



STRATEGIE DE COOPERATION

DE L'OMS

AVEC LA MAURITANIE

2003-2008

DECEMBRE 2002

SOMMAIRE

	Page
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	
SECTION 1 : INTRODUCTION	4
SECTION 2 : SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT	5
2.1. Tendances démographiques	5
2.2. Tendances socio – économiques	5
2.3. Réforme du secteur public et Gouvernance	5
2.4. Profil sanitaire	6
2.5. Système de santé.....	9
2.5.1. Politique de santé	9
2.5.2. Organisation des services de santé	10
2.5.3. Ressources humaines	11
2.5.4. Médicaments essentielles.....	11
2.5.5. Financement de la santé.....	12
2.5.6. Système d’information sanitaire et recherche.....	12
2.5.7. Principaux problèmes et Défis du secteur de la santé.....	12
SECTION 3 : ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT	13
3.1. Tendances de l’aide	13
3.2. Principales agences de développement	13
3.3. Modalités de l’aide et mécanismes de coordination	14
SECTION 4 : PROGRAMME DE COOPÉRATION	14
4.1. Bref aperçu de la Coopération OMS Mauritanie	14
4.2. Domaines prioritaires de coopération OMS Mauritanie	14
4.3. Coopération OMS avec les autres partenaires	15
4.4. Forces, Faiblesses et opportunités pour l’OMS en Mauritanie.....	16
SECTION 5 : CADRE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L’OMS :	
Orientations mondiales et régionales	17
5.1. But et Mission de l’OMS.....	17
5.2. Nouvelles méthodes de travail.....	17
5.3. Orientations stratégiques.....	17
5.4. Fonctions essentielles.....	18
5.5. Priorités mondiales et régionales.....	18
5.6. Rendre l’OMS plus efficace au niveau du pays.....	18
SECTION 6. AGENDA STRATÉGIQUES DE L’OMS	19
6.1. Généralités / Cadre conceptuel du choix des axes stratégiques	19
6.2. Axes stratégiques.....	20
6.3. Lien entre les axes stratégiques, les domaines de travail et les fonctions de l’OMS	23
SECTION 7. IMPLICATION DE L’AGENDA STRATEGIQUE	23
7.1. Implication pour le bureau de la représentation pays.....	23
7.2. Coopération avec le MSAS.....	24
7.3. Coopération avec les autres partenaires.....	24
7.4. Implication pour les appuis attendus du Siège et du Bureau Régional.....	24
7.5. Recommandations vis à vis des implications	24
SECTION 8. CONCLUSION	25
Références Bibliographiques et Annexes	

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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
DPCS :	Direction de la Planification, de la Coopération et des Statistiques
DPL :	Direction de la pharmacie et du laboratoire
DPS :	Direction de la Protection Sanitaire
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
FNUAP :	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
MSAS :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
NPO :	National Project Officer
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 :	Participatory, Hygiene And Sanitation Transformation
PEV :	Programme Elargi 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 Endetté
PREF :	Programme de redressement économique et financier
PNLTL :	Programme Nationale de Lutte contre la Tuberculose et le Lèpre
SCP :	Stratégie de Coopération avec le Pays
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
UNDAF :	Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF :	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
USB :	Unité de Santé de Base
VIH/SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SECTION 1 : INTRODUCTION

Dans un souci d'amélioration de la coopération de l'OMS avec les pays, la Directrice générale de l'OMS a initié le processus d'élaboration d'une stratégie institutionnelle pour aider l'Organisation à s'adapter à un environnement mondial en pleine mutation.

La Stratégie de Coopération avec le Pays (SCP) vise à définir notamment le rôle particulier de l'OMS lui permettant de mieux répondre aux besoins des Etats membres dont l'objectif essentiel est d'améliorer l'état de santé des populations.

La Stratégie de Coopération avec le Pays (SCP) vise à définir notamment le rôle particulier de l'OMS dans la nouvelle vision de lutte contre la pauvreté.

L'institutionnalisation de la formulation de la SCP est le résultat des recommandations de groupes de réflexion aux différents niveaux de l'Organisation.

L'adoption de cette initiative en Mauritanie permettra de disposer d'un cadre global de coopération avec le pays et d'améliorer les résultats d'intervention du bureau de l'OMS. Cette stratégie de coopération couvre effectivement les domaines de coopération avec le Gouvernement pour une période de 6 ans. Le cycle de 6 ans (2003-2008) est celui retenu conjointement par le Gouvernement et les Agences du SNU partenaires au développement sanitaire dans le cadre du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF).

L'élaboration de la stratégie de coopération de l'OMS avec la Mauritanie a été un processus dynamique et participatif. Le Ministère de la Santé et les principaux acteurs du développement sanitaire ont activement participé à sa préparation. Elle s'est inspirée notamment des orientations contenues dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) en Mauritanie, du Plan National Directeur de santé 1998-2002, du Cadre Budgétaire à Moyen Terme de la Santé 2002-2004, du Bilan Commun de Pays (CCA) et de l'UNDAF.

Cette stratégie bénéficiera dans sa mise en œuvre de la conjoncture favorable liée à l'éligibilité de la Mauritanie au mécanisme de réduction de la dette (Initiative des Pays Pauvres Très Endettés/PPTE).

La stratégie de coopération de l'OMS avec la Mauritanie s'inspire aussi des réformes en cours dans le pays et se fonde sur la recherche de plus d'efficacité et d'efficience dans les actions de l'Organisation, dans le but de mieux répondre aux besoins du pays. Il s'agit d'appuyer davantage les politiques et les stratégies, d'élargir et d'approfondir les partenariats, de travailler en synergie avec les autres agences de développement. Dans ce contexte, trois axes d'intervention ont été choisis pour la période couverte par la SCP. Ils sont : la réduction des facteurs de risque qui contribuera à la lutte contre la pauvreté et à la réduction de la mortalité maternelle ; le renforcement de la performance du système de santé qui passe par celle des ressources humaines ; et la gestion des maladies à potentiel épidémique

La SCP prend également en compte les objectifs d'engagement mondiaux y compris ceux du Millenium, notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la lutte contre le VIH/SIDA et la malnutrition.

Cette stratégie bénéficiera, dans sa mise en œuvre, à travers son intégration dans le processus gestionnaire de l'OMS (Budget Programme et Plans de travail), de la conjoncture favorable liée à l'éligibilité de la Mauritanie au mécanisme de réduction de la dette (Initiative des Pays Pauvres Très Endettés/PPTE).

SECTION 2 : SANTE ET DE DEVELOPPEMENT

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 et le Sénégal et à l'Ouest par l'Océan Atlantique, couvre une superficie de 1.030.700 km² pour une population de 2,548157¹ habitants, composée d'Arabes, de Hal Pulaars, de Soninkés et de Wolofs. Cette population dont le taux de croissance actuel de 2,6 est majoritairement jeune (50% ont moins de 18 ans) et les femmes représentent 51,3%, ce qui se traduit par une pression considérable sur la demande d'infrastructures et d'équipements pour les différents secteurs sociaux. En outre des cycles répétitifs de sécheresse touchant de plein fouet le secteur rural ont entre autres entraîné une croissance urbaine rapide et une sédentarisation accélérée des nomades 4,8% en 2000 contre 12% en 1988 et 70% en 1965 portant le taux d'urbanisation à plus de 50% en 2000. La capitale abrite à elle seule 611 883 soit 24% de la population totale et connaît un taux de croissance de 3,75% 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, et de l'élevage et dans une moindre mesure de l'agriculture. Toutefois, la Mauritanie comptabilise un lourd fardeau de la dette extérieure qui la situe parmi le groupe des 40 pays pauvres lourdement endettés. Grâce aux plans successifs d'ajustement adoptés à partir de 1985, le PIB s'est accru de l'ordre de 3,6% par an pendant la période 1990-1998 le taux moyen de croissance annuelle a été de 4,3% entre 1998 et 2000, alors que l'inflation a été contenue à un taux annuel moyen de 5,1% sur la même période. Selon l'enquête sur les conditions de vie des ménages, réalisée en 2000 par l'Office National des Statistiques, 46,3% de la population sédentaire du pays, soit 38,7% des ménages, vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec d'importantes disparités entre zones urbaines (25,4%) et rurales (61%). Avec un PIB par habitant de 380 \$US, la Mauritanie se situe au 152^{ème} rang sur les 173 pays de l'indice de développement humain³.

Pour relever ces défis, le Gouvernement a adopté en 2000 un document cadre de stratégie de lutte contre la pauvreté qui fixe au secteur de la santé trois objectifs : améliorer les indicateurs de santé de la population avec un accent particulier sur les plus pauvres, limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres et améliorer la participation des pauvres à la gestion de leur santé. Dans le cadre de cet effort, la dépense publique pour la santé, qui était de 8 US\$ par habitant en 1999-2001, a été portée à 11US\$ en 2002.

2.3. Réformes du secteur public et Gouvernance

Depuis 1991, une démocratie pluraliste a été mise en place avec l'adoption d'une constitution qui introduit la séparation des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire, garantit les libertés fondamentales et celle de la presse et accorde une place plus importante à la société civile. En 1999, le Gouvernement a adopté une Déclaration d'Orientation sur la Bonne Gouvernance dont les principaux axes sont : la modernisation et le renforcement des capacités des administrations nationales, l'amélioration et le contrôle de la gestion des ressources publiques, la consolidation du processus de décentralisation et l'appui aux collectivités locales, le développement du secteur privé, la promotion et la protection des droits de l'homme, la lutte contre la pauvreté, le renforcement de la société civile et l'accès aux nouvelles technologies de l'information. Ce nouveau dispositif, qui prévoit des ressources additionnelles pour les secteurs sociaux, offre de nouvelles opportunités pour le développement de nouveaux partenariats, notamment avec le secteur privé et la société civile qui a connu un essor remarquable ces dernières années.

¹ Recensement Général de la population et de l'habitat 2001

² Bilan des Réformes Macro-économiques et structurelles 1998-2001 et perspectives pour la période 2002-2004

³ Rapport mondial 2002 sur le développement humain durable

C'est dans ce cadre qu'un processus visant l'instauration et le renforcement de l'approche contractuelle a été entamé avec les partenaires afin de mieux impliquer la société civile et le secteur privé dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Programme de santé ; cette action a déjà permis l'adoption d'un guide pour la contractualisation avec les ONGs, la mise en place d'une commission nationale de sélection et l'élaboration en cours d'une politique nationale de contractualisation. A travers cette approche, les communautés contribueront davantage à la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé et à l'amélioration des performances du secteur.

2.4. Profil sanitaire

Tableau N° 1 : Principaux indicateurs⁵

Indicateurs socio-économiques en 2000:	
Population totale :	2 548 157 habitants
Taux d'accroissement annuel :	2.6%
Produit Intérieur Brut (PIB) :	380 \$US/habitant
Seuil de pauvreté :	46,3%
Taux d'urbanisation :	56.9%
Population totale vivant dans les agglomérations urbaines : > 45%	
Accès à l'eau potable :	34%
Espérance de vie à la naissance : 51,3 ans (Hommes : 53,8 et Femmes : 51,8)	
Taux de mortalité infantile :	87/1000 ⁴
Taux de mortalité juvénile :	46/1000
Taux de mortalité maternelle :	747/100 000 naissances vivantes
Taux brut de natalité :	42.6/1000
Taux brut de mortalité :	13/1000
Indice synthétique de fécondité :	4.7
Intervalle inter génésique :	35 mois
Taux brut de scolarisation : 85,1% (Filles = 84.2% et Garçon = 86%)	
Taux d'alphabétisation des adultes (>15 ans) : Hommes : 49% et Femmes : 28%	
Indice de Développement Humain : 0.5	

Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2000 de l'OMS, la Mauritanie occupait le 111^{ème} rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats Membres du classement. Il occupait le 169^{ème} rang du classement en matière de performance globale du système de santé en 2002.

La situation sanitaire reste toujours préoccupante et la probabilité de décès était de 378 pour mille chez les hommes contre 317 pour mille chez les femmes.

