

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité – Justice



Plan National de Développement Sanitaire

2021 – 2030

Volume I :

Analyse situationnelle et Plan

Table des Matières

TABLE DES MATIÈRES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES FIGURES.....	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	8
CHAPITRE 1 : GENERALITES.....	11
1.1 Contexte socio-démographique, économique et culturelle.....	11
1.2 Organisation et Gestion du système de santé.....	14
1.2.1 Le secteur public.....	14
1.2.2 Le secteur privé.....	15
1.2.3 Le système communautaire.....	16
1.2.4 La Médecine traditionnelle.....	16
CHAPITRE 2 : ETAT DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ DE LA POPULATION ET INTERVENTIONS CLÉS À HAUT IMPACT.....	17
2.1 L'espérance de vie.....	18
2.2 Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes.....	19
2.2.1 Niveau et causes de la mortalités maternelle.....	19
2.2.2 Planification familiale.....	20
2.2.3 Les consultations prénatales (CPN4+) et l'accouchement assisté.....	21
2.2.4 Santé néonatale et interventions à haut impact clés.....	23
Niveau et causes de la mortalités néonatale.....	23
La réanimation néonatale.....	23
2.2.5 Niveau et causes de la mortalité infanto-juvénile.....	23
Prise en charge de la diarrhée.....	25
2.2.6 Le paludisme.....	26
2.2.7 La couverture vaccinale.....	26
2.3 La malnutrition.....	28
2.3.1 L'état nutritionnel.....	28
2.3.2 La prise en charge de la malnutrition.....	29
2.4 Santé des adolescents et jeunes.....	30
2.5 Les maladies transmissibles.....	31
2.5.1 Le VIH/SIDA.....	31
2.5.2 Les maladies tropicales négligées.....	31
2.6 Les maladies non transmissibles.....	32

2.7	Sécurité sanitaire, préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique	34
2.8	Prise en compte de la dimension genre	35
CHAPITRE 3 : ANALYSE DES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ.....		37
3.1	Leadership et Gouvernance du système de santé.....	37
3.2	Ressources Humaines pour la Santé	39
3.2.1	Infrastructures et équipements	41
3.3	Les médicaments et produits sanguins	43
3.3.1	Le financement de la santé	44
3.3.2	Système d'information sanitaire.....	45
3.4	La disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA)	46
3.5	Problèmes et défis du secteur de la santé	47
CHAPITRE 4 : PRIORITES STRATEGIQUES DU SECTEUR		50
4.1	Vision, but et principes.....	50
4.2	Résultats d'impact.....	51
4.3	Programmes prioritaires du PNDS 2021 – 2030	53
4.4	Arrimage du PNDS avec les engagements et initiatives de l'Etat Mauritanien	53
CHAPITRE 5 : CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION.....		55
5.1	Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile 55	
	Sous-Programme 1.1 : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale.....	55
	Composante 1.1.1 : Maternité à moindre risque	55
	Composante 1.1.2 : Soins du nouveau-né.....	56
	Composante 1.1.3 : Espacement des naissances	57
	Composante 1.1.4 : Amélioration de la santé des adolescents et des jeunes	58
	Composante 1.1.5 : Lutte contre les violences basées sur le genre (VBG)	58
	Composante 1.1.6 : Lutte contre les cancers gynécologiques	59
	Sous-programme 1.2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	60
	Composante 1.2.1 : Lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes à travers une approche cycle de vie :	60
	Composante 1.2.2 : Amélioration de la couverture vaccinale	61
	Composante 1.2.3 : Redynamisation de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) clinique et communautaire.....	62
5.2	Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie	62
5.2.1	Sous-programme 2.1 : Maladies Transmissibles.....	64
	Composante 2.1.1 : Sida et les hépatites	64
	Composante 2.1.2 : Tuberculose.....	66
	Composante 2.1.3 : Paludisme	68

Composante 2.1.4 : Maladies Tropicales Négligées	70
5.2.2 Sous-programme 2.2 : Lutte contre les maladies non transmissibles	71
Composante 2.2.1 : Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs	71
Composante 2.2.2 : Santé bucco-dentaire	72
Composante 2.2.3 : Santé mentale et neurologique.....	73
Composante 2.2.4 : Lutte contre les autres maladies non transmissibles	74
Composante 2.2.5 : Lutte contre les accidents	74
5.3 Programme 3 : Sécurité sanitaire, préparation et réponse aux situations d’urgences de santé publique.....	75
5.3.1 Sous-programme 3.1 : Interventions dans les cadres du RSI et Sendai 2015-2030.....	75
5.3.2 Sous-programme 3.2 : Prévention et contrôle des infections (PCI) et gestion des déchets biomédicaux	79
5.4 Programme 4 : Renforcement des piliers du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle.....	80
5.4.1 Sous-programme 4.1 : Renforcement de la gouvernance et du leadership sectoriel	80
Composante 4.1.1 : Gouvernance et leadership sectoriel	80
Composante 4.1.2 : Renforcement du Partenariat Public Privé (PPP)	82
5.4.2 Sous-programme 4.2 : Financement de la couverture sanitaire universelle	83
5.4.3 Sous-programme 4.3 : Développement des ressources humaines de qualité	85
5.4.4 Sous-programme 4.4 : Infrastructure et équipements	87
5.4.5 Sous-programme 4.5 : Médicaments, autres produits de santé de qualité et sécurité transfusionnelle	88
Composante 4.5.1 : Médicaments et autres produits de santé	88
Composante 4.5.2 : Sécurité transfusionnelle	89
5.4.6 Sous-programme 4.6 : Système d’information sanitaire, la recherche en santé et les innovations, et la santé digitale.....	90
Composante 4.6.1 : SNIS	90
Composante 4.6.2 : La recherche en santé et les innovations.....	92
Composante 4.6.3 : Santé digitale.....	93
CHAPITRE 6 : CADRE DE FINANCEMENT	95
6.1 Analyse des besoins financiers du PNDS 2022-2024 et projections 2030	95
6.2 Analyse du coût global du PNDS.....	96
6.2.1 Coût par programme du PNDS 2022 – 2030.....	96
6.2.2 Budget annuel du PNDS par sous programmes prioritaires (en MRU)	97
6.2.3 Dépense annuelle du PNDS en fonction des catégories de dépense (en MRU)	98
CHAPITRE 7 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS.....	99
7.1 Rappels des principes directeurs	99
7.2 Pilotage et coordination du PNDS	99
7.3 Opérationnalisation du PNDS	100
7.4 Conditions de succès	100
7.5 Réformes requises.....	101

7.6 Analyse et gestion des risques.....101

ANNEXE 1 : ODD ET INDICATEURS LIÉS À LA SANTÉ 103

Liste des tableaux

TABLEAU 1: DONNEES GENERALES.....	12
TABLEAU 2 : PRINCIPAUX INDICATEURS MACRO-ECONOMIQUES	14
TABLEAU 3 : NOMBRE DE FOSA EN 2018 PAR SECTEUR ET PAR TYPE	15
TABLEAU 4 : TENDANCE DES POURCENTAGES D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS DE DIARRHÉE AYANT REÇU DU SRO ET/OU DU ZINC	25
TABLEAU 5 : INDICATEURS DE COUVERTURE EFFECTIVE PAR ANTIGÈNE	27
TABLEAU 6 : TENDANCE DES TAUX DE SUCCÈS DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AYANT UNE MALNUTRITION AIGÛE SÉVÈRE (MAS)	29
TABLEAU 7: EVOLUTION DU PERSONNEL DE SANTÉ DE 2017 À 2020	39
TABLEAU 8: RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ EXERÇANT DANS LES STRUCTURES DE SOINS PAR WILAYA ET PAR CATÉGORIE	40
TABLEAU 9 : PROPORTION DE POSTE DE SANTÉ DISPOSANT D'ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE SELON LES NORMES REQUISES	42
TABLEAU 10: DISPONIBILITE ET CAPACITE OPERATIONNELLE DE SERVICES DE SANTE.....	47
TABLEAU 11 : BUDGET DU PNDS PAR PROGRAMME EN MRU DE 2022 – 2030	96
TABLEAU 12: RÉPARTITION DU BUDGET PAR SOUS-PROGRAMMES PRIORITAIRES EN MRU.....	97
TABLEAU 13 : RÉPARTITION DU BUDGET PAR CATÉGORIE BUDGÉTAIRE (EN MRU).....	98
TABLEAU 14 : RISQUES, MESURES PRÉVENTIVES ET DE GESTION DES RISQUES	101

Liste des figures

FIGURE 1 : CARTE ADMINISTRATIVE DE LA REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE AVEC LES WILAYAS	12
FIGURE 2 : PYRAMIDE DE SANTE ADMINISTRATIF ET DE FOSA PUBLIQUES.....	15
FIGURE 3: QU'EST-CE QUI CAUSE LE PLUS DE DECES EN MAURITANIE?	18
FIGURE 4 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN MAURITANIE ET DES PAYS VOISINS	19
FIGURE 5: TENDANCES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN MAURITANIE ENTRE 2007 ET 2015	19
FIGURE 6: CAUSES DE MORTALITÉ MATERNELLE, MAURITANIE	20
FIGURE 7: POURCENTAGE DE DEMANDE SATISFAITE (TOUTES MÉTHODES CONFONDUES PAR WILAYA.....	21
FIGURE 8 : EVOLUTION DES TAUX DE CONSULTATION PRÉNATALE ET D'ACCOUCHEMENT ASSISTÉ.....	21
FIGURE 9 : TAUX DE CPN4+ EN 2015 ET 2019 PAR WILLAYA.....	22
FIGURE 10: CONTINUUM DE SOINS EN MAURITANIE	22
FIGURE 11 : : EVOLUTION DES TAUX DE CONSULTATION PRÉNATALE ET D'ACCOUCHEMENT ASSISTÉ	23
FIGURE 12 : DISTRIBUTION DU TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS EN 2015 ET 2019.....	24
FIGURE 13 : MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE VS DÉCÈS EN VALEUR ABSOLUE.....	25
FIGURE 14: COUVERTURE DES ENFANTS COMPLÈTEMENT VACCINÉS VS ENFANTS NON VACCINÉS PAR CATÉGORIE SOCIOÉCONOMIQUE ET LIEU DE RÉSIDENCE.....	28
FIGURE 15 : NOMBRE DE NOUVEAUX CAS COVID-19 PAR JOUR	34
FIGURE 16 : RÉFORMES EN COURS AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ.....	38
FIGURE 17 : EVOLUTION ANNUELLE DES COÛTS GLOBAUX DU PNDS EN MILLIARDS DE MRU	96

Liste des abréviations

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
APD	Aide Publique au Développement
ASC	Agent de santé communautaire
AVP	Accidents de la voie publique
BID	Banque Islamique de Développement
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CONAP	Comité national de pilotage du PNDS
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
E.SMART	Enquête nutritionnelle " <i>Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition</i> "
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
FMI	Fonds monétaire international
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
HR	Hôpital régional
HTA	Hypertension artérielle
IHP+	Partenariat international pour la santé
INRSP	Institut national de recherche en santé publique (ex-CNH)
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infections sexuellement transmissibles
JICA	Agence de Coopération internationale du Japon

LNCQM	Laboratoire national de contrôle de qualité du Médicament
MEF	Ministère de l'enseignement fondamental
MI	Mortalité infantile
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MILDA	Moustiquaire imprégnée de longue durée d'action
MM	Mortalité maternelle
MNN	Mortalité néonatale
MVE	Maladie du virus EBOLA
MS	Ministère de la santé
NV	Naissances vivantes
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONS	Office national des statistiques
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le sida
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
RC	Relai communautaire
RDPS	Revue des dépenses publiques
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RSS	Renforcement du système de santé
RSI	Règlement sanitaire international

SCAPP	Stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et des jeunes
SRC	Système de recouvrement des coûts
SRO	Solution de réhydratation orale
TB	Tuberculose
UE	Union Européenne
UM / MRO	Ouguiya
USB	Unité de Santé de Base
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Chapitre 1 : GENERALITES

1.1 Contexte socio-démographique, économique et culturelle

La République Islamique de Mauritanie est limitée à l'ouest par l'Océan Atlantique, au sud par le Fleuve Sénégal, à l'est et au sud-est par le Mali, au nord et au nord-ouest par l'Algérie et le Sahara occidental, couvrant une superficie de 1.030.700 km². C'est essentiellement un pays désertique, avec de vastes étendues de terres pastorales et seulement 0,5 % de terres arables. Le climat est généralement chaud et sec, saharien au Nord et sahélien au Sud. Il est doux en bordure atlantique et connaît quatre mois de saison des pluies (de juin à septembre).

Sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), effectué en 2013, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2020 à 4 173 0771 habitants avec un taux d'accroissement de 2,4% et une densité de 4,5 habitants par kilomètre carré, ce qui en fait le quatrième pays le moins densément peuplé d'Afrique. La population est très inégalement répartie, elle est faible au niveau des Wilayas du nord avec des densités inférieures à 0,5 habitants/Km². Les zones du sud et du sud-est sont les plus peuplées avec des densités pouvant dépasser 10 habitants/Km².

Suite au changement démographique amplifié par un exode rural massif, cette proportion est montée, et Nouakchott, la capitale, abrite actuellement plus du tiers de la population totale du pays. En raison de cet exode massif vers les zones urbaines, en 2020, le pays comptait plus d'habitants urbains que ruraux, avec 52,8% de la population vivant en milieu urbain, contre 48,3% en 2013. 31% de la population vit sous le seuil de pauvreté nationale. Les femmes représentent 50,7% de la population, soit un rapport des sexes de 116 femmes pour 100 hommes avec des disparités fortes selon les régions. Les jeunes de moins de 15 ans sont estimés à 44,2% de la population et seulement 5,3% qui ont plus de 60 ans.

En 2018, les services de base étaient très inégalement disponibles d'une wilaya à l'autre et selon le milieu socio-économique : 63,5% pour l'école primaire, 26,2% pour l'enseignement secondaire, 42,6% pour le transport public, 36,9% pour l'électricité (seulement 2,7% en milieu rural et semi urbain), 32,6% pour l'information (radio/TV). L'accès à l'eau potable était assuré à 62,1% de la population, la qualité microbiologique de l'eau de consommation domestique estimée à 52% et l'assainissement figurait parmi les plus faibles scores à 9,8 %.

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 15 Wilayas, 57 Moughataas (départements) et 220 communes, respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des Maires. L'adoption par le Gouvernement, en avril 2010, de la « Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local » réaffirme la volonté politique des pouvoirs publics de faire de la décentralisation un choix irréversible. Cette Déclaration fut concrétisée à travers l'élaboration d'un projet de Code des Collectivités Territoriales.

¹ Sur la base des projections de l'Office National de la Statistique (ONS)

Figure 1 : Carte administrative de la République Islamique de Mauritanie avec les wilayas



Le tableau 1 ci-dessous présente quelques données générales sur le pays.

Tableau 1: Données générales

Indicateurs	Mauritanie	Afrique subsaharienne
Superficie (BM, 2018) en km ²	1 030 700 km ²	21,7 M km ²
Population (ONU, 2020) en millions	4,6	1094,4
Taux d'urbanisation (BM, 2018)	53,70%	40,20%
Croissance démographique (ONU, 2020)	2,70%	2,60%
Taux de fertilité (ONU, 2015-2020) : nombre d'enfants par femme	4,6	4,7
Espérance de vie à la naissance (ONU, 2015-2020) en années	64,6	60,5
Part de la population âgée de moins de 15 ans (ONU, 2020)	39,70%	42,10%
Taux d'alphabétisation des adultes (BM, 2018)	53,50%	65,60%
Aide publique de développement (APD) par habitant (BM, 2018) en USD	101,6	46,7

Indice de développement humain (IDH) 2018: rang sur 189 pays (PNUD, 2019)	161/189	-
Indice de Gini (inégalité de revenu) BM, 2014*	0,32	
Produit intérieur brut (PIB) nominal en 2020 (FMI, Oct. 2020) en Milliards de USD	7,4	1 714,2
PIB/habitant en 2020 (FMI, Octobre 2020) en USD	1 790,9	566,3

*0 représente une égalité parfaite et 1 une inégalité parfaite

Le plan national de développement sanitaire 2021-2030 se déploiera dans un contexte économique fait de contraintes majeures liées à l'état de sous-développement du pays mais aussi d'opportunités et de perspectives prometteuses de croissance économique et de meilleure répartition des richesses nationales dans le cadre de la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 et en harmonie avec la SCAPP 2016-2030.

La croissance économique de la Mauritanie a connu une légère reprise entre 2017-2019 avec un taux de croissance du PIB qui est passé de 3,1 % en 2017 à 3,6 % et 6,7 % en 2019. Pour l'essentiel, cette croissance a été tirée par la dynamique favorable des BTP grâce à la poursuite des projets d'infrastructures, la bonne performance des secteurs de l'agriculture et de l'élevage en liaison avec la bonne pluviométrie et au développement de l'Irrigué, l'intensification de l'activité du sous-secteur des Pêches et l'amélioration de l'activité des services privés (Commerce, Transport et Télécoms).

La pandémie de Coronavirus (COVID-19) a des retombées humaines, économiques et sociales dramatiques en Mauritanie. Les perspectives économiques à court terme se sont dégradées rapidement entraînant de graves difficultés pour la population, et les perspectives sont très incertaines. Le gouvernement a adopté un plan national de réponse à la Covid-19 d'un montant de 644 Millions USD (8,5% du PIB) pour des mesures et des réformes dans le secteur de la santé, de l'agriculture, la constitution de stocks de nourriture essentielle, le soutien direct aux ménages et PME et des lignes de crédit et garanties pour les entreprises.

Sur le plan financier et budgétaire, les contraintes sont importantes. La Mauritanie, qui enregistrait des excédents budgétaires en 2018 (3,3% du PIB) et 2019 (2,1%) a été confrontée en 2020-2021 à un ralentissement de l'activité économique, à une forte chute des recettes domestiques et à une hausse des dépenses de santé, de protection sociale et de soutien aux secteurs d'activité impactés par la pandémie.

L'allocation des ressources par nature économique montre que les dépenses courantes (salaires, biens et services, paiement des intérêts, transferts) représentent environ 70 % du total, alors que les dépenses en capital fluctuent autour de 30%.

La baisse des recettes fiscales en 2019-2020 et l'augmentation des besoins de financement ont entraîné des déficits des finances publiques et un recours croissant aux bailleurs internationaux et notamment aux fonds arabes et des donateurs bilatéraux du Golfe mais aussi au FMI dans le cadre de l'accord au titre de la facilité élargie de crédit (FEC). Cet accord prévoit un accès total de 115,92 millions de DTS (environ 159,8 millions de dollars aux taux de change actuels) ou 90 % de la quote-part de la Mauritanie. Il vise à préserver la stabilité macroéconomique, à consolider les bases d'une croissance soutenue et inclusive et à réduire la pauvreté en conformité avec la Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP), ainsi qu'à accroître les réserves internationales du pays dans le contexte d'un environnement mondial incertain. Le Tableau 2 ci-dessous donne un aperçu des principaux indicateurs macro-économiques.

Tableau 2 : Principaux indicateurs macro-économiques

Indicateurs macroéconomiques	2017	2018	2019	2020
Croissance du PIB réel (FMI, Oct. 2020)	5,90%	-3,20%	3,20%	-3%
Croissance du PIB réel par habitant (FMI, Oct. 2020)	3,50%	-5,30%	0,80%	-5,30%
Taux d'inflation moyen annuel (FMI, Oct. 2020)	2,30%	3,90%	8,50%	10,60%
Solde budgétaire global, dons compris (en % du PIB) (FMI, Oct 2020)	2,10%	-3,80%	-4,20%	-7,60%
Dette publique (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020)	58,10%	65,60%	50,40%	56,60%
Dette extérieure publique (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020)	57,70%	64,20%	23,40%	28,10%
Solde courant externe (en % du PIB) (FMI, Oct. 2020)	-10,60%	-15,30%	-3,60%	-4,80%
Réserves de change (en équivalent mois d'importations de biens et services) (FMI, Oct. 2020)	3,7	3,3	6,2	4,1
Rang du pays dans le classement <i>Doing Business</i> (2020)				152/190
Rang du pays dans le classement <i>Transparency International</i> (2019)			137/180	
Rang du pays dans le classement <i>Mo Ibrahim</i> (2018)		40/54		

1.2 Organisation et Gestion du système de santé

1.2.1 Le secteur public

L'organisation du système de santé s'appuie sur le découpage administratif du pays, qui est de type pyramidal, à trois niveaux :

- Le niveau opérationnel ou périphérique où il existe deux types de structures : les postes de santé (746) et les centres de santé (118). Hiérarchiquement, les PS doivent se référer au chef du CS dont ils dépendent.

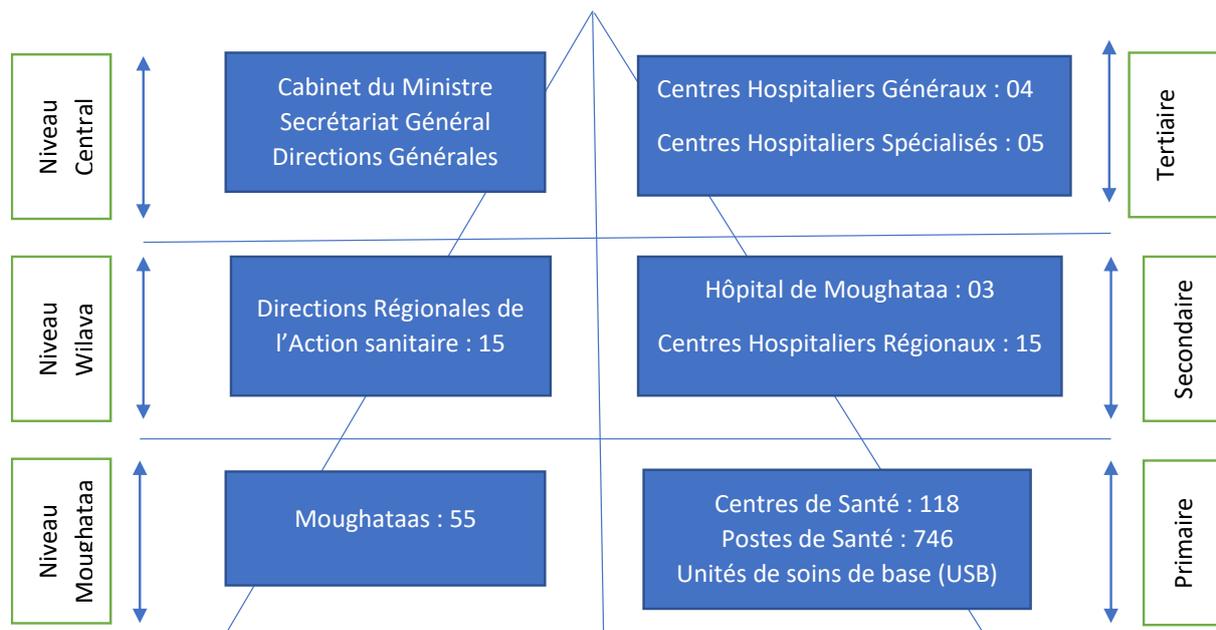
En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) sont installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km).

- Le niveau intermédiaire comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de Moughataa:
 - Les hôpitaux de Moughataa (03)
 - Les hôpitaux régionaux
 - Les centres hospitaliers régionaux, (15)
- Le niveau tertiaire qui représente la référence au niveau national comprend les hôpitaux généraux (04) et les hôpitaux spécialisés (05).

Le système administratif, quant à lui est organisé comme suit (Figure 2) :

- Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la Santé, à savoir : les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire.
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurent la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel.
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de Moughataa avec les équipes cadres de Moughataa assurent la coordination et le suivi des actions sanitaires au niveau des circonscriptions.

Figure 2 : Pyramide de santé administratif et de FOSA publiques



1.2.2 Le secteur privé

Il est surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou) et a connu un réel développement au cours des 10 dernières années. En effet, la contribution du secteur privé dans la santé demeure importante. Le recensement de 2018² a dénombré un total de 1078 FOSA dont 148 FOSA dans le secteur privé et 930 dans le secteur public réparti comme dans le Tableau 3 ci-dessous. Il faut cependant souligner qu'il est difficile de comparer les niveaux puisque le secteur privé se spécialise plus souvent.

Tableau 3 : Nombre de FOSA en 2018 par secteur et par type

	Secteur public	Secteur privé	Total par Type
FOSA Niveau Type n° 1	21 Hôpitaux	37 Clinique privées	58
FOSA Niveau Type n° 2	115 Centres de santé publics	49 Cabinets médicaux	164
FOSA Niveau Type n° 3	794 Postes de santé	62 Cabinets de soins privés	856
Total par secteur	930	148	1 078

² Enquête SARA, 2018

Selon la répartition du secteur privé on dénote, 37 cliniques privées, 49 cabinets médicaux et 62 cabinets de soins privés.

Le secteur privé de soins, très convoité et fortement dépendant du secteur public, se développe de manière non maîtrisée et connaît des difficultés de gestion mettant en exergue la faible complémentarité et synergie entre les différents secteurs et niveaux de soins.

Le secteur privé pharmaceutique reste très désorganisé et largement dominé par des non professionnels. Il a deux composantes, la distribution en gros assurée par une pléthore de grossistes-répartiteurs (plus de 20 grossistes tous installés à Nouakchott), et les officines et dépôts pharmaceutiques qui assurent la vente au public. Ce nombre élevé de structures pharmaceutiques privées qui, pour la plupart, ne répondent pas aux normes requises et dont le circuit d'approvisionnement échappe parfois à tout contrôle, assure un approvisionnement du marché local en médicaments de qualité variable et souvent douteuse.

1.2.3 Le système communautaire

Actuellement, les USB ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires de proximité avec des niveaux/formations différenciés parfois non homologués par le Ministère de la Santé. Le nombre d'USB actuel est de 545 sur tout le territoire national³.

La faiblesse de l'approche communautaire comme stratégie complémentaire de soins au système de soins classique, constitue un véritable goulot d'étranglement au développement d'interventions de qualité efficaces et durables. Il a été noté que ces deux axes ont été délaissés ces dernières années au profit d'actions plus "médicalisées", plus coûteuses et souvent moins efficaces. Les services délivrés par la communauté nécessitent le développement d'une approche impliquant la santé communautaire sous-tendue par la mise en œuvre d'une stratégie cohérente et pertinente de communication visant le changement social et du comportement des populations.

La problématique de la centralisation de la mise en œuvre du volet communautaire conduit à une faiblesse de l'implication du personnel sanitaire périphérique à savoir le DRAS, le MCM et l'ICP.

1.2.4 La Médecine traditionnelle

Bien qu'il n'existe aucune législation reconnaissant la médecine traditionnelle, cette pratique reste tolérée. Jusqu'à présent, la Mauritanie ne dispose d'aucune législation, ni réglementation régissant la pratique de la médecine traditionnelle, ni de processus d'attribution d'autorisation pour cette pratique, encore moins de procédure d'approbation officielle des remèdes traditionnels. Les tradipraticiens ne sont toujours pas inclus dans le programme de soins de santé primaires.

Dans le document de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de la Mauritanie, seul un paragraphe cite la pharmacopée dans les stratégies d'intervention en prévoyant de promouvoir et de développer la production de médicaments traditionnels améliorés en vue d'encourager leur introduction dans le système de soins.

³ PSN 2021-2025

Chapitre 2 : Etat de santé et déterminants de santé de la population et interventions clés à haut impact

L'Etat de santé de la population mauritanienne reste globalement marqué par: des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ; une persistance du fardeau des maladies transmissibles et un accroissement rapide des Maladies Non Transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux. Ces situations sont en deçà des ambitions du pays et loin de contribuer à l'atteinte des cibles de l'ODD 3 « santé et bien-être »

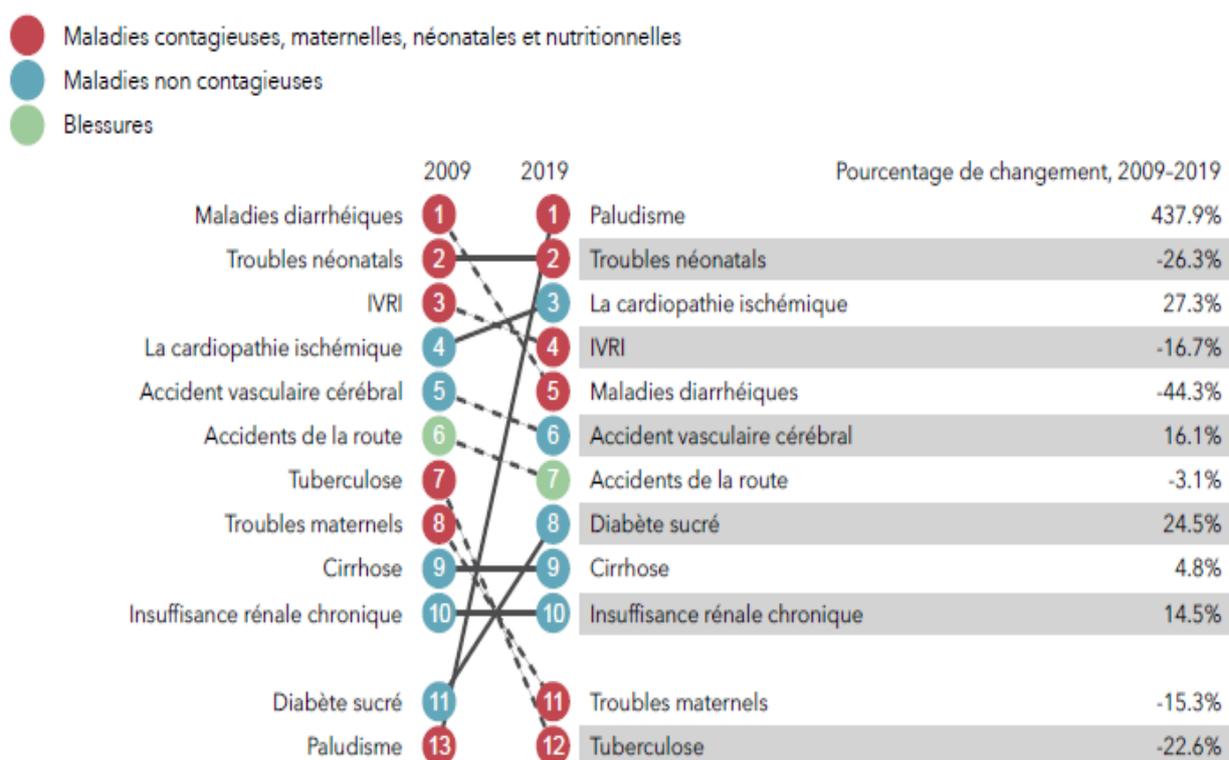
La Figure 3 ci-dessous donne les 10 causes les plus importantes de décès en 2009 et 2019, et leur évolution sur cette période. Les maladies y sont agrégées en trois groupes : les maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles (en rouge), les maladies non contagieuses (en bleu), et les blessures (en vert).

Globalement les **décès liés aux maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles** ont diminué sauf pour le paludisme dont les décès ont plus que quadruplé (+437,9%) devenant la première cause de décès. La forte prédominance du Plasmodium vivax observée à Nouakchott et dans les Wilayas du Nord, zone auparavant considérée indemne du paludisme⁴ et la transmission autochtone du paludisme à Plasmodium vivax à Nouakchott⁵ pourrait expliquer cette situation paradoxale. Les décès liés aux autres maladies transmissibles ont diminué: les infections des voies respiratoires inférieures -16,7%, la tuberculose -22,6%, et les maladies diarrhéiques presque de moitié (-44,3%). **Les décès liés aux troubles néonataux et maternels** ont également diminué (-26,3% et -15,3%). **Les décès liés aux accidents de route** sont quasiment restés stable (-3,1%). Par contre, les **décès causés par les maladies non transmissibles** liées aux facteurs de risques communs qui sont la sédentarité, l'obésité, l'alimentation, le tabagisme ainsi qu'à la transition démographique avec vieillissement de la population, ont également augmenté. Il s'agit des ischémies cardiaques (+27,3%), l'accident vasculaire cérébral (+16,1%), le diabète sucré (+24,5%) et l'insuffisance rénale chronique (+14,5).

4 Mint Lekweiry et al, 2009, Ould Ahmedou Salem et al, 2015, Ould Ahmedou Salem et al, 2015, Mint Lekweiry et al, 2015, Ouldabdallahi et al, 2014, faciès 2011-2013, Jemila Deida et al 2019

5 Mint Lekweiry et al, 2011, Ould Ahmedou Salem Ahmedou et al, 2013 et Mint Lekweiry et al, 2016

Figure 3: Qu'est-ce qui cause le plus de décès en Mauritanie?



Source : Profil pays Mauritanie IHME (<http://www.healthdata.org/mauritania>)

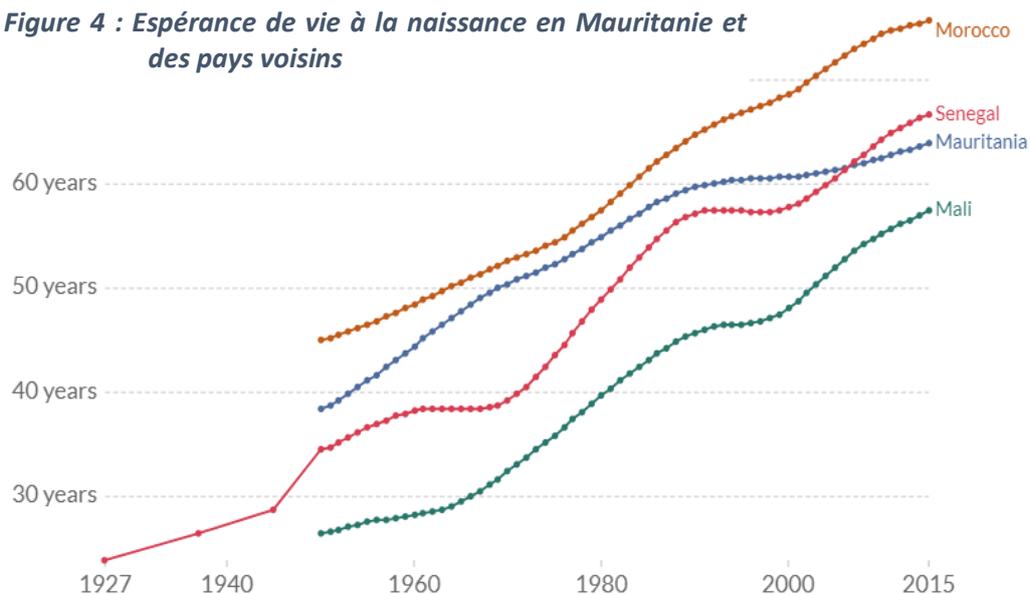
Légende : IVRI - Infection des voies respiratoires inférieures

2.1 L'espérance de vie

La Figure 4 ci-dessous montre la croissance de l'espérance de vie à la naissance en Mauritanie et ses pays voisins. Comme on le sait, il est difficile d'estimer dans quelle mesure cette croissance s'explique par une amélioration générale des conditions de vie ou des interventions sanitaires. En Mauritanie, l'espérance de vie à la naissance était estimée à 31,4 ans en 1950 pour progresser à 52,4 ans en 1975, quand elle était à peine 2,1 ans de moins qu'au Maroc (54,5 ans), mais excédait de 8,9 ans celle du Sénégal (43,5 ans). En 2015, donc 40 années plus tard, le Sénégal (66,7 ans) avait dépassé la Mauritanie (63,9 ans) de 2,7 ans, alors que son produit intérieur brut (PIB) à parité de pouvoir d'achat par habitant (2 971 USD) était inférieur à celui de la Mauritanie (4 200 USD)⁶. L'écart avec le Maroc (75,7 ans) s'était agrandi jusqu'à 11,8 ans. Aucun de ces pays n'a connu durant cette période des chocs internes ou externes spécifique au pays, comme des conflits, épidémies, ou crises climatiques, pouvant expliquer ces écarts grandissants. Il est donc fort probable qu'ils soient liés à la qualité du système de santé, d'autant plus que l'espérance de vie est étroitement liée à la mortalité infantile.

