

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice



RAPPORT DU GROUPE THEMATIQUE TECHNIQUE

« SANTE, NUTRITION ET POPULATION »

SUR LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

POUR L'ANNEE 2003

- Dr Mohamed Nezhir Ould Hamed, President du Groupe
- Dr Sidi Ould Mohamed Lemine Ould Zahaf,
- Mr Diagana Yacouba et
- Moctar Ould Memah

(Consultants nationaux)

Février 2004

Groupe Technique Thématique Santé, Nutrition et Population

Secteur de la santé et des affaires sociales

- Direction de la Planification, de la Coopération et des Statistiques (DPCS)
- Direction de la Protection Sanitaire (DPS)
- Direction des Ressources Humaines (DRH)
- Direction de la Pharmacie et du Laboratoire (DPL)
- Direction des Affaires Sociales (DAS)

Autres secteurs gouvernementaux

- | | |
|---|-----------|
| • Secrétariat d'État National de Lutte contre le Sida (SENLS) | Primature |
| • NUTRICOM | SECF |
| • Centre Mauritanien d'Analyse des Politiques (CMAP) | MAED |

Partenaires au développement

- Banque Mondiale
- FNUAP
- OMS
- UNICEF

Société civile

- SOS Pairs Éducateurs
- AMBSEM
- AMSME
- ACTION
- SMDFCH
- ALDP

Résumé Exécutif

Rapport de mise en œuvre du CSLP

Groupe Thématique Santé/ Nutrition

I. Bilan de mise en œuvre :

En 2003, il a été réalisé un nombre important d'activités dont i) la construction de 3 centres de santé et 62 postes de santé, ii) l'achèvement en cours de la réhabilitation de 7 hôpitaux régionaux iii) la construction d'une clinique de cardiologie à l'HCZ et la clinique de porte du CHN iv) l'acquisition d'équipements pour 54 PS, 34 CS et 29 autres PS en cours de réception v) l'acquisition de 21 ambulances, vi) l'acquisition de quantités importantes de médicaments, vaccins et consommables vii) la poursuite de la formation du personnel et le recrutement de 282 agents de santé viii) le paiement des primes de zones et de technicité ix) la poursuite de l'opérationnalisation de la CAMEC et du CNTS x) l'adoption des textes du recouvrement des coûts qui a permis l'amélioration de l'accès financier des plus pauvres aux soins de santé, xi) la poursuite de la mise en œuvre de l'approche de contractualisation et mise en place de quelques expériences sur la mutualisation xii) la finalisation des plans sectoriels de lutte contre le Sida au niveau des différents secteurs ainsi que ceux des ONGs et leur transmission au SENLS pour leur mise en œuvre xiv) la réalisation de plusieurs campagnes de sensibilisation en faveur des groupes cibles des programmes prioritaires avec la participation active de la société civile xv) la réalisation de séminaires et de campagnes de sensibilisation en faveur de la politique de population xvi) l'analyse, la publication et diffusion de données sur la population (Recensement national, EDSM) xvii) la poursuite de la mise en œuvre du projet NUTRICOM à travers la mise en place d'un nombre important de CNC et la revitalisation des CREN xviii) l'organisation de campagne spéciale de vaccination contre la rougeole au niveau des régions du Brakna et du Tagant .

En ce qui concerne la nutrition , des activités importantes ont été réalisées notamment i) la mise en œuvre du plan d'urgence qui a permis l'ouverture d'un nombre important de CACs et de CRENs, ii) l'organisation de plusieurs ateliers de formation en faveur du personnel de santé et des ONGs sur la prise en charge de la malnutrition et la surveillance nutritionnelle, iii) le renforcement du service national de nutrition en équipement et logistique, iv) l'organisation de plusieurs formations dans le cadre de la nutrition en faveur des ONGs et du personnel des CACs et CRENs, v) l'élaboration d'un projet de décret portant commercialisation et utilisation exclusive du sel iodé,

II. Perspectives

En 2004 et 2005, l'action menée visera la mise en place des programmes inscrits dans le cadre des dépenses à moyen terme à travers la mise en œuvre des actions relatives à i) la poursuite des activités déjà engagées en matière de construction et d'équipements de structures de santé, ii) de la formation du personnel iii) de sensibilisation des populations, iv) le renforcement de la décentralisation en vue d'une meilleure fonctionnalité des structures régionales et départementales, v) le renforcement des capacités de gestion des ONGs, vi) le développement de la contractualisation, la promotion des expériences entreprises dans le cadre de la mutualisation, vi) et l'extension de l'approche indigence.

Dans le même sens, les programmes de nutrition seront renforcés à travers l'extension des centres de nutrition communautaire et de CREN et la mise en œuvre d'un certain nombre d'études sur les TDCI, les carences en micronutriments, et la mise en place d'un PMA nutrition au niveau des formations sanitaires.

En matière de population, les efforts seront axés sur l'adoption d'une déclaration de population actualisée, ainsi que ses plans d'action régionaux , la mobilisation des fonds pour le financement du programme national de population (PNP) ,Le renforcement des mécanismes de coordination (Commission Nationale de population et les structures d'appui), le renforcement de l'adhésion accrue des décideurs, parlementaires, religieux, leaders d'opinion aux principes de la déclaration de politique

de population et la mise à disposition d'informations statistiques fiables et actualisées sur les indicateurs de population prenant en compte le genre et la dimension régionale

III. Recommandations

1. Améliorer la performance du secteur à travers i) l'institutionnalisation de rapports d'activités, ii) la disponibilité, la qualité et le suivi de la ressource humaine et iii) la mise en place d'un système de coordination, de supervision avec une pleine participation des communautés et iv) l'allègement et la standardisation des procédures de gestion financière avec une globalisation du budget.
2. Renforcer la qualité des prestations fournies à travers i) l'unicité et la qualité de l'information, ii) la revitalisation des hôpitaux régionaux, iii) la mise en place d'un système d'orientation – recours fonctionnel et iv) l'implication effective de la société civile dans le processus de mise en œuvre des programmes
3. Mettre en place un système de suivi des OMDs à travers l'organisation d'enquêtes ponctuelles et orientées.

Introduction

Notre pays a été déclaré éligible en 1999 à l'initiative de réduction de la dette des pays pauvres très endettés (IPPTE), et a dans ce cadre élaboré un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté .

Douze groupes thématiques ont contribué à l'élaboration de ce plan et sont chargés du suivi de sa mise en œuvre.

Ainsi, le groupe de santé-nutrition et population se propose de rédiger un rapport thématique sur le diagnostic du secteur, l'état d'avancement des activités prévues en 2003, les principaux obstacles et enseignements à tirer, les perspectives pour 2004–2005 et un résumé du dit rapport pour être intégré dans le rapport global de mise en œuvre du CSLP.

I. Diagnostic du secteur

Le système de santé en Mauritanie a souffert au cours des dernières années (avant 2001) d'un déséquilibre croissant de l'allocation des ressources tant en terme de type de dépense (ratio investissement / fonctionnement très élevé) qu'en terme de niveau d'allocation (vers le secteur tertiaire et administratif au dépens des secteurs primaire et secondaire, ce dernier étant particulièrement mal doté). Cette allocation était en contradiction avec les objectifs nationaux de réduction de la mortalité infantile, de la malnutrition, et de contrôle des maladies transmissibles qui dépendent essentiellement d'activités du niveau primaire (activités des postes et centres de santé ainsi que les stratégies avancée et mobile), et de réduction de la mortalité maternelle qui ne pourra être réduite que grâce à un secteur secondaire très fonctionnel (hôpitaux régionaux avec plateau chirurgical). Le sous financement du secteur primaire a également abouti à ce que celui-ci dépend de façon croissante de la contribution des usagers, mettant également en péril l'objectif de protection de pauvres contre l'effet appauvrissant des dépenses de santé.

Malgré une évolution incontestable des indicateurs de santé, ceux-ci demeurent encore en deçà des objectifs fixés. Un taux de mortalité maternelle de 747/100.000 naissances vivantes, un taux de mortalité infantile d'environ 87 pour 1000, un taux de mortalité infanto juvénile d'environ 135 pour 1000, un indice de fécondité de 4,7 , un taux d'accouchements assistés de 57 %, un taux de prévalence du Sida de 0,56 % chez les femmes enceintes, une prévalence importante de maladies transmissibles, une couverture sanitaire dans un rayon de 5km d'environ 72 %, et un taux de malnutrition de plus de 30% chez les enfants de mois 5 ans sont autant de facteurs qui déterminent l'importance du travail à entreprendre. (Source EDSM 2000, SNIS 2002)

Enfin le secteur santé se trouvait confronté à de problèmes d'inefficience technique avec envolée de la dépense du médicament parallèle à l'apparition de ruptures de stock chroniques au niveau des formations sanitaires, difficultés de décaissement pour des intrants essentiels comme les vaccins et les médicaments antituberculeux, déficit numérique d'infirmiers et retards à la prise de service des personnels de santé, et faible couverture par des services essentiels comme la vaccination, les soins aux enfants ou les accouchements assistés.

La dépense publique de santé est de plus inégalement répartie entre les wilayas. La wilaya de Nouakchott en particulier reçoit par habitant plus de deux fois ce que reçoivent les wilayas les plus pauvres. Cette disparité dans l'allocation des ressources se retrouve tant dans l'investissement que dans le fonctionnement.

La subvention accordée aux zones plus favorisées ne permet pas de corriger les inégalités existantes, sachant en particulier que la dépense de santé des ménages les plus pauvres représente une proportion significativement plus élevée du revenu que celle des plus riches. Les zones rurales, plus pauvres sont aussi celles qui ont les besoins les plus importants. La proportion des accouchements assistés selon l'enquête EDSM en 2000 n'est que de 30% en zone rurale contre plus de 90% à Nouakchott.

Par rapport à cette dépense, la performance de la Mauritanie en terme de santé apparaît dans la moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne, et au dessus de la performance des pays de la sous région, à l'exception du Ghana. La mortalité infanto - juvénile est en baisse appréciable et la fécondité est plus basse que dans la plupart des pays voisins.

Dans le cadre de la nutrition , la situation alimentaire se caractérise par une production de céréales ne couvrant pas 30% des besoins bien que compte tenu de l'accroissement démographique, les besoins augmenteraient chaque année de 10 000 tonnes. Malgré les importations de 10 à 15% des besoins estimés selon les normes de la FAO , ces besoins ne peuvent être satisfaits eu égard à un ensemble de facteurs dont la distorsion de la distribution, l'enclavement, et la rupture de stock aggravant localement ces déficits. Par ailleurs, la dégradation de l'environnement, liée aux effets de la dégradation climatique et à des prélèvements excessifs sur les ressources naturelles disponibles a entraîné d'importants bouleversements socio-économique en milieu rural ;La conséquence de l'insécurité alimentaire est l'apparition des poches de vulnérabilité externe sur le plan alimentaire et nutritionnel. En outre, il n'existe aucune planification stratégique pour répondre à la problématique de la malnutrition, qui se traduit par l'absence d'une politique nationale en matière de nutrition. Toutes les interventions nutritionnelles se réduisent quasiment à des programmes d'urgences ou ponctuels, sans coordination. Les activités nutritionnelles restent atomisées tant au niveau structurel que spatial et ne s'inscrivent pas dans une véritable dynamique.