⁴ Estimation BM/MACRO INTERNATIONAL (EDMS complémentaire sur la mortalité infantile en cours de réalisation)

⁵ ONS : RGHP 2000 ; MSAS/ONS: EDSM 2000/2001 ; ONS: Profil de pauvreté 2000/2001 ; Rapport 2002 sur le DHD ; Ministère de l'éducation nationale : rapport annuel 2001

Les résultats de l'EDSM 2000/2001 font ressortir des taux de mortalité infantile de 74 p.m et juvénile de 116 p.m., et un taux de mortalité maternelle de 747 pour 100 000 naissances vivantes qui est l'un des plus élevés de la sous région.

2.4.1. 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 autre les endémo-épidémies (tuberculose, VIH/SIDA, maladies cibles du PEV).

Le taux d'incidence de la **Tuberculose** a été estimé à 2,74%° en 2000. Une estimation du Programme Nationale de Lutte contre la Tuberculose et le Lèpre (PNLTL) indique qu'en Mauritanie le nombre de cas attendus par an est de 7 000, bien que l'on n'en enregistre en réalité que 4 000.

En 2001, le nombre de cas cumulés estimé de **VIH/SIDA** est de 10000. Le taux de prévalence chez les femmes enceintes est de 0,57 %⁶.

Le **paludisme** constitue un problème majeur de santé publique. En effet, on enregistre chaque année 250 000 à 300 000 cas de paludisme, soit 22% des motifs de consultations dans les formations sanitaires du pays. Le paludisme représente également la 1^{ère} cause de décès dans les wilayas endémiques où il est responsable de 60% des motifs d'hospitalisation.

Les **maladies diarrhéiques** constituent la principale cause de décès chez les jeunes enfants dans le pays. Environ 18% des enfants font 1 ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans un intervalle de 15 jours. La prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les enfants de 6-23 mois.

Les données des dernières enquêtes montrent que 10% des enfants de moins de 5 ans souffraient des infections respiratoires aiguës et en particulier la pneumonie. Les **IRA** sont particulièrement fréquentes chez les enfants de 6 à 11 mois (17%)⁷.

Les **schistosomias** constituent un réel problème de santé publique et touchent près de 60% de la population dans les wilayas endémiques⁸.

La forme urinaire est endémique depuis des décennies, alors que la forme intestinale est émergente et évolue très rapidement. Son explosion est liée aux modifications de l'environnement consécutives aux aménagements de la vallée du fleuve Sénégal comme la construction des barrages de Diama et de Manantali.

Devant l'ampleur d'un tel problème, un Programme national de lutte contre la bilharziose a été créé et un Plan d'action a été élaboré en collaboration avec les partenaires.

Même s'il est fait état d'une baisse globale de la mortalité des enfants de moins de cinq d'environ d'un 1/3 entre la fin des années 1970 et 1990, les taux restent très élevés. Les enfants sont les plus touchés par les maladies transmissibles surtout le paludisme, les IRA, la diarrhée et les maladies cibles du PEV. Cette vulnérabilité est alourdie par la malnutrition avec des taux de 35% de malnutrition chronique et 17% de malnutrition sévère.

La stratégie PCIME est adoptée dans ce cadre par les autorités sanitaires et le préalable pour sa mise en œuvre est en cours.

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,

⁶ Enquête nationale de séroprévalence chez les femmes enceintes 2001

⁷ EDSM 2000

⁸ Enquêtes CNH/MSAS 1998 et 1999

diarrhées sanglantes avec apparition de souches de Shigelles résistantes aux antibiotiques, paludisme, méningite cérébro-spinale, fièvre la vallée du Rift.

2.4.2. Maladies non transmissibles

Si l'ampleur réelle des maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète, n'est pas suffisamment documentée en Mauritanie, leur émergence ces dernières années est à souligner.

Les seules informations actuellement disponibles sur ces maladies concernent les maladies cardio-vasculaires et émanent des registres hospitaliers.

Ainsi en 2002, au niveau du Centre National Hospitalier, la fréquence a été évaluée comme suit :

1. hypertension artérielle : entre 15 et 45 p. cent
2. cardiomyopathies rhumatismales : entre 17 et 21 p. cent
3. cardiomyopathies dilatées : entre 16 et 20 p. cent
4. cardiopathies ischémiques : entre 4 et 7 p. cent

La mortalité hospitalière par HTA est de 11 p. cent, et elle représente 41 pour cent de la mortalité du service. Dans le groupe des malades admis pour HTA, 30,6 p. cent décèdent surtout par Accident Vasculaire Cérébral (AVC), par insuffisance rénale et par insuffisance cardiaque.

La prise en charge de ces maladies à l'étranger, qui représentent 36 % des évacuations (vers le Maroc, la Tunisie et la France), grève sérieusement le budget de l'Etat avec plus de 2 800 000 \$US de dépenses sur la période 2000-2001.

Une étude sur le diabète est en cours de réalisation pour documenter davantage la situation.

Les premières informations recueillies, laissent présager une relation triangulaire entre l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète.

Un projet d'élaboration du registre du cancer est en cours de maturation.

La lutte contre ces maladies s'inscrit dans le cadre du Plan Directeur du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales pour la période 1989-2002. Elle s'articule au tour de 3 axes :

1. L'identification des tendances épidémiologiques des maladies et de leurs facteurs de risque;
2. La réduction de ces facteurs de risque et de leurs déterminants;
3. Le développement d'innovations dans la prise en charge de ces maladies, innovations qui conjuguent des caractéristiques de coût-efficacité, d'accessibilité aux soins, de valorisation des personnels par la formation

2.4.3. Risques liés à l'environnement et au style de vie

L'urbanisation accélérée et massive ayant entraîné la multiplication des zones d'habitats spontanés, l'accentuation du déficit en équipements collectifs, l'absence d'une planification urbaine, 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.

L'examen des résultats de l'EDSM montre que 66 % des Mauritaniens n'ont pas accès à une eau de boisson saine, 53 % n'ont pas de toilettes, moins de 40 % des ordures ménagères des villes sont collectées et déversées de manière incontrôlée à la périphérie, la gestion des déchets biomédicaux laisse à désirer .

Cette situation est aggravée par l'adoption de pratiques et comportements compromettant fortement la bonne santé des populations. On peut citer le tabagisme qui touche en 1999 51% de la population (77% d'homme et

23% des femmes, et 45% des élèves des établissements secondaires) et le gavage (22% en moyenne de la population féminine) qui entraîne l'obésité.

La poursuite de certaines pratiques traditionnelles comme l'excision (65% en milieu urbain et 77% en milieu rural des femmes sont excisées), l'attitude pronataliste de la population (ISF varie de 5,1 à 4,0), le statut socio-économique de la femme (31% de femme contre 21% d'homme n'ont aucune instruction).

Les actions limitées de promotion de la santé n'ont pas eu d'impact sur la performance des programmes prioritaires tels que le Programme Elargi de Vaccination, le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, le tabagisme, la santé maternelle et infantile...

Quant aux risques liés aux urgences et catastrophes naturelles ou accidentelles, ils ne sont pas évalués et les réponses apportées n'ont pas encore fait l'objet de plan concerté pour des mesures préventives et une réaction à temps et adapté en cas de besoin .

La **malnutrition** est bien prévalente en Mauritanie. Les résultats des dernières enquêtes, montrent que la prévalence de la malnutrition globale a augmenté passant de 23% en 1996⁹ à 32% en 2000¹⁰ .

Plus du tiers des enfants de moins de cinq ans (35%) souffrent de malnutrition chronique dont environ 17% présentent la forme sévère.

La malnutrition aiguë ou émaciation touche près de 13% des enfants de moins de cinq ans dont 3% de sévère. Elle est plus prononcée chez les garçons (15%) que chez les filles (11%).

Toujours d'après cette étude, 13% des femmes de 15 - 49 ans ont un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 et souffrent donc de malnutrition chronique dont 2% de sévère.

Les autres problèmes nutritionnels sont représentés par les troubles liés aux carences en iode (TDCI = 30,9%). L'anémie carencielle touche 50% des enfants de 5-14 ans¹¹ et 60%¹² des femmes enceintes.

L'avitaminose A est de l'ordre de 2,5% à 2,7% en moyenne chez les enfants d'âge < 5 ans avec des pics allant de 4% en Adrar, 10% au Hodh el Gharbi et 25% à Nouadhibou¹³).

Les taux de petits poids à la naissance (<2500g) sont de l'ordre de 24,4% en moyenne avec des pics de 60% dans certains milieux défavorisés de la population¹⁴.

2.5. Système de santé

2.5.1. Politique de santé

La réforme du système de santé a évolué suivant des phases successives visant à améliorer les conditions socio-sanitaires des populations à travers notamment le IVe Plan Sanitaire (1981-1985), le Programme de redressement économique et financier (PREF) (1985-88), le Plan de consolidation et de relance (PCR) 1989-1992) et le premier Plan Directeur 91-94 qui a glissé jusqu'en 1997 et permis d'étendre la couverture sanitaire de 30 à 75%. L'année 1998 a été marquée par l'introduction de l'approche sectorielle donnant une vision plus large de la santé traduite dans le **Plan Directeur 1998-2002 qui vise à :**

- Renforcer la couverture sanitaire, la qualité et l'utilisation des services de santé
- Améliorer la performance du système socio-sanitaire
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies
- Renforcer l'action sociale

⁹ Enquête MICS de l'UNICEF

¹⁰ EDSM

¹¹ enquête OMS dans le cadre du programme de lutte contre les maladies tropicales au Trarza et Brakna (1995)

¹² Source MSAS (atelier PNAN janvier 2000)

¹³ Source MSAS : atelier PNAN 2000

¹⁴ Source MSAS : atelier PNAN 2000

- Assurer un financement adéquat du système socio-sanitaire
- Créer un environnement favorable pour la Santé

Cette approche sectorielle vise la restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la maîtrise des interventions dans le secteur, la poursuite de la politique de décentralisation des responsabilités et des ressources et le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux. Le cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) pour la période 2002-2004 s'articule autour des dimensions de la performance et leur contributions aux objectifs de lutte contre la pauvreté:

Le CBMT fixe trois catégories d'objectifs : i) améliorer les indicateurs de santé de la population mauritanienne notamment parmi les groupes les plus pauvres avec objectifs de réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile et la mortalité maternelle ; ii) limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres ; iii) améliorer la participation des pauvres à la gestion de leur santé.

2.5.2. Organisation des services de santé

Le système de soins et de référence/recours est de type pyramidal et est calqué sur le découpage administratif. Il existe 4 niveaux de prestations de soins :

- **niveau tertiaire**, se trouvent 4 établissements hospitaliers dont la capacité varie de 450 lits pour le CHN à 60 lits pour les autres.
- **niveau secondaire**, on compte 10 hôpitaux régionaux qui sont situés dans les chefs-lieux des wilayas. Le taux d'occupation moyen de lit est de 39% et la capacité fonctionnelles très variables. Seules les wilayas du Tiris Zemmour et de l'Inchiri ne disposent pas d'hôpitaux régionaux .
- **niveau primaire**, Il constitue le point de contact entre la population et le système soins. Il comprend:
 - Les centres de santé : 62 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 50 de type B (moins de 10 lits d'hospitalisation dont 4 pour la maternité et un petit laboratoire) ;
 - Les postes de santé : dirigés par des infirmiers. Il y a actuellement 333 postes de santé inégalement repartis entre les wilayas du pays ;

Dans la plupart des structures de santé de ce niveau, l'essentiel des activités se résume au curatif , à la vaccination et aux consultations prénatales. L'utilisation des services par les populations reste insuffisante ;

La pratique de la médecine privée est officiellement en vigueur en Mauritanie depuis octobre 1988. Elle a connu un développement important et anarchique au cours des 10 dernières années, en particulier au niveau de Nouakchott et des grandes villes (Nouadhibou, Kiffa). Les structures sanitaires privées sont composées de 24 cliniques médicales, 28 cabinets médicaux, 34 cabinets dentaires et 32 cabinets de soins. Le secteur privé connaît des insuffisances en terme de contrôle de qualité et de supervision.