⁶ Source: [World Development Indicators](#) | [The World Bank](#)

Figure 4 : Espérance de vie à la naissance en Mauritanie et des pays voisins



2.2 Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes

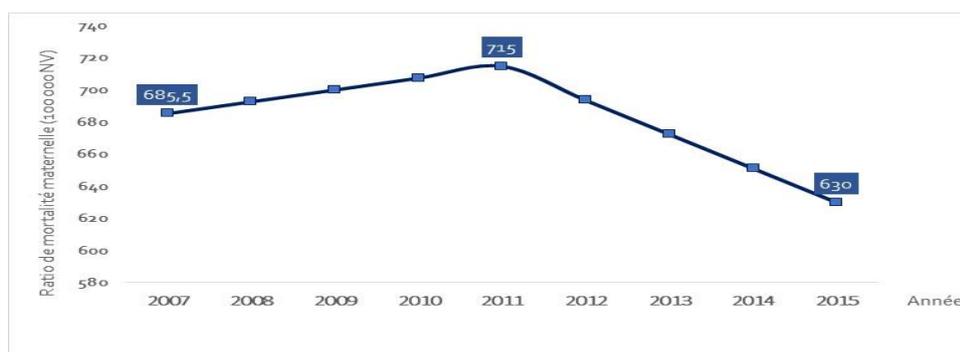
La République Islamique de Mauritanie, depuis des années a montré son engagement en ce qui concerne la SRMNIA. Ainsi, ont été élaborées plusieurs stratégies et interventions dans le cadre de la réduction de la morbidité et la mortalité de la mère, de l'enfant et de l'adolescent dont le dossier d'investissement pour l'accélération et efforts et mobiliser les ressources nécessaires dans le cadre du GFF.

2.2.1 Niveau et causes de la mortalités maternelle

Le ratio de mortalité maternelle connaît une tendance à la baisse malgré le fait qu'il était encore élevé entre 2007 et 2015. Selon le MICS (2015), il a connu une hausse passant de 685,5 à 715 pour 100 000 NV entre 2007 et 2011 pour ensuite décroître à 630 pour 100 000 NV en 2015 loin de la cible de l'OMD5 qui était de 122 pour 100 000 NV. En 2015 ce taux était légèrement plus élevé que la moyenne de l'Afrique sub-saharienne et de certains pays voisins tels que le Mali, le Sénégal et le Maroc. De nouveau, la mortalité maternelle est directement liée à l'accessibilité à des soins de santé obstétriques de qualité, et donc du système de santé.

La Figure 5 indique les tendances de la mortalité maternelle entre 2007 et 2015

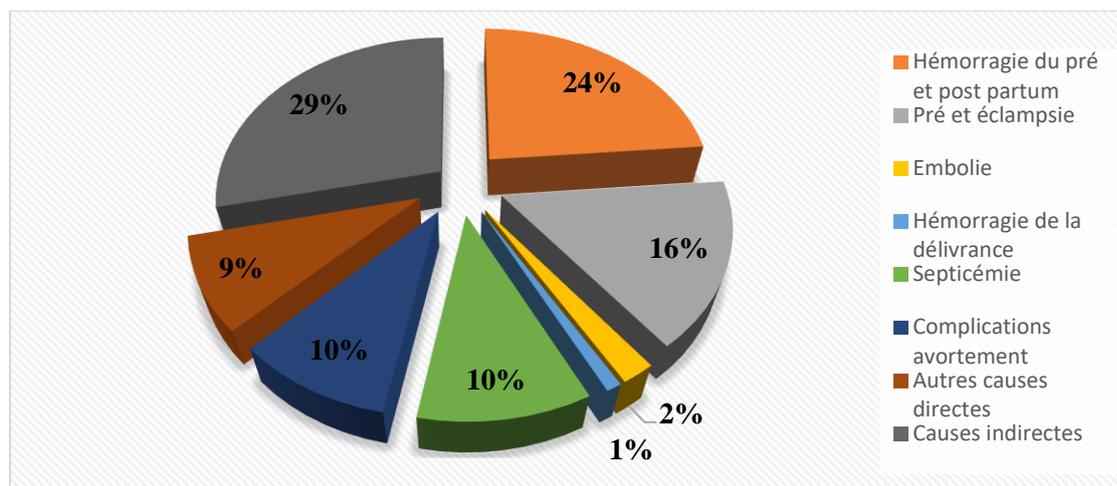
Figure 5: Tendances de la mortalité maternelle en Mauritanie entre 2007 et 2015



Source : MICS (2015)

Même si le taux est élevé, les tendances montrent bel et bien qu'il y a eu des améliorations depuis 2011. Toutefois, il est probable que ces résultats cachent des écarts importants en ce qui concerne les différentes wilayas, les milieux de résidence et les différents groupes sociaux économiques. Par ailleurs, comme le montre la Figure 6 ci-dessous, les causes de mortalité maternelle sont principalement : les causes indirectes (29%), les hémorragies du pré et post-partum (24 %), pré et éclampsies (16 %), septicémie (10 %), complications dues aux avortements (9%), embolies (2%).

Figure 6: Causes de mortalité maternelle, Mauritanie



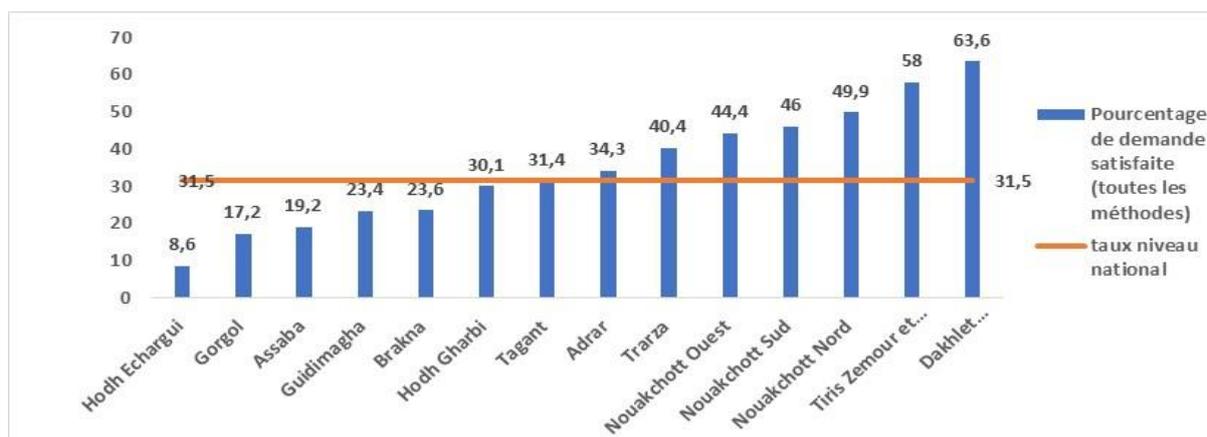
L'indice synthétique de fécondité⁷ (ISF), quant à lui est passé de 5,1 enfants par femme en 2015 à 5,2 enfants par femme en 2019 selon le MICS 2015 et l'EDS 2019. Ce taux même s'il a connu une réduction quasi similaire à ces voisins ces dernières années reste cependant l'un des plus élevés dans la zone de l'espace CEDEAO + la Mauritanie et le Tchad qui est estimé à 5,6.

2.2.2 Planification familiale

Selon les données du MICS et de l'EDS, la prévalence de femmes de 15 à 49 ans utilisant n'importe quelle méthode contraceptive en Mauritanie ne fait que progresser en gagnant des points passant de 9,3% en 2007 à 11,4% en 2011 pour atteindre 17,8% en 2015 et enfin estimé à 31,5% en 2019-2020. Les réticences sont encore observées dans le monde rural (19%) contre 43% en zone urbaine, il est également à noter que le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives évolue avec le niveau de revenu des utilisatrices. Comme le montre la Figure 7 ci-dessous, les wilayas de Hodh Echargui, Gorgol, Assaba enregistrent des taux très faibles par rapport aux Wilayas Dakhlet Nouadhibou, Iris Zemour et Inchiri et de Nouakchott.

⁷ L'indice synthétique de fécondité est le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme moyenne si elle vivait jusqu'à la fin de ses années de procréation et donnait naissance à des enfants aux taux de fécondité actuels par âge

Figure 7: Pourcentage de demande satisfaite (toutes méthodes confondues par wilaya)



2.2.3 Les consultations prénatales (CPN4+) et l'accouchement assisté

La couverture en CPN4 au niveau national a progressé entre 2011 et 2015, car il est passé respectivement de 48,4% à 63%, mais en 2019 on constate une baisse importante d'environ 40% par rapport à 2015 (Figure 8). Au niveau régional, l'analyse des données entre le MICS 2015 et l'EDS 2019 (Figure 9) montre que les contre-performances ont été observées dans la quasi-totalité des régions sauf la Wilaya de Adrar causant cette baisse au niveau national. Par contre depuis 2011, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié évolue au fil des années passant de 62% à 67% et enfin à 70%, ce qui démontre que la propension à donner la vie dans les structures de santé est grande chez les femmes mauritaniennes par rapport au suivi régulier des CPN.

Figure 8 : Evolution des Taux de consultation prénatale et d'accouchement assisté

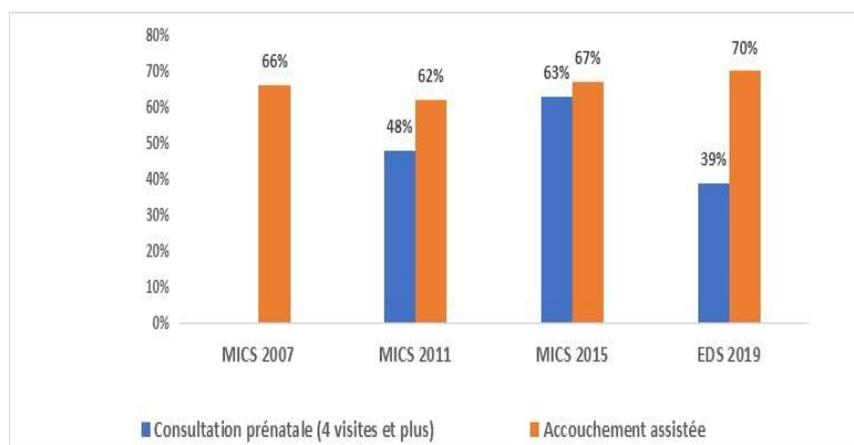
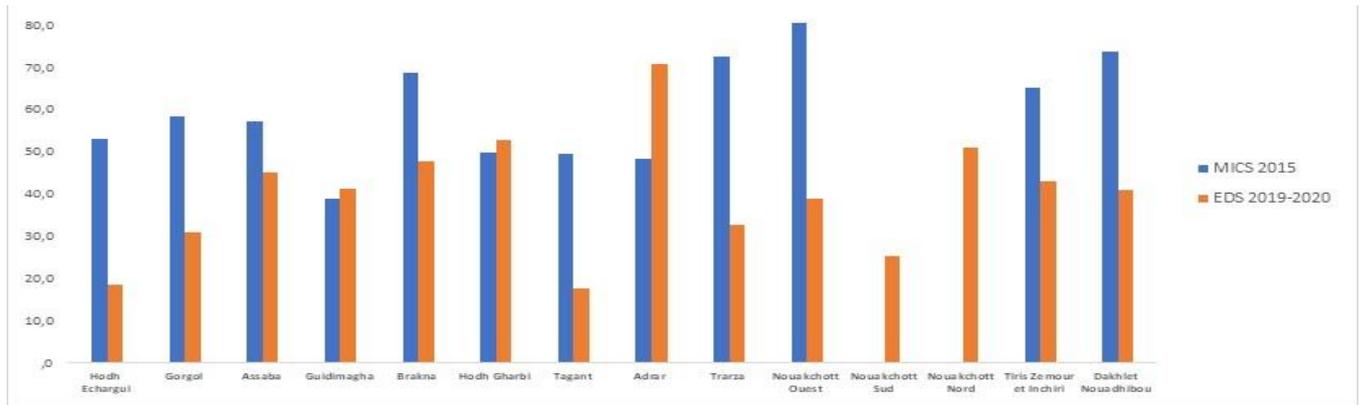


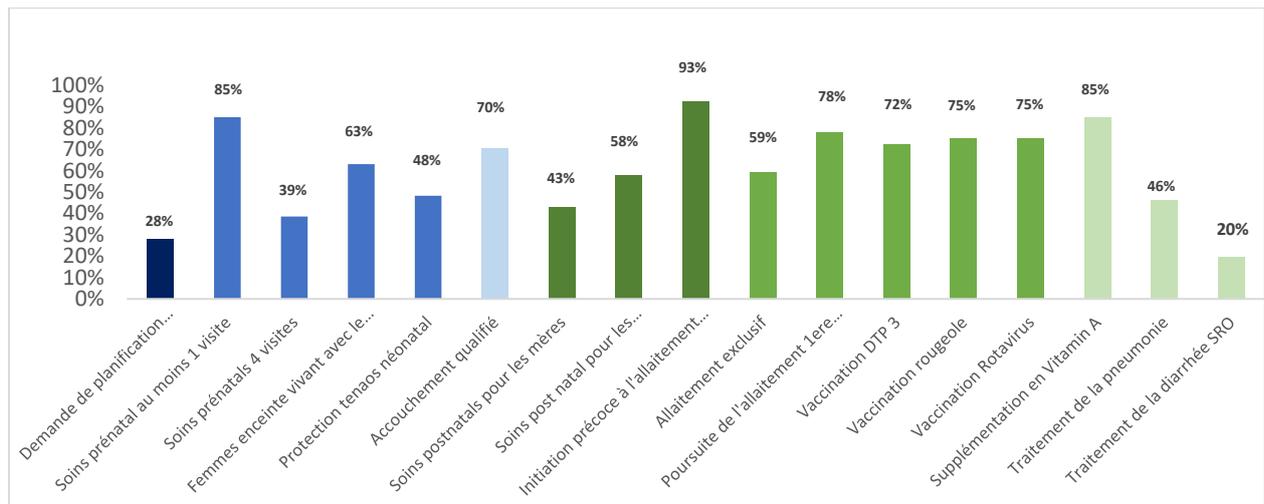
Figure 9 : Taux de CPN4+ en 2015 et 2019 par Willaya



En Mauritanie, l'accès à des services de santé de qualité reste un défi à tous les niveaux des soins, avec des obstacles impactant la demande tels que les inégalités géographiques, financières et économiques qui persistent. Les ménages soutiennent 51 % des dépenses budgétaires du pays. En conséquence, les couvertures des interventions sanitaires à fort impact sont encore faibles (Figure 10 ci-dessous) et limitées dans leur portée. Plusieurs occasions manquées le long du continuum de soins persistent sont à relever.

85% des femmes enceintes ont eu accès au moins à une consultation prénatale quand ce sont seulement 39% d'entre elles qui ont suivi les CPN selon les normes à savoir au moins 4 visites et 48% ayant bénéficié d'une protection contre le tétanos néonatal. Seulement 43% des mères ont reçu des soins postnatals. L'initiation précoce à l'allaitement maternel s'élève à 93% tandis que l'allaitement maternel exclusif et la poursuite de l'allaitement à 1 an sont respectivement à 59 % et 78 %. Le traitement contre les IRA est encore à un niveau faible. Par ailleurs, 20% des moins de cinq ans reçoivent un traitement de la diarrhée avec des SRO et seulement 7% reçoivent un traitement approprié avec des SRO/zinc.

Figure 10: Continuum de soins en Mauritanie



2.2.4 Santé néonatale et interventions à haut impact clés

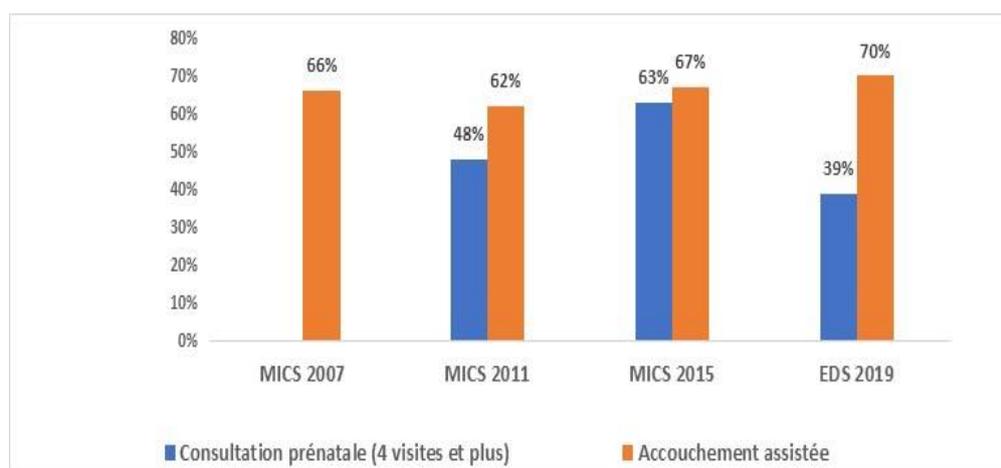
Niveau et causes de la mortalités néonatale

Le quotient de mortalité néonatale a décliné passant de 29‰ en 2015 à 22‰ en 2019. Ces principales causes demeurent la prématurité (38.6%), intrapartum (21.9%), septicémie (19%), pneumonie néonatale (6.4%), maladies congénitales (5.9%), tétanos (1.1%), la diarrhée (0.7%) et d'autres causes. Selon l'EDS 2019-2020 Celui-ci varie entre wilayas, les wilayas Hodh Echargui (45‰), Hodh Gharbi (42‰), Assaba (31‰), Gorgol (29‰), Brakna (24‰), Trarza (24‰) et Adrar (23‰) ont enregistré des taux de mortalité néonatale supérieurs à la moyenne qui était de 22‰.

La réanimation néonatale

La Figure 11 ci-dessous montre une très grande disparité selon le revenu dans l'accès aux soins plus spécialisés, comme la réanimation des nouveau-nés. Les plus pauvres n'ont quasiment aucun accès, et seuls un peu plus que 40% des plus riches y ont accès. Cet accès a stagné de 2011 à 2015, ce qui veut dire que rien n'a changé au fil des années. Ce résultat explique partiellement le résultat d'impact de mortalité néonatale en fonction du niveau de revenu (voir MICS 2015) affectant surtout les quintiles moyens 2-4.

Figure 11 :: Evolution des Taux de consultation prénatale et d'accouchement assisté



Source : MICS 2011 et 2015

2.2.5 Niveau et causes de la mortalité infanto-juvénile

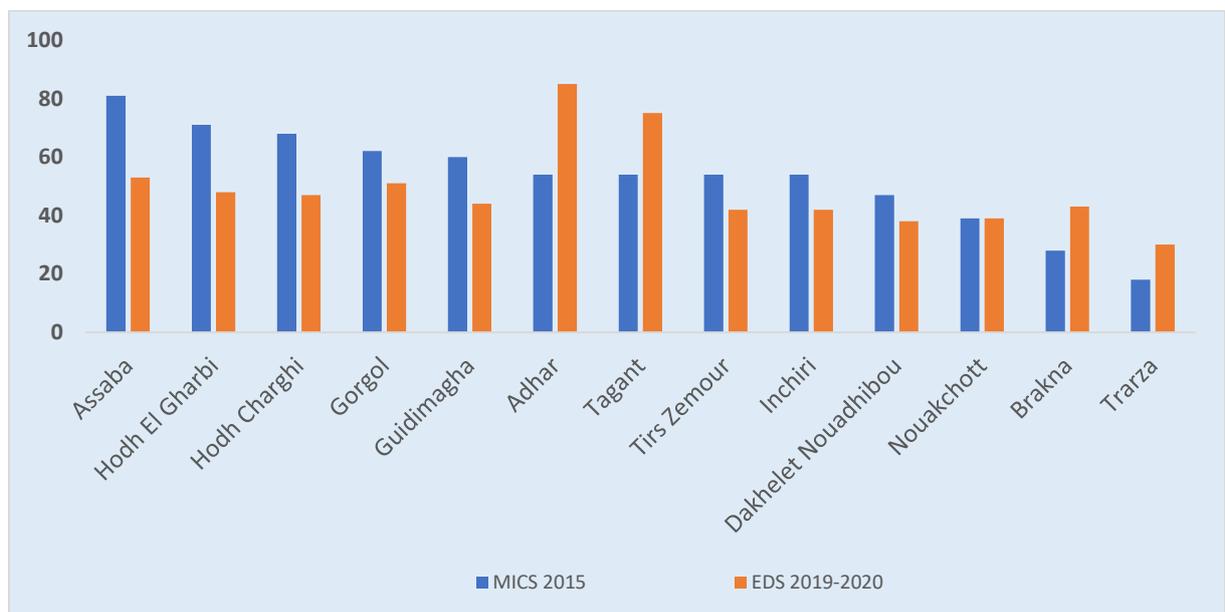
La mortalité infantile a suivi une tendance décroissante passant de 43‰ à 33‰ entre 2015 et 2019. Les causes qui expliquent ce taux élevé sont principalement la pneumonie (22,5%), la diarrhée (15,6%), les blessures (10,9%), le paludisme (7,7%), la méningite 2,7% et la rougeole (2,5%). On constate qu'en Mauritanie, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans continuent de mourir de causes de décès évitables et traitables dans le pays.

Selon l'EDS 2019-2020, la wilaya Hodh Echargui avait le taux le plus élevé (69‰) et le taux le plus bas a été enregistré à Guidimagha (28‰). Les wilayas Hodh Gharbi (61‰), Assaba (42‰), Trarza (41‰), Tagant

(38‰), Adrar (36‰), Gorgol (36‰), Brakna (35‰) et Dakhlet Nouadhibou (34‰) enregistrent aussi des niveaux de mortalité infantile élevés.

Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, le taux a globalement connu une forte baisse entre 2015 et 2019, passant de 54‰ à 41‰ (soit une réduction d'environ 24% en 10 années). Toutefois en dépit de cette amélioration il existe encore des disparités entre les wilayas. La Figure 12 ci-dessous montre des variations régionales significatives de la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes en 2015 et en 2019. Comme annoncé la mortalité des moins de 5 ne s'est pas dégradée au cours de ces dernières années, sauf à Adrar (85‰), Tagant (75‰), Brakna (43‰) et Trazza (30‰) ou l'on a noté une net évolution par rapport à 2015 avec une situation très inquiétante à Tagant et Adrar . Malgré une situation favorable pour la plupart des wilayas par rapport 2015, ce sont seulement 3 sur 13 wilayas qui enregistrent un TMIJ inférieur à la moyenne nationale.

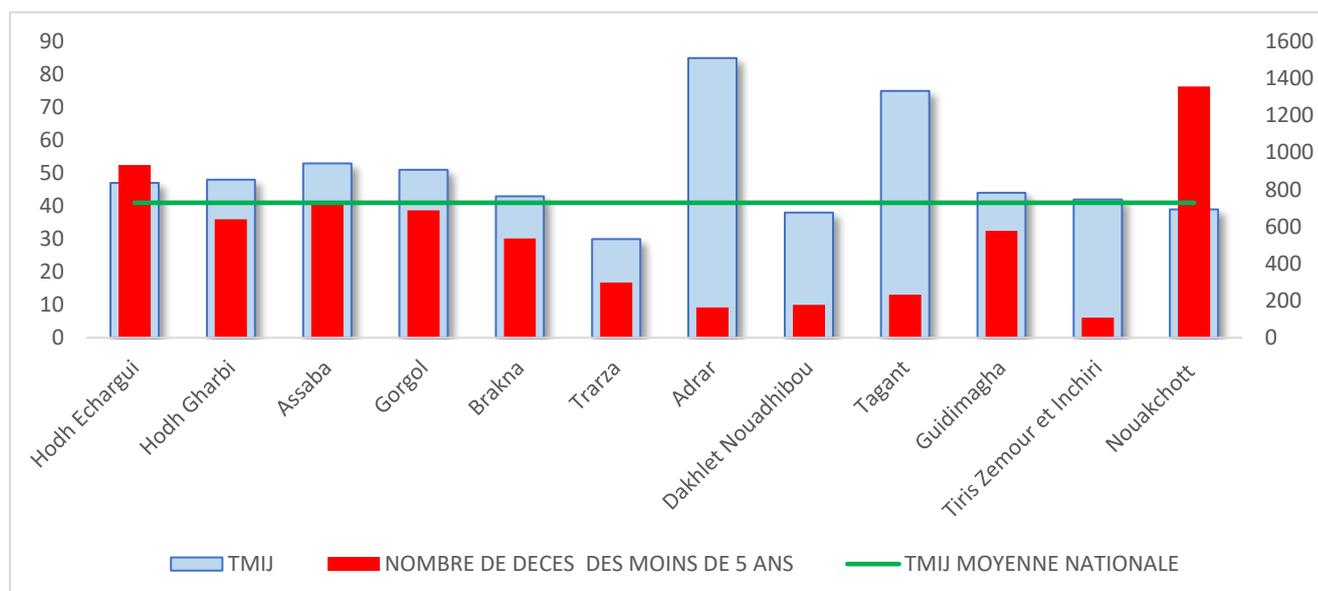
Figure 12 : Distribution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2015 et 2019



Sources EDS 2019-2020 & MICS 2015 (en l'absence de données spécifiques pour Nouakchott, c'est le taux de 2015 qui a été repris)

La Figure 13 ci-dessous montre qu'une attention particulière devrait être accordée aux Wilayas de Nouakchott, Hodh Echargui, Assaba, Hodh Gharbi et Gorgol qui enregistre des nombres de décès élevés (67% du nombre total des décès) si on veut réduire le taux national et atteindre les ODD.

Figure 13 : Mortalité infanto-juvénile vs décès en valeur absolue



Prise en charge de la diarrhée

La diarrhée demeure encore l'une des principales causes de mortalité et de morbidité chez l'enfant de moins de cinq ans. Elle constitue la deuxième cause de mortalité et est à l'origine de nombreux décès d'enfants soit 15,6% d'enfants de moins de 5 ans en 2017⁸. Elle résulte, la plupart du temps de l'eau ou d'aliments contaminés et peut durer plusieurs jours, déshydratant l'organisme et le privant des sels minéraux nécessaires pour la survie. Selon les résultats de l'enquête EDS 2019-2020, le nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant contracté la diarrhée était de 1 413 soit près de la moitié de celui rapporté en 2015⁹. Le tableau 4 ci-dessous relate le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont bénéficié d'une prise en charge de la diarrhée. Les enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement contre la diarrhée à base de liquides fait à partir des sachets de SRO (19,5%) représentaient la plus grande proportion suivis de celle des enfants à qui on a donné uniquement du Zinc (14,7%), puis des enfants qui ont reçu des SRO et du Zinc (7,1%). Ces taux sont faibles en comparaison à ceux relevés en 2015 avec une régression souvent de plus de 50%.

Tableau 4 : Tendances des pourcentages d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu du SRO et/ou du zinc

	MICS 2015	EDS 2019-2021
Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO	43%	19,5%
Pourcentage à qui on a donné du zinc	23%	14,7%
Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	16%	7,1%
Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois avec diarrhée	2 083	1 413

⁸ Child Mortality Estimates/UNICEF 2017

⁹ MICS 2015

Bien que le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée ces dernières années ait chuté, il n'est pas écarté l'existence de disparités importantes entre les wilayas, le milieu de résidence et le niveau de bien-être économique.

Selon l'Enquête EDS 2019-2020, les enfants provenant des wilayas de Nouakchott Ouest, Brakna, Tiris Zemour / Inchiri ont les taux de prise en charge les plus élevés, avec tout type de traitement confondu contrairement à Tagant, Hodh Gharbi et Hodh Echargui qui capitalisent les taux les plus bas. Les inégalités se reflètent aussi au niveau du milieu de résidence avec un faible taux de prise en charge en milieu rural (16,2 %) en dessous des moyennes nationales par rapport au niveau urbain (25,2 %).

En ce qui concerne le niveau de bien-être économique, d'importantes disparités ont également été décelées dans le taux de prise en charge de la diarrhée. Globalement, quel que soit le traitement, le taux de prise en charge croît avec le niveau de bien-être économique réduisant ainsi la probabilité de survie des enfants de moins de 5 ans provenant du quintile le plus bas. Afin de réduire ces inégalités, la RIM doit rendre plus accessibles le traitement contre la diarrhée chez les enfants les plus vulnérables dans un souci d'équité et de volonté d'atteindre les ODD.

2.2.6 Le paludisme

Le paludisme est une cause de mortalité majeure chez les enfants de moins de cinq ans en Mauritanie. Il est également un facteur d'anémie chez l'enfant et une cause fréquente d'absentéisme scolaire. Les mesures préventives, notamment l'utilisation de moustiquaires imprégnées à l'insecticide (MI), peuvent réduire considérablement le taux de la mortalité infantile liée au paludisme. Dans les zones où le paludisme est fréquent, les recommandations internationales proposent de traiter toute fièvre chez l'enfant comme s'il s'agissait du paludisme, en lui donnant immédiatement un traitement complet à base de comprimés antipaludéens. Les enfants manifestant des symptômes de paludisme aigu, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être acheminés auprès d'une formation sanitaire.

Le paludisme constitue la seconde cause de consultation dans les formations sanitaires (16,93 %), après les infections respiratoires aiguës (IRA 29,94 %). Cette pathologie est davantage importante chez les jeunes de moins de 15 ans, où elle représente 43,2% des consultations (IRA 55%) (Rapport évaluation PNDS, 2016).

La proportion d'enfants avec Paludisme traités à l'ACT par un agent de santé formé a légèrement augmenté passant de 9,7% en 2015 à 32,3 en 2019 continuant de poser la question de l'efficacité du contrôle du paludisme infantile dans le pays. De plus ce sont seulement 5,8% des enfants de moins de 5 ans qui ayant eu de la fièvre, ont reçu un prélèvement de sang au doigt ou au talon pour être testé. On note que le pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement est de 31,4%.

En ce qui concerne les femmes enceintes, ce sont 54,5% qui ont reçu au moins une dose de Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse.

L'incidence relative du paludisme reste cependant variable d'une Wilaya à l'autre. La plupart des cas de paludisme dans les motifs de consultations sont enregistrés dans les wilayas Hodh Echargui, Trarza, Tagant, Nouakchott, Tiris Zemour et Inchiri.

2.2.7 La couverture vaccinale

Malgré les efforts réalisés entre 2015 et 2019 (les couvertures vaccinales ont connu une hausse quasi généralisée sauf le HepB à la naissance qui a enregistré une baisse au cours de la période), le programme

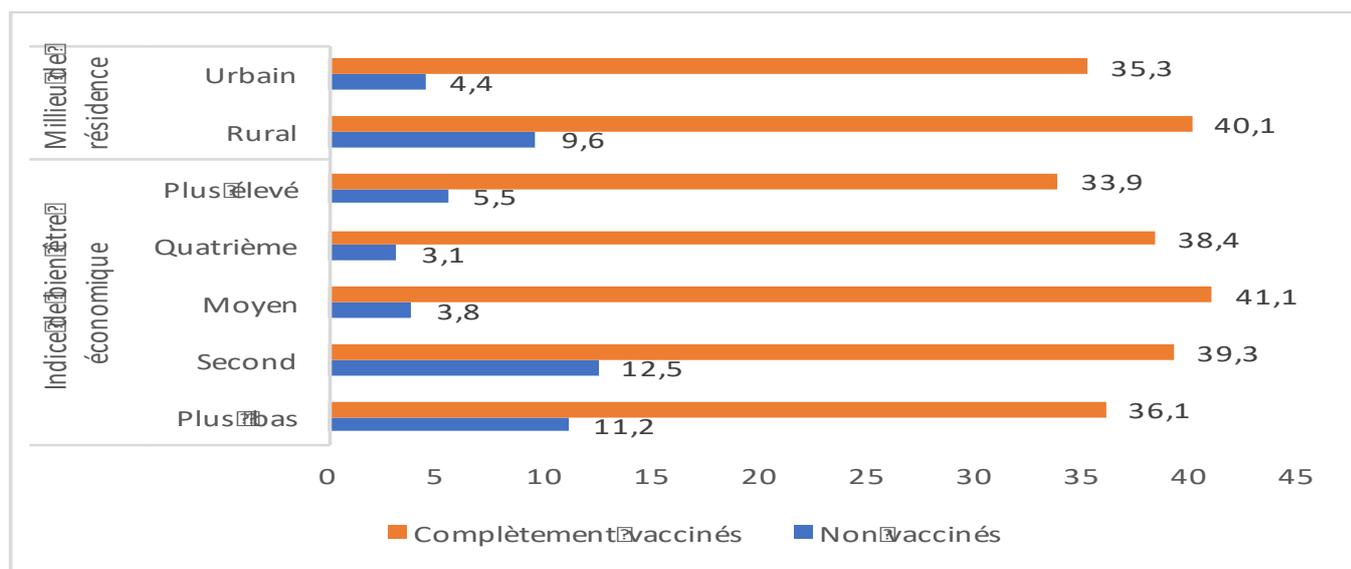
de vaccination en Mauritanie n'a pas encore atteint un niveau de performance souhaité. Les données de couverture selon l'Enquête EDS 2019- 2020 restent à être améliorées, ce sont seulement 37,9% des enfants de moins de 5 ans qui sont complètement vaccinés avec les vaccins de base contre 7,3% qui n'ont reçu aucun vaccin soit environ 8 632 enfants. Le tableau 5 ci-dessous présente le niveau de couverture effective des différents antigènes inscrits dans le programme élargi de vaccination en 2015 et en 2019. Seulement un seul antigène a atteint un niveau de couverture supérieur à 80% à savoir le BCG (90%) contre le vaccin contre le pneumocoque (69%) ayant le niveau le plus faible.