Sur le plan nutritionnel, la situation se présente comme suit :

- L'EDSM 2000-2001 révèle que 35% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique dont 3% de malnutrition sévère.
- En moyenne 13% des enfants de moins de 5 ans sont émaciés.
- Selon l'EDSM 18% des femmes de 15 à 49 ans souffrent de malnutrition chronique dont 2% de malnutrition sévère
- Le Taux de prévalence de l'avitaminose A est compris entre 2,5 et 2,7% chez les enfants de moins de 5 ans avec des pics (60% à Nouakchott, 2,5% à Nouadhibou, 10% au Hodh El Gharbi, 4% dans l'Adrar en 1990).
- La prévalence du goitre est de 30% (l'OMS considère le taux de 30% comme zone d'endémicité sévère) .
- L'enquête sur le suivi des indicateurs de nutrition, effectuée en 2000-2001 dans les régions du Hodh El-Garbi, Assaba, Gorgol, Nouadhibou et Nouakchott, montre chez des enfants de 3 à 36 mois, que 31,6% souffrent de retard de croissance, 8,9% d'émaciation et 27,5% de malnutrition globale (Source Nutrico, ; ONS).
- Au Gorgol l'enquête (2002/MSAS/OMS) révèle que 30 à 50% des femmes sont atteintes de carences en fer.

A la lumière de cette analyse, le cadrage s'est effectué sur la base des grandes orientations suivantes :

1. Une mise à niveau des dépenses de l'investissement vers le fonctionnement, afin d'aboutir à un ratio plus propice à la performance et à l'absorption
2. Une priorité donnée au fonctionnement pour la dépense sur budget de l'état, incluant les fonds nouveaux libérés par l'Initiative PPTE

3. Une réorientation de la dépense d'investissement comme de fonctionnement vers les zones à bas accès géographique, et vers le niveau primaire et secondaire.
4. Des masses budgétaires allouées à des activités qui conditionnent la performance du secteur en terme de ses objectifs d'impact essentiels.
5. Le financement de la ressource humaine afin de renforcer la capacité de mise en œuvre et d'absorption des financements.
6. La mise en place de réformes essentielles pour le secteur pour en améliorer l'efficacité technique (par exemple centrale d'achat des médicaments).
7. Un accent sur la subvention de la demande à travers l'action sociale et les mécanismes de Tiers Payants.

L'accent a été porté sur la prestation de paquets de services clés qui visent à augmenter la couverture des groupes les plus vulnérables par des interventions de santé essentielles. La stratégie du secteur santé vise à assurer l'accès à ces paquets de services à forte externalité et potentiel de coût - efficacité élevé en terme de réduction de la mortalité infantile et maternelle, de la malnutrition et de l'impact des maladies transmissibles. L'impact potentiel de ces paquets est une réduction de la mortalité infantile à moins de 100 pour mille, la mortalité infantile - juvénile à moins de 120 pour mille et la mortalité maternelle à moins de 500 pour 100,000

Afin d'améliorer la couverture de la population mauritanienne avec ces paquets d'activités de santé, des programmes ayant pour but d'aboutir à faire évoluer les dimensions clés de cette performance ont été conçus dont certains relatifs à la nutrition en l'occurrence le projet NUTRICOM et le plan national de nutrition .

II. Bilan de mise en œuvre des actions

Dans le cadre du secteur santé-nutrition, le CSLP a défini 5 objectifs principaux :

- ❑ Améliorer les services de santé fournis aux populations, en particulier les plus pauvres et réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies.
- ❑ Renforcer l'équité, la qualité, l'efficacité et l'accessibilité durable aux soins essentiels
- ❑ Améliorer la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA
- ❑ Améliorer le pilotage, la planification et la gestion du secteur
- ❑ Améliorer l'état nutritionnel des populations.

Pour atteindre ces objectifs, il faut tout d'abord noter un engagement politique croissant visant à amener ce secteur à atteindre les objectifs du CSLP et des OMDs.

Depuis 2002, la mise en œuvre du cadre des dépenses à moyen terme du secteur a permis une réelle réorientation vers les stratégies pouvant garantir une évolution favorable vers les objectifs du CSLP. Dans le même temps, l'augmentation et la réallocation des ressources ont permis d'améliorer l'efficacité du secteur et ont participé à faciliter la mise en œuvre d'activités prioritaires pour le secteur. Ainsi, un ensemble d'actions ont été réalisées au cours de l'année 2003 . Parmi ces actions , certaines sont prévues dans le cadre du CSLP sur la période 2001-2004,tandis que d'autres n'étaient pas prévues . Certaines des actions prévues dans le CSLP sont ponctuelles et peuvent donc avoir un délai de réalisation précis, d'autres sont étalées dans le temps et ne peuvent être réalisées sur une année. Ceci fait que l'appréciation de l'état d'avancement des activités ponctuelles peut être précisée alors que celles prévues sur plusieurs années se fera selon l'évolution du processus de leur mise en oeuvre.

2.1. État d'avancement des activités prévues

A. Premier Objectif :

Pour atteindre le premier objectif qui est lié à l'amélioration des services de santé fournis aux populations, en particulier les plus pauvres et à la réduction de la morbidité et de la mortalité, 4 grandes actions ont été prévues. Toutes ces actions sont de longue durée car liées à des investissements ou à des processus institutionnels. L'état d'avancement de ces activités qui ont été entamées en 2001 se présente comme suit :

A.1. Poursuite et l'extension de la mise en œuvre du programme de construction et d'équipement de postes et centres de santé :

a) Construction/Extension/Réhabilitation :

Dans ce cadre, 62 postes de santé ont été réceptionnés (dont 12 dans le Hofh Echargui, 11 dans le Hodh El Gharbi, 13 en Assaba, 5 au Gorgol, 8 au Brakna, 2 en Adrar, 11 au Guidimakha) et 14 autres dont la réception est prévue en mai 2004 (dont 8 en Adrar, 3 au Guidimakha, 2 au Tagant et 1 en Assaba). De même, 3 centres de santé (dont 2 au Gorgol et 1 au Guidimakha) seront réceptionnés en février 2004 . Aussi, le poste de santé de Tekane (Trarza) a été transformé en centre de santé (financement Espagnol) . Grâce à ce programme, le taux de couverture sanitaire a été porté à 75% de la population dans un rayon de 5 km et à 79% si l'on prend en compte les postes ouverts mais non fonctionnels, ce qui constitue une performance remarquable au regard de la disparité géographique de notre pays. Autre performance indéniable, la qualité de ces infrastructures, attestée par les populations et leurs élus locaux.

Au niveau des hôpitaux régionaux , les travaux de réhabilitation et d'extension sont en cours d'achèvement au niveau des 7 hôpitaux de Néma, Aioun, Kiffa, Rosso , Tidjikja , Kaédi et Sélibaby (seul l'hôpital régional de Kaedi a été réceptionné tandis que la réception des 6 autres est prévue en Mars 2004). Au niveau des hôpitaux de Nouakchott, les travaux de construction de la clinique de porte du CHN et la clinique de cardiologie de l'hôpital Cheikh Zayed seront achevés et leur réception est prévue respectivement en Mai et Juin 2004.

L'extension /réhabilitation du centre neuro psychiatrique (CNP) a été achevée et réceptionnée . Aussi, la construction d'un hôpital pour le Cancer a été entamée et la finalisation est prévue à la fin de 2004.

D'autres constructions sont en cours ou en phase d'étude notamment :

- Construction de la DRPSS du Trarza dont la réception est prévue en juin 2004.
- La réhabilitation /extension du CNH
- La construction du siège du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et celui du Programme Elargi de vaccination (PEV).

Par ailleurs deux hôpitaux de moughataa sont actuellement en cours de construction à CHINGUITTI et BOUTILIMIT dans le cadre de la coopération décentralisée.

b) Équipements

En ce qui concerne les équipements, des équipements complets ont été acquis pour 54 postes de santé et 34 CS alors que les équipements de 29 autres postes sont en cours de réception.

- Dans le cadre du Programme de maternité sans risque des équipements ont été réceptionnés pour quelques CS et PS en Assaba .
- La réception des équipements complets pour les 7 hôpitaux régionaux réhabilités et le bloc opératoire de l'hôpital régional d'Aleg est prévue en Mars 2004.
- Les équipements de la clinique de cardiologie de l'HCZ ont été réceptionnés ainsi que ceux pour 2 laboratoires du CNH (1 réceptionné et le deuxième commandé).

- Les équipements du centre neuro psychiatrique et ceux de la clinique de porte du CHN y compris un bloc opératoire pour les urgences seront réceptionnés en mars 2004.

A.2. Poursuite du programme de formation et de recrutement du personnel :

Pour pallier l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel, le département a procédé au cours de l'année 2003 :

- ❑ au recrutement et à l'affectation de 282 agents dont 11 médecins, 3 spécialistes, 3 chirurgiens dentistes, 3 pharmaciens, 1 ingénieur informaticien, 7 ingénieurs génie civil, 4 juristes, 3 TSS, 18 infirmiers d'Etat, 98 Infirmiers médico sociaux, 26 Accoucheuses auxiliaires, 3 sage femmes, 24 chauffeurs, 15 aides infirmiers, 25 secrétaires et 39 garçons et filles de salle.
- ❑ Au niveau des institutions de formation (ENSP et INSM), un personnel important est en cours de formation composé de 5 gynécologues, 12 Techniciens supérieurs d'anesthésie, 80 Sage femmes, 160 Infirmiers d'Etat, 300 Infirmiers médico sociaux, 30 techniciens de santé (Laboratoire et Radiologie) et 40 Assistants sociaux.
- ❑ Parallèlement, les médecins chefs d'hôpitaux régionaux ont terminé leur formation visant l'amélioration des capacités de gestion de ces établissements hospitaliers. L'étude relative à la mise à niveau des autres personnels des hôpitaux régionaux a été achevée ; A cela s'ajoute la sortie d'une promotion de l'école nationale de santé publique composée de 45 Infirmiers d'état, 100 Infirmiers médicaux sociaux.
- ❑ Par ailleurs, et dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services, à travers la formation continue, plus de 20 séminaires de formation dans les domaines de santé reproductive, de techniques vaccinales, de prévention et prise en charge du paludisme, des IST, de la tuberculose et de la malnutrition, de l'action sociale, de la gestion des médicaments et consommables et de la Gestion des ressources humaines et financières ont été organisés.
- ❑ L'affectation d'une promotion de 12 pédiatres et 5 gynécologues sortie de l'INSM ; 8 pédiatres ont été affectés au niveau de chacun des hôpitaux régionaux d' Aioun, Kiffa, Kaédi, Aleg, Tidjikja, Atar, Rosso, Nouadhibou et 4 au niveau des hôpitaux tertiaires de Nouakchott

A.3. La mise en place d'un système d'indemnité spécifique pour le personnel en poste dans les zones défavorisées :

Dans ce cadre, le personnel a effectivement reçu les primes de zone en 2003 au titre des années 2002 et 2003. Le règlement de ces primes a déjà permis une diminution de la demande d'affectation vers Nouakchott et les grandes capitales régionales. Il faudra noter que ce système nécessite encore une meilleure implication des comités de santé afin de garantir une réelle présence sur le terrain des personnels concernés.