Bien que largement pratiquée sur l'ensemble du territoire national, la médecine traditionnelle reste faiblement prise en compte dans le système national de santé.

Dans le cadre de la participation communautaire à la mise en œuvre de la politique de santé, , il existe des structures villageoises dirigées par des agents de santé communautaires et des comités de gestion; ces structures délivrent des soins primaires dans les localités dépourvues de formation sanitaire (530 unités de santé de base).

2.5.3. Ressources humaines

La Mauritanie est confrontée à des difficultés pour planifier, produire et utiliser le personnel de santé en cohérence avec les besoins pour atteindre les objectifs nationaux de santé. En effet l'amélioration de la gestion du personnel a toujours été une priorité depuis 1985 en Mauritanie. De nombreux problèmes ont été identifiés suite aux différentes évaluations à savoir : la faiblesse de la politique de ressources humaines, le besoin de révision de la grille des salaires/ indemnités, l'absence de l'intégration entre développement du secteur et le développement des ressources humaines, la mauvaise distribution quantitative et qualitative, les insuffisances en formation spécialisée tenant compte des besoins et du profil d'emploi, la faiblesse des programmes de formation continue, la faible motivation du personnel.

Tableau N° 2 : Effectifs et Ratio du personnel du secteur public¹⁵

Effectif personnel de santé	Ratio par habitants
333 médecins	1 médecin/ 7652 habitants
241 sages femmes	1 Sage Femme/10573 habitants
1580 Personnels infirmiers (IDE, IMS, TS)	1 Infirmier/1 1612 habitants
50 pharmaciens	1 Pharmacien/50963 habitants
52 chirurgiens dentistes	1 chirurgien dentiste/49003 habitants

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat ; IMS = Infirmier Médico-Social ; TS = Technicien de Santé

En 2001, les effectifs du MSAS étaient de 3 287 agents dont 39% de femmes ; ce personnel est inégalement réparti au niveau du territoire national (47 % à Nouakchott) avec un déficit important au niveau des structures sanitaires périphériques.

La grave situation des ressources humaines a conduit en l'an 2000 à la création au sein du MSAS d'une direction spécifique, à instituer en 2002 des primes de motivation basée sur des critères d'enclavement et d'éloignement et entreprendre l'élaboration d'un nouveau plan de développement des ressources humaines .

2.5.4. Médicaments Essentiels :

La restructuration du MSAS en 2000 a vu la création de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables (CAMEC) ; ce qui a permis à la Direction de la pharmacie et du laboratoire (DPL) de se concentrer aux aspects de régulation de la politique pharmaceutique. .

La CAMEC permettra d'avoir des procédures d'achat indépendantes sur listes restreintes de médicaments et consommables, alors que la DPL se limitera à la mise œuvre de la politique nationale pharmaceutique, y compris le contrôle de qualité des médicaments. La revue des dépenses publiques montre que la dépense de 0.6 dollars par habitant couvre largement les besoins actuels du pays en médicaments essentiels. Le coût moyen d'un traitement dans les formations sanitaires du secteur public est estimé à 165 ouguiyas.

L'approvisionnement des structures sanitaires publiques en médicaments et en matériel essentiels est assuré par la CAMEC à travers les dépôts pharmaceutiques régionaux (13) répartis dans les 13 Wilayas. L'importation des médicaments pour le secteur privé est assurée par 10 grossistes-répartiteurs et la distribution assurée par 247 officines et dépôts dont 50 sont concentrés à Nouakchott. Le secteur pharmaceutique réalise un chiffre d'affaire annuel de 2 milliards d'ouguiyas/an.

2.5.5 Financement de la santé :

Le budget alloué au secteur de la santé a augmenté de façon régulière au cours de dix dernières années. La dépense publique par habitant se situe autour de 8\$US en 1999 et 2001. Toutefois au vue de la revue de dépenses publiques et compte tenu des effets de la réduction de la dette, le budget global du MSAS a fortement progressé,

¹⁵ MSAS 2002 : Base de données du personnel

faisant passer la dépense publique par habitant de 8 \$US en 2000 à 11\$US en 2002. Actuellement un cadre budgétaire à moyen terme, élaboré pour la période 2002-2004, concilie les objectifs du plan directeur 1998-2002 avec ceux du cadre stratégique de lutte contre la Pauvreté. Le budget pour l'exercice 2002, qui se chiffre à 10 milliards 240 millions ouguiyas¹⁶ se répartit de la manière suivante : 44% pour le niveau primaire, 16% pour le niveau secondaire, 18% pour le niveau tertiaire et 22% pour l'administration centrale.

La contribution des populations au financement du secteur se manifeste à travers le système de recouvrement des coûts des médicaments essentiels mis en œuvre depuis 1992, système qui génère des montants de recettes conséquents (543 millions d'ouguiyas en 1998)¹⁷. Le système a été incontestablement un succès, néanmoins prévalaient un certain nombre de dysfonctionnements, qui a motivé la révision du décret d'application afin de mieux adapter le système de tarification, déterminer clairement le rôle des comités de gestion, la clé de répartition des recettes entre les différentes rubriques de dépenses, et indiquer l'utilisation des fonds de sécurité, tout ceci pour améliorer l'équité et l'accessibilité aux soins. L'existence de près de 50% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté ont conduit à la recherche de mécanismes de financement innovateurs (mutuelles santé, forfaits de Soins, assurances maladies...).

2.5.6. Système d'information sanitaire et Recherche

Le système national d'information sanitaire mise en place en 1991 qui ne concernait initialement que les activités de SMI a été élargi en 1998 aux autres données sanitaires. Après une phase de test dans certaines régions, le nouveau système a été généralisé à tout le pays en 2001. Bien que le taux moyen de recouvrement des rapports soit satisfaisants (60%), la qualité des données collectées reste très insuffisante.

La recherche dans le domaine de la santé demeure timide et ses activités parcellaires.

2.5.7. Principaux problèmes et Défis du secteur de la santé :

Les principaux problèmes du secteur de la santé identifiés par l'analyse de situation se caractérisent par les décès prématurés et sont mesurés par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) et la mauvaise qualité de vie appréciée par la charge de la morbidité.

Les décès et la mauvaise qualité de vie sont imputables à des facteurs comportementaux et environnementaux (regroupant le 1/3 des affections répertoriées au niveau national), aux maladies (transmissibles et non transmissibles), tout ceci aggravé par des facteurs en rapport avec la gestion du système de santé.

Les principales causes (ou déterminants) des maladies notamment la tuberculose, le paludisme, le ver de guinée, les maladies diarrhéiques, les schistosomias, les maladies cardiovasculaires, la malnutrition (protéino-calorique et carences en micronutriments) sont en rapport avec des comportements néfastes (habitudes alimentaires, tabagisme), l'environnement malsain (qualité de l'eau, et mauvaise gestion des déchets) et la sécheresse récurrente.

Parmi les principaux défis du secteur de la santé, il faut mentionner les problèmes en rapport avec les domaines prioritaires suivants :

- **Administration et la Gestion du système de santé** par le renforcement de l'administration générale/stewardship et des capacités institutionnelles, y compris l'approche contractuelle avec la société civile et le secteur privé.

¹⁶ 1 dollars est équivalent à 200 UM à cette période

¹⁷ MAED : Bilan économique et social 90-98

- **Financement de la Santé** par le renforcement du principe d'équité, la mise en place d'un système de couverture du risque maladie (mutuelle, sécurité sociale, ..), le développement de mécanisme d'assurance de la pérennité (décentralisation, participation des collectivités/Société civile, implication du secteur privé et parapublic)
- **Prestations de services** orientées vers l'approche qualité des soins.
- **Création de ressources** avec la mise en œuvre de politique et de stratégie de développement de ressources humaines pour la santé.

La réponse adéquate aux défis ci-dessus contribuera à réduire de façon significative la mortalité maternelle et infantile tout en garantissant une bonne qualité de vie.

SECTION 3. ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT

3.1. Tendance de l'aide

Globalement, l'aide publique au développement (APD) reçue par la Mauritanie a diminué ces dernières années, passant de 272 millions de dollars US en 1996 à 218 millions en 1999. La répartition de l'APD par nature des financements indique qu'en 1999, 20% correspondent à des emprunts, 37% à des quasi dons et 43% à des dons. Concernant spécifiquement le secteur de la santé, l'évolution a été favorable l'aide extérieure passant de 2,5% de l'APD en 1996 à 21,2% en 1998. Ainsi, la part du budget de la santé financé par les bailleurs de fonds a évolué de 25, 3% en 1996 à 52% en 2002. La revue des dépenses publiques met en évidence un ratio d'investissement/fonctionnement très élevé, aux alentours de 1,2 en 1999. Ce fort déséquilibre est lié en large partie à la forte contribution des bailleurs de fonds au budget investissement, tandis que les dépenses de fonctionnement financées par l'Etat sont restées faibles. Cette tendance du fait du Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) est appelée à s'inverser d'ici 2004.

3.2. Principales agences de développement

Les principales Agences de développement intervenant dans le secteur de la santé sont la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, la Coopération Française, l'Union Européenne, la Coopération Allemande, la Coopération Espagnole, les Emirats Arabes Unies, la République Populaire de Chine, le FADES, la BID, l'AFD, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP. A titre indicatif, en 2002, la part du budget de la santé financée par les partenaires a été de 52% dont 27 % par la BM, 14% par la BAD, 4% par l'OMS, 3,7% par l'UNICEF, 3,4% par la KFW et 1% par le FNUAP. Ces agences interviennent notamment dans les domaines du renforcement du système de santé, de la construction des infrastructures, de la fourniture d'équipements, dans la mise en œuvre des programmes prioritaires. Des ONGs internationales et organismes gouvernementaux (Corps de la paix américain – World Vision International – Pharmaciens Sans Frontières - Croix rouges française, espagnole et italienne – Médecins Sans 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.

3.3. Modalité de l'Aide et Mécanismes de coordination

La coordination des aides extérieures est assurée à travers un mécanisme de groupe consultatif. Dans le domaine de la santé, l'approche sectorielle mise en œuvre depuis 1998 a auguré une nouvelle voie de partenariat entre les

agences de développement, le Gouvernement et la société civile. Cette approche a permis d'améliorer le suivi des performances et de la gestion financière, et 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 2001 par le MSAS. Il regroupe l'ensemble des directeurs centraux du département, les agences du système des Nations Unies et les organisations de coopération bilatérales et multilatérales. Ce groupe constitue l'instance privilégiée de concertation de toutes les interventions de la santé.

Dans le cadre de l'UNDAF, les agences du système des Nations Unies harmoniseront leur cycle de programmation à compter du 1er janvier 2003.

Pour s'y préparer, elles ont réalisé au cours de l'année 2000 le bilan commun de pays (CCA), puis, au cours de l'année 2001, le Plan cadre des Nations Unies pour le Développement (UNDAF). Le CCA a permis de faire une analyse causale de 15 problèmes clés et identifié les obstacles majeurs à la lutte contre la pauvreté. Dans le domaine de la santé, la lutte contre la Mortalité Maternelle, infantile et infanto-juvénile a été identifié comme problématique sur laquelle les agences ont pris des engagement dans le cadre de l'UNDAF.

Il importe de souligner que les agences des NU appuient un projet commun UNFIP "scolarisation des filles".

SECTION 4 : PROGRAMME DE COOPERATION

4.1. Bref aperçu sur la coopération OMS Mauritanie

La convention bilatérale entre la République Islamique de Mauritanie et l'OMS a été signée le 3 mai 1961. La stratégie de coopération constitue une actualisation de cet accord.

Le programme de coopération avec le pays s'est intensifié ces dernières années, dans une première phase entre 1997 et 1999, l'accent avait été mis sur l'évaluation du 1^{er} plan directeur et l'élaboration du plan pour les années 1998-2002, sur l'élaboration de politiques et plans nationaux aux normes internationales et sur le renforcement des capacités nationales.

