

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

MAURITANIE

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009-2013

République islamique de Mauritanie

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1201

(NLM Classification: WA 540 HM48)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	iv
PRÉFACE	vii
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 ANALYSE DE LA SITUATION : DÉFIS SANITAIRES ET DE DÉVELOPPEMENT	2
2.1 Tendances démographiques	2
2.2 Tendances socio-économiques	2
2.3 Réforme du secteur public et gouvernance	3
2.4 Système de santé	3
2.5 Profil sanitaire	6
2.6 Bilan de la stratégie de coopération	10
2.7 Principaux problèmes et défis du secteur	11
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT : FLUX, INSTRUMENTS ET COORDINATION	12
3.1 Tendance de l'aide	12
3.2 Principales agences de développement	12
3.3 Modalités de l'aide et mécanismes de coordination	13
SECTION 4 CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	14
4.1 But et mission de l'OMS : Orientations mondiales et régionales	14
4.2 Fonctions essentielles	14
4.3 Orientations stratégiques	14
4.4 Priorités mondiales	15
4.5 Priorités régionales	15
4.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau du pays	16
SECTION 5 COOPERATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LA MAURITANIE	17
5.1 Bref aperçu de la coopération de l'OMS avec la Mauritanie	17
5.2 Domaines prioritaires de la coopération OMS avec la Mauritanie	18
5.3 Coopération de l'OMS avec les autres partenaires	18
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUES DE L'OMS POUR LA MAURITANIE	19
6.1 Généralités et cadre conceptuel du choix des axes stratégiques	19
6.2 Axes stratégiques	20
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE POUR L'OMS	24
7.1 Implications pour le bureau de la représentation de l'OMS	24
7.2 Coopération avec le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales	24
7.3 Coopération avec les autres partenaires	25
7.4 Implications pour le Siège et le Bureau régional	25
SECTION 8 SUIVI ET EVALUATION	26
CONCLUSION	27

ABRÉVIATIONS

APD	:	Aide publique au développement
AVC	:	Accident vasculaire cérébral
BAD	:	Banque africaine de développement
BM	:	Banque mondiale
CAMEC	:	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CBMT	:	Cadre budgétaire à moyen terme
CCA	:	Bilan commun de pays
CHN	:	Centre hospitalier national
CSLP	:	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DMH	:	Direction de la médecine hospitalière
DPCIS	:	Direction de la planification, de la coopération de l'information sanitaire
DSSB	:	Direction des services sociaux de base
DPL	:	Direction de la pharmacie et du laboratoire
DLM	:	Direction de la lutte contre la maladie
DPM	:	Direction de la pharmacie et des médicaments
EDSM	:	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EVCI	:	Espérance de vie corrigée de l'incapacité
FAO	:	Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la population
GTZ	:	Coopération technique allemande
HTA	:	Hypertension artérielle
IRA	:	Insuffisance respiratoire aiguë
KFW	:	Coopération financière allemande
MICS	:	Enquête à indicateurs multiples (Unicef)
Wilaya	:	Région/Moughataa : département ou district
MS	:	Ministère de la Santé
NPO	:	Chargé de programme national
NU	:	Nations Unies
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	:	Plan de consolidation et de relance
PHAST	:	Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement

PEV	:	Programme élargi de vaccination
PIB	:	Produit intérieur brut
POAS	:	Plan opérationnel annuel de la santé
PTHG	:	Plan triennal à horizon glissant
PPN	:	Politique pharmaceutique nationale
PPTE	:	Pays pauvres très endettés
PREF	:	Programme de redressement économique et financier
PSI	:	Programme spécial d'intervention
PNLTL	:	Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre
SCP	:	Stratégie de coopération avec les pays
SNIS	:	Système national d'information sanitaire
UNDAF	:	Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USB	:	Unité de santé de base
VIH/SIDA	:	Syndrome de l'immunodéficience acquis
PSI	:	Programme Spécial d'Intervention (Initiative du Président de la République)
Plan ORSEC	:	Plan d'Organisation des Secours
PC/SNU	:	Plan de Contingence des Nations Unies

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

SECTION 1

INTRODUCTION

Le présent document constitue la deuxième génération de stratégie de coopération (SCP) entre la Mauritanie et l'OMS pour la période 2009-2013. La SCP constitue le cadre de référence pour le travail de l'ensemble de l'Organisation en Mauritanie. Elle a pour objectif de préciser les domaines d'intervention prioritaires et les modalités de la coopération au cours des cinq prochaines années à travers le budget programme et les plans de travail. Cette stratégie de coopération actualisée sous l'approche des droits humains est en harmonie avec Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) de transition 2009-2010. Elle se donne aussi pour référence le Deuxième cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (2006-2010) adopté par la Mauritanie et met en œuvre les nouvelles orientations du Onzième programme général de Travail 2006-2015, le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, ainsi que les orientations régionales 2005-2009. Elle s'inscrit également dans le cadre du processus d'harmonisation des pratiques et de renforcement de l'efficacité de l'aide engagé par le gouvernement avec ses partenaires de développement. Elle promeut la mesure de l'efficacité à travers la gestion axée sur les résultats par un dispositif conjoint de pilotage et de suivi d'indicateurs de réalisation.

L'actualisation de la stratégie de coopération de l'OMS avec la Mauritanie a été faite dans un processus dynamique et participatif impliquant non seulement le Ministère de la Santé mais aussi les principaux acteurs du développement sanitaire et la société civile. Elle est intervenue dans le contexte d'un climat social et politique apaisé, marqué principalement par la mise en place des nouvelles institutions démocratiques, l'adoption de la loi abolissant l'esclavage, le retour des réfugiés mauritaniens, l'amélioration des ressources nationales par l'exploitation pétrolière, l'engagement renouvelé des autorités à accélérer l'atteinte des OMD et des partenaires de développement lors de la dernière réunion du groupe consultatif tenue à Paris en fin 2007, la menace d'insécurité alimentaire du fait de la flambée des prix des produits de consommation courante.

À la fin de la mise en œuvre de la première stratégie de coopération avec le pays, l'analyse de la situation a permis d'identifier les défis et problèmes majeurs de santé auxquels les populations et le système de santé mauritanien sont confrontés. Les participants à l'exercice ont alors formulé les orientations stratégiques pour l'action commune de l'OMS en tenant compte de son mandat, de ses missions et de ses avantages comparatifs.

Il s'agit d'appuyer davantage les politiques et les plans stratégiques du Ministère de la Santé, de travailler en synergie avec les autres agences de développement, d'élargir et d'approfondir le partenariat. Dans ce cadre, sept axes d'intervention ont été choisis pour la période 2009-2013 couverte par la SCP, à savoir : 1) la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ; 2) la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ; 3) la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et à potentiel épidémique ; 4) le renforcement du système de santé, y compris le développement des ressources humaines ; 5) la gestion des conséquences sanitaires des situations d'urgence et des catastrophes ; 6) la promotion de la santé ; 7) le développement de partenariats en faveur de la santé.

SECTION 2

ANALYSE DE LA SITUATION : DÉFIS SANITAIRES ET DE DÉVELOPPEMENT

2.1 TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES

La République islamique de Mauritanie, limitée au nord par le Sahara occidental et l'Algérie, à l'est par le Mali, au sud par le Mali et le Sénégal et à l'Ouest par l'Océan Atlantique, couvre une superficie de -1 030 700 km² pour une population de 3 075 267¹ habitants, composée d'Arabes, de Hal Pulaars, de Soninkés et de Wolofs. Cette population est majoritairement jeune (50 % ont moins de 18 ans) et les femmes en représentent 51,3 %, ce qui se traduit par une pression considérable sur la demande des différents services sociaux. L'espérance de vie à la naissance est de 55 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes, l'espérance de vie en bonne santé est respectivement de 43 ans pour les hommes et de 46 ans pour les femmes. Le taux de croissance démographique actuel est de 2,4. En outre, on observe une urbanisation rapide (58 %) et une sédentarisation accélérée des nomades. Ainsi, la capitale abrite à elle seule, 611 883 de personnes, soit 24 % de la population totale et connaît un taux de croissance d'environ 4 % par an. Cette urbanisation accélérée s'est traduite par l'émergence de nombreux quartiers périphériques caractérisés par un habitat précaire et une offre très déficitaire en matière de services sociaux de base.