A.4. La mise en place d'un système pérenne d'approvisionnement en médicaments de qualité : Sur la base des recommandations des études en cours et en concertation avec les donateurs dans ce domaine, le Gouvernement en vue d'opérationnaliser la centrale d'achat des médicaments et consommables (CAMEC), a engagé les actions suivantes permettant de garantir l'indépendance de la CAMEC par rapport au Gouvernement tout en lui assurant un réel accompagnement dans le cadre d'un interface fonctionnel entre elle et les services gouvernementaux (MSAS, Trésor, BCM, ...) :

- ❑ Signer une convention entre le MSAS et la CAMEC permettant d'assurer les exemptions prévues dans la stratégie du secteur (vit A, fer, anti-tuberculeux, femmes enceintes, enfant en bas âge, ...)
- ❑ Renforcer l'implication des partenaires par la mise en place du Comité de revue
- ❑ Tirer le maximum d'expériences des autres centrales de la région ;
- ❑ Donner à la CAMEC la priorité dans l'accès à la devise ;

Depuis la mise en fonction de la CAMEC, le département n'a pas enregistré de rupture en médicaments essentiels même si le prix des médicaments devra connaître une révision (au cours de 2004) afin de garantir un accès plus large.

B. Deuxième Objectif :

Pour le deuxième objectif lié au renforcement de l'équité, de la qualité, de l'efficience et de l'accessibilité durable aux soins essentiels trois principales actions ont été prévues. Elles ont trait à l'extension du système de recouvrement des coûts , à la prise en charge des indigents, à l'expérimentation de systèmes de partage des coûts et à l'implication des usagers. L'état d'avancement des activités pour 2003 se présente comme suit :

B.1. Mise en place d'un système de prise en charge des indigents en collaboration

avec les départements concernés : pour réaliser cette activité plusieurs tâches ont été exécutées : la mise en œuvre d'un projet pilote de prise en charge des indigents des deux Hodhs qui s'est attelée à définir des critères objectifs d'identification de l'indigence. Les résultats de cette expérience qui s'est terminée en octobre 2003, étaient fort intéressants et ont été retenus pour être élargis à d'autres régions avec les améliorations nécessaires. Un décret abrogeant et remplaçant les textes en vigueur du Système de recouvrement des coûts a été finalisé (décret N° 2003/006 ; ce décret prévoit qu'une part des recettes du système de recouvrement des coûts soit affectée à la prise en charge des indigents et les arrêtés relatifs à cet aspect du décret sont déjà disponibles .

B.2. Par ailleurs , dans le cadre de la **mutualisation** plusieurs expériences ont été développées dont notamment le forfait obstétrical à Nouakchott et la mise en place de 9 mutuelles à différents niveaux d'évolution qui sont encore en gestation au niveau de 5 régions du pays . L'évaluation du forfait obstétrical à Sebkhâ a montré un impact positif sur la qualité et l'utilisation des services de gynécologie/Obstétrique.

B.3. Implication des usagers et des communautés les plus pauvres dans les décisions et la gestion de leur santé : La révision des textes réglementaires a prévu des aspects importants relatifs à l'organisation et à la gestion des structures sanitaires régionales et périphériques notamment la composition et le fonctionnement des comités de santé au niveau des structures primaires et les conseils des hôpitaux au niveau des structures secondaires, les structures tertiaires étant érigés en établissements publics obéissent à un statut particulier . **La particularité dans le nouveau texte relatif aux structures primaires est la participation systématique des femmes dans la composition de ces comités.**

C. Troisième Objectif :

Concernant l'objectif lié à la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA, l'année 2003 était essentiellement une année de mise en place du Secrétariat Exécutif de lutte contre le Sida qui est l'organe de coordination et de suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre le Sida au niveau de l'ensemble des secteurs y compris celui de la santé . C'est ainsi, que le plan sectoriel de la santé dans le cadre de la lutte contre le Sida à l'instar des autres secteurs a été élaboré et la mise en œuvre de l'ensemble de ces plans est prévue en 2004.

D. Quatrième Objectif

Pour le quatrième objectif ayant trait à l'amélioration du pilotage, de la planification et de la gestion du secteur les activités prévues étaient la mise en œuvre du POAS, l'évaluation du plan directeur 1998-2002 et l'actualisation du CDMT. Le POAS a été mis en œuvre avec un taux global d'exécution de 78 % et 90 % du Budget Etat, l'évaluation du plan directeur est au stade de sélection du bureau d'études, et l'actualisation du CDMT est en cours. Par ailleurs, le département a continué l'effort mené dans le cadre d'une décentralisation effective de la planification, en élaborant des programmes régionaux pertinents et en impliquant d'autres acteurs dans la mise en œuvre et le suivi ; Les mécanismes de suivi seront renforcés et mis en œuvre. Dans ce cadre, les actions suivantes ont été engagées :

Dans le domaine de la décentralisation ,

- ❖ Accompagner et renforcer le niveau décentralisé en Ressources Humaines ;
- ❖ Travailler sur la qualité des services
- ❖ Relancer d'urgence la supervision qui connaît une réelle léthargie
- ❖ Continuer le renforcement de la gestion des DRPSS ,ce qui permettra à terme que tous les fonds soient gérés au niveau des services centraux ou régionaux du Ministère de la Santé ;
- ❖ Accélérer la signature des lettres de mission au niveau de toutes les régions ;
- ❖ Pour le SNIS, son importance grandissante demande qu'une attention particulière lui soit accordée en termes d'effectif et de renforcement des capacités d'analyse.

Dans le domaine de l'approche sectorielle,

- ✓ Le Ministère doit assurer le leadership des partenaires ;
- ✓ Re dynamiser les réunions trimestrielles du Groupe Thématique préparées par des réunions techniques ;
- ✓ Relancer les réunions régulières du CGSP ;

E. Cinquième objectif

Pour le cinquième objectif, améliorer l'état nutritionnel des populations, les activités réalisées rentrent dans le cadre du renforcement des capacités des différents intervenants de la nutrition curative et de la nutrition préventive.

L'année 2003 a été caractérisée par l'urgence nutritionnelle. En dehors des activités classiques des différents intervenants, une synergie a été développée pour porter secours aux populations vulnérables à l'intérieur du pays à travers des programmes ponctuels.

Suite à la déclaration du Gouvernement de la situation d'urgence alimentaire dans le mois de septembre 2002, la Direction de la Protection Sanitaire en collaboration avec ses partenaires, avait organisé une mission d'évaluation dans les Wilayas du Brakna, du Gorgol et de l'Assaba, pour évaluer les besoins nutritionnels.

Il était globalement ressorti de cette mission que la malnutrition atteint des taux de 50% dans certaines Wilayas avec près de 15% de malnutrition sévère. Alors que l'Enquête Démographique Santé (EDSM 2001) avait montré que la moyenne nationale de la prévalence de la malnutrition était de 35%.

Ces résultats confirment une situation nutritionnelle précaire dans la majorité des localités visitées. Compte tenu de cette situation qui prévaut dans ces localités et le manque important de disponibilité alimentaire suite au prolongement de la période de soudure, la mise en place d'une aide alimentaire d'urgence était nécessaire.

Un plan d'urgence alimentaire avait été élaboré en novembre 2002 basé entre autres sur les besoins alimentaires et nutritionnels (des enfants de 6 mois à 5 ans). C'est ainsi que le nombre de CACs nécessaires a été estimé à 632 et le nombre de CRENS à 70. Toutes ces activités ont été soutenues par une vaste distribution de vivres dans les zones sinistrées sous l'égide d' ONGs internationales.

Les axes d'intervention étaient essentiellement :

1. un appui aux groupes vulnérables
2. la lutte contre la sous-alimentation et la malnutrition protéino-énergétique
3. la lutte contre les carences en micronutriments
4. la surveillance nutritionnelle

L'amélioration de l'état nutritionnel des populations sous l'optique du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté se limite essentiellement aux activités du projet Nutricom et en partie ceux du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Néanmoins, d'autres ONGs internationales et nationales ont développé des actions significatives dans certaines régions du pays qui contribuent à l'atteinte des objectifs du CSLP.

Pour l'atteinte des objectifs par rapport au CSLP, les réalisations essentielles suivantes ont été menées au courant de l'année 2003 dans le domaine de la nutrition :

- Élaboration d'une proposition de politique nationale de nutrition sous la direction du Ministère des Affaires Économiques et du Développement. Proposition transmise aux différents partenaires pour amendement
- La mise en place d'un Centre de Formation en Nutrition Communautaire pour la formation et le recyclage des auxiliaires de nutrition communautaire
- Le maintien en activité avec une supervision formative de 117 Centres de Nutrition Communautaire
- Réhabilitation de 14 Centres de Récupérations Nutritionnelle
- 16 000 moustiquaires imprégnées ont été distribuées au CNC et CNCR
- Equipement de 14 CREN de matériel nécessaire pour leur bon fonctionnement
- Contractualisation avec 18 ONGs nationales et 3 ONGs internationales
- Plusieurs protocoles d'accords et de convention avec les différents partenaires entre autres, le MSAS, le PAM et l'UNICEF...
- Réalisation des modules de formation en nutrition communautaire
- Élaboration des supports pédagogiques en nutrition communautaire
- Formation des ANC et ANCR : elle consiste à déterminer dans un premier temps les besoins de formation, suivi de la mise à jour des modules de formation et enfin, l'élaboration d'un plan de formation et de sa mise en œuvre. Le processus est en cours.
- Renforcement de capacité du staff du projet par le recrutement d'un nutritionniste pour l'antenne régionale de Nouadhibou
- Forum annuel des nutritionnistes : il a consisté en un échange d'expériences et d'informations entre les différents intervenants
- Acquisition en cours des micronutriments : ceci a pour objectif d'augmenter la couverture des groupes vulnérables.
- Diagnostic de la stratégie IEC : il consiste à évaluer la performance des outils existants, proposer éventuellement des outils complémentaires et enfin, élaborer une stratégie IEC plus pertinente.
- Un séminaire sur le suivi-évaluation des projets
- Vidéo conférence sur les indicateurs de suivi
- Développement d'un système de suivi des indicateurs de la base jusqu'au niveau central

- Financement de 70 activités génératrices de revenus
- Organisation des coopératives féminines dans le domaine de la transformation et de la conservation des produits de la pêche
- Alphabétisation fonctionnelle des bénéficiaires des AGR dans le domaine de la gestion et de la comptabilité
- Evaluation d'impacts du projet Nutricom : il permet de déterminer réellement quel a été l'apport du projet pour les bénéficiaires, quel est son impact dans le quotidien des populations bénéficiaires. Le processus est en cours.