A partir de 2000, un accent a été mis sur la restructuration du MSAS avec l'émergence de la Direction de la Médecine hospitalière, des ressources humaines et de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament et de la CAMEC, sur les renforcement des capacités régionales en matière de planification et de mise en œuvre des programmes régionaux.

Ainsi durant la période 1997-2002, un total 109 consultants, dont 10 du Siège et les autres d'Afro, ont appuyé 97 missions d'appui technique aux programmes nationaux de santé et contribué à l'amélioration du système de santé particulièrement dans les domaines suivants: PEV, Surveillance épidémiologique et lutte contre les épidémies, système nationale d'information sanitaire, nutrition, Tuberculose/lèpre, PCIME, VIH/SIDA, Sécurité Transfusionnelle, Paludisme, Schistosomiasis, Ver de Guinée, MPS/MSR, Ressources humaines, PPN, Santé/Environnement, Recherche en système de santé, Qualité des soins, lutte contre les maladies cécitantes et Partenariats.

Le bureau de l'OMS pour la Mauritanie a connu un renforcement progressif de son équipe et compte en 2002, en plus du Représentant 19 personnes, dont 2 internationaux (DPC et HRH) et 6 nationaux professionnels (MAL, VIH, CWS, ECO, HIP, MPS), une Assistante administrative, un chargé de la logistique, une secrétaire, 3 chauffeurs et 5 plantons/gardiens et agent d'entretien des locaux. Le personnel de la représentation travaille dans un espace exigu avec un équipement informatique obsolète.

Le budget régulier pour le biennium 2002-2003, chiffré à 2 553 000 \$US a été consacré respectivement à 46,6% pour l'appui aux différents programmes prioritaires, 10,6 % au fonctionnement du bureau. L'accroissement financier par rapport à la période 2001-2002 a été au bénéfice d'un nouveau domaine à savoir la lutte contre le tabac, et un additif financier pour les ressources humaines et l'environnement et santé

Pour la même période, 3 postes NPO sont pris en charge par le Bureau Régional équivalent à 3,5% du montant du biennium .

Aussi, **le Bureau pays a reçu du Bureau régional 891 392 \$US au titre des ressources extra budgétaires** destinés principalement à l'appui aux programmes prioritaires (Paludisme, vaccination, MPS et nutrition).

4.2. Domaines prioritaires de coopération OMS Mauritanie

Les principaux domaines de coopération en 2001/2002 ont portés sur les 19 programmes prioritaires suivants :

Tableau N° 3 : Domaines de coopération et répartition budgétaire

Code	Titre	Budget en \$US
COO	Coopération Technique	743000
CSR.01.1.01	Surveillance des Maladies Transmissibles	61000
CPC.01.2.01	Maladies Transmissibles : Prévention, Eradication et Lutte	22950
MAL.01.4.01	Paludisme	20000
TUB.01.05.01	Tuberculose	37000
HIV.03.5.01	VIH/SIDA	16000
NCD.02.1.01	Approche intégrée de la surveillance, de la Prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles	28500
OSD.07.4.01	Organisation des Services de Santé	702000
CAH.03.1.01	Santé de l'Enfant et des Adolescents	20000
MPS.03.3.01	Pour une Maternité à moindre risque	170000
NUT.04.2.04	Nutrition Santé et Développement	30000
TOB.02.2.01	Tabac	20000
PHE.04.3.01	Santé et Environnement	59500
EHA.04.5.01	Préparation aux situations d'urgence	15000
HPR.05.1.01	Promotion de la Santé	78500
MNH.05.3.01	Santé Mentale et Toxicomanies	21000
EDM.06.1.01	Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutique	34000
IVD.06.2.01	Vaccination et Développement des vaccins	334000
BCT.06.3.01	Sécurité Sanguine et Technologie clinique	72750
	• Sécurité du sang	29000
	• Assurance Qualité des soins	43750
REC.08.2.01	Mobilisation des Ressources et Coopération Extérieure et Partenariats	67800
	Total	2 553 000

4.3. Coopération OMS avec les autres partenaires

L'organisation collabore avec toutes les agences du Système de Nations Unies et la coopération bi- et multilatérale impliquée dans la santé, notamment des convention ont été signées conjointement avec MSAS, la Coopération Française, et la Banque Africaine de développement, dans le domaine des activités inter agences respectivement pour la mise en œuvre des activités de la maternité à moindre risque, du programme élargi de vaccination, de l'éducation des filles et enfin pour des interventions dans divers programmes prioritaires, pour le biennium 2000/2001 le montant cumulée de cette coopération se situe à 1 140 298 \$US .

4.4. Forces, faiblesses et opportunités pour l’OMS en Mauritanie

Il est important de noter que le pays adhère fortement aux orientations stratégiques et politiques définies par l’OMS dont le leadership dans le domaine de la santé est reconnu par les autorités sanitaires nationales ainsi que par les partenaires au développement.

Le tableau ci-dessus résume les forces et faiblesses du bureau de la représentation OMS en Mauritanie, les opportunités et les menaces.

Tableau N° 4 : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du bureau OMS Pays :

Forces	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement politique perceptible - Priorité accordée à la santé dans les politiques de Gouvernement - Equipe dynamique - Existence d'un cadre de concertation (Revues de programme) - Existence des comités de coordination des programmes prioritaires - Bonne collaboration avec le MSAS et les autres partenaires - Bonne capacité de mobilisation des ressources
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de documents de politique pour la santé - Manque de normes et standards pour le système de santé - Faible connaissance des procédures de l'OMS - Moyens de fonctionnement du bureau insuffisants (locaux, fournitures, logistiques, équipements informatiques,...) - Compétences limitées dans certains domaines (planification stratégique, communication, informatique, langues) - Préparation insuffisante des missions d'appui
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de cadre d'orientation politique CSLP, CBMT, UNDAF - Existence d'un processus de planification dynamique dans le cadre de l'Approche sectorielle - Disponibilité des Fonds PPTE - Existence du fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité dans l'administration - Faiblesse de l'absorption des fonds - Insuffisance dans l'adhésion des acteurs à l'esprit de l'approche sectorielle

SECTION 5. CADRE POLITIQUE INSTITUTIONNEL DE L'OMS: Orientations Mondiales et Régionales

L'OMS a engagé d'importantes réformes dans sa façon de travailler dans le but de mieux appuyer les États Membres de l'Organisation en vue de relever les principaux défis de la santé et du développement. Ce processus de changement organisationnel inclut la Stratégie Institutionnelle de l'OMS¹⁸, qui sert de cadre global pour son travail.

5.1. But et Mission de l'OMS

La mission de l'Organisation mondiale de la Santé reste la même, à savoir "amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible"¹⁹. Dans ce contexte, l'Organisation vise le renforcement de son autorité technique, intellectuelle, politique en matière de santé, ainsi que sa gestion et sa capacité de réponse aux besoins des États Membres.

5.2. Nouvelles méthodes de travail^{1,3}

La stratégie institutionnelle met l'accent sur les réponses suivantes de l'OMS au changement de l'environnement international:

- privilégier une approche plus large de la santé dans le contexte du développement humain durable, et centrer en particulier son attention sur les liens entre la santé et la pauvreté
- s'impliquer davantage dans l'adoption de consensus nationaux et internationaux sur les politiques, stratégies et normes de santé
- susciter des actions plus efficaces pour améliorer la santé et réduire les inégalités en négociant des partenariats appropriés
- créer une culture institutionnelle propice à une pensée stratégique, à une action rapide, à l'établissement de réseaux productifs et à l'innovation.

5.3. Orientations stratégiques^{1,3}

Sur la base des nouvelles méthodes de travail mentionnées ci-dessus, l'OMS a mis au point quatre orientations stratégiques pour atteindre ses objectifs et combattre les maladies.

Ces orientations stratégiques, qui sont inter-dépendantes, fournissent un cadre global pour le travail technique du Secrétariat, à savoir :

- Réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout pour les populations pauvres et marginalisées ;
- Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et aux comportements ;
- Mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables ;

¹⁸ - OMS : Conseil Exécutif 105/3: Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS

¹⁹ - Article 1 de la Constitution de l'OMS

3 – OMS : Programme Général de Travail 2002 – 2005

- Concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

5.4. Fonctions Essentielles

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS, décrite ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs de l'Organisation à tous les niveaux, à savoir :

- Définir une politique et une action de sensibilisation cohérente conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Gérer l'information en évaluant les tendances et en comparant les résultats ;
- Se faire l'agent du changement par un appui technique et théorique, de façon à stimuler l'action et la coopération et à renforcer durablement les capacités nationales et inter pays ;
- Négocier des partenariats nationaux et mondiaux, et les soutenir ;
- Fixer et valider les normes et critères, les appliquer et en surveiller l'application ;
- Encourager la mise au point et l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux en matière de lutte contre la maladie, réduction des risques, gestion des soins de santé et prestation de services.

5.5. Priorités Globales et Régionales^{3,4}

Compte tenu de la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, l'Organisation a sélectionné un nombre limité de priorités à moyen terme.

Les priorités globales actuelles sélectionnées sur la base de critères objectifs sont : paludisme ; VIH/SIDA et tuberculose ; maladies non transmissibles courantes (par exemple, cancer, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chroniques) ; tabagisme ; santé maternelle ; salubrité des aliments ; santé mentale ; sécurité transfusionnelle ; systèmes de santé.

La Région africaine est confrontée à d'énormes problèmes/défis de santé et enregistre les indicateurs de santé les plus négatifs de toutes les régions de l'OMS. La Région a, par conséquent, identifié un nombre de domaines prioritaires sur lesquels les interventions de l'Organisation se concentrera. Il s'agit de : paludisme ; VIH/SIDA et tuberculose ; santé de l'enfant et de l'adolescent ; santé maternelle ; santé mentale ; promotion de la santé ; renforcement des systèmes de santé ; sécurité transfusionnelle ; pauvreté et santé ; préparation et réponse aux épidémies et aux situations d'urgences complexes.

5.6. Rendre l'OMS plus efficace au niveau de pays

La typologie opérationnelle des fonctions de l'OMS au niveau du pays a été développée sur la base des fonctions essentielles globales décrites plus haut.

Ces fonctions spécifiques au niveau pays sont :

F1 : Appui à la mise en œuvre des actives de routine à long terme ;

F2 : Accélération de l'adoption de stratégies et d'innovations techniques ; adaptation des directives selon les spécificités du pays ; démarrage de la mise en œuvre à grande échelle ;

F3 : Appui à la recherche et développement ; expérimentation de la politique ; élaboration de directives, stimulation du suivi de la performance de la santé et du secteur santé ; évolution et anticipation des tendances ;

F4 : Partage de l'information : options et positions génériques de politiques, directives et normes, études de cas de bonnes pratiques ; plaidoyer

F5 : Fourniture de conseils spécifiques en matière de politique et d'avis techniques de haut niveau ; rôle d'intermédiaire et d'arbitre ; influence sur la politique, l'action et les dépenses du gouvernement et des partenaires au développement.

Au niveau du pays, l'OMS sera davantage un conseiller, un agent catalyseur, et ne s'impliquera dans des activités de routine que dans des cas bien spécifiques et limités dans le temps.

SECTION 6. AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS

6.1. Généralités / Cadre conceptuel du choix des axes stratégiques

Au cours des dernières années, la coopération avec la Mauritanie a contribué à appuyer les réformes du secteur 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:

1. Parmi les dix groupes de facteurs de risque identifiés²⁰, huit sont particulièrement prévalents en Mauritanie; ce sont par ordre décroissant d'importance : l'utilisation d'eau non potable, le défaut d'assainissement et d'hygiène, la sous alimentation, la carence en fer, l'Hypertension Artérielle, le tabagisme, les pratiques sexuelles dangereuses et l'obésité. En effet, la persistance des maladies endémiques et endémo-épidémiques, l'émergence des maladies non transmissibles, les risques liés à l'environnement (sécheresse, tempêtes de sable et poussières), ainsi que les styles de vie, expliquent en partie le poids de ces maladies, notamment l'émergence du VIH/SIDA. La lutte contre ces facteurs de risque, dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé constituera l'axe principal de coopération entre l'OMS et le Gouvernement.