2.2 TENDANCES SOCIO-ÉCONOMIQUES²

Les principales ressources nationales proviennent du commerce, du secteur minier, de la pêche, de l'élevage et, dans une moindre mesure, de l'agriculture. Le démarrage de l'exploitation pétrolière en 2006 fera passer le PIB par habitant de US \$420 à US \$1500 d'ici à 2010.

La croissance économique enregistrée sur la période 2001-2004 est restée soutenue avec un taux moyen de 5,2 %. Mais, ce niveau est inférieur aux prévisions initiales du CSLP (+6 % par an sur la période), jugées nécessaires pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté.

L'incidence de la pauvreté monétaire a diminué, passant de 51 % en 2000 à 46,7 % en 2004, néanmoins la pauvreté continue d'être un phénomène rurale et multidimensionnel en ce qu'elle touche à la fois les revenus, les conditions de vie et les potentialités.

L'organisation avec succès du Groupe consultatif en décembre 2007 a été l'occasion pour les partenaires techniques et financiers, d'annoncer des contributions financières substantielles

¹ ONS, bulletin trimestriel de conjoncture juin 2007.

³ MS 2007: Base de données du personnel.

2.3 RÉFORMES DU SECTEUR PUBLIC ET GOUVERNANCE

La mise en œuvre d'un programme de transition démocratique engagé le 3 août 2005 par le Conseil militaire pour la justice et la Démocratie (CMJD) s'est achevée par la révision de la constitution, l'organisation des élections municipales, parlementaires, sénatoriales et présidentielles en mars 2007. Toutes les Institutions d'un État de droit fonctionnent.

La faiblesse des capacités de l'Administration, de la société civile et du secteur privé continue à freiner les performances d'ensemble dans le cadre de la mise en œuvre du CSLP. Un plan national de Bonne Gouvernance qui couvre le renforcement de l'administration publique et les institutions démocratiques est en cours de mise en œuvre. Il importe également de noter l'adoption du Plan national d'action en matière des Droits de l'Homme (PNADH), partie intégrante du Programme national de Bonne Gouvernance (PNBG).

2.4 SYSTÈME DE SANTÉ

2.4.1 Politique de santé

Les résultats de l'évaluation du Plan directeur 1998-2002 et les leçons tirées de la mise en œuvre de l'approche sectorielle ont permis d'élaborer une Politique de santé pour la période 2006-2015. Le cadre budgétaire à moyen terme, (CBMT) pour la période 2002-2004 est en cours d'actualisation, couvrira la période 2009-2011 et établira un lien entre la Politique de santé à travers un programme de développement sectoriel détaillé qui identifie les priorités et fixe les objectifs à atteindre d'ici la fin du moyen terme et une estimation détaillée des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour conduire les activités du programme.

2.4.2 Organisation des services de santé

Le décret n°087-2007 fixe les attributions du Ministère de la Santé et l'organisation du département. Le système de santé est du type pyramidal et calqué sur le découpage administratif. Il existe 4 niveaux de prestations de services :

- a) **Niveau central** : le Cabinet du Ministre et ces 08 Directions centrales ; les établissements sous tutelle comprenant la Centrale d'Achat de Médicaments (CAMEC), l'Institut national de Recherches en Santé publique (INRSP) ; la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, l'École nationale de Santé publique ; 04 Centres hospitaliers dont la capacité varie de 450 lits (pour le CHN) à 60 lits localisés à Nouakchott, 01 Centre national de Transfusion sanguine (CNTS).
- b) **Niveau régional** : La Direction régionale de la Santé ; 04 Centres hospitaliers (Assaba, Gorgol, HEC, NDB) et 5 hôpitaux régionaux qui sont situés dans les chefs-lieux des wilayas d'Adrar, Brakna, Guidimakha, HEG et le Tagant. Le taux d'occupation moyen de lit est de 39 % et leur capacité fonctionnelle très variable.
- c) **Niveau départemental** : 2 hôpitaux départementaux situés en Adrar et au Tarza et 67 centres de santé dont 12 de type A (plus de 10 lits d'hospitalisation, un laboratoire, un service de radiologie et un service de chirurgie dentaire) et 55 de type B (moins de 10 lits d'hospitalisation dont 4 pour la maternité et un petit laboratoire).
- d) **Niveau périphérique** : Les postes de santé dirigés par des infirmiers sont actuellement au nombre de 411 inégalement répartis entre les wilayas du pays. Dans la plupart des structures de santé de ce niveau, l'essentiel des activités se résume à la consultation

du jour, aux activités préventives dont la vaccination et aux consultations prénatales. L'accessibilité géographique est de 69 % dans un rayon de 5 km.

Le secteur parapublic se compose essentiellement des structures de la médecine du travail, des services de santé de l'armée et du service médical de la SNIM. La contribution de ce secteur dans la couverture n'est pas documentée malgré son importance et son action souffre de la faiblesse de la coordination avec le système public

Le secteur privé a connu un développement important au cours des dernières années, en particulier au niveau de Nouakchott et des grandes villes. Cependant, ce secteur connaît des insuffisances en termes de contrôle de la qualité et de supervision.

La médecine traditionnelle reste largement pratiquée sur l'ensemble du territoire national, mais sa prise en compte dans le système national de santé est encore faible.

La politique de santé donne une place de choix à la participation communautaire mais les comités de gestion ne sont pas fonctionnels.

2.4.3 Ressources humaines

Le département de la santé a élaboré un plan stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH) 2005/2015 qui comprend 4 axes :

- la production des RH ;
- la rétention et la fixation des RH ;
- le développement des compétences ;
- la sensibilisation/suivi.

Tableau des effectifs et ratio du personnel du secteur public³

EFFECTIF PERSONNEL DE SANTÉ	RATIO CATÉGORIE DE PERSONNEL DE SANTÉ/NOMBRE D'HABITANTS
412 médecins	1 médecin/ 6796 habitants
366 sages-femmes	1 sage-femme/7650 habitants
2147 personnels infirmiers (*IDE, *IMS, *TS, *TSS)	1 infirmier/1304 habitants
77 pharmaciens	1 pharmacien/36363 habitants
76 chirurgiens-dentistes	1 chirurgien-dentiste/36842 habitants

*IDE = Infirmier diplômé d'État ; IMS = Infirmier médico-social ; TS = Technicien de santé.
TSS = Technicien supérieur de santé.

En 2008 les effectifs du Ministère de la Santé étaient de 4885 agents dont 39 % de femmes. Ce personnel est inégalement réparti au niveau du territoire national avec un déficit important au niveau des structures sanitaires périphériques.

2.4.4 Médicaments essentiels

La Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables (CAMEC) et la Direction de la pharmacie et du laboratoire (DPL) sont chargées de la mise en œuvre de la politique nationale pharmaceutique. Une nette amélioration de la disponibilité des médicaments et des consommables a été constatée. La tarification des médicaments essentiels vendus au niveau des structures publiques a fait l'objet d'un arrêté d'application du décret révisant le système de recouvrement des coûts ; cet arrêté prend en compte les problèmes d'accessibilité des médicaments aux populations, en particulier les plus pauvres, et de continuité de l'approvisionnement des structures en médicaments et consommables essentiels.