L'approche de Nutricom peut se résumer en quatre points essentiels :

1. Les CNC : Ce sont des structures à assise communautaire. Ils se trouvent tant en milieu rural et urbain. Ils sont le cœur de l'approche du projet et tout le reste gravite autour. Ils servent à collecter les informations (le suivi de la croissance) et à véhiculer des messages dans plusieurs domaines liés à la vie des populations vulnérables.
2. Les mesures d'accompagnements : ce sont des activités qui se déroulent au niveau des CNC. Elles concernent essentiellement de l'Information, l'Education et de la Communication (IEC) pour conduire à un changement de comportement en matière d'hygiène, préparation culinaire, des causes de la malnutrition, de la prise en charge des enfants malnourris...
3. Activités Génératrices de Revenu (AGR) : elles ont pour but de pérenniser entre autre les activités du CNC. En effet, une partie des bénéfices des AGR devrait servir à prendre en charge le fonctionnement du CNC.
4. La mobilisation sociale : elle doit permettre à mobiliser les bénéficiaires autour de la problématique de la malnutrition dans toute sa dimension.
5. la pérennisation et la vulgarisation du système de suivi des indicateurs au niveau décentralisé (de la base au niveau central)

2.2. Activités non prévues réalisées

En plus des activités prévues dans le cadre du CSLP pour l'année 2003, un ensemble d'autres activités ont été menées aussi bien par le département de la santé, le projet NUTRICOM (SECF) que par la société civile en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du CSLP.

2.2.1. Dans le cadre de l'amélioration des services de santé fournis aux populations en particulier les plus pauvres :

- Acquisition de 21 ambulances tout terrain destinées à la prise en charge des urgences en particulier les urgences obstétricales et néonatales.
- Organisation de la première journée de maternité sans risque
- Elaboration et adoption du plan stratégique national de santé de la reproduction (2003-2007)
- Organisation d'une campagne de vaccination contre la rougeole au profit des enfants de 9 mois à 15 ans au niveau des wilayas du Tagant et du Brakna
- Création et mise en œuvre d'un programme de prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME)
- Mise en place d'un comité national chargé de la mise en œuvre de la composante santé scolaire du Projet Education.
- L'élaboration d'une politique nationale hospitalière
- Etude en cours sur le mécanisme de financement hospitalier
- La mise en place de mesures permettant la disponibilité gratuite des contraceptifs
- Elaboration d'un projet de loi pharmaceutique

Dans ce cadre, la société civile a réalisée les activités suivantes :

- Construction en cours d'un complexe de santé à Dar Naim (Fonds mauritano - Canadien)
- Mise en place dans le biais de contractualisation de plusieurs ateliers de confection de moustiquaires imprégnées au niveau de certaines wilayas (Nouakchott ,Brakna, Guidimakha)

2.2.2. Dans le cadre de l'amélioration de la prévention du VIH/SIDA :

- la création du Comité National de lutte contre le SIDA (CNLS) et des Comités Régionaux (CRLS) par décret du Premier Ministre n°027-2003 du 24 mars 2003
- la création du Secrétariat Exécutif National de lutte contre le SIDA et les Secrétaires Exécutifs Régionaux par arrêté du Premier Ministre n°12-63 du 1er avril 2003 .
- Mise en place du Secrétariat Exécutif :Recrutement du personnel contractuel, Location du siège, Equipement des locaux du SENLS, Acquisition de matériel roulant ,Fonctionnement
- Appui aux Coordinations Sectorielles :Formation et séminaires régionaux, Financement d'une convention test avec le MCOI
- Appui à la Société Civile :Financement d'une convention avec l'Association Mauritanienne des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (dont la prise en charge de 12 mauritaniens atteints du SIDA, 12 autres sont en attente de prise en charge),Financement de sous projets d'ONG d'horizon et de taille différents
- Organisation de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA
- Participation à l'organisation de la réunion régionale de l'initiative des Pays riverains du Sahara en Mauritanie
- Organisation de l'atelier de lancement du Projet MAP

Dans ce cadre , la société civile a réalisé des activités importantes, notamment :

- Organisation de séances de sensibilisation à l'intention des élèves, des enfants et femmes en prison, au niveau de plusieurs régions du pays (Nouakchott, Nouadhibou, Gorgol, Hodh El Gharbi) et autour de plusieurs thèmes dont les plus importants sont les IST/SIDA, l'hygiène, la nutrition, la santé de reproduction, rage
- Organisation de plus de 200 causeries éducatives autour de plusieurs thèmes dont les IST/SIDA et la fièvre hémorragique
- Organisation de caravane de sensibilisation autour des IST/SIDA
- Participation à la journée internationale sur le volontariat
- Formation de plus de 800 éléments à Nouakchott, Nouadhibou, Gorgol , Hodh El Gharbi sur des thèmes importants (IST/SIDA, Rage....)
- Ouverture de centres spécialisés d'information ou de prise en charge de certains groupes cibles (PVVIH, Femmes et filles victimes de violations sexuelles ...)
- Organisation de plusieurs activités culturelles (conférence, tournoi sportif, projection de films autour de plusieurs thèmes importants (IST /SIDA, don de sang, contraception,)
- Organisation et/ou participation à des études relatives aux conditions de vie des populations ou à des sujets précis (Prostitution, violences sexuelles, utilisation des préservatifs...)
- Organisation d'émissions radio télévisées et publication d'articles sur des thèmes variés (IST/SIDA, Rage, SR...)
- Distribution régulière de préservatifs
- Dotation des zones endémiques de vaccins anti rabiques

2.2.3. Dans le cadre de l'amélioration de l'état nutritionnel des populations :

Pour l'année 2003, plusieurs intervenants ont entrepris des activités en vue d'améliorer la situation nutritionnelle des populations. Ces interventions ont été fortement influencées par la stratégie d'urgence nutritionnelle.

Par ailleurs, quasiment, tous les intervenants ont continué avec leur programme initial qui était inscrit dans leur plan d'action classique. Ces différentes activités sont :

- 356 CACs ont été réhabilités et/ou ouverts (Assaba, Brakna, Gogol, Tagant, Adrar et Trarza).
- 70 CRENs ont été réhabilités et/ou ouverts et rendus opérationnels (Assaba, Brakna, Gorgol, Tagant, Adrar et Trarza).
- un centre de récupération thérapeutique (Guidimakha)
- formation des superviseurs pour 13 ONGs internationales et nationales
- Etude sur la prévalence de l'anémie et des parasitoses (Brakna, Assaba et gorgol). Enquêtes déjà réalisées. Le processus continue avec l'exploitation
- Etude de l'impact des vivres PAM (Brakna, Assaba et gorgol)
- 3 études VAM ont été réalisées (Tagant, Assaba, Gorgol, Hodh El Chaghi et Hodh El Gharbi)
- Elaboration de base de données des activités de suivi et évaluation des CACs, avec une cartographie de l'état nutritionnel et un manuel de suivi
- formation 26 infirmiers en nutrition
- formation de 13 sage femme et matrones
- renforcement de capacités de 90 relais communautaires en matière de vulgarisation des pratiques nutritionnelles adéquates
- vulgarisation et promotion du moringa avec l'élaboration des outils de sensibilisation
- Distribution de 15480 tonnes de vivres
- formation de 314 Auxiliaires de Nutrition
- formation de 40 nutritionnistes pour la gestion des CREN
- formation des infirmiers sur le protocole de prise en charge de la malnutrition

Dans ce cadre, la société civile a contribué par la réalisation des activités suivantes :

- Ouverture d'un CNC à Dar Naim
- Mise en place et suivi de 25 CACs au Brakna

2.2.4. En ce qui concerne les aspects liés à la population, l'année 2003 a été marquée par la réalisation des activités importantes relatives à la politique de population et plaidoyer et au système de suivi évaluation du programme de population.

Dans le domaine de Politique de population et plaidoyer:

- Poursuite des campagnes de sensibilisation au niveau national sur le contenu de la déclaration de politique nationale (séminaires au profit des décideurs, parlementaires, leaders religieux, ONGs)
- Renforcement des capacités des structures de mise en œuvre de la Politique nationale de population (DDS/ MAED) et la Commission Nationale de Population ;
- Mobilisation des fonds pour le financement du programme national de population ;
- Décentralisation de la coordination à travers la mise en place d'une cellule du MAED au niveau de l'Assaba (processus engagé en 2003). Cette cellule permettra d'assurer la coordination des interventions au niveau de la région ce qui renforcera les capacités techniques de mise en œuvre et de suivi-évaluation des programmes.

Dans le domaine du système de suivi-évaluation du programme de population :

- Diffusion des résultats du recensement 2000 à travers l'organisation de 3 séminaires de dissémination (1 national et deux régionaux) ;
- Analyse des données du recensement
- Finalisation de la base de données sociales (Maurit Info) et sa mise sur un CD Rom dont la diffusion sera la plus large possible ;
- Conduite des travaux de collecte de données de l'Enquête sur la mortalité infantile et le paludisme (EMIP) ;
- Elaboration d'un cahier de charges et équipement d'unité de recherche et d'analyse démographique au sein de l'office National de la statistique
- Appui à l'amélioration du système d'enregistrement des faits d'état civil pour augmenter les taux de couverture des naissances, mariages, divorces et décès.

Encadré sur les recommandations issues des travaux des assises et des ateliers de concertation

Concernant la recommandation relative à l'attribution rigoureuse des primes d'éloignement au personnel, des actions ont été engagées en vue d'instituer une rigueur dans l'attribution de ces primes : Parmi ces actions, un recensement physique de l'ensemble du personnel et l'élaboration de directives sur le système de confirmation de la présence du personnel devant bénéficier des primes en **y impliquant au départ les communautés à travers les comités de santé**, et mettre en place les circuits de contrôle et de suivi nécessaires ;

La recommandation sur une meilleure prise en compte de l'évolution démographique dans la définition des objectifs de croissance économique sera prise en considération dans les prochains programmes notamment le CSLP 2005- 2008.