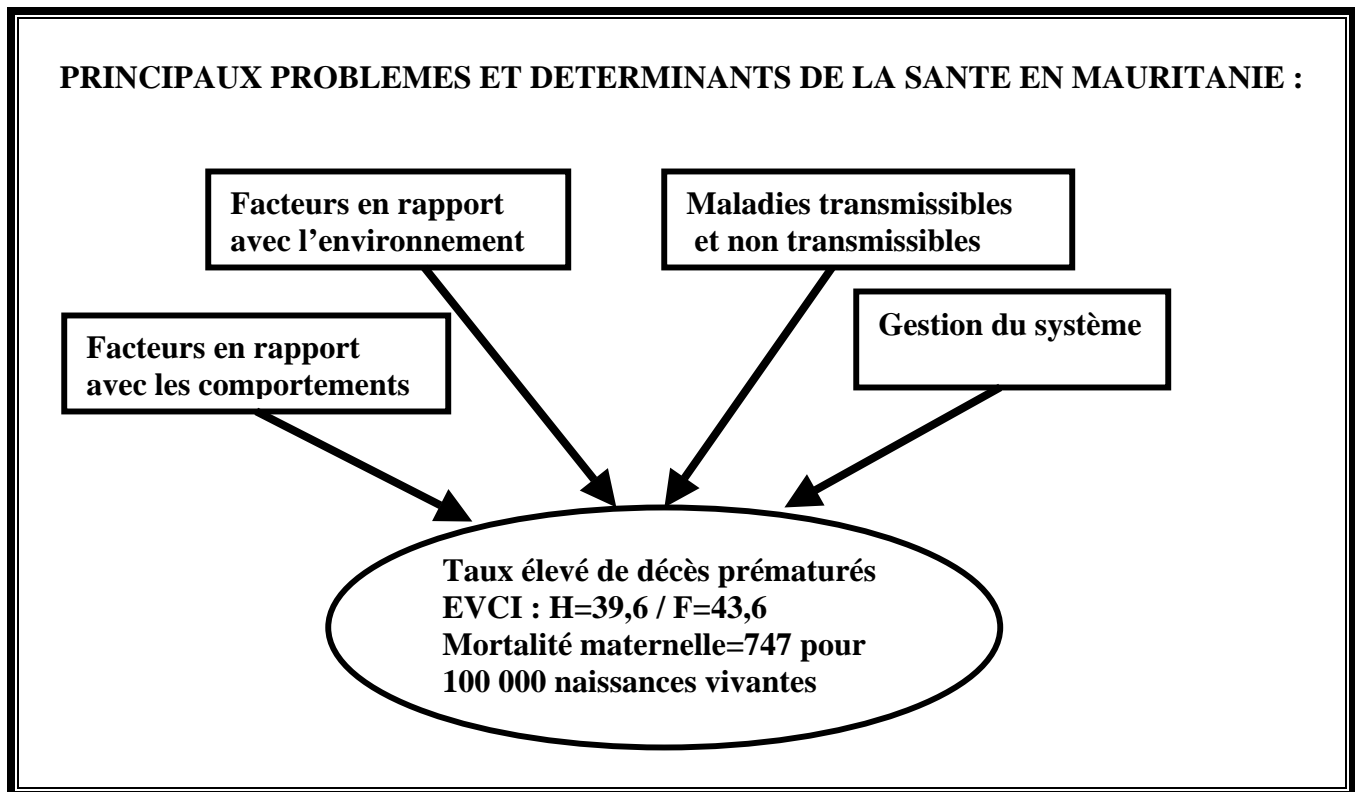
2. L'analyse de situation a également mis en exergue la coexistence des maladies transmissibles sous forme d'endémo-épidémies et de maladies non transmissibles dont l'ampleur et les déterminants ne sont pas entièrement élucidés.

La lutte contre ces maladies, notamment celles à potentiel épidémique, bénéficiera des technologies spécifiques en plus de la stratégie de promotion de la santé.

3. la faiblesse de la performance du système de santé mauritanien est au centre des préoccupations du Gouvernement et des partenaires au développement sanitaire. Le développement harmonieux des ressources humaines est une des conditions de l'amélioration de la performance de ce système de santé.

²⁰ OMS : Rapport Mondial de la Santé 2002

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 les prochaines années, l'OMS visera davantage le renforcement des capacités propres du Ministère de la santé en matière de coordination, de gestion et d'évaluation. A cet effet, l'OMS focalisera ses efforts sur son rôle de conseiller technique en matière de politiques et de stratégies ; les interventions garderont un caractère catalytique et d'accompagnement en ce qui concerne la mise en œuvre des activités de routine. Par son action de plaidoyer, de négociation et de facilitation l'Organisation cherchera également à 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.

Plus spécifiquement, l'OMS appuiera la Mauritanie dans pour l'élaboration de politique, de stratégie et de programmes orientés vers la promotion de la santé, l'amélioration de la performance du système de santé et la lutte contre les maladies à potentiel épidémique.

Le choix des axes stratégiques d'intervention pour les six prochaines années a été fait sur la base des défis issus de l'analyse de la situation sanitaire, des critères relatifs à la pertinence des interventions à caractère stratégique par rapport aux besoins du pays et aux priorités de l'OMS ainsi qu'à la capacité réelle d'intervention de l'Organisation.

Les principaux axes d'intervention retenus pour cette période sont:

- **La réduction des facteurs de risque qui contribuera à la lutte contre la pauvreté et à la réduction de la mortalité maternelle ;**

- **Le renforcement de la performance du système de santé qui passe par celle des ressources humaines ;**
- **La gestion des maladies à potentiel épidémique.**

6.2.1. La Réduction des Facteurs de Risque

Parmi les facteurs de risques essentiels auxquels sont exposées les populations, certains sont en rapport avec leur style de vie et les comportements; c'est le cas des accidents routiers, du tabac, de l'alcoolisme et de l'abus des drogues, des tabous alimentaires, des mariages précoces, des grossesses rapprochées et multiples, des avortements et des pratiques traditionnelles néfastes.

D'autres facteurs sont liés à l'environnement parmi lesquels, ceux directement liés à l'eau non potable, aux déchets et aux ordures, à la pollution atmosphérique, à la promiscuité en rapport avec l'habitat insalubre.

Tous ces facteurs sont en rapport avec la pauvreté (pauvreté monétaire, faible niveau d'instruction, maladies de la pauvreté, carences nutritionnelles, cadre de vie précaire).

Les orientations stratégiques au niveau du pays portent essentiellement sur la promotion de modes de vie sains qui contribuera à contrôler les facteurs de risque.

Les populations démunies dont le mode de vie est accentué par la situation de pauvreté seront les principales cibles primaires des interventions.

Dans ce cadre, les interventions contre les maladies ayant une forte charge de morbidité (tuberculose/IRA, paludisme, SIDA, maladies diarrhéiques, helminthiases, paludisme, schistosomias, dracunculose), exigent des actions visant à améliorer le cadre de vie (habitat, lieu de travail), à promouvoir l'hygiène collective et individuelle, les comportements et styles de vie compatibles avec un bon état de santé.

Dans ce domaine l'OMS apportera son appui sous forme d'avis et de conseils sur les politiques et stratégies nationales, le partenariat et la mobilisation des ressources. L'Organisation appuiera également le pays dans la mise en œuvre d'un système de suivi/évaluation des stratégies et politiques nationales dans le but d'instaurer un environnement favorable à la santé.

Les interventions de santé publique viseront la réduction des facteurs de risque identifiés au cours de l'analyse de la situation.

Ces interventions dans le cadre de la Stratégie de Coopération se focaliseront sur :

- l'intégration des actions visant la lutte contre la malnutrition à travers un plan multisectoriel
- le renforcement des capacités nationales en matière de surveillance nutritionnelle et de prise en charge correcte de la malnutrition, la promotion des pratiques alimentaires appropriées et de l'allaitement maternel exclusif, par la formation du personnel et la fourniture de documents techniques de référence (stratégie, normes et standards).
- la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation

Devant l'ampleur des problèmes liés aux questions d'eau, d'hygiène et d'assainissement, la contribution portera sur :

- le renforcement du cadre juridique et institutionnel du secteur de l'eau et de l'assainissement
- le renforcement des capacités des structures régionales d'hygiène et d'assainissement
- la promotion d'un système de gestion adéquat des déchets biomédicaux dans les structures de santé
- la promotion et la vulgarisation du système de gestion à base communautaire des ordures ménagères par des approches novatrices telle que "**PHAST**" (Participatory, Hygiene And Sanitation Transformation).

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'OMS contribuera à :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une Politique de Promotion de la Santé mettant l'accent sur les stratégies éducatives qui privilégient des interventions communautaires en vue de l'adoption de comportements favorables à la santé
- le renforcement du plaidoyer et du partenariat pour la santé notamment au niveau communautaire
- la diffusion des normes et standard et des meilleures pratiques dans le domaine.

6.2.2. Le Renforcement de la Performances du Système de Santé

L'amélioration de la performance du système de santé est une nécessité pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population et particulièrement pour réduire les décès maternels et infantiles très élevés. Les domaines d'action identifiés dans ce cadre portent essentiellement sur les techniques visant à améliorer la gestion du système de santé :

- Elaboration de politiques et stratégies nationales ;
- Organisation/administration ;
- Mobilisation de ressources financières ;
- Recherche en santé ;
- Monitoring/évaluation, élaboration de bases factuelles.

Le développement des ressources humaines pour la santé est un des préalables à l'amélioration de la performance du système de santé. L'accent sera mis sur la planification stratégique et l'appui à la mise en œuvre dans le domaine de la formation, de la promotion des soins infirmiers et obstétricaux, de la motivation des agents de santé.

La priorité du Département de la Santé est d'améliorer la performance du secteur à travers l'opérationnalisation de l'approche sectorielle, la décentralisation, le renforcement des capacités en matière d'administration, de création de ressources (humaines et matérielles), de prestation des services et des soins de qualité sur la base de l'approche contractuelle avec la société civile, les ONG. Une stratégie originale de financement de la santé par les mutuelles, l'assurance maladie viendra compléter efficacement le système de participation communautaire déjà en place (Recouvrement des coûts/Initiative de Bamako).

L'OMS appuiera le développement et le renforcement de la gestion des programmes (outils, approches, stratégies d'intervention, etc.), la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et politiques nationales, ainsi que la recherche, la dissémination d'information et de normes et le plaidoyer. Elle donnera de avis et conseils sur les politiques et stratégies nationales, le partenariat et la mobilisation des ressources.

6.2.3. La Gestion des Maladies à Potentiel Epidémique

Les maladies à potentiel épidémique bénéficient du cadre créé par les 2 axes stratégiques développées plus haut. Les systèmes de surveillance épidémiologique intégrée des maladies et les laboratoires de santé publique seront améliorés de façon sensible sur la base des directives existantes, en particulier par l'intensification des activités de surveillance, la formation du personnel des laboratoires et la mise en place de matériels de diagnostic pour la confirmation des agents étiologiques des maladies à potentiel épidémique.

Dans cet axe trois composantes ou domaines en rapport avec la surveillance épidémiologique intégrée, la prévention par l'immunisation et les vaccinations, la riposte en cas d'épidémie ont été retenus.

Ainsi l'OMS apportera sa contribution dans ce domaine à travers un appui au développement et au renforcement de la gestion des programmes, à la surveillance et à l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et politiques. Elle apportera par ailleurs des avis et conseils sur les politiques et stratégies nationales pour le

contrôle des maladies transmissibles (choléra, diarrhées sanglantes avec apparition de souches shigelles résistantes, méningite cérébro-spinale, paludisme, VIH et fièvres hémorragiques) .

L'OMS apportera également son appui technique pour une meilleure gestion du programme de vaccination, la résolution des problèmes récurrents de la chaîne de froid et de disponibilité des vaccins, le plaidoyer pour un partenariat et une meilleure mobilisation sociale et l'évaluation continue de la qualité de la vaccination.