Le laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments n'est pas encore fonctionnel et l'inspection pharmaceutique ne se fait que de façon irrégulière. Par ailleurs, Les tradipraticiens organisés en une association (ATM) en place depuis 2003, utilisent des méthodes et plantes diverses qui ne sont pas institutionnalisées.

De surcroît, le système de santé ne garantit pas encore la disponibilité permanente, à tous les niveaux, de médicaments, de vaccins et de consommables essentiels, et à des prix abordables. Les hôpitaux tertiaires ne sont pas intégrés dans le système public d'approvisionnement ce qui induit l'inaccessibilité financière des prestations de ces structures. L'évaluation de la Politique nationale, ainsi que la révision de la loi pharmaceutique, permettront d'intégrer les normes et les spécifications nécessaires pour mieux garantir l'accès, l'innocuité, et l'usage rationnel des produits pharmaceutiques.

2.4.5 Financement de la santé

Le budget de fonctionnement alloué au secteur de la santé était autour de 5 % entre 2007 et 2008, ce qui est bien loin des 15 % préconisé par le sommet d'Abuja. La dépense publique par habitant, se situe autour de US \$14, ce qui reste en deçà du minimum recommandé par l'OMS pour fournir un ensemble essentiels d'interventions de santé publique qui est de US \$34 par personne et par an. Des mécanismes de partage de risque tels que les mutuelles de santé et le forfait obstétrical sont en cours d'expérimentation. L'étude sur le recouvrement des coûts et la mise en œuvre des comptes nationaux de santé en cours permettront d'apprécier l'importance de la participation communautaire ainsi que les flux financiers par les partenaires techniques et financiers.

2.4.6 Système d'information sanitaire et recherche

La réforme du système national d'information sanitaire engagée en 1998 a connu d'importantes améliorations en termes de collecte, de transfert et d'analyse des données par l'acquisition d'un logiciel pour la saisie et l'analyse des données (Maurisis), le recrutement d'un personnel additionnel, l'informatisation des DRPSS et la formation de leur points focaux, l'organisation de supervisions régulières et la révision des supports et du logiciel du SNIS avec intégration du volet IST/VIH/sida en 2006 sont autant d'éléments qui ont contribué au taux moyen de recouvrement des rapports qui est de (80 %). Toutefois, la qualité des données collectées reste très insuffisante et ne couvre ni les niveaux secondaire et tertiaire, ni les structures privées. Les résultats de l'analyse de la situation en cours permettront d'élaborer un plan de renforcement du SNIS plus intégré.

La recherche dans le domaine de la santé demeure timide et ses activités parcellaires, cependant la mise en place d'un Institut de Recherche en Santé publique pour promouvoir la collaboration scientifique constitue un signe de préoccupation des pouvoirs publics en faveur du développement de la recherche.

2.5 PROFIL SANITAIRE

1. Principaux indicateurs¹

Indicateurs socio-économiques en 2007	
Superficie	1.030 700 km ²
Population totale :	3.075.267habitants
Taux d'accroissement annuel :	2.4 %
Densité	3 habitants/ km ²
Produit intérieur brut (PIB) :	913 \$US/hab
Dépenses en santé par habitant	12 \$ US
Seuil de pauvreté :	46,7 %
Taux d'urbanisation :	56, 9 %
Accès à l'eau potable :	51 %
Accès à un assainissement adéquat	38%
Espérance de vie à la naissance :	55 ans (Hommes), 60 ans (Femmes)
Taux de couverture vaccinale DTC3	75%
Taux de couverture vaccinale VAR	67%
Taux de mortalité néonatale	43/1000
Taux de mortalité infantile :	77/1000
Taux de mortalité infanto juvénile :	122/1000
Taux de mortalité maternelle :	686/100 000 naissances vivantes
Séroprévalence chez les femmes enceintes	0,8 %
Taux brut de natalité :	42,6/1000
Taux brut de mortalité :	13/1000
Indice synthétique de fécondité :	4,7
Taux brut de scolarisation :	95,1 %
Taux d'alphabétisation des adultes	Hommes : 49 %, Femmes : 28 %
Indice de développement humain :] 0,500 et 0,799

Selon le rapport sur le développement humain durable 2007, la Mauritanie occupe le 137^{ème} rang qui la place parmi les pays à développement humain moyen. Bien que l'espérance de vie à la naissance soit bonne, la réactivité du système de santé mauritanien est encore faible. Ainsi, l'espérance de vie en bonne santé est de 43 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes et la mortalité maternelle demeure à un niveau inacceptable. Le rapport

d'évaluation CSLP montre qu'au rythme actuel, la Mauritanie n'atteindrait pas les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015.

2.5.1 Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles continuent de représenter la cause majeure de mortalité, de morbidité et des handicaps dans tous les groupes d'âge. Les pathologies couramment rencontrées sont les infections respiratoires, le paludisme et les diarrhées auxquelles s'ajoutent entre autres, les endémo-épidémies (tuberculose, VIH/sida, maladies cibles du PEV).

L'incidence de la **tuberculose** a été estimée à 9626 cas en 2006. Le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre (PNLTL) a enregistré 3117 cas de tuberculose en 2006. La couverture en DOTS était de 82 % en 2006. L'implication du secteur privé et de la société civile est encore insuffisante. Le plan de collaboration tuberculose-VIH devra être finalisé et adopté.

Concernant le **VIH/sida**, le nombre de cas estimés en 2007 était de 14 100 et la séroprévalence chez les femmes enceintes de + 0,57 %⁵. La connaissance de la population sur la transmission de la maladie est encore faible : seuls 20,1 % des femmes et 40,4 % des hommes affirment connaître deux méthodes de prévention du VIH/sida (MICS). Au niveau de la prise charge thérapeutique le nombre cumulé de personnes suivies par le CTA en fin 2007 était de 1601, dont 842 sous traitement. La mise sous traitement qui était centralisée au niveau du CTA de Nouakchott est en cours de décentralisation au niveau de trois hôpitaux régionaux.

Le **paludisme** constitue un problème de santé publique majeur. Il est le troisième motif de consultation au niveau des structures sanitaires où 250 000 à 300 000 cas sont enregistrés annuellement. Le paludisme représente la 1^{ère} cause de décès dans les wilayas endémiques, où il est responsable de 60 % des motifs d'hospitalisation. Suite à l'apparition de la résistance à la chloroquine en Mauritanie, le protocole de traitement du paludisme simple a été révisé et le pays a opté pour une combinaison thérapeutique aux antipaludiques à base d'Artémisinine mais la disponibilité de ces nouvelles molécules fait encore défaut. Environ 56,6 % des ménages disposent d'au moins une moustiquaire et 12 % seulement des ménages disposent de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MICS). La chimioprophylaxie antipaludique est faite par environ 43 % des femmes enceintes.

La **schistosomiase** constitue un réel problème de santé publique qui touche près de 60 % de la population dans les wilayas endémiques⁶. La forme urinaire est endémique depuis des décennies, alors que la forme intestinale est émergente et évolue rapidement suite à la construction des barrages de Diama et de Manantali et aux aménagements hydro-agricoles le long de la vallée du fleuve Sénégal et à l'insuffisance des mesures de prévention.

Les maladies à potentiel épidémique constituent une préoccupation majeure dans le pays. Au cours de la dernière décennie, la Mauritanie a connu plusieurs épidémies de maladies transmissibles : choléra, diarrhées sanglantes, paludisme, méningite cérébro-spinale, fièvre de la vallée du Rift et fièvre de Crimée-Congo. Pour y faire face, un système d'alerte précoce des principales maladies épidémiques a été mis en place.

L'appropriation insuffisante par les districts sanitaires de la Surveillance intégrée de la Maladie et la Réponse (SIMR) et la très faible implication des communautés limitent

⁵ Enquête nationale de séroprévalence chez les femmes enceintes 2001.