Pour ce qui est de la recommandation concernant l'adoption en urgence d'une politique de contractualisation avec la société civile dans le domaine de la santé, il faudra noter l'augmentation du nombre de projets de contrat entre le département de la santé ou les autres intervenants et la société civile, et ce grâce à la mise en œuvre du guide de contractualisation avec les ONGs ; pour l'élaboration de la politique, l'appui de l'OMS été requis et elle devra voir le jour au cours du premier semestre 2004.

III. Principaux obstacles et Enseignements à tirer

3.1. Les principaux obstacles rencontrés peuvent se résumer en :

1. Une insuffisance notoire des capacités en ressources humaines
2. Un manque de matériel médico technique et informatique
3. Une insuffisance dans la mise en œuvre de l'approche sectorielle.
4. Une lourdeur dans les procédures engendrant un retard dans l'acquisition des équipements techniques et dans les travaux de génie civil.
5. Une difficulté dans la mise en œuvre effective de la décentralisation a cause de la centralisation de l'ordonnancement .
6. Un manque de fonctionnalité des organes mis en place pour la gestion participative (CRDSS, CDSSM, Conseils des hôpitaux ,Comités de santé.....)
7. Une insuffisance dans la coordination et le suivi du secteur privé
8. Un manque d'expertise en matière de nutrition communautaire et de mobilisation sociale
9. Une faible coordination entre les ONGs et les structures étatiques et lenteur dans la mise en oeuvre du processus de contractualisation d'où l'insuffisance de l'implication des ONGs dans le processus de mise en œuvre des programmes
10. Une faiblesse des capacités des ONGs et une insuffisance dans la visibilité de la société civile dans le développement

3.2. Les principaux enseignements à tirer de cette période sont les suivants :

- ❖ L'institutionnalisation de rapports d'activité est indispensable à un bon suivi du programme
- ❖ La ressource humaine (disponibilité, qualité, suivi, ...) reste l'handicap essentiel du développement du système de santé en Mauritanie
- ❖ La Coordination (intra et extra sectorielle), la supervision et la participation communautaire sont insuffisantes et devront bénéficier d'une attention particulière
- ❖ La lourdeur et la diversité des procédures de gestion financière sont source d'inefficience dans l'exécution du Programme; nécessité de décentralisation et d'harmonisation
- ❖ L'unicité et la qualité de l'information est indispensable à une bonne gestion du Programme
- ❖ L'apport positif du processus de planification décentralisé participatif
- ❖ La pertinence de la méthode de globalisation du budget
- ❖ Les avantages des stratégies avancée et mobile
- ❖ La place privilégiée des hôpitaux régionaux dans le système de santé surtout dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle.
- ❖ La nécessité de la mise en place d'un système d'orientation – recours fonctionnel
- ❖ Les avantages tirés de l'implication de la société civile dans la mise en œuvre des programmes avec une meilleure performance du secteur

IV. Etat d'avancement des OMDs

4.1. Définition et historique des OMDs

Le 8 septembre 2000, à New York, 191 pays dont la Mauritanie ont adopté une déclaration appelée « la déclaration du millénaire ». Le but de cette déclaration est de s'attaquer simultanément aux grands défis de développement dans le monde afin d'atteindre à l'horizon 2015 un ensemble d'objectifs fixés dans la dite déclaration et intitulés « objectifs de développement pour le millénaire ». Il s'agit de 8 objectifs, quantifiés et précisés en 18 cibles ou sous – objectifs ainsi que 48 indicateurs consensuels pour mesurer les progrès accomplis par les différents pays dans la mise en œuvre de ces objectifs.

Parmi ces objectifs, 3 relèvent du domaine de la santé, à savoir :

Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5 : Réduire de 2/3 entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateurs :

13 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

14 Taux de mortalité infantile

15 Proportion d'enfants d'un an vacciné contre la rougeole

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

Cible 6 : Réduire de 3/4 entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle

Indicateurs :

16 Taux de mortalité maternelle

17 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Objectif 6 : Combattre le VIH / SIDA, le paludisme, et autres maladies

Cible 7 : D'ici 2015 avoir stoppé la propagation du VIH / SIDA et commencé à verser la tendance actuelle.

Indicateurs :

18 Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes

19 Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence de la contraception

19 a : utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque

19 b : Population âgée de 14 à 25 ans ayant une bonne connaissance des moyens de prévention du VIH / SIDA

20 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux enfants non orphelins âgés de 10 à 14ans

Cible8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateurs :

21 Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié a cette maladie

22 Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme

23 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de la DOTS

Par ailleurs, 2 autres indicateurs concernent le secteur :

- Objectif1, cible2 : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la malnutrition.

Indicateur4 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

- Objectif8, Cible17 : en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et à un coût abordable dans les pays en développement.

Indicateur46 : Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable

4.2. Présentation de la situation actuelle et analyse des tendances

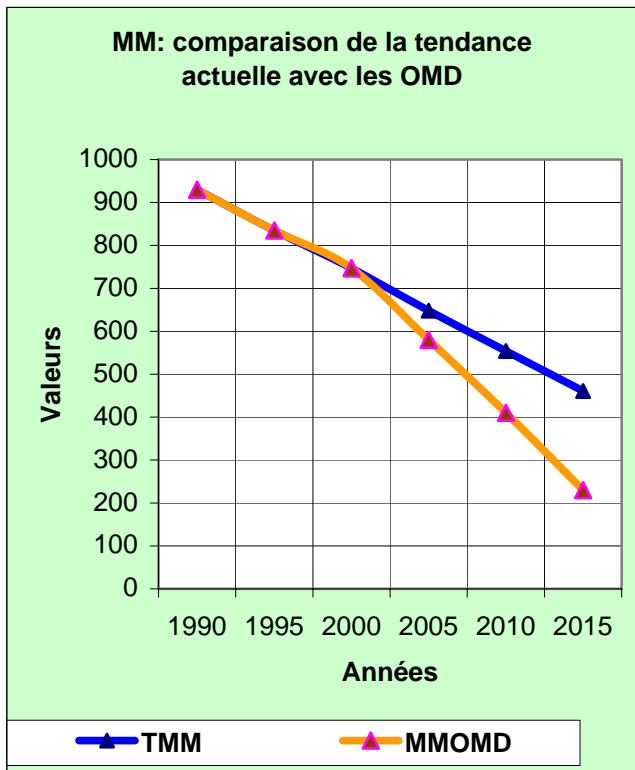
Indicateurs	Valeurs	Observations
Mortalité infanto juvénile	135 pour 1000	Estimation sur la base des données de l'EDS 2000
Mortalité infantile	87 pour 1000	Estimation sur la base des données de l'EDS 2000
Mortalité maternelle	747 pour 100 000	Données de l'EDS 2000
Couverture en vaccin anti rougeole	85,84%	Donnée du SNIS 2002
Couverture en accouchements assistés	43,62%	Donnée du SNIS 2002
Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes	0,57%	Donnée de l'enquête de prévalence du VIH chez les femmes enceintes 2002
Taux d'utilisation des préservatifs	ND	
Taux de prévalence contraceptive	8,82%	Donné du SNIS (toutes les méthodes confondues)
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque	ND	Donnée non disponible
Connaissance de la population âgée de 14 – 25 ans des 3 moyens les plus efficaces de prévention du VIH	80,66%	Donnée de l'EDS 2000
Scolarisation des orphelins du SIDA	ND	Donnée non disponible
Prévalence du paludisme	ND	Nombre de cas de paludisme confirmé et présumé dans les structures sanitaires selon les données du SNIS 2000 : 27742 cas
Mortalité liée au paludisme	ND	Nombre de décès enregistrés dans les structures sanitaires comme conséquences du paludisme confirmé ou présumé rapporté au nombre de cas 0,5%
Proportion de population dans les zones à risque qui utilisent des moyens de prévention du paludisme	ND	
Proportion de population dans les zones à risque qui utilisent des traitements efficaces contre le paludisme	ND	
Cas de TB dépistés et pris en charge dans le cadre de la DOTS	56 %	Données du PNLTL 2002, le dénominateur étant 6250 cas attendus
Malnutrition globale chez les enfants de moins de 5ans	35%	Donnée de l'EDS 2000
Population ayant accès aux médicaments à un coût abordable	ND	

La plupart des indicateurs sont liés au processus et dépendent des activités sur le terrain dont les résultats sont soumis à de grandes variations annuelles voir même mensuelles et par conséquent l'analyse de leur évolution à long terme ne serait pas réaliste et non plus concluante. Cependant, certains indicateurs d'impact tels que la mortalité infantile, la mortalité infanto – juvénile et la mortalité maternelle peuvent être appréciés au vu de la tendance actuelle permettant ainsi déterminer la possibilité d'atteinte des objectifs et en conséquences juger des stratégies mises en œuvre.

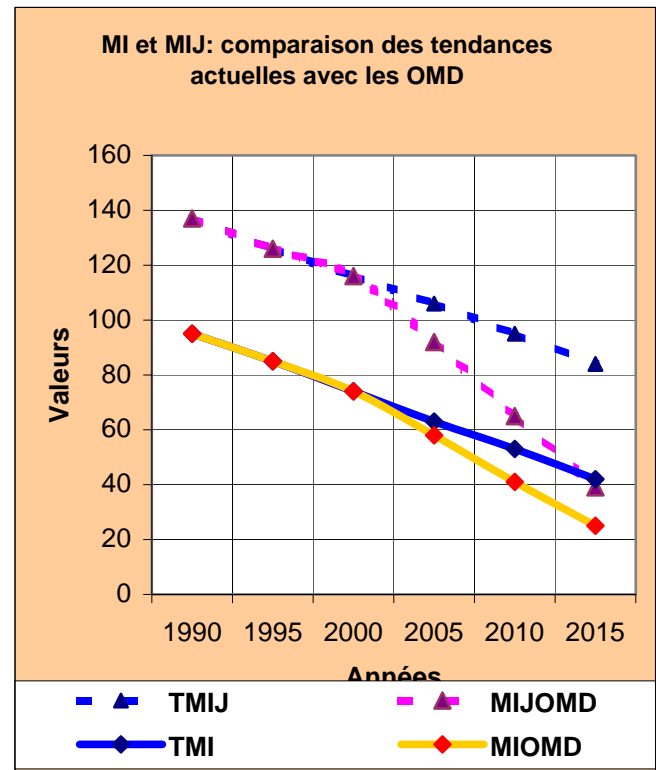
Il faut signaler que le manque de données fiables en général l'absence de données initiales en 1990 en particulier rend difficile l'analyse des tendances des indicateurs d'impact. Malgré cette réserve, le suivi de l'évolution de ces indicateurs reste indispensable pour apprécier les tendances et les comparer aux objectifs chiffrés du millénaire. Ainsi nous nous sommes référés aux données des enquêtes : Enquête

mauritanienne sur la santé de la mère et de l'enfant réalisée en 1990 et l'enquête démographique et de santé réalisées 10 ans plus tard en 2000 ce qui a permis de projeter la tendance sur 2015

Ces projections sont représentées sur les graphiques suivants :



TMM : taux de mortalité maternelle
MMOMD : Mortalité maternelle attendue selon OMD



TMIJ : Taux de mortalité infanto – juvénile
MIJOMD : Mortalité infanto – juvénile selon OMD
TMI : Taux de mortalité infantile
MIOMD : Mortalité attendue infantile selon OMD

Le constat est que la tendance 1990 - 2000 n'est pas favorable à l'atteinte des OMD en 2015 : la mortalité maternelle serait de 461 pour 100000 naissances vivantes en 2015 contre 232 attendues selon les OMD, la mortalité infantile et infanto – juvénile seraient respectivement de 42 et 84 pour 1000 en 2015 contre 31 et 45.