Tableau 5 : Indicateurs de couverture effective par antigène

Vaccins	MICS 2015	EDS 2019-2020
Vaccin contre le Rotavirus (ROTATEC 3)	75,2%	75,2 %
Vaccin contre la rougeole	75,0%	75,0%
Vaccin pentavalent (3)	56,5%	72,4%
Vaccin contre la polio	58,7%	72,2%
Vaccin BCG	83,2%	90%
Vaccin contre le pneumocoque (PCV 3 ^{ème} dose)	50,2%	69,7%
HepB à la naissance	81,1%	75,8%
Enfants complètement vaccinés	23,6%	37,9%
Enfants non vaccinés	9,5%	7,3%

Il existe des disparités importantes entre les wilayas dans la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans, les wilayas qui enregistrent de faibles records en dessous de la moyenne nationale sont composées de Hodh Echargui, de Tagant, Trazza et une partie importante de Nouachott (au Sud et à l'Ouest). Les disparités se reflètent également au plan économique/bien-être des populations et au niveau des zones de résidence. Comme le montre la Figure 14 ci-dessous, les enfants provenant des zones urbaines semblent avoir un meilleur accès aux services de vaccination (seulement 4,4 % sans aucun vaccin) mais auraient des difficultés à accomplir tout le cycle vaccinal contrairement aux enfants issus du monde rural qui ont un taux de complétude de vaccin plus élevés (40,1%). En ce qui concerne le critère socio-économique, le constat est inattendu, les populations disposant d'une situation socio-économique moyenne enregistrent un score bien plus favorable par rapport aux extrêmes (niveau plus élevés et niveau plus bas).

Figure 14: Couverture des enfants complètement vaccinés vs enfants non vaccinés par catégorie socioéconomique et lieu de résidence



Sur la base de ces constats, les stratégies développées devraient tenir compte des disparités relevées si nous voulons améliorer la situation vaccinale des enfants et contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité évitables par la vaccination chez ces enfants.

2.3 La malnutrition

2.3.1 L'état nutritionnel

En Mauritanie selon les résultats de l'enquête SMART 2018, la prévalence de la malnutrition aiguë globale au niveau national est de 11,6%, alors qu'il était de 9,5% en 2016 et celle de la malnutrition aiguë sévère est de 2,3%. Cette enquête a également révélé des grandes variations entre les Wilaya, avec des prévalences les plus élevées de la malnutrition aiguë globale (> 10%) et quelque fois proches du seuil critique de 15% en période de soudure et des prévalences inférieures au seuil d'alerte de 10% en période de post-récolte. Les régions les plus affectées sont les wilayas de Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha, Hodh Ech Chargui, Hodh El Gharbi et Tagant. Les analyses ont montré que les causes sont aussi bien structurelles et que conjoncturelles, d'où la nécessité d'une approche urgence-développement, multisectorielle, à moyen et à long terme.

En Mauritanie, moins de la moitié des nourrissons âgés de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein (41%). 37% des enfants sont nés avec un faible poids. Et seulement un très faible pourcentage de la population consomme du sel iodé (3%), le taux le plus faible selon la comparaison régionale.

Pour ce qui est de la malnutrition chronique globale, elle est restée au même niveau ces dernières années, avec des taux élevés supérieurs à 20% (23,3% en 2018) et 7,1% de cas sévères, traduisant une situation précaire de malnutrition au niveau national. Certaines régions comme le Gorgol, le Trarza, Nouadhibou et Nouakchott ont des prévalences de malnutrition chronique considérées comme acceptables selon l'OMS car inférieures à 20%. Cependant, malnutrition chronique est critique (30-40%) au niveau des Wilayas de Hodh Ech Chargui et Tagant; les autres régions sont en situation sérieuse de malnutrition chronique avec des prévalences comprises entre 20 et 30%. Cette absence de performance montre les limites des interventions contre la malnutrition chronique.

Le taux de malnutrition chronique est très élevé dans les 3 premiers quintiles de pauvreté, avec des proportions supérieures à 25%, et atteignant 36% chez les plus pauvres soit 2 fois plus que chez les plus riches. De plus, la malnutrition chronique est inversement associée au niveau d'instruction de la mère. Moins ce niveau est élevé, plus importante est la prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans. La zone rurale est également la plus touchée, avec 31,6% des enfants de moins de 5 ans qui y résident en 2015 atteints de malnutrition chronique, contre 23,2% en milieu urbain.

De 2015 à 2018¹⁰, la prévalence de l'insuffisance pondérale oscille autour de 20% avec les régions du Sud, Centre et Sud Est qui restent encore fortement affectées et traduisant ainsi une situation nutritionnelle précaire.

2.3.2 La prise en charge de la malnutrition

Un des résultats attendus du programme PCIMA est la réduction de la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) en période de soudure de 13% à 5% entre 2016 et 2025.

Le Tableau 6 ci-dessous montre une bonne performance depuis 2018 pour la prise en charge des enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS), à travers les CRENAS/CRENI au niveau de l'ensemble du pays, sauf en ce qui concerne les abandons.

Un des facteurs de succès est la mobilisation à la fois du système de santé qui a intégré la prise en charge dans le PMA, la mobilisation des ONG nationales et internationales, l'appui financier externe, et la coordination sous le leadership du MS qui coordonne la riposte et partage les informations. L'existence d'une enquête annuelle SMART et l'intégration des indicateurs de PECIMA dans le SNIS sont d'autres facteurs pour une meilleure planification et réponse. Il y a cependant des différences régionales en termes d'efficacité de la prise en charge. Hormis, la prise en charge de la malnutrition aiguë, la prévention multisectorielle de la malnutrition reste problématique puisque les prévalences ne diminuent quasiment pas.

Tableau 6 : Tendances des taux de succès de prise en charge des enfants ayant une Malnutrition Aiguë Sévère (MAS)

Année	2017	2018	2019	2020
Total MAS attendus (burden)	22 367	32 244	31 682	26 435
Cible (85% du burden)	19 012	32 244	26 930	22 470
Admis	18 385	24 521	27 512	27 095
% Admission par rapport au burden	82%	76%	87%	102%
Guerison %	75%	81%	88%	89%
Abandon %	14%	16.5%	11.00%	9.50%
Décès %	0.45%	0.80%	0.40%	0.30%

Source : Ministère de la Santé/Unicef

Plusieurs efforts ont été réalisés et à ce jour, il existe des CRENAS et/ou de CRENI dans 86% des structures sanitaires fonctionnelles du pays, une masse critique (77%) d'agents de santé travaillant dans les structures de santé qui sont formés sur la PCIMA, l'intégration de l'Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi, des laits

¹⁰ SMART 2018

thérapeutiques (F75, F100) et du ReSoMal, dans la liste des médicaments essentiels. Mais plusieurs déficits demeurent dont les forts taux d'abandon qui peuvent atteindre 30% dans certaines localités à cause de la faiblesse de la couverture sanitaire, le renforcement de la qualité de la prise en charge, l'absence d'une stratégie nationale de prise en charge des cas modérés associée à des indicateurs de couvertures et de performances. On note une absence à ce jour des principaux acquis de la prise en charge de la PCIMA de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ainsi qu'un système de participation communautaire pour une meilleure implication des populations.

La prise en charge de la malnutrition afin d'atteindre la performance recherchée devrait intégrer entre autres la dimension de la multisectorialité incluant la promotion des pratiques optimales d'ANJE comme porte d'entrée. Par ailleurs, la mise en œuvre des interventions doit être soutenue et mise à l'échelle pendant plusieurs années pour réduire davantage cette prévalence de la malnutrition chronique à un niveau acceptable (<10%). En ce qui concerne l'insuffisance pondérale qui peut se traduire soit par l'effet de la malnutrition aiguë uniquement, soit de la malnutrition chronique uniquement, ou les deux types de malnutrition à la fois, nécessite une action combinée/intégrée d'interventions permettant de lutter durablement contre ces deux types de malnutrition au niveau opérationnel.

2.4 Santé des adolescents et jeunes

Le taux de mortalité des adolescents est passé de 15,5‰ à 13,25‰ entre 2007 et 2017, avec une estimation de 12,19 en 2019. En Mauritanie, la population se caractérise par sa jeunesse : les enfants âgés de moins de 15 ans en constituent 44% et plus de la moitié a moins de 20 ans (54,4%). L'importance numérique des adolescents (10-19 ans) qui constituent un sous-groupe non négligeable, est estimé à 790.909 soit 22.35 % de la population dont 401.956 filles et 388.953 garçons. Paradoxalement cette population ne fait que très peu l'objet d'études dédiées et est rarement la cible prioritaire de projets et programmes de développement. D'ailleurs, l'évaluation du PNDS 2017-2020 montre que ni les données de bases, ni l'atteinte des cibles de couverture effective des services santé pour les adolescentes et jeunes n'ont pas été renseignés.

Les actions les concernant sont intégrées dans les programmes de divers ministères sectoriels : Santé, Education, Affaires Sociales, Sports, etc. Ci-dessous une liste de principaux indicateurs dans ce groupe d'âge est présentée.

Les indicateurs SRMNIA pour les adolescents présentent la situation actuelle telle que suit :

- Mortalité des adolescents est passée de 13,25 en 2015 à 12,19 en 2019 (sur la base de projection)
- Dans certaines régions une adolescente sur deux accouche sans personnel qualifié.
- 17,6% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative, avec 2,5 fois d'adolescentes dans le monde rural par rapport aux zones urbaines
- Environ 10% des personnes mariées ont consommé leur premier mariage avant d'atteindre 20 ans
- L'âge médian au premier mariage pour les femmes se situe à 17 ans.
- 19% des femmes mariées se sont mariées avant l'âge de 15 ans, alors que 43,4% des femmes se sont mariées avant l'âge de 18 ans
- Taux de prévalence des MGF au niveau national est de 66%, en 2016
- 95% de filles n'ont pas une connaissance complète des modes de transmission du VIH/Sida

- 4 filles adolescentes sur 10 accouchent sans personnel qualifié dont 1 sur 2 en milieu rural
- Une femme sur 4 a été victime de violence sexuelle

Cette situation est à l'origine des problèmes et complications de grossesses précoces qui peuvent être à causes de décès de ces jeunes femmes. Avec les zones rurales les plus touchées par rapport aux zones urbaines et une importante disparité entre riches et pauvres.

En Mauritanie, la fécondité précoce reste élevée et plusieurs adolescentes tombent enceintes trop tôt, avec un taux 15,4 d'entre elles (15-19 ans) qui ont déjà une naissance vivante (EDS 2019-2020).

2.5 Les maladies transmissibles

Aucune des cibles du PNDS 2017-2020 portant sur les maladies transmissibles n'a été atteinte, et la majorité des cibles n'ont pas été renseignées. Il en est de même pour les maladies non-transmissibles, ainsi que pour la gestion des urgences de santé publique

2.5.1 Le VIH/SIDA

L'épidémie VIH en Mauritanie se singularise par son caractère concentré avec des taux de prévalence faibles (0,4% dans la population générale et élevés dans certains groupes, tels que les groupes vulnérables et populations clés, tels que les travailleuses du sexe (4%) et les prisonniers (2,8%). Pour les HSH, la séropositivité est estimée à 44,4%.

En Mauritanie, selon les dernières données de Spectrum 2018, la prévalence au sein de la population générale adulte est de 0.24%, mais l'épidémie de l'infection VIH/SIDA est de type concentré. Environ 6000 personnes vivaient avec le VIH et l'épidémie serait plus importante chez les hommes que chez les femmes (0,4% versus 0,24%). Parmi ces PVVIH, 47% bénéficieraient d'un traitement antirétroviral et environ 18% d'entre eux auraient une charge virale indétectable. Bien que depuis 2010, le nombre de nouvelles infections aient diminué de 4% et que les décès liés au VIH aient diminué de 27%, l'épidémie du VIH en Mauritanie reste élevée dans certains groupes à risque (ou populations clés).

Pour ce qui est de la prise en charge des PVVIH, il existe un centre à Nouakchott et cinq unités de prise en charge fonctionnelles à Zouerate, NDB, Kiffa, Kaédi et Nema. Pour chaque unité, le personnel chargé des activités a été formé et se compose d'un médecin, un pharmacien et un laborantin.

On note cependant des insuffisances relatives au suivi médical et nutritionnel des malades, au dépistage communautaire et particulièrement au niveau des groupes clés et groupes vulnérables.

La prise en charge psychosociale est également faible dans ses aspects de soutien psychologique, de renforcement de l'observance et de recherche des perdus de vue, de soutien communautaire, et soutien nutritionnel.

2.5.2 Les maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées constituent un groupe étendu de maladies qui varient d'une région à une autre voir d'un pays à un autre. Au niveau de la Mauritanie les principales MTN retenues dans le plan directeur sont : les schistosomias, géo-helminthiase, trachome, rage, lèpre, dracunculose, leishmaniose, filariose lymphatique.

Pour la schistosomiase urinaire, parmi les 24 Moughataas trouvées endémiques, 12 ont des prévalences qui varient de 10 à 50%. Les prévalences supérieures à 50% ont été enregistrées au niveau de la Moughataa de Tintane dans la Wilaya du Hodh Elgharbi. Ces fortes prévalences s'expliquent par la présence des cours d'eaux (lacs, marigot ou mares) dans ces zones.

Les données statistiques sanitaires de routine collectées au niveau des différentes structures de santé du pays classent les parasitoses intestinales incluant entre autres les géo-helminthiases au 4ème rang après les IRA, paludisme et maladies diarrhéiques ce qui amène à dire que les géo-helminthiases constituent un problème de santé publique surtout aux enfants de bas âge et en âges scolaires

Le trachome est une maladie endémique en Mauritanie. La dernière évaluation menée en 2013 fait ressortir une prévalence inférieure à 5% par rapport à une prévalence moyenne de 18% en 2000. Au cours de l'année 2010, une enquête de prévalence du trachome a été réalisée dans les Moughataas restants : Nouadhibou, Akjoujt, Zouerate, Bir Moghren et Fdrik. La prévalence retrouvée était inférieure à 5% ce qui n'a pas nécessité des campagnes de distribution de masse.

Par ailleurs on note la présence de certaines poches de résistance malgré les traitements de masse Aoujeft : 13.5%, Chinguiti 14.8%, Boumeid 26.40%. Ces résistances sont dues à l'absence d'application des autres composantes de la stratégie CHANCE¹¹ préconisée par l'OMS, d'où l'importance de sensibiliser les autres secteurs afin d'éliminer le trachome cécitant.

En ce qui concerne la Filariose lymphatique la situation épidémiologique montre que 13 Moughataas (districts) sont endémiques de la maladie sur les 42 enquêtées avec des prévalences faibles moins de 1% par district.

2.6 Les maladies non transmissibles

Les MNT principales ou dites majeures sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les pneumopathies chroniques et le diabète. Pour la région africaine, en plus des maladies sus citées, d'autres MNT sont également de grande importance en santé publique tel que les hémoglobinopathies, les troubles mentaux, les violences et traumatismes, les maladies bucco-dentaires et oculaires ainsi que les maladies chroniques d'origine infectieuse comme les maladies cardiaques rhumatismales.

Dans une large mesure, les MNT sont dues à quatre facteurs de risque (FDR) comportementaux que sont : le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'usage nocif d'alcool. On décrit également des facteurs de risque intermédiaires tels que l'obésité, la pression sanguine élevée, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie. Les facteurs de risque des MNT d'aujourd'hui sont considérés comme les maladies de demain. La prévention et la lutte contre ces facteurs de risque peuvent conduire à la prévention de la survenue des MNT dans le futur.

En Mauritanie la consommation de tabac est en augmentation continue. D'après les enquêtes Global Youth Tobacco Surveillance (GYTS) menées en Mauritanie en 2000, 2006 et 2009 la prévalence du tabagisme est en augmentation constante chez les adolescents de 13-15 ans ; elle était respectivement de 41%, 59% et 68%. Chez les adultes (16-64 ans), selon l'enquête STEP-Wise réalisée en 2006 cette prévalence est de 17,2 % (32% chez les hommes et 4,9% chez les femmes).

Dans la société mauritanienne, le facteur culturel constitue un frein à la pratique de l'activité physique surtout chez les femmes. Selon l'enquête STEP-WISE réalisée en Mauritanie en 2006 environ 50.7% de

¹¹ CHANCE : Chirurgie (CH), Antibiotique (A), Nettoyage du Visage (N), Changement de l'environnement (CE)

personnes (47.6% d'hommes et 53.0% de femmes) ont un faible niveau d'activité physique et 95,7% (95.1% des hommes et 96.2% de femmes) ne font pas d'activité physique de forte intensité.

La Mauritanie est confrontée à la fois à la malnutrition protéino-calorique qui constitue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants et au surpoids et l'obésité qui sont des facteurs de risque majeurs des MNT surtout en milieu urbain.

Le changement de mode alimentaire traditionnel vers une alimentation très calorique, riche en sucre, en acide gras saturés, en acide gras trans, pauvre en fruits et légumes est l'une des causes à l'origine de la recrudescence des MNT. Selon les données de l'enquête STEP de 2006, la quasi-totalité des personnes enquêtées utilise des huiles végétales et des matières grasses pour la préparation des repas à la maison. Ces « nouvelles » habitudes alimentaires constatées depuis quelques décades, favorisent l'apparition des dyslipidémies cela d'autant plus que les mauritaniens sont de grands consommateurs de viande de mouton riche en cholestérol.

En Mauritanie, la prévention, la détection et le traitement de l'hypertension artérielle, sont insuffisants en raison l'information insuffisante des populations sur les facteurs de risque, sur les signes et les complications de la maladie et la faiblesse du système de santé.

De nombreux facteurs modifiables contribuent à la forte prévalence de l'hypertension artérielle : la consommation d'aliments contenant trop de sel et de graisses, la consommation insuffisante de fruits et légumes, le surpoids et l'obésité, l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité, le stress, les déterminants socioéconomiques et les difficultés d'accès aux soins de santé.

La prévalence de la mortalité par Maladies Cardiovasculaires en Mauritanie est estimée à 12% représentant ainsi la première cause de mortalité par MNT (WHO-NCD Country profiles 2014). L'HTA constitue le premier motif de consultation au Centre national de Cardiologie et parmi les 5 premiers motifs de consultation dans la majorité des structures de santé du pays tous niveaux confondus.

La mortalité globale par le diabète en Mauritanie était estimée à 2% (WHO-NCD Country profiles 2014). Selon l'enquête STEPS de 2006, la prévalence du diabète chez les 15-64 ans était de 6,2%. L'enquête estime à 1.9% le nombre de personnes diagnostiquées diabétiques par un professionnel de santé. Parmi eux 20% était sous traitement par l'insuline et 50% sous un autre traitement antidiabétique prescrit par un professionnel de santé.

Le cancer reste l'un des premiers motifs des évacuations sanitaires à l'étranger selon les rapports du Conseil National de santé (2008). Cette situation a motivé la création du Centre National d'Oncologie qui dispose d'un plateau technique avec radiothérapie et d'oncologie médicale. Selon une étude rétrospective de 2010 basée sur le registre du service d'anatomopathologie du Centre Hospitalier National de Nouakchott, les cancers les plus fréquents tous sexes confondus sont le cancer du sein (18%), le cancer du col utérin (11%), les cancers buccaux (9,36%), les cancers de la peau (9%), les hémopathies malignes (8%) et les cancers du côlon-rectum (6%). La tranche d'âge 35-64 ans est la plus touchée par le cancer.

Plusieurs obstacles entravent l'accès aux soins palliatifs en Mauritanie dont l'absence de politique/stratégie de soins palliatifs, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et de protocoles clairs de prise en charge, l'insuffisance de ressources financières, la faiblesse des infrastructures de soins, la disponibilité insuffisante des antalgiques, de la morphine qui figure dans la liste des médicaments essentiels.

La problématique de la santé mentale n'est pas bien connue en Mauritanie. L'OMS estime que 10% de la population mondiale souffre de problèmes de santé mentale et qu'entre 76 et 85 % des personnes

atteintes de troubles mentaux sévères ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Les problèmes neurologiques incluent la pathologie vasculaire cérébrale, la tuberculose du système nerveux, les hydrocéphalies malformatives et les épilepsies dans la pratique médicale quotidienne constituent une cause majeure de consultation en Neurologie en Mauritanie. Sa fréquence en population générale est autour de 8 %¹².

La sensibilisation sur la prévention des MNTs se fait dans le cadre des activités de programme de santé publique tel que la lutte contre le tabac, la lutte contre la cécité, la santé buccodentaire ou à travers des ONGs pour des personnes affectées (diabète, drépanocytose, maladies rénales,..). Des séances d'information et de sensibilisation sont organisées de façon irrégulière via les médias tels que la radio et la télévision sans qu'il y ait un programme de communication structuré.

L'insuffisance de la formation des professionnels de santé et des ONGs et le manque de supports de communication constituent un obstacle à l'information et la sensibilisation sur les MNT.

2.7 Sécurité sanitaire, préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique

La Mauritanie a conduit à partir de février 2017, une évaluation volontaire des capacités requises dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI 2005) utilisant l'outil d'évaluation externe conjointe développé par l'OMS et ses partenaires. Un des défis majeurs pour la Mauritanie est le manque de documentation et de procédures écrites pour un grand nombre d'activités. Concernant les différents risques couverts par le RSI, le dispositif de surveillance et de riposte aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments est faible avec une insuffisance de coordination entre les structures concernées, en dépit de normes, textes législatifs et réglementaires en place.

L'évaluation multi-sectorielle des risques de santé publique réalisée fin mai 2021 a permis d'identifier les principales menaces (dengue, covid , fièvres hémorragiques, inondation, sécheresse ...) en utilisant l'outil STAR¹³.

Le Plan national de sécurité sanitaire multisectoriel 2018-2020 cite également les menaces environnementales

Le COVID 19, qui est une nouvelle maladie transmissible, est un bon exemple de préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique. La Mauritanie a connu deux vagues de la pandémie de COVID-19, entre les mois de mai et juillet 2020 et une seconde vague plus brutale qui a débuté en mi-novembre 2020 comme montré dans la Figure 22 ci-dessous

Figure 15 : Nombre de nouveaux cas COVID-19 par jour

¹² Aspects cliniques et étiologiques des épilepsies dans un service de neurologie à Nouakchott, Mauritanie, Traore Hamidou, AJNS 2001 Vol. 20, No 1

¹³ L'outil STAR (Strategic Tool for Assessing Risks) a été mis au point par l'OMS pour aider les États membres à évaluer les risques à l'aide d'une méthodologie normalisée. Il permet aux pays de procéder à une évaluation factuelle d'un risque spécifique d'une manière comparable, reproductible et défendable



Source : [JHU CSSE COVID-19 Data](#), accédé le 7 juin 2021

Pour faire face à cette situation, le Gouvernement a adopté un Plan National Multisectoriel de Riposte à la COVID-19 s'articulant autour des cinq piliers complémentaires suivants : (i) santé ; (ii) planification, coordination et suivi du plan de veille économique ; (iii) mesures d'atténuation de l'impact socio-économique de la pandémie ; (iv) résilience, relance économique et accès aux services de base et (v) aspects sécuritaires et prévention de la pandémie. Le Programme Prioritaire du Président a contribué beaucoup à la riposte.

En 2020, les réalisations de riposte dans le secteur de la santé ont inclus :

- Etablissement d'un système de surveillance épidémiologique efficace permettant la remontée et le traitement des données régulièrement grâce à des outils de collecte d'informations harmonisés à tous les niveaux
- Renforcement des capacités des laboratoires (équipements, intrants, ressources humaines) permettant de disposer d'un plateau technique de haute cadence à l'INRSP (passant de 100 à plus de 1000 tests par jour)
- Renforcement des capacités de prise en charge des cas au niveau de Nouakchott qui sont passés de 31 lits d'hospitalisation dont 9 de réanimation à 219 lits dont 59 de réanimation
- Disponibilité des directives, outils et équipements PCI à des niveaux acceptables dans les structures d'accueil des patients COVID
- Les sites de confinement et des lieux publics ont bénéficié des campagnes d'hygiène et d'assainissement.
- Dotation de toutes les DRAS, CSM, directions centrales et directions des hôpitaux de dispositifs de téléconférence

Pour une meilleure efficacité dans la coordination des actions, les structures opérationnelles du ministère ont été organisées en piliers principaux sur la base des directives de l'OMS. La pandémie COVID a démontré le besoin d'adhérer à l'approche « Une seule santé » avec la santé dans toutes les politiques par le biais d'une multisectorialité performante, et que le système de santé doit être fort et résilient pour répondre à la riposte.

2.8 Prise en compte de la dimension genre

La constitution de la Mauritanie garantit l'égalité des hommes et des femmes et assure à tous les citoyens sans distinction d'origine, de race, de sexe ou de condition sociale, l'égalité devant la loi ainsi que le droit à participer sur un pied d'égalité à la vie politique et publique. Le genre est aussi bien représenté dans la Politique Nationale de la Santé à l'horizon 2030.

En pratique cependant, il existe encore toujours des inégalités de genre qui affectent la santé. Des obstacles socio-économiques et culturelles limitent l'accès pour la femme à la santé au niveau de la demande de services, et ceci s'applique d'autant plus dans des domaines comme la planification familiale. Les violences basées sur le Genre (VBG) sont également importantes et se manifestent de plusieurs façons : Les violences sexuelles sous différentes manifestations (viol, agression sexuelle, harcèlement, attouchement, etc.). Les pratiques sociales, traditionnelles préjudiciables aux femmes et filles notamment les mutilations génitales féminines, le mariage précoce et le gavage, les violences affectives et psychologiques et les violences conjugales tels que les coups, les injures etc., spécialement chez certains groupes comme les professionnelles du sexe.

La qualité de l'offre de services affecte également le genre, comme manifesté par la mortalité maternelle, et le stigma et la discrimination des prestataires contre par exemple les professionnelles de sexe, la prise en charge insuffisante de la transmission mère-enfant du VIH. La santé sexuelle des adolescents est encore peu prise en compte.

Si les femmes constituent plus de 56% (2018) des effectifs employés par le Ministère de la santé leurs présences est marginale parmi les catégories qui sont au cœur de l'action sanitaire, en termes de prestations de services et de prise de décision. La création de la Faculté de Médecine en 2006 aide à redresser cette inégalité.

La présence des femmes aux différents niveaux de décisions est marginale même si une grande partie de leurs intérêts stratégiques est prise en charge par le système de santé du pays.

Les outils de collecte du SNIS sont relativement sensibles au genre en termes de prise en compte des intérêts stratégiques des femmes et de désagrégation des données. Cependant certains aspects de genre dans le domaine de la santé ne sont pas considérés telles que les aspects de qualité des services obstétricaux et la VBG.

Chapitre 3 : Analyse des piliers du système de santé

3.1 Leadership et Gouvernance du système de santé

Ce pilier revêt un intérêt capital pour le système de santé. Ces termes concernent la capacité du Ministère de la Santé à impulser, à coordonner, à susciter l'adhésion des parties prenantes au développement sanitaire. Il s'agit aussi de la mise en place d'institutions, des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de suivi afin d'assurer le bon fonctionnement du Ministère et de respecter les droits à la santé de la population, en termes de redevabilité, de transparence et de participation citoyenne.

En 2019-2020, le secteur a continué la série des réformes programmées dans le PNDS 2017 – 2020 (Figure 19 ci-dessous), allant dans le sens de l'amélioration de sa gouvernance et des services de santé de base et a surtout adopté de nouvelles réformes institutionnelles matérialisées dans son nouvel organigramme qui prépare la mise en œuvre de l'approche axée sur les résultats à travers un nouveau processus de planification basée sur l'évidence.

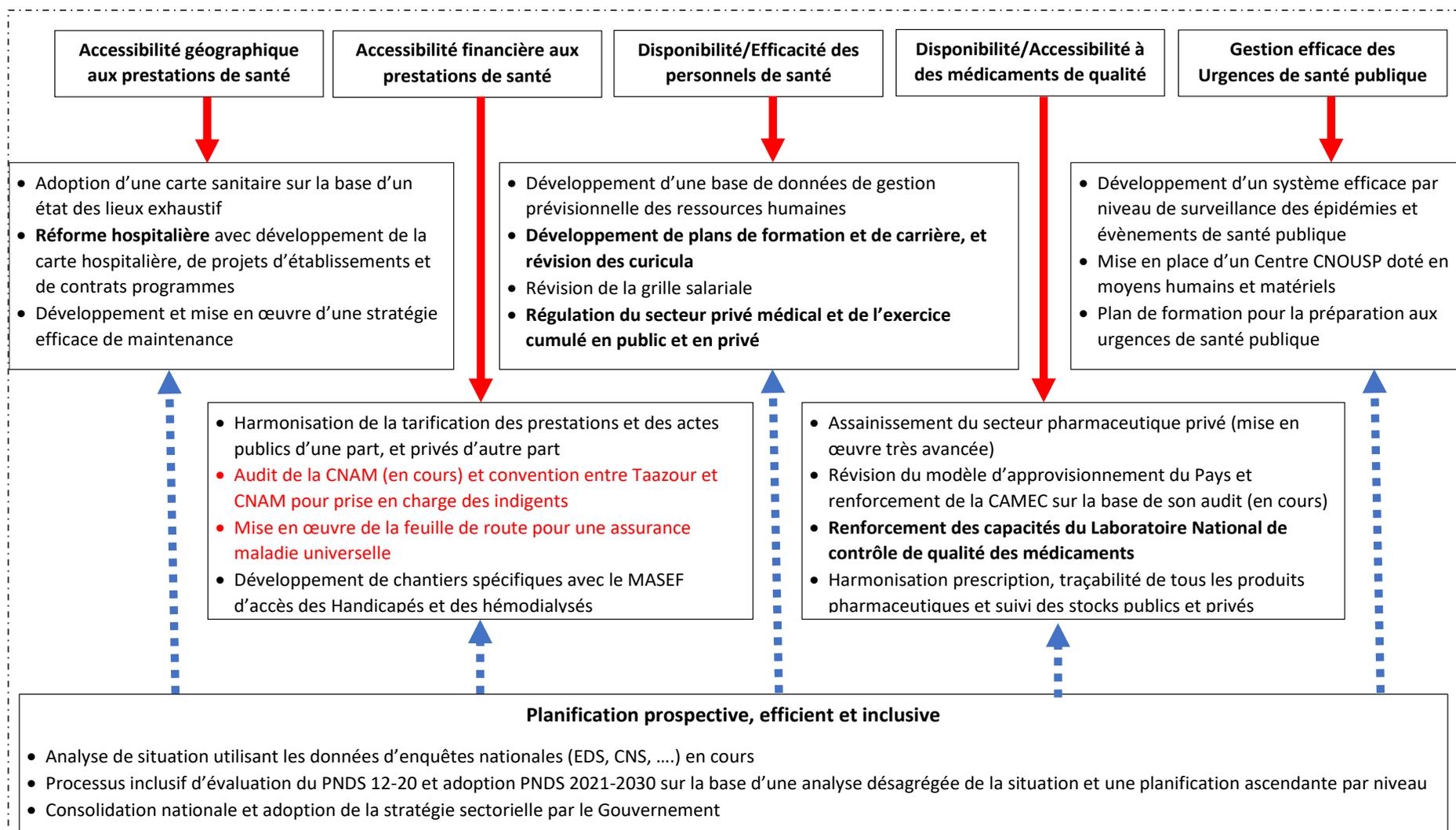
Grâce, à cette nouvelle dynamique et la volonté politique affichée pour ce secteur, beaucoup de réformes ont été menées et/ou sont en cours. Face à ces différentes réformes, le Ministère devra faire face aux problèmes de leadership dont :

- La faible capacité de leadership des cadres à tous les niveaux
- L'absence de mécanisme de suivi et d'évaluation de l'effectivité de toutes les activités mentionnées dans les Plans de Travail Annuel (PTA) ;
- L'absence de coordination et d'intégration des systèmes de soins au niveau des districts ;
- Le faible alignement des PTF sur les priorités du Ministère.

En matière de gouvernance, les problèmes prioritaires sont :

- L'insuffisance de supervision et de partage d'information entre le niveau central et périphérique entraînant l'isolement et le manque d'orientation et/ou de soutien effectif des structures périphériques
- La centralisation excessive du secteur ;
- Le manque d'intersectorialité et de démarche intégrée du développement du secteur ;
- L'insuffisance de sens de responsabilité et de redevabilité de la part des responsables et des acteurs à tous les niveaux.

Figure 16 : Réformes en cours au ministère de la santé



3.2 Ressources Humaines pour la Santé

La disponibilité des ressources humaines pour la santé (RHS) qualifiées a bénéficié de la création de quatre nouvelles écoles de santé publique et d'une faculté de médecine ainsi que d'un programme de contractualisation avec des professionnels de santé qualifiés à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Bien qu'il existe un référentiel d'évaluation des écoles et des programmes de formation, les institutions de formation doivent relever le défi de la qualité de la formation, en corrigeant les insuffisances liées aux niveaux (qualification, compétences, disponibilité) des enseignants, des équipements et du suivi des étudiants sur les sites de stages pratiques, la faible maîtrise de la langue d'enseignement. L'accréditation des terrains de stage n'est pas encore effective et le suivi des étudiants sur les sites de stage peu efficace. Il n'y a pas d'appui financier pour la mise en œuvre des plans stratégiques des institutions de formation.

En dépit des efforts déployés et des réformes entreprises ces dernières années (Tableau 7), le secteur de la santé reste confronté à une situation préoccupante d'insuffisance du personnel médical et paramédical qualifié et motivé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire aggravée par les besoins additionnels suite aux nouvelles structures hospitalières créées, situation qui serait liée à l'insuffisance de la production par rapport aux besoins en ressources humaines avec la non application des normes pour les différents niveaux du système, à la qualité de la formation initiale dans les écoles de santé et de la formation continue des professionnels de santé. Le programme de télémédecine n'a pas été suffisamment mis à contribution dans le cadre du téléenseignement au profit des écoles de santé.

La Mauritanie accuse des déficits importants de personnels de santé si l'on considère les densités¹⁴ des personnels de santé pour 1000 habitants pour quelques catégories suivantes : Médecin spécialiste (0,39 pour 1000) ; Médecin généraliste (0,41 pour 1 000) ; Pharmacien : (0,08 pour 1 000) ; Infirmier diplômé d'Etat (1,37 pour 1 000) ; IMS (2,14 pour 1 000).