⁶ Enquêtes CNH/MSAS 1998 et 1999.

considérablement l'efficacité du système de santé. Une réactualisation du guide technique pour la SIMR pour y inclure les recommandations du Règlement sanitaire international 2005 est prévue en 2008.

2.5.2 Maladies non transmissibles

Les maladies émergentes liées aux facteurs environnementaux et/ou aux changements comportementaux des individus et des collectivités sont particulièrement dominées par: i) les maladies cardiovasculaires, ii) les cancers, iii) les maladies mentales, iv) le diabète, v) les effets sanitaires de la consommation de tabac et de substances psychotropes, ainsi que la recrudescence de pathologies broncho-pulmonaires liées à la pollution atmosphérique et de maladies professionnelles.

L'enquête **STEPS WISE 2006-2007** dans la wilaya de Nouakchott a permis de déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle (22,4 %), au niveau de toute la population enquêtée soit 20,3 % chez les hommes et de 23,8 % chez les femmes. L'obésité (20,9 %), des personnes enquêtées et 25,7 % ont une surcharge pondérale (IMC 25-29,9). Le diabète : 6 % des personnes enquêtées sont diabétiques (glycémie à jeun ³ 126 mg/dl); la cholestérolémie est élevée chez 14,8 % des personnes enquêtées (cholestérolémie supérieure à 200 mg/dl).

L'enquête a permis de mesurer l'ampleur des différents facteurs de risque retrouvés, en particulier l'inactivité physique, la consommation de tabac et la faible consommation de fruits et légumes. Par ailleurs, l'urbanisation, l'insécurité sociale en rapport avec la perte des repères socioculturels ont eu comme corollaire l'augmentation des troubles mentaux au sein de la population. L'enquête sur la santé mentale parmi la population générale réalisée à Nouakchott en 2003 avait donné la présence d'au moins un trouble chez 32 % de la population, dont 20 % de troubles anxieux, 19 % de troubles dépressifs et 2 % d'états psychotiques

Les accidents de la circulation routière ont augmenté d'une manière significative. Ils sont passés de 251 à 356 dans la région du Trarza entre 2001 et 2006.

La cécité reste l'un des handicaps les plus répandus, en particulier dans les groupes défavorisés de la population. En effet, une étude menée en 2003 montre une prévalence de 1,4 % dans la population générale⁷. Les deux principales causes de cécité sont la cataracte et le trachome. La moitié des cataractes subissent un traitement traditionnel. **Le trachome** sévit sous forme de poches hyperendémiques, en particulier dans les zones du centre et du nord du pays. La prise en charge de ces maladies à l'étranger, qui représente 36 % des évacuations (vers le Maroc, la Tunisie et la France), grève sérieusement le budget de l'État avec plus de US \$2 800 000 de dépenses environ par an.

2.5.3 Risques liés à l'environnement

L'urbanisation accélérée et massive ayant entraîné la multiplication des zones d'habitat spontané, l'accentuation du déficit en équipements collectifs, l'absence d'une planification urbaine et la paupérisation de la population ont fortement contribué à la dégradation de l'environnement et favorisé des modes de vie très précaires. Cette situation expose à des risques importants sur la santé et explique la prévalence assez élevée des maladies décrites ci-dessus.

⁷ Enquête nationale de cécité, PNLC, 2003.

L'enquête MICS 2007 montre que 49 % des Mauritaniens n'ont pas accès à une eau de boisson saine, 62 % n'ont pas de toilettes, moins de 40 % des ordures ménagères des villes sont collectées et déversées à la périphérie de manière incontrôlée, la mise en œuvre du plan d'action de gestion des déchets biomédicaux laisse à désirer. Cette situation est aggravée par l'adoption de pratiques et de comportements compromettant fortement la bonne santé des populations.

Des situations d'urgence ont également touché de plein fouet le pays au cours de ces dernières années dont les plus récentes ont été les inondations de juillet à septembre 2007 qui ont affecté plus de 30 000 personnes en provoquant la détérioration de la situation sanitaire et nutritionnelle et accentuant ainsi la précarité de la situation de ces populations. Un plan d'action national de prévention et de gestion des risques de catastrophes a été adopté mais on constate des faiblesses dans l'application des textes et dans la coordination.

2.5 4 Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Le taux de mortalité maternelle (686 décès maternels pour 100000 naissances vivantes) encore élevé est essentiellement dû aux grossesses précoces et rapprochées, à une insuffisance dans la qualité du suivi des grossesses et à une faible accessibilité (36 % des besoins satisfaits) aux SONU et aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité (césarienne). Les principales causes immédiates de décès périnataux sont l'hémorragie de la délivrance, la dystocie, les complications de l'hypertension artérielle (éclampsie, etc.) et l'anémie. Les principaux handicaps à l'extension des soins obstétricaux d'urgence aux niveaux périphérique et secondaire de la pyramide sanitaire sont la mauvaise répartition du personnel (sages-femmes). Le système d'orientation recours est encore très aléatoire, les considérations socio-économiques et culturelles (accessibilité financière, géographique) et la faible disponibilité du sang dans les banques de sang. La faible disponibilité des connaissances sur la santé sexuelle et les troubles y afférents, ainsi que sur les moyens de les prévenir, augmente les risques d'une infection transmise sexuellement.

La **mortalité des enfants de moins de 5 ans reste encore** élevée avec 122 décès pour 1000 enfants dont 77 au cours de la première année et 43 au cours du premier mois de vie. La comparaison des données d'enquêtes successives (EDSM 2000-1, EMIP, MICS2007) montre que la mortalité infantile et infanto-juvénile a stagné durant cette dernière décennie. Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont les IRA, les diarrhées, le paludisme, la malnutrition. La stratégie PCIME adoptée pour la réduction de la mortalité infantile rencontre de multiples obstacles dans sa mise en œuvre.

La couverture vaccinale en 2007 était de 75 % pour le DTC3 et de 67 % pour le vaccin antirougeoleux. Une diminution notable de l'incidence et de la mortalité **des maladies cibles du PEV** a été constatée ces dernières années. Le dernier cas notifié de poliomyélite à poliovirus sauvage en Mauritanie remonte à 2001. Le nombre de cas de rougeole se trouvait à son niveau le plus bas pendant l'année 2007 (11 cas avec zéro décès). Le nombre de cas de tétanos maternel et néonatal reste très bas du fait de la sous-notification.

La malnutrition est fortement prévalente en Mauritanie car elle est confrontée depuis les années 1990 à une série de crises alimentaires qui ont affecté la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans. L'enquête MICS 2007 a trouvé 30 % de malnutrition chronique et 8 % de malnutrition aiguë chez les moins de 5ans. Les déséquilibres nutritionnels chez le couple mère-enfant (malnutrition protéino-calorique, les carences en micronutriments fer, vitamine A, iode) viennent aggraver la situation. Les taux de petits poids à la naissance (<2500 g) sont de l'ordre de 24,4 % en moyenne avec des pics de 60 % dans certains milieux défavorisés de la population. Cette malnutrition en Mauritanie est tributaire de la forte

prévalence de la pauvreté, de la forte dépendance du pays à l'importation (70 %) de ses besoins en produits alimentaires en particulier les céréales. Les prix élevés des produits alimentaires de base sur le marché mondial ont provoqué une crise d'accès qui vient s'ajouter à l'insuffisance chronique des disponibilités.

Il faut noter aussi l'effet désastreux de l'analphabétisme, du manque d'éducation de la population et de la poursuite de certaines pratiques traditionnelles comme l'excision (65 % en milieu urbain et 77 % en milieu rural), ou encore l'attitude pro-nataliste de la population, ainsi que le statut socio-économique de la femme.