Néanmoins la dynamique des indicateurs est de façon générale positive mais une certaine accélération s'avère indispensable pour atteindre les objectifs.

La Mauritanie enregistre des progrès remarquables comparativement à ceux du Mali, du Burkina Faso, et de la Côte d'Ivoire.

Pour le VIH / SIDA, la prévalence chez les femmes enceintes est de 0,57% en 2002 selon l'enquête de prévalence du VIH chez les femmes enceintes, alors que l'EDS 2000 donne un chiffre de 80,66% de la population âgée de 14 à 25 ans connaissant les trois moyens les plus efficaces de prévention du VIH.

Pour le paludisme, l'enquête de mortalité infantile et le paludisme actuellement en cours d'analyse permettra de préciser les données.

Pour le reste des indicateurs, seules certaines données administratives sont disponibles ne permettant pas d'évaluer réellement la situation car elles dépendent de l'utilisation des services qui reste en général faible.

4.3. Analyse et suggestions

Les grands axes stratégiques du secteur de la santé tels que définis par le plan directeur 1998 – 2002 et le cadre budgétaire à moyen terme 2000 – 2004 visent l'amélioration des performances du système de santé et la contribution à l'atteinte des objectifs assignés au secteur de la santé dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté à savoir : i) améliorer les indicateurs de santé de la population en particulier les pauvres, avec objectifs d'impact : la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, la réduction de la mortalité maternelle, le contrôle des maladies transmissibles et l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des femmes ii) limiter l'impact des dépenses de la santé sur le revenu des plus pauvres avec l'objectif d'impact : la réduction du poids des dépenses de santé sur le revenu des pauvres iii) améliorer la participation des pauvres. L'objectif d'impact étant : l'engagement notable de la société civile en particulier des groupes pauvres dans la planification, la gestion et le suivi des activités de santé.

Dans ce cadre plusieurs activités ont été réalisées (voir actions réalisées), mais des contraintes persistent ralentissant la progression dans la mise en œuvre des réformes du secteur.

Les conclusions des dernières revues du secteur (en janvier 2003 et janvier 2004) ont permis d'identifier les principales pistes de réformes et d'actions, il s'agit en particulier de :

4.3.1. Pour la disponibilité des ressources humaines :

Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement prévisionnel des ressources humaines basé sur les conclusions des études relatives au cadre organique d'emploi, au plan de carrière et au plan de formation continue

4.3.2. Pour l'accessibilité géographique :

Mettre en œuvre un plan de développement des infrastructures sanitaires tenant compte des critères de population, de pauvreté et de profil épidémiologique.

4.3.3. Pour la disponibilité des médicaments essentiels, des consommables et des vaccins

Mener une action énergique visant l'accès des pauvres aux médicaments essentiels de qualité (CAMEC) , et garantissant la qualité du médicament aussi bien dans le secteur public que privé LCQ/DPL.

4.3.4. Pour l'amélioration de la qualité, l'augmentation de la demande et le contrôle des maladies

Garantir le PMA par niveau et développer des stratégies i) de prévention contre les principales pathologies et ii) de changement de comportement visant en particulier une meilleure utilisation des services.

4.3.5. Pour l'action sociale :

Développer les expériences visant l'amélioration de l'accessibilité financière des soins en particulier le forfait obstétrical et la prise en charge des soins des indigents.

Renforcer la participation communautaire en particulier par l'amélioration des capacités des comités de santé à prendre part dans la planification et la gestion des activités sanitaires.

4.4. Recommandations pour le monitoring des OMDs :

L'insuffisance de données fiables constatée à tous les niveaux et les difficultés d'évaluation des OMD qui en découlent sont dues au manque de disponibilité de données d'une part et aux disparités des méthodes d'évaluation d'autre part.

Ainsi, deux propositions paraissent nécessaires pour surmonter ces difficultés :

- Élaborer des OMD nationaux contextuels avec des indicateurs suffisamment sensibles pour mesurer le degré d'avancement vers l'atteinte des OMD
- Mener des enquêtes légères mais fréquentes pour évaluer ces indicateurs à partir de protocoles standards.

V . Perspectives pour la période 2004 – 2005

Les résultats obtenus au cours de ces trois années de mise en œuvre du CSLP permettent d'aborder les prochaines années avec sérénité et d'envisager d'atteindre les trois objectifs d'impact du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, à savoir :

- Améliorer les indicateurs de santé de la population Mauritanienne**, avec un accent particulier sur l'amélioration des indicateurs pour les groupes les plus pauvres. Les objectifs d'impact au niveau de la population sont : la réduction de la mortalité infantile et infanto – juvénile, la réduction de la mortalité maternelle, le contrôle des maladies transmissibles et l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des femmes.
- Limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres**. L'objectif d'impact au niveau de la population est la réduction du poids des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres.
- Améliorer la participation des pauvres**. L'objectif d'impact est un engagement grandissant de la société civile et en particulier des groupes les plus pauvres dans la planification, la gestion et le suivi des activités de santé.

Pour la période 2004-2005, le Gouvernement se propose de continuer et de renforcer l'action déjà entamée ; il s'agira en particulier de :

5.1. Continuer les réformes engagées afin d'améliorer l'accès des populations à des soins de qualité, et ce à travers :

- la construction et l'équipement de 73 postes, de 3 centres de santé et de 2 hôpitaux de moughataa en 2004, ainsi que de 22 postes, 3 centres de santé et 3 hôpitaux de moughataa en 2005, ce qui aura un impact direct sur l'amélioration du taux de couverture sanitaire dans le pays. A cela s'ajoute la réhabilitation en 2004 et 2005 de 35 centres de santé et 120 postes de santé. Le Département envisage d'acquérir des équipements médicaux pour les structures de santé sous-équipées. Ainsi, 33 centres de santé et 26 postes de santé existant actuellement bénéficieront en 2004 d'équipements complets. Le Centre Hospitalier National sera doté d'équipements complémentaires (radiographie, équipements de laboratoire, équipement médical général). L'unité de cardiologie de l'hôpital Cheikh Zaid actuellement en construction sera entièrement équipée début 2004, ce qui devra limiter de manière sensible les évacuations à l'étranger. Enfin, pour permettre une bonne accessibilité géographique des infrastructures sanitaires par les populations et faire face aux situations d'urgence, 25 ambulances et 50 véhicules tout terrain seront acquises et mises à la disposition du niveau régional.

- la disponibilité de ressources humaines suffisantes et de qualité pour accompagner le programme de construction. Pour cela, le Département envisage de construire dès 2004 une école décentralisée de formation des paramédicaux. D'ores et déjà les effectifs de l'Ecole Nationale de Santé publique seront portés pour 2004 et 2005 réunies, à 300 paramédicaux, 200 accoucheuses auxiliaires et 60 nutritionnistes. En outre des techniciens supérieurs de santé (10 anesthésistes, 10 radiologues et 10 laborantins) seront formés en 2004 pour faire face aux besoins des hôpitaux régionaux construits ou réhabilités en 2003. Deux nouvelles filières (ophtalmologie et santé publique) verront le jour à l'Institut National des Spécialités médicales. Cet établissement bénéficiera d'une bibliothèque et d'un amphithéâtre au cours de 2004, ainsi que d'un centre de télémédecine qui sera connecté aux hôpitaux régionaux. S'agissant des médecins, 36 parmi eux bénéficieront de spécialisation dans les domaines prioritaires, 40 autres médecins seront formés dans le domaine de la santé publique. Enfin, le Département poursuivra son effort de recrutement par voie externe : 180 unités seront recrutées annuellement en 2004 et 2005, dont un nombre conséquent de médecins. Enfin, plusieurs études seront menées en 2004 pour permettre d'améliorer le statut du personnel du Département (actualisation de la politique sectorielle des ressources humaines, cadre organique d'emploi et plan de carrière, recensement du personnel du Ministère). Il faut signaler la réflexion en cours pour la création d'une faculté de médecine.
- la disponibilité de médicaments et consommables essentiels de qualité, à travers i) l'adoption de la loi pharmaceutique et de ses textes d'application ii) le renforcement de la Centrale d'Achat (meilleure disponibilité des devises, révision du statut des DPRs, acquisition de camions et de camions frigorifiques, mise en place de chambres froides, etc.), iii) la dotation (pour les nouvelles structures), l'augmentation des fonds de roulement en médicaments (pour les structures sanitaires existantes) et iv) la construction et l'équipement d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments. Les études relatives à la construction de ce laboratoire doivent démarrer incessamment.

5.2. Renforcer la lutte contre les principales endémo-épidémies (paludisme, SIDA, tuberculose, malnutrition, schistosomiases, maladies cibles du PEV, etc.), à travers :

- un accent particulier sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Ainsi, les efforts seront redoublés en vue d'améliorer substantiellement la couverture vaccinale dans le pays. Les campagnes d'immunisation seront intensifiées en 2004 et 2005, en vue d'atteindre 90% pour le BCG, 85% pour le DTC3 et la rougeole et plus de 50% pour le VAT 2 et +. Le Département compte introduire la vaccination contre l'hépatite B en 2004. La santé de la reproduction, notamment la prise en charge efficace et rapide des pathologies de la grossesse et de l'accouchement, sera au cœur de l'action entreprise dans le cadre de l'initiative « maternité à moindre risque ». Cette initiative sera progressivement élargie à l'ensemble du pays au cours des 3 prochaines années. Il en va de même du forfait obstétrical, qui permet une prise en charge totale des femmes en état de grossesse, moyennant un montant forfaitaire, à la portée des familles même pauvres. Dans le cadre de ce forfait, les femmes indigentes sont prises en charge gratuitement. En 2004 et 2005, un lot important d'ambulances sera distribué dans les formations sanitaires dans le cadre de l'initiative maternité à moindre risque, de même que des équipements appropriés (tables d'accouchement et d'examen, échographes, kits d'accouchement, etc.) permettant ainsi un meilleur accès aux services de chirurgie. En outre, dès Juillet 2004, un gynécologue sera affecté dans chacun des 10 hôpitaux régionaux.
- la prévention et la lutte contre la maladie. Dans ce cadre, deux laboratoires de contrôle des épidémies seront mis en place, en vue de détecter rapidement l'apparition d'épidémies et donc d'une lutte efficace et précoce.