Tableau 7: Evolution du personnel de santé de 2017 à 2020

Catégories	2017	2018	2019	2020
Médecins spécialistes	318	363	364	402
Médecins généralistes	415	487	533	532
Dentistes	113	112	118	117
Pharmaciens	78	78	74	76
TSS	403	461	550	526
SFE	725	924	932	1 027
IDE	1 334	1 456	1 587	1 556
IMS/IM	2 158	2 149	2 232	2 208
PTAS	49	45	40	40

Source : DRH

Par ailleurs, on note une répartition inéquitable des effectifs avec une forte concentration à Nouakchott et un déficit important dans les niveaux déconcentrés (cas des spécialistes et des sages-femmes en nombre

¹⁴ Profil pays des RHS, 2009

insuffisant dans les niveaux opérationnels reculés) liée à une gestion peu efficace des ressources humaines de santé.

Tableau 8: Répartition du personnel de santé exerçant dans les structures de soins par Wilaya et par catégorie

Wilaya	Habitants	Médecin Spécialiste	Médecin	Dentiste	Pharmacien	Sage-Femme	IDE	TSS
Hodh Charghi	478 464	10	28	6	2	28	131	19
Hodh El Gharbi	313 681	5	21	5	2	26	97	24
Assaba	360 249	16	26	7	2	32	116	24
Gorgol	358 027	5	13	5	1	18	58	13
Brakna	320 447	6	29	6	1	43	79	31
Trarza	291 210	11	29	11	3	55	88	22
Adrar	61 196	0	8	1	0	6	24	4
Dakhelet NDB	138 526	13	21	6	2	30	30	13
Tagant	82 683	2	11	4	1	11	37	22
Guidimagha	294 506	1	17	5	2	16	71	20
Tiris Zemmour	55 213	2	5	3	0	7	11	6
Inchiri	22 833	3	13	1	0	9	19	17
Nouakchott Nord	1 116 739	34	25	10	3	99	90	34
Nouakchott Ouest		175	66	16	23	163	210	164
Nouakchott Sud		37	26	11	6	107	83	33
Total	3 984 110	320	338	97	48	650	1144	446

Source : Annuaire statistiques sanitaire 2019 ; Habitants : <https://www.populationdata.net/pays/mauritanie/> accédé le 30 juin 2021, données de 2018

Les résultats de l'étude du marché du travail dans le secteur de la santé montrent qu'environ 11% du personnel enquêté manifeste le désir de travailler à l'étranger. La double pratique (publique et privée) concerne 60% des médecins généralistes et la totalité des médecins spécialistes.

Entre 2016 et 2017, les dépenses de santé allouées aux RHS étaient estimées à 33 128 046 886 MRO. La rémunération et les cotisations sociales des RHS ont absorbé respectivement 89% et 3% du volume total, soit 92% pour ces deux composantes. Cela dénoterait d'un niveau relativement faible de dépenses dans les autres composantes des RHS, telles que les formations continues (qualifiantes, certifiantes, diplômantes) et le renforcement des capacités.

Selon les responsables sanitaires plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer les difficultés à déployer les personnels de santé notamment la politisation du déploiement, les primes de technicité et de zone insuffisantes, les affectations ne tenant pas compte des besoins des structures de santé, la double pratique, iniquité dans la gestion de la carrière, le plateau technique insuffisant, l'inefficacité des médicaments et les

conditions de vie. Le déploiement des personnels féminins en milieu rural doit être favorisé, compte tenu du contexte socioculturel du pays.

Il y a lieu de remarquer la mise en place d'un comité par arrêté du Ministre chargé de veiller à la transparence des affectations sur la base des critères préétablis dont les syndicats représentant les fonctionnaires sont membres.

Les principaux problèmes identifiés sont :

- Forte centralisation de la gestion des ressources humaines
- Absence du volet gestion de la carrière dans la base de données actuelle
- Déficit en information et de mise en œuvre sur les normes
- Absence dans l'organigramme d'une structure régionale dédiée à la gestion des ressources humaines au niveau des structures décentralisées
- Faible rémunération et insuffisance des primes de zone

3.2.1 Infrastructures et équipements

L'extension de la couverture sanitaire tenant à rapprocher les services de santé des populations, a occupé une place prépondérante dans l'atteinte des objectifs du Plan National de Développement de la Santé aligné aux priorités du Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), et aux différents documents stratégiques de développement (CDMT, OMD, ODD ... etc.).

L'importance de cet axe tient au fait que l'ensemble de la population, surtout au niveau périphérique, soit couverte par une structure de santé dans un rayon de 5 à 10 kilomètres.

Cependant et malgré la construction d'environ 150 PS (2012- 2020), les données récentes ressorties par la carte sanitaire font état d'une situation de besoins en infrastructure encore assez importante, surtout par rapport à la qualité des structures de santé existantes, avec un taux de 40% (au moins) de postes de santé qui ne répondent pas aux normes minimales requises en matière d'infrastructures sur les 808 postes de santé physiquement existants, sachant le PNDS 2017-2020 visait de réduire ce taux à 20%.

Les centres de santé des agglomérations importantes (110 centres de santé dont 45 construits ou reconstruits sur la période 2012-2020) ont, aussi, toujours besoin de subir les transformations nécessaires (constructions, extensions, réhabilitations, et équipements), afin de hisser à un niveau, minimum, leur permettant de répondre aux besoins réels des populations pauvres et enclavées du pays. Dans ce PNDS, d'importantes structures sanitaires comme les centres de santé ont été construites, il s'agit, en grande partie, de centres de santé fonctionnels qui n'avaient pas d'infrastructures répondant aux normes requises

En outre, les problèmes liés à l'alimentation en eau, en électricité et à l'hygiène sont fortement posés pour l'ensemble des infrastructures sanitaires, y compris les hôpitaux (absence ou dégradation des réseaux, coupures et chutes de tensions récurrentes, insuffisance de l'entretien et absence des moyens de gestion et d'incinération des déchets.).

En 2018, la proportion des postes de santé disposant d'équipement nécessaire selon les normes requises est de 31,59% (Tableau 9). Les wilayas de Inchiri et de Nouakchott Sud ont les proportions les plus faibles, bien que disposant d'équipements mais ne répondent pas aux normes requises. C'est à Nouakchott Ouest où cette proportion est la plus élevée, ce qui explique en partie la forte fréquentation et un fort taux d'utilisation des services curatifs 53% en 2019 (SNIS 2019).

Tableau 9 : Proportion de Poste de santé disposant d'équipement nécessaire selon les normes requises

Wilayas	2018
Hodh chargui	29,93%
Hodh Gharby	33,33%
Assaba	39,53%
Gorgol	27,27%
Brakna	28,26%
Trarza	29,29%
Adrar	17,86%
Dakhlett Nouadhibou	25,00%
Tagant	48,39%
Guidimagha	33,93%
Tiriz-Zemmour	50,00%
Inchiri	0,00%
Nouakchott Ouest	64,29%
Nouakchott Nord	33,33%
Nouakchott Sud	0,00%
National	31,59%

Source : SEP/DPCIS Bilan 2018

Malgré cette volonté de l'Etat Mauritanien à disposer des formations sanitaires proches et équipées pour les populations, il existe encore des obstacles à surmonter dont :

- Absence d'une stratégie de Maintenance
- Large dépassement des délais d'exécution prévisionnel d'exécution des infrastructures sanitaires
- Insuffisance dans la qualité des infrastructures réalisées (choix des entreprises incompetentes, délégation de la maitrise d'ouvrage et, mauvaise qualité des équipements favorisée par la procédure de passation des marché)
- Mauvaise répartition due à l'absence d'une carte sanitaire et d'un cadre définissant les critères et les priorités en matière d'attribution et de répartition des infrastructures sanitaires (Plans de Développement d'Infrastructures Sanitaires PDIS)
- Manque de coordination et chevauchement avec la planification centrale
- Non-respect des plans et équipements type définis par le MS
- Baser sur des critères d'attribution sociales et politiques au détriment des priorités liés à la démographie et à l'enclavement.

3.3 Les médicaments et produits sanguins

L'administration du secteur pharmaceutique est assurée par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL). D'autres structures telles que l'Inspection Générale de la Santé (IGS), le Laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments (LNCQM), et la Centrale d'achat des médicaments (CAMEC), participent avec la DPL au système national de réglementation pharmaceutique et à la continuité de l'accès aux médicaments. Il y a cependant un déficit de coordination entre ces différents acteurs et les PTF qui appuient le sous-secteur.

La récente politique pharmaceutique nationale révèle des goulots d'étranglement à tous les niveaux, depuis l'importation jusqu'au suivi après la dispensation. Elle montre des insuffisances dans le cadre législatif, réglementaire et juridique marqué par l'absence de référence aux normes internationales des bonnes pratiques pharmaceutiques, un manque de clarté quant à la tutelle du sous-secteur, de faibles capacités des détenteurs des fonctions réglementaires du système pharmaceutique – dont le niveau de maturité au « global benchmarking tool » (GBT) de l'OMS est inconnu, un faible système d'assurance de la qualité, un système de couverture sanitaire universelle embryonnaire, ainsi qu'une chaîne d'approvisionnement fragmentée entre 39 établissements d'importation et distribution autorisés, contraints à un monopole d'importation de 7 catégories de produits au niveau de la centrale d'achat nationale (CAMEC) qui, malgré son statut EPA et son mandat public, suit plutôt une logique économique que publique. Enfin, la PPN met le doigt sur l'insuffisance dans l'harmonisation des législations et dans la coopération technique pharmaceutiques.

En termes de disponibilité des médicaments, l'enquête SARA a montré que des 13 molécules traceuses qui selon la LNME de la Mauritanie doivent être théoriquement disponibles dans tout type de FOSA, de l'hôpital au poste de santé, la disponibilité moyenne est de 22% (soit 4 molécules sur 13) en 2018 et aucune des FOSA ne dispose de l'ensemble des 13 molécules. Ceci est dû à :

- Une capacité limitée de stockage des 12 dépôts régionaux ne leur permettant pas de détenir 1 mois de consommation,
- La quasi-absence d'outils de gestion des médicaments à tous les niveaux, ce qui ne permet pas de suivre de façon efficiente les consommations et d'anticiper les besoins.
- Le manque de formation et la répartition inéquitable du personnel affecté à la gestion des médicaments dans les FOSA
- La centralisation des approvisionnements des secteurs public et privé en ce qui concerne les médicaments du monopole de sorte que la CAMEC privilégie les médicaments destinés au secteur privé car plus profitable
- L'exigence de la part de la CAMEC que les FOSA paient comptant avant tout approvisionnement pour faire face à son endettement suite à l'épuisement du capital mis à sa disposition à la création et le manque de dotations additionnelles pour l'achat de médicament
- La faible promotion du médicament générique, y compris par la CAMEC.

Le pays dispose d'un laboratoire de contrôle qualité des médicaments qui est chargée de garantir l'assurance qualité des médicaments et des dispositifs médicaux.

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui ne dispose pas de relais à l'intérieur du pays, prépare, qualifie, traite et distribue les produits sanguins labiles. Sa capacité de production est faible, de l'ordre de 50% des besoins. Il s'agit juste d'une estimation car le centre ne dispose pas d'outils pour l'évaluation des besoins. Son infrastructure ne lui permet pas de collecter suffisamment de dons de sang,

et le CNTS souffre d'un déficit de financement. Pour remédier à ces déficits, le pays a adopté en 2021 une politique nationale de santé, et développer un Plan Directeur de la Politique Pharmaceutique National (PDPPN) 2021- 2025.

3.3.1 Le financement de la santé

La Mauritanie s'est engagée au plus haut niveau sur le chemin de la mise en œuvre de la CSU qui passe par la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité et par une protection contre le risque financier lié aux maladies. Un certain nombre d'actions pour améliorer la couverture des services de santé essentiels et la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie ont été engagées ces dernières années. Il s'agit à titre d'exemples de l'existence de la carte sanitaire et du plan d'investissement, d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) à adhésion obligatoire pour les secteurs formels public et privé; du Programme Prioritaire du Président de la République; du lancement des Caisses Régionales de Solidarité Santé (CRSS); de l'initiative Taazour pour l'accès aux soins et services de santé des populations les plus démunies; de l'approche Budget-Programme initié par le Ministère des Finances et en cours de mise en œuvre au Ministère de la Santé, de l'engagement des partenaires au développement à soutenir le gouvernement dans sa marche vers la CSU.

Fort est cependant de constater que la mise en œuvre effective des réformes est relativement lente et discontinuée.

Au total on peut relever quatre constats importants

- La couverture du risque maladie de l'ensemble de la population est d'environ 15%, ce qui prive de nombreux citoyens à l'accès aux soins essentiels et les expose au risque d'appauvrissement voire d'exclusion. Malgré la progression de l'offre publique et privée, on observe une faiblesse de disponibilité et de continuité de prestations de santé de qualité.
- les actions entreprises dans le cadre de la CSU restent fragmentées en l'absence d'un cadre cohérent pour coordonner les efforts déployés par les parties prenantes et promouvoir l'efficacité dans les politiques et les actions menées dans la marche vers la CSU.
- il n'y a pas encore de vision partagée notamment en termes des cibles à atteindre d'ici à 2030, d'objectifs à atteindre et des résultats intermédiaires pour y parvenir.
- il n'existe pas encore de mécanismes formels de suivi, d'évaluation et de coordination multisectorielle nécessaires à la mesure des progrès réalisés et à la redevabilité des différents secteurs impliqués dans la CSU.

Plus important est de constater que la proportion de la population bénéficiant d'une couverture sanitaire sous forme d'assistance et/ou d'assurance médicale reste modeste et que la première source de financement des dépenses de santé en Mauritanie est au niveau des ménages. Les dépenses par tête d'habitant est passée 52,34 dollars en 2016 à 57,46 en 2017 soit une augmentation significative de 9,8% mais qui ne comble que partiellement le gap important par rapport au nécessaire estimé à 112\$ par habitant pour atteindre l'ODD 3¹⁵. Ce niveau de dépenses renseigne également sur le panier de soins accessible à ce jour, il reste faible mais surtout très variable selon la répartition de l'offre sur le territoire national et les capacités financières des ménages. La part du budget de l'État consacré à la santé ne dépasse pas 7 % en 2020. Ce qui reste encore loin des 15% recommandés par la Déclaration d'Abuja. Au-delà du

¹⁵[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext)

niveau du budget, la gestion des ressources mises à la disposition du secteur de la santé au niveau central et local est soumise à de nombreuses contraintes et d'obstacles qui se traduit par des discordances, de nombreuses inefficiences et par l'absence de garantie d'arrivée à destination des ressources allouées au niveau périphérique à travers les Wilaya.

3.3.2 Système d'information sanitaire

Le fonctionnement du Système national d'information sanitaire (SNIS) reste un réel problème en Mauritanie, car ne permet pas de rendre disponible à temps l'information dont les décideurs et les prestataires ont besoin pour la prise de décision. En effet, plusieurs évaluations du SNIS ont montré une faible complétude et promptitude des données, leur faible qualité et leur discordance, dues essentiellement au parallélisme des systèmes de gestion de données qui entraîne une multitude de rapportage. Cette situation est la cause principale d'un faible capacité d'analyse des données et de diffusion de l'information sanitaire.

Face à cette situation, des efforts ont été fournis pour rendre le SNIS plus performant, parmi lesquels l'adoption par le Ministère de la santé en 2014 d'une stratégie de renforcement du SNIS par biais d'un plan de développement triennal. En effet, après l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020 (PNDS), une révision des outils de collecte des données du SNIS a eu lieu pour faire de ce système un instrument de suivi et d'évaluation du PNDS. A la suite de cette révision, la base de données locale de saisie et de rapportage de données dénommée Maurisis a été améliorée par son passage à une version web. Avec l'appui de ses PTFs, le Ministère de la santé a mis en place le logiciel DHIS2, qui est une plateforme permettant d'intégrer l'ensemble des données du système de santé dans un même entrepôt national, en vue de disposer d'un système d'information sanitaire harmonisé.

Pour permettre au SNIS de répondre aux multiples sollicitations et d'assurer son leadership au sein des directions et partenaires, son renforcement doit porter sur plusieurs points :

- Le cadre institutionnel : (politique, planification, coordination, financement...)
- Le dispositif de production de l'information : (ressources matérielles, financières, humaines, et infrastructurelles ; la production des outils harmonisés de collecte...)
- Le mécanisme de gestion des données sanitaires à tous les niveaux : (procédures harmonisées et intégrées de collecte, circulation, stockage, archivage des données...)
- Le partage, la diffusion et la vulgarisation de l'information sanitaire : (dissémination et utilisation, plaidoyer et marketing, priorisation, allocations des ressources, etc.)

Tous ces efforts devront aboutir à l'amélioration et au renforcement du SIS avec des produits minimums comme le rapport annuel de la situation de santé, une carte sanitaire actualisée, des Comptes Nationaux de Santé annuel.

Par ailleurs, la recherche et la santé digitale sont sous-développées. La santé numérique qui est défini comme "l'utilisation des technologies de l'information et des communications au service de la santé et des domaines connexes" a une valeur prouvée pour contribuer à la couverture sanitaire universelle (CSU) et aux autres objectifs sanitaires des Objectifs de développement durable (ODD)¹⁶. L'OMS recommande les interventions de santé numériques suivantes, accessibles au minimum via des dispositifs mobiles (mHealth) : certificat de naissance et notification de décès ; gestion des stocks ; télémédecine de client à fournisseur

¹⁶ Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé numérique approuvée à l'unanimité par les États membres de l'OMS en mai 2018

et de prestataire à prestataire ; communication ciblée avec les clients ; suivi de l'état de santé et des services des patients/clients ; aide à la décision du personnel de santé ; formation et éducation des agents de santé¹⁷. La santé numérique est un terrain fertile pour le partenariat public privé vu le nombre record de 180 start-ups africaines de santé en ligne en 2020¹⁸.

3.4 La disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA)

L'enquête SARA génère une base factuelle de données fiables et actualisées sur le premier critère du modèle de Tanahashi portant sur la couverture effective des soins, à savoir la disponibilité des services, et donc sur la disponibilité de l'infrastructure et des ressources humaines essentielles, ainsi que sur la capacité opérationnelle générale des services, et la capacité opérationnelle de certains services spécifiques (santé maternelle et pédiatrique, VIH/sida, tuberculose, paludisme, maladies non transmissibles, soins chirurgicaux, etc.). La capacité opérationnelle des établissements de soins mesure leur capacité pour dispenser les services proposés. Ces capacités englobent la présence d'un personnel formé, de lignes directrices, d'une infrastructure, de matériel, de médicaments et de tests de diagnostic.

Trois cycles SARA ont été conduits jusqu'à présent. En 2018, toutes les FOSA publiques et privées ont été recensées, alors qu'elles étaient échantillonnées en 2013 et 2016, de sorte que les résultats ne sont pas tout à fait comparables. Néanmoins le Tableau 11 ci-dessous montre que tous les indicateurs se sont aggravés, sauf pour la capacité opérationnelle du diagnostic et traitement du diabète qui s'est légèrement améliorée.

En général, ces indices sont légèrement meilleurs dans le secteur public, à quelques exceptions près comme les services obstétricaux, la santé des adolescents, la prise en charge du diabète et des maladies respiratoires chroniques, et les services de chirurgie de base. Elle est nettement meilleure pour les services de chirurgie complets. Par contre, 83% des structures privées n'offrent pas de services de vaccination, peu de services pour la tuberculose et quasiment pas la PTME.

Le score de disponibilité moyenne est de 60% pour les hôpitaux, 39% pour les centres de santé et seulement 12% pour les postes de santé. Aucun poste de santé ne dispose de l'ensemble des 8 éléments traceurs.

Les hôpitaux ont en général une meilleure disponibilité et capacité opérationnelle que les centres de santé, sauf pour quelques services comme la prévention et le traitement de l'enfant. La disponibilité et capacités opérationnelles est nettement inférieure dans les postes de santé.

La détérioration généralisée des indicateurs est alarmante et nécessite un redressement urgent si on veut atteindre une couverture sanitaire universelle, spécialement au niveau des structures proches de la population comme les centres de santé et spécialement les postes de santé. Aussi faudra-t-il mieux réguler le secteur privé en vue d'améliorer leur performance pour les services essentiels et rechercher la complémentarité entre le secteur public et privé dans les domaines où leur performance est meilleure. Ceci est d'autant plus important que l'enquête a recensé plus de cliniques privées (37) de niveau hospitalier de Type n° 1 que d'hôpitaux publics (21). Même au niveau des FOSA de Type n° 2, le secteur privé devient de plus en plus présent avec 49 cabinets médicaux privés contre 115 centres de santé publics. Le secteur public reste prédominant en ce qui concerne les FOSA de Type n° 3, qui servent en premier lieu la population rurale (794 postes de santé publics que 62 cabinets de soins privés).

17 WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening, 2019

18 Etude High-Tech Health : Exploring the African E-health Startup Ecosystem Report 2020

Tableau 10: Disponibilité et capacité opérationnelle de services de santé

	2016	2018	Variation
Disponibilité moyenne des équipements essentiels	83%	60%	-23%
Disponibilité moyenne des éléments traceurs pour la prévention des infections	71%	55%	-16%
Disponibilité moyenne des capacités de diagnostic	32%	19%	-13%
Capacité opérationnelle des services généraux	55%	42%	-13%
Capacité opérationnelle de la Planification familiale	66%	63%	-3%
Capacité opérationnelle pour les soins prénatal	58%	50%	-8%
Disponibilité de service d'accouchement	69%	54%	-15%
Capacité opérationnelle de soins obstétricaux de base	63%	53%	-10%
Capacité opérationnelle des soins obstétricaux complets	73%	69%	-4%
Disponibilité d'offre de service de vaccination	65%	42%	-23%
Capacité opérationnelle des services de vaccination de l'enfant	84%	78%	-16%
Capacité opérationnelle des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant	58%	56%	-2%
Disponibilité des services de santé de l'adolescent	32%	25%	-7%
Capacité de diagnostic du paludisme	64%	45%	-19%
Disponibilité de l'offre des services de diagnostic et prise en charge et des maladies non transmissibles :			
○ Maladies cardiovasculaires		24%	
○ Cancer du col de l'utérus		3%	
○ Maladies respiratoires chroniques		24%	
○ Diabète		15%	
Capacité opérationnelle de diagnostic et prise en charge des maladies non transmissibles			
○ Diagnostic et traitement du diabète	42%	44%	+2%
○ Diagnostic et traitement MCV	38%	34%	-4%
○ Diagnostic et traitement MRC	23%	20%	-3%
○ Dépistage du col utérin	48%	44%	-4%

3.5 Problèmes et défis du secteur de la santé

Les problèmes de santé suivants peuvent être mis en évidence :

- La mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile est élevée,

- La prévalence des maladies transmissibles et des maladies à potentiel épidémique émergentes (méningite, rougeole, Covid19, etc.) est élevée
- La prévalence des maladies non transmissibles est croissante ;

Les problèmes liés au système de santé se résument ainsi qu'il suit :

- **Une insuffisance de la gouvernance et du leadership** : insuffisance du cadre législatif et réglementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la responsabilité et de la redevabilité, absence d'encadrement du prix du médicament, capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants, absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé, retard dans la mise en œuvre des réformes du secteur
- **Une faible couverture des prestations de soins** : développement insuffisant de la santé communautaire, politique des SSP en panne dans le cadre de la décentralisation, absence de démarche qualité, infrastructures et équipements à mettre aux normes, maintenance inexistante, services de base communautaires insuffisamment développés (reconnaissance, formation, motivation, valorisation des Agents de Santé Communautaire, paquet de services, système de référence contre référence), Promotion de la santé et participation communautaire déficientes (hygiène personnelle, de l'habitat et environnementale, prévention des comportements à risque...), absence de considération sur les maladies tropicales négligées
- La qualité des prestations de soins est insuffisante
- **Une insuffisance dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation**
- **Une insuffisance dans la gestion des RSH** : Absence de système efficace de motivation/incitation à la productivité et à la fidélisation des professionnels de santé aux postes de travail ouverts dans les zones défavorisées ; système de recrutement des étudiants dans le système éducatif aveugle par rapport aux besoins du système de santé faute de partenariat intersectoriel efficace ; mauvaise répartition sur le territoire national par absence de plans de redéploiement du personnel, formation continue non adaptée aux besoins en termes de qualité des soins, absence de démarche qualité, absence de gestion axée sur les résultats, de redevabilité, de promotion de l'éthique professionnelle.
- **Un faible financement du secteur** : faibles allocations publiques du secteur, absence de mutualisation du risque maladie, multiplicité et complexité des procédures ; absence d'un cadre des dépenses à moyen terme fonctionnel ; insuffisance de transparence sur toute la chaîne de gestion des ressources ; lourdeur administrative ; non mise en œuvre des engagements du COMPACT, absence de coordination des interventions des partenaires.
- **Un faible système d'information sanitaire** : informatisation insuffisante, faible système de contrôle de qualité des données, pas d'outils de suivi-évaluation, promptitude insuffisante de la transmission des données, pas d'analyse ni d'utilisation effective de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux, retard dans la production régulière et périodique des comptes nationaux de santé et autres documents d'enquête

Dans l'ensemble, le système de santé de la Mauritanie est caractérisé par une faible performance du système de santé et plus spécifiquement : Faible couverture en services essentiels de santé de qualité dans le cadre de la réforme de couverture sanitaire universelle.

Le défi majeur du système de santé pour les années à venir est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé et le développement de la santé communautaire.

Pour relever ce défi, le système de santé doit faire face à : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé de qualité, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche, un cadre de planification et de suivi adéquat.

Chapitre 4 : PRIORITES STRATEGIQUES DU SECTEUR

4.1 Vision, but et principes

La vision de la Mauritanie en matière de santé correspond au deuxième objectif du SCAPP et peut se résumer comme suit :

Avoir une population saine et productive qui contribue à la croissance économique et au développement national

Cette vision souligne que les coûts associés aux soins de santé représentent un investissement, et non une dépense, s'ils sont bien déployés. Ceci a d'ailleurs été confirmé par plusieurs études et expériences dans le monde.

Cette vision correspond à celle décrite dans la Politique Nationale de santé à l'horizon 2030 et qui est la réalisation d'une « *couverture santé universelle à travers une offre de services essentiels de santé de qualité et une protection contre les risques financiers liés à la maladie, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, et avec la pleine participation des populations. Ainsi, tous les individus et tous les groupes sociaux trouveront dans le système de santé une réponse, à temps et à coût abordable, à leurs besoins aussi bien individuels que collectifs* ».

Cette vision est celle d'un Pays où tous les citoyens (i) prennent conscience des principaux dangers auxquels ils sont exposés, des opportunités pour y faire face et sont solidaires pour les confronter, (ii) ont accès sans distinction de race, de religion ou de niveau socio-économiques aux services essentiels de santé de qualité, (iii) participent de manière appropriée à la gestion de leur santé dans un environnement de décentralisation, de bonne gouvernance et de démocratie, un environnement où la gestion efficace, équitable et efficiente est la règle à tous les niveaux ».

Les principes directeurs de cette vision sont : (i) un leadership fort, (ii) une meilleure gouvernance (iii) l'équité (iv) l'intégration (v) la gestion axée sur les résultats (vi) la cohérence et la priorisation des actions (vi) l'unicité du cadre d'intervention de tous les acteurs.

L'orientation de fait du système de santé mauritanien vers le niveau secondaire et spécialement le niveau tertiaire jusqu'à ce jour n'a pas produit les effets d'impact et de résultat attendus. C'est pourquoi le système de santé sera explicitement orienté vers les soins de santé primaires intégrés qui ont de meilleurs résultats en matière de santé, une plus grande équité, une sécurité sanitaire accrue et un meilleur rapport coût-efficacité. Les systèmes de santé construits sur la base des soins de santé primaires sont essentiels pour atteindre la couverture sanitaire universelle¹⁹.

Les soins de santé primaires est une approche de la santé à l'échelle de la société qui vise à maximiser le niveau et la distribution de la santé et du bien-être grâce à trois composantes :

- i) des soins primaires et des fonctions essentielles de santé publique au cœur de services de santé intégrés*
- ii) une politique et une action multisectorielles ; et*

19 Operational Framework for Primary Health Care, OMS 2020

iii) des personnes et des communautés habilitées²⁰

Ce plan souligne l'importance d'une offre de soins de qualité. En effet, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les décès sont désormais plus nombreux dus à des soins de mauvaise qualité qu'à un manque d'accès aux soins²¹, alors que l'enquête sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) menée en 2018 a montré une nette détérioration de la qualité des services. Des soins de qualité sont efficaces, sûrs et centrés sur les personnes. Ils doivent être opportuns, efficaces, équitables et intégrés. Ils sont essentiels pour améliorer les performances, maintenir la confiance, assurer la pérennité du système de santé et garantir que tous les efforts et toutes les ressources investis pour faciliter l'accès aux soins et les fournir se traduisent par une amélioration réelle de la santé des personnes.

Le but du PNDS 2021 – 2030 est indiqué dans l'encadré ci-dessous :

But du PNDS 2021 - 2030

Améliorer durablement l'état de santé des populations par l'approche de santé primaire qui fournit un accès équitable à des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité auxquels participent de manière responsable tous les secteurs et acteurs, en particulier les usagers et les communautés habilitées

4.2 Résultats d'impact

La Mauritanie a ratifié les Objectifs de développement durable (ODD) dont le troisième porte sur « la santé et le bien-être ». La Mauritanie est donc tenue à contribuer aux neuf cibles de cet objectif. La majorité de ces cibles mesurables doivent être atteints par chaque pays individuellement, tandis que deux cibles (3.1, 3.6) réfèrent à l'ensemble du monde.

Pour rappel les cibles de l'ODD 3 sont :

Cibles de l'ODD 3 « la santé et le bien-être »

3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes (et moins de 140 dans chaque pays)

3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus

3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

20 Ditto

21 Kruk ME, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. for the Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in the SDG Era. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Global Health. 2018;6(11) : E1196-E1252 doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3

3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool

3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route

3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

Par ailleurs, plusieurs autres objectifs ODD sont également liés à la santé :

Objectif 1 : Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde

Objectif 2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

Objectif 4 : Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie

Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

Objectif 6 : Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable

Objectif 8 : Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous

Objectif 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre

Objectif 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

Objectif 13 : Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions

Objectif 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

Objectif 17 : Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser

Les indicateurs liés à la santé pour ces ODD sont donnés dans l'annexe 1.

La progression annuelle des cibles est donnée dans le Volume II, suivi et évaluation du PNDS.

4.3 Programmes prioritaires du PNDS 2021 – 2030

Pour atteindre ces résultats d'impact ambitieux, quatre programmes prioritaires ont été développés pour le PNDS 2021-2030. Ces programmes, déclinés en sous-programmes avec des indicateurs de résultats et d'impact en ligne avec la réforme des finances publiques axée sur les résultats.(améliorer??)

Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie

Programme 3 : Sécurité sanitaire et préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique

Programme 4 : Amélioration de la Gouvernance et de l'accès équitable aux services de santé de qualité

4.4 Arrimage du PNDS avec les engagements et initiatives de l'Etat Mauritanien

Le PNDS 2021 - 2030 est un document d'ancrage clé du secteur sanitaire qui s'inspire de la Politique Nationale de santé, du SCAPP, du programme mondial de développement de la santé, de la Stratégie de santé de l'Union Africaine, et les engagements du Président.

Le Plan national de développement sanitaire fait partie du cadre général de planification du secteur de la santé. Il définit l'orientation stratégique du secteur à moyen terme, en soulignant comment il contribuera, dans le cadre constitutionnel et juridique du pays aux impératifs de la **Stratégie nationale de croissance accélérée et de prospérité partagée (SCAPP) 2016-2030**, et à la **politique nationale de santé à l'horizon 2030**. Le PNDS correspond ainsi aux trois leviers du SCAPP qui sont la promotion d'une croissance économique forte, inclusive et durable, le développement du capital humain et l'accès aux services sociaux de base le renforcement de la gouvernance dans toutes ses dimensions.

Ce PNDS s'inscrit dans la vision 2030 de la politique sanitaire visant une Couverture sanitaire universelle et une protection contre les risques financiers liés à la maladie, sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination, et la pleine participation des populations.

Il s'agit d'un document d'ancrage clé dans le secteur, qui s'inspire de la Politique Nationale de santé à l'horizon 2030 et du SCAPP et qui fournit des orientations pour :

- Les plans d'activités / d'investissement pour les programmes de services de santé
- Le processus de budgétisation du secteur en lui fournissant les investissements clés qui nécessitent un financement et les résultats qui y sont liés, et en influençant ainsi le processus de planification opérationnelle.

Le PNDS est conçu pour aider le secteur de la santé à la mise en œuvre des **ODD** ainsi que les autres engagements mondiaux pris. Il s'agit notamment de :

- Mise en œuvre du Règlement sanitaire international - pour guider le pays, assurer l'adhésion et l'application des règlements sanitaires internationaux.
- La Convention sur les droits de l'enfant, le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et la Déclaration et la Plate-forme d'action de Pékin.

- La déclaration de Ouagadougou (2008) sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé au cours du nouveau millénaire
- La déclaration de Astana sur les soins de santé primaires à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable (2018)
- Le Pacte mondial pour progresser vers une couverture sanitaire universelle

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2003) et que la Mauritanie a converti en une loi cadre (Loi 2018-20 du 6 juin 2018)

Au niveau du continent Africain, **l'Agenda 2063**, défini sur la base d'une approche participative, au même titre que les ODD, constitue le nouveau cadre stratégique pour le développement durable du continent. Il a été élaboré dans le sillage du 50^{ème} anniversaire de l'Organisation de l'Union Africaine (OUA), devenue Union Africaine (UA). Il est articulé autour de sept domaines prioritaires : (i) la croissance inclusive et le développement durable ; (ii) l'intégration et l'unité ; (iii) la bonne gouvernance, la démocratie, les droits de l'homme, la justice et l'État de droit ; (iv) la paix et la sécurité ; (v) la culture et les valeurs communes ; (vi) le développement humain ; et (vii) l'Afrique en tant qu'acteur et partenaire mondial.

Le nouveau président mauritanien élu en 2018, s'est engagé, à servir son pays et réaliser les aspirations de son peuple à travers son programme qui vise à bâtir « **un avenir prometteur pour la Mauritanie et préserver la paix et la sécurité** ».

Dans le cadre de l'accélération de la mise en œuvre de ces engagements, un Programme Prioritaire a été lancé début 2020 en réponse aux besoins les plus pressants des populations, un ensemble d'actions qui se focalisent sur l'amélioration du pouvoir d'achat, la création d'emploi et l'accès aux services de base. Ce Programme s'articule autour de six axes. Le deuxième axe « Amélioration de l'offre sociale et soutien à la demande » inclut entre autres les composantes suivantes :

- **L'amélioration de l'offre de services de santé**, cette composante est consacrée à la régulation et la normalisation des secteurs public et privé de la santé, la construction de centres et postes de santé sur l'étendue du territoire, la mise à niveau des structures hospitalières en termes de réhabilitation, d'équipements (y compris des ambulances) et de formation des personnels, la mise en place d'un SAMU en Mauritanie et d'une assurance maladie universelle. Ces différentes actions complètent les efforts déjà entrepris en termes de gratuité des soins pour les indigents, de réduction du forfait obstétrical, de prise en charge des accidentés de la voie publique et de transport et d'évacuation sanitaires.
- **Le renforcement des conditions de vie des franges défavorisées** qui financera entre autres une seconde phase du programme cash transfert au profit de 206.000 ménages, la reconduction du programme de micro finance en milieu rural pour la période couverte par le Plan, Appui à la sécurité alimentaire par la distribution gratuite de vivres, et l'intensification de la lutte contre la malnutrition des femmes et des enfants.

