la diffusion radiophonique se situe entre 40 et 70 km selon les endroits autour des chefs-lieux des Moughataa. En conséquence, une partie des enfants n'ont pas accès à l'enseignement radiophonique à distance. On se heurte aussi aux mentalités des bénéficiaires (parents d'élèves) et le fait que l'écoute de la radio est tombée en désuétude. Il existe en outre de réelles difficultés d'adaptation à la technologie, l'inadéquation de la période d'hivernage et quelques insuffisances dans la collaboration des DREN. Il se pose aussi un problème de remontée de l'information pour le suivi. En effet, les données chiffrées ont été difficiles à obtenir. On estime toutefois qu'environ 45% des enfants sont bénéficiaires. L'évaluation immédiate n'a pas « été possible (difficultés de déplacement en temps de COVID). On peut toutefois penser à des solutions alternatives (échantillon, analyses). A noter qu'une enquête a été réalisée par l'ONS sur l'impact de la COVID19. Il y a encore des efforts de sensibilisation à faire.

En matière de Santé :

On note que : i) certaines activités ont été retardées ou annulées ; ii) les coûts des interventions sont plus élevés que d'ordinaire (nombreux relais, intrants à acheter, trop d'intervenants s'abstiennent par peur...).

Les centres de vaccination ont été transformés en centres COVID ainsi que d'autres services dont certains ont été fermés. Certains médecins de Moughataa ont été redéployés ailleurs à cause de l'arrêt des consultations régulières avec ses conséquences sur la prise en charge des autres pathologies d'autant plus que la faible mobilité au cours de la période a eu un impact négatif sur l'efficacité des interventions.

Les intervenants à l'intérieur du pays (Guidimagha) ont fait part de i) difficultés à l'organisation des ateliers de formation au niveau communautaire ; ii) difficultés dans la réalisation du dialogue communautaire et iii) des limites dans l'organisation des campagnes de dépistage des enfants.

En matière de WACH :

Les contraintes et défis sont : i) les difficultés de déplacement, de suivi du déploiement et d'acheminement du matériel ; ii) les difficultés stratégiques : de **remontée de l'information** au Ministère de la Santé (les points focaux ne participent pas comme il le fallait) ; iii) les difficultés d'approvisionnement à partir de l'extérieur et même au niveau national ; iv) la mauvaise gestion des stocks au niveau Ministère de la Santé ; v) les lenteurs dans l'acheminement du matériel (des équipements remis au MS (à Nouakchott) ne sont pas parvenus au centre de l'Université (à Nouakchott) une semaine après).

En matière de communication :

Les principales difficultés rencontrées concernent : i) l'existence de systèmes de coordination parallèles non fusionnés ; ii) la faible **remontée de l'information** ; iii) l'absence de feedback des centres d'appel ; iv) les réseaux communautaires isolés dans le cadre d'une vaste opération et dans un contexte de restriction des déplacements et v) les confusions liées aux « Fake news » et autres rumeurs.

3.3. Implications à moyen et long terme pour les **enfants vulnérables** et leurs communautés dans les pays cibles, et implications pour **la stratégie et l'action de l'UNICEF** à moyen et long terme

Les implications stratégiques à moyen et long terme pour plus d'efficacité des programmes et un meilleur ciblage des populations les plus vulnérables devront prendre en considération les points ci-après : i) les opérations de sensibilisation ou de cash transfert ou autres soutiens doivent nécessairement être effectuées en étroite collaboration avec les autorités locales mais il faudra rester vigilant pour s'assurer que cela bénéficie aux populations les plus vulnérables ; ii) Les termes du plaidoyer devront être conçus et étudiés en faveur de l'accès de cette catégorie de la population aux services de base (éducation, santé, eau, assainissement) ; iii) améliorer la coordination et la circulation de l'information horizontalement et verticalement.

Pour la programmation, il faudra privilégier le contact à distance, à travers le téléphone, le WhatsApp et l'e-mail. Le contrôle à distance le plus efficace pourra se faire par la création de bases données à alimenter lors de chaque activité (exemple cité par ACF Sélibabi).

3.4. (Ré)orienter la programmation de l'UNICEF pour atteindre les enfants vulnérables à moyen et à long terme (par exemple, inclure des possibilités nouvelles ou supplémentaires ; nécessité d'agir différemment ou de transformer, etc.)

L'une des faiblesses constatées réside dans les insuffisances du système de collecte des données et la fiabilité de celles qui sont disponibles. La programmation devra être plus soucieuse du système de suivi, de remontée de l'information en temps opportun pour que la planification puisse reposer sur des données solides, éventuellement en les recoupant avec d'autres, provenant de différentes sources.

4. Leçons /Point actions suggérés [1 page]

La levée des restrictions de circulation entre les régions et du couvre-feu a créé un sentiment de danger moins fort parmi la population (on a constaté une baisse de moitié des appels effectués au COVID-19 hotline).

Il est à noter que, contrairement à d'autres pays de la région, aucune activité n'a été planifiée dans les domaines de la protection sociale et du VIH (ces secteurs étaient absents du budget de réponse de l'UNICEF).

Au cours de la mise en œuvre, les femmes ont été très impliquées en bravant la peur. Elles se sont montrées efficaces avec une masse critique importante.

Les activités de suivi entreprises sur le terrain pour contrôler la qualité des interventions sont insuffisantes.

D'autres leçons peuvent être tirées de l'expérience : i) le Ministère de la Santé manque cruellement d'expertise en matière de centres d'appel. Il a besoin d'une assistance technique pour développer le domaine et éventuellement évoluer vers un Service médical d'urgence ; ii) la veille communautaire est peu développée (seules des ONG s'en occupent) ; iii) il est préférable de travailler avec ce qui existe plutôt que de créer de nouvelles structures ; iv) il n'existe pas de dispositif communautaire au niveau des régions ou des communes. Il est nécessaire de combler ce vide.

Pour la plupart de nos interlocuteurs, il faudra améliorer les infrastructures au niveau des écoles et établissements (didactiques, sanitaires, d'hygiène et de restauration), et mettre l'accent sur la formation et l'encadrement.

Le dispositif de collecte de données n'a pas donné de résultats sans doute en raison d'une faible remontée de l'information mais aussi de la charge quotidienne associée à la prise en charge du COVID-19 (cas des enfants traités pour d'autres pathologies).

La gestion des déchets environnementaux et biomédicaux Covid-19 dans les établissements de santé devra retenir plus l'attention de l'UNICEF et de ses partenaires.

Il est nécessaire d'améliorer le système de planification (rapidité, efficacité) d'une réponse en temps de crise à travers le réalisme, l'encouragement la communication et l'analyse des interventions pour identifier ce qui a bien marché et ce qui n'a pas donné de résultats et tirer des leçons.