6.3. Lien entre les axes stratégiques, les domaines de travail et les fonctions de l'OMS

Tableau N° 5 : Lien entre l'axe stratégique, les facteurs de risque, les domaines de travail et les fonctions de l'OMS

Axe 1	FACTEURS DE RISQUE	DOMAINES DE TRAVAIL (AOW)	FONCTIONS
Réduction des facteurs de risque	Pauvreté considérée comme une maladie et un facteur de risque	REC, TUB, MAL, NUT, VIH	F2, F4, F5
	Facteurs en rapport avec les styles de vie, les comportements néfastes et leurs déterminants notamment éducationnels	HPR, PHE, NUT, VIH, MPS, NCD, MNH	F2, F4, F5
	Facteurs environnementaux en rapport avec l'eau, l'hygiène, les agressions climatiques.	PHE, CPC, MAL	F2, F5
	Facteurs alimentaires et nutritionnels	NUT, FOS, NCD	F2, F3, F5

Tableau N° 6 : Lien entre les axes stratégiques, les éléments du processus gestionnaire, les domaines et les fonctions de l'OMS

AXES STRATEGIQUES	COMPOSANTES DU PROCESSUS GESTIONNAIRE	DOMAINES DE TRAVAIL(AOW)	FONCTIONS
Axe 2 Renforcement De la performance du système de santé	Elaboration de Politiques, Stratégies et Programmes	OSD, MPS, CAH, BCT, EDM	F2, F3, F4, F5
	Développement des ressources humaines	OSD Transversale	F2, F3, F4, F5
	Assurance Qualité	BCT, OSD, MPS	F2, F3, F4, F5
Axe 3 Gestion des maladies à potentiel épidémique	Contrôle, Riposte	CSR, IVD, MAL, CPC, HIV	F1, F2, F3, F4, F5
	Système de surveillance	CSR, IVD	F1, F2, F3, F4, F5

Au regard de cet environnement, l'OMS s'engage à la mise en œuvre de la SCP et en assurer le suivi et l'évaluation.

SECTION 7. IMPLICATIONS DE L'AGENDA STRATEGIQUE :

7.1. Implication pour le bureau de la représentation pays

- **au plan des ajustements techniques :** renforcement des capacités techniques du personnel en administration, planification, et gestion et communication;
- **au plan financier :** la clef de répartition des allocations budgétaires des différents programmes dans le biennium actuel est conforme aux perspectives de la SCP.
- **au plan logistique :** renforcement des conditions de travail du bureau en locaux, équipement informatique et communication.

- **au plan méthode de travail au sein du bureau:** sur la base d'un plan de travail annuel établi pour l'ensemble du personnel du bureau, conformément aux nouvelles directives PMDS d'AFRO, une évaluation sera effectuée en décembre 2002 et permettra une meilleure planification en janvier 2003. En outre, l'organisation de retraite régulière du staff de l'OMS sera maintenue.

7.2. Coopération avec le MSAS

Les nouveaux axes stratégiques retenus pour la SCP ont été identifiés, discutés et validés conjointement avec les principaux directeurs centraux du MSAS et des partenaires au développement impliqués dans le secteur de la santé. Ces axes seront promus par les membres de l'équipe OMS auprès des programmes prioritaires et des directions régionales pour la promotion sanitaire et sociale dans le cadre du processus de planification en cours en Mauritanie. 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 MSAS mise en place en juin 2002.

7.3. Coopération avec les partenaires

L'OMS renforcera la concertation avec les partenaires au développement socio-sanitaires en vue d'optimiser les différents appuis à la définition et à la mise en œuvre des programmes de santé du MSAS. Elle contribuera à une plus grande mobilisation de ressources extrabudgétaires au niveau pays à travers la signature de conventions de coopération et l'élaboration de plan d'action conjoint sur les programmes prioritaires de santé.

7.4. Implication pour les appuis attendus du Siège et du Bureau Régional

- les différents chargés de programmes doivent être proactifs pour solliciter les appuis nécessaires au développement de leurs programmes ;
- Considérant les défis qui se posent au système de santé en Mauritanie, les capacités limitées de l'équipe OMS Pays et des ressources humaines nationales, une attention particulière devra être accordée par le Siège et le Bureau Régional à un appui continu au niveau du système de santé, notamment dans l'évaluation et l'amélioration de sa performance, la vision stratégique à long terme, l'appui à la mise en place de mécanisme de solidarité pour la protection des plus démunis. De même, une attention particulière devra être accordée à l'élaboration et suivi d'un plan harmonieux de développement des ressources humaines.

Un appui devra également être maintenu par ces 2 niveaux pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes répondants aux problèmes émergents (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, ...).

7.5. Recommandations vis à vis des implications:

La réussite de la mise en œuvre nécessitera qu'une attention particulière soit accordée au renforcement et à l'élargissement du partenariat autour du ministère de la santé dans un souci de complémentarité de synergie des efforts.

Un plan d'action chiffré relatif aux activités d'accompagnement pour certains ajustements au niveau du bureau sera établi et soumis au Bureau Régional pour appui financier.

SECTION 8. CONCLUSION

Des progrès notables ont été réalisés dans le développement du système de santé mauritanien ; néanmoins, de grands défis restent posés et constituent un handicap à une meilleure performance du système de santé. Ainsi, il est plus qu'opportun que la continuité des appuis notamment techniques du niveau régional et du siège soient assurés, en outre il est crucial de renforcer les compétences nationales en quantité et qualité dans les domaines identifiés au niveau des axes stratégiques.

Plusieurs opportunités s'offrent aujourd'hui en Mauritanie, à savoir l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE libérant ainsi des ressources importantes pour notamment le secteur de la santé, la mise en œuvre de l'approche sectorielle dans le secteur et à partir de 2003 du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au développement (UNDAF).

De même, la coopération sud-sud devra être mise à contribution à travers l'échange d'expériences dans des domaines spécifiques en tenant compte des avantages comparatifs des différents pays de la sous-région .

Références Bibliographiques

1. Cadre Politique de Coopération Technique avec les pays de la Région Africaine
2. Cadre Stratégique des activités de l'OMS dans la Région Africaine 2002/2005
3. Stratégie Institutionnelle de l'OMS
4. Travailler dans les pays et avec eux
5. Rapport final RPM 23/24
6. Guide pour l'élaboration du document de la SCP
7. Politique de la santé pour tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle /Agenda 20/20
8. Accord de base entre la Mauritanie et l'OMS
9. Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté
10. Mise en œuvre du Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté
11. Plan Directeur national de Santé
12. Examen à mi - parcours du Plan Directeur National de Santé (PRCI)
13. Examen à mi - parcours du Plan Directeur et du Projet d'Appui au Secteur de la Santé
14. Bilan économique et Social 1990-1998
15. Bilan des Réformes Macro-économiques et structurelles 1998-2001 et perspectives pour la période 2002-2004
16. Programme d'Investissement Public pour 2002-2005
17. CCA
18. UNDAF
19. Registres du personnel
20. Etats comptables et financiers
21. Etats comptables et financiers
22. Plans d'action OMS
23. Rapport mondial de la santé 2000
24. Rapport mondial de la santé 2002
25. Rapports de programmes (Politique Paludisme, Rapports quinquennaux PEV/Tuberculose
26. Rapports de mission (Médicaments, SR, Qualité, contractualisation, Hôpitaux régionaux
27. Programme Pays UNICEF/FNUAP
28. Document sur les approches sectorielles globales, et rapport atelier national
29. Document sur les approches sectorielles globales, et rapport atelier national
30. Documents d'évaluation des soins de santé primaires/IB
31. Rapports DHD/Pays 1996/1997
32. Résultats d'enquêtes (MICS, EDSM, EPCV, Population)
33. Analyse de situation du développement du système national de santé
34. Stratégies de développement 1998-2001: Partenariat Etat/Secteur Privé pour une croissance forte et durable
35. Annuaire statistique ONS 1999
36. Agrégats de la comptabilité nationale et indicateurs socio-économiques
37. Documents de supervision conjointe IDA/Partenaire du 22 novembre au 7 décembre 01
38. Revue de l'initiative de Bamako en Mauritanie juillet 2000
39. ONS : Les personnes âgées en Mauritanie
40. ONS : Etudes sur la migration et urbanisation en Mauritanie
41. ONS : Etudes sur la population nomade en Mauritanie
42. Enquête qualitative sur la pauvreté
43. Cadre budgétaire à moyen terme 2002-2004
44. Revue des dépenses publiques du secteur de la santé 1996-2000

ANNEXES

Annexe I : Processus détaillé d'élaboration de la SCP – Mauritanie

Rappel du contexte

L'élaboration des Stratégies OMS de Coopération avec les pays, pour ce qui est de la Mauritanie a été exécutée selon le calendrier suivant : Première mission du 5 au 14 mars, et la seconde mission initialement prévue du 28 avril au 7 mai, a eu lieu du 8 au 16 mai 2002.

L'équipe d'appui est composée pour les deux missions d'une part

Dr Tankari Kadri CAS/AFRO

Dr Jean Bosco CAS/AFRO

Dr Isseu Diop Touré OMS/Sénégal

Dr El Hadi Benzerroug représentant de l'OMS,

Dr Abderrahmane Kharchi NPO/MAL

Mme Kelly Aminata HEC

Dr Mohamed Nezhir Ould Hamed DPCS/MSAS

Dr Idoumou Ould Mohamed Vall DPS/MSAS

Les représentants initialement désignés par le MSAS n'ont pas participé au processus, mais ils ont été suppléés par d'autres délégués de la DPCS et de la DMH.

Ainsi le processus de préparation a débuté par une retraite organisée le 3 janvier 2002 avec l'équipe pays OMS, axé sur la réforme en cours à l'organisation avec la stratégie institutionnelle, le mandat, les fonctions et le rôle de l'OMS. Deux exposés y relatifs ont été effectués et suivis de débats, respectivement par le Représentant de l'OMS et les 2 points focaux à partir des documents reçus d'AFRO.

Au cours de cette retraite, le représentant a tenté d'informer et sensibiliser le personnel sur l'importance du processus et la teneur du travail demandé. A l'issue de cette retraite un calendrier de travail (réunion tous les mardi de 14h à 17h) pour la production du document d'analyse de situation a été arrêté. Le représentant a invité les chargés de programme à travailler en étroite collaboration avec leurs homologues nationaux. Ainsi le 19 février 2002 le projet de document d'analyse de situation est ficelé, ainsi que toute la documentation répertoriée comme étant nécessaire.

Parallèlement dans la même période trois correspondances respectivement d'information sur le processus et de notification des dates retenues pour les 2 missions accompagnée d'une note d'information ; de demande de désignation des représentant du MSAS ; et enfin du rappel de la date effective d'arrivée de la première mission d'appui de la SCP ont été envoyées au MSAS.

Les activités menées dans la première mission.

Les activités ont démarré par une validation du programme de travail élaboré par le bureau de l'OMS pays, suivie d'une réunion d'information par l'équipe d'appui de CAS/AFRO sur ce qui est attendu du processus. Ensuite le Représentant a effectué fait une présentation de l'évolution du secteur santé en Mauritanie, débouchant sur un inventaire des principaux défis du secteur. Une séance de travail a été tenue juste après sur les points forts et faibles des différents niveaux de l'organisation.

Après la visite de courtoisie avec le Ministre de la santé et des affaires sociales, l'équipe d'appui a tenu une réunion de prise contact et d'information dans la salle de réunion du MSAS avec le Secrétaire Général assisté des directeurs centraux, à la suite de laquelle, des rendez vous individuels ont été arrangés par rapport au calendrier des différents directeurs.

Aussi les partenaires au développement, pour lesquels des notes d'information ont été envoyées, ont été visité pour d'amples informations il s'agit du FNUAP, de la FAO, de l'UNICEF, de la GTZ, de la Coopération Française, Coopération espagnole et de la Manque Mondiale. Notamment une réunion d'information a été tenu à l'OMS avec les ONGs nationales et internationales.