Chapitre 5 : Cadre logique d'intervention

Notez que pour les résultats d'impact, la référence aux indicateurs ODD est indiqué entre parenthèses

5.1 Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Sous-Programme 1.1 : Réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée/SRMNIA/Nutrition (2021- 2030) en cohérence avec la Stratégie mondiale (2016-2030) pour la santé de la femme, de l'enfant de l'adolescent et des jeunes

Composante 1.1.1 : Maternité à moindre risque

L'accent sera mis sur la disponibilité et l'organisation des services de santé maternelle pour une continuité des soins qui permette l'accès de toutes les femmes, indépendamment de leurs moyens financiers, aux soins obstétricaux de qualité.

La disponibilisation et la mise en œuvre des directives relatives aux Politiques, Normes et Procédures de SR et des médicaments essentiels dans toutes les formations sanitaires, et le renforcement de leurs capacités opérationnelles, permettront d'améliorer les couvertures en soins prénatals, périnatals et postnatals.

La mise en œuvre de la Stratégie nationale de sécurisation des produits de santé de la reproduction dont l'objectif est de garantir la disponibilité permanente de produits de la SR, l'extension du Forfait obstétrical en vue de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux permettront, à termes, de rendre disponible des services et produits au sein des maternités de toutes les formations sanitaires.

Le renforcement de l'offre des SONU, SONUB et SONUC soutenue par un système de référence et contre – référence des différents niveaux de soins et un approvisionnement suffisant en sang, contribuera à une meilleure prise en charge des parturientes et la réalisation de césariennes.

Des efforts seront faits dans les domaines de la prévention et du traitement des fistules obstétricales, et la redynamisation de la stratégie de Surveillance des décès maternels et de la riposte. Dans le cadre de la promotion des droits de la mère et du nouveau-né, des mesures seront mises en place pour garantir l'enregistrement civil de ces enfants et la mise en place de centres de prise en charge des violences à l'égard des femmes et des enfants.

Stratégies	Interventions clés
1. Développement et fonctionnalité d'un réseau national SONU	1.1 Mettre à jour l'état des lieux sur la fonctionnalité des structures offrant les SONU 1.2 Mettre à niveau (équipements, personnel) les structures de soins devant offrir les SONU Adaptation des services aux jeunes 1.3 Assurer le suivi du fonctionnement adéquat du réseau
2. Mise en place d'un système de référence et contre-	2.1 Dotation des différentes structures des moyens de transport (ambulance) 2.2 Mise-en place d'un GFU National destiné à la référence

Stratégies	Interventions clés
référence de qualité et assurer son monitoring	2.3 Elaboration des documents (fiche de référence et de contre-référence) 2.4 Assurer le monitoring du système de de référence et contre- référence
3. Disponibilisation des 13 médicaments qui sauvent la vie	3.1 Ligne budgétaire pour l'acquisition des médicaments qui sauvent la vie 3.2 Elaboration d'un plan de conditionnement, de stockage et de distribution des produits
4. Vulgariser et disséminer les PNP SR	4.1 Multiplication et dissémination des PNP sur l'ensemble du territoire national
5. Mise en place et assurer la fonctionnalité des centres régionaux de transfusion sanguine	5.1 Création de trois centre inter régionaux de transfusion sanguine (Kiffa, Kaedi et NDB) 5.2 Acquisition des camions ambulants pour la collecte et la distribution du sang
6. Redynamisation et généralisation de la Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) y compris au niveau communautaire	6.1 Mise à l'échelle des comités d'audit au niveau Moughataa 6.2 Mise en place des comités au niveau communautaire
7. Prévention, recherche active et prise en charge gratuite des cas de fistules obstétricales	7.1 Recherche active de fistules obstétricales 7.2 Prise en charge de fistules obstétricales 7.3 Assurer un accompagnement à la réinsertion socio-économique des femmes victimes de FO dans le besoin

Composante 1.1.2 : Soins du nouveau-né

Il s'agira d'élargir et renforcer l'accès à un ensemble fondamental d'interventions en soins essentiels au nouveau-né, qui peuvent être administrés dans tous les environnements de soins ou dans les FOSA.

Les professionnels de santé et les agents de santé communautaires seront capacités, à mesure de prodiguer au nouveau-né, dès sa naissance, les soins immédiats et propres, tels que la coupure du cordon, le nettoyage des yeux, le test d'Apgar, placer le thorax et l'abdomen du nouveau-né entre les seins de la mère en peau à peau (méthode **kangourou**), et encourager la mise au sein. Dans un deuxième temps, le nouveau-né sera pesé et examiné à la recherche d'éventuels signes de maladie sans oublier l'orientation à la mère pour une tétée précoce du bébé dans l'heure qui suit l'accouchement. Il sera réexaminé avant sa sortie de la maternité ou à domicile.

Stratégies	Interventions clés
1. Vulgarisation des soins essentiels du Nouveau-Né	1.1 Formation d'un pool de formateurs en SENN 1.2 Formation des prestataires sur les SENN 1.3 Multiplication et dissémination des PNP
2. Mise en place d'une unité de réanimation néonatale dans tous les hôpitaux régionaux	2.1 Equipement des Hôpitaux en unité de réanimation néonatale 2.2 Assurer la formation de prestataires

Stratégies	Interventions clés
3. Mise en place de la stratégie coin nouveau-nés dans toutes les FOSA assurant l'accouchement	3.1 Equipements des structures du coin de Nouveau-Nés
4. Promotion de l'allaitement maternel exclusif	4.1 Campagne de sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif 4.2 Renforcement de la sensibilisation à tous les niveaux et par l'intermédiaires des masses médias

Composante 1.1.3 : Espacement des naissances

Amélioration de l'accès et de l'utilisation de la contraception moderne dans toutes les structures de santé et communautaires.

L'accent sera mis sur le renforcement des capacités des prestataires (professionnels et communautaires), des systèmes de distribution et d'utilisation de produits et médicaments de qualité à travers la disponibilité permanente des produits de santé de reproduction avec la vision de zéro rupture dans les structures de santé en se basant sur une stratégie de renforcement du contrôle de la qualité des médicaments de santé maternelle et produits contraceptifs, et de coordination continue et de suivi-évaluation des plans d'approvisionnement à tous les niveaux.

Les agents de santé seront capables de réaliser des counselings, de prescrire des contraceptifs, de suivre les clients sous contraceptifs, de distribuer des préservatifs, de prendre en charge des effets secondaires et des cas référés, de référer des cas, de réaliser des visites à domicile, d'intégrer la distribution à base communautaire de Sayana-Press™ et de réaliser la contraception d'urgence.

Stratégies	Interventions clés
1. Développement et mise en place de la distribution des contraceptifs à base communautaire	1.1 Validation de la stratégie DBC 1.2 Introduction de la PF dans le paquet de l'ASC
2. Autonomisation en matière d'acquisition des produits SR (ligne budgétaire renforcée)	2.1 Plaidoyer pour l'achat des besoins en produits SR sur le budget Etat
3. Disponibilisation des produits contraceptifs au dernier Km	3.1 Mise à l'échelle du projet Emel (chaîne de logistique et approvisionnement en médicament)
4. Offre des méthodes contraceptives modernes au niveau des hôpitaux et des centres de santé	4.1 Formation des prestataires en méthodes modernes de PF au niveau de ces structures 4.2 Rendre disponible les méthodes contraceptives modernes 4.3 Assurer le suivi de l'offre des méthodes contraceptives modernes
5. Offre des méthodes contraceptives orales et injectables au niveau des Postes de santé	5.1 Formation de prestataires en méthodes contraceptives orales et injectables 5.2 Disponibilité des méthodes contraceptives orales et injectables 5.3 Assurer le suivi de l'offre des méthodes contraceptives orales et injectables

Stratégies	Interventions clés
6. Développement d'une stratégie de communication autour de l'espacement des naissances	6.1 Elaboration d'une stratégie communication autour de l'espacement des naissances 6.2 Organisation de campagnes de sensibilisation autour de l'espacement des naissances
7. Vulgarisation de l'auto-injection Sayana-Press®	7.1 Mise à l'échelle de l'auto-injection Sayana-Press

Composante 1.1.4 : Amélioration de la santé des adolescents et des jeunes

L'accent sera mis sur le renforcement de l'accès des adolescents et des jeunes aux services sanitaires et à l'information relative à leur santé génésique.

L'offre de services de santé pour les adolescents, quasi inexistante, sera développée dans toutes les structures de santé à travers la disponibilité de directives, de personnel formé et des données sur la santé des adolescents et des jeunes. Les adolescents auront accès aux services de planification familiale et, aux conseils et dépistage du VIH dans les formations sanitaires qui seront renforcées en conséquence. Ainsi, la question des adolescents sera mise en exergue dans la politique SR et la loi SR en vue de prendre en compte des besoins spécifiques des jeunes/adolescents.

Stratégies	Interventions clés
1. Redynamisation de la santé scolaire et universitaire	1.1 Faire l'état des lieux sur la santé des adolescents, les besoins en renforcement/redynamisation du système de santé scolaire et universitaire 1.2 Équiper et rendre fonctionnel les structures du système de santé scolaire et universitaire 1.3 Assurer la formation des prestataires, enseignants et autres personnels impliqués
2. Rendre disponible l'offre d'écoute et des soins aux adolescents	2.1 Équiper et mettre à disponibilité les directives et l'offre d'écoute aux adolescents et jeunes 2.2 Assurer la fonctionnalité permanente des structures offrant l'écoute et des soins aux adolescents
3. Créer un environnement juridique favorable à la prise en charge des besoins spécifiques aux adolescents et jeunes	3.1 Faire un état des lieux de l'environnement socio culturelle et juridique de la prise en charge des besoins spécifiques aux adolescents et jeunes 3.2 Proposer des actions et mettre en place un cadre juridique et normatif de la prise en charge des adolescents et jeunes 3.3 Assurer le financement et le plaidoyer pour la mise en œuvre effective et le suivi de ces dispositions

Composante 1.1.5 : Lutte contre les violences basées sur le genre (VBG)

Amélioration de l'équité et lutte contre les VBG à travers le renforcement des capacités des décideurs, des prestataires et des communautés pour une meilleure prise en compte de la lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes.

En collaboration avec les autres secteurs intéressés par la question, l'opérationnalisation de l'institutionnalisation du genre, adoptée par le pays, favorisera le changement de comportement en faveur du genre, la lutte contre les stéréotypes et les violences basées sur le genre.

Les capacités des décideurs, des prestataires et des communautés, seront renforcées pour une meilleure prise en compte de la lutte contre les inégalités de genre et les pratiques néfastes (excision, mariages précoces, etc.). Les interventions à haut impact développées doivent tenir compte du droit de tous à des soins de qualité, en ciblant particulièrement les personnes les plus vulnérables et celles qui se trouvent dans des situations d'urgence ou d'enclavement.

Il s'agira de (i) créer un environnement institutionnel favorable à la promotion de l'abandon volontaire et solennelle de l'excision/ MGF, (ii) mettre à l'échelle la stratégie de Plateforme Multisectorielle de Lutte contre les Violences à l'égard des femmes et des filles pour couvrir toutes les moughataas du pays (Formation des différents points focaux, Acquisition d'équipements pour les salles de réunion des points focaux, Mise en place solennelle des plateformes dans différentes moughataas), (iii) renforcer les capacités des intervenants, (iv) concevoir un plan intégré de communication pour changer cette convention sociale néfaste : la pratique de l'Excision/MGF et (v) organiser des Campagnes de lutte contre les violences faites aux femmes et filles.

Stratégies	Interventions clés
1. Prise en charge clinique et psychosociale des victimes VBG au niveau des hôpitaux et Centre de Santé	1.1 Formation de prestataires sur la PEC des victimes VBG 1.2 Mise en place d'unités de la PEC des victimes VBG 1.3 Rendre disponible les Kits de prise en charge des victimes VBG 1.4 Vulgarisation des protocoles de prise en charge des VBG 1.5 Promotion de la référence et premiers secours au niveau communautaire
2. Plaidoyer pour la loi genre	2.1 Elaboration du projet de loi genre 2.2 Plaidoyer pour son adoption et sa divulgation

Composante 1.1.6 : Lutte contre les cancers gynécologiques

Mise en place d'un programme de dépistage et prise en charge des cancers gynécologiques chez les femmes sera inscrite au rang des priorités.

L'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les cancers génitaux intéressera principalement les interventions gratuites de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus pour les femmes dans la population générale.

Stratégies	Interventions clés
1. Prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques	1.1 Elaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les cancers génitaux 1.2 Assurer la disponibilité et la gratuité du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus 1.3 Mettre en place des mesures pour faciliter la prise en charges des victimes de cancers gynécologiques

Sous-programme 1.2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile

Composante 1.2.1 : Lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes à travers une approche cycle de vie :

Soutien d'une approche coordonnée en matière de planification stratégique des interventions en nutrition, d'analyse situationnelle et de réponse nutritionnelle.

Les programmes de communication pour le changement de comportements visant à la promotion de l'allaitement maternel exclusif, le dépistage de la malnutrition, l'organisation des démonstrations culinaires ainsi que la mise à disponibilité d'aliments de complément de qualité permettront de réduire la prévalence de la malnutrition. De plus, dans les activités de suivi des femmes enceintes, grâce à l'introduction de notions sur la nutrition, le niveau de connaissance de celles-ci permettra d'améliorer leur alimentation et celle de leur progéniture. La mobilisation communautaire s'avère indispensable pour un bon dépistage des personnes souffrant de malnutrition aiguë et pour leur suivi à domicile durant leur traitement en ambulatoire (CRENAS/CRENAM).

Afin de garantir l'efficacité du programme, la Mauritanie devra s'atteler au respect des engagements aussi bien nationaux qu'internationaux. La coordination multisectorielle pour la prise en charge de la malnutrition devra être renforcée avec un accent qui sera mis sur les populations vulnérables à savoir les enfants de moins de 5 ans, les adolescentes et les femmes enceintes, accouchées ou les allaitantes. De plus, le programme devra bénéficier d'un apport de financement de la part du gouvernement à la hauteur des enjeux. Les interventions devront se faire dans un esprit d'équité en ciblant les zones et les groupes les plus touchés et en prenant en compte l'aspect « genre ».

Stratégies	Interventions clés
1. Amélioration de l'Alimentation du nourrisson du jeune enfant, des adolescents, des femmes enceintes et allaitantes	1.1 Promotion et support à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et continu jusqu'à 2 ans au niveau structures de santé et au niveau communautaire 1.2 Promotion de l'alimentation complémentaire optimale chez les enfants de moins de 2 ans dans les structures de santé et au niveau communautaire 1.3 Vulgarisation du code de commercialisation des substituts du lait maternel 1.4 Support au développement petit enfance
2. Lutte contre les carences en micronutriments chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes	2.1 Elaboration et mise en œuvre du plan pour la fortification des aliments 2.2 Supplémentation en fer acide folique des femmes enceinte 2.3 Supplémentation des adolescents
3. Renforcement de la prise en charge de la malnutrition aigue	3.1 Poursuite du plaidoyer afin de s'assurer de l'effectivité de l'engagement de l'état par rapport à l'achat des intrants et leur intégration dans le système national (budget, chaine d'approvisionnement, Système d'information) 3.2 Support plus durable au passage à l'échelle de la détection précoce et du traitement de la malnutrition aigüe a travers des approches innovantes orientées vers la communauté 3.3 Renforcement de la stimulation psycho cognitive
4. Lutte contre le surpoids et l'obésité chez les adolescents et les adultes	4.1 Promotion de la consommation des aliments nutritifs dans le système éducatif 4.2 Promotion de la consommation des aliments nutritifs dans les médias

Stratégies	Interventions clés
5. Renforcement de surveillance nutritionnelle à travers une meilleures coordinations entres les différentes partie responsable (SNIS, MS, CSA, MASEF)	5.1 Support a une intégration des indicateurs nutrition y compris de l’approvisionnement dans le Système d’information sanitaire 5.2 Renforcement de la coordination sectorielle et multisectorielle

Composante 1.2.2 : Amélioration de la couverture vaccinale

Protection des enfants à travers l’atteinte d’une couverture vaccinale complète des maladies cibles du PEV et l’introduction de nouveaux vaccins.

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé et conformément aux recommandations de l’OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s’il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l’Haemophilus influenzae type B (Hib), et l’hépatite B, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D’après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l’enfant au cours de sa première année.

Ces dernières années, les efforts de l’Etat et des partenaires ont permis d’augmenter la couverture vaccinale des enfants. Il s’agira donc de poursuivre les différentes interventions en vue de l’éradication et du contrôle des maladies cibles du PEV à travers des stratégies qui permette de garantir un accès effectif de tout enfant de moins d’un an quel que soit sa moughataa, son milieu de résidence, à une vaccination disponible, complète et de qualité.

Le paquet vaccinal offert par le PEV de routine sera élargi aux nouveaux vaccins. La Mauritanie procédera à la vaccination systématique par l’utilisation de démarches innovatrices. Il s’agira d’atteindre le niveau district à travers la participation communautaire. La communication sur la vaccination jouera un rôle prépondérant en ce qui concerne l’adhésion des populations. Un accent particulier sera mis sur la surveillance des maladies cibles et la sécurité des injections. Les interventions prendront en compte aussi bien la maintenance préventive et curative des logistiques du PEV que la gestion des déchets de vaccination.

Stratégies	Interventions clés
1. Amélioration de la couverture vaccinale	1.1 Renforcement de la communication sur l’importance de la vaccination notamment dans les populations réticentes 1.2 Renforcement des mécanismes de suivi pour le respect des rendez-vous 1.3 Assurer la disponibilité continue des vaccins et intrants nécessaires et suffisants au niveau des FOSA 1.4 Renforcer les stratégies avancées pour atteindre les zones les plus prioritaires, atteindre chaque enfant
2. Introduction des nouveaux vaccins	2.1 Choix du produit à introduire et justification 2.2 Assurer le financement de leur approvisionnement 2.3 Formation des agents de santé impliqués dans la vaccination de ces nouveaux vaccins
3. Maintenance logistique	3.1 Investir suffisamment dans les chaines d’approvisionnement et la rendre plus efficiente

Stratégies	Interventions clés
	3.2 Assurer la maintenance préventive et continue des moyens logistiques à tous les niveaux
4. Gestion des déchets vaccinaux	<p>4.1 Etat des lieux, identification des besoins en matière de gestion des déchets vaccinaux</p> <p>4.2 Mettre en place une stratégie de gestion des déchets incluant les mesures adéquates de protection et évaluer les coûts nécessaires</p> <p>4.3 Identification et formation des acteurs et situer les responsabilités</p> <p>4.4 Assurer le suivi de gestion des déchets vaccinaux</p>

Composante 1.2.3 : Redynamisation de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) clinique et communautaire

Extension à toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire de la PCIME.

Restée au stade de pilote depuis sa mise en œuvre en 2004, la PCIME sera renforcée et étendue dans toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire. Sa mise en œuvre sera axée sur le développement des capacités des ressources humaines à prodiguer des soins essentiels aux enfants malades et sur une stratégie de communication orientée vers la promotion de l'hygiène familiale et environnementale. Par ailleurs, l'accessibilité aux soins gratuits des enfants sera soutenue par l'allocation d'une ligne budgétaire de l'État spécifique pour le financement du programme.

Stratégies	Interventions clés
1. Amélioration des compétences du personnel soignant pour la prise en charge des cas	<p>1.1 Etat des lieux sur les compétences attendues et disponibles en rapport avec les objectifs de la PCIME</p> <p>1.2 Renforcement des capacités des ressources humaines à travers des sessions de formation, des coaching, supervisions formatives</p>
2. Amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé	<p>2.1 Renforcer la sensibilisation et la promotion sur les pratiques familiales et communautaires (interventions à haut impacts, hygiène familiale et environnementale etc)</p> <p>2.2 Renforcer la participation communautaire</p>
3. Extension à toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire de la PCIME	<p>3.1 Doter toutes les FOSA d'équipements et d'intrants adéquats et en nombre suffisant pour une meilleure couverture nationale</p> <p>3.2 Suivre et renforcer la qualité dans le cadre de la PCIME</p>

5.2 Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie

La Mauritanie a accompli d'importants efforts et progrès pour prévenir, contrôler voire même éliminer certaines maladies constituant des problèmes de santé publique. Pour rappel, l'OMS distingue trois niveaux de lutte contre la maladie, comme indiqué dans l'encadré ci-dessous.

Le **contrôle** qui consiste en une réduction, a un niveau acceptable, de l'incidence ou de la prévalence des cas et/ou de la mortalité attribuables à cette pathologie

L'élimination, qui est le résultat de mesures ayant permis une réduction du nombre de cas de la maladie jusqu'à une incidence nulle dans une zone géographique

L'éradication qui est une réduction permanente de l'incidence de l'infection à zéro cas avec élimination du germe de l'environnement, à l'échelle de la planète entière.

Ainsi, l'OMS a certifié la Mauritanie exempte de la poliomyélite en 2007 et de la maladie du ver de Guinée (dracunculose) en 2009. Cependant, ces maladies circulent encore dans le monde de sorte que la vigilance reste de mise.

Les stratégies d'intervention actuelles et à venir seront basées sur les approches « *Trois Connaissances* » et « *Une seule santé* » (One Health). Ces approches sont définies dans les encadrés ci-dessous :

« Les Trois Connaissances »

Connaître et comprendre le contexte des endémies, épidémies ou pandémies ;

Connaître les groupes cibles en analysant les données centrées sur les personnes et leur contexte de risque ; et

Connaître les interactions entre les infections et maladies et le système de santé en analysant les données liées au système.

« Une seule santé » ou aussi appelé « Un monde, une santé » :

L'approche « Une seule santé » tient compte de l'interconnexion et de l'interdépendance complexes de toutes les espèces vivantes et de l'environnement.

Elle met en évidence les avantages synergiques d'une coopération plus étroite entre les sciences de la santé humaine, animale et environnementale, ainsi que l'importance de démanteler les barrières entre les disciplines et les professionnels.

Trois dimensions déterminent l'interface animal-environnement-homme :

- L'environnement partagé entre les animaux, et l'homme ;
- La sécurité des aliments et des systèmes alimentaires ;
- Le partage de plusieurs médicaments et interventions entre les animaux et les hommes.

L'approche est particulièrement pertinente dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de la lutte contre les zoonoses (maladies susceptibles de se transmettre de l'animal à l'homme et inversement, comme la grippe et la rage) et de la lutte contre la résistance aux antibiotiques.

L'approche s'applique aux maladies transmissibles, les maladies non-transmissibles et les résistances antimicrobiennes.

5.2.1 Sous-programme 2.1 : Maladies Transmissibles

La cible d'impact de l'ODD 3 « santé et bien-être » portant sur les maladies transmissibles est : d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

Ainsi, la Mauritanie vise l'élimination et le contrôle pour les maladies transmissibles comme suit :

Elimination	
Sida	Tétanos maternel et néonatal
Paludisme	Rougeole
Tuberculose	Lèpre
Syphilis	Maladies tropicales négligées
Contrôle	
Méningite	Maladies diarrhéiques, y compris le choléra
Fièvres hémorragiques virales (FHV) et autres maladies épidémiques (maladie à virus Ebola, Marburg et autres)	Infections respiratoires inférieures (pneumocoque, Haemophilus)
L'hépatite B	Diphtérie
Coqueluche	

Les approches « une seule santé » et « trois connaissances » invitent à considérer en Mauritanie les enjeux suivants dans la lutte contre les maladies transmissibles :

- La consolidation des acquis et le maintien de la vigilance afin de parfaire le processus d'élimination de certaines maladies et d'éviter tout risque de leur réémergence ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique et du système de veille et de riposte pour contrôler davantage les maladies à potentiel épidémique ;
- La lutte contre les facteurs de risque environnementaux et socio-économiques ; et
- Le renforcement des capacités de détection et de riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes dans le cadre du nouveau règlement sanitaire international.

Le passage des soins basés sur la maladie aux soins continus et intégrés centrés sur le patient permet d'envisager la mise en place d'une approche à "guichet unique" pour la prise en charge de toutes les maladies quel que soit le point d'entrée du patient dans le système de santé national. Ainsi, la co-infection tuberculose et sida sera par exemple mieux prise en charge.

Composante 2.1.1 : Sida et les hépatites

En Mauritanie, le sida est concentré chez des groupes à haut risque comme les HSH, les professionnelles du sexe, et les populations carcérales. Par contre, le pays se place dans la zone d'hyper-endémicité de l'hépatite B avec une prévalence entre 15-20%) et plus de 700.000 porteurs du Virus de l'Hépatite B (VHB)

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- Réduire de 50% les nouvelles infections VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque (ODD 3.1.1)
- Éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Réduire de 50% la mortalité liée au VIH et aux autres comorbidités, et le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH
- Réduire l'incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants de moitié (ODD 3.3.4)

La vision stratégique de la Mauritanie est en complète phase avec le mouvement international visant à « mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH ». Ainsi, le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2022-2026 vise quatre résultats d'impact :

Les personnes et communautés marginalisées et les plus exposées aux risques d'infection par le VIH, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les professionnelles du sexe (PS), et les prisonniers, seront considérés en priorité . Une approche holistique prenant en compte tous les aspects de la personne sera développée et un dispositif de recherche active des perdus de vue et des populations clés sera mis en place en vue d'atteindre l'objectif « 95-95-95²² » dans la riposte nationale contre le VIH. L'amélioration de la qualité des services doit demeurer une préoccupation continue de l'ensemble des acteurs publics, privés et ONG prestataires de services dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes vivants avec le VIH. L'implication du système communautaire à tous les niveaux avec les modalités de contractualisation et un partenariat axé sur les résultats sera renforcée. Un nouveau modèle efficient de coordination nationale de la réponse impliquant le Ministère de la Santé sera mis en place pour améliorer la gouvernance de la réponse autour d'un suivi et évaluation opérationnel. Finalement, le système de Gestion des Approvisionnements et des Stock (GAS) des produits de santé et le fonctionnement des laboratoires seront renforcés.

Pour les hépatites, La vision est de prévenir la transmission du VHB et du VHC en favorisant l'accès au dépistage et à la vaccination contre l'HVB.

Stratégies	Interventions clés
1.Éliminer les nouvelles infections VIH/syphilis parmi les adultes, les adolescents(es), et les enfants	1.1 Mise en œuvre de la « stratégie 3 fois 100% » (détection, traitement des détectés, et traitement correct) 1.2 Renforcement de la prévention avec accent sur les personnes à haut risque (HSH, PS, détenus, personnes ayant une IST) 1.3 Adaptation des services aux jeunes 1.4 Garantir une accessibilité et un correct emploi du préservatif 1.5 Prévention des Accidents d'exposition aux liquides biologique (AELB) y compris le sang 1.6 Intégration du dépistage systématique du VIH, syphilis et hépatites de 100% dans les services de SMNI/SSR,

22 Pour 2026, 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique ; 95 % de toutes les personnes dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée recevront une thérapie antirétrovirale durable ; et 95 % de toutes les personnes recevant une thérapie antirétrovirale auront une suppression virale. Ces cibles sont une extension des cibles internationales de « 90-90-90 » pour 2020

Stratégies	Interventions clés
	1.7 Initier et adhérer aux procédures mondiales et régionales de validation d'eTME et d'élimination de la transmission des jeunes et adultes
2. Réduire la mortalité liée au VIH et aux autres comorbidités, et le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH	<p>2.1 Développement d'une approche holistique prenant en compte tous les aspects de la personne. Il s'agit de renforcer la couverture ARV chez les PVVIH, de mettre en place un dispositif de recherche active des perdus de vue et les populations clés au-delà des objectifs mondiaux de « 95-95-95 » pour le traitement contre le VIH.</p> <p>2.2 Amélioration de la qualité des services comme préoccupation continue de l'ensemble des acteurs, publics, privés et ONG prestataires de services dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH</p>
Assurer le respect des droits humains, la lutte contre toutes les formes de discrimination fondée sur la réduction des inégalités ;	2.3 Développement d'un environnement social et juridique qui protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination, l'égalité entre les hommes et les femmes et la lutte contre les VBG
3. Appuyer les approches transversales sectoriels	<p>Contribution active à :</p> <p>3.1 Une gouvernance de la réponse autour d'un nouveau modèle efficace de coordination nationale de la réponse impliquant le Ministère de la Santé et prenant en compte la réforme du Système de Santé et les orientations de ce PNDS</p> <p>3.2 Renforcement de l'implication du système communautaire à tous les niveaux (modalités de contractualisation, partenariat axé sur les résultats)</p> <p>3.3 Suivi et évaluation clarifié et fonctionnel immédiatement opérationnel</p> <p>3.4 Renforcement du système GAS, fonctionnement des laboratoires</p>
4. Assurer le contrôle des hépatites	<p>4.1 Vaccination généralisée des nouveau-nés</p> <p>4.2 Gratuité des médicaments</p> <p>4.3 Renforcement des capacités de diagnostic et de prise en charge</p> <p>4.4 Développement de la communication pour le changement de comportement et la mobilisation sociale</p>

Composante 2.1.2 : Tuberculose

En 2020, la Mauritanie comptait 62 cas de tuberculose par 100 000 habitants. Le succès de traitement était de 81%, et 22 patients multi-résistants (TB-MR) étaient mis sous traitement de deuxième ligne.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendus :

- Réduire de 90 % les décès dus à la tuberculose
- Réduire de 80 % le taux d'incidence de la tuberculose (respectivement 75% et 50% d'ici 2025) par rapport au niveau de référence de 2015 (ODD 3.3.2)

Il faudra accroître la détection et le traitement des cas, y compris les cas de TB multi-résistant (TBMR) et de co-infection TB/VIH. Un renforcement des capacités est indispensable dans les domaines de la coordination, la prise en charge, la santé communautaire, la gestion, approvisionnement et stockage (GAS) des produits antituberculeux, la planification, le suivi-évaluation, et la recherche opérationnelle. Des innovations majeures sont requises.

Stratégies	Interventions clés
<p>1. Renforcer les capacités diagnostiques et de recherche, y compris de la résistance aux médicaments et de la recherche opérationnelle</p>	<p>1.1 Décentralisation des sites de tests moléculaires pour le diagnostic initial de la tuberculose dans les zones pilotes de Nouakchott, Timbredra, Nouadhibou, Sélibabi, Rosso et Néma.</p> <p>1.2 Développement des capacités de laboratoire concernant la TB-MR dans toutes les wilayas</p> <p>1.3 Décentralisation des soins TB-MR, et renforcement des mesures de contrôle de la TB</p> <p>1.4 Mise en place d'un système de transport des échantillons par une organisation apte à remplir les conditions d'une sécurité de prélèvements biologiques</p> <p>1.5 Elévation du LNRM au niveau P3</p> <p>1.6 Développement de la recherche opérationnelle basée sur un plan stratégique qui utilise les données de routine et une implication du tissu scientifique, universitaire et communautaire</p>
<p>2. Renforcer la détection et la prise en charge chez les personnes clés</p>	<p>2.1 Décentraliser le traitement au niveau des postes de santé périphérique pour réduire les perdus de vue et les non évalués</p> <p>2.2 Cartographie des wilayas en 3 zones</p> <p>2.3 Implication des prestataires de soins privés, des secteurs d'état ayant service de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle</p> <p>2.4 Développement de paquet de services pour la communauté, la protection sociale des patients TB, la suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre,</p> <p>2.5 Administration de traitement préventif à l'isoniazide aux enfants âgés de moins de 5 ans et aux PVVIH</p> <p>2.6 Adaptation des paquets d'interventions en fonction de la charge morbide de la maladie</p> <p>2.7 Structuration des interventions communautaires avec l'implication des grandes ONG nationales et la définition d'un paquet de services adaptés aux besoins programmatiques à l'endroit des ASC</p> <p>2.8 Prise en compte des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent la programmation concertée d'intervention de lutte contre la tuberculose et le VIH</p>
<p>3. Augmenter la demande de soins en matière de tuberculose par la collaboration avec les communautés, la société civile, les secteurs ministériels et le secteur privé</p>	<p>3.1 Renforcement de la communication du SLNTL</p> <p>3.2 Développement de paquet de services pour la communauté</p> <p>3.3 Renforcement de la collaboration multisectorielle y compris le secteur privé</p> <p>3.4 Instauration des mécanismes de protection sociale et de réduction de la pauvreté des patients TB</p> <p>3.5 Développement de la collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle</p> <p>3.6 Suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent la programmation concertée d'intervention de lutte contre la tuberculose et le VIH</p> <p>3.7 Evaluation de la perception de la maladie par la population et la mise en place d'une communication appropriée, utilisant la diversité du paysage médiatique</p> <p>3.8 Prise en compte des mécanismes de protection sociale par l'élargissement du soutien, le plaidoyer pour l'intégration des patients pauvres dans les mécanismes d'aides gouvernementales</p>

Stratégies	Interventions clés
4. Assurer une collaboration multisectorielle avec les ministères et les secteurs pouvant avoir un impact sur les déterminants sociaux de la maladie (éducation nationale, transport, secteur privé, médecine traditionnelle)	<p>4.1 Rendre opérationnel le Comité de coordination TB/VIH et mise en place des structures de coordination régionales</p> <p>4.2 Renforcement de la collaboration multisectorielle et avec le secteur privé</p> <p>4.3 Développement de stratégies de mobilisation de ressources domestiques et externes pour renforcer le financement de la lutte contre la tuberculose</p> <p>4.4 Planification et supervision TB VIH conjointe, et intégration des services TB/VIH pour les malades co-infectés,</p> <p>4.5 Mise sous ARV et cotrimoxazole tous les patients co-infectés</p> <p>4.6 Mise en œuvre l'approche ENGAGE TB²³</p>

Composante 2.1.3 : Paludisme

Le paludisme est instable en Mauritanie et on distingue globalement 2 zones d'endémicité (ou strates) que sont la zone sahélienne située au Sud et Sud-Est du pays (allant de la vallée du fleuve Sénégal au Sud et à la limite Nord-Est de la ligne Nouakchott-Néma), et la zone saharienne représentée par les quatre wilayas du Nord et la capitale Nouakchott.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- éliminer le paludisme. Cette cible s'inscrit dans l'initiative de la Commission de l'Union africaine et le Partenariat RBM « Zéro Palu ! Je m'engage » et l'initiative T3²⁴.
- Réduire l'incidence du paludisme à moins de 1 cas pour 1000 personnes dans les Moughataas à faible transmission, et arrêt de la transmission autochtone du paludisme dans les Moughataas à transmission sporadique (ODD 3.3.3)

Les axes d'interventions stratégiques restent les mêmes que ceux initialement formulés dans le PSNEP 2014-2020 : accès universel au diagnostic biologique et au traitement efficace ; accès universel aux mesures de prévention du paludisme ; prévention et lutte contre les épidémies de paludisme ; plaidoyer, communication et mobilisation sociale ; renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme ; renforcement du système de surveillance et de suivi/évaluation du programme

Les priorités seront différenciées selon le degré de transmission. La zone à faible transmission, qui comprend 37 wilayas dont 8 du Sud et toutes les wilayas du Sud-Est et où deux tiers de la population (63%) vit, bénéficiera d'interventions spécifiques en rapport avec la pré-élimination du paludisme autochtone. La zone à très faible transmission, les 4 Wilayas du Nord et Nouakchott, où plus d'un tiers de la population (37%) vit, bénéficiera d'interventions spécifiques en rapport avec l'élimination du paludisme autochtone.