2.5.5 La promotion de la santé

L'absence d'une stratégie cohérente et intégrée de la promotion de la santé a limité l'impact des programmes prioritaires. Pourtant le document de la politique de la santé reconnaît que « l'implication effective de tous les participants, la participation communautaire et une coordination efficace seront les éléments moteurs de la réussite de la politique sanitaire ». Cette politique prévoyait l'élargissement du partenariat à travers la mise en place de l'approche contractuelle et le développement intersectoriel.

2.6 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉCÉDENTE STRATÉGIE DE COOPÉRATION.

La précédente stratégie de coopération de l'OMS avec la Mauritanie proposait les trois axes stratégiques suivants : i) réduction des facteurs de risque ; ii) renforcement de la performance du système de santé et iii) gestion des maladies à potentiel épidémique. Ces axes stratégiques ont guidé l'élaboration du programme de coopération pour la période 2003-2008 avec la mise en œuvre de 23 domaines de travail (annexe). Les résultats de l'évaluation menée auprès des partenaires par le Bureau ont montré que les priorités de l'OMS sont alignées sur celles du Ministère de la Santé et reflétaient les besoins du pays. Ces résultats ont été classés en 4 catégories:

2.6.1. Les domaines dans lesquels l'OMS a été très visible et a répondu favorablement à des interventions prioritaires sont les suivants :

- a) la lutte contre les maladies et le contrôle des épidémies ainsi que le renforcement des capacités des ressources humaines dans ce domaine;
- b) les appuis apportés à l'élaboration conjointe et concertée de la Politique nationale de Santé sur la base des principes directeurs et du canevas de l'OMS impliquant tous les niveaux (central, régional et de districts), ainsi que les partenaires de développement et le Bureau régional;
- c) la gestion des ressources humaines qui a été analysée à travers plusieurs études concrétisées par la finalisation d'un plan stratégique de développement des ressources humaines;
- d) le renforcement des capacités par la formation des spécialistes en santé, gestion des ressources humaines, notamment par l'installation du logiciel de gestion du personnel GESPER dans les 13 régions du pays;
- (e) la surveillance des maladies à éradiquer et à éliminer (la Mauritanie est en voie d'être certifiée exempte de poliomyélite et le rapport la certifiant exempte de la maladie du ver de guinée est en cours de finalisation);

- f) la bonne participation de l'OMS aux activités inter-agences et sa bonne collaboration avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux de la santé.

2.6.2 Les domaines dans lesquels l'intervention de l'OMS nécessite d'être intensifiée sont :

- a) le renforcement du leadership du Ministère de la Santé et l'opérationnalisation du district;
- b) la mise en œuvre de l'approche PCIME communautaire et la santé de la reproduction;
- c) la gestion des déchets biomédicaux;
- d) les mécanismes alternatifs de financement (comptes nationaux de la santé, mutuelles de santé),
- e) le renforcement du système de santé à tous les niveaux.

2.6.3 Les domaines dans lesquels l'intervention est insatisfaisante sont :

- a) la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles;
- b) la promotion de la santé;
- c) la politique de contractualisation avec la société civile.

2.6.4 Les domaines d'intervention devant être intégrés à la stratégie sont :

- a) la mise en place d'une réglementation sur l'accès aux technologies, aux produits médicaux de qualité;
- b) les aspects d'assurance Qualité, normes et organisation des services ;
- c) les activités spécifiques sur la grippe aviaire;
- d) la redynamisation des soins de santé primaires.

2.7 PRINCIPAUX PROBLÈMES ET DÉFIS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les principaux indicateurs de santé ci-dessus mentionnés demeurent encore très faibles. Ils révèlent la faible performance du système de santé et la nécessité de renforcer la mise en œuvre des programmes prioritaires pour accélérer l'atteinte des OMD. À cet effet, les défis à relever consisteront à :

- a) assurer la fourniture de services de santé de qualité, en particulier aux couches de population les plus vulnérables;
- b) réduire la mortalité maternelle et néonatale et infantile;
- c) réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies transmissibles;
- d) mettre en œuvre des paquets d'interventions efficace pour la prévention la prise en charge et le suivi des maladies non transmissibles;
- e) mettre en œuvre une stratégie efficace pour la gestion des urgences et catastrophes naturelles.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIAT

3.1 TENDANCE DE L'AIDE

Les ressources mobilisées⁸ auprès de la communauté des bailleurs de fonds pour 2005 accusent une diminution de 25 % en comparaison de celles de 2004¹⁰ avec une baisse de 4 % par rapport aux décaissements.

En 2006, les Nations Unies, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement ont appuyé le Gouvernement pour élaborer un cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Paris. Ce cadre fournit la base pour créer des mécanismes communs de suivi et revue de l'efficacité de l'aide. Suite à une enquête menée en 2008, le principe d'alignement a été jugé celui dont la prise en compte est la plus avancée en Mauritanie. Les principes d'appropriation et d'harmonisation, de même que la promotion de la gestion de l'aide axée sur les résultats sont également incorporés de façon conséquente dans les dispositifs d'aide mais à un degré moindre compte tenu des pesanteurs persistantes. Par ailleurs, les partenaires ne se soumettent pas encore systématiquement à des évaluations mutuelles même si les dispositions d'évaluation par les pairs aux niveaux global ou sectoriel gagnent du terrain, ce qui est un gage de progrès ultérieur.

Ainsi, la part du budget de la santé financé par les bailleurs de fonds a diminué de 46,5 % en 2001 à 18 % en 2006. La contribution des bailleurs de fonds au budget demeure importante. La nouvelle initiative de réduction de la dette de 2005 devrait également dégager des ressources supplémentaires pour le secteur de la santé.

3.2 PRINCIPALES AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les principales agences de développement intervenant dans le secteur de la santé sont la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement, l'Union européenne, la Coopération allemande, la Coopération espagnole, les Émirats Arabes Unis, la République Populaire de Chine, le FADES, la BID, l'OMS, l'UNICEF le UNFPA. Ces agences interviennent dans les domaines du renforcement du système de santé, de la construction des infrastructures, de la fourniture d'équipements, ainsi que dans la mise en œuvre des programmes prioritaires.

Des ONG internationales et organismes gouvernementaux (Corps de la paix américain – World Vision International – Croix-Rouge française, espagnole et italienne – Médecins Sans

⁸ Rapport annuel sur les financements extérieurs accordés à la Mauritanie en 2004/2005.

⁹ Taux de change BCM utilisé US \$1 = 259,02 ouguiyas.

¹⁰Taux de change BCM utilisé US \$1 = 265,42 ouguiyas.

frontières - Médecins du monde) interviennent comme partenaires chargés de la mise en œuvre et du suivi des activités périphériques dans le cadre de conventions avec le ministère de la Santé.

Au-delà des institutions ci-dessus, la Mauritanie bénéficie également des ressources de l'assistance internationale mobilisées à travers divers autres instruments et outils récemment mis en place : l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, le GDF pour les médicaments anti tuberculeux qui pourraient être cités à titre illustratif.

3.3 MODALITÉ DE L'AIDE ET MÉCANISMES DE COORDINATION

La coordination de l'aide extérieure est assurée à travers un mécanisme de groupe consultatif dont le dernier s'est tenu en décembre 2007 et a permis de résorber un écart pour la santé d'un montant de 103 millions¹¹ d'ouguiyas grâce à l'engagement des partenaires.