Après avoir visité tous les protagonistes du secteur, une réunion de travail avec les représentants du MSAS sur l'identification des défis et la définition des axes stratégiques pour relever ces défis a été tenue d'abord à l'OMS, et ensuite la réunion de restitution et de débriefing des grands défis identifiés et axes retenues a été faite au MSAS qui a demandé de nouvelles intégrations demandées.

A la suite un travail d'équipe et des consignes ont été donné pour normaliser le document eu égard aux orientations et restriction du canevas et les activités à réaliser entre les deux missions

Les activités entre deux Missions :

Durant cette période les points focaux locaux OMS ont travaillé pour la diffusion de la SCP, à travers le réseau email , par la transmission des résultats de la première mission à savoir « les grands défis et les axes stratégiques retenues » à DPM, à plusieurs divisions d'AFRO, ainsi qu'à HQ à l'attention de Mme C. Landon pour information commentaires et suggestions. La même action a été entreprise au profit des partenaires au développement y compris les ONGs pour recueillir éventuelles suggestions et commentaires.

A cet effet, l'échange n'a pas été trop fructueux car seule la division "EDM" a répondu pour suggérer certaines intégrations qui ont été prise en compte. Le siège a répondu justifiant leur absence à la première mission par manque de ressources humaines, et annonçait leur souhait de participer à la seconde mission qui n'a malheureusement pas pu être effective.

A la suite les réunions internes de l'équipe se sont poursuivi pour la vérification de la cohérence de la SCP par rapport à l'UNDAF , aux domaines du biennium en cours 02/03 et notamment au CSLP en cours de mise en œuvre. Dans le même cadre, il a été fait une appréciation par l'équipe des mesures d'accompagnement pour le renforcement du bureau tant en moyens humains que financiers (perspective d'un plan d'assistance technique répondant à ces défis).

Les activités menées dans la seconde mission

La seconde mission a permis d'accomplir le bilan des actions entreprises entre les deux missions SCP et de procéder à une révision/analyse du document SCP (section 1-5).

Après une lecture du document par l'équipe d'appui a effectué une séance de rétro information écrite sur la nouvelle version. Une session plénière (équipe SCP et personnel bureau OMS) pour recueillir de nouveau les avis sur le document dont certains aspects ont été améliorés entre les missions. Une répartition des tâches pour finalisation du document, à travers l'actualisation du secrétariat mis en place pendant la première mission pour l'introduire des corrections.

Une Réunion avec les partenaires au développement, les ONGs et le MSAS pour analyser l'ébauche des axes stratégiques pour analyser et revoir les axes stratégiques retenus au cours de la première mission.

Séance de travail pour la définition de la réponse de l'OMS (Implications)

Révision et mise à jour le document SCP en tenant compte des contributions issues de la session élargie

Session de debriefing avec le MSAS pour les principaux résultats de la mission

Après le départ de l'équipe d'appui l'équipe locale a travaillé pour toutes les intégrations et finalisation de la partie implication, et la dernière version a été envoyée le 13 juillet 2002 au responsable du CAS.

L'après réunion de Cotonou, mai 2002

Après la transmission des résultats de l'atelier de Cotonou, le Représentant a organisé une réunion avec l'équipe SCP pour disponibiliser et informer des conclusions de cette réunion afin que le document SCP puisse tenir compte de celles-ci avant qu'il ne soit transmis à AFRO.

L'après réunion Harare, octobre 2002

Cette période coïncide avec l'arrivée d'un nouveau Représentant qui prend le cours du processus. Dès son retour de la réunion des pays du deuxième groupe SCP le Pr Pathé Diallo, après avoir fait le compte rendu de sa mission au cours de la réunion hebdomadaire de coordination, annoncé son intention de tenir une rencontre de travail dans les meilleurs délais, pour tenir compte des observations effectuées à l'endroit de la Mauritanie.

C'est ainsi que les journées 31 octobre et le 3 novembre 2002 ont été bloqués pour ce travail au cours desquels les documents essentiels de travail, ont été les recommandations de Cotonou, de Harare et l'analyse de situation SCP. Un comité de rédaction est mis en place pour intégrer les résultats des travaux.

Parallèlement durant sa mission, le représentant a sensibilisé le directeur de la protection sanitaire qui était de la délégation mauritanienne sur l'appropriation de la stratégie.

Aussi le représentant a eu des échanges avec le Secrétaire Général et le Directeur de la Planification, de la Coopération et des Statistiques sur le draft de document et sur les meilleurs voies et moyens d'enrichir le document par l'apport de l'ensemble des Directions du MSAS ; c'est ainsi qu'une réunion fut tenue le lundi 2 décembre dans les locaux du MSAS et à laquelle ont assisté du côté du MSAS le Secrétaire Général et l'ensemble du staff du Cabinet et du côté de l'OMS le Représentant et deux membres de son équipe.

(Voir l'annexe 5 pour les détails du programme de la rencontre de finalisation de la SCP).

Annexe 2 : Liste des personnes et institutions contactées

NOM ET PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION
Mr Diop Abdoul Hamet	Ministre de la Santé et des Affaires Sociales	MSAS
Dr Dah Ould Cheikh	Secrétaire Général	MSAS
Dr Mohamed Nezhir Ould Hamed	DPCS	MSAS
Dr Idoumou Ould Mohamed Vall	DPS	MSAS
Pr Isselmou Ould Khalifa	DMH	MSAS
Dr Yemehlou Ould Mohamed Vadel	DAAF	MSAS
Mr Sidi Mahmoud Ould Moustapha	DRH	MSAS
Dr Mariem Takla Mint Ahmedou	DPL	MSAS
Dr Abderrahmane Ould Jiddou	DAS	MSAS
Pr Ba Mohamed Lemine	Conseiller Technique du Ministre	MSAS
Mr Claude Paulet	Représentant	FNUAP
Mr Adnan Al Fares	Représentant	FAO
Dr Eric Verscueren	Coordonnateur programme	GTZ
Dr Ahmed Ould Aide	Chargé de programme	GTZ
Mme Gaëlle le pape	Chargée volet santé	Coopération Française
Mr Yves Duvilier	Représentant	Banque Mondiale
	Représentant	PACTEC
Dr Tina MBoyamba	Représentante Mobilisation Sociale	World Vision International
Mme Annick	Représentant	Médicos El Mundis
Mme fatimetou mint Maham	Représentant Réseau ONG	Stop Sida
Mr Diop El Hadj	Représentant Réseau ONG	Romatabac
Mme Zeynabou Mint Moussa	Représentant Réseau ONG	Ronasr
Dr Sina Boly	Représentant ONG	Amaluts
Mme Sana Mint Abass	Représentant ONG	Swaa
Mr Ould Bouh	Représentant ONG	ANAM
Mme Mathilas Diop	Représentant	Associations des Sages Femmes de Mauritanie
Mr Banoumou	Représentant	AMPHM
Mr Arno Coerver	Représentant	FLM
Mme Ute Desseniss	Représentant	UNICEF
Dr Hervès Péries	Chargé des opérations	UNICEF
Dr Béchir Ould Aounen	Programme Survie	UNICEF
Dr Issa Coulibaly	Chargé de programme	UNICEF
Mr Arsenn	Chargé de programme	UNICEF

Annexe 3 : Principales missions d'appui technique pour la période 1997-2002 :

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
Cécité	Dr S. Resnikoff Dr Mariotti Dr Huguet	◆ Appui au projet sight first en Mauritanie (Priorité à la vue)
Politique Nationale Pharmaceutique	P. Locher Dr Jean Marie Trapsida Dr Chisale Dr Nimo	◆ Analyse de situation du secteur pharmaceutique ◆ Atelier de consensus sur la PPN ◆ Etude sur le laboratoire de contrôle qualité ◆ Elaboration document de PPN ◆ Elaboration document de programme de coopération ◆ Evaluation à mi parcours du document de programme de coopération
Approche Contractuelle	J.Perrot Dr Desmet	◆ Atelier de consensus dans le domaine de l'approche contractuelle
Qualité des soins	Dr Belhocine	◆ Programmation des différentes étapes pour la mise en place d'un système d'assurance qualité
Politique Hospitalière	Dr Ibrahim Magagi, Dr Yéro Boye, P.Mo. Mena, Laurence Codja, Seydou Coulbaly	◆ Etude sur l'extension du recouvrement des coûts au niveau hospitalier ◆ Elaboration d'un projet de document de politique Hospitalière ◆ Identification des besoins en formation des médecins chef des hôpitaux régionaux
Recherche	Moustapha Sakho Ngapana Emmanuel	◆ Organisation d'un atelier méthodologique de recherche
Mobilisation de ressources et Partenariats	Dr Mathias SOME Dr Kiase KOKA	◆ Organisation d'un atelier pédagogique sur l'approche sectorielle
Santé et Environnement	M.K.E.P. AMEGEE M.H.B.Houk Pr Marcel Tanner Dr Cisse Gueladio	● Lancement Initiative Afrique 2000 en Mauritanie

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
Paludisme	<p>Dr Gayebor Anani Dr Gaye Oumar</p> <p>Dr Amoro Coulibaly. Dr Grunwald).</p> <p>Dr Z. HARRAT</p> <p>Dr F. Dansokho Dr Charles Delacollette.</p> <p>Dr Louis PENALY</p> <p>Dr Niangué Joseph Dr G. Melville</p> <p>AKEH Flavin</p> <p>Dr Bacary Sambou</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluation à mi-parcours du plan d'action PNLP 1997 de la mise en œuvre accélérée des activités de lutte antipaludique en RIM. ◆ Evaluation du système vectoriel à NKTT et au Hodh Elgharbi. ◆ Evaluation de l'efficacité des pesticides utilisés pour le traitement des moustiquaires et de l'application du Neem comme larvicide. ◆ Appui à la formation des techniciens de laboratoires ◆ Evaluation des laboratoires ciblés sur le diagnostic du paludisme au niveau des formations sanitaires des wilayas endémiques. ◆ Appui à l'élaboration du plan d'action 1998-1999 du PNLP en Mauritanie. ◆ Réalisation d'une étude de chimiosensibilité dans 2 sites de la wilaya du Hodh Elgharbi. ◆ Elaboration du plan triennal du PNLP 00-02. ◆ Formation de gestionnaires de données des programmes prioritaires sur le healthmapper avec installation du logiciel. ◆ Elaboration de la composante paludisme de la soumission de la Mauritanie au 2^{ème} tour du GFATM.
Schistosomiase	<p>Dr Carlos URBANI + Dr DIRK Engels Dr Sering Her F. LEE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Etudes épidémiologiques sur les schistosomiasés pour la mise en place d'interventions appropriées dans les wilayas endémiques. ◆ Mise en place d'un cadre de coordination des interventions de lutte contre la schistosomiase en Mauritanie et au Sénégal.
Ver de Guinée	<p>J.P. Mert Dr Maiga Alhousseynou Dr Ranque</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Suivi du Programme Ver de Guinée

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
Surveillance Epidémiologique	Dr R. Coddy	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
	Dr M. Maiga	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
	Dr E. Gaga	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
	Dr Z.Koné	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
	Dr K. N'Zué	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
	Dr J. Lebo	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
	Dr S.Konaré	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
Lutte contre les Epidémies	Dr A. Yada	◆ Appui à la formation en surveillance épidémiologique et gestion des épidémies au niveau wilaya
	Dr A. Yada	◆ Suivi de la formation en surveillance épidémiologique et gestion des épidémies au niveau wilaya
	Dr Nicolas	◆ Evaluation des laboratoires Nationaux pour la détection précoce des épidémies de MCS et choléra
	Dr Marillon	◆ Evaluation des laboratoires Nationaux pour la détection précoce des épidémies de MCS et choléra
	Pr Koumaré	◆ Evaluation des laboratoires Nationaux pour la détection précoce des épidémies de MCS et choléra
	Mr P. Missonier	◆ Evaluation du système de communication du MSAS
	Pr B. Koumaré	◆ Appui a la formation des laborantins des hôpitaux régionaux dans la lutte contre les épidémies