²³ ENGAGE-TB est une approche recommandée par l'OMS pour intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile

²⁴ L'initiative T3 lancée par l'OMS en 2012 réfère à : i) Tester tous les cas suspects en intégrant un système d'assurance/qualité du diagnostic ; ii) Traiter tous les cas confirmés y compris le traitement radical anti-gamétocyte ; et iii) Traquer/investiguer tous les cas. Elle requiert l'implication du secteur médical privé et parapublic et le renforcement de la prise en charge communautaire du paludisme à travers la mise en œuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)

Stratégie	interventions clés
1. Réduire la transmission du paludisme par des mesures de prévention	<p>1.1 Mise en place d'un programme de sensibilisation et de communication sur les risques du paludisme, la réponse nationale, et l'utilisation universelle des mesures de prévention comme le MILDA²⁵ et de traitement du paludisme</p> <p>1.2 Zones à faible transmission²⁶ :</p> <p>1.2.1 Intensifier les mesures préventives adéquates pour toutes les populations cibles (lutte contre les vecteurs, CPS²⁷ ou TPI²⁸)</p> <p>1.2.2 Amélioration de la qualité du diagnostic et traitement y compris au niveau communautaire, lutte intégrée contre les vecteurs, prévention pendant la grossesse et chimioprophylaxie du paludisme saisonnier</p> <p>1.3 Zones à très faible transmission²⁹ :</p> <p>1.3.1 Evaluer et planifier les activités opérationnelles pour arrêter la transmission du paludisme</p> <p>1.3.2 Mettre en œuvre une politique de la lutte anti-larvaire ciblée</p>
2. Appliquer l'initiative 3T	<p>2.1 Tester tous les cas suspects en intégrant un système d'assurance/qualité du diagnostic</p> <p>2.2 Traitement de tous les cas confirmés y compris le traitement radical anti-gamétocyte</p> <p>2.3 Tracing /investigation de tous les cas. Elle requiert l'implication du secteur médical privé et parapublic et le renforcement de la prise en charge communautaire du paludisme à travers la mise en œuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)</p> <p>2.4 Amélioration de la qualité du diagnostic et traitement y compris au niveau communautaire, lutte intégrée contre les vecteurs, prévention pendant la grossesse et chimioprophylaxie du paludisme saisonnier</p>
3. Renforcer les capacités programmatiques de la lutte contre le paludisme	<p>3.1 Rendre disponible du personnel formé et qualifié dans tous les domaines du contrôle du paludisme, spécialement dans les zones à faible transmission</p> <p>3.2 Renforcer et maintenir des capacités de gestion de la lutte et d'élimination du paludisme à tous les niveaux y compris communautaire</p> <p>3.3 Renforcement des mécanismes de coordination et de partenariat</p> <p>3.4 Renforcement des capacités en gestion programmatique, S&E et Recherche Opérationnelle</p>
4. Renforcer la composante paludisme dans le SNIS	<p>Zones à faible transmission :</p> <p>4.1 Instauration d'un système de surveillance hebdomadaire renforcée pour une détection précoce et une riposte rapide aux épidémies de paludisme à travers l'intégration du paludisme parmi les maladies cibles de la surveillance hebdomadaire</p>

²⁵ Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action

²⁶ Huit wilayas du Sud et toutes les wilayas du Sud-Est

²⁷ La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) consiste en une administration intermittente de protocoles thérapeutiques complets d'antipaludiques aux enfants pendant la saison du paludisme dans des zones où la transmission a un caractère fortement saisonnier

²⁸ Traitements préventifs intermittents des nourrissons, enfants et femmes enceintes selon les recommandations nationales

²⁹ Quatre wilayas du Nord et Nouackchott

	4.2 Surveillance du paludisme basée sur les cas, mise en place d'un système d'assurance qualité de diagnostic du paludisme, et renforcement de la surveillance entomologique et de ripostes ciblées
5. Assurer une coordination transfrontalière avec les pays limitrophes.	<p>5.1 Zones à faible transmission : Poursuite et renforcement de la coordination</p> <p>5.2 Zones à très faible transmission : Mise en place d'un cadre de coordination opérationnelle</p>

Composante 2.1.4 : Maladies Tropicales Négligées

En Mauritanie, les principales maladies tropicales négligées (MTN) sont: trachome, schistosomiase (SCH), géo-helminthiases (HTS), lèpre, rage and leishmaniose.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu : Prévenir, contrôler, éliminer ou éradiquer les MTN selon les cibles et jalons de l'OMS :

- Réduire de 90% du nombre de personnes nécessitant des interventions pour lutter contre les maladies tropicales négligées (base de référence 2020)
- Réduire de 75% du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée aux maladies tropicales négligées (base de référence 2020)
- Éliminer la schistosomiase
- Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires (ODD 3.3.5)

La lutte contre les MTN est d'une part focalisée sur la chimiothérapie préventive (CTP) qui fait appel à des stratégies de distribution en masse des antiparasitaires pour les schistosomiasés (bilharzioses), géo-helminthiases, le trachome, et la filariose lymphatique, et d'autre part une prise en charge cas par cas (PCC) concernent principalement pour la rage, les leishmanioses, la lèpre, et le pian.

Des plans nationaux triennaux de prévention et de contrôle intégrés de ces maladies seront développés pour diminuer leur incidence selon les objectifs de stratégie mondiale pour ces maladies.

Stratégies	Interventions clés
1. Encourager une coordination multisectorielle pour assurer un accès à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à l'hygiène de base dans les zones endémiques des MTN	<p>1.1 Montrer et démontrer la nécessité de coordination multisectorielle à haut niveau par la collecte, et l'analyse des déterminants et impact des MTN</p> <p>1.2 Création de comités techniques MTN au sein des structures de coordination multisectorielle</p>
2. Intégrer les MTN dans l'ensemble de services essentiels et des stratégies/plans sanitaires	<p>2.1 Développement d'une politique/stratégie à l'horizon 2030 et des plans nationaux triennaux de prévention et de contrôle intégrés des MTN</p> <p>2.2 Intégration de la détection et la prise en charge des MTN dans l'ensemble de services essentiels et dans les stratégies/plans sanitaires budgétisés</p> <p>2.3 Développement et mise en œuvre d'un programme de formation initiale et de continue dans la nouvelle approche</p>

Stratégies	Interventions clés
3. Renforcer la prévention et la surveillance des MTN	<p>3.1 Distribution en masse des antiparasitaires pour les MTN à chimiothérapie préventive (CTP)</p> <p>3.2 Renforcement des capacités de détection des MTN, spécialement les MTN à Prise en charge cas par cas (PCC)</p> <p>3.3 Notification ventilée par sexe des données sur les schistosomiasés, géo-helminthiases, le trachome, et la filariose lymphatique</p>
4. Renforcer la prise en charge intégrée des MTN	<p>4.1 Renforcement des capacités de prise en charge des MTN, spécialement les MTN à Prise en charge cas par cas (PCC)</p> <p>4.1 Développement et mise en œuvre de directives relatives à la prise en charge des handicapés liés aux MTN,</p> <p>4.2 Adoption et mise en œuvre de stratégies intégrées de lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN</p>

5.2.2 Sous-programme 2.2 : Lutte contre les maladies non transmissibles

Composante 2.2.1 : Lutte contre les maladies à facteurs de risques communs

Les MNT principales ou dites majeures sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les pneumopathies chroniques et le diabète. Dans une large mesure, ces MNT sont dues à quatre facteurs de risque (FDR) comportementaux que sont : le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'usage nocif d'alcool. On décrit également des facteurs de risque intermédiaires tels que l'obésité, la pression sanguine élevée, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- Réduire d'un tiers le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (ODD 3.4.1)
- Réduire la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge) de xx en 2020 à xxx (ODD 3.a.1)

Le plan anti MNT poursuivra dans une première phase la mise en œuvre du Plan Stratégique National intégré et multisectoriel de prévention et de lutte contre les MNT 2018-2022. Son évaluation permettra d'élaborer un nouveau plan 2023-2030 avec des cibles plus ambitieuses basées sur les cibles du futur plan 2021-2030 de l'OMS.

Stratégies	Interventions clés
1. Renforcer et réorienter le système de santé sur la base des soins de santé primaire et « la santé dans toutes les politiques » afin de prévenir et combattre les MNT	<p>1.1 Adoption et mise en œuvre de mesures législatives, réglementaires, financières et intersectorielles, y inclus la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac</p> <p>1.2 Renforcement à tous les niveaux des capacités de leadership et de gouvernance pour la prévention et la prise en charge des MNT</p> <p>1.3 Élaboration et mise en œuvre de stratégies de communication pour la prévention et le contrôle des maladies à facteurs de risques communs</p> <p>1.4 Élaboration et mise en œuvre d'une politique multisectorielle et des lignes directrices sur l'alimentation et l'activité physique</p>

Stratégies	Interventions clés
	1.5 Amélioration des compétences des professionnels de la santé en matière de gestion des MNT à facteurs de risques communs
2. Renforcer la prise en charge des MNT à risques communs	2.1 Décentralisation de la prise en charge thérapeutique des MNT à risques communs 2.2 Décentralisation de la prise en charge palliative des MNT à risques communs
3. Garantir la surveillance, l'évaluation et la recherche sur les déterminants et états des lieux des MNT	3.1 Conduite des enquêtes STEPwise, GYTS et GATS ³⁰ des facteurs de risque tous les 5 ans 3.2 Conduite d'évaluations tous les cinq ans 3.3 Promotion et renforcement des capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de qualité pour la lutte contre les MNT

Composante 2.2.2 : Santé bucco-dentaire

Selon une enquête menée en 2009, les affections bucco-dentaires sont le 3^{ème} motif de consultation dans les formations sanitaires de la Wilaya de Nouakchott. Les populations des zones périurbaines et rurales ne bénéficient que rarement de services bucco-dentaires réellement adaptés³¹.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu : Réduire la prévalence de la carie de xxxx%, et réduire les cancers bucco-dentaires de xxx%.

La santé bucco-dentaire sera améliorée par la mise en œuvre d'un programme de prévention et de dépistage des caries dentaires au niveau scolaire, le renforcement des services de santé bucco-dentaire au niveau des CS et des hôpitaux, et un programme de prévention des cancers bucco-dentaires.

Stratégies	Interventions clés
1. Réduire la prévalence et l'impact de la caries dentaire	1.1 Développement et mise en œuvre d'un programme de prévention et de dépistage des caries dentaires au niveau scolaire en collaboration avec le Ministère de l'éducation 1.2 Renforcement des services de santé bucco-dentaire au niveau des CS et les hôpitaux dans le cadre du renforcement du système de santé primaire
2. Réduire les cancers bucco-dentaires	2.1 Développement et mener un programme de prévention des cancers bucco-dentaires afin d'en assurer une prise en charge précoce

30 -L'approche STEPwise de l'OMS permet aux pays de surveiller les principaux facteurs de risque des MNT par le biais d'un questionnaire et de mesures physiques et biochimiques

-L'enquête mondiale sur le tabac chez les jeunes (GYTS) est une enquête en milieu scolaire conçue pour renforcer la capacité des pays à surveiller le tabagisme chez les jeunes et à orienter la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte antitabac

-L'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (GATS) est une enquête sur les ménages représentative au niveau national, comprenant des entretiens en face-à-face avec collecte électronique de données, auprès de tous les hommes et femmes non institutionnalisés âgés de 15 ans et plus.

³¹ Une enquête épidémiologique, effectuée en Mauritanie en 2002 chez des enfants scolarisés au niveau de l'enseignement fondamental à Nouakchott et à Aioun (échantillon de 612 élèves) , a permis de faire une analyse situationnelle sur l'état de santé bucco-dentaire de la population cible a révélé les données suivantes: 64,7% avaient une hygiène buccodentaire insuffisante, 71,07% avaient une carie dentaire ; l'incidence de la carie était estimée à 3,71%.

Composante 2.2.3 : Santé mentale et neurologique

La prise en charge de la santé mentale et des maladies neurologiques est peu développée au niveau périphérique.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- Réduire le taux de mortalité par suicide d'un tiers (ODD 3.4.2)
- Augmenter la couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie de xxx (ODD 3.5.1)
- Réduire la consommation d'alcool (en litres d'alcool pur) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile de xxx (ODD 3.5.2)
- Réduire la proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge par xxx (ODD 5.2.1)
- Réduire la proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par une personne autre que leur partenaire intime, par âge et lieu des faits par xxx (ODD 5.2.2)
- Réduire la proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par âge par xxx (ODD 5.3.2)

Un plan stratégique de santé mentale et neurologique sera développé en concertation avec tous les acteurs concernés. Ce plan visera la promotion de nouvelles approches et le renforcement de la décentralisation de la prise en charge des troubles mentaux et des pathologies neurologiques légères jusqu'au niveau des CS avec la décentralisation des intrants spécifiques. Un renforcement des capacités de prise en charge, spécialement les traumatismes suite à la violence basée sur le genre, et un suivi technique en cascade par les services centraux qui servent de référence nationale, et les équipes cadres de wilaya et de moughataa sera assuré.

Stratégies	Interventions clés
1. Décentraliser la prise en charge des pathologies neurologiques légères et la santé mentale, y inclus la toxicomanie	<p>1.1 Etude de l'état des lieux de la problématique santé mentale et des pathologies neurologiques légères sa prise en charge en Mauritanie</p> <p>1.2 Développement et mise en œuvre d'une stratégie de santé mentale y inclus la toxicomanie</p> <p>1.3 Revue, mise à jour, et mise en œuvre des curricula de formation initiale dans les écoles de santé concernant les maladies neurologiques légères et la santé mentale</p> <p>1.4 Développement et mise en œuvre d'un programme de formation continue en cascade</p> <p>1.5 Coordination et collaboration avec ONG internationales et nationales et associations à base communautaires</p> <p>1.6 Mise à disposition des intrants à tous les niveaux selon les directives nationales</p>
2. Décentraliser la prise en charge psycho-sociale des VBG	2.1 Développement et mise en œuvre d'un programme de formation en cascade des prestataires de santé, et les services policiers et judiciaires

Stratégies	Interventions clés
	2.2 Coordination et collaboration avec ONG internationales et nationales et associations à base communautaires
	2.3 Mise à disposition des intrants pour la prise en charge des VBG

Composante 2.2.4 : Lutte contre les autres maladies non transmissibles

L'action de lutte contre les autres pathologies non transmissibles comme les conditions métaboliques et génétiques, la cécité, surdité, et autres résidera essentiellement dans la mise à échelle de l'offre de services de prévention, de prise en charge et de suivi des cas.

D'ici   2030, les résultats suivants sont attendu : Réduire la prévalence et l'impact de ces autres maladies non transmissibles de xx%

Stratégies	Interventions clés
1. Mettre à échelle l'offre de services de prévention, de prise en charge et de suivi des conditions métaboliques et génétiques, la cécité, surdité, et autres	1.1 Inclusion de ces conditions dans le PMA des CS et le PCA des hôpitaux
	1.2 Développement et mise en œuvre de modules de formation continue dans la matière
	1.3 Revue et mise en œuvre des curricula de formation initiale avec inclusion de la prise en charge de ces conditions
	1.4 Implication du secteur privé, des ONG internationales et nationales, des associations à base communautaires, et des agents communautaire dans la prévention et prise en charge de ces conditions
	1.5 Mise à disposition des intrants nécessaires, comme les appareils de réadaptation visuels et auditifs, pour la prise en charge de ces conditions

Composante 2.2.5 : Lutte contre les accidents

La Mauritanie connait une épidémie « silencieuse » des accidents de voie publique et du travail. Ils sont une cause majeure de la neurochirurgie.

D'ici   2030, les résultats suivants sont attendu :

-   Réduire le taux de mortalité lié aux accidents de la route de moitié (ODD 3.6.1)
-   Réduire de moitié le nombre de blessures dus à des accidents de la route.

Un programme spécifique de sécurité routière et de travail impliquant plusieurs secteurs sera développé. Le Ministère de la santé sera chargé de la réduction de la létalité à travers des actions de prévention en amont et une prise en charge précoce des accident s grâce à la multiplication des services spécialisés de traumatologie au niveau des structures hospitalières   côté des grands carrefours routi rs du Pays. Les accidents sur le travail et dans la famille et communautaire sera également pris en compte.

Stratégies	Interventions clés
1. Contribuer au développement et la mise en œuvre d'un cadre législatif et réglementaire pour réduire le nombre	1.1 Etude des aspects législatifs et réglementaires et des parties prenantes pouvant impacter la prévention et la prise en charge des accidents
	1.2 Développement et mise en œuvre de mesures législatives et réglementaires de lutte contre les accidents

Stratégies	Interventions clés
d'accidents et leurs impacts	1.3 Renforcement des capacités du service d'inspection sanitaire au lieu de travail et dans la communauté pour assurer l'application des mesures sanitaires législatives et réglementaires de lutte contre les accidents
2. Contribuer au développement d'une stratégie multisectorielle de lutte et contrôle des accidents	2.1 Contribution à une étude situationnelle des types, causes, environnement et impact d'accidents en Mauritanie 2.2 Développement de paquets de plaidoyer basés sur les évidences des coûts humains et financiers de la prise en charge des accidents 2.3 Contribution à la mise en place de structures de coordination
3. Réduire l'impact des accidents par une prise en charge chirurgico-médicale décentralisée précoce et appropriée	3.1 Développement de modules de formation pour les divers niveaux avec l'appui de de l'hôpital national de référence 3.2 Encadrement et suivi en cascade des FOSA par les centres de référence nationale renforcées 3.3 Mise à niveau des infrastructures et équipements selon les normes pour la prise en charge des accidents 3.4 Renforcement de la référence et contre-référence pour la prise en charge médicale des accidents

5.3 Programme 3 : Sécurité sanitaire, préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique

5.3.1 Sous-programme 3.1 : Interventions dans les cadres du RSI et Sendai 2015-2030

L'évaluation multi-sectorielle des risques de santé publique réalisée fin mai 2021 a permis d'identifier les principales menaces (dengue, covid , fièvres hémorragiques, inondation, sécheresse ...) en utilisant l'outil STAR³².

Le Plan national de sécurité sanitaire multisectoriel 2018-2020 cite également les menaces environnementales

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- L'application du RSI et le score de l'évaluation externe conjointe du RSI montre un score de capacité durable pour le degré de préparation aux urgences sanitaire (détecter, évaluer, notifier et signaler les événements) ODD 3.d.1)
- Le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant est réduit de xxx en 2020 à xxx (ODD 3.9.1)
- Le taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) est réduit de xxx en 2020 à xxx (ODD 3.9.2)

³² L'outil STAR (Strategic Tool for Assessing Risks) a été mis au point par l'OMS pour aider les États membres à évaluer les risques à l'aide d'une méthodologie normalisée. Il permet aux pays de procéder à une évaluation factuelle d'un risque spécifique d'une manière comparable, reproductible et défendable

- Le taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel est réduit de xxx en 2020 à xxx (ODD 3.9.3)

Une évaluation finale du Plan National d'Action pour la Sécurité Sanitaire de la Mauritanie (PANAS) 2018-2020³³ sera conduite et une évaluation à mi-parcours du Plan d'Action National de renforcement des Capacités en Réduction des Risques de Catastrophes et Préparation et Réponse aux Urgences 2015-2018³⁴. Ce dernier plan avait 5 priorités portant sur : le cadre institutionnel ; l'identification des risques et des catastrophes ; les connaissances, innovations et éducation ; la réduction des facteurs de risque ; et la préparation en prévision des catastrophes.

Les leçons apprises de ces plans et de l'épidémie Ebola, les pandémies influenza et COVID-19 et autres épidémies et urgences sanitaires permettront de développer un nouveau plan stratégique 2022-2030 de sécurité et urgences sanitaires. Ce plan, contiendra les éléments de la RSI et qui sont contraignants pour tous les pays, sera décliné en plans annuels ou pluriannuels.

Le Centre National d'Opérations d'Urgence en Santé Publique (CNOUSP) créé en 2018 et ses futures représentations régionales et les Equipes multidisciplinaires d'Intervention Rapide (EIR) au niveau de chacune des wilayas et des moughataas jouent un rôle capital dans le pilotage et la mise en œuvre d'interventions. Par ailleurs, les représentations régionales du CNOUSP et les EIR travailleront en étroite liaison avec les équipes cadres des wilayas et des moughataas

L'INRSP sera renforcé dans sa mission, spécialement ses fonctions portant sur la sécurité sanitaire des aliments, la gestion des produits dangereux et infectieux, le dépistage, la surveillance épidémiologique et la prévention des principales affections, le contrôle et la surveillance de la qualité des eaux de boisson et aliments humains, l'assurance qualité des laboratoires de santé publique, et la sécurité chimique. Il coordonnera le développement et la mise en œuvre d'un plan national pour la détection et la notification les souches antibiorésistantes, d'un système de surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, et des normes et des standards sur la gestion des maladies à potentiel épidémique et pandémique.

Les faiblesses des cinq piliers de riposte au COVID qui sont le partenariat et la mobilisation des ressources, la communication des risques et l'engagement communautaire, la surveillance, les équipes d'intervention rapide et l'enquête sur les cas, le laboratoire, la prévention et le contrôle des infections, la prise en charge des cas, et le support opérationnel et logistique, telles que énumérées dans le rapport annuel de 2020 seront adressées sans délai.

Le secteur santé collaborera avec le MEDD pour réduire les risques sanitaires liés à l'environnement et mettra en œuvre la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique de 2008 et signée par la Mauritanie. Des bases factuelles dans le secteur santé seront développées et la législation mise en conformité avec cette Déclaration.

Une attention particulière sera accordée aux domaines n'ayant aucune ou faible capacité avec un score 0 à 2 lors de l'évaluation externe conjointe de la mise en œuvre du RSI effectuée en 2017. Il s'agit particulièrement des résistances microbiennes, la sécurité sanitaire des aliments, le système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement, le Système de qualité des laboratoires, la préparation et la capacité à activer des interventions d'urgence, les procédures et plans opérationnels du

³³ Ce plan est inspiré du guide de l'OMS de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International de 2015

³⁴ Ce plan a été développé par le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD) dans le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030. Le Ministère de la santé y est responsable de la gestion des risques d'épidémies

centre d'opérations d'urgence, les moyens médicaux et le déploiement de personnel, l'écoute dynamique et la gestion des rumeurs, l'action de santé publique efficace aux points d'entrée, et les mécanismes fonctionnels pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.

Stratégies	Interventions clés
1. Développer les modalités opérationnelles de préparation et de riposte aux crises sanitaires	1.1 Développement et mise à jour de la cartographie des risques sanitaires 1.2 Évaluation des capacités disponibles et cartographie des ressources 1.3 Préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires 1.4 Évaluation des besoins et allocation des ressources financières pour la gestion des risques sanitaires 1.5 Mise en place des procédures de décaissement pour les périodes de crise
2. Renforcer les capacités de préparation et de riposte de l'ensemble des acteurs	2.1 Formation des équipes d'intervention rapide et des autres acteurs conformément aux Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) 2.2 Organisation de simulations sur table et de simulations de terrain 2.3 Établissement de points de contact chargés de la gestion des crises sanitaires sur l'ensemble du territoire 2.4 Mobilisation de ressources financières nécessaires au fonctionnement du système de gestion des crises
3. Mettre en place un cadre de collaboration pour la préparation et la riposte aux crises sanitaires	3.1 Implication de l'ensemble des acteurs clés de l'écosystème de gestion des urgences sanitaires 3.2 Renforcement de la sensibilisation et de la communication sur les risques sanitaires 3.3 Contribution aux initiatives régionales et internationales de gestion des crises sanitaires
4. Piloter les opérations de riposte	4.1 Prise de décisions relatives à l'organisation de la riposte aux urgences sanitaires 4.2 Coordination des interventions de riposte 4.3 Centralisation des informations pertinentes à la gestion de crise 4.4 Collaboration avec la Cellule de Communication au ministère de la Santé au sujet de la communication interne, externe et avec le grand public
5. Développer les modalités opérationnelles de préparation et de riposte aux crises sanitaires	5.1 Développement et mise à jour de la cartographie des risques sanitaires 5.2 Évaluation des capacités disponibles et cartographie des ressources 5.3 Préparation des modalités de riposte aux risques sanitaires 5.4 Évaluation des besoins et allocation des ressources financières pour la gestion des risques sanitaires 5.5 Mise en place des procédures de décaissement pour les périodes de crise
6. Renforcer les capacités de préparation et de riposte de l'ensemble des acteurs	6.1 Formation des équipes d'intervention rapide et des autres acteurs conformément aux Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) 6.2 Organisation de simulations sur table et de simulations de terrain 6.3 Établissement de points de contact chargés de la gestion des crises sanitaires sur l'ensemble du territoire 6.4 Mobilisation de ressources financières nécessaires au fonctionnement du système de gestion des crises

Stratégies	Interventions clés
7. Mettre en place un cadre de collaboration pour la préparation et la riposte aux crises sanitaires	<p>7.1 Implication de l'ensemble des acteurs clés de l'écosystème de gestion des urgences sanitaires</p> <p>7.2 Renforcement de la sensibilisation et de la communication sur les risques sanitaires</p> <p>7.3 Contribution aux initiatives régionales et internationales de gestion des crises sanitaires</p>
8. Piloter les opérations de riposte	<p>8.1 Prise de décisions relatives à l'organisation de la riposte aux urgences sanitaires</p> <p>8.2 Coordination des interventions de riposte</p> <p>8.3 Centralisation des informations pertinentes à la gestion de crise</p> <p>8.4 Collaboration avec la Cellule de Communication au ministère de la Santé au sujet de la communication interne, externe et avec le grand public</p>
9. Développer des systèmes et partenariats toujours opérationnels et qui peuvent évoluer et répondre rapidement en cas de pandémie et de catastrophes	<p>9.1 Revue et adaptation de la stratégie PANASS</p> <p>9.2 Renforcement des mesures sanitaires frontalières y inclus l'utilisation et la diffusion des documents sanitaires relatifs au RSI aux points d'entrée</p> <p>9.3 Préparation de la chaîne d'approvisionnement pour les crises</p> <p>9.4 Conduite d'opérations d'urgences y compris des sessions régulières de simulations</p> <p>9.5 Renforcement des systèmes de communication</p> <p>9.6 Développement/renforcement d'un programme de formation concernant les cadres RSI et Sendai pour les parties prenantes nationales à tous les niveaux</p> <p>9.7 Contribution à la formulation et l'adoption d'une loi sur les pandémies et catastrophes de toutes natures</p>
10. Renforcer la surveillance épidémiologique, y compris des zoonoses selon l'approche « Une Seule Santé »	<p>10.1 Renforcement de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire et de rapportage à l'OMS</p> <p>10.2 Rendre le SNIS et les systèmes de suivi des infections animales interopérables pour intégrer la surveillance des maladies et des ripostes</p> <p>10.3 Renforcement de la collaboration et coordination entre les parties prenantes et de la redevabilité</p> <p>10.4 Développement de système de surveillance spécialisées selon les besoins</p> <p>10.5 Renforcement des capacités du centre national et des centres régionaux d'Opérations d'Urgence en Santé Publique (CNOUSP et CROUSP) et des Equipes multidisciplinaires d'Intervention Rapide (EIR).</p> <p>10.6 Renforcement des capacités de l'INRSP pour la sécurité sanitaire des aliments, la gestion des produits dangereux et infectieux, le dépistage, la surveillance épidémiologique et la prévention des principales affections, le contrôle et la surveillance de la qualité des eaux de boisson et aliments humains, l'assurance qualité des laboratoires de santé publique, et la sécurité chimique</p>
11. Renforcer la prévention des pandémies	<p>11.1 Distanciation et limitation des contacts entre les humains et les animaux</p> <p>11.2 Contenir les résistances antimicrobiennes</p> <p>11.3 Développer un système de dépistage, repérage et traçage des cas contacts des isolement ou quarantaine, et vaccination (si des vaccins existent pour la maladie)</p>
12. Renforcer les capacités de prise en	<p>12.1 Développement et mise en œuvre des normes et des standards sur la gestion des maladies à potentiel épidémique et pandémique</p>

Stratégies	Interventions clés
charge des pandémies et des catastrophes	12.2 Comblent les lacunes dans la prise en charge de base des maladies 12.3 Développer la faculté de réorienter rapidement les capacités de soins de santé sans réduire les services de base.

5.3.2 Sous-programme 3.2 : Prévention et contrôle des infections (PCI) et gestion des déchets biomédicaux

L'hygiène hospitalière défectueuse favorise le développement d'infections nosocomiales devenues de plus en plus fréquentes dans les statistiques hospitalières.

D'ici 2030, les résultats suivants sont attendus :

- Le taux de septicémies causées par un organisme résistant aux antimicrobiens donné est réduit de moitié (ODDs 3.d.2) ;
- Le taux d'infections hospitalières sont réduites de la moitié par rapport à la situation actuelle.

Le plan de gestion des déchets biomédicaux (DBM) 2017-2021 qui inclut tous les déchets produits par des activités médicales sera mis à jour sur base d'une évaluation et du contexte COVID-19, et sera mis en œuvre.

Les quatre axes prioritaires du plan de gestion des DBM incluent le renforcement du cadre institutionnel, organisationnel et juridique de la gestion des DBM, le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gestion des DBM, l'adoption et l'acquisition de technologies appropriées pour une gestion efficace et durable des DBM et adaptées au contexte de la Mauritanie, et le contrôle et le suivi de la mise en œuvre du Plan. Par contre, les interventions prioritaires viseront à dépasser les faiblesses répertoriées durant l'évaluation du plan actuel.

Une analyse situationnelle PCI sera conduite pour développer un plan de prévention et contrôle des infections. Ce plan sera basé sur les lignes directrices de l'OMS dans la matière³⁵ et visera à renforcer ce qui fonctionne déjà et à redresser les faiblesses. Ainsi, les hôpitaux seront amenés à opérationnaliser les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et à établir ou renforcer des équipes opérationnelles d'hygiène. Les capacités en matière de PCI seront également renforcées dans les centres et postes de santé. Une option sera l'inclusion d'indicateurs PCI dans le FBR. La législation et/ou la réglementation portant sur le PCI sera mise à jour, par exemple en ce qui concerne le statut des équipes chargées de l'enterrement sécurisé des patients COVID.

Stratégies	Interventions clés
1. Renforcer le cadre institutionnel, organisationnel et juridique de la gestion des DBM et PCI	1.1 Analyse situationnelle de la PCI et la gestion des DBM et mise à jour des plans 1.2 Mise à jour des textes juridiques pour qu'ils répondent efficacement à la gestion des DBM et PCI 1.3 Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gestion des DBM et PCI, y inclus des CLIN 1.4 Renforcement du suivi et du contrôle des Plans PCI et DBM

³⁵ Lignes Directrices sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au Niveau National et au Niveau des Etablissements de Soins de Courte Durée, OMS, 2017

Stratégies	Interventions clés
2. Développer un système performant de gestion des DBI	2.1 Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gestion des DBM, 2.2 Adoption et l'acquisition de technologies appropriées pour une gestion efficace et durable des DBM et adaptées au contexte de la Mauritanie

5.4 Programme 4 : Renforcement des piliers du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle

Le renforcement des piliers du système de santé autres que les prestations de services couverts sous les programmes 1 à 3 contribuera à la CSU

5.4.1 Sous-programme 4.1 : Renforcement de la gouvernance et du leadership sectoriel

Composante 4.1.1 : Gouvernance et leadership sectoriel

La gouvernance du secteur de la santé est une fonction des pouvoirs publics qui doit guider et s'assurer de la qualité de l'élaboration et de la mise en œuvre des actions sanitaires. La gouvernance couvre également la formulation et l'évaluation de la politique nationale et des plans de développement sanitaires ainsi que les programmes et plans spécifiques.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendus :

- Le Ministère de la santé assure son rôle stratégique de planification, régulation et évaluation et se dote des outils, mécanismes et ressources pour une coordination effective des interventions et une mise en œuvre concertée du PNDS à tous les niveaux par tous les acteurs et partenaires du secteur de la santé.
- Les organes et acteurs décentralisés bénéficient de l'autonomie et de ressources adéquates pour mettre en œuvre des plans opérationnels tout en rendant régulièrement compte aux représentants de la population et aux autorités centrales.

Le Ministère de la Santé se dotera d'un cadre institutionnel lui permettant de jouer son rôle d'orientation, de régulateur, de superviseur et de coordonnateur de la santé dans le pays.

Au-delà de la révision du cadre institutionnel du Ministère, il s'agit également de continuer les réformes du secteur de la santé notamment celles à fort impact sur les performances en termes d'efficacité, de qualité et d'équité.

La régulation du secteur nécessite la formulation d'une réglementation forte et le renforcement des organes de régulation du Ministère pour être capable de faire appliquer sur le terrain les normes et standards édictés. Dans ce cadre la régulation effective du secteur médical et pharmaceutique constitue une priorité, ainsi que l'adoption d'une loi hospitalière précisant les missions de service public, l'exercice de tutelle, le développement d'une carte hospitalière et de projets d'établissements hospitaliers (PEH). Elle organisera la coordination des prestations de soins aux niveaux secondaire et tertiaire et mettra en place des unités de réadaptation progressive dans les hôpitaux locaux, et développer des unités de soins d'urgence et spécialisées dans les hôpitaux de premier niveau.

Il s'agira aussi de promouvoir selon l'approche de soins de santé primaire un dialogue politique multisectoriel en faveur du secteur de la santé au regard de la pluralité des intervenants afin de garantir une plus grande cohérence des interventions.