Dans le domaine de la santé, l'approche sectorielle mise en œuvre depuis 1998 constitue une nouvelle voie de partenariat entre les agences de développement, le Gouvernement et la société civile. Cette approche permet le suivi des performances et de la gestion financière, ainsi que de la complémentarité des interventions à travers les Plans triennaux à horizon glissant (PTHG), les Plans opérationnels annuels (POAS) et les revues annuelles. Le "Groupe thématique santé", animé par l'OMS depuis 1997, est présidé depuis octobre 2006 par la Coopération espagnole, en vertu des dispositions d'une convention signée en février 2005 de tous les partenaires de développement impliqués, sur la base des termes de référence (TDR) pour l'appui à la politique nationale de santé.

L'approche sectorielle initiée par le gouvernement est dotée de cadres de concertation qui permettent aux partenaires au développement et à tous les autres acteurs du développement sanitaire, de participer effectivement à la définition des politiques, à l'élaboration et au suivi des programmes.

Le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF-2003-2008) a constitué le premier programme harmonisé, traduisant la réponse du système des Nations Unies (SNU) aux priorités nationales de la Mauritanie. Étant donné que le cycle actuel arrive à terme en décembre 2008, le système des Nations Unies en Mauritanie a décidé d'opter pour un UNDAF de transition de deux ans (2009-2010) permettant ainsi d'harmoniser son cycle de programmation avec le prochain cycle national du Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté pour la période 2011-2015 et fondées sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). À ce titre, l'UNDAF de transition servira de tremplin pour le prochain UNDAF (2011-2015). La mise en œuvre de l'Approche harmonisée pour le Transfert des Ressources (HACT) prévue en 2008 permettra un alignement et une harmonisation plus cohérence. L'OMS utilise déjà une pratique similaire depuis 2006 appelée DFC (*Direct Financial Cooperation*). Il importe également de souligner que les agences des Nations Unies appuient un projet commun "Environnement" sur financement espagnol.

¹¹ Taux de change des Nations Unies US \$1 = 239,37ouguiyas.

SECTION 4

CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS consiste à « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (*article 1 de la Constitution de l'OMS*). La stratégie institutionnelle, le Onzième programme général de Travail 2006-2015¹² et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009¹³, définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache en effet, à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États Membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de ses avantages comparatifs¹⁴ :

- i) jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
- ii) fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
- iii) fixer des normes et des critères, et en encourager et suivre l'application;
- iv) définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- v) fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
- vi) surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissance dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

¹² Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

¹³ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.

¹⁴ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

- i) investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- ii) renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- iii) promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- iv) influencer sur les déterminants de la santé ;
- v) renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
- vi) exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- vii) renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, la Directrice générale de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation : 1) le développement sanitaire; 2) la sécurité sanitaire; 3) les systèmes de santé; 4) les données factuelles à l'appui des stratégies; 5) les partenariats; 6) l'amélioration de la performance de l'OMS. Elle a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et sur celle des populations africaines.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le Onzième programme général de Travail fixe les priorités suivantes au niveau mondial¹⁵ :

- i) apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- ii) renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- iii) concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- iv) développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- v) renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des objectifs du Millénaire pour le développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; la survie de l'enfant et la santé maternelle; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition; les

¹⁵ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) ; la gouvernance et les partenariats; ainsi que la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui interpays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes¹⁶ :

- a) renforcement des bureaux de pays de l'OMS ;
- b) amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé ;
- c) fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;
- d) promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- e) intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.6. RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE L'OMS AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique du pays et des défis en matière de santé. Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 4.2 ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustement en tenant compte des besoins individuels des pays.

¹⁶ Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LA MAURITANIE

5.1 INTERVENTIONS DE L'OMS

La stratégie de coopération de l'OMS avec la Mauritanie 2009-2013 est l'émanation des documents institutionnels ci-dessus mentionnés. Elle sera mise en œuvre par les trois cycles biennaux. Ainsi les 13 objectifs stratégiques définis dans le plan stratégique à moyen terme sont retenus pour le budget programme 2008-2009 :

- a) réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles ;
- b) combattre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- c) prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et à la violence ;
- d) réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique ;
- e) réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques ;
- f) promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque ;
- g) traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme ;
- h) promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement ;
- i) améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie, ainsi que l'appui à la santé publique et au développement durable ;
- j) améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles ;
- k) élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.

- l) jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le Onzième programme général de Travail
- m) faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

Au total, trente-neuf résultats attendus spécifiques au Bureau ont été identifiés pour un montant indicatif de planification qui s'élève à US \$2 726 000 sur le budget régulier et US \$3 420 000 sur les fonds volontaires.

Ces fonds sont à rechercher pour réaliser le programme à travers la mise en œuvre d'une stratégie cohérente de mobilisation de ressources additionnelles à tous les niveaux. Le bureau de l'OMS dans le pays poursuivra également les efforts de mobilisation de ressources complémentaires avec les agences du système des Nations Unies et les partenaires locaux.

Dans le cadre des besoins de la mise en œuvre de la SCP, un exercice de reprofilage mené et guidé par le modèle de compétences de l'OMS a conduit à la reconfiguration de l'organigramme de l'OMS en clusters: i) promotion de la santé ; ii) systèmes de santé ; iii) prévention et contrôle de la maladie ; iv) santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ; v) administration et finances. Au total, l'OMS a connu un renforcement progressif de son équipe et compte en 2008, en plus du Représentant, 22 personnes, dont 2 internationaux (HSS et AO) et 8 nationaux professionnels (DPC, FHP, HIP, HIV, IVD, PHE, HEC et ICT) ; une assistante administrative, un assistant aux programmes, un chargé de la logistique, une secrétaire, une secrétaire standardiste, 5 chauffeurs et 4 plantons, gardiens, un agent d'entretien des locaux. Le personnel de la représentation travaille dans un espace correct avec un équipement informatique conforme aux normes du GSM. Cependant, faute de ressources financières suffisantes, le bureau n'est pas en conformité avec les normes exigées par le MOSS.

5.2. APPUI DU SIÈGE ET DU BUREAU RÉGIONAL

Durant la période 2003-2007, le bureau de l'OMS dans le pays a bénéficié de 67 missions d'appui technique aux programmes nationaux de santé, particulièrement dans les domaines suivants: ressources humaines, PEV, surveillance épidémiologique et lutte contre les épidémies, cécité, nutrition, tuberculose/lèpre, PCIME, VIH/SIDA, paludisme, maladie du ver de Guinée, MPS/MSR, santé et environnement, financement de la santé, urgences et partenariats. L'actuelle stratégie de coopération guidera l'appui de l'équipe d'appui interpays, du Bureau régional et du Siège, conformément au principe d'unicité de l'Organisation. Cet appui se fera sous forme de contributions à l'exécution des plans de travail biennaux et, dans ce processus, le renforcement des compétences du bureau de pays occupera une bonne place.

5.3 COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES

L'Organisation collabore avec toutes les agences du Système des Nations Unies dans le cadre de l'UNDAF dont elle est chef de file pour le groupe Réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Ce partenariat est élargi à la coopération bilatérale et multilatérale impliquées dans la santé, à travers l'approche sectorielle en cours de mise en œuvre et notamment dans le cadre de coopération signé par tous les partenaires pour soutenir la politique nationale de santé. Par ailleurs, le bureau de pays de l'OMS est un membre actif des instances de coordination des programmes prioritaires (CCIA ; CCM ; etc.)