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
Programme Elargi de Vaccination	Dr Stella A.	◆ Visite préliminaire dans le cadre de la réunion inter agence JNV et revue du PEV
	Mr Koné S.	◆ Evaluation Nationale de la chaîne de froid dans le cadre de la réunion inter agence JNV et revue du PEV
	Mr A. Koffi	◆ Evaluation Nationale de la Couverture Vaccinale dans le cadre de la réunion inter agence JNV et revue du PEV
	Dr I.Tapsoba	◆ Appui à la réunion inter agence JNV et revue du PEV
	Dr D.Philippe	◆ Appui à la réunion inter agence JNV et revue du PEV
	Mr A.Koffi	◆ Formation des gestionnaires du PEV sur le logiciel IFA
	Mr D. Dokgoto	◆ Appui au PEV (formation monitoring)
	Dr R . Celce	◆ Appui à la planification des JNV
	Dr R. Coddy	◆ Appui à la planification ratissage
	Dr S.Konaré	◆ Appui à la planification des JNV
	Dr Aleki	◆ Appui à la planification et évaluation ratissage
	Dr O. Adamma	◆ Appui à la planification et évaluation JNV Porte à Porte
	Dr Y. Garba	◆ Appui à la planification et évaluation JNV Porte à Porte
	Dr D. Karimm	◆ Appui à la planification et évaluation JNV Porte à Porte
	Dr B. Houssou	◆ Elaboration du plan stratégique de communication PEV
	Dr A. Fall	◆ Elaboration du plan de lutte contre la rougeole
	Dr O. Adamma (SSA)	◆ Appui au PEV de routine (planification, formation, monitoring) et JNV
	Dr Y. Garba(SSA)	◆ Appui au PEV de routine (planification
	Dr D. Karimm(SSA)	◆ Appui au PEV de routine (planification
	Dr K. Ibrahima	◆ Planification ratissage
	Dr D. Koffi	◆ Elaboration d'un protocole d'enquête nationale de couverture vaccinale
	Mr . Sommet (STC)	◆ Appui PEV de routine (planification, formation, monitoring) et JNV
	Dr J. Lebo	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs
Dr S.Konaré	◆ Appui à la surveillance pour améliorer les indicateurs	

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
SNIS		◆
	Dr A. Akpamoli	◆ Appui a l'atelier National de consensus sur les indicateurs
	Dr A. AKpamoli	◆ Evaluation a mi-parcours de la reforme du SNIS
	Dr A. Akpamoli	◆ Appui a l'introduction du volet gestion dans le SNIS
Nutrition	Mr A. Gaye	◆ Elaboration Logiciel
	Dr Lathelise	◆ Etude sur les aliments de compléments en Mauritanie
	Dr Kellou	◆ Elaboration d'un plan de coopération en matière de nutrition pour la Mauritanie
	Dr A. Sagbohan	◆ Appui a l'élaboration des modules de formation en nutrition du personnel de santé et les agents au niveau communautaire
Tuberculose et Lèpre	Dr N.M. Zagré	◆ Etude sur la faisabilité pour la fortification en vitamine A et Fer d'aliments locaux en Mauritanie
	Prof B. Keita	◆ Elaboration du Plan d'Action Tuberculose 1998-2002
	Pr B. Keita	◆ Evaluer l'état de la décentralisation de la stratégie DOTS a Nouakchott et formation des medecins chefs des 9 Moughataas en prise en charge de la Tuberculose
	Prof B. Keita	◆ Evaluer l'état de la décentralisation de la stratégie DOTS en Mauritanie
	Pr Chaulet	◆ Enquête sur les médicaments anti-tuberculeux en Mauritanie
	Dr D. Sekou	◆ Appui à l'élaboration du plan d'Action de la Lèpre 1997-2000
	Dr D. Sekou	◆ Formation des Responsables régionaux sur la gestion du programme lèpre
PCIME	Pr J. Assimadi	◆ Appui au séminaire d'orientation PCIME
	Dr S. Musindé	◆ Appui au séminaire d'orientation PCIME
	Dr I. Lucile	◆ Adaptation du matériel de formation PCIME
	Dr Tébi	◆ Appui a l'enquête nutritionnelle dans les zones tests PCIME
SNIS	Dr A. AKpamoli	◆ Evaluation du SNIS
	Dr A. Akpamoli	◆ Appui a l'atelier National de consensus sur les indicateurs
	Dr A. AKpamoli	◆ Evaluation a mi-parcours de la reforme du SNIS
	Dr A. Akpamoli	◆ Appui a l'introduction du volet gestion dans le SNIS
	Mr A. Gaye	◆

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
Ressources Humaines	Pr MALAN/HRH	◆ Appuyer le MSAS dans l'élaboration d'un plan de développement de R.H pour la santé.
	Pr Sy SIGNATE HABY	◆ Mission d'évaluation des soins et gestion des nouveau-nés en Mauritanie
	DR MWAIKAMBO RHODES	◆ Mission d'évaluation des soins et gestion des nouveau-nés en Mauritanie
	Pr MESLI FAROUK	◆ Préparation du cours national de santé publique
Santé de la Reproduction	Dr NTABONA ALEXIS	◆ Appui au Programme de la SR et à l'élaboration d'un plan national pour la maternité à moindre risque en Mauritanie
	Pr BONEFACE NASAH	◆ Appui à l'élaboration des directives de prise en charge des urgences obstétricales
	Dr NTABONA ALEXIS	◆ Plaidoyer MSAS/Partenaires
	Dr NTABONA Dr KHADY MBAYE DR DEBERNIS Dr ANOH	◆ Appuyer et évaluer l'enquête sur les soins obstétricaux du FNUAP-MSR.
	Dr NTABONA +DR DIALLO	◆ Evaluation du PNSR
	DR NTABONA + PIROTTE	◆ Mission d'évaluation
	1-Dr ANOH MOTHEBESOANE 2-DR ELISABEBETH SOUMERFIELD 3-MR BADARA SEYE 4-MR EL HADJ DIOUM 5-THIENO DIENG	◆ Mission sur le REDUCE
	Dr NTABONA + KHADY MBAYE+ DR DEBERNIS+ ANOH	◆ Appuyer et évaluer l'enquête sur les soins obstétricaux du FNUAP-MSR.
	Dr NTABONA +DR DIALLO	◆ Evaluation du PNSR
	DR NTABONA + PIROTTE	◆ Mission d'évaluation

Programmes	Identification des missionnaires	Résultats
VIH	Dr Gruinitzky Meskerem	◆ La mise en place du programme en Mauritanie
	Dr M'Pelé Pierre	◆ La mise en place du programme en Mauritanie
	Dr Setou Kaba	◆ Programme intensifié de lutte contre le VIH/SIDA en rapport avec la réduction de la dette et la lutte contre la pauvreté
	Pr SEVERIN ANAGONOU	◆ Processus de planification stratégique
	François	◆ Etude sur la stigmatisation
	Dr Thérèse Juncker	◆ Appui au Groupe Thématique ONUSIDA , PPS et fonds Mondiale
	Dr Kourouma Kékoura	◆ Finalisation de l'analyse de la situation et de la réponse, élaboration du cadre stratégique national
Transfusion Sanguine	Dr Tapko	◆ Adoption de la politique nationale de transfusion sanguine
Cadre de Coopération Stratégique	Dr K. Tankari Dr Jean Bosco N' Dr I. Diop Touré	◆ Elaboration du cadre de coopération stratégique

Annexe 4 : Intégration des recommandations de la réunion de Harare

RENCONTRE DE FINALISATION DE LA STRATEGIE DE COOPERATION AVEC LE PAYS, Hôtel Sabah, 31 OCTOBRE ET 3 NOVEMBRE 2002

Contexte et Justification

Le processus de mise en place de la Stratégie OMS de Coopération avec les Pays (SCP) en Mauritanie a démarré conformément au calendrier fixé par le CAS/AFRO, respectivement en mars pour la première mission et en mai pour la seconde.

Une consultation par le Bureau régional, a eu lieu le 14 –15 octobre 2002.

Au cours de cette consultation les membres de la CAS, les conseillers d'AFRO et d'HQ, et les représentants de l'OMS de pays qui viennent de terminer le processus CCS, ont apporté leurs contributions pour l'amélioration du contenu des différents documents présentés.

En recommandation à cet atelier le Directeur Régional a demandé aux équipes pays de finaliser les documents au plus tard le 15 novembre 2002.

A cette fin l'équipe OMS/Mauritanie a décidé d'organiser une retraite le jeudi 31 octobre et le dimanche 3 novembre 2002, pour la finalisation du document CCS/Mauritanie.

Objectif Général

- ◆ Corriger le document CCS conformément aux recommandations de l'atelier Hararé d'octobre 2002
- ◆ Procéder à l'évaluation des membres de l'équipe pays conformément aux directives PMDS

Objectifs Spécifiques:

1. Clarifier les recommandations de l'atelier de Cotonou de mai 2002, qui visait l'amélioration des documents CCS/pays
2. Commenter les remarques qui ont été apportées lors de l'atelier d'Hararé octobre 2002
3. Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.
4. Examiner les fiches d'évaluation individuelle de tous les membres de l'équipe
5. Procéder à l'actualisation des fiches d'évaluation

III. Résultats Attendus

- Compréhension commune des principes et des résultats de la SCP
- Document CCS consensuel au sein de l'équipe pays
- Fiches d'évaluation individuelle actualisées

IV. Méthodologie : Méthode participative,

Techniques utilisées :

- Lecture des recommandations des ateliers de Cotonou et de Hararé
- Clarification des concepts et des principes CCS
- Exercice individuel
- Travaux de groupe

- Mise en commun des résultats des exercices individuels et des travaux de groupe (séance plénière)

V. Ressources

- Log/Mat/ administration
- Documents de référence (proposition : staff)
- SCP finalisé
- Documents de travail
- Draft SCP/Mauritanie

Premier Jour : jeudi 31 octobre 2002					
Heure	Objectifs	Activité	Technique	Documents	Responsable
8h.30-9h		Clarification des objectifs et méthode de travail	Plénière	Programme	WR
9h- 9h 30	Clarifier les recommandations de l'atelier de Cotonou de mai 2002, qui visait l'amélioration des documents CCS/pays	Analyse critique Document d'analyse de situation, atelier d'Hararé par rapport à l'atelier de Cotonou	Lecture Individuelle		
9h30- 10h30	Commenter les remarques qui ont été apportées lors de l'atelier d'Hararé octobre 2002	Mise en commun des résultats de la lecture critique	Plénière		
10h30 - 11h		Pause café			
11h - 13h	Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.	Classification de 5 principaux défis auquel est confronté le système de santé mauritanien // à l'analyse de situation	Exercice individuel	CCS/Docs	Toute l'équipe
13h -14h30		Pause déjeuner			
14h30 -17h	Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.	Mise en commun de l'exercice individuel sur les défis	Plénière		
17h -17h30		Exposé contribution du Représentant	Présentation/ plénière		
Deuxième jour: Dimanche 3 Novembre 2002					
8h30 - 9h		Synthèse de la premier journée			
9h-10h	Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.	L'analyse des forces et faiblesses de la coopération OMS avec le Gov Mauritanie (plénière)	Comité restreint et contribution individuel	CCS/Docs	Resp P/groupe
10h-11h	Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.	Proposition d'axes stratégiques limité (4) tenant compte des défis et des domaines initialement proposés	Exercice individuel		Dr Yaya Diallo
11h-11h30		Pause café			Dr El hadj
11h30-12h		Définition des facteurs de risque	Plénière		
12h - 13h	Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.	Proposition parmi le 35 domaines de l'OMS ou ceux du programme de coopération en cours qui peuvent être logé en contribution à la réduction des facteurs de risque cité	Exercice individuel		
13h - 14h30		Pause déjeuner			
14h30 - 17h	Rédiger les chapitres ayant fait l'objet de commentaires conformément aux suggestions et des participants et aux recommandations de l'atelier de Cotonou.	Mise en commun des proposition des axes stratégiques			
		Plénière Implications			