Une stratégie de santé au niveau primaire qui inclut les postes de santé et les centres de santé sera développée qui intégrera les services individuels de soins primaires et les diverses fonctions de santé publique à ce niveau ainsi que leur coordination adéquate. La stratégie assurera que des ensembles complets de prestations, proactifs et continus dans le temps sont fournis et que le personnel de soins primaires bénéficie d'une formation multidisciplinaire. Elle visera à renforcer la référence et la contre-référence pour rapprocher ainsi les services spécialisés des patients.

De manière opérationnelle, il faudra renforcer le fonctionnement des organes de concertation et de coordination sur les politiques sectorielles y compris la mise en place des sous-comités thématiques pour un meilleur suivi de la mise en œuvre du PNDS.

Au niveau décentralisé (DRAS et EPA), des organes de coordination sectorielle seront mis en place conformément aux orientations du Dispositif institutionnel de coordination, de suivi et de l'évaluation des politiques de développement (DIPD). Les missions des EPAS seront mieux intégrées dans celles des wilayas et moughatas. Un appui substantiel sera octroyé à ces structures opérationnelles pour renforcer leurs capacités. Ainsi, la mission et le rôle des équipes cadres de wilaya et de Moughataa et leurs besoins en termes de personnel et d'intrants seront plus clairement définis sur base des résultats de la recherche action en cours à cet égard. Cette réorganisation et appui leur permettra de mieux assumer leur rôle de coordination multisectorielle, de planification et de suivi évaluation des interventions.

La collaboration intra et intersectorielle ainsi que la coordination des actions des différents acteurs notamment les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les Organisations de la Société Civile (OSC), le secteur privé de la santé et les communautés seront renforcées en vue de garantir la cohérence, la synergie et la complémentarité nécessaires de leurs actions avec celles de l'Etat. Un compact contraignant avec les PTF sera développé selon les principes directeurs du Pacte Mondial CSU 2030³⁶.

La redevabilité quant à elle sera assurée à travers un renforcement des cadres de résultats (revues et évaluations conjointes des performances) et des missions d'audit et de contrôle interne et externe à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces contrôles et audits seront menés tant dans le domaine des prestations de services (audit des décès par exemple) que dans celui de la gestion administrative et financière. Au terme de ces missions d'audits et de contrôles, l'application des mesures tant positives que négatives sera renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; de même que la mise en œuvre des recommandations.

Afin de garantir une allocation efficiente des ressources dans le secteur, il est impératif de renforcer le lien logique entre les différentes opérations de planification stratégique, de programmation, d'allocation et de suivi de l'exécution du budget. Pour ce faire, il faudra renforcer la planification opérationnelle à tous les niveaux, assurer la cohérence et l'ancrage des budgets prévus dans les plans opérationnels à celui du PNDS, et développer un système d'information et de suivi de l'exécution budgétaire à tous les niveaux.

Il s'agira dans cette stratégie de renforcer les capacités opérationnelles des acteurs des services centraux et déconcentrés (DRAS et EPA) en matière de monitoring et de supervision des activités sanitaires, d'élaboration des plans d'action budgétisés, d'élaboration des rapports de performance.

36 Pacte mondial pour progresser vers une couverture sanitaire universelle, Partenariat international de la santé, CSU2030

Stratégies	Interventions clés
1. Accélérer les réformes sanitaires et la mise à jour des politiques, stratégies, normes et standards, et assurer leur mise en œuvre	<p>1.1 Renforcement des capacités des cadres du secteur de la santé en planification, évaluation et gestion des politiques, plans, programmes et projets de santé</p> <p>1.2 Conduite et utilisation d'études pertinentes au domaine concerné</p> <p>1.3 Actualisation régulière de la liste des réformes à mettre en œuvre et adoption des mesures de mise en œuvre, suivi et évaluation</p> <p>1.4 Renforcement des capacités de régulation</p> <p>1.5 Mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire et de la réforme hospitalière</p>
2. Renforcer les capacités de développement et mise en œuvre de l'approche « santé dans toutes les politiques »	<p>2.1 Rendre les organes de concertation intra- et intersectorielles opérationnelles</p> <p>2.2 Assurer une diffusion généralisée et soutenue de ce PNDS à tous les secteurs et à tous les niveaux par une communication proactive et multi-canaux comme les ateliers, le site web du Ministère, les médias et les canaux sociaux</p> <p>2.3 Contribution au développement d'un système de suivi et évaluation multisectoriel de l'approche « santé dans toutes les politiques »</p>
3. Décentraliser et responsabiliser tous les niveaux du système de santé	<p>3.1 Développement de plans de développement sanitaires régionaux basés sur le contexte épidémiologique, social et politique local</p> <p>3.1 Allocation effective de ressources et mise à l'échelle de la gestion basée sur les résultats</p> <p>3.2 Renforcement des équipes cadres régionales et de moughata pour la coordination, la supervision, et la formation</p> <p>3.3 Relier les agents de santé communautaires au personnel des établissements</p> <p>3.4 Habilitier les communautés à participer à la gestion des FOSA</p>
4. Adopter et mettre en œuvre et assurer un suivi régulier d'un Compact contraignant	<p>4.1 Développer un nouveau compact santé plus précis, inclusif et contraignant au niveau des engagements et de la mise en œuvre</p> <p>4.2 Mise en place d'un système de suivi annuel du Compact</p> <p>4.3 Evaluation de la mise en œuvre du Compact</p>

Composante 4.1.2 : Renforcement du Partenariat Public Privé (PPP)

Le secteur privé reste peu régulé, il est fortement concentré et sélectif, et connaît certaines dérives mercantiles. Il est peu impliqué dans la politique nationale de santé et ne bénéficie pas de l'attention nécessaire pour en faire un partenaire déployant toutes ses capacités pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- La contribution du secteur privé est mise à profit pour accélérer la mise en œuvre du PNDS
- Le partenariat public privé est développé et régulé pour combiner les forces et les avantages des deux secteurs dans le strict respect des orientations et priorités du PNDS

Le PNDS se doit d'être inclusif et promouvoir la contribution et la collaboration de tous les acteurs de la santé à la marche vers la couverture sanitaire universelle et l'accès équitable aux soins de santé. Dans ce

cadre, différentes stratégies et approches seront poursuivies pour impliquer le secteur privé dans sa diversité, en réguler son fonctionnement et faire appel aux avantages comparatifs de ce secteur.

Au niveau communautaire, le secteur public et les ONG et associations à base communautaire collaboreront à l'échelle nationale pour que les relais communautaires et les agents de santé communautaire bénéficient de la formation, de la motivation, de la dotation en kits et du suivi nécessaire pour jouer leur rôle d'offre de soins primaires curatifs simples, préventifs, et promotionnels des pratiques familiales essentielles

Stratégies	Interventions clés
1. Réorienter le rôle du MS avec un passage de la fourniture directe de services à l'orientation et régulation d'un système de santé combinant services publics et privés	<p>1.1 Développement de compétences au niveau des institutions publiques y compris le Ministère de la santé en matière de partenariat, de suivi, de contrôle et de réglementation</p> <p>1.2 Mise en place un dispositif institutionnel d'identification, de planification et de mise en œuvre des projets PPP en santé</p>
2. Développer le cadre institutionnel, organisationnel et opérationnel de partenariat public privé	<p>2.1 Mise en place d'un cadre juridique et financier favorable au développement de projets de Partenariat Public Privé (PPP) dans le secteur de la santé et de la protection sociale</p> <p>2.2 Elaboration et mise en œuvre d'une feuille de route qui définit les conditions d'exercice dans le secteur privé et de collaboration avec le secteur public pour éviter et gérer les conflits d'intérêts</p> <p>2.3 Réduction et élimination à terme de la double pratique dans le secteur public et privé et élimination des cas de conflits d'intérêts</p> <p>2.4 Promotion d'un environnement des affaires dans le secteur de la santé notamment en termes de fiscalité, de statuts et de financement</p> <p>2.5 Contractualisation sur base de résultats la sous-traitance et la délégation de services notamment dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention maintenance des infrastructures et des équipements, la digitalisation du secteur de la santé, la logistique, et la mobilisation sociale</p> <p>2.6 Collaboration à l'échelle nationale entre le secteur public et les ONG et associations à base communautaire</p>
3. Impliquer les entreprises privées dans les efforts de promotion de la santé publique dans la cadre de la responsabilité sociale et citoyenne	3.1 Adoption de mesures incitatives à l'endroit des entreprises privées pour une mise en œuvre et/ou le financement d'actions de mobilisation sociale, d'information, de soutien aux services santé et d'amélioration des facteurs et déterminants de la santé

5.4.2 Sous-programme 4.2 : Financement de la couverture sanitaire universelle

La proportion de la population bénéficiant d'une couverture sanitaire sous forme d'assistance et/ou d'assurance médicale reste modeste et les frais parfois élevés à la charge des ménages les basculent souvent dans la pauvreté.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu :

- Augmentation du taux du budget de l'État consacré à la santé de 7 % en 2020 à 15 % en 2030 (ODD 1.a.2)

- Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables (ODD 1.3.1) :
 - Augmentation du taux de la population couverte par quelconque mécanisme de couverture sanitaire (assurance maladie ou assistance) de 15 % en 2020 à 75 % en 2030
 - mise à l'échelle l'assurance maladie obligatoire (CNAM) de 12 % en 2020 à 35 % en 2030
- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle en lien avec la stratégie nationale de financement de la santé pour augmenter le taux de la population couverte par un quelconque mécanisme de couverture sanitaire de 15 % en 2020 à 75 % en 2030
- Réduction de la proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé de 53% en 2017 à 25 % en 2030 (ODD 3.8.2)
- Dépenses sociales publiques favorables aux pauvres (partie santé) (ODD 1.b.1)

L'Etat de la RIM s'est engagé résolument auprès de sa population et de la communauté internationale à assurer une couverture santé universelle (CSU) qui inclut la mise à disposition de services de santé de qualité pour tous, en veillant à ce que les dépenses de santé ne plongent aucun citoyen dans la détresse et la pauvreté. La marche vers la CSU concerne, à la fois, le financement de l'offre et celui de la demande mais aussi la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé.

Stratégies	Interventions clés
1. Augmenter le taux du budget de l'État consacré à la santé	1.1 Plaidoyer auprès du gouvernement et de l'Assemblée Nationale 1.2 Développement, utilisation effective et actualisation annuelle du CDMT santé 1.3 Utiliser la taxe sur le tabac et d'autres taxes (boissons gazeuses sucrées, communications téléphoniques,) pour soutenir les actions de promotion et de soins de base 1.4 Elargir l'espace fiscal pour la santé par des mesures d'efficacité et d'achats stratégiques 1.5 Collecte de ressources à partir de la fiscalité des collectivités territoriale et allocation au financement local de la santé selon les priorités du PNDS et du plan local
2. Mettre à l'échelle l'assurance maladie obligatoire (CNAM)	2.1 Renforcement et extension de l'assurance médicale obligatoire 2.2 Extension des mécanismes de couverture du risque maladie 2.3 Garantir la disponibilité et la continuité des prestations de santé de qualité. 2.4 Instituer le contrôle de l'effectivité et de la qualité des prestations à tous les niveaux 2.5 Etendre la présence effective de la CNAM en dehors de Nouakchott et simplifier les procédures d'immatriculation à la CNAM. 2.6 Améliorer la régulation de l'accès aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. 2.7 Réduire les délais de remboursement des frais supportés par les assurés et ceux des prestations fournies au titre de l'assistance médicale (Forfait obstétrical). 2.8 Séparer les fonctions de vendeur et d'acheteur dans l'assurance maladie. 2.9 Mettre en place des mécanismes attractifs pour l'adhésion à l'assurance maladie 2.10 Payer les prestataires dans les délais pour ne pas causer les problèmes de trésorerie ; 2.11 Changer le statut des FOSA pour plus d'autonomie de gestion permettant la signature des contrats avec les assurances via un mécanisme d'achat des prestations.

Stratégies	Interventions clés
3. Harmonisation et rationalisation des mécanismes de gratuité des soins	<p>3.1 Révision et intégration des initiatives d'exemptions et de gratuité des soins dans une politique et une stratégie nationale de financement de la santé visant la CSU</p> <p>3.2 Mise en place d'un système efficace d'orientation/recours fonctionnel, cohérent et efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>3.3 Mise en place d'un système de tarification des actes cohérent et accessible</p> <p>3.4 Formation continue et une supervision régulière des agents de santé</p> <p>3.5 Mise en place des mutuelles de santé communautaires dans la perspective d'une CSU</p> <p>3.6 Refonte et révision du système de recouvrement des coûts</p>
4. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de couverture sanitaire universelle	<p>4.1 Désigner un Point Focal CSU, au sein du Cabinet du Ministre de la santé.</p> <p>4.2 Adoption et mise en œuvre une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle qui i) définit clairement les cibles en termes de couverture des services de santé essentiels et de la protection contre le risque financier notamment pour les populations vulnérables et celles du secteur informel ii) décrit les axes d'intervention, les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes, les mécanismes de redevabilité multisectorielle, etc.</p> <p>4.3 Mise en place d'une multisectorialité de redevabilité en fonction des cahiers de charges de différents secteurs impliqués dans la CSU</p> <p>4.4 Mise en place d'un comité interministériel de suivi de la CSU incluant tous les départements ministériels concernés</p> <p>4.5 Renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux, plus particulièrement ceux du niveau déconcentré dans la planification opérationnelle et la mise en œuvre des orientations politiques et stratégiques nationales</p> <p>4.6 Mise en place des mécanismes de redevabilité à tous les niveaux du système de santé</p> <p>4.7 Renforcement de la régulation du secteur privé de la santé (tarification des prestations, cahier de charge, accréditation dans le cadre de l'assurance maladie, contractualisation, supervision, inspection,..)</p> <p>4.8 Promotion du Partenariat Public-Privé à travers des mécanismes d'incitation à l'investissement privé en santé et de régulation du secteur privé.</p>

5.4.3 Sous-programme 4.3 : Développement des ressources humaines de qualité

Les ressources humaines en santé forment la composante essentielle de tout système de santé. D'importants progrès ont été faits ces dernières années mais les défis à relever sont nombreux et portant principalement sur le déficit quantitatif et qualitatif en personnel et leur mauvaise répartition, et la double pratique (publique et privée) notamment des médecins généralistes et spécialistes et la faible coordination entre les structures de formation et les acteurs du marché du travail dans le secteur de la santé.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendu³⁷ :

³⁷ Source : Cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, AFR/RC67/11, 13 juin 2017

- La densité et répartition du personnel de santé accrus pour que les inégalités en matière d'accès aux agents de santé ont été réduit à la moitié (ODD 3.c.1) ;
- L'achèvement des programmes d'étude dans les établissements de formation en santé atteint au moins 80% ;
- Un plan d'investissement en faveur des ressources humaines pour la santé a été mis en place ;
- Des dispositifs pour l'agrément des établissements de formation en santé ont été mis en place ;
- Des mécanismes de réglementation pour promouvoir la sécurité des personnels de santé et une surveillance appropriée du secteur privé sont disponibles ;
- Des comptes nationaux, des registres et des observatoires des ressources humaines pour la santé ont été mis en place

L'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé permet de planifier et programmer les besoins du système de santé en matière de ressources humaines pour la santé afin de combler les insuffisances quantitative et qualitative observées.

L'évolution du profil épidémiologique, la relance des soins de santé primaires et les nouvelles exigences et approches de santé publique nécessitent une adaptation de la formation des personnels de santé aux besoins réels des populations. La révision des curricula de formation des personnels de santé suppose une réforme de l'ENSSS (Ecole Nationale Supérieure des Sciences de la Santé) mais également une implication plus forte du Ministère de la santé dans les programmes de formation de la Faculté de Médecine et des écoles de santé privées. Les compétences sont insuffisantes en matière de santé publique et nécessitent la création d'une école de santé publique attractive et de qualité, nouant des relations de coopération et de collaboration tant au niveau régional qu'international.

La définition des profils de carrière ainsi que la formation continue ou en cours d'emploi doit être organisée pour favoriser une plus grande professionnalisation des personnels dans leur branche et éviter les nombreux changements de corps de métiers faute de débouchés dans la branche d'origine.

La répartition inégale des ressources humaines affecte les performances du système de santé notamment dans les départements et villages reculés. L'amélioration des conditions de travail du personnel et de vie exige une action intersectorielle pour motiver, fidéliser et faciliter le déploiement à l'intérieur du pays et la qualité des soins.

Stratégies	Interventions clés
1. Développer un système performant de gestion et de régulation des RHS qui permet de prévoir les besoins et de répartir équitablement les RHS	<p>1.1 Mise en œuvre de la carte sanitaire et les normes recommandées en ressources humaines</p> <p>1.2 Régulation du secteur médical privé et mise en place un système de suivi fiable des RHS à tous les niveaux, dans le public et le privé, avec l'implication des décideurs nationaux et régionaux</p> <p>1.3 Renforcement de l'application effective et équitable de la réglementation sur la gestion des RHS (Ex : obligation d'exercer hors de la capitale pour les nouveaux recrutés pendant 3 ans, sanction en cas d'abandon de poste, prime de motivation)</p> <p>1.4 Elaboration d'un plan opérationnel sur la base des évidences apportées par l'analyse du marché du travail de la santé.</p> <p>1.5 Développement des mécanismes inclusifs, multisectoriels et efficaces de planification stratégique, de gestion prévisionnelle des ressources humaines pour la santé et de suivi évaluation fiable et actualisé des RHS aux niveaux central et régional</p>

Stratégies	Interventions clés
	1.6 Evaluation de la charge de travail des professionnels de santé (WISN) en vue de la définition des normes en ressources humaines de la santé
2. Former suffisamment de RHS de qualité pour satisfaire les besoins	<p>2.1 Amélioration de la qualité de la formation initiale et continue : des programmes plus adaptés aux besoins des structures sanitaires et des évolutions des techniques et approches de soins et de santé publique</p> <p>2.2 Evaluation, inspection et accréditation des institutions de formation et de prestation de services</p> <p>2.3 Amélioration de la qualité de la formation continue : Un dispositif de formation continue basée sur la formation théorique, les simulations de laboratoire et les stages pratiques sera mise en place pour les prestataires de soins et en capacités managériales pour les équipes centrales du Ministère de la santé et les équipes cadres des DRAS et des Moughataa</p>
3. Mobiliser et fidéliser équitablement les RHS selon les besoins	<p>3.1 Priorisation et définition des activités à mettre en œuvre pour l'accroissement des ressources publiques destinées au financement des ressources humaines de la santé et une collaboration accrue entre le Ministère de la santé, Ministère de la Fonction Publique, Ministère de l'Intérieur, Ministère des Finances en vue d'une gestion déconcentrée, d'un recrutement adéquat et d'un recrutement décentralisé</p> <p>3.2 Révision et actualisation du statut des professionnels de santé</p> <p>3.3 Suivi de la carrière des ressources humaines</p> <p>3.4 Institutionnalisation et régulation de la médecine traditionnelle</p> <p>3.5 Promotion de la contribution de la diaspora à la réalisation des objectifs sanitaires</p>

5.4.4 Sous-programme 4.4 : Infrastructure et équipements

La Mauritanie a déjà fait de grands efforts pour améliorer la couverture des FOSA avec une amélioration significative de l'utilisation des services. Cependant, les défis restent importants. Ainsi, les enquêtes SARA ont estimé une disponibilité moyenne des équipements essentiels de 83% en 2016 pour chuter à 60% en 2018, et une réduction 32% à 19% de la disponibilité moyenne des capacités de diagnostic sur cette période.

D'ici 2030, le résultat suivant est attendu : la couverture des services de santé essentiels correspond aux normes nationales (ODD 3.8.1)

La stratégie sera développée fondamentalement à travers des interventions visant l'élévation du niveau technique et de la capacité de réponse de toutes les formations et services de santé, pour rendre opérationnels les départements et les régions sanitaires.

La définition des normes et standards ainsi que des schémas thérapeutiques standardisés doit contribuer à harmoniser l'offre de soins et permettre à chaque structure de soins en fonction de son niveau dans la pyramide sanitaire de jouer son rôle de référence et contre référence.

L'élaboration des paquets minimums d'activités et des paquets complémentaires de soins de chaque structure de soins doit orienter le type de plateau technique et le type de ressource humaine pour chaque structure pour une offre de soins optimale.

L'extension et l'amélioration de la qualité de l'offre de soins passe par la réhabilitation, la mise à niveau des infrastructures ou la construction au besoin de nouveaux établissements sanitaires notamment au premier niveau de la pyramide sanitaire. La poursuite du développement des pôles d'excellence au niveau national

permet de renforcer considérablement l'offre de soins de référence. Il s'agit de lutter efficacement contre l'inaccessibilité géographique aux soins.

La réhabilitation des plateaux techniques des structures de soins notamment du premier et du troisième niveau de la pyramide de soins contribuera à améliorer la qualité des soins. Ces investissements doivent s'accompagner d'une politique de formation à l'utilisation de ces équipements mais surtout de maintenance de ces derniers.

Ces stratégies de renforcement doivent s'accompagner d'une politique de formation et de gestion de ressources humaines optimale.

La carte sanitaire sera régulièrement mise à jour afin de prendre en compte les différents besoins en matière de mise aux normes des infrastructures, et d'accès et d'utilisation des services essentiels de santé. L'amélioration de la qualité de l'accueil et de la qualité des soins s'impose. Ça exigera des interventions pour pourvoir une gamme élargie de techniciens et spécialistes.

Stratégies	Interventions clés
1. Construire/réhabiliter et équiper suffisamment de FOSA pour garantir une accessibilité géographique et culturelle selon les normes nationales	<p>1.1 Mise en œuvre de la carte sanitaire pour améliorer équitablement l'accès aux services et soins de santé, évaluation régulière et gestion basée sur la satisfaction des besoins et sur les résultats</p> <p>1.2 Mise en œuvre du guide normatif du système de santé publique par rapport aux équipements et infrastructures</p>
2. Renforcer le système de maintenance des FOSA et des équipements pour améliorer l'efficacité et l'efficience des investissements dans la matière	<p>2.1 Développement et mise en œuvre d'une politique/stratégie de maintenance des infrastructures et équipements</p> <p>2.2 Renforcement des capacités de maintenance à tous les niveaux, avec une étude de faisabilité de création d'une unité de maintenance biomédicale</p> <p>2.3 Doter les FOSA d'un budget de maintenance</p> <p>2.4 Inclure la maintenance dans les critères de qualité du paiement basé sur les résultats</p> <p>2.5 Standardisation des équipements, y inclus les dons</p>

5.4.5 Sous-programme 4.5 : Médicaments, autres produits de santé de qualité et sécurité transfusionnelle

Composante 4.5.1 : Médicaments et autres produits de santé

La chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et produits de santé en Mauritanie est caractérisée par des dysfonctionnements, entraînant des perturbations graves dans l'accessibilité des produits de qualité dont la disponibilité moyenne a régressé à 24% dans les formations sanitaires publiques. Les patients vulnérables, qui ne peuvent se permettre d'accéder qu'au système de santé public, sont particulièrement touchés.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendus :

- la Mauritanie a progressé dans son niveau de maturité au « Global Benchmarking Tool » de l'OMS (ISO 9004)³⁸

³⁸ [Microsoft Word - 08_GBT_CT_Rev VI_Ver 1_Nov 2018_final_FRENCH.docx \(who.int\)](#)

- la Mauritanie a mis en œuvre les Plans directeurs quinquennaux de sa PPN
- La proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable a augmenté de xxx en 2020 à xxx (ODD 3.b.3)

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) à l'horizon 2030 crée un cadre unique pour les acteurs et parties prenantes publics et privés du sous-secteur pharmaceutique en Mauritanie. Elle vise à consolider un système pharmaceutique cohérent et efficient, capable d'offrir aux citoyens un accès au niveau de soins approprié et à moindre coût aux médicaments essentiels, vaccins et autres produits de santé de qualité dont ils ont besoin dans des conditions d'utilisation appropriée, pour mener une vie saine et productive. La PPN priorise les 3 axes décrits dans le tableau ci-dessous.

Stratégies	Interventions clés
1. Mettre en place un système pharmaceutique cohérent et efficient pour coordonner et exercer les missions réglementaires pharmaceutiques	<p>1.1 Renforcement de la réglementation pharmaceutique.</p> <p>1.2 Mise en place d'une structure centrale de coordination du sous-secteur sous la tutelle du Secrétariat Général du Ministère de la Santé.</p> <p>1.3 Renforcement des fonctions réglementaires pharmaceutiques pour les rendre effectives.</p> <p>1.4 Renforcement du système d'assurance de la qualité des produits médicaux - y compris le contrôle de la qualité - pour le rendre efficient.</p>
2. Mettre en place un système d'approvisionnement sûr et efficace et une couverture sanitaire universelle	<p>2.1 Renforcement et rationalisation de la chaîne d'approvisionnement et de distribution en médicaments et produits de santé pour la rendre performante de l'importation jusqu'au dernier kilomètre.</p> <p>2.2 Mise en place et application des normes des bonnes pratiques de stockage et de distribution à tous les niveaux dans les secteurs public et privé.</p> <p>2.3 Renforcement des politiques de prix et de financement des médicaments essentiels génériques dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.</p>
3. Renforcer la collaboration pharmaceutique sous-régionale et internationale	3.1 Adhésion aux initiatives globales et régionales pertinentes d'échanges d'expertise, d'harmonisation et de reconnaissance mutuelle, en particulier pour les achats groupés et l'homologation (via le « CRP » de l'OMS ou avec des autorités ayant atteint le niveau 3 au GBT).

Composante 4.5.2 : Sécurité transfusionnelle

Le pays souffre de déficits en matière de don de sang qui ne couvrait que la moitié des besoins en 2017, d'infrastructures et de ressources humaines efficaces compétentes.

D'ici à 2030, le résultat suivant est attendu : les besoins en produits sanguins de qualité sont comblés

Le Plan Stratégique National de la Transfusion Sanguine 2018-2022 qui vise à contribuer à la réduction et à la prévention des infections transmissibles par le sang, le renforcement de la gouvernance du leadership et du management ainsi que des infrastructures et équipements et les ressources humaines des centres de transfusion sanguine sera évalué, suivi du développement d'un nouveau plan. Les donateurs de sang seront fidélisés. Les conditions de prélèvements et de conservation adéquats dans de bonnes conditions et de séparation des différents dérivés sanguins seront priorités ainsi que la promotion de l'utilisation rationnelle des produits sanguins.

Stratégies	Interventions clés
1. Décentraliser et renforcer les capacités du CNTS pour satisfaire les besoins en produits sanguins de qualité	<p>1.1 Evaluation du Plan Stratégique National de la Transfusion Sanguine 2018-2022 et élaboration d'un nouveau plan quinquennal 2023-2027</p> <p>1.2 Renforcement de la gouvernance, du leadership et du management du CNTS par la révision du cadre organisationnel et réglementaire, le renforcement des capacités techniques et gestionnaires des personnels CTS et du système de gestion</p> <p>1.3 Construction/réhabilitation et équipement de CTS régionaux selon les besoins</p> <p>1.4 Définition et mise en œuvre de procédures d'assurance qualité dans la chaîne de collecte, d'analyse et d'utilisation de sang pour contribuer à la réduction et à la prévention des infections transmissibles par le sang</p> <p>1.5 Mise en place d'un système de financement durable de la transfusion sanguine</p>
2. Fidéliser les donateurs de sang	2.1 Création et maintenance d'un pool de donateurs de sang fidèle pour contribuer à la réduction de la mortalité liée au manque de sang et de produits sanguins
3. Promouvoir une utilisation rationnelle du sang	<p>3.1 Création de Comités de transfusion dans chaque hôpital qui développent de guidelines et assurent leur suivi</p> <p>3.2 Développement d'un système de "clignotants" pour repérer les grands utilisateurs de produits sanguins, avec l'établissement de « clignotants » en cas d'alerte et d'un dialogue pour améliorer leur politique de transfusion</p>

5.4.6 Sous-programme 4.6 : Système d'information sanitaire, la recherche en santé et les innovations, et la santé digitale

Composante 4.6.1 : SNIS

Le SNIS a enregistré des améliorations notoires. Le processus d'intégration des principaux sous-systèmes est bien amorcé, une liste consensuelle d'indicateurs a été définie, la migration au logiciel en ligne DHIS2 a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des données. Le défi majeur reste le faible intérêt aux données statistiques traduit par une planification centralisée peu axée sur les résultats.

Résultats d'impact et effets attendus

D'ici à 2030, le résultat suivant est attendu : L'indice de performance des systèmes d'information sanitaire³⁹ atteint un score de 80%.

³⁹ Source: "Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies", OMS, Chapitre 3. Cet indice mesure la performance dans les domaines suivants : enquêtes sanitaires ; l'enregistrement des naissances et des décès ; le recensement ; les rapports des établissements de santé ; le suivi des ressources du système de santé ; la capacité d'analyse, de synthèse et de validation

Cet indice est mesuré par une équipe externe sur la base d'informations largement disponibles dans le domaine public. Les informations sur les sources de données et la disponibilité des données peuvent être compilées à partir des bases de données de l'OMS et de celles d'autres agences internationales. Les informations sur les apports et les ressources sont disponibles dans les rapports de statistiques sanitaires des pays et dans les auto-évaluations réalisées par l'outil développé par le réseau de métrologie sanitaire. Pour les pays qui n'ont pas effectué de telles évaluations, il peut être nécessaire de recueillir des informations par l'intermédiaire des bureaux de pays de l'OMS et d'autres agences et par des contacts directs avec les unités d'information sanitaire et les bureaux de statistiques des pays.

La vision est que tous les indicateurs du PNDS soient renseignés d'une façon qualitative et qu'ils soient utilisés pour la planification, et le suivi et évaluation à tous les niveaux du système de santé selon les besoins.

Un plan stratégique SNIS à l'horizon 2030 assorti de plans opérationnel de 4-5 ans sera développé en tenant compte des résultats et enseignements du plan SNIS de 2017-2020et. Le but est de générer des informations complètes et précises sur la santé et les questions de santé, provenant d'un référentiel de données intégré, et de les utiliser pour une prise de décision fondée sur des preuves à tous les niveaux. Les objectifs stratégiques sont de :

Stratégies	Interventions clés
1. Renforcer les capacités de pilotage du SNIS, de sa gestion et de la mobilisation des ressources.	<p>1.1 Elaboration de textes réglementaires pour le fonctionnement et la gestion des données du SNIS au sein du Ministère de la santé et révision de l'arrêté ministériel portant création du programme SNIS pour son adaptation au nouveau contexte.</p> <p>1.2 Améliorer la représentativité du Comité de pilotage, de coordination et de suivi du SNIS et création d'une commission interdépartementale réunissant les parties prenantes du secteur sanitaire et tous les secteurs qui impactent sur les déterminants de la santé, comme la nutrition, l'éducation et autres</p> <p>1.3 Elaboration, adoption et mise en œuvre d'un plan de financement, d'acquisition, de maintenance et de renouvellement des équipements informatiques, et des mobiliers d'archivage</p>
2. Développer le SNIS et intégrer ses sous-systèmes.	<p>2.1 Amélioration de la gestion et la qualité des données de santé en développant un système standardisé de gestion des données, d'assurance qualité et de communication grâce notamment aux nouvelles technologies en ce domaine.</p> <p>2.2 Le renforcement des ressources humaines du SNIS par la mobilisation de ressources humaines et la formation initiale et continue de RHS spécialisées dans des domaines spécifiques du SNIS ainsi que les acteurs du SNIS à tous les niveaux, spécialement les DRAS et les médecins chefs de moughataa</p> <p>2.3 Mobilisation des ressources matérielles et de l'environnement de technologie de l'information à travers la définition d'une stratégie de multiplication des outils de collecte, d'analyse et d'archivage, l'élaboration d'un plan de renouvellement et de maintenance des équipements informatiques, et l'usage de mHealth</p>
3. Améliorer et élargir la couverture des données de santé avec intégration des sous-systèmes SNIS	<p>3.1 Assurer la couverture du secteur privé et du niveau communautaire</p> <p>3.2 Intégration du secteur public hospitalier entre autres par le biais du développement du dossier médical électronique</p> <p>3.3 Rendre interopérable les systèmes de gestion des informations sur les ressources humaines et financière, les infrastructures de santé, la logistique sanitaire, les laboratoires, les données sur le règlement sanitaire international, et les urgences sanitaires.</p> <p>3.4 Intégration des systèmes d'enregistrement des actes d'état civil, les recensements nationaux, les enquêtes démographiques et les systèmes de surveillance démographique et épidémiologique</p> <p>3.5 Intégration du SIS lié à la Stratégie de Financement Basées sur les Résultats avec définition des indicateurs FBR par niveau et l'élaboration des outils de collecte de données</p> <p>3.6 Intégration des bases de données épidémiologiques</p>
4. Renforcer et institutionnaliser	<p>4.1 Création de tableaux de bord en ligne pour les niveaux central, wilaya et moughata et formation à leur utilisation</p>

Stratégies	Interventions clés
l'utilisation des informations pour une planification, un suivi des performances du PNDS, un retour d'information et une action basée sur des preuves à tous les niveaux	<p>4.2 Décentralisation de l'analyse et de la diffusion de l'information à tous les niveaux, avec encouragement des approches d'auto-évaluation</p> <p>4.3 Création et maintenance d'un système en ligne de publication et d'archivage des politiques et stratégies et des données SNIS sur l'internet</p> <p>4.4 Développement d'un format standardisé des rapports d'activité pour les revues annuelles/semestrielles et leur intégration dans le SNIS</p>

Composante 4.6.2 : La recherche en santé et les innovations

La recherche reste sous-développée, et se limite en ce moment quasiment aux enquêtes et aux recherches épidémiologiques.

D'ici à 2030, les résultats suivants sont attendus :

- Le montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base a augmenté de xxxx en 2020 à xxx (ODD 3.b.2)
- Dix études de recherche sont réalisées et référencées dans des documents politiques, stratégiques, et/ou de planification nationales ou de wilaya ;
- Vingt chercheurs nationaux ont publié des articles dans des journaux internationaux ;
- Une plateforme/centre de connaissance est opérationnel réunissant les chercheurs et décideurs en santé et les prestataires de soins ;
- Un Comité éthique pluridisciplinaire est opérationnel.

La vision est que des études de recherche locale de qualité soient produites pour répondre à des problèmes de santé publique prioritaires et qu'elles soient utilisées pour la prise de décision sur base de preuves probantes.

La recherche va prioriser l'étude des systèmes de santé, des politiques, des stratégies et des plans opérationnels. Des preuves de ce qui fonctionne et comment en Mauritanie seront développées en vue de la création, gestion, diffusion et utilisation des connaissances autour des leviers de succès des soins de santé primaire. Cette recherche devra permettre d'adapter les normes et politiques sanitaires au contexte national, ce qui facilitera leur vulgarisation.