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE DE L'OMS POUR LA MAURITANIE

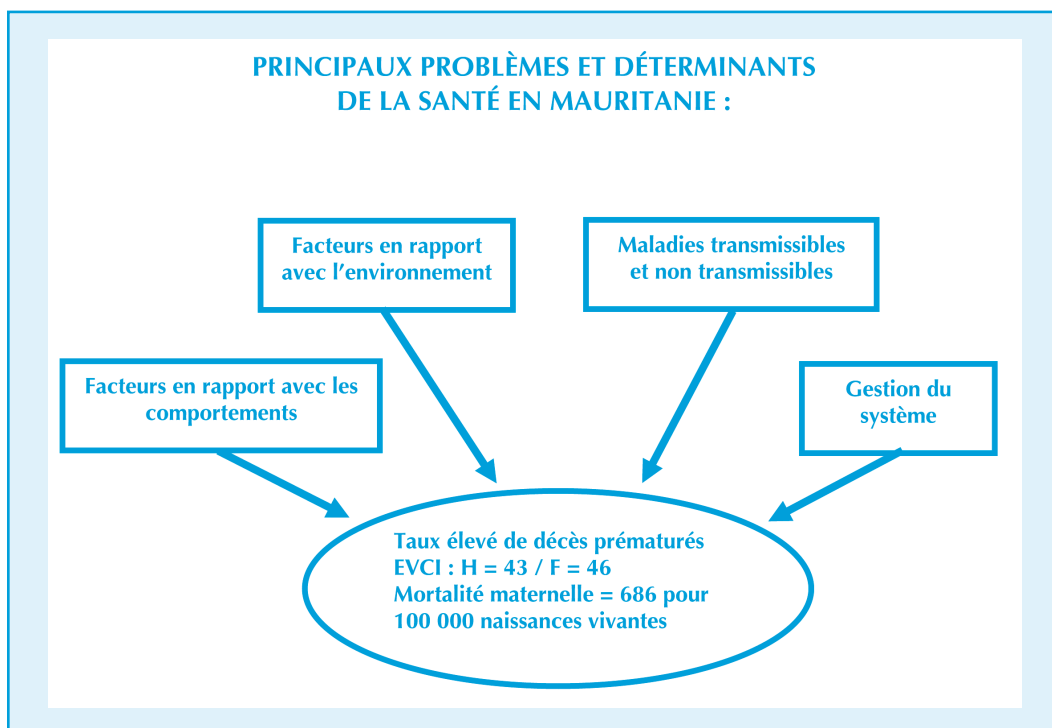
6.1 GÉNÉRALITÉS ET CADRE CONCEPTUEL DU CHOIX DES AXES STRATÉGIQUES

Pour relever les défis identifiés dans l'analyse de situation, la nouvelle vision du CSLP 2006-2010 assigne au secteur de la santé les objectifs suivants : i) améliorer l'espérance et la qualité de vie du Mauritanien en réduisant la mortalité et la morbidité globales, particulièrement la mortalité et la morbidité maternelle et infanto juvénile ; ii) augmenter l'intervalle intergénéral et réduire l'indice synthétique de fécondité ; iii) atténuer l'impact des endémo-épidémies dont le VIH/sida et les maladies émergentes sur le développement psychologique et socio-économique du pays ; iv) réduire la faim et la malnutrition dans la population, en particulier chez les groupes vulnérables ; v) garantir aux enfants en difficulté et aux groupes vulnérables un accès à des services de base, y compris ceux de santé sexuelle efficaces, durables et adaptés ; vi) renforcer la participation communautaire dans le développement et la gestion des stratégies d'accès aux services de santé de base ; et vii) renforcer la coordination intersectorielle.

Au cours des dernières années, la coopération avec la Mauritanie a contribué à appuyer les réformes du secteur de la santé dans la mise en place d'organigrammes et de structures d'appui aux programmes prioritaires. De l'analyse de la situation, exposée dans les chapitres précédents, nous pouvons conclure que les défis à relever seront les suivants :

- a) la persistance des maladies transmissibles sous forme endémo-épidémique, en particulier le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme;
- b) l'émergence des maladies non transmissibles dont l'ampleur et les déterminants sont aujourd'hui connus;
- c) le taux de mortalité maternelle, néonatal et infantile qui reste encore élevé;
- d) la faible performance du système de santé mauritanien;
- e) les risques liés à l'environnement, ainsi que les situations d'urgence et de catastrophes ;
- f) l'ignorance et les comportements à risque;
- g) la difficulté à coordonner les multiples partenaires intervenant dans le secteur de la santé.

Le schéma suivant résume les principaux problèmes énoncés plus haut, ainsi que leurs déterminants :



EVCI = Espérance de vie corrigée de l'incapacité; H = homme ; F = femme.

6.2 AXES STRATÉGIQUES

Pour la stratégie de coopération 2009-2013, l'OMS focalisera ses efforts sur son rôle de conseiller technique en matière de politiques et de stratégies ; sur les interventions à caractère catalytique et d'accompagnement, mais aussi sur son action de plaidoyer, de négociation et de facilitation pour guider davantage l'action des autres partenaires vers une plus grande synergie et une meilleure intégration des activités pour accroître la performance du système de santé.

Le choix des axes stratégiques d'intervention pour les cinq prochaines années, a été fait sur la base des défis issus de l'analyse de la situation sanitaire. Les principaux axes d'intervention retenus pour cette période sont :

- i) prévention et lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) ;
- ii) prévention et contrôle des maladies transmissibles et à potentiel épidémique ;
- iii) réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- iv) renforcement de la performance du système de santé, y compris le développement des ressources humaines et la mise en œuvre de la politique pharmaceutique;
- v) gestion des risques liés à l'environnement, ainsi que les conséquences sanitaires des situations d'urgence et de catastrophes ;

- vi) promotion de la santé ;
- vii) création de partenariats en faveur de la santé.

6.2.1 Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles

Les résultats de l'enquête « STEPS WISE » effectuée en 2007/2008 à Nouakchott ont permis d'identifier et de quantifier les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles auxquels sont exposées les populations. Certains facteurs sont en rapport avec le style de vie et les comportements, tandis que d'autres sont liés à l'environnement. Tous sont en rapport avec la pauvreté. Dans ce domaine l'OMS apportera son appui :

- à l'élaboration du plan stratégique intégré de prévention et lutte contre les maladies non transmissibles ;
- au renforcement des capacités nationales en matière de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles ;
- à la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation.

6.2.2 Prévention et lutte contre les maladies transmissibles et à potentiel épidémique

Dans ce cadre, l'OMS apportera sa contribution, à travers un appui à l'amélioration et au renforcement de la gestion des programmes, à la surveillance et à l'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies et politiques. Les principaux domaines d'intervention seront :

- le renforcement des capacités de surveillance intégrée des maladies et la préparation de la réponse aux épidémies, ainsi qu'à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI 2005) ;
- le renforcement des capacités des laboratoires pour la détection précoce des cas de maladies à potentiel épidémique ;
- le renforcement du programme de vaccination avec l'introduction de l'approche « atteindre chaque district (ACD) », la mise en place du système d'autoévaluation pour la qualité des données, l'intégration de nouveaux vaccins et de la surveillance des maladies cibles du PEV ;
- le renforcement des capacités et la décentralisation des programmes de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ;
- le renforcement du cadre juridique et institutionnel du secteur de l'eau et de l'assainissement, ainsi que le renforcement des capacités des structures régionales d'hygiène et d'assainissement ;
- l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux dans les structures de santé ;

6.2.3 La réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile

Malgré les efforts déjà consentis par le pays et la communauté internationale, les taux de mortalité maternelle et néonatale restent très élevés et au rythme actuel des efforts, le pays risque de ne pas atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant figure donc parmi les priorités du Gouvernement. L'OMS apportera son appui dans :

- la mise en œuvre de la Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers les principales interventions :

- l'amélioration des prestations et l'accès aux services de santé maternelle et infantile de qualité, y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la PF/EN;
- le renforcement, au niveau du district sanitaire, de la planification et de la prise en charge de la santé maternelle et néonatale;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré de la survie de l'enfant par :
 - un appui à la mise en œuvre du politique nationale de développement de la nutrition (PNDN) ;
 - l'extension de l'approche PCIME.