- ✓ Par ailleurs, la lutte contre le sida sera intensifiée à la faveur du démarrage du projet multisectoriel de lutte contre le sida. Dès 2004, l'ensemble des hôpitaux seront dotés d'équipements appropriés en vue du dépistage de la maladie. Des banques de sang seront acquises au profit de ces mêmes hôpitaux. Des campagnes de sensibilisation seront menées conjointement avec le secteur privé et associatif.
- ✓ Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, la loi de finances pour 2005 prévoira la détaxation des moustiquaires imprégnées – qui constituent le moyen le plus efficace de lutte contre le paludisme. Un programme complet de lutte contre cette maladie sera mené en 2004, comprenant la formation du personnel sur la prise en charge, l'ouverture de laboratoires de dépistage de paludisme dans les régions endémiques, la distribution de dizaines de milliers de moustiquaires imprégnées et l'ouverture de davantage d'ateliers de confection et d'imprégnation. La distribution de la chloroquine aux femmes enceintes sera généralisée.
- ✓ Dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, le Département envisage d'étendre la stratégie DOTS, qui consiste à prendre en charge les malades par les structures sanitaires les plus proches de leur lieu de résidence. La disponibilité de médicaments anti-tuberculeux sera assurée gratuitement aux malades. En 2004 et 2005, l'ensemble des hôpitaux seront dotés de laboratoire de dépistage de la tuberculose ; le personnel médical et paramédical sera formé sur la prise en charge des malades. Des campagnes de sensibilisation seront menées dans les différentes wilayas en vue de prévenir la propagation de la maladie.

5.3. Poursuivre les actions engagées pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations :

En 2004 – 2005 les efforts seront orientés vers :

- la définition d'une politique nationale de nutrition : détermination des priorités et attribution des responsabilités institutionnelles en fonction des domaines d'intervention. Cette politique nationale, en dehors de la dimension sectorielle, doit mettre en exergue une approche décentralisée et se doter d'une structure de suivi.
- la mise en place d'un plan d'action national en matière de nutrition qui doit découler de cette politique, devrait être doté d'une structure de mise en œuvre et de suivi
- l'élaboration d'un protocole national de prise en charge de la malnutrition, et sa validation. Ce document sera la référence et servira de base pour tous les intervenants en nutrition
- la mise en œuvre d'une évaluation objective de toutes les hypothèses/approches de travail des différents intervenants (NUTRICOM, UNICEF, PAM, CRI/CRM, WVI...) et proposer une ligne de conduite nationale dont tous les intervenants devraient se conformer
- Une meilleure coordination des activités de nutrition et un cadre de concertation technique des leaders thématiques et les personnes ressources
- un renforcement de la formation en nutrition des techniciens impliqués
- une meilleure habilitation des communautés dans le domaine de la promotion et de la prévention nutritionnelle
- le suivi régulier de l'état nutritionnel des populations vulnérables avec la mise en place d'agent sentinelle en matière d'alerte précoce
- le regroupement des interventions nutritionnelles sous un angle thématique par exemple en termes de :
 - Sécurité alimentaire
 - Nutrition sanitaire
 - Nutrition scolaire

- Mobilisation sociale
- Réhabilitation et renforcement de capacités des communautés

Ces différentes orientations seront concrétisées à travers la mise en œuvre des actions suivantes seront menées en 2004 – 2005 :

- La structuration du service national de nutrition, son renforcement en équipement, en matériel et en personnel se poursuivra en 2004
- La mise en place du PMA / N se poursuivra avec des formations continues du personnel du Service de Nutrition, et du personnel de santé en matière de Nutrition
- Les activités de suivi et de réhabilitation nutritionnelle se poursuivront au niveau des Structures de Sanitaires (CREN) et au niveau Communautaires (CAC)
- Des enquêtes se feront sur les TDCI, les carences en Fer et en Vitamine A et les possibilités de fortification de certains aliments locaux en micronutriments
- L'adoption de la loi sur le sel iodé qui a été rédigée sous le contrôle du Comité de Suivi du Projet d'Iodation du Sel en Mauritanie
- Finalisation de l'étude organisant la filière de production de sel iodé qui est en cours de réalisation avec la coordination du Ministère des Mines et de l'Industrie
- La distribution des vivres va continuer toujours sous l'impulsion du PAM avec une quantité prévue de 1358 tonnes.
- l'activité des CAC sera renforcée avec l'ouverture supplémentaire de centre de nutrition communautaire. Leur nombre devrait passer de 382 à 420 CAC au minimum.
- La formation sera accentuée avec une formation de 300 auxiliaires de nutrition. D'autres formations en cascade seront organisées à l'intention du personnel de santé (infirmier, pédiatres...) pour une meilleure prise en charge médicale de la malnutrition
- Promotion de la nutrition communautaire avec un aspect important de renforcement des capacités des communautés dans le domaine de l'alimentation des groupes vulnérables et la prise en charge des enfants malnourris modérément.
- Etudes nationales de carences en fer et en vitamine A
- Une forte mobilisation sociale sera réalisée autour des interventions afin de pouvoir pérenniser les activités dans les zones d'interventions.

5.4. Accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale de l'action sociale afin de garantir l'accès de tous à des services de santé de qualité, mais aussi de prendre en charge les problèmes spécifiques des groupes les plus vulnérables ; c'est ainsi que les expériences actuelles de prise en charge des indigents et de partage de risque (forfait obstétrical et mutuelles) seront généralisées avec prise en compte des spécificités locales. Par ailleurs, plusieurs dizaines d'handicapés bénéficieront en 2004 et 2005 de fauteuils roulants, de canes et de prothèses. Les deux prochaines années seront également mises à profit pour renforcer la décentralisation et rendre les prestations et les services encore plus proches des populations. Ainsi, les directions régionales de la santé bénéficieront d'équipements informatiques et de mobiliers de bureau dès 2004. Davantage de moyens seront directement mis à la disposition des structures sanitaires afin qu'elles répondent plus efficacement aux attentes des malades.

VI. Principaux risques à la mise en œuvre des actions proposées

Les principaux risques à la mise en œuvre des actions proposées sont ceux liés à :

- ❖ la centralisation du budget de l'état
- ❖ la faiblesse institutionnelle des Directions, Programmes, DRPSS et CSM
- ❖ l'insuffisance en ressources humaines

- ❖ l'insuffisance du suivi technique
- ❖ la diversité des procédures de gestion
- ❖ l'annulation de certains financements extérieurs prévus
- ❖ la complexité et la lenteur des procédures de passation des marchés
- ❖ la lenteur dans l'adoption de conventions de génie civil et dans l'approbation des plans et études par le MSAS et les partenaires
- ❖ la faiblesse des promoteurs locaux
- ❖ l'insuffisance du suivi des travaux du génie civil

A cela s'ajoute l'insuffisance dans la collecte et l'analyse de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau des secteurs parapublic et privé . Cette situation constitue un handicap majeur au développement d'un système national d'information sanitaire fiable devant servir d'outil de base pour la planification et la programmation du secteur Santé/Nutrition .

VII. Besoins d'assistance technique pour pallier les insuffisances dans les domaines pertinents au suivi de la mise en œuvre du CSLP

Pour permettre au groupe thématique d'assurer le suivi régulier de la mise en œuvre du CSLP (Réunions, Échanges de documents, Rapports d'activités des différents intervenants), il est nécessaire de mettre en place un secrétariat permanent avec des moyens humains et logistiques.

Par ailleurs, le groupe Santé/Nutrition pourrait avoir besoin de consultations ponctuelles dont le profil et la durée seront définis par le groupe en fonction de ces besoins au moment opportun en particulier pour des enquêtes de suivi de l'évolution des indicateurs de suivi des OMDs et des missions de supervision, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des différents programmes.

Objectifs révisés de réduction de la pauvreté
Version initiale

Objectifs Prioritaires et Indicateurs de performance	Situation de référence		Objectifs Chiffrés		
	Date	Valeur	2004	2010	2015
Espérance de vie à la naissance (ans)	1998	52.8	56	59	62
Indice synthétique de fécondité	2000	4.7			
Taux de mortalité infantile	2000	74	90	60	30
Taux de mortalité infanto- juvénile	2000	116	160	103	55
Taux d'accouchements assistés	2000	56.9 %			
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	2000	0.5 %	2 %	1 %	1 %
Taux de couverture (par une USB) dans un rayon de 5 Km	2000	73 %	80 %	90 %	100 %
Taux de malnutrition (Poids /age) chez les enfants – 5 ans	2000	32 %	18 %	14 %	10 %

Objectifs révisés de réduction de la pauvreté
Révision proposée

Objectifs Prioritaires et Indicateurs de performance	Situation de référence		Objectifs Chiffrés		
	Date	Valeur	2004	2010	2015
Espérance de vie à la naissance (ans)*	1998	53.6	56	59	62
Indice synthétique de fécondité	2000	4.7	4.5	4.4	4.2
Taux de mortalité infantile**	2000	87	80	55	42
Taux de mortalité maternelle	2000	747 ***	740	450	232
Taux de mortalité infanto- juvénile **	2000	135	128	108	84
Taux d'accouchements assistés	2000	56.9 %	70 %	75 %	80 %
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	2000	0.5	< 1	< 1	< 1
Taux de couverture dans un rayon de 5 Km	2000	67%	77 %	90 %	95 %
Taux de malnutrition (Poids /age) chez les enfants – 5 ans	2000	32 %	20 %	15 %	13 %

Source : EDSM

* Cet indicateur est plutôt un indicateur de développement socio économique qu'un indicateur de santé

** Ces indicateurs ont été sous estimés dans l'EDSM et sont en cours de révision . Les estimations actuelles les situent respectivement aux environs de 87 pour mille et 135 pour mille.