Les recherches couvriront les domaines prioritaires suivants :

- **La gouvernance** : y inclus le leadership, la planification, la coordination, la supervision, et la gestion des ressources humaines aux niveaux opérationnel avec les équipes cadres de Moughata, intermédiaire avec les équipes cadres régionales de Wilaya, et au niveau central, ainsi que la participation communautaire, spécialement le dialogue entre les professionnels de la santé et les communautés pour améliorer l'accès et la qualité des soins ;
- **Financement de la couverture sanitaire universelle** : analyse des mécanismes et des résultats de l'assurance médicale obligatoire et volontaire y compris les mutuelles, évolution et effets de paiement direct par les ménages au niveau local, évaluer le FBR en termes d'impact et surtout d'efficacité aux niveaux opérationnel, intermédiaire et central, et étudier les déterminants et préconditions d'efficacité ; harmonisation et rationalisation des mesures d'exemption de paiement dans les services publics et les programmes nationaux de santé, conditions de réussite du fonds commun santé, financement et gestion des ONG locales de santé

- **Les Ressources humaines** : comment améliorer les formations de base et continue ? Quel est le rôle des primes et autres facteurs de motivation, et du statut dans leur rétention à l'intérieur du pays ? Comment répartir et maintenir les personnels de santé, notamment féminin, dans les zones défavorisées ? Comment éviter et gérer la double pratique dans le secteur public et dans le secteur privé ? Comment contractualiser les relations avec le secteur médical et pharmaceutique privé ?
- **L'offre des soins** : spécialement dans les domaines de la santé maternelle, les médicaments et le système de référence/évacuation ;
- **La protection sociale** : tester l'efficacité des stratégies mises en place ou en cours de mise en place en termes d'accessibilité des plus vulnérables aux soins de qualité et comment les adapter pour qu'elles répondent au mieux aux vulnérabilités socio-économiques/socio-politiques. Les plus vulnérables incluent les indigents, les handicapés, et souvent aussi les malades chroniques. Les stratégies à évaluer incluent la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la Caisse nationale d'assurance santé solidarité (CNASS), les programmes de gratuité, le registre social pour l'identification des indigents, et le cash transfert.
- **La santé urbaine** : adapter les normes et stratégies nationales au contexte urbain pour garantir l'accessibilité aux soins de qualité. Les unités de santé de base se sont avérées peu utiles pour résoudre les problèmes d'équité et de vulnérabilité en milieu urbain, des modèles et stratégies alternatifs devront être développés et pilotés. Ceci inclut entre autres l'élaboration d'une carte sanitaire urbaine, l'adoption de nouvelles approches de gestion de la santé urbaine et la définition de populations cibles et d'outils de pilotage des interventions.

Stratégies	Interventions clés
1. Développer et favoriser des environnements propices à la recherche en santé	<p>1.1 Création de normes et de standards pour les bonnes pratiques de recherche</p> <p>1.2 Investir dans le renforcement des capacités des chercheurs nationaux par la coopération Sud-Sud et Sud-Nord, intégrer cette dimension dans les projets et programmes développés avec les PTF</p> <p>1.3 Création d'un comité éthique avec des représentants du Ministère de la santé, Ministère de l'enseignement, Ministère de la recherche, la Faculté de médecine et l'INRSP et sous l'égide de l'un des trois Ministères</p>
2. Assurer que la recherche influence les structures et les processus décisionnels	<p>2.1 Mise en œuvre de la Déclaration de Bamako : Pour un essor scientifique basé sur la qualité dans l'enseignement et pour l'innovation dans la recherche scientifique, 2016</p> <p>2.2 Création d'une entité de Connaissance à un haut niveau au Ministère de la santé, avec renforcement de la collaboration entre le Ministère de la santé et les Unités de recherche de la Faculté de Médecine et autres.</p> <p>2.3 Elargir le champ de recherche des enquêtes et études épidémiologiques et socio-comportementales à la recherche intégrée (recherche de mise en œuvre) afin de faciliter l'élaboration et l'affinement des politiques et stratégies sanitaires selon les besoins et réalités de terrain</p>

Composante 4.6.3 : Santé digitale

La santé numérique qui est nécessaire pour contribuer à la couverture sanitaire universelle, reste sous-développée en Mauritanie.

D'ici 2030, le résultat suivant est attendu : Un [indice Global de Santé Numérique \(GDHI\)](#) de 4/5 est atteint⁴⁰.

Une politique/stratégie de la santé numérique sera développée et mise en œuvre sur base d'une analyse de situation dans le secteur sanitaire public et privé y inclus la cartographie des ressources humaines et des petites entreprises innovantes en ce domaine.

Les interventions de santé numérique cibleront :

- **les clients** : communication ciblée avec les clients, comme les rappels pour les vaccinations ou les soins, les communications entre pairs, le suivi de la santé personnelle et les rapports des citoyens
- **les prestataires de soins** : identification et enregistrement des clients, dossiers médicaux, outils d'aide à la décision, télémédecine, coordination de l'orientation, formation, gestion des prescriptions et/ou des diagnostics
- **les gestionnaires des systèmes de santé** : gestion des ressources humaines, gestion de la chaîne d'approvisionnement,
- **Enregistrement des faits d'état civil** et statistiques de l'état civil
- **les services de données** : collecte, gestion et utilisation des données, cartographie et échange de données

Stratégies	Interventions clés
1. Développer un cadre institutionnel et organisationnel propice au développement de la santé digitale	<p>1.1 Conduire une analyse situationnelle de la santé digitale dans le secteur sanitaire public et privé y inclus la cartographie des ressources humaines.</p> <p>1.2 Développer et mettre en œuvre une politique/stratégie de la santé numérique</p> <p>1.3 Adoption d'une législation et réglementation qui favorise l'éblouissement de la santé digitale tout en garantissant la confidentialité</p>
2. Mobiliser des ressources et déployer des partenariats public-privé pour le développement et la mise en œuvre d'une stratégie performante de santé numérique qui accroît la résilience des systèmes de santé et améliore leurs services et leur accessibilité	<p>2.1 Renforcement des capacités des ressources humaines pour développer et utiliser des interventions performantes de santé digitale</p> <p>2.2 Mobilisation des ressources financières et matérielles</p> <p>2.3 Pilotage et mise à échelle de projets de dossier médical électronique et autres technologies digitales, comme la télésanté, la formation à distance</p> <p>2.4 Pilotage et mise à échelle de mHealth pour la santé communautaire</p> <p>2.5 Evaluation des projets de pilotage et de mise à échelle</p>

⁴⁰ http://index.digitalhealthindex.org/indicators_info . L'Index Global de Santé Numérique (GDHI) est une ressource numérique interactive qui suit, surveille et évalue l'utilisation de la technologie numérique pour la santé dans tous les pays. Le GDHI utilise sept catégories d'indicateurs clés pour suivre les progrès : Leadership et gouvernance; ii) Stratégie et investissement; iii) Lois, politiques et conformité ; iv) Ressources Humaines ; v) Normes et interopérabilité ; vi) Infrastructure; et vii) Services et applications. Des 6 pays africains où cet indice a déjà été mesuré, 4 ont atteint un score global de 3 et 2 un score de 2.

Chapitre 6 : Cadre de Financement

Ce chapitre présente le volume global du financement nécessaire pour la mise en œuvre du PNDS 2022 – 2030. Cette présentation des besoins financiers du PNDS comprend :

- i) L'évaluation des coûts des interventions à haut impact permettant de lever les goulots d'étranglements identifiés au cours de l'analyse de la situation du secteur en adéquation avec les ODD y compris une analyse du coût global en fonction des différents paramètres,
- ii) L'évaluation des capacités du pays à financer le PNDS à travers l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) sectoriel pour la période 2022-2024
- iii) Les sources potentielles de financement du plan.

6.1 Analyse des besoins financiers du PNDS 2022-2024 et projections 2030

L'estimation des besoins réels de financement du PNDS 2022 - 2030 a été réalisée avec l'outil OneHealth. Cet outil permet d'estimer les coûts des interventions, en fonction des niveaux de leur mise à échelle en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il permet également une estimation des impacts sur la santé.

Cet outil prend en compte les piliers du système de santé estimés en termes de besoins de ressources (pour les ressources humaines, infrastructures, équipement et mobiliers, etc.), mécanismes de mise en œuvre de la gouvernance, d'amélioration du système d'informations sanitaires, d'amélioration des charges des ménages liés aux paiements directs afin de faciliter l'accès financiers aux services sanitaires.

En plus des piliers du système, dans l'estimation du budget, la gestion des programmes a été prise en compte en termes de supervision, de renforcement de capacités, de plaidoyer pour l'amélioration de la politique sanitaire.

Les paramètres suivants ont été déterminants pour l'estimation du coût global du PNDS :

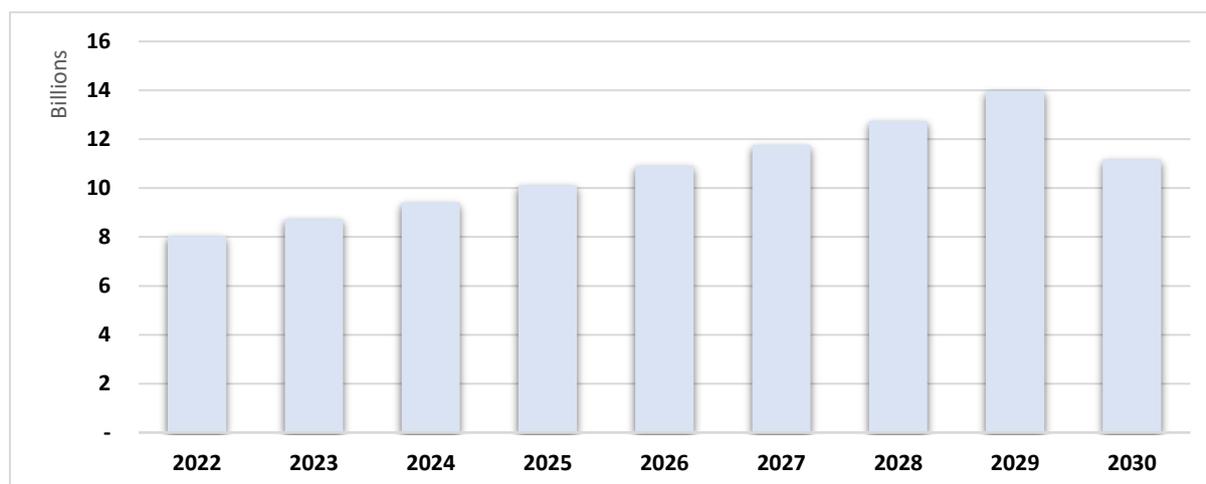
- i) les cibles annuelles de couvertures visées par chaque programme, service et système de santé pour la période 2022 - 2030 ;
- ii) les coûts unitaires extraits des plans des différents programmes, ou estimés en utilisant la méthode qualitative (intuitive⁴¹ et analogique⁴²) ;
- iii) les stratégies et les interventions prioritaires définies pour l'atteinte des objectifs sanitaires liés aux engagements internationaux et nationaux.

Le coût total du PNDS (2022 – 2030) est évalué à **96 milliards MRU** soit un coût moyen annuel de **10 milliards MRU**. Le coût par tête d'habitant est estimé en moyenne à **1 900 MRU soit 55 \$ US** sur la période. La Figure 17 ci-dessous montre les coûts globaux annuels.

⁴¹ La méthode intuitive est basée sur l'expérience de l'estimateur

⁴² La méthode analogique permet d'évaluer le coût unitaire d'une activité par comparaison avec les activités qui ont déjà été réalisées et dont les coûts sont connus

Figure 17 : Evolution annuelle des coûts globaux du PNDS en milliards de MRU



Source : Développement de l'application OneHealth

6.2 Analyse du coût global du PNDS

En fonction des paramètres énumérés ci-dessus, l'outil OneHealth a permis de désagréger le coût global du PNDS par (i) programme prioritaire, (ii) par sous programmes, (iii) par catégorie budgétaire.

6.2.1 Coût par programme du PNDS 2022 – 2030

La répartition du budget selon les programmes du PNDS est présentée dans le Tableau 11 ci-dessous :

Tableau 11 : Budget du PNDS par programme en MRU de 2022 – 2030

Programme	2022-2024	2025-2030	TOTAL en MRU	Pourcentage
Programme 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	558 937 592	1 447 617 160	2 006 554 752	2,1%
Programme 2 : Renforcement de la lutte contre la maladie	796 476 047	1 726 809 233	2 523 285 280	2,6%
Programme 3 : Sécurité sanitaire et préparation et réponse aux situations d'urgences de santé publique	178 066 943	380 906 852	558 973 795	0,6%
Programme 4 : Renforcement du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle	24 669 574 788	67 125 553 791	91 795 128 580	94,7%
Total	26 203 055 370	70 680 887 036	96 883 942 407	100,0%

Source : Développement de l'application OneHealth

L'analyse du tableau montre que le financement du programme 4 : *Renforcement du système de santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle* représente quasiment le budget global du PNDS. Ceci est compatible avec le caractère transversal et de soutien de ce programme aux autres programmes d'actions. A lui seul il renforce tous les éléments du système de santé.

6.2.2 Budget annuel du PNDS par sous programmes prioritaires (en MRU)

Le tableau 12 ci-après donne la répartition du budget par sous programmes prioritaires en MRU.

Tableau 12: Répartition du budget par sous-programmes prioritaires en MRU

Sous Programmes	2022-2024	2025-2030	TOTAL en MRU
Sous-programme 1.1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	110 203 018	288 763 282	398 966 301
Sous-programme 1.2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	448 734 573	1 158 853 878	1 607 588 451
Total Programme 1	558 937 592	1 447 617 160	2 006 554 752
Sous-programme 2.1 : Maladies Transmissibles	693 521 655	1 500 867 676	2 194 389 331
Sous-programme 2.2 : Lutte contre les maladies non transmissibles	102 954 391	225 941 557	328 895 949
Total Programme 2	796 476 047	1 726 809 233	2 523 285 280
Sous-programme 3.1 : Interventions dans les cadres du RSI et Sendai 2015-2030	93 535 372	200 083 539	293 618 912
Sous-programme 3.2 : Prévention et contrôle des infections (PCI) et gestion des déchets biomédicaux	84 531 571	180 823 313	265 354 884
Total Programme 3	178 066 943	380 906 852	558 973 795
Sous-programme 4.1 : Renforcement de la gouvernance et du leadership sectoriel	1 585 737 821	3 995 602 638	5 581 340 459
Sous-programme 4.2 : Financement pour atteindre la CSU	4 083 957 057	10 117 631 268	14 201 588 325
Sous-programme 4.3 : Développement des ressources humaines de qualité	7 429 319 999	29 485 199 997	36 914 519 996
Sous-programme 4.4 : Infrastructure et équipements	9 491 036 504	15 833 483 318	25 324 519 822
Sous-programme 4.6 : Médicaments, autres produits de santé de qualité et sécurité transfusionnelle	1 964 488 407	7 145 733 569	9 110 221 976
Sous-programme 4.7 : Système d'information sanitaire, la recherche en santé et les innovations, et la santé digitale	115 035 000	547 903 000	662 938 000
Total Programme 4	24 669 574 788	67 125 553 791	91 795 128 580
Grand Total	26 203 055 370	70 680 887 036	96 883 942 407

Source : Développement de l'application OneHealth

6.2.3 Dépense annuelle du PNDS en fonction des catégories de dépense (en MRU)

Le tableau 13 ci-dessous présente les affectations budgétaires du PNDS 2022 - 2030 par catégorie de dépenses.

Tableau 13 : Répartition du budget par catégorie budgétaire (en MRU)

Catégories de dépenses	2022-2024	2025-2030	TOTAL en MRU	% du budget global
Renforcement des capacités	194 204 156	446 132 259	640 336 415	0,66%
Supervision	135 139 491	236 627 911	371 767 402	0,38%
Recherche, suivi et évaluation	300 931 174	630 532 249	931 463 423	0,96%
Plaidoyer et communication	223 916 929	472 684 405	696 601 334	0,72%
Gestion et coordination de programme	204 073 519	448 884 602	652 958 120	0,67%
Salaires du personnel et bénéficiaires	7 429 319 999	29 485 199 997	36 914 519 996	38,10%
Infrastructures et Equipements	9 491 036 504	15 833 483 319	25 324 519 823	26,14%
Médicaments et Logistique	2 439 703 720	8 466 205 389	10 905 909 109	11,26%
Financement de la santé	4 083 957 057	10 117 631 269	14 201 588 325	14,66%
Systèmes d'information sanitaire	115 035 000	547 903 000	662 938 000	0,68%
Politique, Leadership et Gouvernance	1 585 737 801	3 995 602 690	5 581 340 491	5,76%
Total final	26 203 055 351	70 680 887 088	96 883 942 438	100%

Source : Développement de l'application OneHealth

L'analyse de la répartition du budget du PNDS par catégories de dépenses montre que les salaires et primes versés aux personnels occupent 38% du budget, ensuite les infrastructures en termes de construction et de réhabilitation, occupent 26% du budget. L'appui dans la prise en charge des indigents dans l'accès financier aux services de santé, la prise en charge de certaines pathologies rares et coûteuses, permet à l'Etat et à la CNAM de consacrer 14,6% des dépenses du PNDS au financement de la santé.

Chapitre 7 : Cadre de mise en œuvre du PNDS

S'appuyant sur les leçons apprises de l'évaluation du PNDS 2017-2020, le dispositif institutionnel envisagé vise une construction progressive mais efficace de l'approche sectorielle qui permettra à terme de (i) renforcer davantage le leadership du Ministère de la Santé, (ii) consolider la coordination technique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) raffermir le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS.

7.1 Rappels des principes directeurs

Comme énoncé dans le corps du document, les principes directeurs qui vont guider la mise en œuvre du PNDS et la répartition des rôles des différents acteurs sont :

- Le district sanitaire est seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires dans le respect des principes d'intégration, de continuité, de globalité des soins centrés sur la personne ;
- La décentralisation administrative et financière effective dans le respect des attributions et missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire
- La mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel et l'institutionnalisation de l'action intersectorielle coordonnée afin d'agir sur les déterminants de la santé ;
- L'harmonisation et l'alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'Etat alloué à la santé et les flux de l'aide internationale soient alignés sur les priorités du PNDS et utiliseront les mécanismes de gestion améliorés mis en place par le Gouvernement
- La responsabilité mutuelle pour les résultats à travers le renforcement des cadres conjoints de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

7.2 Pilotage et coordination du PNDS

La mise en œuvre du PNDS 2022 – 2030 et la coordination des interventions relèvent des organes des administrations nationales, régionales et locales appuyées par les dispositifs institutionnels de pilotage et de coordination du secteur de la santé. Ces organes de coordination veilleront à ce que les Organisations et Associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les PTF soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions de santé.

La coordination des activités de planification sera assurée :

- Au niveau national par la Cellule de Planification et de Coordination (CPC) qui conduira techniquement le processus national
- Au niveau régional, par l'équipe cadre de la DRAS sous l'autorité du conseil de développement socio-sanitaire de la Wilaya
- Au niveau Moughataa, par l'Equipe cadre sous l'autorité du comité de développement socio-sanitaire de la Moughataa ; et

- Au niveau des hôpitaux et établissements par l'équipe directionnelle sous l'autorité des conseils d'administration en conformité avec les orientations de la réforme hospitalière et du renforcement de la gouvernance dans le secteur.

Ces comités seront des cadres intégrateurs des structures gouvernementales, des organisations et associations de la société civile, des acteurs du secteur privé de la santé et des PTFs, en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé. Des textes réglementaires seront révisés ou élaborés pour toutes ces entités de coordination en vue de garantir la réalité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation communautaire à tous les niveaux de mise en œuvre.

7.3 Opérationnalisation du PNDS

Après adoption du PNDS par le Gouvernement, il sera organisé, une table ronde de mobilisation des ressources. Un Compact national sera élaboré et paraphé par chaque partie prenante, pour confirmer les engagements fermes des uns et des autres dans le financement et l'accompagnement technique de la mise en œuvre du plan stratégique.

La mise en œuvre du PNDS nécessitera sa large diffusion et sa vulgarisation auprès des acteurs opérationnels aux niveaux central et décentralisé et auprès des élus nationaux.

L'opérationnalisation du PNDS se fera à travers un système de planification ascendante, évoluant du niveau district vers le niveau central. Cette planification ascendante permettra de disposer de plans opérationnels conformes aux réalités de chaque district sanitaire en lien avec les orientations nationales et le cadrage financier. Elle mobilisera tous les échelons de la pyramide sanitaire.

7.4 Conditions de succès

L'efficacité de la mise en œuvre du PNDS repose sur les principales conditions suivantes :

- Le respect de l'engagement politique pris au plus haut niveau en faveur d'une forte implication du budget dans le social, la santé en particulier ; et pour la réalisation des ODD. Cela devra se traduire en termes de
- renforcement de leadership national,
- mobilisation effective des ressources nécessaires,
- évaluation, régulation et de contrôle efficace à tous les niveaux ;

L'engagement des PTF pour un réel accompagnement technique et financier des stratégies déclinées dans ce PNDS doit être officialisé par un « Compact national » incluant si nécessaire un Fonds Commun santé pour une meilleure prévisibilité et efficacité des ressources externes. La mise en œuvre effective du Panier Commun pourrait constituer une stratégie de respect des engagements contenus dans le Compact. ;

Le renforcement de la participation communautaire qui est un élément clef permettant de réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé de base et garantissant un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de cette stratégie sectorielle. A cela, il faudra associer des initiatives de renforcement des capacités des familles à être elles-mêmes les moteurs du changement des comportements nécessaires à l'amélioration de leur état de santé.

7.5 Réformes requises

Les réformes en cours (Figure 16, page 38) devront être poursuivies

7.6 Analyse et gestion des risques

Malheureusement, les risques identifiés dans le PNDS 2017-2020 restent tous de mise, ainsi que les mesures préventives et de gestion des risques. Ceci signale une faiblesse évidente de gouvernance à tous les niveaux, même si des sérieux efforts ont été entrepris au cours des deux dernières années. Une gouvernance assidue et stricte au plus haut niveau est nécessaire vu les enjeux non seulement en termes de relations de pouvoirs entre les différents groupes professionnels, les politiques, et les agents commerciaux, mais également vu la contribution importante que la santé apporte au développement du capital humain, et donc à l'allègement de la pauvreté.

Par ailleurs, il faudra mieux aligner les objectifs du système de santé et les prestations de services à la culture et la maintenance des valeurs et au contexte, Vu ce qui précède, les risques et les mesures préventives et de gestion des risques du PNDS précédent restent de mise, avec quelques adaptations mineures seulement.

Tableau 14 : Risques, mesures préventives et de gestion des risques

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Faiblesse de la gouvernance du secteur	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités nationales - Révision/élaboration de textes instituant une régulation forte dans le secteur - Mobilisation des moyens et renforcement des capacités de régulation 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des autorités politiques - Amélioration du cadre juridique et renforcement des capacités de gestion
Non mise en œuvre de l'approche communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir le consensus autour de la stratégie communautaire (en présence des niveaux déconcentrés) - Assurer le financement nécessaire pour le démarrage effectif de sa mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir les ambitions de couverture à la baisse - Mener une évaluation indépendante, et prendre les décisions qui s'imposent
Non-respect de la carte sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Implication de toutes les parties prenantes dans le processus d'élaboration de la Carte sanitaire. - Révision et adoption de la Carte sanitaire sous une forme juridique contraignante 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques
Exagération de la mauvaise répartition du personnel au détriment des niveaux opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Instituer le recrutement sur poste - Revoir l'application des primes de zones et de technicité - Mettre à échelle le FBR 	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Réviser les termes d'application des primes de zones et de technicité, et renforcer le suivi de leur application
Les capacités de formation n'arrivent pas à combler les gaps en RHS	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités actuelles de formation des Ecoles publiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Accélérer la libéralisation de la formation des cadres de la santé avec un encadrement et un suivi efficace

Risques identifiés	Mesures préventives	Mesures de gestion du risque
Retard dans la mise en place et dans les décaissements de fonds au profit de la phase pilote de FBR	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités et mobilisation des PTF pour le financement	- Révision à la baisse de certaines ambitions programmatiques
Maintien de la loi cadre pharmaceutique dans son état actuel (sous pression des lobbies d'intérêt)	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités et parlementaires en faveur de la révision de la loi - Implication de l'Ordre national, des associations professionnelles et des compétences nationales et internationales dans la révision de la loi	- Renforcement du plaidoyer politique
Multiplicité des circuits parallèles d'acquisition des médicaments et consommables en liaison avec les programmes verticaux	- Révision de la place, de l'organisation et du fonctionnement des programmes - Institutions de normes et procédures obligatoires en termes d'approvisionnement et de distribution des médicaments consommables	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux
Inefficacité du contrôle de qualité du Médicament, en particulier privé	- Révision et mise en œuvre de la loi cadre pharmaceutique - Renforcement des compétences et implication des institutions ordinales	- Renforcement du plaidoyer politique
Inefficacité du SNIS, insuffisance d'analyse des données collectées, et manque de renseignement des indicateurs de suivi du PNDS	- Poursuite du plan de renforcement du SNIS - Renforcement de la collaboration avec les différentes entités du Ministère et avec l'ONS - Assurer que tous les indicateurs du PNDS soient inclus dans le DHIS2	- Mener une évaluation approfondie et dégager les principales causes - Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux
Insuffisance de mobilisation des ressources financières et/ou réduction des budgets	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Signature d'un Compact avec des engagements réciproques précis en termes de résultats et d'enveloppes budgétaires annuelles	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Révision à la baisse des ambitions du secteur
Multiplicité des procédures de gestion sans mise en commun des fonds, et difficulté dans leur exécution	- Intégration des éléments relatifs au fonds commun dans le Compact et renforcement du système conjoint de suivi et d'évaluation	- Plaidoyer auprès plus hautes autorités et des PTF - Mise en place des garanties nécessaires en termes de transparence dans la gestion des fonds
Maintien du déséquilibre de financement au détriment des niveaux opérationnels	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques - Plaidoyer auprès des PTF - Signature du Compact et respect des engagements	- Plaidoyer auprès des plus hautes autorités politiques

Annexe 1 : ODD et Indicateurs liés à la santé

A/RES/71/313* E/CN.3/2018/2 E/CN.3/2019/2 E/CN.3/2020/2 E/CN.3/2021/2

Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030

Les indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable sont ventilés, le cas échéant, par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, situation au regard du handicap, lieu de résidence ou autres caractéristiques, conformément aux Principes fondamentaux de la statistique officielle¹.

Objectifs et cibles (tirés du Programme de développement durable à l'horizon 2030)

Indicateurs

Objectif 1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde

1.3 Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient

1.3.1 Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables)

1.4 D'ici à 2030, faire en sorte que tous les hommes et les femmes, en particulier les pauvres et les personnes vulnérables, aient les mêmes droits aux ressources économiques et qu'ils aient accès aux services de base, à la propriété foncière, au contrôle des terres et à d'autres formes de propriété, à l'héritage, aux ressources naturelles et à des nouvelles technologies et des services financiers adaptés à leurs besoins, y compris la microfinance

1.4.1 Proportion de la population vivant dans des ménages ayant accès aux services de base

1.5 D'ici à 2030, renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental et leur vulnérabilité

1.5.3 Nombre de pays ayant adopté et mis en place des stratégies nationales de réduction des risques de catastrophe, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030)

1.a Garantir une mobilisation importante de ressources provenant de sources multiples, y compris par le renforcement de la coopération pour le développement, afin de doter les pays en développement, en particulier les pays les moins avancés, de moyens adéquats et prévisibles de mettre en œuvre des programmes et politiques visant à mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes

1.a.2 Proportion des dépenses publiques totales affectée aux services essentiels (éducation, santé et protection sociale)

- 1.b Mettre en place aux niveaux national, régional et international des cadres d'action viables, fondés sur des stratégies de développement favorables aux pauvres et soucieuses de la problématique hommes-femmes, afin d'accélérer l'investissement dans des mesures d'élimination de la pauvreté
- 1.b.1 Dépenses sociales publiques favorables aux pauvres

Objectif 2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

- 2.1 D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès toute l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante
- 2.1.1 Prévalence de la sous-alimentation
- 2.1.2 Prévalence d'une insécurité alimentaire modérée ou grave, évaluée selon l'échelle de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (échelle FIES)
- 2.2 D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées
- 2.2.1 Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans
- 2.2.2 Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille supérieur à +2 écarts types ou inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation)
- 2.2.3 Prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, selon l'état de grossesse (pourcentage)

Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

- 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
- 3.1.1 Taux de mortalité maternelle
- 3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
- 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
- 3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- 3.2.2 Taux de mortalité néonatale

- 3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
- 3.3.1 Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque
- 3.3.2 Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants
- 3.3.3 Incidence du paludisme pour 1 000 habitants
- 3.3.4 Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants
- 3.3.5 Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires
- 3.4.2 Taux de mortalité par suicide
- 3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool
- 3.5.1 Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie
- 3.5.2 Consommation d'alcool (en litres d'alcool pur) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile
- 3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route
- 3.6.1 Taux de mortalité lié aux accidents de la route
- 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
- 3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale
- 3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge
- 3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable
- 3.8.1 Couverture des services de santé essentiels
- 3.8.2 Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé

- 3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol
- 3.9.1 Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant
- 3.9.2 Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats)
- 3.9.3 Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel
- 3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac
- 3.a.1 Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge)
- 3.b Appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, aux médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de cet accord qui ménagent une flexibilité lorsqu'il s'agit de protéger la santé publique et, en particulier, d'assurer l'accès universel aux médicaments
- 3.b.1 Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national
- 3.b.2 Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base
- 3.b.3 Proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable
- 3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement
- 3.c.1 Densité et répartition du personnel de santé
- 3.d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux
- 3.d.1 Application du Règlement sanitaire international (RSI) et degré de préparation aux urgences sanitaires
- 3.d.2 Pourcentage de septicémies causées par un organisme résistant aux antimicrobiens donné

Objectif 4. Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie

- 4.2.1 Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe
- 4.2.1 Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe

Objectif 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

- 5.1 Mettre fin, partout dans le monde, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles
- 5.1.1 Présence ou absence d'un cadre juridique visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application des principes d'égalité des sexes et de non-discrimination fondée sur le sexe
- 5.2 Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation
- 5.2.1 Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge
- 5.2.2 Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par une personne autre que leur partenaire intime, par âge et lieu des faits
- 5.3 Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine
- 5.3.1 Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans ou de 18 ans
- 5.3.2 Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par âge
- 5.5.2 Proportion de femmes occupant des postes de direction
- 5.6 Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi
- 5.6.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative
- 5.6.2 Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine

Objectif 6. Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1 D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable | 6.1.1 Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité |
| 6.2 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable | 6.2.1 Proportion de la population utilisant a) des services d'assainissement gérés en toute sécurité et b) notamment des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon |
| 6.3 D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant nettement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau personnes qui manquent d'eau | 6.3.1 Proportion des eaux usées d'origine ménagère et industrielle traitées sans danger |
| 6.b Appuyer et renforcer la participation de la population locale à l'amélioration de la gestion de l'eau et de l'assainissement | 6.b.1 Proportion d'administrations locales ayant mis en place des politiques et procédures opérationnelles encourageant la participation de la population locale à la gestion de l'eau et de l'assainissement |

Objectif 8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.8 Défendre les droits des travailleurs, promouvoir la sécurité sur le lieu de travail et assurer la protection de tous les travailleurs, y compris les migrants, en particulier les femmes, et ceux qui ont un emploi précaire | 8.8.1 Nombre d'accidents du travail mortels et non mortels par 100 000 travailleurs, par sexe et statut au regard de l'immigration |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Objectif 9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.7 Faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sûre, régulière et responsable, notamment par la mise en œuvre de politiques migratoires planifiées et bien gérées | 10.7.3 Nombre de personnes décédées ou disparues lors de la migration vers une destination internationale |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Objectif 11. Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.5 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de personnes tuées et le nombre de personnes touchées par les catastrophes, y compris celles qui sont liées à l'eau, et réduire nettement la part du produit intérieur brut mondial représentée par les pertes économiques directement imputables à ces catastrophes, | 11.5.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

l'accent étant mis sur la protection des pauvres et des personnes en situation vulnérable

11.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, en particulier des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées, à des espaces verts et des espaces publics sûrs

11.7.2 Proportion de personnes victimes de harcèlement physique ou sexuel, par sexe, âge, situation au regard du handicap et lieu des faits (au cours des 12 mois précédents)

11.b D'ici à 2020, accroître nettement le nombre de villes et d'établissements humains qui adoptent et mettent en œuvre des politiques et plans d'action intégrés en faveur de l'insertion de tous, de l'utilisation rationnelle des ressources, de l'adaptation aux effets des changements climatiques et de leur atténuation et de la résilience face aux catastrophes, et élaborer et mettre en œuvre, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030), une gestion globale des risques de catastrophe à tous les niveaux

11.b.1 Nombre de pays ayant adopté et mis en place des stratégies nationales de réduction des risques de catastrophe, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030)

11.b.2 Proportion d'administrations locales ayant adopté et mis en place des stratégies locales de réduction des risques de catastrophe, conformément aux stratégies suivies à l'échelle nationale

Objectif 13. Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions³

13.1 Renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat

13.1.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes

13.1.2 Nombre de pays ayant adopté et mis en place des stratégies nationales de réduction des risques, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030)

13.1.3 Proportion d'administrations locales ayant adopté et mis en place des stratégies locales de réduction des risques de catastrophe, conformément aux stratégies suivies à l'échelle nationale

Objectif 16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

16.1 Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés

16.1.1 Nombre de victimes d'homicide volontaire pour 100 000 habitants, par sexe et âge

16.1.2 Nombre de décès liés à des conflits pour 100 000 habitants, par sexe, âge et cause

16.1.3 Proportion de la population victime a) de violences physiques, b) psychologiques ou c) sexuelles au cours des 12 mois précédents

16.2 Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants

16.2.3 Proportion de jeunes femmes et hommes de 18 à 29 ans ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans

16.9 D'ici à 2030, garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances

16.9.1 Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été enregistrés par une autorité d'état civil, par âge

Objectif 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser

17.18 D'ici à 2020, apporter un soutien accru au renforcement des capacités des pays en développement,

17.18.1 Indicateur de capacité statistique pour le suivi des objectifs de développement durable

17.19 D'ici à 2030, tirer parti des initiatives existantes pour établir des indicateurs de progrès en matière de développement durable qui viendraient compléter le produit intérieur brut, et appuyer le renforcement des capacités statistiques des pays en développement

17.19.2 Proportion de pays qui a) ont procédé à au moins un recensement de la population et du logement au cours des 10 dernières années, et b) ont atteint un taux

d'enregistrement des naissances de 100 pour cent et un taux d'enregistrement des décès de 80 pour cent