6.2.4 Le renforcement de la performance du système de santé, y compris le développement des ressources humaines

L'amélioration de la performance du système de santé est une nécessité pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population. Les domaines d'action identifiés dans ce cadre, porteront essentiellement sur :

- a) l'amélioration de l'opérationnalité des districts sanitaires par l'élaboration d'une carte sanitaire ;
- b) l'appui à la mise en œuvre des plans stratégiques de développement des ressources humaines ;
- c) le renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS), de la recherche en santé et de l'élaboration de bases factuelles ;
- d) la redynamisation des soins de santé primaire et la participation communautaire ;
- e) la mobilisation de ressources financières, y compris la mise en place des comptes nationaux de santé ;
- f) l'appui à la politique pharmaceutique nationale et à la médecine traditionnelle ;
- g) le monitoring et l'évaluation.

6.2.5 La Gestion des conséquences sanitaires des situations d'urgence et catastrophes :

Le pays a fait face ces dernières années aux conséquences de situations d'urgence et catastrophes (inondations, sécheresses, invasions acridiennes, etc.) nécessitant des réponses sanitaires rapides et bien organisées. L'OMS axera son appui dans :

- l'élaboration et l'adoption du plan sectoriel santé et nutrition en situation d'urgence ;
- l'actualisation du plan de contingence, l'organisation et la gestion des secours d'urgence ;
- le renforcement des capacités du personnel du Ministère de la santé ;
- le renforcement de la surveillance de la qualité de l'eau et des maladies hydriques.

6.2.6 La promotion de la santé

Les facteurs de risque auxquels sont exposées les populations sont en rapport avec leur style de vie et leur comportement liés essentiellement à la pauvreté et à l'ignorance. Pour diminuer ces risques, l'OMS apportera son appui à :

- l'élaboration d'une stratégie cohérente et intégrée de la promotion de la santé ;
- le renforcement des capacités de la société civile pour des interventions communautaires en vue d'une meilleure connaissance des facteurs de risque et l'adoption de comportements favorables à la santé ;
- le renforcement du plaidoyer à tous les niveaux pour la mobilisation en faveur de la santé ;
- la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, en particulier à travers les Écoles-Santé ;
- la promotion et la vulgarisation du système de gestion à base communautaire des ordures ménagères, par des approches novatrices telle que "PHAST" (Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement).

6.2.7 Le développement de partenariats en faveur de la santé.

L'OMS concentrera ses efforts en appuyant :

- l'amélioration de la coordination intersectorielle afin d'augmenter l'impact de l'aide au développement pour le secteur de la santé;
- l'assistance technique aux partenaires dans l'élaboration et l'adaptation des outils normes et standards visant à promouvoir et à protéger la santé ;
- la mise en œuvre de l'approche contractuelle, avec un accent particulier sur le renforcement des capacités des ONG ;
- la mobilisation de ressources supplémentaires auprès des partenaires techniques et financiers locaux.

SECTION 7

MISE EN OEUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE DE L'OMS

7.1 IMPLICATION POUR LE BUREAU DE LA REPRÉSENTATION DE L'OMS

Pour la mise en œuvre de la 2^{ème} génération de stratégies de coopération, le Bureau de l'OMS en Mauritanie aura besoin d'un renforcement de son personnel tant en quantité qu'en qualité. Ainsi donc de nouveaux NPO seront recrutés conformément au reprofilage du bureau, des sessions de renforcement des capacités techniques du personnel seront organisées en administration, planification, en leadership et mobilisation des ressources.

Au plan financier le bureau aura besoin d'une mobilisation plus rapide, par le Bureau régional et le Siège, de fonds extrabudgétaires à lui attribuer. Des efforts seront aussi déployés pour une mobilisation locale de ressources supplémentaires.

Les conditions de travail du bureau seront continuellement améliorées tant au plan des locaux que de la logistique et de la sécurité. De surcroît, avec l'avènement du GSM, le personnel sera équipé et formé en communication moderne.

7.2 COOPÉRATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Les nouveaux axes stratégiques retenus pour la SCP ont été identifiés, discutés et validés, conjointement avec les responsables du Ministère de la Santé et les partenaires de développement du secteur de la santé. Ces axes répondent aux priorités nationales.

La stratégie de coopération sera mise en œuvre à travers 3 cycles biennaux, qui constituent par ailleurs une contribution de l'OMS à l'exécution des plans triennaux à horizon glissant du Ministère de la Santé. La mise en œuvre sera exécutée de façon décentralisée à travers des structures de gestion régionales et de districts.

De même, des évaluations régulières des activités de coopération seront menées en étroite collaboration avec les homologues nationaux, à travers les comités techniques et des revues conjointes. Par ailleurs, l'OMS renforcera le suivi des nouvelles procédures de gestion du programme de coopération avec le Ministère de la Santé mises en place 2006 dans le cadre du GSM.

7.3 COOPÉRATION AVEC LES PARTENAIRES

L'OMS, en tant que leader du secteur santé, renforcera la concertation avec les partenaires du développement socio sanitaire, en vue d'optimiser les différents appuis à la définition et à la mise en œuvre des programmes du Ministère de la Santé. Au sein du Système des Nations Unies, l'OMS demeurera un membre actif du processus UNDAF et des différents comités de coordination inter agence.

7.4 IMPLICATIONS POUR LE SIÈGE ET LE BUREAU RÉGIONAL

Les différents chargés de programmes du bureau de l'OMS dans le pays feront appel à l'appui technique disponible tant au niveau de l'équipe interpays pour l'Afrique de l'Ouest que du Bureau régional et du Siège.

Cet appui sera sollicité pour le renforcement des capacités de gestion des axes retenus par la stratégie mais tout particulièrement pour le suivi et l'évaluation; la gestion des urgences épidémiques ou de catastrophes; le renforcement des systèmes de santé; le développement des ressources humaines; l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de lutte contre les maladies non transmissibles; la redynamisation des soins de santé primaires.

SECTION 8

SUIVI ET ÉVALUATION

L'agenda stratégique de la SCP sera concrétisé par le budget programme et les plans d'action biennaux intégrés au GSM. Le suivi et l'évaluation se feront dans le cadre programmatique de l'évaluation semestrielle, annuelle, et biennale prévue dans le processus gestionnaire de l'OMS.

Le bureau de pays de l'OMS définira à chaque cycle de programmation sa contribution à la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme pour les 13 objectifs stratégiques à travers les résultats escomptés spécifiques assortis de leurs indicateurs de performance nécessaires.

Par ailleurs, à la fin de la période, un réseau d'appui à la stratégie de coopération, à travers les trois niveaux de l'Organisation, le Ministère de la Santé et les partenaires, examinera et évaluera la stratégie de coopération avec le pays pour en mesurer l'impact et déterminer les ajustements éventuels nécessaires.

CONCLUSION

Des progrès notables ont été réalisés en Mauritanie pendant la période de mise en œuvre de la première stratégie de coopération. Néanmoins, les indicateurs de santé sont loin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. De grands défis restent donc posés et la faible performance du système de santé constitue un handicap majeur. Ainsi, il est plus qu'opportun que la continuité de l'appui, notamment technique, du niveau régional et du Siège soit assurée. En outre, il est crucial de renforcer les compétences nationales, en quantité et en qualité, dans les domaines identifiés au niveau des axes stratégiques. Plusieurs opportunités s'offrent aujourd'hui à la Mauritanie: un climat social et politique apaisé et une volonté affichée de bonne gouvernance, les engagements des partenaires au Groupe consultatif 2007, le Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2009-2010, le CSLP 2, la production pétrolière, les nouveaux projets relatifs à l'or et au cuivre d'ici 2010. De même que la coopération sud-sud devra être mise à contribution dans le cadre du NEPAD.