*** Pour 100 000 naissances vivantes

Cadre des dépenses à moyen terme de la santé
Version initiale

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Indicateurs de performance						
Taux de mortalité infantile		87.4				60
Taux de vaccination DTC3		39.9	52	70	75	75
Taux d'accouchements assistés		56.9		60	65	75
Taux de prévalence du VIH		0.5	0.5	< 1	< 1	< 1
Poids de dépense de santé 1 ^{er} Quantile dernier		0.3	0.3	< 0.3	< 0.3	< 0.3
Budget						
Dépenses totales (en milliards)	3.4	3.6	4.9	9.0	9.9	11.0
Fonctionnement	2.4	2.5	2.6	4.6	5.5	6.3
Investissement	1.0	1.1	2.3	4.4	4.5	4.7
P 1. Disponibilité des ressources humaines				2.2	2.4	2.8
P2. Accessibilité géographique				0.9	1.0	1.1
P3. Disponibilité des ressources matérielles				2.4	2.7	2.9
P4. Lutte contre la maladie et améliorer qualité				1.7	1.8	2.0
P5. Action sociale				0.1	0.2	0.3
P6. Renforcement des capacités institutionnelles				1.7	1.8	1.9
Dépenses santé en % PIB	1.7	1.6	2.0	3.4	3.4	3.4

Cadre des dépenses à moyen terme de la santé
Révision proposée

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Indicateurs de performance								
Taux de mortalité infantile		87				80	75	65
Taux de vaccination DTC3		39.9	52	70	75	78	82	85
Taux d'accouchements assistés		56.9		60	62	70	72	75
Taux de prévalence du VIH		0.5	0.5	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
Poids de dépense de santé 1 ^{er} Quantile dernier		0.3	0.3	< 0.3	< 0.3	< 0.3	< 0.3	< 0.3
Budget								
Dépenses totales (en milliards)	3.4	3.6	4.9	8.0	11.0	11.0	12	12,2
Fonctionnement	2.4	2.5	2.6	5.0	6.0	6.4	7.5	8.5
Investissement	1.0	1.1	2.3	3.0	5.0	4.6	4.5	3.7
P 1. Disponibilité des ressources humaines				1.5	1.8	2.4	2.6	2.7
P2. Accessibilité géographique				2.5	2.4	4.7	4.8	4.9
P3. Disponibilité des ressources matérielles				0.7	1.2	1.3	1.5	1,8
P4. Lutte contre la maladie et améliorer qualité				1.3	2.4	0.9	1.3	1.1
P5. Action sociale				0.2	1.6	0.4	0.4	0.4
P6. Renforcement des capacités institutionnelles				1.8	1.6	1.3	1.4	1.2
Dépenses santé en % PIB	1.7	1.6	2.0	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4

EVALUATION ETAT D'AVANCEMENT DU CSLP 2003

Objectifs/stratégie	Actions prioritaires prévues en 2001 et 2002	Actions prioritaires réalisées en 2001 et 2002	Actions prioritaires prévues 2003	Actions prioritaires réalisées en 2003	Actions prioritaires prévues en 2004- 2005
- Améliorer les services de santé fournis aux populations, en particulier les plus pauvres et réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies	<ul style="list-style-type: none"> Le paquet minimum de soins : Construction de 54 postes de santé dans les Wilayas de l'Assaba, des deux Hodhs, du Guidimakha, du Brakna, du Trarza, du Gorgol, et d'un Centre de Santé a Nouakchott, Réhabilitation et équipement de 7 hôpitaux régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> - 34 PS réceptionnés - 15 achevés - 5 en finition - Travaux de 5 hôpitaux ont démarré - 2 dont dossiers en cours d'approbation 	<p>Construction de 80 PS et 3 CS</p> <p>Poursuite de la réhabilitation en cours de 7 Hôpitaux régionaux Equipement des 7 HR et de la Clinique de porte</p> <p>Lancement de la construction d'une unité chirurgicale à l'HCZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 62 PS réceptionnés - 3 CS achevés (réception Fev 04) - 14 PS en cours de construction (réception mai 04) - Equipement de 54 PS et 34 CS - Equipement en cours d'acquisition de 29 autres PS - Réception d'équipements complets de 7 HR et la clinique de cardiologie de l'HCZ - Equipements attendus pour la clinique de porte du CHN et du CNP Réhabilitation achevée des 7 Hôpitaux (1 réceptionné et 6 prévus pour mars 04) Construction de la clinique de cardiologie de LHCZ (Réception juin 04) 	<p>Construction et équipement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 73 PS - 3 CS - 3 HR <p>Réhabilitation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 120 PS - 35 CS <p>Equipement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 PS - 33 CS - Unité cardio HCZ - équipements spécialisés pour le CHN <p>Acquisition de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 ambulances et - 50 véhicules tout terrain
	<ul style="list-style-type: none"> Formation de 12 chirurgiens, de 12 pédiatres, de 12 gyneco-obstétriciens, Recrutement de 25 médecins, 15 pharmaciens, Recrutement de 90 paramédicaux et de 93 accoucheuses auxiliaires, Recrutement de 57 personnels médicaux et paramédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation en cours de 24 résidents de l'institut national des spécialités médicales dont 12 pédiatres et 12 gynécologues obstétriciens et au - Recrutement de 127 cadres dont 14 médecins, 2 chirurgiens , 1 spécialiste ORL, 9 ingénieurs informaticiens, 13 juristes, 20 gestionnaires, 11 ingénieurs statisticiens, 6 sociologues, 14 pharmaciens, 11 dentistes, 3 biologistes, 1 microbiologiste, 2 TSS Radiologie, 11 entomologues, . partenaires ; - - Sortie d'une promotion de l'école nationale de santé publique composée de 34 sages femmes, 75 Infirmiers d'état, 100 Infirmiers médicaux sociaux et 102 accoucheuses auxiliaires - Formation en cours de 390 personnels dont 200 IMS, 100 IDE, 60 SFE, 18 techniciens de laboratoire et 12 techniciens de radiologie 	<p>Poursuite de la formation de 90 personnels de santé à l'ENSP</p> <p>Engagement d'une nouvelle promotion de chirurgiens à l'INSM et poursuite de la formation des pédiatres et des gynécologues</p>	<p>Formation en cours à l'ENSP de 610 personnels</p> <p>Formation en cours de 17 personnels</p> <p>Sortie d'une promotion de 12 pédiatres et 5 gynécologues</p>	<p>Formation a l'INSM de 36 médecins spécialistes et de 40 médecins en santé publique</p> <p>Formation a l'ENSP de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 300 infirmiers et sage femmes - 200 Accoucheuses Auxiliaires - 60 nutritionnistes <p>Recrutement de 180 personnels</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration d'un projet de décret sur les primes de zones et de technicité Adoption et mise en application du projet de décret sur primes de zones et de technicité 	<p>Le projet de décret a été transformé en arrêté qui a été finalisé et signé et les modalités de paiement de ces primes de zone sont en cours d'exécution</p>	<p>Poursuite de la mise en œuvre des primes de zones et de technicité</p>	<p>Les primes de zone ont été effectivement payées en 2003 au titre de 2002 et 2003</p>	<p>Poursuite et amélioration de l'attribution des primes de zones et de technicité</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de la CAMEC 	Mise en place effective de la CAMEC depuis Août 2002	Equiperment du laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments	Equiperment non encore acquis	Poursuite de l'opérationnalisation de la CAMEC Construction et équipement du laboratoire de contrôle de qualité des Médicaments
- Renforcer l'équité, la qualité, l'efficacité et l'accessibilité durable aux soins essentiels	<ul style="list-style-type: none"> Etude d'évaluation du système de recouvrement des coûts Étude sur la faisabilité des mutuelles Développement de la mutualisation des risques maladie 	Développement à titre expérimental de certaines formes de mutualisation	Poursuite de la contractualisation et extension de l'expérience du forfait sur les partages de risques à une autre région en plus de Nouakchott	Contractualisation effective Expérience forfait hors Nouakchott prévue en 2004 au HEG et Gorgol 9 mutuelles en gestation au niveau de 5 wilayas	Amélioration de la mise en œuvre de l'approche de contractualisation
	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre d'une étude sur l'indigence, révision des textes du Système de recouvrement des coûts pour une meilleure prise en charge des indigents et expérimentation du partage du risque obstétrical à Nouakchott Subvention et prise en charge des indigents 	Elaboration de textes réglementaires du SRC qui prévoient des proportions pour la prise en charge des malades indigents au niveau des structures de santé	Lancement du projet d'indigence au niveau des 2 Hodhs Mise en application du décret et arrêtés relatifs au SRC et prévoyant la prise en charge gratuite des indigents	Projet d'indigence achevé en octobre 03, résultats satisfaisants Décret et Arrêtés signés et disponibles Application en cours	Extension du projet indigence à d'autres régions Application des textes prévoyant la prise en charge gratuite des indigents
	<ul style="list-style-type: none"> Révision des textes relatifs à la gestion des structures régionales et périphériques de santé 				
- Améliorer la prévention contre le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Acquisition de 8 banques de sang pour hôpitaux régionaux et mise en place de deux unités de dépistage anonyme et gratuit Formation des médecins, psychologues et sage femmes des hôpitaux et centres de santé à la prise en charge psycho-medico-sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et Formation de médecins, infirmiers et sage femmes à la prise en charge correcte des infections opportunistes 	Acquisition de 8 banques de sang et mise en place de 2 unités de dépistage pour Kiffa et Nouakchott	Mise en œuvre du plan sectoriel de la santé dans le cadre de la lutte contre le Sida Formation du personnel de santé à la prise en charge des PVVS et des infections opportunistes	Plans sectoriels élaborés Mise en œuvre en cours	Mise en œuvre des plans sectoriels des différents départements Acquisition de banques de sang pour l'ensemble des HR

<p>- Améliorer le pilotage, la planification et la gestion du secteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revue des dépenses publiques de santé, et prise en compte de ses recommandations dans l'élaboration du Cadre de dépenses à moyen terme Elaboration d'un cadre budgétaire à moyen terme 2002-2004 et Organisation d'ateliers régionaux et interrégionaux de planification 2002-2004 		<p>Mise en œuvre du POAS, évaluation du PDS 1998-2002 et actualisation du CBMT</p>	<p>POAS Mis en œuvre Evaluation PDS en cours Actualisation CDMT en cours</p>	<p>Mise en œuvre PBA 2004 –2005 Evaluation du PDS Finalisation CDMT</p>
<p>- Améliorer l'état nutritionnel des populations</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du programme de nutrition communautaire TAGHDIYA Extension des centres de récupération des enfants mal nourris 	<p>Ouverture de 46 centres de CNC Démarrage de la réhabilitation de 14 CREN</p>	<p>Poursuite de la mise en œuvre du projet TAGHDIYA Extension des centres de nutrition communautaires et des CRENs</p>	<p>Projet TAGHDIYA en cours Ouverture de : 381 CACs 70 CRENs Formation du personnel sur la nutrition</p>	<p>Structuration du service de la nutrition (DPS/MSAS) Ouverture de CACs et CRENs Enquête sur TDCl, carences en Fer et Vit A Adoption de la loi sur le sel iodé Promotion de nutrition communautaire</p>